

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de
l'Innovation

.....
Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso (UPB)

.....
Institut du Développement Rural (IDR)

.....
Département de Sociologie et Economie Rurales



Mémoire de fin de cycle
Présenté en vue de l'obtention du

Diplôme d'Ingénieur du développement rural
Option : Sociologie et Economie Rurales

Thème

**ANALYSE SOCIO-ECONOMIQUE DES MENAGES
AGRICOLAS AFFECTES PAR LE VIH ET DE LEURS
STRATEGIES D'ADAPTATION DES MOYENS DE
SUBSISTANCE**

Présenté par :

LALLOGO Nabonswendé Raymonde Valérie

Directeur de mémoire : Dr Denis OUEDRAOGO

Maître de stage : Dr Boundia Alexandre THIOMBIANO

N°...../SER

Avril 2016

Dédicace

Je dédie ce mémoire à :

- *mes très chers parents pour tous les sacrifices et les efforts consentis à ma formation ;*

- *mes frères et sœurs pour tout le soutien et l'affection auxquels j'ai eu droit.*

- *Yann D. et Aimé D. Sawadogo*

Retrouvez tous à travers ces lignes le fruit de tous vos efforts

Et l'expression de ma reconnaissance

Puisse le Tout-Puissant vous combler à la justesse de toutes vos attentes !

Remerciements

Ce document a été élaboré grâce au concours et aux soutiens multiples et multiformes de plusieurs personnes. Nous tenons à travers ces lignes, traduire notre reconnaissance et notre gratitude à toutes ces personnes bienveillantes qui nous ont accompagnée et guidée de quelque manière que ce soit durant notre stage. Nous exprimons particulièrement nos sincères remerciements :

- au Dr Bernard BACYE, Directeur de l'Institut du Développement Rural et à tous les enseignants de l'IDR, pour la qualité de la formation qu'ils nous ont donnée ;
- au Dr Denis OUEDRAODO, Enseignant-chercheur à l'Université polytechnique de Bobo-Dioulasso, pour nous avoir proposé ce stage et pour l'encadrement et l'accompagnement reçus tout au long du stage. Recevez ici notre profonde gratitude ;
- au Dr Boundia Alexandre THIOMBIANO, Enseignant-chercheur à l'Université polytechnique de Bobo-Dioulasso pour l'accompagnement reçu lors du stage, pour votre patience et votre simplicité, vos précieux conseils, vos nombreux apports et orientations. Merci de votre disponibilité ;
- au Dr Aristide SEMPORE et à MM. Didier SAWADOGO et Palamangui ONADJA, pour leurs nombreux conseils et encouragements ;
- à toute l'équipe du projet SMS-VIH/Sida entrant dans le cadre de l'observance au traitement, pour les nombreux acquis engrangés ;
- au Dr FAYAMA, socio-anthropologue à l'Institut de l'Environnement et de Recherches Agricoles qui n'a pas hésité à lire et à corriger notre document ; nous vous en sommes très reconnaissante ;
- à toute l'équipe des enquêteurs qui nous a été d'un appui considérable pour la collecte des données ;
- aux personnes infectées et aux ménages affectés, pour avoir bien voulu briser les barrières et les tabous autour du VIH par leur participation ; que cette œuvre soit source de réconfort moral ;
- à nos camarades stagiaires, pour le cadre agréable de travail et pour les fructueux échanges ;
- à tous les étudiants de la promotion 2011-2014 de l'Institut du développement rural.

Table des matières

Dédicace	i
Remerciements	ii
Sigles et abréviations.....	v
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Résumé	viii
Abstract	ix
Introduction	1
Chapitre 1 : cadre théorique	5
1. Clarification conceptuelle	5
1.1. Notion de personnes infectée et affectée	5
1.2. La représentation sociale du VIH/sida	6
2. Généralités sur le VIH/sida	7
2.1. Définition du VIH	7
2.2. Concepts liés au VIH	9
2.3. Mesures nationales de riposte au VIH/sida au Burkina Faso	10
3. Généralités sur les ménages agricoles au Burkina Faso.....	11
3.1. Définition du ménage agricole.....	11
3.2. Type de ménages agricoles	12
4. VIH/sida et stratégies de subsistance en milieu rural.....	13
4.1. Impact du VIH sur les moyens de subsistance des ménages agricoles.....	14
4.2. Théorie sur les stratégies d'adaptation des moyens de subsistance des ménages agricoles	17
4.3. Stratégies développées par les ménages agricoles affectés par le VIH/sida	17
Chapitre 2 : Méthodologie.....	19
1. Choix de la zone d'étude	19
1.1. Les critères de choix	19
1.2. Brève description des zones agro-écologiques	19
2. Echantillonnage	21
3. Technique de collecte des données	22
4. Méthodes d'analyse des données	23
4.1. Caractérisation des ménages agricoles affectés par le VIH	23
4.2. Analyse de la perception de l'infection par les PVVIH.....	23
4.2.2. Test de significativité du modèle	24
4.2.3. Le choix des variables	25

4.3. Analyse des stratégies de subsistance des ménages agricoles affectés par le VIH.	27
5. Analyse des données	28
6. Limites de l'étude et difficultés rencontrées	28
Chapitre 3 : Résultats et discussion.....	29
1. Analyse des principaux résultats.....	29
1.1. Caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage	29
1.2. Caractéristiques sociodémographiques du ménage	34
1.3. Typologie des ménages.....	37
1.4. Modèle de perception de l'infection à VIH	39
1.5. Stratégies mises en place face aux effets du VIH	41
2. Discussion	48
Conclusion et recommandations	53
Bibliographie.....	55
Annexes.....	X

Sigles et abréviations

ARV	: Antirétroviraux
CM	: Chef de ménage
CNLS/IST	: Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmises
CSLP	: Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CPC	: Centre de prise en charge
CSLP	: Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
FAO	: Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture
INSD	: Institut national de la statistique et de la démographie
OIT	: Organisation internationale du travail
ONUSIDA	: Programme commun des Nations-Unies sur le VIH / SIDA
PCT	: Plans à courts termes
PMT	: Plans à moyens termes
PVVIH	: Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
PFNL	: Produits forestiers non ligneux
SCADD	: Stratégie de croissance accélérée pour le développement durable
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
TARV	: Traitement antirétroviral
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
MEF	: Ministère de l'économie et des finances
MTSS	: Ministère du travail et de la sécurité sociale

Liste des tableaux

Tableau 1: Variables choisies dans la spécification du modèle	27
Tableau 2 : Caractéristiques des PVVIH suivant l'âge	29
Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon leur situation matrimoniale.....	29
Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques des hommes et femmes enquêtés	30
Tableau 5 . Répartition des types de ménages suivant les zones agro-écologiques.....	34
Tableau 6: Répartition des ménages selon le type d'équipement domestique	35
Tableau 7 : Revenu moyen des activités connexes des ménages	37
Tableau 8 : Variance totale expliquée par les composantes.....	37
Tableau 9: Matrice des composantes après rotation.....	38
Tableau 10 : Comparaison entre les types de ménage	39
Tableau 11 : Déterminants du modèle de perception.....	39
Tableau 12 : Les activités stratégiques dans le domaine alimentaire.....	42
Tableau 13 : Activités de sécurisation du revenu des ménages affectés	42
Tableau 14 : Répartition des ménages selon la finalité de la production	43
Tableau 15 : Autres stratégies de sécurisation du revenu des ménages affectés.....	43
Tableau 16 : Répartition des ménages suivant la présence du CM dans une association	44

Liste des figures

Figure 1: Modèle de représentation de l'impact du VIH/SIDA sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle d'un ménage, adapté en français.....	16
Figure 2: Carte de localisation des CPC suivants les zones agro-écologiques	21
Figure 3 : Répartition des enquêtés selon la religion et l'ethnie	32
Figure 4: Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction	32
Figure 5: Etat de la santé des PVVIH	33
Figure 6 . Répartition des ménages selon l'équipement agricole.....	36
Figure 7 : Répartition des PVVIH selon le type d'association	44
Figure 8 : Bénéfices tirés de la présence dans l'association par les PVVIH.....	45
Figure 9: Les chocs les plus fréquents dans les ménages.....	46
Figure 10 : Stratégies d'adaptation des ménages agricoles aux chocs.....	47

Résumé

L'agriculture burkinabè fait face à de nombreuses difficultés parmi lesquelles la pandémie du VIH dont l'éradication est devenue une priorité pour le développement. La présente étude porte sur l'analyse socio-économique des ménages agricoles affectés par le VIH et de leurs stratégies d'adaptation des moyens de subsistance. Les données utilisées sont issues de deux enquêtes, l'une à un niveau individuel et l'autre à l'échelle du ménage, sur un échantillon de 646 individus. Les ménages enquêtés sont répartis dans 27 provinces du Burkina Faso. Une analyse descriptive et une typologie ont été utilisées pour caractériser les ménages agricoles affectés par le VIH. La perception de l'infection par les PVVIH a été analysée à travers un modèle de régression logistique binaire. Les stratégies d'adaptation des moyens de subsistance des ménages ont été dépouillées et classées par une analyse descriptive. Les résultats ont montré que la population a une moyenne d'âge de 45 ans, se situant ainsi dans la tranche d'âge la plus touchée. La typologie a donné quatre groupes de ménages différenciés par cinq principaux facteurs. L'analyse économétrique a révélé que les principaux déterminants de la perception sont la couverture des besoins alimentaires, la vitalité, la qualité de vie, la disposition morale, le rituel avant la prise des médicaments et l'observance au traitement. Quant aux stratégies d'adaptation des moyens de subsistance des ménages, elles ont été groupées en stratégies liées à la sécurité alimentaire, à la sécurisation du revenu, à la sécurité sociale et à la gestion des chocs. Ces stratégies ne sont pas toutes durables mais permettent au ménage et à ses membres de subsister. Ainsi, un meilleur accompagnement matériel ou financier à travers les structures associatives et communautaires peut améliorer significativement le revenu de ces ménages agricoles affectés par le VIH. Mais cela passe nécessairement par un renforcement des capacités de ces structures de suivi des PVVIH par les gouvernants.

Mots clés: ménages agricoles, VIH, déterminants de la perception, moyens de subsistance durable, Burkina Faso

Abstract

Agriculture in Burkina Faso faces several constraints among which the HIV pandemic. Eradicating it has become a developmental priority. The present study performs a socioeconomic analysis of agricultural households affected by HIV and their livelihoods adaptation strategies. The used data came from two surveys, one at an individual level and the other at household level with a sample size of 646 households. The surveyed households are distributed over 27 provinces. A descriptive and a typology analyses were carried out to characterize agricultural households affected by HIV. The perception of the infection by Persons Living With HIV (PLWHIV) was analyzed using a binary logistic regression model. The livelihoods adaptation strategies of households were examined and classified using descriptive analysis. The results showed that the average age of the sample is 45 years-old which is within the most affected age range. Four groups of households differentiated by five main factors were found. The regression results revealed that the main determinants of the perception are food needs coverage, physical vitality, life quality, mental status, treatment combination with rituals, and adherence to treatment. Agricultural households' livelihoods adaptation strategies were grouped into strategies linked to securing food needs, income security, social security and shocks management. These strategies are not all durable but help households and members to subsist. Therefore, for improving livelihoods of agricultural households affected by HIV, policy interventions need to focus on reinforcing the capacity of associations who provide support and care to PLWHIV.

Key words: agricultural households, HIV, determinants of the perception, Sustainable livelihoods, Burkina Faso

Introduction

La situation épidémiologique du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est critique dans le monde et particulièrement en Afrique. Environ soixante-dix-huit (78) millions de personnes ont été infectées par le VIH et trente-neuf (39) millions de personnes sont décédées de maladies liées au sida dans le monde depuis le début de l'épidémie en 1981 (ONUSIDA, 2014b). Ainsi, l'ampleur et les conséquences dévastatrices de la pandémie du VIH en Afrique subsaharienne sont sans égales dans le monde. En effet, en 2014, près de vingt-six (26) millions de personnes sur environ trente-sept (37) millions dans le monde vivaient avec le VIH en Afrique subsaharienne, l'une des régions les plus pauvres au monde (ONUSIDA, 2015). En dépit de la baisse des nouvelles infections à VIH de 35% dans le monde depuis l'année 2000 (ONUSIDA, 2015), l'Afrique subsaharienne demeure la région la plus affectée de la pandémie dans le monde (ONUSIDA, 2013b; ONUSIDA, 2014b) avec 66% des nouvelles infections en 2015 (ONUSIDA, 2015). Par ailleurs, elle souffre de nombreux décès liés au VIH et au sida. Le nombre de victimes liées au VIH qui s'élevait à sept-cent quatre-vingt-dix milles (790 000) pour la même année traduit cette gravité. Cette pandémie affecte tant l'Afrique au point de passer d'un problème de santé publique à celui de développement.

Dans cette partie du monde, il y a cependant de grandes disparités malgré la forte ampleur de l'épidémie. Les régions situées au Nord de l'Afrique subsaharienne sont moins affectées par l'épidémie au regard du nombre de victimes contrairement à celles du Sud. En effet, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, constitue un carrefour incontournable d'échanges divers et l'un des pays touchés par le VIH. Le nombre de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH) y était estimé à cent dix milles (110 000) (SP/CNLS, 2015; ONUSIDA, 2014a; ONUSIDA, 2013a).

La pandémie est de type généralisée au Burkina Faso avec une forte concentration dans certains groupes spécifiques que sont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les professionnelles du sexe (PS) qui enregistrent respectivement une prévalence de 4% et 16%. Cependant, l'infection à VIH touche principalement les femmes et les enfants. Un effectif de cinquante-six milles (56 000) femmes vit avec le VIH sur un total de quatre-vingt-quatorze milles 94 000 adultes de 15 à 49 ans (SP/CNLS, 2015). Le taux de prévalence est de 1,2% chez les femmes contre 0,8% chez les hommes pour cette tranche d'âge donnant ainsi un ratio d'infection femme/homme de 1,5 (INSD et ICF, 2012). Il en ressort que la population féminine est plus affectée par le VIH. Cette situation s'explique par des raisons à la fois socio-

économiques et biologiques (ONUSIDA, 2012) qui font des femmes un groupe vulnérable. Cet état de fait est plus accentué en milieu rural où les femmes et les filles sont confrontées sur le plan socio-économique au poids des cultures et traditions (Wahengo, 2011).

Par ailleurs, la tranche de 15 à 49 ans correspond à l'âge de procréation. De ce fait, le décès des parents séropositifs augmente de façon considérable le nombre d'orphelins. Dans le cas où ils ne sont pas orphelins, les enfants peuvent tout de même être victimes du VIH en étant eux-mêmes infectés. Le nombre d'enfants vivant avec le VIH en atteste la vulnérabilité : dix-huit mille (18 000) enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH au Burkina Faso en 2013 (SP/CNLS, 2015; ONUSIDA, 2014c). Ainsi, les communautés et les ménages qui vivaient déjà de façon précaire à cause de la pauvreté, sont rendus plus vulnérables sur divers plans par la pandémie.

La tranche d'âge 15 à 49, qui est du reste une composante de la population active estimée à 50% de la population, est la plus touchée par l'infection à VIH au Burkina Faso (INSD et ICF, 2012). La prévalence de l'infection à VIH dans cette population était estimée à 0,92% en fin 2013. Elle a néanmoins baissé comparativement aux années antérieures (ONUSIDA, 2014a; SP/CNLS, 2015). Cette composante représente une partie de la population productrice et son infection par le VIH peut constituer une difficulté importante liée à une utilisation optimale de la main d'œuvre agricole dans la mesure où la population burkinabè est majoritairement rurale (78%). En effet, l'agriculture burkinabè est essentiellement de subsistance, familiale et semi-traditionnelle, nécessitant une grande force de travail. L'épidémie du VIH constitue par conséquent un véritable problème pour les ménages ruraux qui vivent en majorité dans la pauvreté. On estime à 40,1 % de la population burkinabè qui vit en dessous du seuil de pauvreté (INSD, 2015)

Malgré les actions entreprises par le gouvernement burkinabè et le monde associatif, les PVVIH font toujours face à de nombreuses difficultés, surtout en milieu rural. Certains facteurs comme la pauvreté, la rupture des stocks d'antirétroviraux (ARV), les maladies opportunistes affectent les moyens de subsistance des PVVIH. La pauvreté demeure le facteur aggravant en ce sens qu'associée à l'infection à VIH, elle crée un environnement instable et défavorable pour les ménages agricoles (MA) et à l'observance du traitement antirétroviral (TARV). Le TARV est pourtant sans conteste le moyen efficace pour annihiler les effets non négligeables du VIH (Mckinney *et al.*, 2014) sur les ménages pauvres et affectés à travers l'amélioration de l'état de santé des PVVIH et de leurs aptitudes.

Force est de constater que le TARV est très peu répandu. En dépit des nombreux progrès enregistrés dans la lutte contre le VIH, le TARV ne couvre pas la moitié des PVVIH. Le taux de couverture en 2013 n'excédait pas 38,5% pour l'ensemble des PVVIH au Burkina Faso (ONUSIDA, 2014c). Les moyens de survie des populations rurales sont ainsi en jeu, car ils sont fortement menacés par la pandémie. Nkendah (2008) a montré dans une étude sur le VIH que l'impact du VIH/sida sur la famille rurale est lié à la production agricole et aux mécanismes de survie en milieu rural. Cela peut être généralisé pour le Burkina Faso. En effet, il s'agit d'un pays sahélien où l'agriculture est la principale source de revenus des populations rurales. De cet fait le VIH crée une situation dans laquelle la présence d'une ou de plusieurs personnes infectées au sein du ménage affecte ses membres, sa production et son revenu. L'analyse de la présente situation soulève quelques questions : de quelle manière l'infection à VIH affecte-t-elle les moyens de subsistance et la productivité agricole de ces ménages? Quelles perceptions les personnes vivant avec le VIH ont-elles de leur infection ? Quelles sont les stratégies mises en place par les ménages affectés pour maintenir leur niveau de vie ?

Les études au Burkina Faso ne se sont pas tant consacrées à l'analyse des stratégies de subsistance des MA touchés par le VIH. Des données sur les stratégies d'adaptation des MA affectés par le VIH ne sont pas légion dans les statistiques nationales. Pourtant, au regard de l'importance de l'agriculture pour le pays, il est judicieux de mener une telle étude pour mieux entreprendre les actions de riposte. Les résultats pourraient donc permettre de réduire les impacts du VIH sur les populations, à travers la mise en place de meilleures stratégies d'intervention et de riposte au niveau national. Ils permettront ainsi d'aider les populations des MA affectés en particulier à trouver les bonnes stratégies pour mieux produire et sécuriser leur production agricole.

Objectifs de l'étude

La présente étude vise à orienter des interventions efficaces pour la riposte au VIH en renforçant les connaissances socio-économiques sur les ménages agricoles affectés au Burkina Faso. Plus spécifiquement, il s'agira :

- de décrire les caractéristiques des ménages agricoles affectés par le VIH ;
- de caractériser la perception de l'infection par les PVVIH ;
- d'identifier les stratégies de subsistance des ménages agricoles affectés par le VIH.

Hypothèses de l'étude

Pour mener à bien cette étude les hypothèses de recherche suivantes ont été posées :

- les ménages agricoles affectés par le VIH sont des ménages nucléaires et pauvres ;
- les PVVIH ont une perception positive déterminée par leur environnement ;
- les ménages affectés par le VIH développent des activités génératrices de revenu et/ou agricoles comme stratégies face à l'infection à VIH.

Le présent document s'articule autour de trois chapitres. Le premier chapitre est un développement du cadre théorique. Le second chapitre est consacré à la méthodologie et le troisième chapitre présente les résultats et la discussion.

Chapitre 1 : cadre théorique

1. Clarification conceptuelle

1.1. Notion de personnes infectée et affectée

Les PVVIH sont des personnes infectées par le VIH. Quand une personne est contaminée par le VIH, son organisme n'est pas capable de l'éliminer. Elle est alors infectée par le virus mais elle ne tombe pas malade immédiatement. En effet, ce virus met en général plusieurs années avant de détruire les défenses immunitaires de l'organisme. On ne parle de sida que lorsqu'une personne souffre d'une maladie opportuniste. On sait qu'on est séropositif lorsqu'on a fait un test de dépistage. Ce test permet de rechercher des anticorps que l'organisme fabrique pour essayer de se protéger du VIH. Donc, être séropositif veut dire qu'on est infecté par le VIH. Cela ne signifie pas forcément qu'on a déjà développé le sida.

Une personne infectée par le VIH ou séropositive est donc une personne dont le statut sérologique est positif pour le test de dépistage du VIH. On peut par extrapolation parler de ménage « infecté » dans la mesure où tous les membres de ce ménage sont dépistés séropositifs. Cela peut être possible dans le cas des ménages isolés, monoparentaux et nucléaires.

Quant aux personnes affectées par le VIH, il s'agit des personnes qui subissent les effets collatéraux de la personne vivant avec le VIH/sida. Ces personnes peuvent être le conjoint, les enfants et ou tout autre parent.

Le ménage agricole sera dit affecté lorsque les membres du ménage peuvent ressentir la baisse de productivité et du revenu ou l'incapacité à faire face aux coûts des soins de santé ou encore la réallocation des ressources, liées à la maladie ou à la cessation d'activité de la PVVIH. Par ailleurs, ces membres sont assignés à la tâche d'aide-soignant lorsque cette dernière s'affaiblit ou développe le sida et peuvent être confrontés à une stigmatisation.

La stigmatisation à laquelle peuvent faire face les PVVIH et les personnes affectées suscite une définition du stigmaté. Goffman (1975) le définit comme étant l'attribut qui rend l'individu différent de la catégorie dans laquelle on voudrait le classer. Il y a donc stigmaté lorsqu'il existe un désaccord entre l'identité sociale réelle d'un individu, ce qu'il est, et l'identité sociale virtuelle d'un individu, ce qu'il devrait être. Le stigmaté naît de la représentation qu'on va s'en faire, il est lié à des stéréotypes. Un individu affligé d'un stigmaté est donc un stigmaté, qui

s'oppose aux autres que Goffman appelle les normaux. Qu'en est-il alors de la représentation sociale du VIH/SIDA ?

1.2. La représentation sociale du VIH/sida

L'infection par le VIH suscite chez les malades, les familles, la communauté et les soignants des représentations diverses modifiant les relations sociales (Ouedraogo *et al.*, 2005).

L'infection à VIH est perçue comme une maladie honteuse, la voie hétérosexuelle étant le mode de transmission le plus fréquent dans le monde. La perception qu'on a d'une personne séropositive est liée à ses mœurs : personne de moralité douteuse, personne légère, personne ayant une vie de débauche sexuelle, etc. Cette situation est pire lorsque c'est une femme : célibataire elle sera considérée comme une personne s'adonnant à des frivolités ; mariée elle sera traitée de femme infidèle et légère car selon Kablan *et al* (2006) dans la relation homme/femme en effet, les femmes sont souvent accusées de « provoquer » la maladie. On les considère comme des réservoirs de l'infection ou comme des vecteurs de sa transmission à leurs partenaires masculins et à leurs enfants.

L'infection à VIH était aussi considérée dans les années 1990 comme une maladie liée à la mort. Les connaissances sur cette infection n'étaient pas développées au niveau des populations. Elles étaient superficielles, avec une connotation négative et renvoyaient automatiquement à la mort. Cette perception s'explique par le fait que l'infection par le VIH est incurable, impliquant de suivre un traitement à vie, et aucun remède n'existe jusque-là. Cette perception du VIH ramenait à comparer la séropositivité à la « fin », à la « mort ». Fort heureusement, cette perception tend à s'estomper avec les soins et la longévité que peuvent avoir les PVVIH ainsi que la sensibilisation des populations.

Le VIH est de nos jours presque perçu une comme « maladie comme les autres » avec l'avènement et la vulgarisation des trithérapies qui permettent aux PVVIH d'avoir une plus longue durée de vie et de ne pas développer certaines infections opportunistes qui sont communément interprétées comme des signes de sida. Dans ces cas-ci, la PVVIH peut dissimuler son statut et est comparable à un « stigmatisé discréditable » selon Goffman (1975).

Par ailleurs les nombreuses campagnes d'éducation et de sensibilisation ont eu un effet sur la perception des populations mais cet effet demeure limité dans le temps et l'espace. En effet, la perception se situe à divers niveaux que sont l'individu, son environnement et le personnel médical. L'acceptation de l'individu est la première étape. Si l'environnement est informé alors son acceptation et son soutien seront davantage nécessaires. L'accompagnement, les conseils

et les encouragements des soignants sont le point culminant puisqu'ils sont les premiers informés.

2. Généralités sur le VIH/sida

2.1. Définition du VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus. Il appartient à la sous-famille des lentivirus qui sont responsables de l'apparition de maladies à évolution lente comme les pneumonies, les désordres neurologiques et le SIDA (ONUSIDA, 2011). Deux types de virus ont été identifiés. Il s'agit du VIH-1 qui touche l'ensemble des continents et du VIH-2 présent surtout en Afrique de l'Ouest (ONUSIDA, 2011). Le VIH est un virus dont la variabilité s'explique par le taux d'erreur très élevé de la transcriptase inverse correspondant à au moins une mutation par cycle de répllication (Pineau, 2014). C'est ce qui rend la mise au point d'un vaccin si compliquée.

Les cellules ciblées par le VIH portent à leur surface la molécule CD4 (Pineau, 2014). L'immunodéficience s'installe progressivement chez les sujets infectés et entraîne une augmentation de la sensibilité à un grand nombre d'infections et de maladies que l'on peut combattre normalement avec un système immunitaire sain. Le VIH attaque donc le système immunitaire et affaiblit les systèmes de surveillance et de défense de l'organisme contre les infections et certains types de cancer. Au stade avancé, le VIH provoque le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) qui apparaît au bout de 2 à 15 ans selon le cas. Il représente le stade létal et dommageable de l'infection au VIH.

Le VIH se propage à travers trois principaux modes de transmission. Il s'agit de la transmission sexuelle, sanguine et verticale. La transmission sexuelle, notamment hétérosexuelle, est le mode de contamination le plus fréquent en Afrique et au Burkina Faso, particulièrement. En fait, le Burkina Faso est un carrefour où il y a une très grande mobilité nationale et internationale ; les migrations ont donc eu un rôle majeur dans la propagation du VIH (Lydié, 2000) entre les groupes à risques et les migrants. Il est important de souligner que l'infection ne se contracte pas lors des gestes courants de la vie quotidienne. Aussi, existe-t-il quelques moyens pour prévenir la transmission du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles (IST).

Jusqu'à ce jour aucun remède permettent de guérir de l'infection au VIH n'a été trouvé. Cependant, la charge virale des PVVIH peut être considérablement réduite grâce aux ARV.

Cette réduction s'apparente à une guérison pour ces derniers mais elle n'est synonyme que d'un meilleur état de santé. Une voie palliative à la propagation du VIH est la prévention.

De nombreuses initiatives se sont portées sur la prévention contre le VIH. ONUSIDA (2013b) montre que les stratégies de prévention clés comprennent le dépistage (afin de permettre aux personnes de connaître leur statut sérologique et celui de leur partenaire), l'utilisation des préservatifs et l'administration d'un traitement antirétroviral au partenaire vivant avec le VIH, indépendamment de sa numération de CD4. Une autre stratégie efficace consiste à proposer une thérapie antirétrovirale au partenaire séronégatif, stratégie difficilement applicable en Afrique où il y'a une très faible couverture antirétrovirale pour les personnes séropositives.

Il faut par ailleurs souligner que l'abstinence sexuelle, le partenariat unique, la fidélité sont fortement encouragés lors des programmes d'information, d'éducation et de communication et de communication pour le changement de comportement (IEC/ICC) au Burkina Faso. Ces nombreuses méthodes, utilisées pour prévenir la transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), sont en général disponibles et accessibles à tous. Le constat d'une négligence généralisée traduite par des comportements à risques est fait par Konan *et al.* (2008) quant à la mise en pratique de ces précautions. Ces moyens de prévention utilisés au niveau national contribuent toutefois à la réduction de l'incidence du VIH au Burkina Faso.

En ce qui concerne le traitement du VIH, il existe plusieurs grilles décisionnelles qui divergent d'un centre à l'autre et dans le temps. Toutefois, la certitude d'une initiation du traitement est acquise si le nombre de CD4 est inférieur à 200 CD4 par mm³, si la charge virale est supérieure à 100.000 copies virales par mm³, et pour toute personne qui manifeste des affections opportunistes, quels que soient son taux de CD4 ou sa charge virale.

L'objectif principal du traitement antirétroviral est d'empêcher la progression vers le sida en restaurant un nombre de lymphocytes CD4 supérieurs à 500/mm³. Pour atteindre cet objectif, le traitement antirétroviral doit rendre la charge virale plasmatique indétectable, ce qui permet la meilleure restauration immunitaire et limite au maximum le risque de sélection de virus résistants. Lorsque cela est atteint, il y a une réduction du risque de transmission du VIH. En plus de l'efficacité immunovirologique du traitement antirétroviral, d'autres objectifs notamment la meilleure tolérance possible, à court, moyen et long termes, l'amélioration ou la préservation de la qualité de vie, la réduction de la transmission mère-enfant du VIH, sont recherchés simultanément.

2.2. Concepts liés au VIH

Certains concepts liés au VIH sont fréquemment utilisés et il est nécessaire de les élucider :

– une épidémie : il s'agit d'une augmentation inhabituelle du nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population humaine. Une épidémie s'étendant à des régions ou des continents entiers, voire à l'ensemble de la planète, est parfois qualifiée de pandémie (ONUSIDA, 2011) , tel le cas du VIH.

– la charge virale : c'est un élément déterminant dans le dépistage du VIH. Elle mesure la quantité de virus présente dans le sang. Plus le VIH se multiplie dans l'organisme, plus la charge virale est élevée. La charge virale est dite « indétectable » lorsque les tests ne permettent plus de la mesurer (inférieure à 50 copies de virus par millilitre), mais cela ne veut pas dire qu'elle est « nulle » car il y a encore du VIH dans les liquides organiques.

– l'incidence : l'incidence du VIH est le nombre de nouvelles personnes qui ont été infectées par le VIH au cours d'une période donnée dans une population donnée. L'ONUSIDA prend généralement en compte le nombre d'adultes âgés de 15 à 49 ans ou d'enfants (de 0 à 14 ans) qui ont été infectés au cours de l'année écoulée. Dans les études spécifiques et les essais de prévention, le terme taux d'incidence est employé pour décrire l'incidence pour cent personnes pour les années observées (ONUSIDA, 2011).

– la prévalence : ONUSIDA (2011) la définit comme étant le nombre de personnes infectées à un instant donné, quel que soit le moment de l'infection, exprimé en pourcentage de la population (comme un instantané). Il s'agit donc du nombre de personnes vivants avec le VIH dans une population donnée, sans distinction entre les nouveaux et les anciens cas. INSD (2012) souligne qu'au Burkina Faso le taux de prévalence est de 0,6 en milieu rural.

– Une infection opportuniste (IO) : il s'agit d'une maladie infectieuse provoquée par divers micro-organismes, dont la plupart n'entraînent normalement pas de maladie chez les personnes ayant un système immunitaire sain. Les personnes à un stade avancé de l'infection au VIH peuvent souffrir d'infections opportunistes des poumons, du cerveau, des yeux ou d'autres organes. Parmi les maladies opportunistes courantes chez les personnes ayant un diagnostic de sida, ONUSIDA (2011) cite les infections bactériennes, les infections parasitaires dues à des protozoaires, les infections fongiques, les infections virales et les néoplasies liées au VIH. La tuberculose est la principale infection opportuniste liée au VIH dans les pays en

développement. Au Burkina Faso, la prévalence de la coinfection était d'environ 20 % chez les malades tuberculeux enregistrés en 2008 (MTSS, 2010).

2.3. Mesures nationales de riposte au VIH/sida au Burkina Faso

Les premiers cas de sida ont été officiellement observés en 1986 au Burkina Faso (INSD et ICF, 2012). Les autorités nationales, dès ce moment-là, ont mis en place un dispositif de riposte pour endiguer l'épidémie et ses effets pervers sur la nation entière. Ce faisant, les efforts se sont progressivement déployés à travers des programmes successifs allant des plans d'urgence, aux cadres stratégiques, en passant par les plans à courts termes (PCT) et les plans à moyens termes (PMT). Dans le même temps, l'instrument de gouvernance s'est aussi muée pour passer d'un Comité national de lutte contre le sida (CNLS) sous la tutelle technique du Ministère de la santé, à un Conseil national de lutte contre le sida et les IST, véritable structure multisectorielle, présidée par le chef de l'Etat (SP/CNLS, 2013) .

En effet, selon le ministère de l'économie et des finances (2010), l'engagement du gouvernement du Burkina Faso a été fortement matérialisé par l'adoption en 1998 de l'approche multisectorielle décentralisée et participative qui a impliqué tous les secteurs de développement dans l'organisation de la riposte nationale au VIH. A cet effet, deux cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP) ont été mis en œuvre couvrant successivement les périodes 2001-2005 et 2006-2010 ; ils ont permis une baisse du taux de prévalence tendant à une certaine stabilisation. La deuxième révision du CSLP a consisté en une mutation dont l'aboutissement est l'adoption par le gouvernement d'une stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) pour la période 2011-2015.

La stratégie de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015 s'appuyait au plan national sur un renforcement de l'engagement politique, une meilleure organisation et une meilleure efficacité de la riposte. Aux plans sous-régional et international, les stratégies s'articulent autour de la souscription du Burkina Faso aux différents engagements sur la santé et le VIH et aux initiatives pour l'accélération de l'accès au traitement par les ARV.

3. Généralités sur les ménages agricoles au Burkina Faso

3.1. Définition du ménage agricole

Un ménage est défini comme étant l'unité socio-économique de base au sein de laquelle les différents membres, apparentés ou non, vivent dans la même maison ou concession, mettent en commun leurs ressources et satisfont en commun l'essentiel de leurs besoins alimentaires et autres besoins vitaux, sous l'autorité d'une seule et même personne appelé chef de ménage (CM) (INSD, 2009). L'identification du CM est une étape nécessaire et incontournable dans la détermination des relations de parenté entre membres du ménage.

La FAO (1995) propose une définition plus large du ménage qui renvoie étant la manière dont les personnes pourvoient individuellement ou en groupe à leurs besoins alimentaires et autres besoins vitaux. Ainsi, un ménage peut être soit composé d'une seule personne c'est-à-dire une personne qui pourvoit à ses besoins alimentaires et autres besoins vitaux sans s'associer à d'autres personnes, soit multiple c'est-à-dire un groupe de deux ou plusieurs personnes qui, vivant au même foyer, pourvoient en commun à leurs besoins alimentaires et autres besoins vitaux. Les membres du groupe peuvent dans une mesure variable, mettre leurs revenus en commun et avoir un budget unique. Le groupe peut se composer de personnes apparentées, soit de personnes non apparentées, soit de personnes appartenant à l'une et à l'autre catégorie.

En général, le CM est un homme adulte de la famille. La tendance marque un net sous-enregistrement des femmes même quand elles en sont les véritables autorités et les principales pourvoyeuses des ressources économiques. En effet, les femmes sont la plupart du temps recensées comme CM seulement quand il n'y a pas d'hommes adultes présents au foyer, notamment dans les ménages dont la femme est veuve, séparée, divorcée, célibataire ou dont l'homme a émigré (FAO, 1998).

Par ailleurs, INSD (2012) indique qu'au Burkina Faso, 90 % des ménages sont dirigés par un homme et 10 % par une femme. La proportion de ménages dirigés par une femme est faible (8 %) en milieu rural contrairement au milieu urbain où elle double (16 %). Aussi, une des caractéristiques des ménages au Burkina réside en leur démographie. En effet, la majorité des ménages burkinabè a une taille moyenne estimée à 5,7 personnes par ménage. En milieu rural, on observe généralement des ménages dont la taille est supérieure à la moyenne, composés d'au moins neuf (9) personnes.

En ce qui concerne le ménage agricole, c'est un groupe de personne formant une unité socio-économique qui se consacre à la production agricole. Ce type de ménage peut s'identifier par moment à une exploitation agricole. Les membres du ménage participent aux activités agricoles et d'élevage, constituant la main d'œuvre familiale. En général, c'est le CM qui est le preneur de décision en ce qui concerne la conduite des travaux et des cultures à produire et les superficies de ces cultures. La caractéristique principale du ménage agricole est le type d'activité qu'il pratique, l'agriculture et leur localisation (milieu rural).

Pour Pilon (1991) « le ménage n'est qu'un reflet imparfait, ou plutôt, n'est qu'un niveau intermédiaire des structures familiales ». Cependant, il montre qu'il existe une diversité et une complexité de l'organisation familiale qui peuvent être bien dépeintes par la démarche ethnologique ou anthropologique. Le ménage et la famille peuvent ainsi coïncider dans une moindre mesure mais le ménage va en général au-delà de la famille qui s'identifie plus à l'unité de résidence. Dans le contexte burkinabè, les ménages agricoles reflètent la structure de la famille qui peut être liée au type de ménage (ménage nucléaire, élargi, etc.), à l'unité de consommation (groupe de consommation) ou de l'unité de production (groupe de production). Randall (2008) soutient que dans le contexte africain il est plutôt difficile de parvenir à une définition parfaite du ménage pour qu'il soit à la fois « une unité de production et de consommation, et une unité sociale et démographique ». La principale justification c'est que « ces unités ne se superposent pas parfaitement et ne répondent pas forcément aux besoins pratiques d'une collecte de données ».

Dans le cadre de cette étude, nous considérons le ménage agricole comme l'ensemble des individus qui sont dans une même unité de consommation et de production car en milieu rural burkinabè les membres d'un même ménage ont généralement en commun la consommation et la production de produits agricoles.

3.2. Type de ménages agricoles

Il n'existe pas une typologie unique et universelle des ménages. Les ménages peuvent être regroupés selon différents critères donnant lieu à plusieurs typologies.

Une des typologies les plus utilisées est la répartition selon le type de leur structure. On retrouve dans cette typologie le ménage isolé (une seule personne), le ménage monoparental (adulte avec enfants), le ménage nucléaire (couple monogame sans ou avec enfants non mariés), le ménage polygame (ménage nucléaire, mais avec plusieurs épouses), le ménage élargi qui est une

combinaison des types précédents se rapportant au chef de ménage, avec la présence d'autres personnes (Pilon, 1994) .

Cette typologie définie par Pilon est similaire à celle proposée par la FAO. En effet, dans la typologie présentée par la FAO, on distingue des ménages d'une personne, des ménages nucléaires (noyau familial), des ménages composés (noyau familial unique ou plusieurs noyaux et personnes apparentées, ou personnes apparentées entre elles sans aucun noyau) et des ménages complexes qui sont des ménages composés avec des personnes non apparentées (FAO, 1998). La différence entre ces typologies est le lien de parenté soulevée par la FAO.

Au Burkina Faso, les types de ménages rencontrés sont proches de ces deux derniers. MEF (2009) présente les modalités suivantes: ménage d'une seule personne (ménage unipersonnel), ménage nucléaire complet (couple, couple et enfants), ménage nucléaire monoparental (chef de ménage et enfants), ménage étendu (noyau familial et autres personnes avec ou sans parenté) et ménage composite (autres). En milieu rural, le ménage nucléaire monoparental (52,4%) et le ménage étendu (35,8%) dominent sur les autres types de ménages.

Il existe bien d'autres typologies basées sur les rapports de parenté, la taille et le niveau de l'exploitation, etc. Quelle que soit la typologie adoptée, elle doit pouvoir établir un rapport entre producteurs et consommateurs, en particulier, en ce qui concerne la charge des consommateurs reposant sur l'exploitant ou l'exploitante, de façon à pouvoir effectuer des analyses différenciées par sexe.

4. VIH/sida et stratégies de subsistance en milieu rural

Un moyen de subsistance peut être défini comme une façon de s'assurer de quoi vivre. C'est l'ensemble des aptitudes, des atouts (naturels, physiques, humains, financiers, sociaux et spirituels) et des activités nécessaires pour pouvoir subsister. Les ménages emploient les atouts dont ils disposent (notamment les terres, les outils agricoles et le bétail, les savoir-faire professionnels, les connaissances et les croyances religieuses, l'appui des membres de la communauté, etc.), pour adopter un moyen de subsistance dont l'objectif premier est de subvenir aux différents besoins de la famille.

Le terme «moyens de subsistance » couvre ainsi tous les moyens utilisés par les individus pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille. Il englobe tout un éventail d'activités, dont le travail rémunéré, les cultures et l'élevage de bétail, le recours à des savoir-faire tels que la

cuisine, la menuiserie ou la construction, et les petites entreprises comme les étals de marché, la coiffure ou la transformation alimentaire (Greenblott *et al.*, 2012).

La problématique des moyens de subsistance a fait l'objet de plusieurs études dans les pays d'Afrique étant donné leur statut de vulnérabilité (Egal et Valstar, 1999; Parker *et al.*, 2009). La vulnérabilité des populations aux chocs affecte les moyens de subsistance des populations avec pour conséquence le retard du développement. En effet, ONUSIDA (2013) indique que les pays africains sont confrontés à d'énormes problèmes dans leur lutte pour le développement rural et le développement agricole. Elle évoque plusieurs facteurs à ces problèmes dont les principaux sont la pauvreté, les catastrophes liées à la sécheresse, aux inondations, aux épidémies, aux guerres et aux conflits, à l'inefficacité des politiques économiques et à la mauvaise gouvernance.

L'ampleur de la pandémie du VIH aggrave la vulnérabilité car c'est l'un des plus urgents défis auxquels font face les communautés rurales de l'Afrique subsaharienne (Parker *et al.*, 2009). Les moyens de subsistance se veulent par conséquent durables afin de soutenir les ménages durant toute l'année. Cela est nécessaire pour se remettre des éventuels chocs et pouvoir subsister sur une longue période. Les moyens de subsistance durables impliquent des actions qui n'entraînent pas de risque de contraction du VIH pour les séronégatifs et qui rendent les PVVIH moins vulnérables aux effets de la maladie qu'ils ne le sont déjà.

4.1. Impact du VIH sur les moyens de subsistance des ménages agricoles

Les répercussions du VIH et du sida sur les ménages agricoles se situent à divers niveaux, humain, social, nutritionnel, sanitaire et économique. L'agriculture étant le principal moyen de subsistance de la majorité des personnes touchées par le VIH et le sida au Burkina, l'infection peut de ce fait avoir un grand impact sur les conditions d'existence de ces personnes.

Sur le plan humain et social, le VIH fragilise la formation du capital humain et social. May (2003) montre qu'à ce niveau les coûts liés à la pandémie sont, entre autres, la perte en vie humaine, la souffrance des familles, les lourdes charges sociale, économique et émotionnelle qu'endossent les aides-soignants familiaux et les orphelins, la baisse de la productivité et de la sécurité alimentaire ainsi que les coûts sidérants et l'accablement des systèmes de santé. En effet, la disparition des parents est sans nul doute une perte en capital humain et social entraînant une cohorte d'orphelins non avertis ou inexpérimentés. Ces derniers sont facilement exposés à la déscolarisation ou au travail des enfants, la vente des biens et l'abandon des terres. Avec une

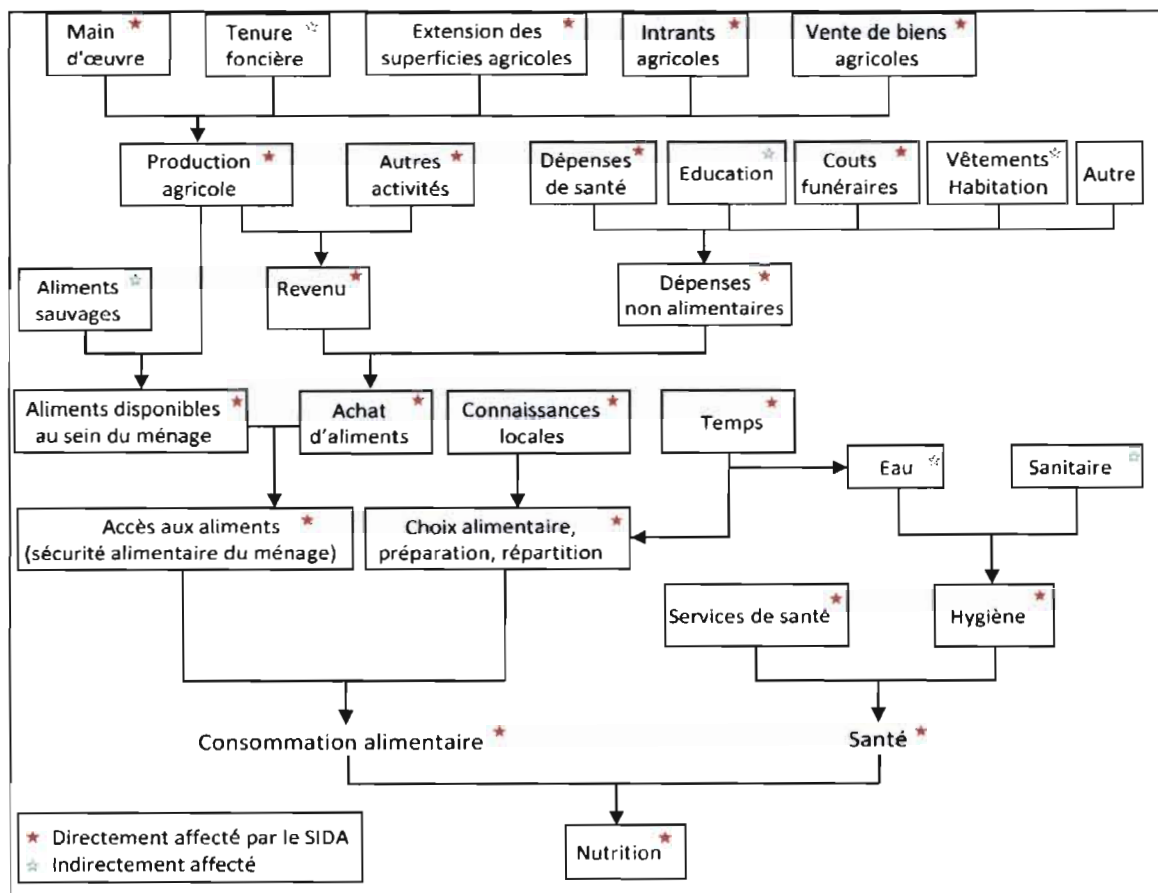
estimation de l'incidence de la pauvreté de 50,7% pour le milieu rural au Burkina Faso (INSD et ICF, 2012), la situation déjà délicate ne peut que se détériorer avec l'ampleur que prend le VIH au sein des ménages agricoles. Par ailleurs, Munthali (2002) considère que l'un des effets les plus critiques du VIH est qu'il frappe les familles en leur principal système de sécurité sociale par le retranchement de l'équation des membres productifs quand ils tombent malades et meurent, laissant les enfants et les personnes âgées à leur sort.

Sur le plan nutritionnel, il existe un étroit lien entre le VIH, l'alimentation et la nutrition et l'état de santé des PVVIH. Greenblott (2007) montre que l'infection à VIH altère la santé nutritionnelle de trois façons qui se renforcent les unes les autres. Il s'agit de la réduction de la consommation de nourriture, l'altération des processus métaboliques et la diminution de l'absorption des nutriments mal assimilés. Cette altération est liée soit au développement de l'infection, fragilisant le métabolisme du corps (manque d'appétit, plaies dans la bouche ou dans la gorge, douleurs, nausées, infections opportunistes, etc.), soit aux effets secondaires des médicaments (manque d'appétit, diarrhées, vomissements, etc.).

Harvey (2004) dénote aussi les impacts négatifs du VIH/SIDA sur la sécurité alimentaire à l'échelle du ménage, ainsi que la complexité, la large portée et la sexo-spécificité de ces impacts. L'impact du VIH/SIDA sur la sécurité alimentaire laisse les ménages plus vulnérables aux autres chocs comme la sécheresse, et peut finalement aboutir au dénuement (indigence) et les ménages deviennent dépendant d'une assistance externe. Cependant la relation entre le VIH/SIDA et les moyens de subsistance est à double sens. En effet, le VIH agit sur les moyens de subsistance des populations en réduisant la sécurité alimentaire à travers la maladie et à la mort; mais l'insécurité alimentaire et la pauvreté peuvent embraser l'épidémie à VIH puisque les populations sont conduites à adopter des stratégies à risques afin de survivre (Greenblott *et al.*, 2012; Harvey, 2004).

En outre, ONUSIDA (2000) fait remarquer que pour une personne vivant avec le VIH, la sécurité nutritionnelle peut être fragilisée, non par insuffisance de vivres, mais parce que les préjugés, les normes culturelles et l'absence de connaissances peuvent avoir une incidence considérable sur les choix alimentaires. Cela soulève l'importance de la sécurité alimentaire et nutritionnelle chez les PVVIH d'autant plus que la maladie elle-même a des effets sur l'alimentation et la nutrition.

La figure 1 est un modèle qui résume les impacts du VIH sur la sécurité alimentaire et la nutrition des ménages, c'est-à-dire les moyens de subsistance. La production agricole, les autres sources de revenu, la santé sont directement affectés par l'infection. D'autres facteurs, ayant un lien indirect avec le VIH comme la tenure foncière, l'éducation, les besoins primaires, s'associent aux premiers, créant ainsi une situation d'insécurité alimentaire.



Source : FAO, 1999

Figure 1: Modèle de représentation de l'impact du VIH/SIDA sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle d'un ménage, adapté en français.

Sur le plan économique, le VIH fragilise les ménages agricoles. Ainsi, allant de la baisse des revenus à la consommation à l'augmentation des dépenses, les répercussions du VIH et du sida sur les ménages peuvent être importantes. Bollinger *et al.* (1999) expliquent que le VIH a le potentiel de créer de sévères impacts économiques dans plusieurs pays africains. Différente de la plupart des infections, le VIH frappe majoritairement la frange productrice de la population. Les effets varient selon la sévérité de l'infection et la structure de l'économie nationale. Il s'agit principalement de la diminution de la main-d'œuvre et un accroissement des coûts. Ces coûts sont composés de coûts directs incluant les dépenses pour les soins médicaux, les médicaments

et les frais funéraires et de coûts indirects non financiers englobant le temps perdu pendant la maladie, la prise en charge des orphelins, etc.

4.2. Théorie sur les stratégies d'adaptation des moyens de subsistance des ménages agricoles

En milieu rural, les populations développent de multiples stratégies pour subvenir à leur besoins. Ces stratégies, comme le montrent Jansen *et al.* (2006), sont tributaires d'une kyrielle de facteurs incluant les facteurs biophysiques, économiques et sociaux. Les populations rurales dans un contexte de vulnérabilité transforment leurs atouts, limités, que sont les capitaux humain, social, physique, financier, naturel, et développent de ce fait des stratégies de survie. Ces dernières ont principalement pour objectif d'améliorer leur bien-être social et économique à travers l'augmentation du revenu et du bien-être, la réduction de la vulnérabilité, l'amélioration de la sécurité alimentaire, une exploitation durable des ressources naturelles (Carney *et al.*, 1999; Scoones, 1988). Le dénouement de ce dispositif stratégique va alors influencer les capitaux de ces populations, créant ainsi un cycle.

Le fondement de l'adoption de ces stratégies réside dans la capacité de résilience des êtres humains face aux difficultés qu'ils rencontrent dans leur milieu de vie. Cinner *et al* (2010) montrent en effet qu' au niveau des communautés côtières tropicales les stratégies de subsistance se reposent très souvent sur les activités professionnelles comme l'agriculture, la pêche et le secteur informel. Il met donc en exergue l'adaptation de ces communautés à leur environnement et à son potentiel naturel, elles ne se dessaisissent pas de leurs atouts et capacités et des capitaux disponibles.

4.3. Stratégies développées par les ménages agricoles affectés par le VIH/sida

Dans le cas du VIH, les PVVIH issus des ménages agricoles doivent non seulement faire face aux problèmes liés à la maladie mais aussi à leurs besoins vitaux qui s'imposent. Face aux effets négatifs du VIH, les ménages développent des stratégies qui sont multiples et multiformes. En général les stratégies les plus fréquemment adoptées sont celles qui ne nécessitent pas de recours à l'argent vu que l'infection affecte le bien-être économique des ménages ruraux.

Les stratégies utilisées peuvent être classées en trois catégories que sont les stratégies destinées à améliorer la sécurité alimentaire, les stratégies destinées à trouver des revenus ou à les

augmenter afin de maintenir les habitudes de dépenses des ménages et les stratégies destinées à atténuer la perte de main-d'œuvre (ONUSIDA, 2000).

En ce qui concerne les stratégies destinées à améliorer la sécurité alimentaire, Sauerborn *et al* (1996) dénotent qu'au Burkina Faso, elles tournent autour du recours à des aliments substitués moins chers et/ou à des plantes sauvages, de la réduction de la consommation d'une denrée, de la garde et de la prise en charge des enfants par d'autres membres de la famille, et de la mendicité dans plusieurs pays africains. Les ménages adoptent progressivement ces stratégies selon la complexité de leur situation. Ces stratégies ne sont au demeurant pas coûteuses et ne nécessitent pas de dépenses supplémentaires.

Les stratégies destinées à trouver des revenus ou à les augmenter au Burkina Faso passent par la diversification des sources de revenus à travers des activités génératrices de revenus : vente de bois, brassage de la bière de mil, vente de bétail, construction de clôtures, réalisation de travaux artisanaux, couture et petit commerce (Sauerborn *et al.*, 1996). En outre, la vente des produits agricoles et l'utilisation des économies est une stratégie dominante et désespérée pour faire face aux besoins d'argent et aux coûts des soins liés au VIH dans les zones rurales au Burkina Faso, en Tanzanie, Zambie et Zimbabwe (ONUSIDA, 2000). Certaines personnes ont recours à la vente de leurs biens, irréversible dans certains cas. Sauerborn *et al.* (1996) ont par ailleurs rapporté le recours au secteur financier informel qui regroupe la famille, les amis et les voisins, les coopératives rurales, les clubs d'épargne, les commerçants ruraux et les prêteurs ruraux. C'est une importante source de revenus utilisée pendant les périodes de besoin.

Concernant les stratégies destinées à atténuer les pertes en main d'œuvre, elles passent par la réattribution du travail à l'intérieur du foyer et le retrait des enfants de l'école pour faire face aux chutes de production prévues du fait de la morbidité et de la mortalité des adultes (Sauerborn *et al.*, 1996).

Les stratégies développées dans la littérature par les ménages sont nombreuses et diversifiées. Toutes ces stratégies mises en place par les ménages agricoles sont des moyens d'adaptation à une situation nouvelle ou complexe de vulnérabilité sociale et/ou économique, dépendant ainsi des caractéristiques des ménages agricoles affectés. Pour parvenir à nos différents objectifs une méthodologie a été utilisée, laquelle sera décrite dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 : Méthodologie

Ce chapitre porte sur l'aspect pratique de l'étude. Il traite de la manière dont on a procédé pour aboutir à nos résultats à travers la constitution de l'échantillon, la méthode de collecte de données, la méthode de traitement des données, les variables retenues pour le modèle ainsi que la spécification du modèle.

1. Choix de la zone d'étude

1.1. Les critères de choix

L'étude s'est déroulée dans 35 Centres de prise en charge (CPC) des PVVIH répartis sur 27 provinces des 13 régions du Burkina Faso. Les principales zones agro-écologiques ont été prises en compte et ce choix s'est justifié par la capacité de résilience des populations locales étroitement liée à l'environnement et aux atouts disponibles. FAO (2010) définit les « zones de moyens d'existence » comme étant des zones renfermant des moyens d'existence homogènes, au regard des déterminants biophysiques et socio-économiques. Les principaux critères considérés dans ces zones sont les conditions agro-climatiques existantes, les ressources naturelles (eau, sols, pâturages) disponibles dans la zone et les principales activités de subsistance des populations. D'autres facteurs, tels que l'accessibilité au marché et les habitudes des groupes ethniques en place, ont également une incidence sur les modes de subsistance.

Le nombre de ménages agricoles affectés par le VIH dans les CPC de chaque province a été considéré afin d'avoir un effectif conséquent par zone. La réceptivité des PVVIH a été un critère de choix additionnel compte tenu du fait qu'une étude préalable avait été faite sur les 13 régions. Cette étude avait abouti à la conception d'une base de données sur laquelle les PVVIH de ménages agricoles ont été identifiées.

1.2. Brève description des zones agro-écologiques

Au Burkina Faso, ce sont les secteurs phytogéographiques, reconnus et définis d'après des critères climatiques et floristiques par Guinko (1984), qui tiennent lieu de zones agro-écologiques. Ainsi quatre zones agro-écologiques ont été définies et leurs caractéristiques générales sont synthétisées ci-après (FAO, 2001).

La zone nord-sahélienne occupe 13,4 % du territoire national avec une pluviométrie annuelle inférieure à 400 mm. La végétation est dominée par une steppe arbustive à épineux et à

graminées annuelles. C'est une zone à vocation pastorale évoluant vers l'agro-pastoralisme à dominante pastorale. L'élevage est transhumant et l'agriculture est principalement vivrière à base de mil, sorgho et niébé. Deux (2) CPC se situent dans cette zone.

La zone sud-sahélienne représente 15,3 % du territoire national avec une pluviométrie annuelle comprise entre 400 et 700 mm. La végétation est dominée par une steppe arbustive à combrétacées et à graminées annuelles. C'est une zone agropastorale à dominante agricole. L'agriculture céréalière d'autoconsommation à base de sorgho, de mil et de niébé y est pratiquée. L'élevage est de types pastoral transhumant et agropastoral sédentaire C'est une zone à forte densité humaine et saturation foncière. Neuf (9) CPC se situent dans cette zone.

La zone nord-soudanienne correspond à 38,9 % du territoire national avec une pluviométrie annuelle comprise entre 700 et 900 mm. La végétation est dominée par une savane arborée et arbustive. C'est une zone agropastorale à dominante agricole, constituant le bassin cotonnier du Burkina Faso. L'agriculture céréalière à base de sorgho, de mil et de niébé y est pratiquée. L'élevage pratiqué est de types pastoral transhumant et villageois sédentaire. C'est une zone à forte densité de populations humaine et animale. Elle regroupe le plus grand nombre de CPC s'élevant à seize (16).

La zone sud-soudanienne équivaut à 32,4 % du territoire national avec une pluviométrie annuelle comprise entre 900 et 1200 mm. La végétation est dominée par une savane arbustive, arborée et boisée ainsi que des forêts claires. C'est une zone à vocation agricole caractérisée par les cultures pérennes (manguiers, agrumes, anacardiens, etc.), la culture cotonnière, de l'igname et des céréales (sorgho, mil et maïs). L'élevage est de type villageois sédentaire. C'est la zone d'accueil des transhumants en saison sèche créant quelquefois de graves conflits entre agriculteurs et éleveurs. Cette zone regroupe sept (7) CPC.

Les provinces dans lesquelles sont situés les CPC retenus pour la présente étude sont les suivantes: Bam, Bazega, Boulgou, Boulkienme, Ganzourgou, Gnagna, Gourma, Kouritenga, Nahouri, Namentenga, Oudalan, Passore, Poni, Sanguie, Sanmatenga, Sissili, Soum, Sourou, Yatenga, Zoundweogo, Bale, Ioba, Kompienga, Nayala, Tuy, Ziro, Zandoma.

La figure 2 présente les différents CPC dans les délimitations des zones agro-écologiques.

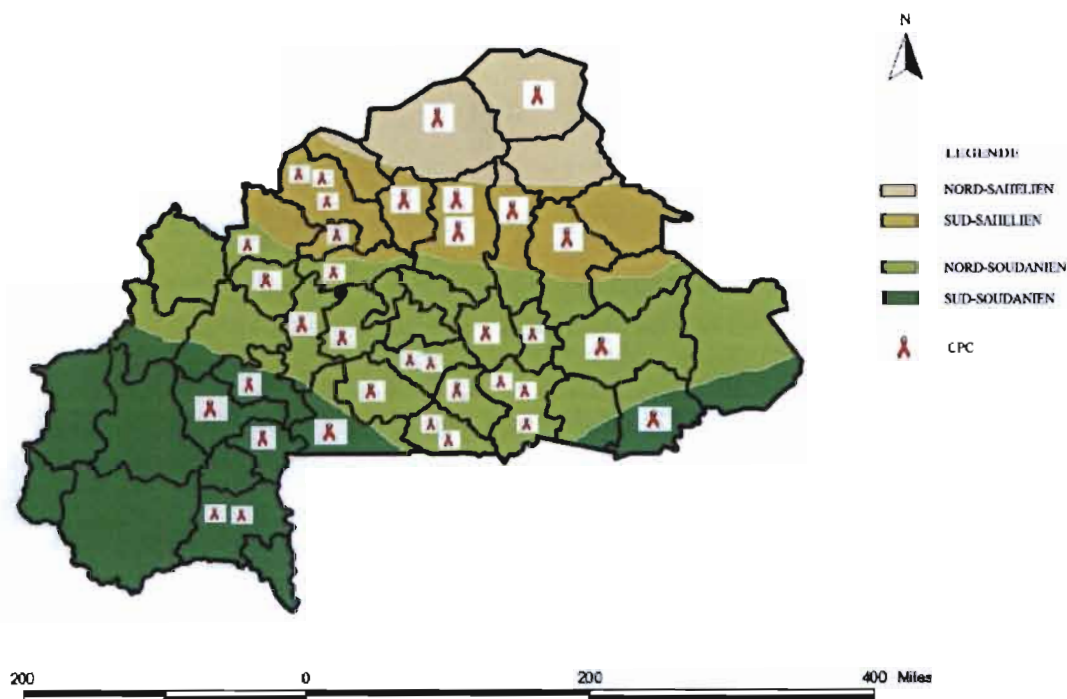


Figure 2: Carte de localisation des CPC suivant les zones agro-écologiques

2. Echantillonnage

L'échantillonnage s'est fait grâce à une base de données existante. En fait une base de données de trois milles huit-cent quatre-vingt-trois (3883) PVVIH avait été constituée lors de l'enquête de base. Ces personnes font l'objet d'une étude dans le cadre du projet de recherche d'évaluation d'impact d'une intervention utilisant les SMS pour promouvoir la rétention et l'observance aux traitements ARV au Burkina Faso.

La première étape de l'échantillonnage a porté sur les ménages agricoles dont le membre séropositif est le chef de ménage. Ainsi, un premier échantillon de mille-dix (1010) ménages agricoles ayant à leur tête un CM a été présélectionné. Par suite l'échantillon final retenu est composé de ménages agricoles de six-cent quarante-six (646) PVVIH. Ces derniers ont été choisis en tenant compte d'un nombre minimum de 10 PVVIH dans chaque province ainsi que la disposition à collaborer des personnes observée lors de l'enquête de base.

Les enquêtés avaient été choisis de sorte à ce qu'ils soient CM afin d'avoir une bonne connaissance des données sur le ménage. Ces 646 PVVIH, de ménage agricole, sont des patients suivis des trente-six (36) CPC où sont initiés les traitements ARV. Ces CPC sont répartis sur les vingt-sept (27) provinces où a été menée l'enquête.

3. Technique de collecte des données

Les données de l'étude sont issues de deux enquêtes. Elles ont été collectées par une équipe d'enquêteurs qui œuvre dans le cadre du projet SMS. Une enquête de base a d'abord été réalisée en janvier 2015. Elle portait sur un questionnaire individuel. Les données complémentaires ont été ensuite collectées par une enquête à niveau ménage qui s'est déroulée entre les mois de décembre 2015 et janvier 2016. Le questionnaire utilisé pour l'enquête des ménages comprenait les rubriques suivantes :

- les informations générales : ce sont des informations sur l'enquêteur, la date et le lieu de l'enquête, la localisation de l'enquêteur ;
- les caractéristiques du ménage : ce sont des informations sociodémographiques sur l'enquêteur, sur les équipements domestiques et agricoles fonctionnels ainsi que la démographie du ménage. Ces informations ont permis de connaître le type de ménage ;
- la répartition du travail dans le ménage : elle permet d'avoir une idée des activités menées par chaque membre du ménage durant une période bien définie ;
- la production du ménage (agriculture pluviale et irriguée, élevage) : elle concerne toutes les activités liées à la production notamment les cultures pluviales et irriguées ainsi que les animaux d'élevage ;
- les autres activités du ménage : ce sont toutes les autres activités apportant un revenu et menées par un ou des membres du ménage ;
- la tenure foncière : elle fait l'état des superficies exploitées par le ménage, des superficies en jachère et des plantations. Elle montre aussi le mode d'accès aux terres ;
- les transferts et l'estimation des dépenses du ménage : les transferts font référence aux revenus extérieurs acquis par dons et les dépenses sont estimées en se basant sur la nourriture, la santé, l'éducation, le logement, et toute autre dépense effectuée dans le ménage durant une certaine période ;
- la sécurité alimentaire et nutritionnelle : elle porte sur l'accès à l'eau, l'éclairage et l'énergie ainsi que la couverture des besoins alimentaires du ménage. Elle montre aussi la consommation alimentaire du ménage pendant les sept derniers jours précédant l'enquête ;
- les chocs : cette partie traite sur les événements qui ont éprouvés le ménage et les stratégies qui ont été développées face à ces différents événements.

Quant aux informations récoltées lors l'enquête de base en janvier 2015, elles avaient été collectées à l'aide d'un questionnaire individuel, anonyme et volontaire. Les rubriques abordées

étaient les suivantes : les informations générales, la localisation de l'enquête, les caractéristiques du ménage, les caractéristiques individuelles, l'éducation et l'emploi, l'état de santé, la qualité de vie, les aspects nutritionnels, l'observance du traitement et le comportement vis-à-vis du risque, et enfin l'accessibilité et la qualité de soins

4. Méthodes d'analyse des données

Pour chaque objectif spécifique une méthode d'analyse statistique a été utilisée. Les trois méthodes sont présentées dans la suite du document.

4.1. Caractérisation des ménages agricoles affectés par le VIH

L'analyse descriptive a été utilisée pour décrire les caractéristiques générales des ménages agricoles affectés sur les aspects sociaux, démographiques et économiques. Une analyse en composantes principales (ACP) suivie d'une classification en nuées dynamiques a permis d'élaborer une typologie des ménages et de les comparer. Les composantes ont été extraites par rotation avec la méthode de normalisation de Varimax et Kaiser et seules les composantes dont la valeur propre initiale est supérieure à 1 sont retenues.

Pour réaliser la typologie des ménages agricoles affectés, les variables de structure (taille du ménage, niveau d'éducation classique maximum dans le ménage), de performance (revenu agricole, somme des dépenses et dépenses alimentaires) et d'autres variables (superficie exploitée par tête et nombre d'années de traitement du CM) ont été utilisées.

4.2. Analyse de la perception de l'infection par les PVVIH

La perception de l'infection par les PVVIH est la manière dont les PVVIH acceptent et vivent avec leur maladie. Certaines personnes considèrent leur infection comme une maladie comme les autres et vivent avec beaucoup d'optimisme. Par contre, d'autres personnes sont meurtries et s'apitoient sur leur sort. Partant de ce constat, on peut considérer la perception de l'infection par les PVVIH comme positive (optimisme) ou négative (pessimisme).

4.2.1. Spécification du modèle de perception

Soit de la variable latente inobservée Y_i^* qui représente la perception. On peut mettre la perception définie par la variable observée Y avec un ensemble de variables de la manière suivante :

$$Y_i = X_{ij} \beta_j + \varepsilon_i \quad , \quad i = 1, \dots, n; \quad j = 1, \dots, k.$$

X est une matrice $n \times k$ d'observations sur les variables explicatives, β est un vecteur $k \times 1$ de paramètres inconnus associés à X et \mathcal{E} un vecteur $n \times 1$ d'erreurs aléatoires inobservables.

i représente les individus : $i = 1, \dots, n$;

j représente les paramètres : $j = 1, \dots, k$

Cette variable latente Y_i^* n'étant pas observable, le modèle est formulé comme suit:

$$\begin{cases} Y = 1 & \text{si } Y^* > 0 \\ Y = 0 & \text{si } Y^* < 0 \end{cases}$$

On spécifie la relation entre ces variables explicatives et la variable expliquée par le biais d'un modèle discret de probabilité qui s'écrit :

$$P(Y_i = 1) = F(X_i \beta), \quad \text{si la perception de l'infection est positive}$$

$$P(Y = 0) = 1 - P(Y = 1) \Leftrightarrow P(Y = 0) = 1 - F(X_i \beta), \quad \text{si non.}$$

F est une fonction de l'ensemble des réels \mathbb{R} sur l'intervalle $]0;1[$ croissante en son argument.

En principe, toute loi continue de probabilité pourrait convenir à ce type de modèle. Pour l'atteinte de cet objectif, la loi logistique a été utilisée car elle ne présente pas de grandes différences par rapport à la loi normale sauf aux extrémités de sa distribution où elle s'aplatit moins vite que la loi normale. Elle est en effet assez proche de la loi de Student.

Le modèle logit de probabilité est ainsi défini:

$$\begin{cases} P(Y = 1) = \frac{e^{X\beta}}{1 + e^{X\beta}} = \mathcal{A}(X \beta) \\ P(Y = 0) = \frac{1}{1 + e^{X\beta}} = 1 - \mathcal{A}(X \beta) \end{cases}$$

4.2.2. Test de significativité du modèle

Pour tester la significativité individuelle du modèle, les hypothèses suivantes ont été posées :

$$H_0 : \beta_j = 0$$

$$H_1 : \beta_j \neq 0$$

On rejette l'hypothèse H_0 au seuil α lorsque la statistique calculée $|Z| > Z_\alpha$ ou la valeur de la probabilité est inférieure au seuil ($p < \alpha$).

Pour le test de significativité globale du modèle, les hypothèses ont été posées

$$H_0 : \beta_2 = \dots = \beta_k = 0$$

H_1 : au moins un des paramètres est différent de 0

Le pourcentage de prédiction global a été utilisé pour vérifier la significativité du modèle.

4.2.3. Le choix des variables

Plusieurs variables indépendantes ont été choisies en se basant sur la littérature, les connaissances sociales et les entretiens que nous avons eus. Les variables explicatives choisies sont les suivantes :

- **le niveau d'éducation classique de l'enquêté (EDUC)** : l'instruction est un facteur déterminant dans l'adoption d'une stratégie (Kanao, 2012) et elle favorise une bonne compréhension (Koutou, 2006). Le niveau d'éducation classique de l'enquêté facilite sa compréhension du VIH et peut contribuer à son ouverture d'esprit et à sa vision de l'infection. Cette variable peut influencer positivement la variable dépendante.

- **La couverture des besoins (COUVBES)** : elle examine la couverture des besoins alimentaires du ménage au cours des cinq dernières années. L'alimentation est cruciale pour les PVVIH et la couverture des besoins allègent les fardeaux que peuvent porter ces ménages. Cette variable peut avoir un effet positif sur la variable dépendante.

- **La vitalité physique (VITALITE)** : cette variable est aussi déterminante dans la perception des PVVIH. Une personne qui a mal fréquemment et qui n'a pas d'énergie verra sa maladie comme un handicap et une cause d'inactivité. Elle est aussi le résultat de deux variables combinés que sont l'intensité des douleurs au corps et celle des problèmes d'énergie et de vitalité au cours du mois passé. Cette variable peut influencer positivement la variable dépendante.

- **La qualité de vie (QUALVIE)** : un environnement favorable dans lequel les PVVIH ne sont pas victimes de stigmatisation est un cadre favorable à leur épanouissement social et mental. L'influence de cette variable sur la variable dépendante peut être positive.

- **L'état d'esprit de l'enquêté (MORAL)** : cette variable est une appréciation de la perception de la vie et de leur statut par rapport aux personnes qui ne sont pas séropositives. Elle oriente la perception de l'infection par les PVVIH. Cette variable peut avoir une influence positive sur la perception.

- **Les rituels accompagnant l'observance du TARV (RITUEL)** : cette variable montre si la personne a un rituel avant ou après la prise de ces médicaments, c'est-à-dire un

geste banal, symbolique ou une pratique accoutumée qui est rassurant pour elle. L'acte posé par la PVVIH, qui est à la fois volontaire et personnel, engendre un mieux-être, un sentiment de soulagement et l'espoir. Cette variable peut avoir un effet positif sur la perception de l'infection.

- **La visite d'un assistant social (ASSIST)** : la visite d'un assistant sociale (association ou action sociale) est une preuve d'intérêt pour les PVVIH. Elle ne peut que leur apporter du bien car l'assistant prend connaissance de son cadre de vie. L'influence de cette variable sur la variable dépendante peut être positive.

- **Les autres maladies (AUTRMAL)**: l'infection à VIH est une maladie dont souffrent tous les enquêtés. En général il y'a des maladies opportunistes qui peuvent se développer chez les PVVIH. Si l'enquêté souffre d'une autre maladie (que ce soit une IO ou une autre maladie), cela augmente ses soucis et n'est pas favorable à une perception positive. L'influence de cette variable sur la variable dépendante peut être alors négative.

- **L'observance du traitement (OBSERV)** : l'observance du traitement est très importante pour les PVVIH et est la clé d'une bonne santé. Cette variable se base sur l'appréciation par les enquêtés des conditions favorables à l'observance du TARV. L'appréciation de ces conditions a rendu possible la classification des PVVIH selon leur bonne observance ou non du TARV. L'influence de cette variable sur la variable dépendante peut être positive.

Le tableau 1 suivant présente la variable indépendante et les variables dépendantes qui ont été utilisées dans l'approche de la modélisation. Chaque variable est nommée et expliquée. L'effet attendu est également précisé pour chaque variable et traduit la portée éventuelle de chaque variable

Tableau 1: Variables choisies dans la spécification du modèle

Nom de la variable	Type de variable	Signe attendu
Variable dépendante		
PERCEP	Elle exprime la perception de l'infection par l'enquêté. Elle exprime l'estime des PVVIH. La variable prend la valeur 1 si la perception est positive et 0 si non	+
Variable indépendante		
EDUC	Elle présente deux modalités. La variable prend la valeur 0 si l'enquêté n'est pas instruit et 1 s'il est instruit (niveau allant du primaire au secondaire)	+
COVBES	Elle prend la valeur 1 si l'enquêté a pu couvrir ses besoins alimentaires au cours des 5 dernières années et 0 si non	+
VITALITE	Cette variable a deux modalités: 1 si l'enquêté est en bonne santé et 0 si non	+
QUALVIE	Cette variable qualitative prenant la valeur 1 les conditions du cadre de vie sont favorables et 0 si non.	+
MORAL	C'est une variable qualitative qui prend la valeur 1 si l'état d'esprit de l'enquêté est bon et 0 si non.	+
RITUEL	C'est une variable qualitative qui est égale à 1 si l'enquêté a un rituel accompagnant son traitement et 0 si non	+
ASSIST	Elle prend la valeur 1 si l'enquêté a déjà reçu la visite d'un assistant social et 0 si non	+
AUTRMAL	Cette variable prend la valeur 1 si l'enquêté souffre d'autres maladies et 0 si non	-
OBSERV	Cette variable qualitative prend la valeur 1 si l'enquêté présente les signes d'une bonne observance du TARV et 0 si non	+

4.3. Analyse des stratégies de subsistance des ménages agricoles affectés par le VIH.

Les PVVIH auxquelles le questionnaire a été soumis ont cité différentes stratégies leur permettant de subvenir à leurs besoins. Une analyse descriptive a permis de classer les stratégies des ménages afin d'identifier les principales stratégies de subsistance. Ces données

ont été complétées grâce à la littérature. Le revenu moyen tiré des différentes activités génératrices de revenus des ménages a été aussi utilisé pour distinguer les stratégies les plus profitables aux ménages en termes de revenus.

5. Analyse des données

Les données d'enquête ont été directement saisies sur la version 20.0 du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS). L'analyse factorielle et la régression ont été faites sur le logiciel SPSS 20. Le tableur Excel et SPSS ont tous deux été utilisés pour les analyses descriptives et la réalisation des tableaux et des figures.

6. Limites de l'étude et difficultés rencontrées

Une des difficultés rencontrées lors de cette étude était le refus de certaines personnes à prendre part à l'enquête. La migration de certaines personnes vers des hameaux de culture ou d'autres localités a aussi joué un impact dans la durée de l'enquête, obligeant par moment le déplacement d'une localité à l'autre de l'enquêteur. Par ailleurs certaines personnes étaient injoignables et d'autres avaient changé de statut ou de ménage rendant difficiles l'accès à une information de qualité. En plus des vaines tentatives de contact de certaines personnes, il est ressorti qu'en l'intervalle des deux enquêtes plusieurs personnes s'étaient malheureusement éteintes. Tout ceci a valu la réouverture d'autres centres de prise en charge, pour l'atteinte de l'effectif visé et par conséquent l'étalement de l'enquête dans le temps et l'espace.

En outre, par soucis de confidentialité l'heure et la date de l'interview étaient convenus préalablement. Certaines personnes fixaient de ce fait la rencontre dans un lieu où elles se sentiraient bien pour échanger et dans lequel serait préservée la confidentialité de leur statut sérologique (CPC, associations, etc.). Ceci a eu pour principal corollaire d'empêcher l'observation directe qui aurait pu être faite dans certains ménages et corroborer les propos de certaines personnes.

Notre étude s'est focalisée sur 646 ménages vivant avec le VIH venant de 35 CPC répartis sur 13 régions de Burkina. Cependant, nous ne pouvons prétendre à une analyse exhaustive de caractéristiques socio-économiques de ces ménages ou de leurs stratégies d'adaptation. Diverses brèches restent à être explorées afin de mieux cerner toutes les facettes de cette question et des autres questions qui en découleront d'autant plus qu'une analyse qualitative approfondie n'a pas été faite.

Chapitre 3 : Résultats et discussion

1. Analyse des principaux résultats

L'analyse des différentes bases de données nous ont permis d'aboutir aux résultats suivants.

1.1. Caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage

1.1.1. L'âge et la situation matrimoniale des CM

Le tableau 2 résume des données sur l'âge des PVVIH enquêtées. Les personnes enquêtées issues des 646 ménages agricoles ont un âge moyen de 45,28 ans. L'âge médian correspond à 45 ans comme la moyenne. Le plus jeune des enquêtés a 18 ans et le plus avancé en âge 84 ans, faisant un écart de 66 ans entre les deux. Le tableau 2 renseigne aussi sur la proportion d'hommes et de femmes enquêtés. Les femmes ont un effectif de 260 et représentent environ 40 % des individus enquêtés et les hommes 60%.

Tableau 2 : Caractéristiques des PVVIH suivant l'âge

Age	moyen	45,28
	médian	45
	minimum	18
	maximum	84
Effectif	hommes	386
	femmes	260
	échantillon	646

La situation matrimoniale des enquêtés est présentée dans le tableau 3. Près de la moitié des PVVIH enquêtés sont mariés parmi lesquels 38% sont dans un foyer monogamique et 12% dans un foyer polygamique. Les personnes veuves représentent à peu près 28% et les personnes divorcées ou séparées 4%. Quant aux célibataires, ils correspondent à 10% et les personnes qui vivent en concubinage 8%.

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon leur situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage (%)
Célibataire	67	10,4
Marié(e) monogame	245	37,9
Marié(e) polygame	81	12,5
Veuf/Veuve	177	27,4
Divorcé(e)/Séparé(e)	28	4,3
En union libre (concubinage)	48	7,4
Total	646	100

1.1.2. Comparaison entre les PVVIH de sexe féminin et masculin

Le tableau est un tableau comparatif de certaines caractéristiques générales des hommes et des femmes enquêtés

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques des hommes et femmes enquêtés

Caractéristiques	Femme	Homme
Age minimum	21	18
Age maximum	70	84
Veuf/veuve (%)	61,5	4,4
Divorcé (e)/séparée (%)	6,9	2,6
Marié (e)monogame (%)	14,6	74,6
En concubinage (%)	4,6	9,3
Célibataire (%)	12,3	9,1
Proportion de ceux qui ont des enfants (%)	94,2	94,8
Nombre moyen d'enfants	3,52	4,54
Nombre minimum d'enfants	1	1
Nombre maximum d'enfants	18	17
Proportion des personnes qui sont principalement responsables des enfants (%)	83,8	97,3
Age moyen au premier rapport sexuel	18	22
Age moyen du partenaire sexuel	25	18
Proportion des personnes ayant eu leur premier rapport sexuel avant 18 ans (%)	44	47
Proportion des personnes ayant eu une activité sexuelle la semaine précédente l'enquête (%)	25	53
Proportion des personnes ayant connaissance d'un lieu où se procurer des préservatifs (%)	80,4	90,2
Proportion des personnes ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (%)	60	47

La population féminine enquêtée a un âge minimum de 21 ans et un âge maximum de 70 ans. 61,5% des femmes sont veuves et 6,9% sont divorcées ou séparées, 14,6% sont mariées avec une plus grande proportion de monogames, 12,3% sont célibataires et les 4,6% restants vivent en concubinage. Parmi ces femmes 94,2% ont des enfants avec une moyenne de 4 enfants par femme (le nombre d'enfants varie cependant de 1 à 18 enfants) dont 83,8% est principalement responsable pour les soins des enfants. Une proportion de 3,1% de femmes était enceinte. Par ailleurs l'âge moyen et l'âge médian au premier rapport sexuel tourne autour de 18 ans pour ces

femmes et ceux de leur partenaire autour de 25 ans. En outre 44% ont eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 18 ans. 80,4% des femmes affirment connaître un endroit où se procurer des préservatifs. Près de 60% (toute situation matrimoniale confondue) d'entre elles n'ont pas utilisé de condom lors de leur dernier rapport et environ 25% d'entre elles a eu au moins un rapport sexuel la semaine précédant l'enquête.

La population masculine enquêtée a un âge minimum de 18 ans et un âge maximum de 84 ans. 4,4% des hommes sont veufs et 2,6% sont divorcés ou séparés, 74,6% sont mariés avec une plus grande proportion de monogames, 9,1% sont célibataires et les 9,3% restants vivent en concubinage. Parmi ces hommes 94,8% ont des enfants avec une moyenne de 5 enfants par homme (le nombre d'enfants varie cependant de 1 à 17 enfants) dont 97,3% dit être principalement responsable pour les soins des enfants. Par ailleurs l'âge moyen et l'âge médian au premier rapport sexuel tourne autour de 22 ans pour ces hommes et ceux de leur partenaire autour de 18 ans. En outre 47% ont eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 18 ans. 90,2% des hommes affirment connaître un endroit où se procurer des préservatifs. Près de 47% (toute situation matrimoniale confondue) d'entre eux n'ont pas utilisé de condom lors de leur dernier rapport et environ 53% (les divorcés ou séparés exclus) d'entre eux a eu au moins un rapport sexuel la semaine précédant l'enquête.

1.1.3. Répartition ethnique et religieuse des personnes enquêtées

La figure 3 montre la répartition des PVVIH selon leur religion et leur ethnie. Les enquêtés de religion musulmane et catholique, avec respectivement 45,2% et 38,9%, sont majoritaires dans l'échantillon. Quant aux ethnies, 55,6% des enquêtés sont Mossi, suivis respectivement par des Gourounssi, des Dagara, des Samo, des Gourmantché, des Bissa, des Bwaba, des Lobi, des Peulh. D'autres ethnies en faible nombre à savoir les Dafi, Birifore, Kô, Bobo, Tamacheck et les autres (Dioula, Nakana, Gouin, Fafaraga, Tiéfo, Rimaïbè, Malledè, Sonraïe) apparaissent également.

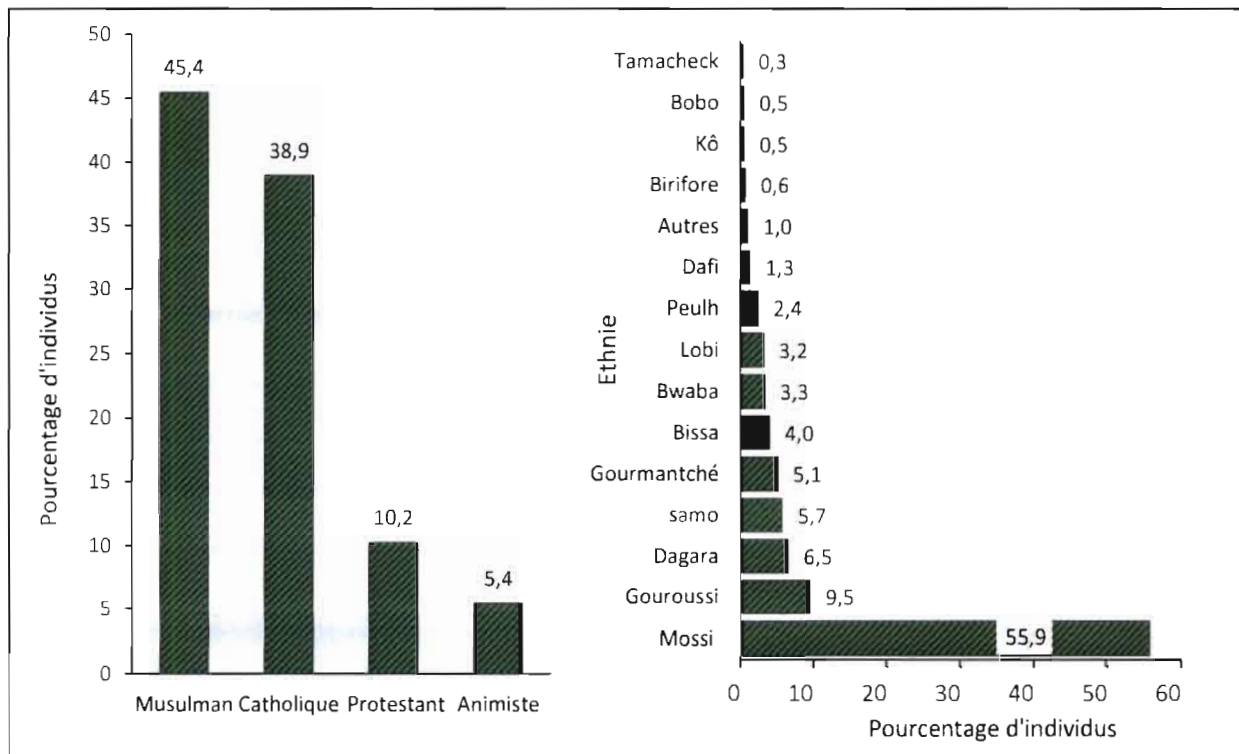


Figure 3 : Répartition des enquêtés selon la religion et l'éthnie

1.1.4. Niveau d'instruction

Plus de la moitié des personnes enquêtées (61%) n'a pas un niveau d'instruction classique c'est-à-dire qu'elles n'ont pas fréquenté l'école. Les personnes qui ont le niveau primaire représentent 30% et celles qui ont un niveau secondaire n'excède pas 9%.

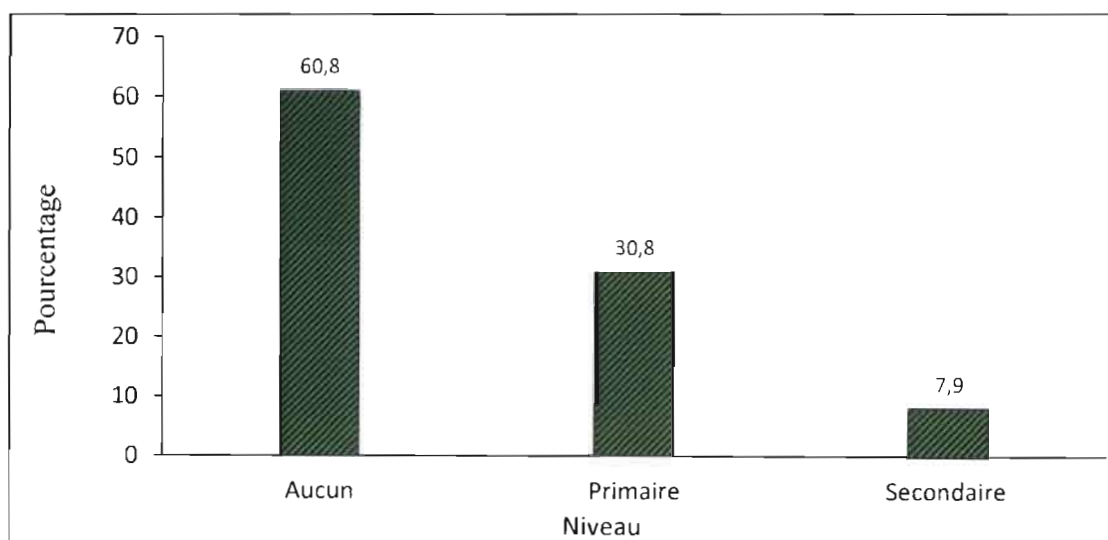


Figure 4: Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction

1.1.5. Etat de la santé des PVVIH

Seulement 5% des personnes enquêtées estiment que leur état actuel de santé est passable ou mauvais par rapport à leur état avant le début du traitement ARV. Les 95% restants estiment qu'elles ont un bon état de santé par rapport à celui d'avant le début du traitement ARV.

Toujours en ce qui concerne leur état de santé 50,6% des PVVIH trouvent qu'elles ont un très bon état actuel de santé ; 44,7% trouvent qu'elles ont un bon état de santé ; 4,5 trouvent que leur état de santé est passable et les 0,2% trouvent qu'elles ont un mauvais état de santé. Dans l'ensemble les PVVIH semblent être en bonne santé par rapport à leur état avant le début du traitement ARV.

Au cours des six derniers mois environ 9% des PVVIH ont été hospitalisés. La figure 5 présente l'état de santé des PVVIH sur la base de leur jugement personnel.

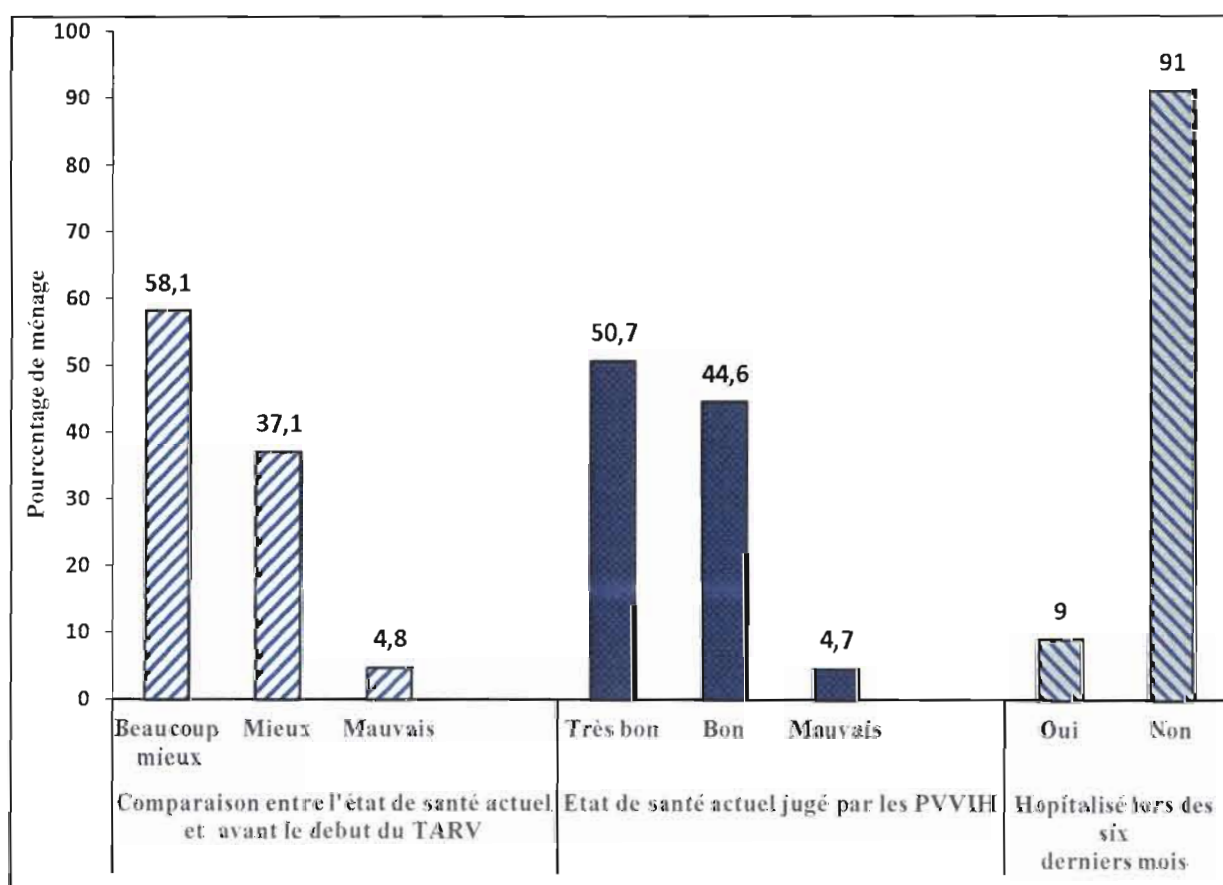


Figure 5: Etat de la santé des PVVIH

1.2. Caractéristiques sociodémographiques du ménage

1.2.1. Taille du ménage

La population totale s'élève à 3762 personnes pour les 646 ménages agricoles. La taille moyenne des ménages enquêtés est égale au ratio de la population totale par le nombre total de ménages. Elle s'élève à environ 6 personnes par ménage. La taille des ménages varie entre 1 et 25 dans la population générale. Les ménages d'une personne sont constitués soit de célibataire, soit de personnes veuves, divorcées ou séparées.

Par ailleurs, le tableau 5 présente les effectifs des ménages selon l'absence ou la présence d'enfants. Environ 611 des ménages comportent des enfants : ce sont des ménages monoparentaux, monogame, polygame et nucléaire. La proportion des ménages avec des enfants est plus grande à la fois dans la population générale que dans les régions agro-écologiques.

Tableau 5 . Répartition des types de ménages suivant les zones agro-écologiques

Zone agro-écologique	Ménages avec enfant	Ménages sans enfant	Total
Nord-sahélien	18	2	20
Sud-sahélien	167	5	172
Nord-soudanien	310	17	327
Sud-soudanien	116	11	127
Total	611	35	646

1.2.2. Indice de dépendance

L'indice de dépendance moyen donne une idée de la proportion d'individus en charge dans le ménage. Le nombre d'actifs agricoles (c'est-à-dire des personnes dont l'âge dépasse 5 ans et dont la principale activité est l'agriculture ou l'élevage et qui bien entendu sont actives) est de 1811. Il y a donc 1951 personnes dépendantes dans la population composée d'enfants en bas-âge ou non scolarisés, d'enfants scolarisés, de personnes séniles et dans quelques rares cas de personnes souffrant d'un handicap et de personnes ayant d'autres activités. L'indice de dépendance est égale 1,07 et ce ratio est sensiblement proportionnel.

1.2.3. Niveau d'équipement domestique du ménage

Le tableau 6 montre la proportion des ménages suivant le type d'équipement domestique possédé. Les ménages au sein desquels il n'y a pas de radios représentent 37,6% des ménages enquêtés. Sur les 64,4% de ménages restants, 58,5% de ménages ont seulement une radio. Plus

de la moitié des ménages enquêtés peut donc avoir l'information via la radio. En ce qui concerne la télévision, 80,7% des ménages n'a pas un accès à la télévision au sein de son ménage. Les ménages au sein desquels il y a une télévision s'élèvent à 17,6%. 1,7% ménages ont deux télévisions.

La proportion de ménages ayant un seul téléphone (cellulaire) vaut 70,6%. Seulement 6,2% des ménages n'ont aucun téléphone. Les ménages restants ont au moins deux téléphones.

Au sujet des moyens de déplacement, 58,5% des ménages ont un vélomoteur contre 23,2% qui n'en ont pas. Dans le reste des ménages (19,3%) il y a plus d'un vélomoteur. Pour ce qui est des motocyclettes, il y a 64,1% des ménages qui n'en ont pas contre 36,1% qui en ont au moins une. Quelques ménages (0,8%) ont un tricycle.

Par rapport à l'énergie, 80,7% des ménages n'ont pas de plaque solaire et les 19,3% des ménages restants ont en au moins une. Les ménages qui ont une bouteille de gaz ne représentent que 3,3%. L'accès à ces sources d'énergie est faible et justifié car ce sont le bois de chauffe et le charbon de bois qui sont principalement utilisés par les ménages (96,7% des ménages n'ont pas de gaz). En plus les ménages n'ont en général pas de moulins. Ceux qui en ont au moins un représentent seulement 3,7%.

Tableau 6: Répartition des ménages selon le type d'équipement domestique

Equipement domestique	Proportion des ménages selon le nombre de chaque équipement (%)					Total
	0	1	2	3	4+	
Radios	37,6	58,5	2,9	0,5	0,5	100
Télévision	80,7	17,6	1,7	0,0	0,0	100
Cellulaire	6,2	70,6	13,2	5,1	5,0	100
Plaques solaire	80,7	18,1	0,9	,3	-	100
Bouteille de gaz	96,7	3,3	-	-	-	100
Vélos	23,2	58,5	11,0	3,9	3,4	100
Motos	64,1	32,0	3,1	,6	0,2	100
Tricycle	99,2	0,6	0,2	-	-	100
Moulins	96,3	3,4	0,2	,2	-	100

1.2.4. Niveau d'équipement agricole du ménage

La majorité des ménages pratique l'agriculture manuelle. Les ménages qui ont au moins, à la fois, une charrue asine fonctionnelle et un âne et/ou une charrue bovine fonctionnelle et un bœuf de trait sont les ménages qui cultivent en attelé. Ces derniers ne représentent que 23% (figure 6). Un seul ménage a fait cas d'agriculture motorisée avec la présence d'un tracteur.

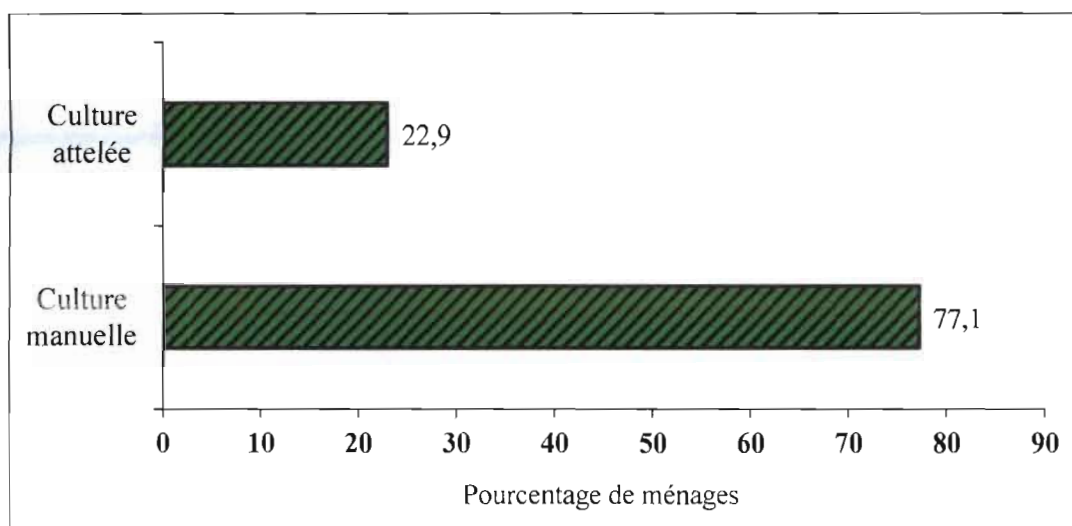


Figure 6 . Répartition des ménages selon l'équipement agricole

1.2.5. Revenu agricole

C'est le revenu brut tiré des produits d'agriculture. Une valorisation de ces produits donne un revenu moyen d'environ 275 000 F CFA par ménage pour les 586 ménages qui ont pu quantifier localement ou autrement leur production. Les autres ménages, qui n'ont pas produits pour raison de santé, représentent 7,6% de l'ensemble et leur revenu est considéré comme nul. Cependant lorsque tous les ménages agricoles sont associés le revenu moyen avoisine 250 000 F CFA par ménage.

Le revenu agricole par tête est estimé à 75 770 FCFA/tête/an. Ce revenu est largement inférieur au seuil global de pauvreté estimé à 108 454 FCFA/an.

1.2.6. Autres revenus

Ce sont les revenus issus d'activités connexes ou ponctuelles et les revenus liés aux transferts reçus par le ménage. Près de 31% des ménages reçoivent des transferts dont la moyenne est estimée à 77 800 F CFA par ménage. En activités connexes ou ponctuelles, près de 53% des ménages en pratiquent. Le revenu varie selon la périodicité de l'activité et le type d'activité aussi. Le tableau 7 montre le revenu des ménages suivant la périodicité.

Tableau 7 : Revenu moyen des activités connexes des ménages

Périodicité de l'activité	Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle	Annuelle	Ponctuelle
Nombre de ménages	127	106	75	45	29
Revenu moyen	3 769	5 311	24 377	101 033	27 672
Revenu minimum	100	200	500	1 500	1 000
Revenu maximum	60 000	25 000	150 000	1 000 000	3000

1.3. Typologie des ménages

1.3.1. Principaux facteurs de discrimination des types de ménages

L'analyse en composantes principales a permis d'extraire quatre (4) composantes principales (CP) dont le total de la valeur propre est supérieure ou égal à 1 et qui contribuent à 81,05% du total de la variance initiale (tableau 8).

Tableau 8 : Variance totale expliquée par les composantes

CP	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% var	% cum	Total	% var	% cum	Total	% var	% cum
1	1,98	28,29	28,29	1,98	28,29	28,29	1,80	25,77	25,77
2	1,44	20,64	48,93	1,44	20,64	48,93	1,42	20,28	46,04
3	1,22	17,37	66,29	1,22	17,37	66,29	1,38	19,70	65,74
4	1,03	14,75	81,05	1,03	14,75	81,05	1,07	15,31	81,05

Var= Variance, Cum= Cumulés

Les CP dont la valeur propre est inférieure à 1 ne sont pas présentées dans le tableau 8.

Chaque CP est une combinaison linéaire des variables observées. La matrice des composantes après rotation (tableau 9) est un récapitulatif de la contribution de chaque variable dans la CP. Les nombres en gras indiquent les variables ayant une forte contribution de chaque CP. La première CP est la composante des dépenses avec une contribution des dépenses alimentaires et des dépenses totales de 0,939 et 0,949 respectivement. La seconde CP est la composante des revenus contribuant à 0,806 ; la superficie par tête contribue aussi fortement dans cette CP à hauteur de 0,852. Quant à la troisième CP, c'est la composante de la démographie avec la variable taille du ménage contribuant à 0,829. Le niveau d'éducation maximum dans le ménage explique aussi cette CP à hauteur de 0,713. La dernière CP est la composante du nombre d'année de traitement ARV du CM. Cette variable contribue à hauteur de 0,933 dans la CP.

Tableau 9: Matrice des composantes après rotation

Variables	Composantes principales			
	1-Dep.CP (28,29)	2-Rev.CP (20,64)	3-Tai.CP (17,37)	4-Ttt.CP (14,75)
TAILLE	0,138	0,151	0,829	-0,206
EDUCMAX	0,045	-0,129	0,713	0,362
REVAGRI	0,004	0,806	0,337	-0,125
DEPENSE	0,939	0,052	0,138	0,014
DEPALISP	0,949	-0,034	0,033	-0,016
ANNEETTT	-0,004	0,017	0,021	0,933
SUPTETE	0,012	0,852	-0,221	0,103

Note : Dep= Dépenses, Rev= Revenu, Tai= Taille du ménage Ttt= Nombres d'années de traitement. Les nombres entre parenthèses sont les proportions de la variance expliquée par les CP dans la variance totale.

1.3.2. Types de ménages agricoles

Quatre (4) types de ménages agricoles ont été identifiés à l'issue de la classification. Ces ménages représentent respectivement 4,03%, 40,26%, 48,63%, 7,08% de l'ensemble des ménages.

Les ménages du type 1 : leur revenu agricole est le plus élevé et paradoxalement les dépenses les plus faibles. Ces ménages ont la superficie exploitée par tête la plus élevée.

Les ménages du type 2 : ils ont un faible revenu agricole, exploitent une faible superficie par tête. Les dépenses totales sont élevées et avoisinent le double de leur revenu agricole.

Les ménages du type 3 : ils ont le plus faible revenu agricole ; leurs dépenses totales sont supérieure à leur revenu agricole. La superficie exploitée par tête est faible. La taille de leur ménage est petite.

Les ménages du type 4 : ils ont le second revenu agricole le plus élevé et leurs dépenses sont très élevées. La superficie exploitée par tête est faible

Le tableau 10 présente une comparaison entre les quatre groupes suivant quelques variables.

Tableau 10 : Comparaison entre les types de ménage

Variables	TAILLE	REVAGRI	DEPTOTAL	DEPALISP	ANNEETTT	SUPTETE
Groupe 1	7,40 ^a	1 494 205 ^a	639 464 ^b	5432 ^b	4.52 ^{ab}	2,25 ^a
Groupe 2	7,31 ^a	200 378 ^b	433 301 ^b	4369 ^b	2,70 ^c	0,38 ^b
Groupe 3	4,13 ^b	125 859 ^b	376 776 ^b	4030 ^b	5,73 ^a	0,48 ^b
Groupe 4	7,23 ^a	230837 ^b	1 984 376 ^a	25625 ^a	4,06 ^b	0,49 ^b

Note: test ANOVA significatif à 1%

Les lettres identiques suivant les chiffres représentent pour chaque colonne les groupes qui sont statistiquement identiques pour la dite variable au seuil de 1%. Lorsque ces lettres diffèrent alors les groupes sont statistiquement différents au même seuil.

1.4. Modèle de perception de l'infection à VIH

1.4.1. Estimation des paramètres

L'analyse du modèle de régression logistique donne une estimation des paramètres consignés dans le tableau suivant

Tableau 11 : Déterminants du modèle de perception

Variable	β_i	Erreur standard	Exp(B)
EDUC	-0,680 *	0,410	0,507
COUVBES	1,560	1,057	4,761
VITALITE	0,945**	0,452	2,572
QUALVIE	1,152 **	0,414	3,164
MORAL	1,782 ***	0,483	5,944
RITUELS	1,334 **	0,574	3,795
ASSIST	0,629	0,449	1,876
AUTRMAL	-1,465	1,056	0,231
OBSERV	1,950 *	1,041	7,032
Constante	1,929	1,094	6,880

Note: ***, **, * indique la significativité au seuil de 1%, 5% et 10%, respectivement.

Test de Hosmer-Lemeshow : 0,81 > 0,05

Pourcentage de prédiction global : 95,8

Zone sous la courbe ROC : 0,861

1.4.2. Adéquation du modèle global

Le test de Hosmer-Lemeshow permet de tester la qualité de l'ajustement du modèle. La statistique de test est strictement supérieure à 5% ; ce qui signifie que le modèle est globalement bien ajusté. Le pseudo R² montre que 10% de la variation de la perception est expliquée par les variables introduites. Sa faiblesse n'est pas synonyme d'inadéquation du modèle.

Par ailleurs le pourcentage global de prédiction des observations, de l'ordre de 95%, est très grand. Le modèle arrive donc à prédire correctement près de 96% des observations. La probabilité de prédiction couvre une aire de 0,873 traduisant la capacité du modèle à faire une bonne prédiction. Dans l'ensemble le modèle est jugé adéquat

1.4.3. Déterminants de la perception de l'infection

Les résultats montrent que dans l'ensemble les paramètres ont les signes attendus. Les signes des paramètres des variables du modèle montrent l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante, ils ne sont pas directement interprétable comme dans une régression linéaire. Ainsi, un paramètre de signe négatif réduit la probabilité d'avoir une perception positive tandis qu'un paramètre de signe positif l'augmente.

Il y a dans le modèle six variables ayant des paramètres significatifs à différents seuils. Il s'agit des variables suivantes :

EDUC : son paramètre est significatif au seuil de 10%. Son signe est négatif contrairement à l'effet attendu. Le niveau d'éducation de la PVVIH influence donc négativement sa perception de l'infection. Cela peut s'expliquer la forte proportion de PVVIH non instruites dans la population. Aussi les PVVIH instruites peuvent avoir des ressentiments au regard du fait qu'elles auraient pu éviter le VIH avec leurs connaissances.

VITALITE : le paramètre a un signe positif comme attendu et est significatif au seuil de 5%. La vitalité physique est importante à une bonne réalisation des activités pour toute personne et plus encore pour les PVVIH dont le système immunitaire se fragilise.

QUALVIE: son paramètre est significatif au seuil de 5% et a un signe positif comme attendu. Un cadre de vie favorable crée un environnement de bonne santé mentale pour la PVVIH et favorable à l'acceptation de soi et à l'optimisme.

MORAL : son paramètre est du positif comme attendu. Il est significatif au seuil de 1%. L'état d'esprit de l'enquêté influence positivement la perception de l'enquêté.

RITUEL : son paramètre est significatif au seuil de 5% et a un signe positif comme attendu. Les rituels accompagnants le traitement influence positivement la perception.

OBSERV : le paramètre est significatif au seuil de 10%. Son signe est positif comme attendu. L'observance du traitement a donc une influence positive sur la perception.

Quant aux trois autres variables restantes, elles ne sont pas significatives :

COUVBES : son paramètre est positif comme attendu. La couverture des besoins alimentaires du ménage influence positivement la perception de l'infection par les PVVIH.

ASSIST : son paramètre est positif comme attendu. La visite d'un assistant social influence positivement la perception de l'infection par les PVVIH.

AUTRMAL : son paramètre est négatif comme attendu. La présence d'une autre maladie influence donc négativement la perception de l'infection par les PVVIH.

1.5. Stratégies mises en place face aux effets du VIH

1.5.1. Stratégies liées à la sécurité alimentaire

En ce qui concerne ces stratégies (tableau 12), il y a principalement la production agricole. Les ménages produisent au moins deux spéculations en général (cultures vivrières et cultures de rente) lorsque la superficie de l'exploitation agricole leur permet. Cette stratégie de production permet d'assurer les besoins de consommation alimentaire et certains besoins financiers à travers la commercialisation des cultures de rente aux moments difficiles. Une autre stratégie adoptée par certains ménages lors des échanges est le recours aux échanges de production (culture de rente contre cultures vivrières) pour réduire la période de soudure et tenir jusqu'à la récolte suivante.

En outre la production de contre-saison est une stratégie développée par 12% des ménages. L'autoconsommation des produits maraîchers n'est pas très importante dans les ménages, mais cela contribue d'une certaine manière à la sécurité alimentaire du ménage. Par contre la vente de ses produits demeure l'objectif principal de l'activité. Elle est une importante source de revenu.

L'élevage constitue aussi une stratégie de sécurisation alimentaire. En effet la volaille principalement peut être consommée par les membres du ménage et ainsi apporter une valeur protéique à l'alimentation. Mais l'élevage constitue une immobilisation pour le ménage qui a

recours à la vente d'animaux pour résoudre les difficultés financières et les questions d'ordre sociale qui s'imposent.

Tableau 12 : Les activités stratégiques dans le domaine alimentaire

Type d'activité	Nombre de ménages concernés	Proportion
Agriculture pluviale	598	92,57
Agriculture irriguée	80	12,38
Elevage	154	23,90
Autres activités	347	53,72

1.5.2. Stratégies liées à la sécurisation du revenu

Plusieurs activités connexes sont menées par les ménages agricoles affectés par le VIH. Environ 54% des ménages ont une ou plusieurs activités connexes. Ces activités génératrices de revenus complètent le revenu du ménage et aident à assurer les diverses dépenses. Le tableau 13 illustre les différentes activités connexes menées par les membres des ménages

Tableau 13 : Activités de sécurisation du revenu des ménages affectés

Activité	Nombre d'individus	Pourcentage
Commerce	282	57,91
Ramassage PFNL	61	12,53
Artisanat	53	10,88
Orpaillage	53	10,88
Services	19	3,90
Ramassage de bois	14	2,87
Pêche	3	0,62
Collecte de plastique	1	0,21
Elevage	1	0,21
Total	487	100

Par ailleurs la vente de récolte et/ou d'animaux est un moyen pour les ménages d'avoir de la liquidité. Près de 48% des ménages produisent à la fois pour la consommation et la vente et 3% pour le commerce uniquement. En ce qui concerne l'élevage, il y a 66,5% des ménages qui produisent à la fois pour la consommation familiale et la vente et 24,2% pour la vente exclusivement. Seulement 6% des ménages pratiquent l'élevage pour la consommation familiale (tableau 14).

Tableau 14 : Répartition des ménages selon la finalité de la production

Domaine	Finalité de la production	Effectifs	Pourcentage
Agriculture	Autoconsommation	308	49,0
	Autoconsommation et Vente	300	47,8
	Vente	20	3,2
	Total	628	100,0
Elevage	Autoconsommation et Vente	313	66,5
	Vente	114	24,2
	Autoconsommation	29	6,2
	Prestige	15	3,2
	Total	471	100,0

En outre, quelques ménages reçoivent des transferts venant de l'Etat ou d'ONG, d'une connaissance vivant dans le village, d'un migrant ou d'une association/groupement. Le tableau 15 présente les ménages recevant des transferts et ceux qui enregistrent des migrations. Ces transferts contribuent à la formation du revenu des ménages qui en bénéficient.

La migration est une stratégie utilisée par les ménages pour la sécurité de revenu (migration saisonnière ou temporaire) ou pour la sécurité alimentaire (confier des enfants, enfants scolarisés en ville ou à la recherche de travail). 11,77% des ménages ont au moins un membre qui avait migré au moment de l'enquête (tableau 15). Le nombre total de migrants dans la base est de 116 avec un maximum de 6 migrants dans le ménage. Les migrants ont pour principale activité l'agriculture et les études.

Tableau 15 : Autres stratégies de sécurisation du revenu des ménages affectés

Stratégie	Nombre de ménages	Proportion (%)
Migration	76	11,765
Transfert	200	30,960

1.5.3. Stratégies liées à la sécurité sociale

Le tableau 16 présente la proportion des enquêtés qui sont membres d'au moins une association. Près de 69% des PVVIH sont membres d'une association et environ 37% des ménages ont déjà reçu la visite d'un assistant social.

Tableau 16 : Répartition des ménages suivant la présence du CM dans une association

Membre d'une association	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	445	68,9
Non	201	31,1
Total	646	100
Visite à domicile	239	37,1

La figure 7 montre la proportion des PVVIH selon chaque type d'association. Les associations qui sont en relation avec la santé et le bien-être sont les plus fréquentées par les PVVIH.

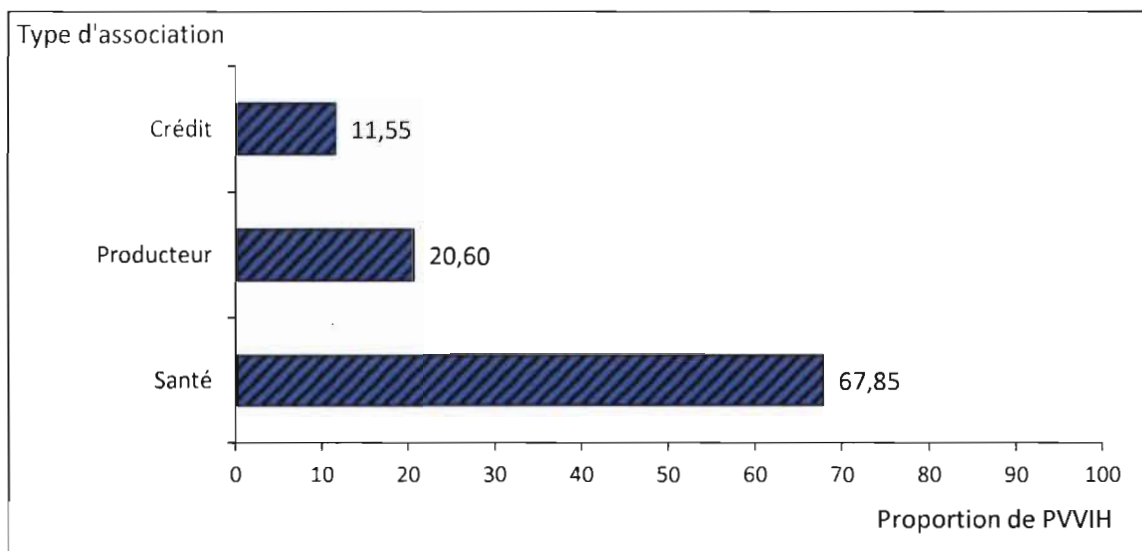


Figure 7 : Répartition des PVVIH selon le type d'association

En ce qui concerne les motivations de chaque individu par rapport au mouvement associatif, il ressort que le soutien moral, précédé des soins de santé, de l'amélioration des connaissances ainsi que de l'estime de soi sont les bénéfiques observés et/ou attendus par les PVVIH (figure 8). Le soutien moral et l'estime de soi sont un peu liés et améliorent la santé mentale de la PVVIH. En effet l'association est un cadre discret où les PVVIH rencontrent des personnes qui partagent le même statut et un cadre ouvert où les PVVIH partagent leurs sentiments, leurs vécus et leurs expériences.

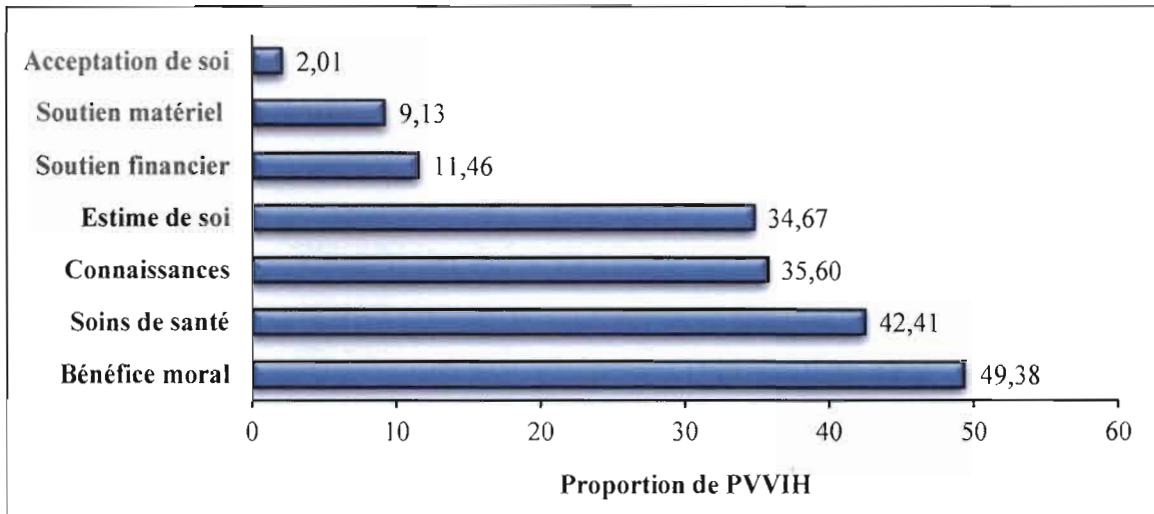


Figure 8 : Bénéfices tirés de la présence dans l'association par les PVVIH

1.5.4. Stratégies d'adaptation aux chocs

Les ménages agricoles ont été interrogés sur les chocs auxquels ils ont fait face au cours de l'année écoulée et 412 d'entre eux ont fait face à un choc. Près de 75% des chocs auxquels ont fait face les ménages se situaient au niveau de la production (animale et agricole), la consommation et le social. Les données se focalisaient principalement sur l'élevage avec les épidémies des animaux d'élevage représentant 17,14%, suivie de l'agriculture avec 16,14% de cas d'inondation et 15,55% de cas de sécheresse. La hausse des prix des produits achetés équivaut à 13,66% et les cas de décès dans le ménage correspondent à près de 12%. Ces chocs ont été vécus par 64% des ménages. Le reste des ménages n'a pas vécu un choc durant l'année écoulée.

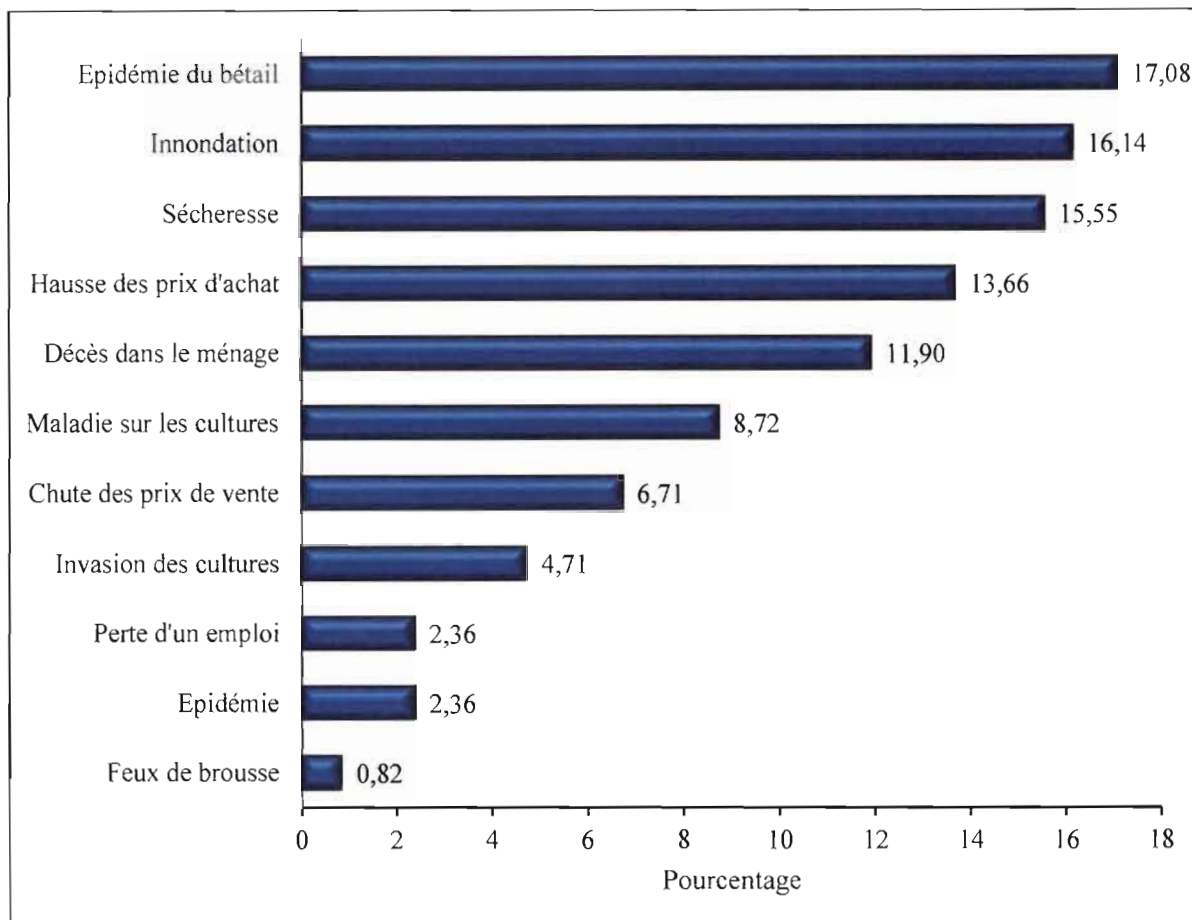


Figure 9: Les chocs les plus fréquents dans les ménages

Les principales stratégies utilisées par les ménages dans la gestion des chocs sont présentées dans la figure 10. L'aide familiale, l'utilisation de l'épargne et les ventes d'animaux sont les stratégies les plus utilisées par les ménages. Les stratégies secondaires sont l'emprunt, l'aide de membre du village, le changement de champ en cas d'inondation, l'inaction, l'aide de personnes d'un commun groupe, la vente de biens et le commencement d'une autre activité. Les stratégies les moins utilisées sont la migration nationale ou internationale d'un adulte, la garde d'un enfant et la combinaison de stratégies (vente d'animaux et aide familiale, aide familiale et migration d'un adulte en ville)

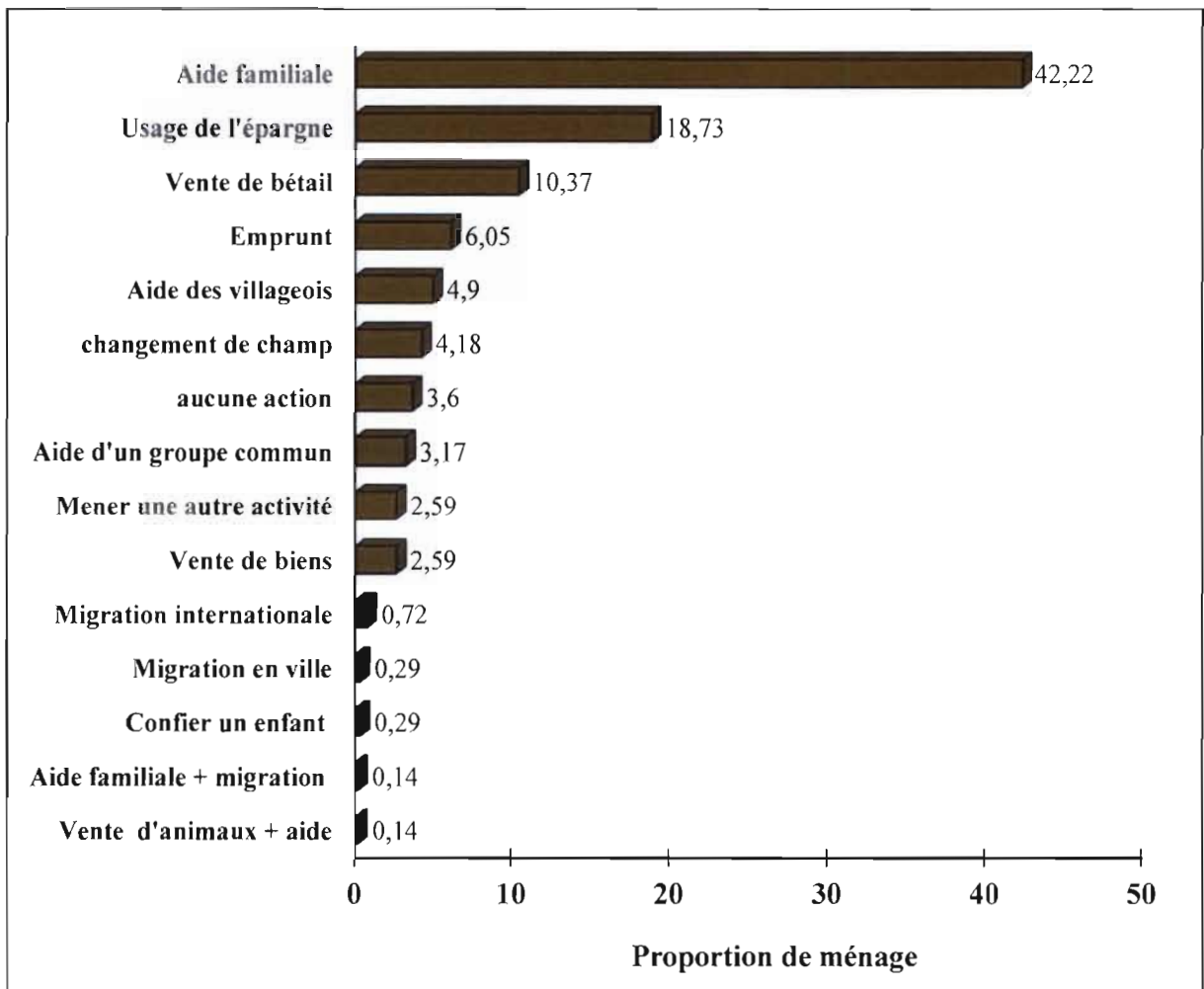


Figure 10 : Stratégies d'adaptation des ménages agricoles aux chocs

2. Discussion

Les personnes enquêtées dans le cadre de ce travail sont physiquement actives avec un âge moyen 45 ans correspondant aussi à l'âge médian de la population. Par ailleurs les PVVIH sont majoritairement des personnes mariées ayant des enfants avec une démographie moyen de 6 membres, ce qui en est conformité avec les statistiques nationales de INSD (2012) sur les ménages ruraux au Burkina Faso. La féminisation du VIH n'est pas confirmée dans la population d'étude compte tenu de la discrimination positive en faveur des chefs de ménage dont la proportion de femme est faible au Burkina Faso et en milieu rural particulièrement. C'est ce qui explique le faible taux de féminisation du VIH dans la population d'étude contrairement aux données de INSD (2012) et aux résultats de Ky-Zerbo *et al* (2014). La moyenne d'âge caractérise une population adulte qui représente une importante ressource humaine au regard du secteur d'activité dans lequel elle exerce. Le VIH augmente la vulnérabilité de la production agricole qui selon Simonsson (2005) est particulièrement élevée dans les zones de culture de subsistance fortement dépendante de la main-d'œuvre humain. En effet, la PVVIH peut être affectée physiquement et moralement et ceci constitue un danger pour l'ensemble du ménage affectée au regard de la «perte» d'un bras valide. En plus le faible niveau d'équipement agricole est fortement en défaveur des ménages affectés. Le niveau d'équipement agricole est en lien étroit avec le revenu du ménage qui explique aussi son niveau d'équipement domestique et en général son niveau de vie.

L'ACP et la classification ont permis d'identifier quatre groupes de ménages. Les critères principaux de regroupement des ménages étant le revenu agricole, les dépenses du ménage et la taille du ménage. Les ménages du premier groupe ont un revenu agricole élevé et paradoxalement des dépenses faibles. La superficie exploitée par tête et la taille du ménage peuvent expliquer le revenu élevé de ces ménages, car ces ménages disposent d'atouts que sont le capital physique et la main d'œuvre. Ce sont des ménages dont l'activité centrale est l'agriculture et qui ne disposent pas toujours d'activités connexes. Ces ménages peuvent ainsi produire plusieurs spéculations et réduire la part de dépenses alimentaires dans les dépenses totales. Les autres ménages qui ont quasiment le même le revenu, ont de faible superficie exploitée par tête et des dépenses plus grandes que leur revenus. Ces trois autres ménages sont statistiquement identiques entre eux en termes de revenu, de dépenses et de superficie par tête, s'opposant aux ménages du premier groupe. Le revenu agricole n'est certainement pas la seule source de revenu de ces ménages dont les dépenses sont très élevées. Les dépenses alimentaires occupent une grande place dans ces ménages expliquant la présence d'activités connexes. Une

explication plausible de cette différence entre le premier groupe de ménages et les autres groupes est la présence d'adultes et la présence d'enfants dans chaque groupe respectivement. En effet la taille des ménages est statistiquement identique pour les groupes sauf pour le groupe 3 où elle est faible. La présence d'enfants peut ainsi expliquer les dépenses élevées et le faible revenu puisque les enfants sont pris en charge. Par ailleurs le nombre d'années de traitement est statistiquement identique pour les groupes 1 et 3, 1 et 4 et le groupe 2 est seul. En se basant sur ces différences sur le nombre d'années, la question d'observance du traitement peut être soulevée. En effet les CM du groupe 1 sont plus observant au traitement, cela les rends plus aptes au travail et hausse la main d'œuvre familiale au profit du ménage, expliquant aussi les dépenses qui ne sont pas forcément dirigés vers la santé. Contrairement les autres groupes sont moins observant, occasionnant des dépenses de santé et en plus des dépenses alimentaires.

En ce qui concerne la perception de l'infection par les PVVIH, elle est positive pour la majorité d'entre elles. Le modèle de perception expliquée par plusieurs variables significatives permet de cerner la manière dont les ménages vivent leur statut. Les variables qui influencent positivement la perception des PVVIH sont la vitalité, la qualité de vie, l'état d'esprit de l'individu, les rituels avant traitement et l'observance du traitement. Ces variables peuvent être groupés en trois aspects que sont la PVVIH elle-même, son environnement et le traitement. En effet la PVVIH elle-même constitue le premier aspect complexe qui détermine la perception car son état d'esprit est fondamental pour éviter une auto-stigmatisation. Ky-Zerbo *et al* (2014) ont montré que l'auto-stigmatisation est répandue chez les PVVIH. Le second aspect important est l'environnement social qui peut être à la base de discrimination et de stigmatisation lorsque le statut sérologique est soupçonné ou divulgué. Cela entraîne des actes de rejets. Le dernier aspect réside dans le TARV qui est un traitement à vie. Selon la gravité de l'état de santé du patient, la charge thérapeutique (le nombre de médicaments) quotidienne peut être très élevée pour certaines PVVIH. Cela peut être une source de frustration et une baisse de fierté. En plus la prise des médicaments pour certains PVVIH doit se faire en cachette pour éviter tout risque de stigmatisation dans les relations interpersonnelles. Toujours est-il que l'alimentation pose un grave problème dans la thérapie car la prise des médicaments engendre par moment des effets secondaires ainsi qu'une éventuelle interaction médicamenteuse face auxquels une alimentation, de faibles quantité et qualité, est dangereuse. Stillwaggon (2002), Greenblott (2007) et Te Lintelo (2008) ont montré en effet que l'alimentation est cruciale pour une PVVIH car la malnutrition engendre des maladies parasitaires et des pertes de poids qui affaiblissent

d'avantage le système immunitaire et elle rend la PVVIH plus vulnérable au développement du sida.

Les principales raisons justifiant la positivité de la perception soulevées sont principalement le bon état de santé, la joie de vivre, l'aptitude à travailler, l'absence de complexe, l'espoir, le fait de se sentir utile à sa famille, l'affection de la famille, etc. Toutes ces raisons rendent compte d'un environnement social stable et favorable rendu possible par l'acceptation et la compréhension familiale ou la non divulgation du statut sérologique à l'entourage. En effet pour limiter les risques de stigmatisation et de discrimination les enquêtés se terrent dans le secret comme l'ont montré Konan *et al* (2008) et se voient ainsi préserver de l'entourage et même de la famille parfois.

Les individus dont la perception est négative souffrent de stigmatisation en général. En effet, comme l'ont montré Ouédraogo *et al* (2005), le VIH qui très souvent est perçu comme une maladie honteuse, est une base d'une auto-stigmatisation. Pour beaucoup d'entre eux, leur fierté est éprouvée et d'autres se soucient tant de leur propre avenir (célibataire) et des leurs (mariés). La complexité de la situation survient lorsque le milieu de vie devient malsain avec des attitudes de rejet. La proportion de femmes séparées et de femmes célibataires est plus élevée que celle des hommes, cela peut être liée à des actes de rejet comme l'ont montré Ky-Zerbo *et al* (2014). La perception de la PVVIH et le comportement de son entourage sont assez déterminants dans la manière dont ils vont développer des stratégies d'adaptation.

Les stratégies développées par les ménages agricoles sont de divers ordres. L'agriculture pluviale, l'agriculture irriguée et l'élevage et les PFNL sont inscrites dans les stratégies de sécurité alimentaire. Les trois premières sont évoquées par Ramdé (2004) comme des stratégies courantes dans les ménages en matière de sécurité alimentaire dans la province du Zandoma. Environ 48 ménages agricoles n'ont pu mener des activités agricoles pour raison de santé et d'invalidité du CM, ce sont des ménages de petites tailles ou solitaires. L'agriculture pratiquée est une stratégie d'atteinte de de la sécurité alimentaire car pour 49% des ménages la production est destinée à la consommation familiale et 47,8% des ménages associent la vente en cas de besoins. L'élevage est pratiqué, tout comme l'agriculture pluviale, soit pour la consommation, la vente ou les deux. Il est nécessaire de souligner que la pratique de l'élevage est ancrée dans les valeurs culturelles, ce qui explique que certains ménages aient un autre objectif que la consommation et/ou la vente en le pratiquant. Pour ce qui est de l'agriculture irriguée, elle n'est pas généralisée (12% des ménages). En plus la consommation des produits issus de l'agriculture

irriguée est plus faible comparativement à leur vente. Cette pratique contribue ainsi plus à la sécurisation du revenu avec un impact sur la sécurité alimentaire du ménage. Aussi, certains ménages ont pour activité connexe le ramassage des PFNL. Certes ces produits sont destinés à la vente mais une partie entre dans la consommation du ménage.

Ces stratégies contribuent par ailleurs à la sécurisation du revenu des ménages car certains ménages vendent une partie de leur récoltes (51% en agriculture pluviale et 12% en irriguée), de leurs animaux d'élevage (90%), et les PFNL destinés en général à la vente. Plus de la moitié des ménages (52,7%) ont au moins une activité connexe qui est une autre source de revenus. En plus les ménages ont recours au système d'assistance sociale à travers les transferts et les migrations. 30% des ménages reçoivent des transferts qui vont être considérés en tant que tels comme des stratégies dans la mesure où c'est le ménage qui fait la requête. Le cas échéant où la personne ou l'institution donne volontairement, le transfert ne saurait être considéré comme une stratégie du ménage même s'ils contribuent à la formation de son revenu. Quant aux migrations, elles permettent ou ménages de se décharger au niveau alimentaire (migration scolaire) ou d'avoir un revenu ponctuel (migration saisonnière). Dans les deux cas, le ménage préserve une partie de son revenu ou l'augmente.

Face aux chocs rencontrés dans les activités du ménage (agriculture, élevage, etc.) ou le social (maladie, décès, etc.), les ménages ont recours au système financier informel comme l'ont montré Sauerborn *et al.* (1996). En effet, l'aide familiale est la plus utilisée des stratégies (42,22%). En plus il y'a d'autres systèmes financiers informels que sont l'emprunt, l'aide d'un membre du village ou d'un groupe commun qui s'élèvent à 14,4%. En plus du système financier informel qui est très développée, il y'a l'utilisation de l'épargne personnelle du ménage et la vente d'animaux qui représentent respectivement 18,73 et 10,37% des stratégies adoptées face aux chocs. Les différents formes de migrations (internationale, nationale et scolaire) sont aussi valorisées par les ménages mais ne semblent pas être prisées. Peu importe la stratégie adoptée par le ménage elle contribue d'une manière satisfaisante ou pas à la résolution du choc.

Une autre stratégie utilisée par les ménages est le mouvement associatif qui concerne plus un membre du ménage PVVIH ou plus (couple séropositif). Cette stratégie est pour les PVVIH un moyen de communion avec des personnes qui partagent les mêmes réalités et un havre de paix dans le cas où le climat familial laisse à désirer. 68% des PVVIH sont en effet dans une association et les associations de santé sont en tête. Cela est logique car le VIH est un problème de santé public. Les plus grands bénéficiaires tirés sont moraux et sanitaires.

Ainsi les ménages agricoles affectés par le VIH ont des caractéristiques générales similaires aux statistiques nationales. Les PVVIH ont une assez bonne perception de l'infection et développent plusieurs stratégies pour mieux s'adapter aux effets éventuels du VIH sur leur ménage.

Conclusion et recommandations

D'une population totale d'environ 18 millions d'habitants selon les projections de l'INSD, le Burkina Faso est un pays sahélien à vocation fortement agricole. L'agriculture est une activité de subsistance qui rencontre d'énormes difficultés auxquelles s'ajoute la pandémie du VIH. Malgré la baisse du taux de prévalence, la pandémie demeure non seulement un problème de santé publique mais un problème de développement. Ce dernier aspect est très important vu que le VIH s'attaque directement à la main d'œuvre qui est la première ressource des ménages agricoles.

La présente étude qui s'est inscrite dans le cadre des moyens de subsistance des ménages agricoles abritant au moins une PVVIH a permis de distinguer quatre catégories hétérogènes de ménages agricoles. Ces ménages développent diverses stratégies pour mieux s'adapter parmi lesquelles la diversification des activités et le système financier informel sont courants. Par ailleurs les PVVIH prennent leur maladie avec philosophie et ne sombrent pas dans un désarroi total. C'est surtout le secret sur le partage du statut sérologique et le bon état de santé physique qui permettent à ces derniers de vivre dans une certaine sérénité dépourvue de stigmatisation et/ou discrimination. Celles qui ont une perception négative ont une santé déplorable ou invalidante ou vivent dans un environnement au sein duquel elles sont stigmatisées ou dans des conditions de vie qui laissent à désirer. Les hypothèses de recherche formulées au départ sont confirmées car la perception est positive et les ménages développent des AGR et d'autres stratégies pour faire face aux effets de VIH.

A l'issu de ce travail nous avons quelques recommandations. Nous recommandons :

- aux gouvernants, à travers le SP/CNLS, de renforcer les capacités des structures associatives et communautaires pour un meilleur suivi social et pour un appui alimentaire des PVVIH et d'octroyer des crédits aux ménages agricoles affectés ;
- aux structures associatives et communautaires de renforcer le suivi des PVVIH en multipliant les visites et les groupes de rencontre et d'échange communautaire et d'instaurer des projets d'activités communautaires et d'AGR afin d'apporter un soutien complet aux PVVIH ;
- aux PVVIH d'avoir une observance correcte du traitement et de suivre méticuleusement les conseils des agents de santé dont les bénéfices sont inestimables dans la poursuite de leurs activités sans difficulté, en particulier pour celles qui sont dans le domaine agricole ;
- à chacun personne de faire son test de dépistage, peu importe son domaine d'activité, afin de se situer et de prendre les dispositions idoines ;

- à chacun personne et d'éviter toute attitude stigmatisant ou discriminante envers les PVVIH ;
- à la recherche de faire une étude comparée des stratégies de subsistance en terme de rentabilité et de durabilité pour identifier les plus résilientes.

Bibliographie

- Bollinger, L., Stover, J., Kerkhoven, R., Mutangadura, G., Mukurazita, D., 1999. The economic impact of AIDS in Zimbabwe. *Futures*, 15p.
- Carney, D., Drinkwater, M., Rusinow, T., Neeffjes, K., Wanmali, S., Singh, N., 1999. Livelihoods approaches compared: a brief comparison of the livelihoods approaches of the UK Department for International Development (DFID), CARE, Oxfam and the United Nations Development Programme (UNDP). 17p.
- Cinner, E. J., Bodin, Ö., 2010. Livelihood Diversification in Tropical Coastal Communities: A Network-Based Approach to Analyzing 'Livelihood Landscapes'. *PLoS ONE*, 5, 8: e11999., 13p.
- Egal, F., Valstar, A., 1999. HIV/AIDS and nutrition: helping families and communities to cope. In: FAO (ed.) *Food, nutrition and agriculture*. Rome: FAO, 14p.
- FAO, 1995. Programme de recensement mondial de l'agriculture 2000, Rome, 95p.
- FAO, 1998. Statistiques et Genre Recensements Agricoles - Orientations pour une Révision des Concepts et de la Méthodologie. 109p.
- FAO, 2001. Profil fourrager Burkina Faso. 23p.
- FAO, 2010. Cartographie des zones socio-rurales FAO. 68p.
- Goffman, E., Kihm, A., 1975. Stigmate: les usages sociaux des handicaps, Les éd. de minuit, 10p.
- Greenblott, K., 2007. La protection sociale à l'ère du VIH/sida : examen du rôle des interventions appuyées par une aide alimentaire. Programme alimentaire mondial, Rome, Italie. *Etudes thématiques 17*, 48p.
- Greenblott, K., Carter, I., Randall, D., 2012. Pensez moyens de subsistance, Tearfund et Samaritan's Purse R-U, 80p.
- Guinko, S., 1984. Végétation de la Haute-Volta. Thèse de Doctorat d'Etat, Université de Bordeaux III, 384p.
- Harvey, P., 2004. HIV/AIDS and humanitarian action. Humanitarian Policy Group Report., Londre, Overseas Development Institute, 46p.
- INSD, 2009. Recueil des concepts, définitions, indicateurs et méthodologies utilisés dans le Système statistique national. 150p.
- INSD, 2015. Enquête multisectorielle continue (EMC) 2014. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). 89p.
- INSD, ICF, 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. 525p.

- Jansen, H. G. P., Rodriguez, A., Damon, A., Pender, J., Chenier, J., Schipper, R., 2006. Determinants of income-earning strategies and adoption of conservation practices in hillside communities in rural Honduras. *Agricultural Systems*, 88, 2006, 18p. 92-110
- Kablan, C., Obrist, B., Cissé, G., Wyss, K., Touré, I., Tanner, M., 2006. VIH/SIDA, genre et vulnérabilité. *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement [En ligne]*, Hors-série 3, p.
- Kanao, F., 2012. Typologie des stratégies d'adaptation des pasteurs et agro-pasteurs face aux changements climatiques en fonction des zones agro-écologiques : cas de Ouangolodougou, Tengrela, Peni et Koumbia au Burkina Faso. Diplôme d'ingénieur du développement rural Mémoire UPB, 88p.
- Konan, Y. E., Tetchi, E. O., Kpebo, D. O. D., M'Béa, K. J. J., Aké, O., Saraka, K. W. O., Coulibaly, A., Tiembré, I., Dagnan, N. S., Traoré, Y., Kouassi, D. P., Dédomey, E., Koffi, K., 2008. Perception des personnes vivant avec le VIH sur l'infection à VIH. A propos d'une enquête réalisée au centre d'assistance sociolédicale de Treicheville (Abidjan, COTE D'IVOIRE). *Cah. Santé Publique* 7, 1-2008, 9p. 7-16
- Koutou, M., 2006. Déterminants de l'adoption de zaï forestier et perspectives de valorisation de la technologie au Yatenga (Burkina Faso). Diplôme d'ingénieur Mémoire de fin d'études, UPB, 106p.
- Ky-Zerbo, O., Desclaux, A., Asmar, K. E., Makhoulf-Obermeyer, C., Msellati, P., Somé, J.-F., 2014. La stigmatisation des PVVIH en Afrique: analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso. *Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France)*, 26, 3, 375-384p.
- Lydié, N., 2000. L'épidémie du VIH/SIDA en Afrique: état des lieux. In: ANRS (ed.) *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis. Afrique contemporaine*. 73-90p.
- May, A., 2003. Social and Economic Impacts of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa, with Specific Reference to Aging. Institute of Behavioral Science, Population Aging Center. 30p.
- Mckinney, O., Modeste, N. N., Lee, J. W., Gleason, P. C., Maynard-Tucker, G., 2014. Determinants of Antiretroviral Therapy Adherence among Women in Southern Malawi: Healthcare Providers' Perspectives. *AIDS Research and Treatment*, 2014, 9p.
- MEF, 2009. Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH-2006) : analyse des résultats définitifs. 176p.
- MEF, 2010. Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) 2011-2015 version provisoire. 100p.
- MTSS, 2010. Politique nationale de lutte contre le VIH/sida-IST, la tuberculose et le paludisme en milieu du travail. 36p.
- Munthali, A. C., 2002. Adaptive strategies and coping mechanisms of families and communities affected by HIV/AIDS in Malawi. UNRISD HIV/AIDS and Development project. 15p.
- Nkendah, R. Year. L'impact socio-économique du VIH/SIDA sur les familles rurales et sur l'éducation des jeunes au Cameroun. In: 2007 Second International Conference, August

- 20-22, 2007, Accra, Ghana, 2008. African Association of Agricultural Economists (AAAE).
- ONUSIDA (ed.) 2000. La riposte des ménages et des communautés à l'épidémie de VIH/SIDA dans les zones rurales de l'Afrique subsaharienne version française, Genève, 73p.
- ONUSIDA, 2011. Guide de terminologie de l'ONUSIDA. Version révisée. 40p.
- ONUSIDA, 2012. Rapport d'activités sur la riposte au sida au Burkina Faso (GARP 2012), 74p.
- ONUSIDA, 2013a. Epidemiological fact sheet on HIV and AIDS. <http://www.unaids.org/sites/default/files/epidocuments/BFA.pdf>. Consulté le: 06/08/2015
- ONUSIDA, 2013b. Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013. 274p.
- ONUSIDA, 2014a. Burkina Faso: estimations VIH et SIDA 2014. ONUSIDA. <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/burkinafaso/>. Consulté le: 17/02/2016
- ONUSIDA, 2014b. Fiche d'information 2014. 7p.
- ONUSIDA, 2014c. Rapport d'activité sur la riposte au sida au Burkina Faso (GARP 2014). 72p.
- ONUSIDA, 2015. Le sida en chiffres 2015. 12p.
- Ouédraogo, T. L., Ouédraogo, A., Ouédraogo, A. V., Soubeiga, A., Kylem, N., 2005. Les personnes vivant avec le vih, vécu quotidien et gestion du risque de transmission à l'entourage : étude de cas à Ouagadougou, Marseille, FRANCE, Institut de médecine tropicale du service de santé des armées, 6p.
- Ouedraogo, T. L., Ouedraogo, A., Ouedraogo, V., Kyelem, N., Soubeiga, A., 2005. Infection à VIH et modifications des relations sociales : étude auprès de 188 personnes infectées par le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso). *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 15, 4, 253-257p.
- Parker, D. C., Jacobsen, K. H., Komwa, M. K., 2009. A qualitative study of the impact of HIV/AIDS on agricultural households in southeastern Uganda. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 25p. 21132138
- Pilon, M., 1994. Fiche pédagogique n° 16 : ménages, famille et évolution des comportements démographiques. In: RIADEP (ed.) *Questions de population pour l'Afrique* Lomé: RIADEP, 12p.
- Pineau, S., 2014. Infection à VIH : Physiopathologie – Diagnostic – Infections opportunistes. CCA SMIT. 131p.
- Ramde, P. S., 2004. Analyse des stratégies des ménages en matière de sécurité alimentaire dans la province du Zadoma (Burkina Faso). Ingénieur du développement rural, Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso, 89p.

- Sauerborn, R., Adams, A., Hien, M., 1996. Household Strategies to Cope with the Economic Costs of Illness. *Social Science and Medicine*, 43, 3, 10p.
- Scoones, I., 1988. Sustainable rural livelihoods: a framework for analysis. *IDS working paper*, 72, p.
- Simonsson, L., 2005. Profil de vulnérabilité du Burkina Faso, Stockholm Environment Institute (SEI), 38p.
- SP/CNLS, 2013. Lutte contre le VIH et le SIDA : baisse sensible de la séroprévalence au Burkina et appel à la vigilance. <http://presidence.bf/les-dossiers-2/la-lutte-contre-le-sida/>. Consulté le: 30/10/2015
- SP/CNLS, 2015. Rapport d'activité sur la riposte au sida au Burkina Faso. 47p.
- Stillwaggon, E., 2002. HIV/AIDS in Africa: fertile terrain. *Journal of Development Studies*, 38, 6, 1-22p.
- Te Lintelo, D., 2008. Sécurité alimentaire, nutrition et VIH/SIDA dans les pêcheries africaines: information émergente et direction de la recherche. *Etude documentaire. Groupe pour le développement outre-mer et École pour les études du développement, Université d'East Anglia, Norwich, NR4 7TJ, Royaume-Uni*, 47p.
- Wahengo, J. F., 2011. Le développement rural par le travail décent . Note d'orientation rurale. Créer des opportunités pour les communautés rurales affectées par la VIH et le sida. 4p.

Annexes



Annexe : Questionnaire d'enquête I

1. Informations générales

N°	Eléments d'identification	Désignation	Code
1	Nom de l'enquêteur		
2	Numéro du questionnaire		
3	Date de l'enquête (Jour/Mois/Année)		
4	Région		
5	Province		
6	Commune		
7	Nom du district sanitaire		
8	Village/secteur		
9	Nom du centre de prise en charge		

2. Informations sur le chef de ménage

N°	Eléments d'identification	Désignation
1	Sexe 1= Homme 2= Femme	
2	Age (année révolue)	
3	Numéro d'identification nationale	
4	Code unique de participant	
5	Numéros de téléphone	(1) / (2) / (3)

3. Equipement domestiques fonctionnels

N°	Bien	Nombre
1	Radio	
2	TV	
3	Téléphone cellulaire	
4	Plaque solaire	
5	Motos	
6	Vélos	
7	Moulin	
8		
9		
10		

4. Equipement agricoles fonctionnels

N°	Equipements	Nombre	Age moyen	Mode général d'acquisition 1= achat 2=subvention 3= don	Coût d'achat moyen unitaire (FCFA)
1	Charrue asine				
2	Charrue bovine				
3	Tracteur				
4	Brouette				
5	Charrette asine				
6	Charrette bovine				
7	Pulvériseurs				
8	Planteur / semoir				
9	Pelles				
10	Pioche				
11	Motopompe				
12	Pompe à pédale				
13				

5. Composition du ménage agricole

N°	Prénom des Membres vivant dans le ménage et à la charge du CM	Sexe 1= H 2= F	Age en année révolue	Lien avec le CM 1= CM 2= Epouse 3=Enfant 4= Père CM 5=Mère CM 6=Autre	Actif 1= oui 0=non	Principale occupation 1= agriculture 2= élevage 3= Commerce 4= Ouvrier occasionnel 5=Etudes 6= Autre à préciser.....	Niveau d'éducation 0= Aucun 1=Ecole coranique 2=Ecole rurale 3= Alphabétisation 4= Primaire 5= Secondaire 1 ^{er} Cycle 6= Secondaire 2 ^e Cycle 7= Université	A migré actuellement 1= oui 0=non
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
16								
17								
18								

6. Répartition du travail dans le ménage

N°	Prénom du membre du ménage	Cocher les individus de moins de 5ans et ne pas les questionner	Combien d'heures en moyenne au cours des 7 derniers jours avez-vous alloué							
			<i>aux activités ménagères dans le cas d'une femme (cuisiner, balayer, puiser l'eau, etc.) ou aux activités domestiques dans le cas d'un homme (réparation ou construction, etc.)</i>	<i>aux activités agricoles au profit du ménage?</i>	<i>aux activités non agricoles au profit du ménage du ménage?</i>	<i>à l'entraide agricole fournie à d'autres ménages</i>	<i>à l'entraide non agricole fournie à d'autres ménages</i>	<i>à un travail salarié occasionnel ou ponctuel</i>	<i>à un travail salarié permanent</i>	<i>à un apprentissage gratuit d'un métier</i>
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										

7. Production du ménage

7.1. Agriculture pluviale

N°	Type de spéculation	Superficies cultivées en hectare	Nombre de travailleurs disponibles	Ces travailleurs sont-ils suffisants ? 1=Oui 0=Non	Si les travailleurs ne suffisent pas comment faites-vous pour pallier le manque de travailleurs 1= location de main d'œuvre 2= Entraide 3= Réduction des superficies 4=Abandon 5= Autre à préciser.....	Production totale		Ventes	
						Quantités produites en Unité Locale de Mesure (ULM)	Equivalent en kilogrammes si l'enquête peut estimer	Quantité vendue en Unité Locale de Mesure (ULM)	Montant total des ventes (FCFA)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

7.2. Agriculture irriguée

N°	Type de spéculation	Superficies cultivées en hectare	Nombre de travailleurs disponibles	Ces travailleurs sont-ils suffisants ? 1=Oui 0=Non	Si les travailleurs ne suffisent pas comment faites-vous pour pallier le manque de travailleurs 1= location de main d'œuvre 2= Entraide 3= Réduction des superficies 4=Abandon 5= Autre à préciser.....	Production totale		Ventes		Quantité de la production irriguée Consommée par le ménage
						Quantités produites en Unité Locale de Mesure (ULM)	Equivalent en kilogramme si l'enquête peut estimer	Quantité vendue en Unité Locale de Mesure (ULM)	Montant total des ventes (FCFA)	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

7.3.a. A quelles fins produisez-vous ? /___/
 1= Autoconsommation 2=Commerce 3=Autoconsommation et commerce

7.3.b. Votre état de santé vous a-t-il permis de participer à toutes les opérations agricoles /___/
 1=Oui 0=Non

7.3.c. Si non, quelles activités n'avez-vous pas pu faire? Répondre par 1=Oui 0=Non aux activités suivantes

1= Préparation des champs /___/ 2= Labour /___/ 3=semi /___/
 4=Traitement herbicides /___/ 5= Sarclage /___/ 6=Epandage NPK /___/ 7=
 Epandage Urée /___/ 8= Buttage /___/ 9=Récolte /___/ 10=
 Transport /___/ 11=Stockage /___/

8. Production animale

8.1. Le ménage pratique-t-il l'élevage ? /___/ 1=Oui 0=Non

8.2. Si non pourquoi ? Répondre par 1=Oui 0=Non aux activités suivantes 1=Manque
 de moyens financiers /___/ 2=Manque de moyens matériels /___/ 3=Manque de
 temps /___/ 4=Manque d'ouvriers /___/ 5=Raisons socio-
 culturelles /___/ 6=Contraintes naturelles /___/ 7=Autre (à
 préciser)..... /___/

8.3. Si oui remplir le tableau suivant :

Type d'animaux	Nombre actuel		Mode général d'acquisition 1=Achat comptant 2=Achat crédit 3=Don 4=Héritage 5=Subvention	Ventes au cours des 12 derniers mois		Description du mode général de conduite 1= embouche 2 =pâturage
	Adultes	Jeunes de moins de 1 an		Nombre	Montant total (FCFA)	
Bœufs de trait						
Bœufs de parc						
Mouton						
Chèvres						
Volaille adultes						
Porcs						
Anes						
Autres:						

8.4. Le besoin en main d'œuvre pour l'élevage est-il comblé? /___/ 1=oui 0= Non

8.5. Si non quelles sont les stratégies palliatives au manque de main d'œuvre ? /___/
 1= Confiage à un éleveur 2= Réduction des effectifs 3= Vente des animaux 4= Abandon de l'élevage
 5= Autre à préciser.....

8.6. Votre état de santé (on s'adresse ici au chef de ménage lui-même) vous a-t-il permis d'être occupé(e) par les travaux d'élevage (nourrir, soigner, garder les animaux, etc.)? /___/ 1= oui 0= Non

8.7. A quelles fins faites-vous l'élevage ? /_____/

1= Autoconsommation 2= Commercialisation 3= Autoconsommation et Commercialisation 4= Prestige
5= Autre à préciser

9.1. Autres activités

Activités	Prénom du ou des membres du ménage qui réalisent l'activité	Revenu moyen selon la périodicité (FCFA)	Périodicité 1=Journalier 2=hebdomadaire 3=mensuel 4=annuel 5=ponctuel	Principales difficultés rencontrées dans chaque activité (Ne citer que les principales)	Principales stratégies élaborées pour pallier les difficultés (Ne citer que les principales)
Pêche					
Chasse					
Tissage/ couture/ Artisanat					
Vannerie					
Commerce					
Ramassage de produits forestiers					
Autre.....					

9.2. Etes-vous membre d'un groupement ou d'une association de producteur? /___/ 1=Oui 0=Non

9.3. Etes-vous membre d'un groupement ou d'une association de santé? /___/ 1=Oui 0=Non

9.4. Etes-vous membre d'un groupement ou d'une association de crédit? /___/ 1=Oui 0=Non

9.5. Qu'est-ce que votre présence dans le groupement ou l'association vous apporte ? Répondre par

1=Oui 0=Non aux options suivantes

1=

soutien moral /___/ 2= soutien financier /___/ 3= soutien matériel /___/
 4=estime de soi /___/ 5=soins de santé /___/
 6=amélioration des connaissances /___/ 7=Autre (à préciser)..... /___/

10. Tenure foncière

- 10.1. Quelle superficie cultivez-vous en hectare? /___/
- 10.2. Quelle superficie avez-vous en jachère? /___/
- 10.3. Possédez-vous des plantations au Burkina? /___/ 1=Oui 0=Non
- 10.4. Si Oui, quel est le type d'arbre ? /___/
- 1=arbre fruitier 2=bois de chauffe 3= bois d'œuvre 4=arbre sauvage
- 10.5. Quelle est la superficie estimée des plantations (ha) /___/
- 10.6. Quel est le revenu annuel tiré de vos plantations (vente de tous les produits issus de vos plantations : fruits et feuilles, de bois, de fourrage, etc.) en FCFA /___/
- 10.7. Renseigner le tableau suivant :

Tenure foncière	Superficie en hectare (doit correspondre au 3.1.)	y a-t-il un contrat d'utilisation ? 1= formel 2= informel 3= Aucun contrat	Qui vous a donné l'accès à la terre? 1= Chef du village/terre 2= Association 3=Administration locale 4= Privé 5=Autre.....
Propriétaire terrien (terre qui vous appartient)			
Location (terre louée)			
Droit d'utilisation (terre donnée ou prêté par quelqu'un)			
Autre.....			

10.8. Rencontrez-vous actuellement des problèmes fonciers? /___/ 1=Oui 0=Non

11. Transferts

- 11.1. Le ménage reçoit-il des transferts de l'état/ONG (pension, aide, etc.) ? /___/ 1=Oui 0=Non
- 11.2. Le ménage reçoit-il des transferts d'une connaissance vivant dans le village ? /___/ 1=Oui 0=Non
- 11.3. Le ménage reçoit-il des transferts d'un migrant ? /___/ 1=Oui 0=Non
- 11.4. Recevez- vous des transferts de votre association ou groupement ? /___/ 1=Oui 0=Non
- 11.5. Estimer le montant moyen annuel reçu pour tous ces transferts en FCFA ? /___/

12. Estimation dépenses du ménages

N°	Dépenses du ménage	Période	Montant (FCFA)
1	Nourriture	<i>Semaine passée</i>	
2	Frais de transport	<i>Mois passé</i>	
3	Santé	<i>Mois passé</i>	
4	Logement	<i>Année passée</i>	
5	Vêtements/Chaussures	<i>Année passée</i>	
6	Education	<i>Année passée</i>	
7	Autre.....		

13. Sécurité alimentaire et nutritionnelle

13.1. Pouvez-vous dire si pour les 5 dernières années, les récoltes du ménage ont été à mesure de couvrir les besoins alimentaires de ses membres /___/ 1=Oui 0=Non

13.2. Si non, quelles sont les causes selon vous? Répondre par 1=Oui 0=Non aux causes suivantes

1=Problème de santé2=Main d'œuvre insuffisante.....3= Faible fertilité des champs..... 4= Manque de terres cultivables5=Aléas climatiques
6=Autre (à préciser).....

13.3. Combien de mois a duré la période de soudure l'année passée? /___/ mois

13.4. Pensez-vous que les récoltes de cette année couvriront les besoins du ménage toute l'année? /___/
1=Oui 0=Non

13.5. combien de fois avez-vous mangé hier au sein du ménage ? /___/

13.6. Quelle est votre principale source d'eau de boisson ? /___/
1=puit 2= forage 3=fontaine 4= barrage 5=autre (à préciser).....

13.7. Quelle est la distance moyenne entre cette source d'eau et votre logement ? /___/ km

13.8. Quelle est votre principale source d'énergie pour la cuisine ? /___/
1=bois de chauffe 2=gaz butane 3=biogaz 4=autre à préciser.....

13.9. Pour la principale source d'énergie de cuisine, quelle distance moyenne devez-vous parcourir de votre logement pour vous approvisionner ? /___/ km

13.10. Quelle est votre principale source d'éclairage ? /___/
1=lampe à pétrole 2=lampe à huile 3=lampe solaire 4= Electricité 5=Energie solaire 6= Autre (à préciser)..... /

14. Veuillez renseigner la consommation du ménage pendant les sept (07) derniers jours.

NB : Prendre en compte les aliments consommés par tous les membres du ménage et exclure les aliments achetés et mangés à l'extérieur du domicile

N°	Groupe d'aliments	Exemples	Consommés 1=Oui 0=Non	Fréquence/ semaine (nombre de jours dans la semaine)
1	CEREALES	Pain, biscuits, cookies ou tout autre aliment à base de mil, sorgho, maïs, riz, blé, galettes, beignets, gâteaux		
2	LEGUMES ET TUBERCULES RICHES EN VITAMINE A	Carotte, courge ou patates douces poivron		
3	TUBERCULES BLANCS ET RACINES	Pommes de terre blanches, ignames blancs, manioc ou aliments à base de racines		
4	LEGUMES FONCES ET FEUILLES VERTES	Epinard, chou, feuilles vertes, salade		
5	AUTRES LEGUMES	Autres légumes (ex. : tomate, oignon, aubergine,		
6	FRUITS RICHES EN VITAMINE A	Mangues mûres, melon, banane douce, orange, avocats, citron+ autres fruits riches en vitamine A		
7	AUTRES FRUITS	Autres fruits, fruits sauvages inclus		
8	ABATS (RICHES EN FER)	Foie, rein, ou autres abats et aliments à base de sang		
9	VIANDE	Bœuf, porc, mouton, chèvre, lapin, gibier sauvage, poulet, canard ou autres oiseaux		
10	OEUFS			
11	POISSON	Poisson frais ou séché ou crustacés		
12	LEGUMINEUSES, NOIX ET GRAINES	Haricots, pois, lentilles, graines ou aliments dérivés		
13	LAIT ET PRODUITS LAITIERS	Lait, fromage, yaourt ou autres produits laitiers		
14	HUILES ET GRAISSES	Huile, graisses ou beurre ajoutés aux aliments ou utilisés pour la cuisson		
15	SUCRERIES	Sucre, miel, boissons gazeuses sucrées ou aliments sucrés tels que chocolat, confiseries		
16	EPICES, CONDIMENTS, BOISSONS	Epices (poivre noir, sel), condiments (sauce au soja, sauce piquante), café, thé, boissons alcoolisées		

15. Chocs

N°	Désignation	<p>Au cours de l'année écoulée, le ménage se souvient-il avoir été touché par un des évènements suivants?</p> <p><i>1. Oui</i> <i>0. Non</i></p>	<p>Sur une échelle de 0 à 10, quelle a été l'ampleur de l'évènement pour le ménage?</p> <p><i>1=faible</i> <i>10=fort</i></p>	<p>Si décès, à quelle catégorie appartenait la personne décédée?</p> <p><i>1. Personne âgée</i> <i>2. Ancien chef de ménage</i> <i>3. Epouse du chef</i> <i>4. Autre actif</i> <i>5. Jeune</i> <i>6. Enfant</i></p>	<p>Comment le ménage a géré cette situation ?</p> <p><i>01. Utilisation de l'épargne</i> <i>02. Emprunt</i> <i>03. Aide de la famille</i> <i>04. Aide d'autres membres du village</i> <i>05. Aide de personnes d'un groupe commun</i> <i>06. Vente de bétail</i> <i>07. Vente de biens</i> <i>08. Confier un enfant à une autre famille</i> <i>09. Commencement d'une autre activité</i> <i>10. Migration d'un adulte en ville</i> <i>11. Migration internationale d'un adulte</i> <i>12. Autre.....</i></p>	<p>Sur une échelle de 1 à 10 comment estimez-vous la fréquence de cet évènement?</p> <p><i>10 Très souvent</i> <i>1 Rare</i></p>
1	Epidémie du bétail					
2	Maladie sur les cultures					
3	Invasion des cultures par des insectes					
4	Sécheresse					
5	Inondation					
6	Feux de brousse					
7	Décès d'un membre du ménage					
8	Epidémie					
9	Perte d'un emploi					
10	Chute des prix des produits vendus					
11	Augmentation des prix des produits achetés					

MERCI D'AVOIR REPONDU A NOS QUESTIONS !