

Mémoire de Fin d'Etudes

**L'Impact de la Situation socioéconomique sur la Réussite de la Prise en Charge
pour les Patients Vivant avec le VIH/SIDA
Et
L'Effet de l'Identité d'Etre malade de SIDA sur la Pauvreté**

Travail suite d'une enquête de terrain dans une région de la République du Mali

SHI Weijing
Chinoise

Mention : Master Economie du Développement International
Institut D'études Politiques de Paris
Paris. Juin 2007

Remerciement :

Je remercie à tous le monde : ma « famille française », mes professeurs de Master, et ma chère petite classe, qui me soutient pendant la période de mes études à Sciences Po.

Je remercie aux ceux qui sont aujourd'hui toujours au Mali, les maliens, les Européens et les Chinois. L'équipe de Solthis au Mali m'a beaucoup aidé. Je dois particulièrement aux malades de SIDA à Ségou, qui m'ont parlé de leur vies et de leurs maladies. Cette étude est faite pour eux.

Je voudrais à cette occasion remercier mes parents. Mes parents m'ont énormément aidée malgré ils soient toujours en Chine et qu'ils ne comprennent aucune langue étrangère. J'espère de leur envoyer les bonnes nouvelles de leur fille, parce que je les aime beaucoup.

Indexe

I Introduction

II présentation de l'environnement

III Méthodologie

A. Sources des données

(a) Collecte de données

(b) Questionnaire

B. Analyse des données : modèle exploitant

(a) Caractéristiques des malades

(b) Evaluation de la santé et facteurs socioéconomiques

(c) Variables

(d) Base de données

IV. Echantillon

A. Descriptions de l'échantillon

B. Informations médicales

(a) Période de malade précédée de la prise en charge

(b) Description des situations cliniques des malades

V. Résultats et Analyses

A. Caractéristiques socioéconomiques des patients du VIH/SIDA au moment initial de a prise en charge

B. Accès aux biens

C. Panel : résultats et modèle explicatif

(a) Résultats

(b) Modèle explicatif

Graphiques

Tableaux des résultats

Annexe

-Structure du système de soin officiel dans le cadre de la lutte contre le SIDA à Ségou

-Exemplaire du Questionnaire

-Difficultés rencontrées dans l'enquête

-Aperçu du VIH parmi la Population ordinaire et les malades de SIDA

Bibliographie

I. Introduction

L'Afrique est aujourd'hui le continent qui recense le plus grand nombre de porteurs du VIH et de malades du SIDA. L'ampleur de l'épidémie, son expansion rapide et apparemment incontrôlable et son impact sur les populations en terme de mortalité et de morbidité sont bien connus et sont largement répercutés dans les médias. La zone d'Afrique australe¹ est la plus touchée par cette épidémie, mais à l'exception des pays d'Afrique du Nord, on peut dire que l'ensemble du continent est confronté à un défi d'une grande ampleur. Cependant, au delà des données chiffrées, il reste de nombreuses zones d'ombre quant à l'épidémie du SIDA et son impact socio-économique, et tout particulièrement sur les facteurs de son expansion.

La plupart des auteurs des articles ou des ouvrages² autour du phénomène VIH/SIDA tombent d'accord sur un consensus que l'épidémie a un impact immense sur les économies des pays à ressources limitées. L'épidémie touche non seulement les individus, mais aussi leur famille et la communauté à laquelle ils appartiennent. Ceci est particulièrement accentué par la pauvreté et réduit davantage les opportunités de développement. C'est notamment la conclusion proposée par les études économiques qu'elles soient macro ou micro économiques. Les économistes s'attachent à étudier particulièrement la problématique de la pauvreté en insistant que le SIDA et la pauvreté se renforcent réciproquement. La vision conventionnelle argumente que l'épidémie accentue la pauvreté en bousculant la mécanique d'allocation des ressources du ménage, déjà atteint par l'apparition de la maladie. Le deuxième courant des chercheurs soulignent que ce sont les facteurs indexés, économique, politique, et culturel, qui conduisent les agents vulnérables de plus en plus vers les modes de vie et comportements où augmentent le risque d'être infecté par le virus du SIDA. Ces deux opinions représentatives ne s'opposent pas dans le fond. Elles sont enracinées dans les domaines de pauvreté et de la santé. Les études sur l'économie de la santé ont démontré que le niveau de santé de la population se corrèlent avec la situation socioéconomique au travers d'unités telles que les ménages et les communautés. La même logique a été appliquée dans le domaine de SIDA : la vulnérabilité a été désignée comme un facteur clé dans les différentes situations épidémiologiques parmi les individus ou au sein des communautés. Elle a ensuite été conçue en tant que le risque d'être infecté par le VIH.

Nous ne savons pourtant très peu si la vulnérabilité, traduite en précarité, affecte les résultats des traitements. En fait, quelle que soit l'opinion choisie entre les deux thèses dans ce domaine de l'économie et du SIDA, l'hypothèse (la condition) universelle d'études jusqu'à présent était que les informations ont été obtenues avec l'absence de traitements (des programmes de la prise en charge). Cependant, le contexte du SIDA a changé au cours de ces dernières années. Historiquement³, nous sommes aujourd'hui entrés dans la phase II dite « vivre avec le SIDA »⁴.

¹ « 24 million de personnes vivant avec le VIH sur 38 millions vivant dans le monde » *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA Edition spécial 10^e anniversaire de l'Onusida*, l'Onusida 2006

² Une sélection de ces ouvrages et articles est reproduite en bibliographie

³ Les politiques de lutte contre le SIDA restaient inappropriées jusqu'au début de notre siècle. L'absence de la réponse globale envers le challenge de l'épidémie avait duré jusqu'au milieu des années 80, le moment où l'Organisation mondiale de la Santé avait créé un Programme Spécial sur le SIDA. Depuis, les politiques d'orientation ne se sont centrées que sur la prévention. La question essentielle était sur la promotion de l'usage du préservatif dans les pays où les prévalences du VIH/SIDA étaient élevées. Ces stratégies ont été accompagnées par les campagnes de l'éducation qui visait à instruire la population. Les résultats de la première phase de lutte ont été

La priorité est maintenant donnée au traitement⁵ : faire guérir les malades, objectif équivalent à éviter l'accroissement des décès dans la population. Avec la mise en place des programmes de prise en charge, les malades dans les pays en voie de développement ont obtenu le même droit d'accès aux traitements gratuits que dans les pays développés. En Afrique, 6 pays ont initié les programmes de prise en charge. Plusieurs établissements mondiaux⁶ coordonnent actuellement les actions, et de même les pays concernés ont publié des protocoles nationaux pluriannuels de luttres (et des stratégies)⁷.

Cependant, il manque des critères universels de l'évaluation. L'implantation des programmes de plus en plus massive dans les pays du Sud nécessite d'évaluer les résultats des programmes. Les critères actuels ne concernent que la santé du patient. Nous ne savons pas exactement quels sont les bilans économiques et sociaux depuis l'implantation des nouvelles actions⁸.

De plus, on avoue de plus en plus que la relation entre la pauvreté et le SIDA en Afrique est complexe et elle n'est pas si stricte⁹ qu'on l'estimait auparavant. La profondeur de la problématique réside dans les réactions et la mobilisation contre l'épidémie. A grande échelle, une fois que l'image uniforme (imaginative) des « pauvre PVVIH » a été détruite, quelles sont les identités réelles qui se dégagent ? Les mécanismes par lesquels les agents réussissent à « vivre avec le SIDA » ne sont pas connus non plus. Les études ont discuté les unités appropriées parmi lesquelles se maintient la notion dite d' « assurance informelle ». Il peut y avoir d'autres réseaux, définis par l'ethnolinguistique, l'alliance familiale et d'autres caractéristiques. Sachant que les effets de l'épidémie sont durables pour l'individu et la communauté, il est d'autant plus riche d'enseignements de connaître la capacité et la condition du malade pour assurer ses besoins vitaux que de simplement évaluer les coûts des dégâts.

critiquées, Car les politiques avaient ignoré la réalité dans les pays du Sud, où le modèle occidental, notamment celui des Etats Unis ne pouvait pas fonctionner. Les résultats avaient donné la naissance à l' « exceptionnalisme du Sida ». La pandémie se voie continuer à ravager dans les pays en voie de développement, en particulier, en Afrique subsaharien. En même temps, la diffusion du VIH s'accompagnait de la stigmatisation du à l' « exceptionnalisme du Sida ». La révision de cet échec a abouti les innovations dans les politiques d'orientation.

4 Selon les derniers rapports d'information de l'OMS, le taux de prévalence se stabilise voire diminue dans les pays où la situation de la pandémie a été sévère pendant avant 2000.

⁵ Le changement a été récent. Même l'OMS avait cru que le texte du VIH ne serait pas universalisé dans les pays moins développé pour les raisons financières. OMS Acquired immunodeficiency syndrom (AIDS) Work shop in Central Afrique, Bangui, 22-25 Oct.1985. Weekly Epidemiol Rec 1985; 60: 342.

En 2005, à l'issue du sommet du groupe des pays les plus industrialisés (G8) de Gleneagles et lors de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2006, les pays se sont engagés en faveur d'un « accès universel à la prévention de l'infection par le VIH, au traitement, aux soins et aux services d'appui pour les personnes vivant avec le VIH à l'horizon de 2010. *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. L'ONUSIDA 2006

6 Traditionnellement, à la tête de l'OMS et l'UNAIDS. La Banque Mondiale, les organismes de l'ONU et le Fond Mondial prennent les places capitales dans les décisions internationales.

⁷ Voir par exemple : *Plan stratégique national multisectoriel de lutte contre le VIH et le SIDA 2005-2009* du Rwanda (<http://www.cnls.gov.rw/pdf/pnm2005.pdf>)

⁸ Les premières études économiques sur l'impact de SIDA ont été produites pendant les années 90s. Elles se sont servies des modèles de croissance afin de prédire les baisses de croissance avec un taux de prévalence donnée. En microéconomie, les études proposaient à étudier l'impact sur la productivité des entités de production, telle que l'entreprise. Plus récemment, les intérêts sont de plus en plus placés sur les comportements des ménages et des individus affectés par le VIH/SIDA. Les modèles utilisent les théories de préférence individuelle. L'insuffisance majeure des « impacts » au niveau national et d'entreprise étaient de rester avec soit un taux de prévalence donnée, soit proche d'être sur une courbe croissante. Le défaut de condition de la troisième était de définir, quasi sans exception, que l' « affecté » est d'avoir connu les décès causés par l'épidémie. Alors que les dégâts économiques peuvent parfaitement déjà avoir eu lieu avant l'évènement de la morte. Les prédictions des croissances néfastes n'ont été pas réalisées, puisque la propagation di virus peut se stabiliser voire de décroître, à l'évidence la plus récente dans les pays les plus touchés aux années 90. De plus, la mise en place des programmes de prise en charge permettant aux PVVIH de vivre se voie un facteur positive puissant contre les effets négatives de la pandémie.

⁹ *Le Sida va rayer l'Afrique de la Carte du Monde* « l'Afrique des Idées reçues »

Globalement, les mesures de réponses traduisent la capacité et l'efficacité de l'ensemble de système existant, c'est-à-dire le niveau du développement dans le sens matériel. Puisque la durée de maladie est cliniquement toute la vie, les politiques de lutte reflètent la capacité actuelle et potentielle de mobiliser des ressources. La conscience de réagir envers des PVVIH et envers la diffusion de l'épidémie reflètent l'état de développement de capital humain (l'éducation, le niveau intellectuel globale, la conscience de modernité, l'attitude par rapport au conservatisme traditionnel et religieux).

La présente étude s'est inscrite dans cette nouvelle perspective, en proposant d'examiner les facteurs potentiellement influents sur l'évolution de la santé des PVVIH dans un environnement spécifique. Le travail de recherche a été précédée d'une enquête de terrain qui a eu lieu dans une ville d'envergure régionale en Afrique de l'Ouest, où la présence d'un programme de prise en charge (globale), à la suite de la politique de la décentralisation menée dans ce pays, est assurée par une organisation non-gouvernementale depuis 2004. Un rappel bref de l'environnement et du cadre spécifique de l'enquête est placée au début de ce mémoire. Les données recueillies sont présentées puis utilisées pour illustrer un propos qui consiste à dégager les contraintes méthodologiques pesant sur la collecte des données puis les relations entre pauvreté, développement et épidémie au travers des méthodes économétriques. Enfin, la dernière partie cherchera à dégager, à travers l'analyse des résultats, les facteurs influents sur la poursuite et la réussite des traitements, mais aussi plus largement un modèle explicatif sur l'impact du statut de PVVIH sur la situation socio-économique d'un échantillon donné. En travers de ce modèle, nous chercherons à comprendre le système dans le quel produisent nos résultats.

II. Présentation de l'environnement

La République de Mali est le plus grand pays de l'Afrique de l'Ouest¹⁰. Mali est un des pays les moins biens classés sur la liste des indicateurs du développement humain des Nations Unies. Le taux de sa population vivant dans la pauvreté était estimé à 63,8 % en 2001 (PNUD).

Ségou est une des régions les plus pauvres du Mali.¹¹ La région est principalement rurale, avec un taux de l'urbanisation de 17.1%, inférieure à la moyenne nationale. Le pourcentage de la population âgée de plus de 6 ans sans aucune instruction est de 82. 1%. Le nombre des personnes actives (population de 15ans et + occupés) dépassent légèrement la moitié de la population locale (54,5%). Les problèmes persistants sur le marché du travail maintiennent une frange importante de la population dans une situation précaire. Les phénomènes de sous-emploi et d'emploi irréguliers existent depuis de longues décennies. L'activité économique dominante à Ségou est l'agriculture. La riziculture à Ségou a une importance cruciale pour l'autosuffisance alimentaire du Mali. On trouve également les activités de la pêche et de l'élevage. Le peu d'industrie¹² dans la région est une usine de textile qui absorbe la majorité des employés réguliers au niveau régional et au niveau national.

¹⁰ Mali contient de 10 472 782 d'habitants (estimés) et environ 1 241 248 mètres carrés.

¹¹ Ségou est la quatrième région de la République du Mali. La population est de 1, 75 millions (1 747 351), dont la moitié est féminine (femmes : 50.8%). La densité régionale est de 17 habitants par kilomètre carré. L'incidence de la pauvreté et l'incidence de l'extrême pauvreté sont respectivement de 65,2% et de 48, 2%.

¹² On y ajoute une usine de sucre, une usine des engrains, une usine de l'huile et deux petites usines de l'électricité consistent l'ensemble de l'industrie à Ségou.

La ville de Ségou est le chef-lieu de la région. Quelques caractéristiques¹³ de cette ville : une ville transversale¹⁴ et une ville commerciale. La majorité des ségoviens urbains ont leurs parents dans les zones rurales dans la région. Globalement, des habitants urbains et ruraux se stabilisent dans leurs zones de résidences. Mais ces dernières années témoignent de l'exode rural. Cette tendance est plus marquée aux moments de mauvaises récoltes. En fait, des échanges urbain-rural existent depuis toujours¹⁵. La ville a prospéré récemment avec la libéralisation de l'économie et avec la mondialisation. Cette augmentation de richesses liée au commerce est en effet générale au Mali. Les villes attirent ainsi des gens venant des zones rurales, surtout les jeunes. L'entrée en ville est faite en échelle. Le chef lieu de la chacune région est le premier choix des paysans dans leurs régions. La mobilité de la population est également importante dans les zones agricoles de l'Office de Niger et de la CMDT¹⁶. La main-d'œuvre vient aux moments de récoltes se mêler parmi des agriculteurs locaux.

Sur le plan socioculturel, la ville de Ségou est une ville conservatrice de l'histoire¹⁷ et de la tradition. Les pratiques coutumières et les habitudes traditionnelles telles que la grande famille, la polygamie, le lévirat et le sororat demeurent dans des comportements des gens.

L'hôpital régional de Ségou (HR) est le seul hôpital de la région. Il y a 6 CSREF et 37 CSCOM à Ségou. L'HR est un établissement public dont certains fonctionnements sont privés. On observe 8,6% de prévalence de VIH à l'HR. La justification de mon choix de l'HR comme mon seul site d'étude est la suivante : il est le site principal de la décentralisation régionale du programme national de lutte contre le SIDA18 ; la pharmacie ARV à l'HR est le seul dispensaire institutionnel des médicaments ARV et des médicaments contre des maladies opportunistes de Ségou ; le laboratoire de l'HR équipé d'unique machine Facs Count (cytofluoromètre) pour le comptage CD4 de tous les patients PVVIH consultant aux sites de Ségou.

Solidarité Thérapeutique et Initiative contre le Sida (Solthis) est une organisation indépendante de solidarité internationale¹⁹ engagée dans la lutte contre le Sida. Au Mali, Solthis a mis en place une collaboration avec le ministère de la Santé et le programme de pris en charge est inclus dans la première phase du programme national de lutte contre le Sida décidé en 2001 et cette collaboration se poursuit pendant la deuxième phase 2006-2010. Solthis est engagé à ce titre engagé dans le programme de décentralisation de la lutte depuis 2004. C'est à cette date qu'elle a commencé à apporter son appui au programme institué dans la région de Ségou. Solthis a fourni la machine de comptage de CD4 et participe à la sécurisation de l'approvisionnement des médicaments. Solthis conserve également les données médicales des

¹³ Les syndromes du pays en voie de développement se manifestent dans le quotidien des ségoviens. Je considère Ségou comme une scène intéressante du croisement des phénomènes de traditions, de sous-développement, et des efforts de s'amorcer vers la modernité. Nous y trouvons toutes sortes d'acteurs en jouant leurs rôles.

¹⁴ Le carrefour d'aller au Nord (Mopti) et au Sud (Sikasso) du Mali et le passage -nécessaire d'aller au Cote-Ivoire et au Burkina-Faso. Des activités commerciales prospères mais non forcément de taille significative.

¹⁵ Des agriculteurs ont l'habitude d'entrer en ville pendant la saison sèche afin de trouver le travail. Ils retournent à l'agriculture en dehors de la saison sèche.

¹⁶ C'est la raison pour laquelle y siège un représentant de l'Etat, Office de Niger. Ce dernier est la plus importante entreprise du Mali en charge de l'irrigation, de l'aménagement et de l'entretien des terres à cultiver. Les autres céréales principales sont le mil, le sorgho, le maïs et le fonio. La région de Ségou produit également du coton. La CMDT y ont des zones de production.

¹⁷ Le royaume Bambara et le royaume Markala avaient fondé leurs capitales dans la région de Ségou.

¹⁸ Au moment de l'enquête de l'auteur.

¹⁹ Créée en 2003, ses fondateurs sont Professeurs Christine Katlama et Gilles Brucker. Cette organisation est soutenue par la Fondation Bettencourt Schueller. Solthis favorise en particulier l'accès aux traitements dans les pays en voie de développement. Les programmes de Solthis sont en cours de réalisation dans les pays de la région subsaharienne (Mali, Bénin, Niger) et à Madagascar.

patients concernés par le programme. C'est dans ce cadre qu'a pu être effectuée la collecte de données qui est le sujet de cette étude.

III. Méthodologie

A. Sources des données

(a) Collecte de données

Cette étude est basée sur l'utilisation des données originales. Il s'agit de deux sortes d'informations : médicale et socioéconomique. Les informations médicales sont fournies par le logiciel FUCHIA. Les informations socioéconomiques ont été collectées sur le terrain. La période consacrée aux entretiens était initialement prévue du 1^{er} Octobre jusqu'au 30 décembre 2006. En réalité, cette durée de l'enquête a dans la pratique connu deux modifications. Une partie importante du mois d'octobre a été consacrée à modifier le questionnaire. La collecte des données s'est poursuivie jusqu'au 30 janvier 2007. Les données médicales ont été remises à la fin de l'enquête terrain²⁰. Pour chaque personne saisie dans l'échantillon, son dossier contient : questionnaire et fiche médical. Une note de description de la personne est faite pour chaque sujet interviewé juste après l'entretien. La note est censée de fournir les informations dites supplémentaires.

Toute la collecte des données socio-économiques a eu lieu à l'Hôpital régional de Ségou (HR). Il s'agit de recueillir des informations auprès des patients PVVIH âgés de 15 ans révolus sous traitement ARV depuis 6 mois venant consulter à l'HR pour leur prise en charge. Les données ont été collectées lors d'entretiens individuels, avec la présence de la traductrice. Les entretiens respectent le principe de confidentialité. Le Français et le Bambara (langue malienne locale) sont langues de communication lors de l'entretien. Une interprète avait été formée pour la réalisation des entretiens²¹.

La collecte des informations d'une PVVIH avait plusieurs étapes :

- la rencontre avec la personne, quelques échanges avec elle ;
- l'identification de la durée de son suivi sous traitement ARV (au minimum 6 mois) ;
- l'obtention du consentement du patient à être interviewé ;
- l'entretien guidé par le questionnaire préparé ;
- après l'entretien, des discussions avec l'interprète afin de compléter et éclairer des réponses notées pendant l'entretien.

L'identification de la période de suivi des patients PVVIH nécessitent souvent l'intervention du personnel médical de l'HR : le personnel du laboratoire et les pharmaciens de la pharmacie ARV. L'assistance du personnel médical consiste à préparer psychologiquement un(e)

²⁰ Les patients dans l'échantillon ont été attribués un numéro lors de l'inclusion dans le programme. Ce numéro permet au personnel du code médical à reconnaître le dossier du malade. Le patient ne change pas de numéro durant toute la prise en charge. En raison de la confidentialité, les identités des patients ne sont pas retenues au programme. Pendant la période de l'enquête, nous notons uniquement le numéro des PVVIH interviewés afin de retrouver plus tard leurs dossiers médicaux.

²¹ L'interprète est l'éducatrice et présidente d'une association des PVVIH.

patient(e) dans le but de faciliter qu'il/elle accepte la demande de l'entretien. Les lieux où se sont déroulés les entretiens sont le local de l'association des PVVIH et une pièce dans laboratoire. Le personnel du laboratoire a mis cette dernière à ma disposition quand le local de l'association n'est pas disponible. L'utilisation de cette salle a été dédiée uniquement aux entretiens en français.

(b) Questionnaire

Un questionnaire²² préétabli conduit vise à obtenir les informations socioéconomiques des interviewées. Les questions couvrent les aspects suivants :

- Structure familiale : situation matrimoniale, taille de cellule, chef de famille, nombre d'enfants, habitation des enfants, scolarisation des enfants ;
- Habitation : lieu de résidence, nombre de résidence, possession de résidence, fréquence de changement, causes de changement ;
- Fonctionnalités de logement : matière du toit, approvisionnement de l'eau, distance par rapport aux sources de l'eau, mode de l'éclairage ;
- Possession des matériels : radio, télévision, ventilateur ;
- Dépenses : loyer, consommations de l'énergie, dépenses aux condiments, dépenses aux cadeaux (spécifiques pour des hommes), habits ;
- Métiers : métier principal, activité génératrice supplémentaire ;
- Revenus : revenu de métier principal, revenu des activités génératrices supplémentaires, aides ;
- Accompagnement : connaissance de la maladie de l'entourage, réaction, accompagnement aux consultations ;
- Consultations chez des divers soignants : types de soignants, lieux, maladies, durée de traitement, couts de traitement (solution de payement),
- Transport : moyen de transport, possession de ces moyens, frais ;

Toutes les questions ont été répétées aux patients sur sa situation à l'ouverture de son dossier médical, soit $t_1=J_0$ et sur sa situation au moment de l'entretien, soit $t_2=$ « aujourd'hui ». Les informations sont ainsi de baseline et de l'actualité. L'étudiante s'est présentée au chaque interview.

B. Analyse des données : modèle exploitant

L'analyse statistique a été conduite essentiellement au niveau des individus, avec l'aide du logiciel Stata.

(a) Caractéristiques des malades

Nous nous intéressons à répondre à la question : qui sont-ils les malades de SIDA ? Plus spécifiquement, les patients les plus atteints par le VIH se différencient-ils du reste des PVVIH dans le programme ? Partagent-ils les caractères socioéconomiques similaires ? Notre échantillon fournit les informations originaires sur les caractéristiques socioéconomiques des patients au moment de leur initiation de la trithérapie et leurs états sous régime médical depuis

²² L'exemplaire du questionnaire se trouve dans l'annexe.

6 mois minimum. Les critères d'observance, les stades cliniques OMS et le niveau lymphocyte CD4 nous permettent de distinguer le degré de maladie selon l'état de santé des malades. Ils servent respectivement comme les critères de différenciation. Nous comparerons les groupes « très malade » et « moyennement atteint par le VIH/SIDA » afin d'identifier les facteurs socioéconomiques associés au fait d'être gravement malade.

Puisque le système de santé officieux existe en parallèle au Mali, il s'agit de connaître si les diverses expériences de consultations dans les entités, caractérisées par les pratiques des guérisseurs traditionnels (« marabout »), avaient affecté l'état initial du patient²³.

Nous appliquons séparément les modèles logistiques et le modèle logistique ordonné. Puis, nous utiliserons la commande Stata « effet marginal » sur les résultats prouvés. Théoriquement, le plus bas niveau CD4 que le patient puisse avoir correspond au stade «OMS IV»²⁴ et inversement. Il existe des exceptions dans la réalité. Nous envisageons que les résultats de deux critères de l'observance sont cohérents.

(b) Evolution de la santé et Facteurs socioéconomiques

De manière générale, le niveau de confort dépend directement du niveau de revenu du ménage. Quant à l'individu, il s'agit des sources financières disponibles, réelles et potentielles, pour lui/elle. Dans notre cadre d'étude, le niveau de confort (le niveau de vie) se dissocie souvent des revenus de la personne. Nous remarquons deux sources de revenus, celle qui dépend du métier et celle que le ménage (la famille)²⁵ offre. Selon la théorie, le « capital social » a une forte implication dans la détermination du niveau économique surtout dans les pays en voie de développement. La définition restreinte²⁶ du « capital social » désigne famille, amis, association constituant un stock important dont la personne peut se servir lors des crises (des chocs). Nous ne disposons pas directement de la somme d'argent contribué par les réseaux familiaux. Notre enquête de terrain fournit cependant les renseignements sur la structure de la famille, celle-ci mérite d'être prise en compte.²⁷ Le modèle logit ordonné sera appliqué afin d'obtenir les déterminants de la condition de vie du patient. Le modèle fonctionnera en t1 et t2. L'accès aux biens est ainsi la conséquence de plusieurs facteurs :

- Profession ← capital humain, emploi
- Source de revenu familial ← réseaux familiaux
- Possession immobilière du ménage

²³ Nous croyons que les expériences dans la recherche de soin médical précédé du début de la prise en charge ont influencé sur l'état initial. Parce que les patients de Ségou avaient vécu une longue période en tant malade avant d'être diagnostiqués. Cela ne sera pas le cas dans d'autres pays, tel que le Cambodge, où les PVVIH connaissent vite leurs séropositivité.

²⁴ Au dessous du seuil de 200 /mm³ correspond au stade IV. Les malades de stade III peuvent avoir le niveau lymphocyte plus bas que 200/mm³.

²⁵ **Nous considérons que les réseaux familiaux ont davantage d'influence sur les individus dans la société ségovienne. Ces influences ont les effets non négligeables sur la situation économique de ces membres, et, peuvent indirectement affecter la santé de la personne.** Sur le plan anthropologique, le Mali se voit comme un lieu représentatif d'étudier les réseaux ethnolinguistiques ainsi que leurs interactions

²⁶ Generally, the basic idea of « social capital » is that one's family, friends and association constitute an important asset, one that can be relied upon in a crisis, enjoyed for its own sake and/or leveraged for material gain. (Michael Woolcock 2000)

²⁷ Le coefficient du revenu sur les dépenses est faible l'étude *Consumption smoothing and HIV/AIDS: the case of two communities in South Africa* de Sebastian Linnemayr. En même temps, les variables, telle que « time dummy » et le changement de la taille du ménage (en log) ont au contraire été statistiquement prouvées comme ayant effet sur la consommation. Cette étude a emprunté la base de données collectée dans les deux communautés en Afrique du Sud pendant trois ans.

- Segmentation géographique

D'ailleurs, la distinction faite via «OMS IV» permet à observer l'évolution socioéconomique (l'accès aux biens) des patients en impliquant une critère de la santé . Nous voulons savoir si cette différence de degré dans la maladie est un facteur important dans le changement personnel du niveau de vie.

Nous nous intéressons à l'impact de la situation socio-économique sur l'évolution de la santé. Notre hypothèse de départ est que la santé dépend positivement de la situation socioéconomique de la personne, c'est-à-dire que le degré de pauvreté influence négativement l'état et l'évolution de la santé. La définition de la pauvreté renvoie à un état de privation des nécessités de vie. Autrement dit, le sujet est privé de pouvoir accéder aux ressources. Elle implique une comparaison entre la condition normative (standard) et la condition observée. Nous empruntons dans cette étude cette notion basée sur l' « accès aux ressources », ainsi que l'idée de comparaison.

Notre étude se différencie de celles sur l'impact de SIDA au niveau microéconomique, qui mesurent l'impact par les niveaux de dépense²⁸ et de revenu. Dans ces études, les variables expliquées sont, dans le cas d'un ménage, construites comme les revenus et les dépenses exprimées en monnaies²⁹. Quant à l'individu (au foyer), ces variables sont traités comme « par tête ». Dans notre modèle, nous concentrons sur le confort, qui est un aspect simplifié du niveau de vie. Le confort est représenté par l'accès aux biens³⁰, au lieu des aspects monétaires. Les mesures de la pauvreté sont en réalité multiples et multidimensionnelles. Les mesures ne sont pas soumises à l'uniforme en termes de monnaie. En fait, l'espèce n'est pas le seul moyen de change en Afrique. Les revenus et les dépenses prennent les autres formes comme en nature. D'ailleurs, notre choix est selon les informations disponibles. Les caractéristiques seront prises en compte.

$$I^* \Delta \text{Santé } ij^{31} = \alpha + \beta 1^* \Delta X1 ij \sum (\text{objets du ménage} + \text{sources d'approvisionnement en eau}) + \beta 2^* X2it (\text{moyen de transport}) + \delta^* \sum \mu i + \Delta \epsilon it$$

Nous supposons également que l'évolution de la santé des PVVIH, exprimée par l'évolution de CD4, soit pareil expliquée par la facilité à l'accès au soin, dans laquelle la localisation de la résidence du patient serait déterminante. Nous mesurons la facilité de l'accès aux soins par le moyen de transport dont le patient se sert.

De la même logique, nous envisagerons que les facteurs décisionnaires du niveau de vie (l'accès aux biens) affectent positivement l'état de santé des PVVIH. Notre hypothèse secondaire est que les facteurs qui contribuent à l'accès aux biens reportent la tendance similaire de l'influence sur l'amélioration de santé. Autrement dit, l'aide mobilisée par les « capital social » possédé par le patient devrait améliorer l'évolution du système immunitaire

28 Les dépenses sont considérées de pouvoir mieux refléter le niveau de vie du ménage, cela est particulièrement vrai aux pays africains. Parce que les sources de revenus sont multiples dont une partie non négligeables sont en nature.

29 Certains chercheurs convertissent les dépenses/revenus en nature à en espèce.

30 C'est-à-dire les biens socialement définis.

31 **L'évolution de CD4 demeure inconnue sur le plan clinique. En fait, la science jusqu'aujourd'hui ne dispose pas suffisamment de connaissance sur le VIH et sur la maladie de SIDA. Même récemment, les effets des anti-rétroviraux étaient douteux. Dans notre hypothèse, l'évolution de CD4 est conçue sous entendue connue comme linéaire.** Il nécessite de compter les bia de l'estimation par le modèle. Δt dans notre échantillon ne correspond que deux points de repère dans le temps. Ce qui ferait éviter l'accumulation des erreurs. D'ailleurs, en respectant les données disponibles, notre centre intérêt se centre plutôt de connaître les correspondances des tendance des variables.

de la PVVIH. Dans le modèle dynamique, nous remplacerons le « niveau de vie » par l'évolution du CD4.

(c) Variables

Le stade OMS³² est « WHO HIV disease stage ». Il classe du « asymptomatique » jusqu'à la « maladie sévère de SIDA », selon les syndromes manifestés de la personne. Nous créons une variable binaire « OMSIV », celle-ci égale à 1 si le patient était au stade IV au t1, sinon 0 pour tout le reste. En simplifiant, les très « malades » et les moins « malades » seront distingués. En plus des stades cliniques, nous utilisons la numération lymphocyte CD4 comme l'autre critère de l'observance. Actuellement, CD4 est une des indicateurs majeurs dans l'évaluation des programmes de prise en charge recommandés par l'OMS. Selon celle-ci, plusieurs seuils sont définis par rapport aux niveaux lymphocyte CD4³³. En fonction des données collectées, nous avons choisi les seuils de 200/mm³ et 100/mm³. Nous créons une variable « ex1 », qui vaut 1, 2, 3. « 1 » désigne ceux qui ont le premier historique de CD4 entre 0 et 100/mm³, « 2 » entre 100/mm³ et 200/mm³, « 3 » supérieur au seuil de 200/mm³.

La variable « confort » représente la somme d'accès aux biens. Nous notons que cette variable varie de 0 à 6.

Notre base de données connaît les limites liées aux spécificités du terrain. Ces contraintes reflètent cependant les renseignements intrinsèques à propos de l'intérêt de cette étude. Concernant l'évolution socioéconomique des PVVIH, l'expression des variables n'est d'origine pas numérique. Le choix des variables « qualitatives » est expliqué par deux causes majeures. Premièrement, le bas niveau d'éducation fait l'obstacle que la majorité des PVVIH rencontrés ignoraient l'expression en chiffre³⁴. Il est possible que la notion du temps et de la distance soit aperçue de la manière différente que la notre³⁵. Deuxièmement, une partie des activités économiques et des échanges sont effectuées jusqu'aujourd'hui en nature. La mesure monétaire est imprécise³⁶. Les sommes d'argent sont exprimées de la façon approximative³⁷. S'agissant la représentativité de l'échantillon, notre base de données reflètent la plus part des profils des malades dans le programme. Pourtant, les malades des couches élevées et ainsi ceux des bases catégories peuvent s'échapper de notre collecte. Les plus aisés ne se rendent pas eux-mêmes aux établissements de soins afin de mieux garder leur secret du statu sérologique ; les plus paupérisés s'y apparaissent rarement à la contrainte des soucis quotidiens. Même si toutes

³² Document de l'Organisation Mondiale de la Santé 9290611774 Part3 P 39-44. Ce classement sert, en combinant avec la numération CD4 comme critères de l'inclusion au traitement. L'OMS recommande que, dans les pays à ressources limitées, les adultes et adolescents avec HIV doivent débuter ARV quand l'infection est confirmée et qu'il y a les signes de la maladie avancée, (c'est-à-dire HIV stade clinique IV, i respectivement la numération CD4 ; stade III avec CD4 inférieurs au 350 cellules par ul) ou l'évidence de la sévère immunodépression (la numération CD4 inférieurs au seuil de 200 par ul).

³³ Chaque pays peut choisir de suivre la recommandation de l'OMS ou de définir le seuil de l'inclusion pour ses habitants.

³⁴ Il s'agit des questions telles que la distance de la résidence par rapport à l'hôpital, le temps dans le transport, les dépenses, les coûts des biens vendus, la période d'avoir fréquenté le marabout/le système de santé officiel, la durée d'attente pour chaque consultation/examen.

³⁵ Le rythme de la vie et les activités occupées concernent les sociétés, s'il faut qualifier, « agraires ».

³⁶ Parce qu'il n'existe pas de « petite somme ». Il n'y a pas de thème équivalent à « centime ». Le franc CFA ne contient que 1, 5, 10, 20, 100, 500, 1000, 2000, etc. Dans les échanges quotidiens, les sommes compliquées telles que 48 francs, 57 francs, 1296 francs n'existent que dans les produits importés.

³⁷ Dans les réponses sur les dépenses, les sommes déclarées par les patients ont tenté d'être uniforme. À titre d'exemple, 500, 1000, et 1500 ont été plus fréquemment répondu par les PVVIH sur les dépenses de condiments de leurs ménages, (à la condition que la personne en soit au courant).

les catégories de malades inclus dans le programme doivent aller à l'hôpital au moins une fois, la courte période de notre enquête ne permettrait pas de les capter toutes.

Le déroulement de la collecte des données a eu lieu dans l'ambiance hantée de la stigmatisation. L'enquête a risqué de s'arrêter à la crainte de faire exposer la séropositivité des patients, ceux qui prenaient l'attention de défendre, contre leurs communautés, la vraie cause de leurs consultations (visites) à l'hôpital.

(d) Bases de données

La taille de l'échantillon est au final de 76 patients, dont les références médicales sont disponibles et dont les informations socioéconomiques sont complètes au t1 et t2. Cette base de données est au service de la création de plusieurs bases selon les critères différents de la variable expliquée.

Dans le premier sous-échantillon, la variable dépendante qui est basée sur le stade OMS (base I, n=71)³⁸. J'ai séparé une autre base (base II, n=61) avec la variable de gauche qui est le niveau de premier CD4, mesurée au début de la prise en charge (t1). 61 patients ayant enregistré leurs comptes initiaux de CD4 correspondent au critère.

Afin de mesurer l'évolution de la santé associée avec le changement de statu socioéconomique, une base de donnée pour Panel (base III, n=25) a été créée, avec un nombre de 25 PVVIH saisis. Les critères de sélection est d'avoir enregistré deux numérations CD4 dont l'intervalle temporaire est de 6 mois. Le premier enregistrement de CD4 doit être daté du t1. Puisque la majorité des patients ont les historiques de CD4 incomplètes, j'ai limité le nombre dans l'échantillon final. Le temps pour panel est t1 comme le moment d'entrer au programme et t2 au moment de l'entretien.

IV. Echantillon

³⁸Les patients avec un stade OMS noté « 0 » ont été enlevé. Ce qui est dû à l'erreur de saisie. 71 PVVIH est le nombre total de cette base.

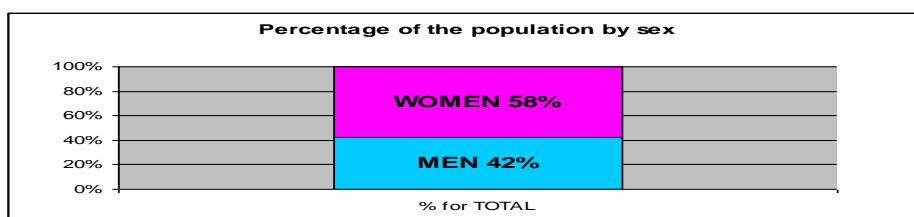
Nous avons rencontrée à l'Hôpital régional de Ségou environ 150 patients PVVIH pendant la période de collecte de données. 90 patients ont été déjà dans le programme de la prise en charge depuis 6 mois. Nous avons saisi 76 patients³⁹ dans la base finale.

A. Description de l'échantillon⁴⁰

- Les langues des entretiens

Au total, presque la moitié des entretiens ont été réalisés en langue française.⁴¹ Les hommes sont surreprésentés par rapport aux femmes dans les entretiens en français. Les hommes demeurent nettement plus scolarisés que les femmes⁴², étant donné que l'inégalité entre les sexes se manifeste dans pratiquement tous les domaines. Par ailleurs, le français, langue officielle du Mali, est également la langue de l'enseignement. Tout individu qui a eu la chance d'accéder à l'enseignement dispose donc d'une capacité au moins minimale à s'exprimer en Français.

- Le sexe



Les femmes sont sur représentées dans l'échantillon, soit 58% contre 42%. Cela reflète la répartition de la population qui a accès au programme, au sein duquel les femmes sont majoritaires. Les données générales⁴³ montrent qu'il y a plus de femmes atteintes par le SIDA que d'hommes en Afrique, alors que c'est le contraire sur d'autres continents, comme l'Europe et le monde occidental plus généralement.

- La zone d'habitation

La majorité des patients résident dans les zones rurales de la région administrative de Ségou au moment de leur prise en charge. Par contre, cette répartition s'inverse au moment des entretiens. Cependant on note que l'échantillon fait état d'une répartition moins homogène pour les zones d'habitation.⁴⁴

³⁹ Chaque patient a été attribué un numéro spécifique, qui permet au personnel médical de les identifier. J'avais noté ce numéro de mes interviewés lors de chaque entretien. J'avais pu ré collectés les dossiers médicaux grâce à ce numéro de chaque patient. Les identités des malades sont protégées au nom de la confidentialité.

⁴⁰ Pour toutes les graphiques concernées, elles sont attachées à la fin du texte.

⁴¹ Cela ne veut pas dire que la moitié des malades PVVIH parlent français. Parmi les patients « francophones », plusieurs ont toutefois un niveau très faible, ce qui gêne la communication dans cette langue.

⁴² Selon le « Enquête Démographique de Santé » réalisée en 2001, globalement, 34% des hommes et 23% des femmes ont fréquenté l'école.

⁴³ Selon le « Enquête Démographique de Santé » réalisée en 2001, le nombre des femmes infectées étaient supérieur au nombre des hommes.

⁴⁴ Comme nous avons présenté en tant que le taux de l'urbanisation dans la région.

- **L'âge moyen**

Les patients masculins sont en moyenne plus âgés que les patients féminins dans mon échantillon. L'écart de presque dix ans que l'on observe reflète les habitudes matrimoniales qui ont cours au Mali. En effet, l'âge du mariage est beaucoup plus précoce pour les femmes. L'âge moyen de l'ensemble de l'échantillon indique que ses membres font partie de la population active. C'est un indice supplémentaire quant au fait que le VIH touche les populations actives en Afrique.

- **La situation matrimoniale**

Seulement dix-neuf patients n'ont jamais été mariés au sein de l'échantillon. La plupart des PVVIH sont soit mariés, soit ont connu un ou plusieurs mariages antérieurs au moment de l'entretien. Bien que la polygamie soit tolérée au Mali, la monogamie est dominante au sein de la population mariée dans mon échantillon, à l'image de la société malienne dans son ensemble. Par ailleurs, les femmes se trouvent plus fréquemment que les hommes appartenir à un couple polygamique, allant jusqu'à représenter la moitié de l'effectif féminin au moment de l'entretien. Au contraire, les patients masculins interrogés se sont révélés pour la plupart monogames.

- **La population non-mariée**

Il s'agit des veuf (ve), célibataire, divorcé (e)s ne pas dans l'union. Quelque soit au cas de la rupture de mariage ou du décès du conjoint, les femmes se trouvent plus nombreuses que les hommes dans la population non-mariée. Il y a autant de femmes célibataires que les hommes. Cependant, les femmes dans sont davantage jeunes que les hommes. Nous pouvons considérer qu'elles de se marier bientôt.

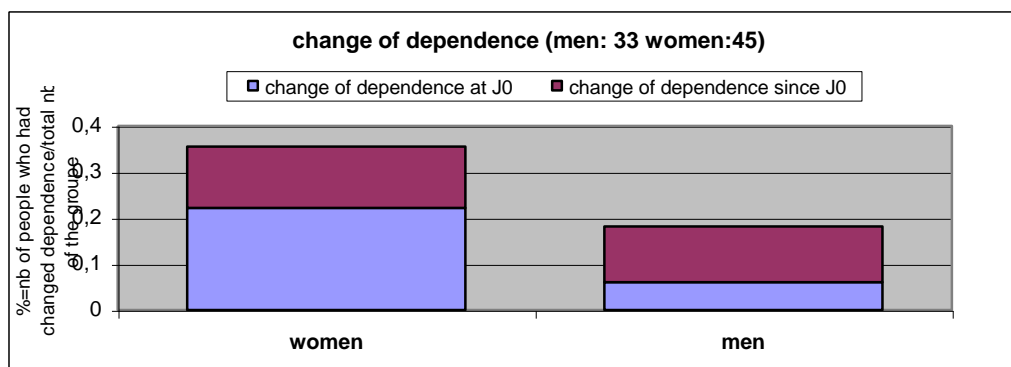
- **Les conditions de vie**

Les conditions de vie des patients interrogés correspondent à celle de la population générale⁴⁵. Pour l'ensemble des patients interrogés, on note qu'il y a peu de changements entre le début du traitement et le jour de l'entretien. La majorité des patients possèdent ou peuvent accéder à une radio. L'accès à une télévision ou au réfrigérateur est moins fréquent. L'accès à ces biens est différent selon les sexes, en faveur des hommes, alors que l'échantillon ne reflète pas d'écart significatif dans les conditions de vie. L'analyse des résultats montrent cependant une tendance à la dégradation des conditions de vie des hommes pendant leur période de traitement, ce qui n'est pas aussi net dans le cas pour les femmes.

- **La dépendance**

Une minorité des personnes interrogées sont indépendantes et poursuivent une vie autonome. L'évolution de la maladie et le besoin de soin conduisent bien souvent les patients (43 personnes sur 78) à se mettre sous la dépendance d'une autre personne. Cette personne est soit le conjoint, soit les parents (père ou mère) soit la famille élargie directe (frère, sœur, oncle, tante), soit la famille élargie indirecte (beau-frère, belle-sœur, beau père) qui prennent en charge et donnent des soins aux malades.

⁴⁵ Radio, télévision, réfrigérateur, électricité, ventilateur serve comme indicateur du niveau de confort. Selon l'EDSM-III 2001, le pourcentage de la population, qui possèdent ces biens étaient respectivement 79% (64%), 26% (5%), 8% (0.5%) 21% (2%), selon différence urbain/rural. Au niveau national, les répartitions étaient respectivement de 69%, 14%, 5% et 11%.



Cela peut représenter une charge importante pour ces personnes, ce qui conduit à une certaine instabilité dans les schémas de dépendance. Cela représente une part importante de l'échantillon interrogée, même si ce phénomène est plus développé pour les patients féminins que pour les patients masculins. Cela reflète la tendance des hommes à se faire prendre en charge de manière stable par leurs proches. Une majorité de femmes dépendantes ont été forcés de changer de personnes pour leur prise en charge, et les plus souvent avant même le début de leur traitement.

- **La relation avec le chef de famille**

La plupart des hommes interrogés ont le statut de chef. La relation des femmes avec les chefs de famille correspondent le plus souvent à la situation mari - épouse ou père - enfant. Les femmes vivent en majorité dans des familles élargies dont les chefs sont un parent. Cette distinction entre être ou non le chef de famille ou être l'épouse du chef de famille marque l'importance du statut de la personne lié à son positionnement familial.

- **Les familles des patients**

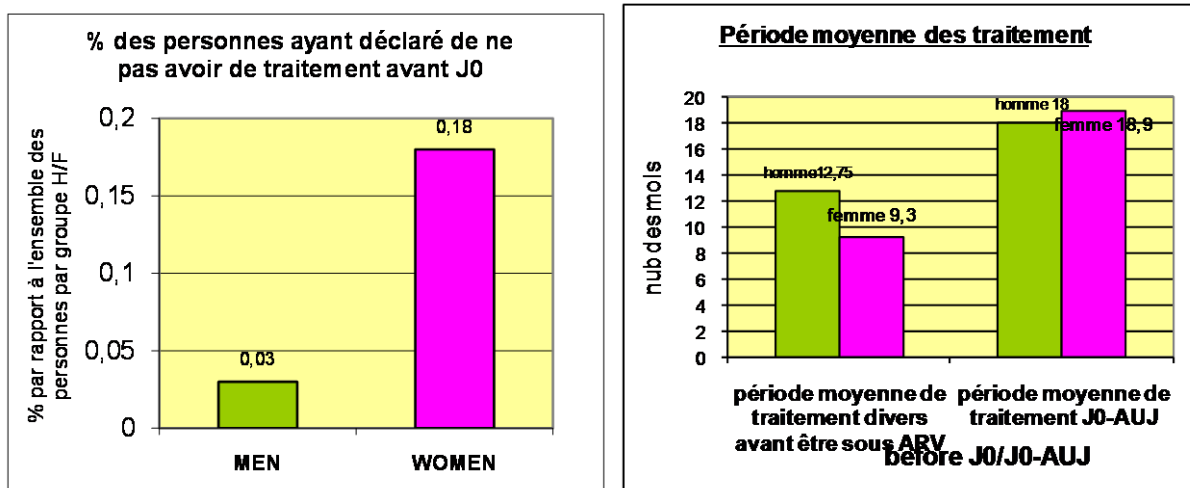
Plus des deux tiers des patients ont au moins un enfant au moment du début de leur traitement. Les personnes sans enfant sont souvent plus jeunes. Pour les patients parents, la plupart ont au moins un enfant de moins de 15 ans à charge. Une minorité de patients ont plus de cinq enfants à charge. Au niveau de la taille des familles, la majorité des patients vivent dans les grandes familles de plus de cinq personnes. Cela reflète les habitudes de la société malienne, où la taille moyenne des familles est de 5,3 personnes par famille.

B. Informations médicales

a) Période de malade précédée de la prise en charge

Vingt sept patients ont été inclus dans le programme en 2004, année à laquelle le programme a commencé, trente en 2005 et vingt et un en 2006. La période moyenne de traitement sous ARV est de dix huit mois environ. La plupart des patients ont déclaré qu'ils étaient malades depuis une longue période (10 mois) avant de commencer leur traitement. Pendant cette période, ils

ont eu recours aux marabouts ou ont reçu des soins au sein de structures modernes. Ces patients ont déclaré être inactifs pendant une période près d'un an. Seulement un tiers des patients étaient actifs pendant la période précédant la mise sous programme ARV. Ce sont souvent des personnes qui sont entrés plus récemment dans le programme. Puisque la décentralisation a été initiée au début 2004, les patients les plus anciens saisis dans l'échantillon sont datés de ce moment-là. Nous avons rencontré le premier patient intégré dans le programme. Il avait débuté sa prise en charge depuis l'octobre 2003. En semble, la période de suivi de tout l'échantillon (n=76) est de 18, 5 mois, comparable pour les deux sexes. Tous les PVVIH saisi au jour de l'entretien sont suivi depuis minimum 6mois.



L'échantillon reflète cependant des disparités⁴⁶ entre les sexes au niveau de l'accès au soin avant la prise en charge. Les hommes n'ayant pas reçu de soin ne représente qu'une infime minorité alors qu'une part non négligeable des patients féminins n'avaient reçu aucun soin.

b) Description des situations cliniques des malades

Dans la base I (n=71) 92% des patients au début de leur prise en charge étaient dans les stades cliniques soit moyennement avancés, soit avancé. Au t1, 26% des PVVIH interviewées étaient au stade «OMS IV». Seulement 15% étaient considérés dans le stade clinique moins avancé, soit OMS= II. Les patients entrant au programme pendant la première année (2004) étaient en majorité au stade «OMS IV», ce qui n'était pas le cas pour les patients bénéficiés de la gratuité plus tard (2005 et 2006). Les patients débutants leur traitement en 2006 étaient généralement au stade III.

Dans la base II (n=61) 88.4% des patients ont le premier enregistrement CD4 au t1.⁴⁷ 80% avaient un niveau inférieur au 200/mm³. 43% sont inférieur au 100/ mm³. La moyenne CD4 est de 133. 52/mm³, inférieur au seuil de 200/mm³. La majorité des PVVIH de stade clinique très avancé ont leur premier bilan lymphocyte inférieur au seuil de 200 mm³. Le baseline

⁴⁶ Ici, la période de soin précédé à la prise en charge était de l'auto déclaration des patients interviewés dans l'échantillon. Les justifications des maladies des patients ne sont donc par disponibles dans cette étude.

⁴⁷ L'examen biologique est la partie importante dans le suivi des malades. C'est a partir de l'ouverture du dossier médicale (t1) que les médecins ont les situations clinique de baseline pour chaque patient. Normalement, tous les patients doivent effectuer le premier examen biologique au début du régime ARV. L'OMS considère que ces examens ne sont pas nécessaire si le patient est au stade IV, (et/ou) des CD4 inférieures aux (à vérifier)

niveau CD4 n'a pas de relation avec l'année intégrée au programme. La corrélation entre la baseline numération CD4 et l'année débutant est insignifiante (1,65%).

V. Résultats et Analyses

Comme nous avons indiqué dans la Méthodologie, les variables sont classées dans les groupes de facteurs. Les analyses et discussions se poursuivent après reporter les résultats économétriques dans chaque rubrique.

A. Caractéristiques socioéconomiques des patients du VIH/SIDA au moment initial de la prise en charge

Les régressions ont été effectuées dans les deux bases de données, n=71 et n=61, tirées de l'échantillon d'origine. Les résultats suggèrent que parmi les PVVIH saisis dans l'échantillon, les patients cliniquement les plus démunis à l'ouverture du dossier médical n'étaient pas nécessairement issues des couches sociales les plus défavorisées. Les caractères socioéconomique lié à un état de santé plus déplorable ne sont pas toujours les mêmes selon la variable dépendante médicale choisie. Les patients considérés d'être au stade OMS très avancé au début de leur prise en charge appartenaient aux petits foyers, avaient l'accès à l'eau courante mais pas de l'accès à l'électricité, vivaient en générale dans les couples polygames et avaient connu les consultations chez les marabouts antérieurement. Les patients du baseline CD4 bas sont ceux qui n'avaient pas d'accès à l'électricité. Les caractéristiques, tels qu'être homme PVVIH, habiter dans les zones urbaines, ayant recherché des traitements dans le système de santé moderne, ayant connu la rupture de mariage semblent contribuer aux bas niveaux lymphocytes à l'entrée au programme.

- Capital humain : sexe, âge, éducation, enfants

La différence de sexe n'a pas d'influence sur le stade clinique avancé. 72% des hommes PVVIH et 73% des femmes PVVIH avaient le baseline CD4 inférieur au 200/mm³, 34% et 35% étaient sous seuil de 100/mm³. La moyenne de la première numération CD4 était légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes malades, soit 163.7586mm³ et 150.3333mm³ respectivement.

Dans une enquête publiée en 2003⁴⁸, les chercheurs ont trouvé qu'« être homme » était parmi les caractéristiques des personnes ne pas incluses dans le programme national de la prise en

⁴⁸ *Socio-economic and health characteristics of HIV-infected patients seeking care in relation to access to the Durg Access Initiative and to antiretroviral treatment in Côte d'Ivoire* Auteurs for the Côte d'Ivoire HIV Durg Access Initiative socio-behavioural evaluation groupe. AIDS 2003, 17 (supple 3): s63-s68

charge. ⁴⁹Nous ne disposons, pourtant, pas d'explication scientifique que le système immunitaire masculin ne soit pas autant que celui des femmes. Les hommes risquent d'être plus affaiblis au moment de s'apparaître dans le programme met certainement en cause l'inégalité de genre locale. Le sentiment profond de la supériorité du premier sexe tend à accroître l'ignorance vis-à-vis le danger de la santé. L'orgueil d'être homme empêche aux PVVIH susceptibles d'aller au établissement spécifique où ils se doutent de se confronter à la réalité d'être malade de SIDA.

Bilan du niveau initial de lymphocyte parmi les moins de 200/mml

sex	Obs	Mean (/mml3)	Std. Dev.	Min	Max
H	21	108.0909	63.71806	9	197
F	27	102.3214	62.47314	1	200

Quant à l'âge, aucun signe ne montre la différence entre les plus malades et les moins malades, quelque soit les indicateurs médicaux. Dans le cas des stades OMS, l'âge moyen au début de la prise en charge pour deux groupes de patient était respectivement de 34.34 et 34.14 (avec le standard d'erreur de 1.56 et 1.41), signifiant à 95% de l'intervalle. Ce résultat correspond à l'âge moyen de tous les patients dans la base brute (n=78). Quand on regarde séparément l'âge par rapport au sexe, ce que l'on a décrit dans les caractéristiques de l'ensemble des interviews (n=78) est revenu : les femmes sont beaucoup plus jeunes que les hommes. Cela a pour les raisons que nous avons évoquées.

Pourtant, l'écart d'âge entre les deux sexes est légèrement moins important pour ceux qui atteignaient le stade clinique IV. A l'inverse, cet écart est un peu plus remarqué dans l'autre groupe. D'un côté, cela a confirmé que (en Afrique) les PVVIH du stade clinique avancé ont été affecté depuis une relativement longue période, ce qui est le cas au Ségou. De l'autre, les femmes plus jeunes affectées par le virus se trouvent au stade relativement moins avancé.

Agés moyennes selon critère stade OMS

Age	Mean	Stad.Err	95%conf.interval	
Moins malade	34.34091	1.413071	31.49118	37.19064
-Femme (25)	29.8	1.558846	26.5827	33.0173
-Homme (19)	40.31579	1.814581	36.5035	44.12808
Très malade	34.14815	1.560466	30.94056	37.35573
-Femme (15)	30.6	1.572986	27.22628	33.97372
-Homme (12)	38.58333	2.407244	33.28503	43.88164
Femme (40)	30.1	1.127625	27.81916	32.38084
Homme (31)	39.64516	1.434257	36.71602	42.5743

Les plus malades semblaient connaître la similarité quant au niveau de l'éducation. Pouvoir parler Français distingue fortement les PVVIH stade «OMS IV» et ceux qui ne l'étaient pas. Le signe n'est néanmoins pas statistiquement prouvé, ni dans le cas du stade OMS, ni dans les différentes tranches au niveau lymphocyte. La variable est proche d'être significative au « 1a »

⁴⁹ Les autres caractéristiques selon cette enquête, était ne pas accéder au soin d'assurance, ayant le niveau d'éducation bas, vivre dans la condition médiocre d'habitation.

et au « 2a ». Seulement elle est devenue significative au « 5a » (à 10%, quand les variables de « type de dépendances ont été ajustées.)

Ne pas avoir d'enfant décroît de 23% la probabilité de se trouver au stade avancé (l'effet marginal à 10% significative). Avoir moins de 5 enfants jeunes accroît la probabilité de 28% d'être très malade, alors que cette variable n'est pas significative dans la régression logistique. D'un côté, cela confirme que les PVVIH les plus jeunes, en n'ayant pas d'enfants, ont été moins malades que les moins jeunes au moment initial. De l'autre, la charge d'enfants peut sans doute aggraver la situation clinique du malade au moment où ce dernier est très affaibli.

-Capital social : polygamie, divorce, famille élargie

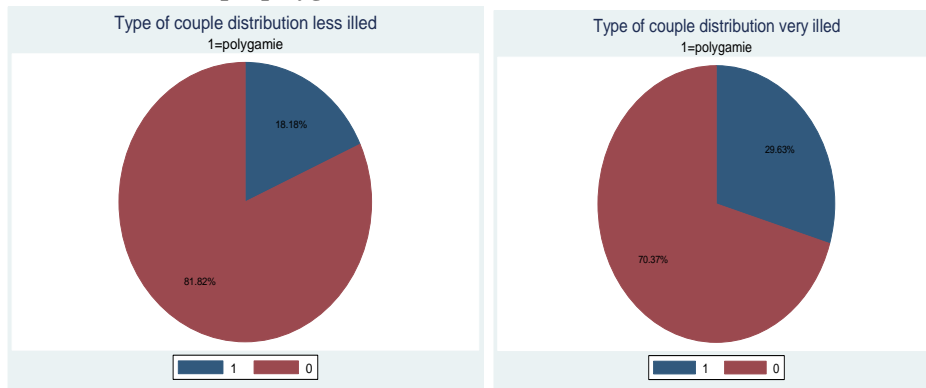
Les patients les plus gravement atteints au début de leur prise en charge partagent certaines caractéristiques communes dans l'échantillon. Les difficultés dû à la situation matrimoniale, de même qu'au foyer où vivait le patient sous doute avaient créé un prétexte de stress à la santé de la personne. La polygamie⁵⁰ est positivement liée au degré de maladie au commencement de leur prise en charge. Cette relation n'a pourtant pas été prouvée statistiquement. La polygamie n'a de même peu d'influence sur le niveau lymphocyte au t1. Quant au divorce, elle accroît le risque de la dégradation du système immunitaire, pourtant, pas nécessairement reflétée par le stade clinique. L'effet marginal est cependant important de 44% (à 10% significative). Ayant connu le divorce s'accordait au bas niveau lymphocyte (significatif à 10% «). P-value proche d'être significative suggère que le divorce se conjointe à l'état de santé médiocre voire moins favorisé.

S'agissant de la polygamie ou du divorce, un manque d'affection physique et sentimentale peut produire indirectement des dégâts sur la santé de la personne. L'union polygame crée particulièrement un environnement de concurrence aux femmes au tour d'un seul mari. La méfiance, l'obsession de plaire accentue la pression en raison du manque de richesses redistribuées aux membres du foyer. Ce type d'environnement familiaux et de l'union est loin d'être confortable à la personne y vivant.

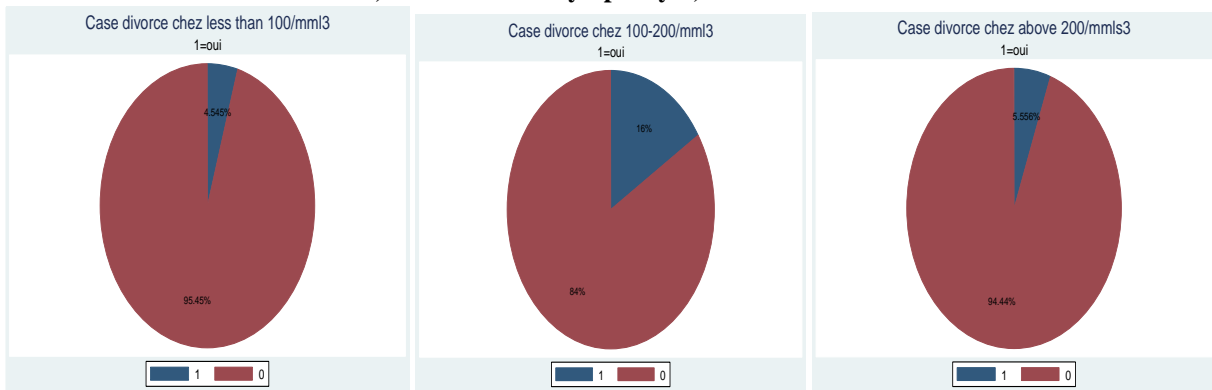
Concernant le divorce, le patient avait connu les affrontements violents avec son ancien conjoint. Le divorce résulte de la découverte de la séropositivité du patient par son entourage. C'est non seulement un acte de rejet de l'union, aussi un mode de marginalisation. Le mariage a une importance prédominante dans la société ségovienne. Il est le standard de valeur que la communauté ethnolinguistique, représentée par l'alliance matrimoniale, accepte comme membre. Le jugement social met également le mariage comme un critère majeur selon lequel un membre remplit son rôle primaire.

⁵⁰ Selon le sexe, 28% et 16% des femmes et hommes étaient dans l'union polygame au début de leur prise en charge.

PVVIH dans le couple polygame au moment initial, santé selon «OMS IV» /non, n=71



Divorce chez les PVVIH baseline, selon le niveau lymphocyte, n= 61



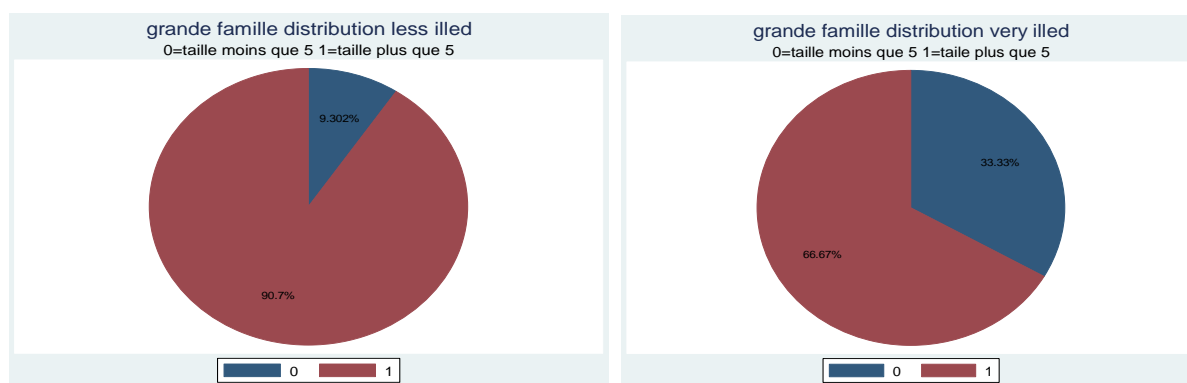
51

La taille du foyer comptait dans l'état clinique au t1 («OMS IV»)(significative au seuil de 10% toutes les «*a»). Cette variable sert à distinguer les grands foyers par rapport à la taille moyenne des ménages au niveau national, soit plus de 5 personnes par unité. Les patients au stade IV au t1 habitaient plus fréquemment que le reste de l'échantillon dans les foyers de moins de cinq membres. Habiter dans les ménages de taille importante diminue de 35% de probabilité d'être au stade clinique très avancé (l'effet marginal à 10%)

Une des explications est que le patient a reçu moins de soins que le reste dans l'échantillon. Le ménage de taille importante offre la main-d'œuvre susceptible à soigner le patient quand il est malade. Le patient reçoit en revanche moins de soins dans un petit ménage. Le ménage est une unité des activités productives. Chaque membre est responsable d'une partie de tâche que cette unité de production lui confie pour son fonctionnement. Dans un petit ménage, un membre est davantage fixé dans son rôle avec peu de flexibilité, c'est-à-dire peu de marge manœuvre consacré à un membre malade. Parce que la maintenance de survie est davantage difficile pour un petit ménage qu'un grand, dans lequel certains membres peuvent être libérés à soigner le malade. C'est la raison pour laquelle les femmes mariées sont retournées chez leurs parents vivant dans les grandes familles. Puisque les ménages de leurs maris n'ont pas de mains d'œuvre pour les soigner. Les petits ménages concernent soit les couples monogames relativement jeunes sans beaucoup d'enfant, soit les personnes hors de l'union loin d'autres

⁵¹ Nous avons constaté un phénomène intéressant dans l'échantillon : il n'y a pas de veuf (ve) au stade de maladie avancée à l'entrée du programme Cinq femmes et un homme avaient connue le décès de leurs conjoints avant d'avoir commencé leur prise en charge. Concernant leur baseline CD4, seulement un parmi cinq avait le niveau lymphocyte supérieur au 200/mm3. Ils sont entrés au programme après le décès de leurs époux. Une femme avait connu la cause de son époux sa mort.

membres de famille. Les ménages dirigés par le chef du sexe féminin ont généralement la taille moins importante que les ménages dont le chef est homme.



Note : selon stade «OMS IV»

Les variables visant à connaître les autres caractères sociaux, telles que la « relation avec le chef de famille » et le « type de dépendance » ne sont pas statistiquement significatives pour expliquer la différence de l'état du patient à l'entrée du programme.

-Segmentation géographique

La localisation zone rurale/urbaine ne différencie pas dans le baseline stade clinique. Elle affecte le niveau lymphocyte de la manière similaire du « sexe » (« 2b » et « 7b »). Habiter dans les zones urbaines signalait d'avoir CD4 bas, partagé dans tout l'échantillon. Parmi les patients ayant baseline CD4 inférieur au 200/mm³, 47% vivaient dans les zones rurales au moment d'être pris en charge. Néanmoins, le pourcentage compte : 28% et 63% des patients de la campagne avaient leur première numération lymphocyte au dessous du seuil de 100/mm³ et 200/mm³ respectivement ; par contre, 38% et 81% dans les répartitions pour les patients habitants de ville.

Ce résultat semble s'opposer à l'idée conventionnelle. Le service sanitaire au Mali, tout comme les autres services sociaux, est depuis les longues années, centré dans la capitale. Douze hôpitaux pour l'ensemble du pays, dont moitié sont actuellement à Bamako⁵². Les établissements de santé connaissent les problèmes tels que manque de personnel, insuffisance de financement dans le fonctionnement et prestation de qualité douteuse⁵³. Les citoyens bénéficient malgré tout des accès au système de santé mieux que les habitants de la campagne, où l'infrastructure sanitaire n'atteint pas. Normalement, les habitants de la ville devraient avoir une santé meilleure que les campagniens. Alors que les patients (de l'échantillon) citadins étaient plus démunis que les venants ruraux.

Deux explications tentent de donner ensemble une réponse. Premièrement, la prévalence dans la ville (de Ségou) est plus importante que les zones rurales. En prenant compte des facteurs⁵⁴ de transmission du virus, les habitants urbains s'exposent aux comportements risqués. Dans le

⁵² PLAN SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (2005 – 2009), MINISTERE DE LA SANTE, SECRETARIAT GENERAL, CELLULE DE COORDINATION DU COMITE, SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

⁵³ *Une médecine inhospitalière : Les Difficiles Relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (Broché)* sous la direction de Jean-Pierre Olivier de Sardan Yannick Jaffré Edition Karthala 23 mai 2003, Collection Homme et Société : Sciences économiques et politiques.

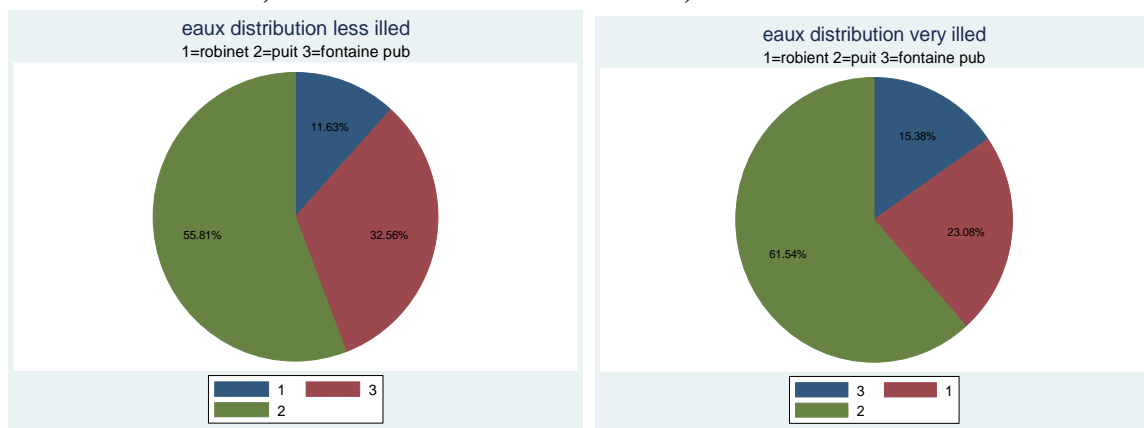
⁵⁴ Que nous avons évoqué au début de cet article.

dernier rapport du Ministère de la santé, le taux de prévalence du résultat de l'observation de l'Hôpital de Ségou était de 8.6% ; les deux autres sites proches des zones rurales avait reporté le pourcentage de la prévalence respectivement moins de 3%. Deuxièmement, les patients gravement malades résidant à la campagne n'ont pas apparue lors de cette enquête. Les autorités ne disposent pourtant pas les données précises sur la prévalence dans les zones rurales au Mali⁵⁵. D'ailleurs, la taille de notre échantillon nous limite de connaître les origines de tous les patients.

-Capital physique : accès aux biens, approvisionnement en eau

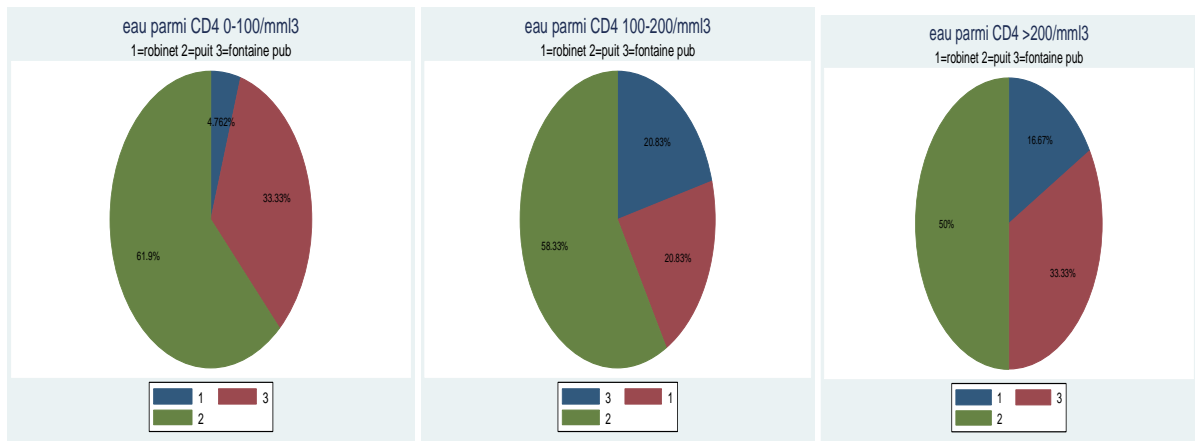
Au niveau de la situation économique, nous nous intéressons à l'approvisionnement en eau et à l'accès aux appareils modernes de la maison. La propension de l'utilisation du robinet internet et du puits internet était davantage importante chez les PVVIH les plus démunis à l'entrée au programme que le reste dans l'échantillon. Nous observons que les malades du stade clinique plus avancé se concentrent dans les groupes ayant de l'accès à l'eau courante (signifiant à 10%) et l'eau du puits. Contrairement, l'utilisation d'eau de la fontaine publique affiche une probabilité de 50% de au stade moins avancé (1%) La variable suggère dans les régressions ordonnées (la variables dans tous les colonnes *b montre la même positivité comme dans les colonnes *a) la tendance opposée telle que dans les régression OMS. Cette tendance n'est pourtant pas statistiquement significative L'accès au puits interne porte le signe d'un lien positif au degré du VIH/SIDA (significative à 10%). Cette variable est plus proche au seuil significatif lors que la variable expliqué est celle du niveau CD4.

t1 sources des eaux, selon critères des stades OMS, n=71



t1 sources des eaux, selon critères CD4, n= 61

⁵⁵ Jusqu'à la fin de notre enquête, les données officielles les plus récentes se sont apparues dans le rapport surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes – 3ème Edition Janvier 2006 (CSLS/Ministère de la Santé). L'autre source de référence officielle est de l'EDSM III (2001), selon l'enquête de 2001, le prévalence du VIH était de 2.2% à la campagne de la Région, alors celle de la ville était de 0 à cette époque-là.

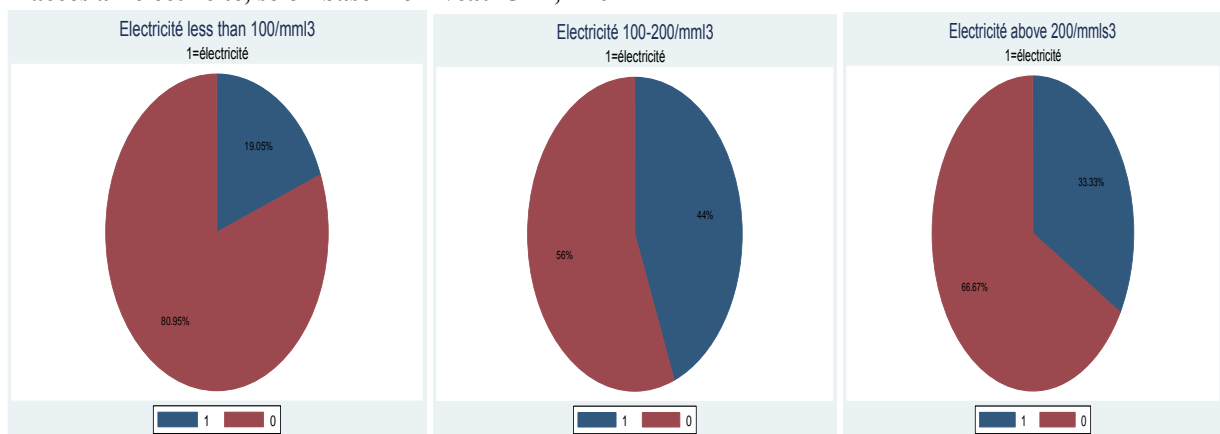


Quant aux matériaux modernes, l'accès à l'électricité associe négativement au degré de maladie. La relation est statistiquement confirmée par les deux mesures. La significativité est meilleure lorsque l'état clinique du patient est mesuré par le niveau lymphocyte au t1. Le Stata a prédite que l'effet marginale de l'accès à l'électricité diminue 50% de probabilité d'être au stade IV. Les significativités de la relation entre le degré de la maladie et l'accès aux autres biens n'ont pas été prouvées.

L'accès à l'électricité, selon critère «OMS IV» /non, n=71



L'accès à l'électricité, selon baseline niveau CD4, n=61

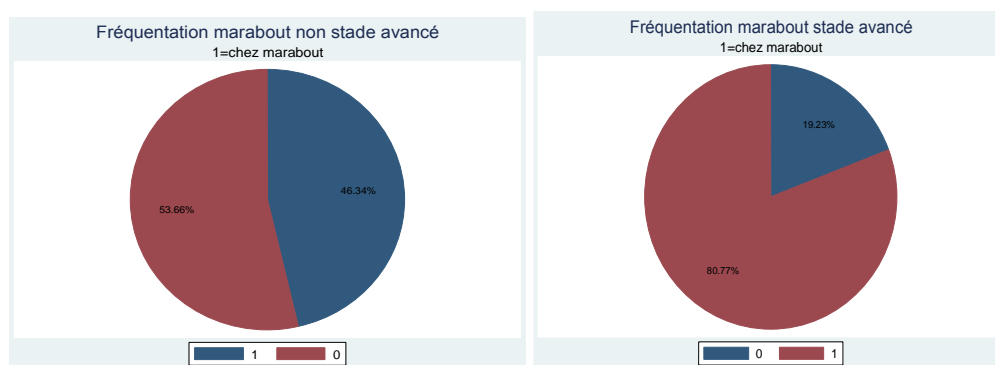


- Effets des traitements antérieurs : marabout, système de santé officiel

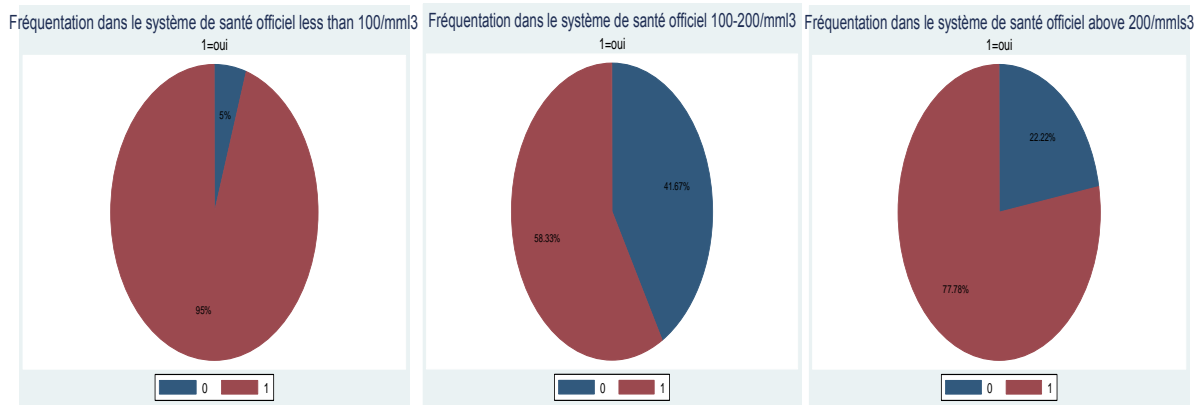
Les deux modes de traitement antérieurs au régime médical antirétroviral sont significatifs. Le fait d'être au stade IV apparaît lié à la fréquentation chez un marabout. Les patients de marabouts n'étaient cependant pas nécessairement ceux du niveau lymphocyte le plus bas. L'expérience dans le système de santé officielle est pourtant liée au fait d'avoir le CD4 initial moins élevé. Dans tous les colonnes « *a », les patients au stade OMS très avancé au baseline étaient généralement ceux qui avaient fréquenté les marabouts ($p= 0,009 ; 0,013 ; 0,015 ; 0,03 ; 0,019 ; 0,035$ respectivement). Pourtant, cela n'est pas le cas quant il s'agit de l'état lymphocyte. Les patients PVVIH au taux de CD4 initiaux les plus bas n'étaient pas nécessairement ceux qui avaient eu les consultations chez les marabouts. Cette corrélation négative entre être au stade de maladie avancé et fréquenter chez marabouts est significative au seuil de 10% (de « 1 » jusqu'au « 7 »). L'expérience dans le système de santé officielle est positivement liée à l'état clinique avancé, de même aux niveaux « lymphocyte bas ». Cette caractéristique est significative à 10%, dans « 5a » et « 6a » ; elle est proche du seuil de significativité au « 3 » et au « 4 ».

Il faut rappeler que la structure de santé parallèle coexiste avec le système officiel au Mali. Puisque les établissements officiels sont présents essentiellement dans les villes, plus prospères que la campagne, les populations pauvres des zones rurales manquent de moyen financier d'y accéder. Dans cette situation, la population ne peut que compter sur les prestations officielles moins coûteuses que ce que les établissements officiels demandent. Les pauvres fréquentent les marabouts ; les riches vont à l'hôpital. Néanmoins, contrairement à ce que cette idée conventionnelle pourrait faire croire, les visites au marabout sont également effectuées par les personnes aisées. Les prestations de marabouts sont plus accessibles et proches de la population. Ce cas est particulièrement vrai dans les zones éloignées de la ville. Le moyen de paiement flexible, l'espèce n'est pas le moyen de paiement unique comme dans le système de santé officielle. Le compte peut être parfaitement réglé en nature, telle que les aliments et les biens. Les visiteurs peuvent payer en plusieurs échéances. Au contraire, à l'hôpital et dans d'autres centre sanitaires, les patients doivent en général s'acquitter de la l'ensemble de la somme due sans possibilité d'échelonner le paiement. Les gens connaissent tel ou tel guérisseur traditionnel en direct ou de réputation. Les informations circulent dans les communautés, et les malades qui perçoivent les premiers symptômes recourt de manière spontanée à ces guérisseurs.

Fréquentation chez marabout, selon critère «OMS IV» /non, n=71



Fréquentation dans le système de santé officielle, selon le niveau lymphocyte, n=61



- Issue emploi

Le nombre d'activités déclaré par le patient au moment de l'entrée au programme n'a pas de lien avec le niveau d'avancement de l'infection. Aucune variable de profession n'est significative dans les deux cas. Il n'y a pas de telle ou telle profession plus risquée que les autres d'être plus facilement atteint par le VIH/SIDA. Selon les résultats de l'Enquête ISBS2003⁵⁶, certains métiers sont reconnus, par les autorités maliennes, comme les plus risqués de connaître l'infection du virus : professionnelles de sexe, coxeurs, aides familiales et routiers. Il n'y a pourtant pas de données en montrant les degrés de maladie selon profession.

En faisant référence que le taux de prévalence était de 1.7%⁵⁷, les autorités insistent sur les groupes « vulnérables »⁵⁸ de plus en plus responsables des nouvelles infections. Bien que l'actuel nombre des PVVIH par rapport la population soit loin des situations graves dans les autres pays africains, l'actuelle étude semble confirmer que l'épidémie se généralise en Afrique au lieu de se concentrer sur les groupes spécifiques⁵⁹. La transmission devrait se développer au-delà des milieux décrits de comportements de hauts risques. Il s'agit du public, c'est-à-dire de nombreux gens dotés des modes de vie similaires comme les PVVIH, celles qui ne sont plus sous l'imaginaire mystérieuse.

⁵⁶ Une enquête de santé menée par les autorités maliennes en 2003, référée par « Rapport d'activité, Haut Conseil de Lutte contre le SIDA »

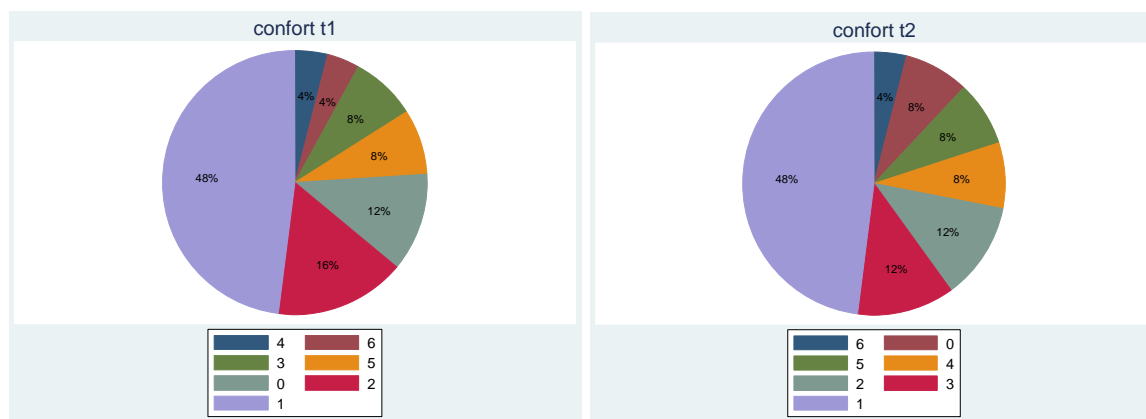
⁵⁷ Selon l'EDSM III 2001

⁵⁸ « Rapport d'activité, Haut Conseil de Lutte contre le SIDA ». Les données les plus récentes montrent que les taux de prévalence sont tout particulièrement élevés dans les groupes vulnérables ci-après : i) les populations migrantes telles que les camionneurs, les travailleurs saisonniers et les commerçants ; ii) les jeunes ; iii) les femmes, et les jeunes filles (particulièrement celles enceintes) ; iv) les membres des forces armées ; v) les travailleurs du sexe ; vi) les mineurs.

⁵⁹ La généralisation de l'épidémie est documentée depuis plusieurs années. C'est à l'origine de cette appréhension que la lutte contre le sida est désormais devenue une urgence de menace contre la santé publique. Un des meilleurs articles pionniers était « Shadow on the continent : public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st Century » de Kevin M De Cock, Dorothy Mbori-Ngacha, Elizabeth Marum. Il a été publié par le Groupe Lancet en 2002.

B. Accès aux biens

L'amélioration du bien-être des malades de SIDA en terme des matériaux était ambiguë depuis la prise en charge. La variation au niveau d'accès aux biens n'a pas connu de changements importants. La proportion des patients qui ont déclaré de ne pouvoir à se servir d'aucun bien a diminué d'un tiers (8% au t2, 12% au t1). La moitié des patients n'avaient l'accès à un seul bien (la radio en majorité) aux deux moments. Le pourcentage de ceux qui ont l'accès aux trois et quatre biens a augmenté, de 12% à 20% dans l'ensemble.



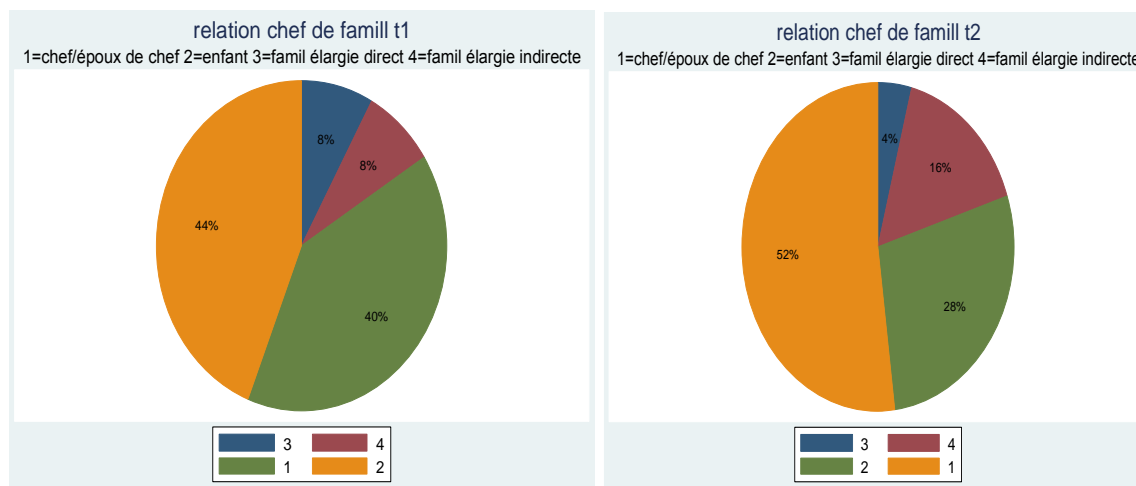
L'ouverture du programme vers les malades PVVIH a créé une opportunité pour le bien-être des malades de SIDA. L'entrée à la prise en charge semble offrir non seulement une occasion de retour à la vie normale ; elle signifie de plus la chance d'accéder aux conditions bien meilleures. La variation de la significativité des mêmes variables a manifesté au t1 et au t2. La différence a montré une tendance de ce retour à la normalité. Pendant la même période, le malade PVVIH a mis en place des stratégies de survie adaptées à sa nouvelle « identité » malade du SIDA. Les résultats économétriques permettent à analyser les différents signes des facteurs.

-Rôle social & Réseaux sociaux

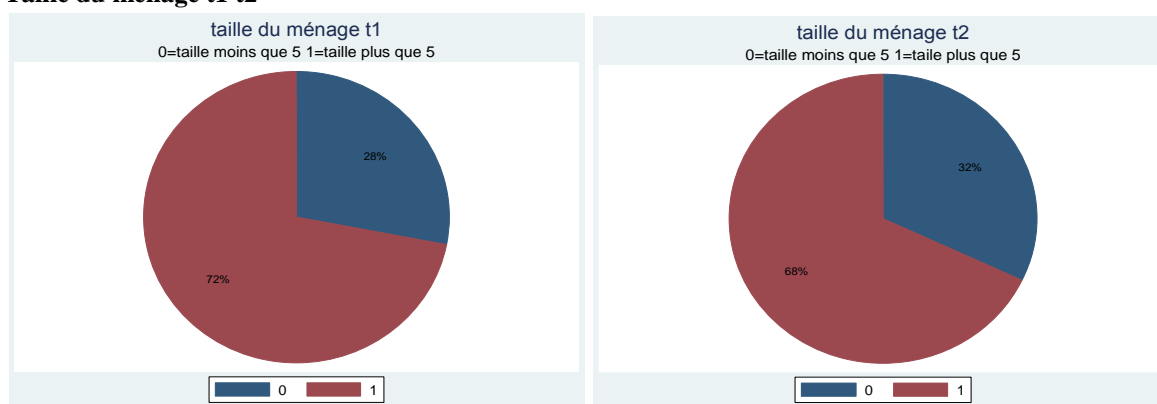
L'appui de la famille élargie favorise à l'accès des biens significative à 10%. L'influence de l'aide provenant des réseaux familiaux⁶⁰ est moins significative au t2 qu'au t1. Les types de dépendances directes du patient fournit les moyens de vérifier l'effet du soutien des réseaux familiaux. La « dépendance de la famille élargie » contribue à l'accès aux biens (significative à 10%) Elle assure la relation positive dans toutes les régressions de « t2 ».

⁶⁰ Vivre dans les familles élargies (dont le chef n'est ni époux, ni père/mère) n'égale pas d'être dépendante de d'un parent de la grande famille. Un couple peut vivre dans la grande famille, la relation entre la belle fille et le beau-père (chef de famille) est classé comme « famille élargie » ; pourtant, la belle fille dépend de son mari, qui vit également dans la grande famille.

Relation avec le chef de famille t1 t2



Taille du ménage t1 t2



Ce résultat a confirmé que la famille apportait positivement l'appui dans la condition de vie du patient. En fait, la contribution de la famille élargie a été documentée dans de nombreux ouvrages.⁶¹ Selon la théorie, la famille élargie fait partie du « capital social ». Celui-ci a été attribuée une importance essentielle au sujet de la pauvreté, et plus généralement dans les discussions du développement économique. Les communautés dotées des réseaux sociaux multiples (et les associations) peuvent être dans une position avantageuse à se conforter à la pauvreté et à la vulnérabilité.⁶²

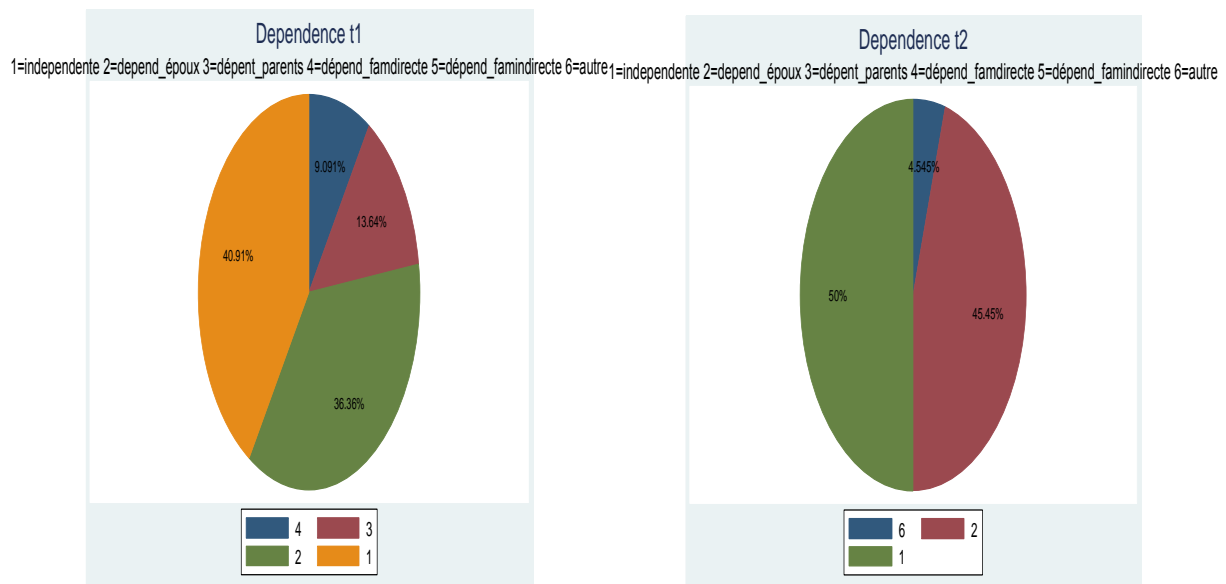
Les réseaux familiaux sont reconnus de pouvoir fournir l'assurance (informelle) face aux chocs sanitaires. Cette source d'assurance est considérée capitale notamment quand la majorité de la population est hors atteinte par la couverture de la sécurité sociale. Le mécanisme par lequel l'aide des réseaux familiaux aide à absorber le choc demeure insuffisamment exploité. Dans le cas du VIH/SIDA, les contributions de la famille élargie ont été reconnues. Alors que les résultats empiriques n'ont pas démontré le mécanisme de limitation⁶³. Dans l'étude de Booyson

⁶¹ Certains chercheurs appellent « social capital is the capital of the poor » (e.g. Woolcok, Narayan 2000). La littérature ethnographique en Indonésie a suggéré que l'assurance informelle parmi les voisins peut être essentiel quand un ménage avait reçu un choc négative. Pendant notre enquête sur le terrain, seulement quelques rares patients avaient avoué d'avoir reçu l'aide des voisins. D'après les analyses, la théorie n'a pas fourni les explications claires de la relation entre le capital social et la croissance.

⁶² Mores 1996 ; Narayan 1997

⁶³ Les études jusqu'à présent n'ont souvent que mis l'accent sur la situation des enfants orphelins dont la famille élargie est obligées de prendre en charge.

(2003)⁶⁴ la variable dichotomique d'être affecté/non affecté était significative (à 1%) dans la différenciation du niveau de vie lors des premiers interviews. La significativité de la même variable a été considérablement diminuée à la présence des variables de contrôle, telles que la situation sociodémographique. De plus, la même variable n'a été plus significative à l'état « six mois après baseline moment ». L'explication n'a été pourtant pas donnée, même si l'auteur avait mentionné l'impact des réseaux familiaux à plusieurs reprises.



L'instabilité de ces variables dans notre étude semble suggérer que l'aide de la famille ne peut être durable. Cela correspond au rejet de l'hypothèse de « fully insurance » dans le cas du SIDA. Plus généralement, les moyens offerts appartenant du « capital social » ne peuvent pas assurer la consommation du ménage en difficulté si l'impact du choc sanitaire est chronique.

-Issue d'emploi

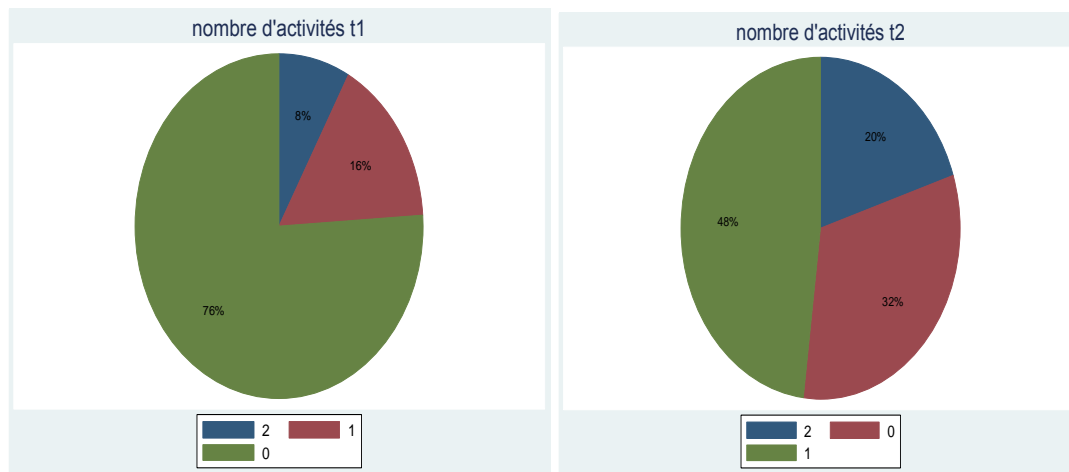
Certains métiers semblent permettre un meilleur accès aux biens alors que d'autres ne le peuvent pas. Les signes des occupations sont persistants dans tous les résultats. « Être ouvrier » et « être petit commerçant » apparaissent liés à la condition de vie défavorable. Les variables qui signalaient la corrélation négatives sont enlevées dans la régression « 4 ». (La variable « sexe » est enlevée dans la « 4 ») Sauf le cas d'« être étudiant », elles sont significatives, à 10% et 1%, au t1 et au t2. (Parce que le cas d'être étudiant est de minoritaire dans mon échantillon.) « Les métiers intermédiaire » ont les significativité les plus faibles parmi les catégories prometteuses de confort. Les significativités d'« être agriculteur » « employé » et « femmes au foyer » ont augmenté de t1 à t2 (3 : « agriculteur » p t1=0.04, p t2=0.0001 ; « employé » pt1=0.022, pt2=0.0001 ; « femme au foyer » pt1=0.08, pt2=0.002). Celles d'« Artisan, commerçant » et d'« intermédiaire » ont diminué pour la même période.

⁶⁴ Table 4, *Health and economic impact of HIV/AIDS on South African households : a cohort study* Max O Bachmann et Frederick Le R. Booysen BMC Public Health 2003, n°3 p. 14

⁶⁵ Selon Cochrane (Cochrane, J.H 1991) « Fully insurance is rejected for long illness and involuntary job loss. »

La 5 a répété la même régression, simplement on a remplacé les variables prometteuses de la condition moderne par « être ouvrier » et « être petit commerçant ». Les malades faisant les petits commerces ont l'accès médiocre au confort (significative à 1%).

« Plus d'activité que l'on fait, plus d'accès au confort » ressemble plus à une réalité au t1 qu'au t2 (significative au seuil de 10%). L'influence du nombre d'activités déclarées sur l'accès au confort est nulle.



Dans le contexte de Ségou, les métiers d' « agriculteur » « artisan, commerçant » « employé » « intermédiaire » promettent en général des revenus meilleurs. Il est logique que ceux qui exercent ces métiers aient la possibilité plus grande d'accéder aux matériaux modernes que les autres. L'agriculture est une profession physique dont le revenu dépend de la force (si on ignore les autres facteurs influents dans l'agriculture.) Au t1, le patient très malade ne pouvait pas travailler dans le champ, son revenu diminuait. Au t2, plusieurs mois après le traitement thérapeutique, il reprend la force pour faire ses travaux agricoles. Son niveau de vie est amélioré grâce à l'augmentation de revenu. L' « employé » connaît l'évolution similaire que l' « agriculteur ». Physiquement, le malade connaît une rupture de travail à cause de l'état de santé. « Etre employé » signifie de pouvoir garder son contrat d'emploi dans le secteur formel. C'est ainsi que la personne peut reprendre son métier facilement une fois que sa santé améliore.

Quand au « artisan, commerçant », ce métier affecte moins actuellement la probabilité d'accéder à la condition confortable qu'auparavant. Il est plus difficile pour une PVVIH commerçant de gagner plus/autant d'argent qu'avant, une fois qu'il avait dépensé toutes ses épargnes. C'est parce que le revenu de ces métiers est dépendent du capital. D'ailleurs, « artisan, commerçant » représente une catégorie professionnelle d'un nombre limité dans l'échantillon.

Quant aux « femmes au foyer », le phénomène est intéressant. Elles représentent de 40% de la part dans l'échantillon. Le fait d'être femme au foyer a prouvé une relation positive avec le niveau de confort au t2. Cela est du résultat que les ménages actuels de ces femmes PVVIH sont moins pauvres que ceux auxquels elles appartenaient au t1. La possession de davantage de biens dans ces foyers, soutien pour ces femmes PVVIH, leur permet d'accéder à un niveau de confort meilleur qu'auparavant. Un cinquième de la population féminine dans l'échantillon et 35% des femmes patients ont reconnu avoir changé de dépendances soit peu de temps avant la prise en charge, soit pendant la période sous traitement. 22% ont changé de zone d'habitation

-Capital humain

L'accès aux biens au t1 était particulièrement limité pour les PVVIH masculins que pour les patients féminins (« 6 » « 8 » « 11 » « 13 » « 14 » « 19 », significative à 10%). Cette caractéristique démographique est devenue, depuis la prise en charge, négativement liée à la condition matérielle (« 13 » « 14 »), quand il y a la présence des variables des « rôle social » et « réseaux familiaux » dans la régression. Cependant, le sexe masculin a la tendance de devenir capital s'agissant du niveau de vie au t2. La variable « pouvoir parler Français » est très liée au niveau de confort. Elle est significative de 1% dans tous les trois cas. Le résultat confirme que l'éducation est capitale dans la sortie de la pauvreté. Le niveau de confort⁶⁶ dépend en une grande partie de l'éducation. L'âge n'est pas significatif à cette issue de l'accès aux biens. La population enquêtée était majeure. Cette tranche de la population est active.

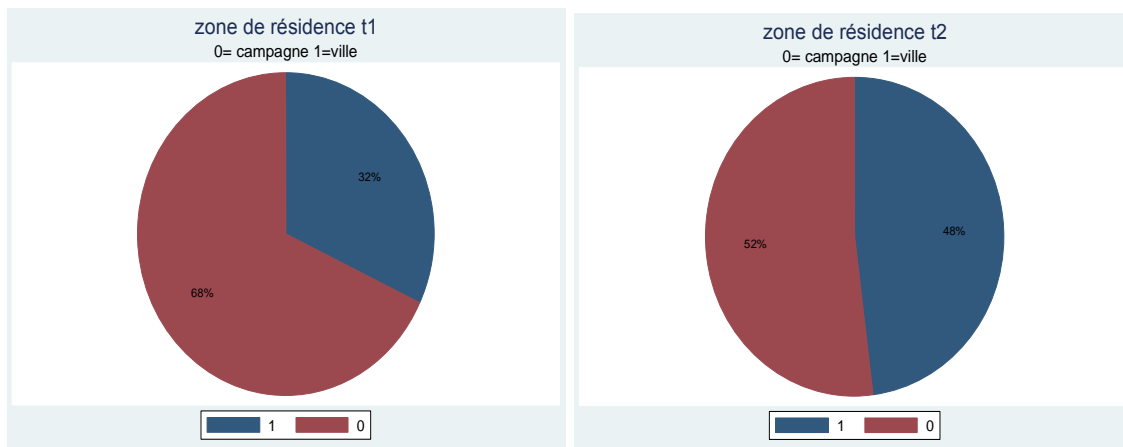
-Capital physique

Le fait que le foyer du patient (exactement, dans lequel vivait/vit le patient) possède l'habitat n'a pas de relation avec l'accès aux biens. Ce facteur au t1 semblait cependant proche d'être statistiquement lié à une condition de vie confortable ($p= 0.205 ; 0.112 ; 0.129 ; 0.112 ; 0.121$). Dans le contexte de Ségou, la possession de l'habitat est souvent dissociée au niveau de vie. Le droit de propriétaire est absent en particulier au milieu rural. Le ménage se reconnaît d'avoir la possession d'un habitat après l'avoir construit. A la campagne, les résidences sont construites par les villageois. Au moment de la stresse des ressources financières, l'habitat demeure la dernière condition du ménage. Dans les zones urbaines, la location devient présente avec le changement de mode de vie. Les nouvelles résidences se sont apparues dans les villes au Mali. A Ségou, ces nouveaux habitats sont de styles « villas », équipés de l'eau courante ainsi que de l'électricité. Alors qu'ils sont hors du pouvoir d'achat de la majorité de la population. Les ménages de taille restreinte résident plus fréquemment en location, une fois que le moyen financier en permet. Les grandes familles résident en majorité dans les habitats construits par eux-mêmes.

-Segmentation géographique

L'accès aux biens est lié au niveau d'éducation ainsi qu'à la localisation campagne/ville. L'accès aux biens au t1 ne s'accordait pas à la zone d'habitation (rurale/urbaine). « Habiter dans les villes » est devenu avantageux pour profiter d'un accès plus diversifié aux biens (significative à 10%) quand le patient est soigné depuis minimum 6 mois. Dans « 5 », la significativité de la zone d'habitation a diminué entre t1 et t2. Dans les autres régressions (de « 6 » au « 19 »), la localisation est à présent toujours le facteur associé au meilleur accès aux biens.

⁶⁶ D'une vision plus globale, le niveau d'éducation est positivement corrélé au niveau de revenu.



La rivalité économique entre la ville et la campagne existe depuis une longue période. Les habitants de la ville sont potentiellement plus aisés que ceux de la campagne. Les programmes d'ajustement structurel ont été au prix de la stagnation du niveau de vie de la campagne. Les exportations des produits agricoles, grâce à la hausse des prix des matières premières sur le marché mondial, bénéficient davantage aux agents intermédiaires (commerçants et agents) que les paysans producteurs. Le revenu des paysans est menacé d'autant plus qu'ils sont en face des produits concurrents provenant des pays industrialisés où les coûts de production sont beaucoup plus bas. Avec la libéralisation économique, la ville prospère grâce aux secteurs tertiaires, en particulier, les commerces. L'enrichissement de la ville a accentué l'exode rural ; bien que la campagne et la ville sont toujours dans le cadre d'échange traditionnel des mains d'œuvre saisonniers.

Le fait d'être malade du VIH/SIDA fait disparaître le caractère avantageux de la vie citadine au début de la prise en charge, notamment en matière d'accès aux biens. Les malades, quel que soit d'origine, dépensent pour leurs problèmes de santé, ce qui réduit leur pouvoir d'achat pour les autres types de biens. Les plus aisés (les moins pauvres) connaissent en effet des dépenses aussi importantes en proportion de leur budget que les plus pauvres. C'est pourquoi la différenciation ville/campagne ne se marquent quasiment plus dans l'accès aux biens à l'entrée au programme. Le rétablissement de la santé chez les patients entraîne donc un retour des avantages de vivre en ville, celle-ci offrant des opportunités plus nombreuses que la campagne.

-Influence des traitements antérieurs

Dans « 13 » « 14 », nous avons introduit les caractéristiques des soins que le patient avait expérimentés avant la prise en charge. Il semble que la durée de demeurer dans système de santé officiel et officieux auparavant ait affecté la possibilité de l'accès aux biens pour le malade. L'explication fait référence que l'augmentation des dépenses de santé à cause du SIDA appauvrit le foyer. Aucun facteur, par rapport aux traitements antérieurs, n'est statistiquement significatif. Les deux modes de soin, marabout et le système de santé sont indifférents dans l'accès aux biens. Ils n'impactait ni la situation de t1 ni celle de t2. Les patients les plus anciens avaient eu la condition matérielle au baseline plus précaire que les patients plus récemment intégrés dans le programme de la prise en charge (« 19 »)

C. Panel : résultats et modèle explicatif

L'application du modèle « l'évaluation de la santé et la situation socioéconomique » a donné des résultats ambigus. A la force de détecter la nature des difficultés nous a permis de prendre en compte le contexte comme un ensemble de système. Nous élaborerons un modèle explicatif enfin de répondre aux intérêts de cette étude, sans faire perdre dans la complexité des résultats reportés.

a) Résultats

Le baseline CD4 était en moyenne de 145/mml3 (minimum 1/mml3, maximum 505/mml3, milieu 150/mml3). Le niveau lymphocyte a considérablement progressé pendant une période de 6 mois. La moyenne numération était de 288/mml3 (minimum 23/mml3, maximum 623/mmls, milieu 311/mml3). Nous observons une nette amélioration de presque 100 % dans l'ensemble de l'échantillon.

Dans le côté des variables explicatives, la possession de richesse (l'accès aux biens) ont connu certains changements qui n'étaient pas considérables.

Dans 1) et 2), aucune variable n'est significative. Nous notons que le R-sq (Within) est faible, soit 1,5% et 6,2% de changement dans l'accès aux biens sur une période moyenne de 18,5 mois. Au contraire, R-sq (between) sont de 21% et 20% respectivement. Les moyens de transport et la localisation n'affectent pas non plus l'évolution de la santé (4). Nous avons remplacé par la variable agrégée du niveau de confort des variables individuelles des objets de ménage. L'accès aux biens affecte négativement l'évolution du CD4 (à 10%). La possession de l'habitat du ménage influence négativement l'évolution du niveau lymphocyte (à 10%) aucune variable au terme du capital humain est significative. Pouvoir parler Français proche de la significativité. Ce signe de connaissance (moderne) semble avoir la relation négative avec un rétablissement du système immunitaire souhaitable. 67 Résider dans la ville tend à connaître la relation positive avec l'évolution de CD4. Cette relation n'a pourtant pas été statistiquement prouvée. La variable « localisation » semble proche significative.

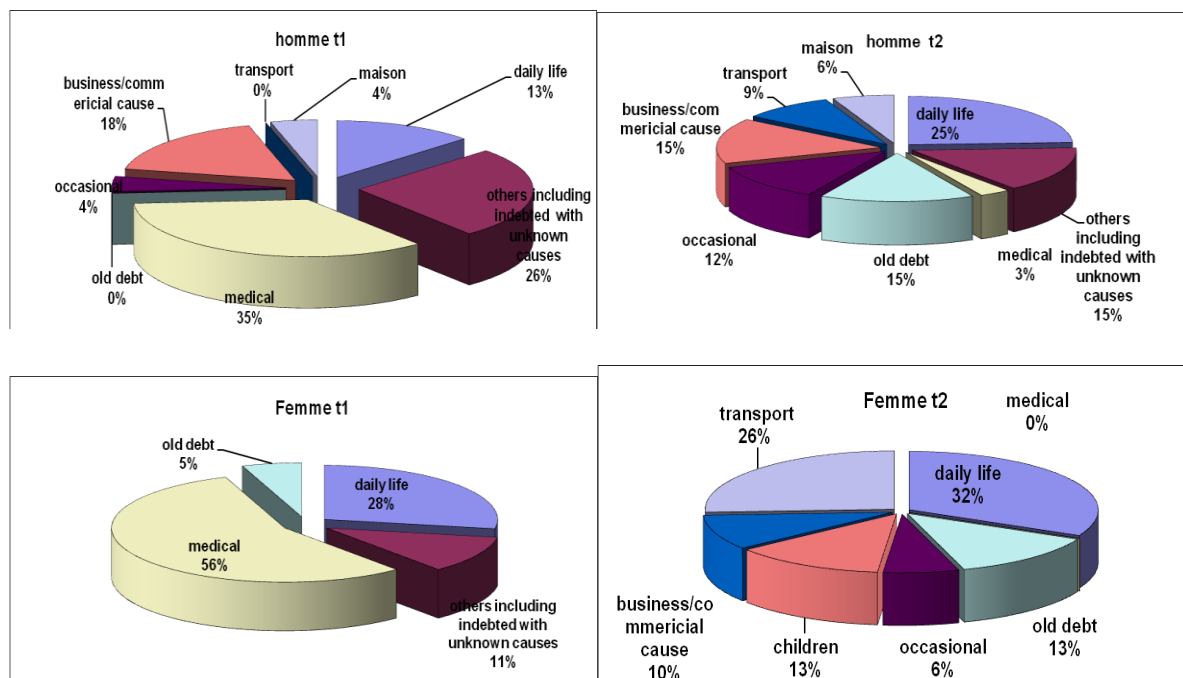
L'interprétation de ces résultats doit prendre en caution. L'amélioration du niveau de vie est évidente pour un nombre minoritaire de patients, qui étaient dans une position avantageuse d'allouer des ressources. Or la condition de vie est demeurée inchangée en réalité pour la plupart des PVVIH ; même s'ils ont connu un meilleur accès aux biens⁶⁸. La réalité est que le souci de survie est toujours pesant sur le dos de ces malades. L'attention a été attribuée à la question de la « dette ». L'endettement dans le contexte de Ségou devrait être compris autrement. Il n'est pas le simple signe du manque de moyen ; mais une dynamique dans les stratégies de la survie. L'endettement renvoie à une normalité quotidienne. Ceux qui n'empruntent jamais soit sont suffisamment aisés (ce qui n'est le cas dans la plus part des circonstances), soit n'ont pas de possibilité de rembourser aux prêteurs. Les prêteurs de proximité prêtent seulement à ceux dont les réseaux d'entourages et/de connaissances garantissent la fiabilité. Les personnes qui ne peuvent plus s'endetter dans la communauté

⁶⁷ Nous avons observé que la relation était négative (à 10%) lors qu'elle a été isolée d'autres variables dans la régression.

⁶⁸ Il s'agit d'environ 40% des patients dans l'échantillon. Cette partie réside dans les grandes foyers ; ils ne sont pas dans les positions de responsabilités du ménage. Pour eux, les biens au quels ils peuvent accéder sont les objets communs du ménage.

signifie l'isolation. En contradiction avec notre attente, le phénomène d'endettement persiste selon les auto-déclarations des patients interviewés⁶⁹. La variable est significative à 10%. Les causes d'endettements envoient la bonne nouvelle : l'emprunt pour les causes de la santé a nettement diminué. L'endettement depuis la prise en charge est devenu pour les raisons similaires qu'auparavant : répondre aux besoins quotidiens et occasionnels.

L'évolution de l'endettement de l'échantillon t1 t2, par sexe



Nous avons montré que les rôles sociaux étaient déterminants dans la répartition du “capital social” préliminaire. Leur influence dans l'amélioration de santé est redoutable. 70Le grand foyer ne peut assurer la santé de tous les membres (à 10%). Cependant, la présence des variables « réseaux familiaux » a améliorée la significativité des variables « l'accès aux biens ».

b) Modèle explicatif

Les études de l'impact ajustent les caractéristiques démographiques⁷¹ de la façon variée, afin de contrôler celle de la préférence. La condition supposée de pouvoir ajuster la relation à examiner par ces caractéristiques individuelles est qu'elles ne se varient pas dans le temps. Cependant, les variables de type sociodémographique ne sont pas immuables dans l'échantillon au cours des deux temps. Pour l'individu, cela contraste avec son évolution socioéconomique souvent

⁶⁹ L'explication se trouve dans la rubrique

⁷⁰ Isolement, le divorce et la taille de ménage ne signalaient pas l'amélioration de CD4 (au seuil de 10%). Ce qui paraît logique est que la personne vécue le divorce pendant leur maladie est d'autant affaibli que le reste du patients. De même, le membre d'un grand foyer reçoit peu d'affection, ni d'attention. Au terme économique (i.e dans la redistribution des ressources), il/elle subit de l'hierarchie et l'inégalité au sein du ménage.

⁷¹ Une grande partie des variables de contrôle sont souvent sexe, sexe du chef de ménage, nombre d'enfants, scolarisation d'enfants, niveau d'éducation.

stagnante⁷². Intuitivement, nous pourrions envisager un scénario dans lequel, toutes choses égales par ailleurs, les seuls dispositifs pour l'individu seraient les réseaux sociaux autour de lui. Autrement, les facteurs conventionnels tels que le travail (le revenu), les capacités physique et/ou intellectuelle perdraient/diminueraient la force explicative devant les facteurs « sociaux ». Nous élaborons à ce propos le modèle suivant :

$$2^* \Delta y_{it} \text{ (niveau de vie)} = \alpha + \beta_1 \Delta \sum X_{1it} \text{ (travail/emploi)} + \beta_2 \Delta \sum X_{2it} \text{ (capital sociaux/réseaux sociaux)} + \delta^* \sum u_i + \Delta \epsilon_{it}$$

(Les paramètres n'ont pas de même signification telles que dans 1*)

Condition :

- 1) α est le constant, i est l'individu anonyme, t représente le temps
- 2) $\beta_2 \neq 0$
- 3) La structure valide du modèle est que l'élasticité de x_2 est considérablement supérieure à celle de x_1

Note :

1° **Dans le scénario expliqué au dessus**⁷³, $\beta_1 < \beta_2$ quel que soit x_1 , x_2 . Cela ne serait modifié (renversé ou équilibré) qu'à la présence d'un certain événement (i.e, une choc), ce qui bousculerait la structure initiale (la condition) du modèle. A titre exemple, une choc d'une énorme opportunité de développement économique.

2° Les facteurs influents sur le travail/emploi peut y ajouter à la limite de statistiquement prouver d'avoir nul effet sur x_2 .

3° La définition du « capital sociaux » est large. Plus strictement, il est fondamentalement de ce que dites les « réseaux sociaux ». Le contenu de base est la structure du ménage à laquelle l'individu appartient. Le rôle social se fait parti des réseaux sociaux ; plus précisément, l'individu bénéficie davantage les réseaux sociaux s'il joue son rôle en respectant la norme social. L'individu peut perdre (voire être privé) le droit de profiter des réseaux sociaux s'il « viole » les critères appréciées par la société (de même, par la communauté, le ménage ou un groupe particulier.)

A part des valeurs absolues β_1 vs β_2 , plusieurs issues seraient intéressantes à tester.

- 1) $\beta_1 = 0$

Ce qui suppose une situation extrême dans laquelle les variables dans x_1 n'auraient plus d'influence sur le niveau de vie.

- 2) β_1, β_2 vs 0

Cela est la transformation de l'exemple précédent aux deux coefficients.

- 3) $(\beta_1 + \beta_2)$ vs 0

Cela veut dire que β_1, β_2 ne varient pas dans la même orientation. Cette situation aurait lieu au moment des transitions.

A titre exemple, nous illustrerons par ce modèle le changement du niveau de vie à la présence du VIH/SIDA vs la stigmatisation^{74 75}. L'épidémie est comprise dans notre modèle explicatif comme un « événement de choc ». Les dégâts sur les variables dans x_1 ⁷⁶ sont exploités par le nombreux d'experts. Selon la condition 3), les conséquences économiques de la PVVIH

⁷² Rien ne peut plus parfaitement correspondre à l'état de « sous-développement », ce qui se caractérise, à nos yeux, comme manque de dynamique.

⁷³ Le contraire de ce type de scénario est celle de notre. Le « capital social » est capité par les facteurs productifs (et les quasi productifs). C'est-à-dire $\beta_1 > \beta_2$, quelque soit. Nous pourrions parfaitement intégrer le facteur institutionnel, qui conditionne la nouvelle structure.

⁷⁴ L'application de ce modèle fait l'allusion du contexte de Ségou, ou ceux similaires.

⁷⁵ Nous vous invitons de lire la discussion sur « la population avec le SIDA » dans l'annexe.

⁷⁶ Nous les avons illustrés au tout début de cet article.

(« m »⁷⁷) ne seraient pas néfastes dans cette structure ($\beta_1 < \beta_2$). Néanmoins, la stigmatisation diminuerait x_2 , et résulte une baisse dans y , puisque le x_2 est très sensible aux moindres modifications (selon la condition 3). Le pire se produirait si x_1 et x_2 diminuaient en même temps (en supposons que $0 < \beta_1 < \beta_2$).

En restant dans l'évènement du « VIH/SIDA » dans la même structure, l'utilisation massive des médicaments anti-rétroviraux et les régimes de traitements efficaces permettent à une amélioration dans x_2 , alors que le bilan aux x_1 semble ambigu⁷⁸. Cela engendrerait probablement un résultat médiocre de y .

S'agissant la PVVIH « m » (ordinaire) , il chercherait non seulement à accroître x_1 , mais aussi à au moins ne pas perdre x_2 . Cela serait difficile en raison du facteur de stigmatisation qui est déstabilisant au stock de x_2 . Au comportement, « m » mettait en place des « copying strategies » afin de maintenir ses x_2 . (Concrètement, cela se traduit par, le plus courant, le fait de cacher le statut du malade de SIDA ; ou un malade féminin se force de rester dans l'union matrimoniale.) Quant à un certain « m stratégiste », il se ferait en sorte d'accroître x_1 et x_2 . L'évènement du VIH/SIDA introduit les nouvelles ressources (financières)⁷⁹ et crée simultanément des pistes d'allocation de ces ressources. (La spécificité de ces nouveaux réseaux d'allocation est le fait d'être la victime du SIDA.) Le « m stratégiste » se précipiterait de s'intégrer à ces réseaux par son « identité » de malade du SIDA. Ce nouvel « capital social » lui permettrait de minimiser les dégâts causés par la stigmatisation. Ce « m stratégiste » réussi deviendrait « m opportuniste »⁸⁰. Son y_m s'améliorerait grâce au modèle (La structure serait toujours la même pour ce « m opportuniste ».)

VI. Conclusion et suggestion

Ce travail a confirmé que le VIH/SIDA touchait les personnes ordinaires sans exception. Les causalités directes n'existent pas. L'amélioration de la situation socio économique des PVVIH bénéficiaires des médicaments anti-rétro viraux était dépendante des facteurs multiples et complexes de l'environnement. La réussite de la prise en charge d'un patient est de même déterminées par le mécanisme à une phase donnée du développement. A ce propos, le modèle explicatif a tenté d'analyser les résultats dans une structure caractérisée de manque de dynamique de développement économique. Cela a permis de repenser à l'importance des facteurs souvent ignorés, tel que le « capital social », dans les pensées du développement économique.

⁷⁷ Un certain anonyme

⁷⁸ Comme nous connaissions peu les fonctionnements du « capital social », nous ne savons pas si x_2 serait récupérable ; nous ne savons non plus à quelle condition que l'individu pourrait rétablir son x_2 .

⁷⁹ C'est-à-dire les divers fonds.

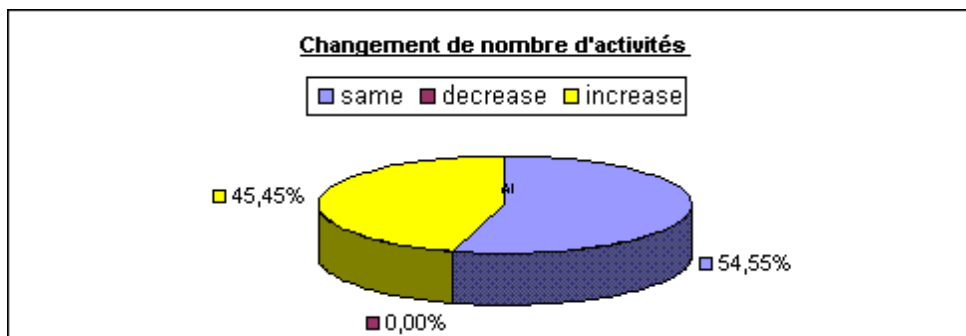
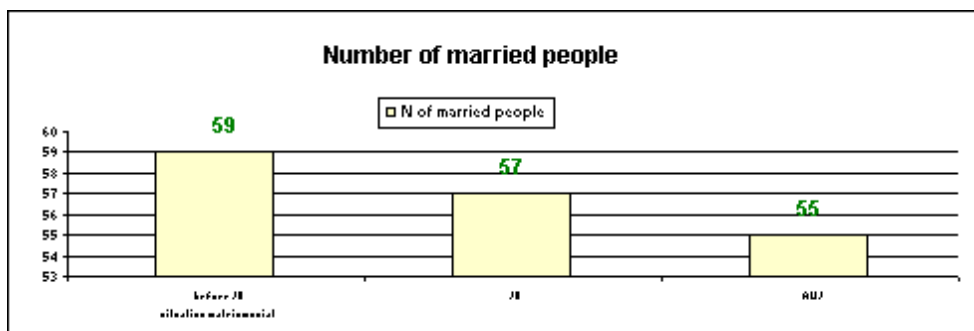
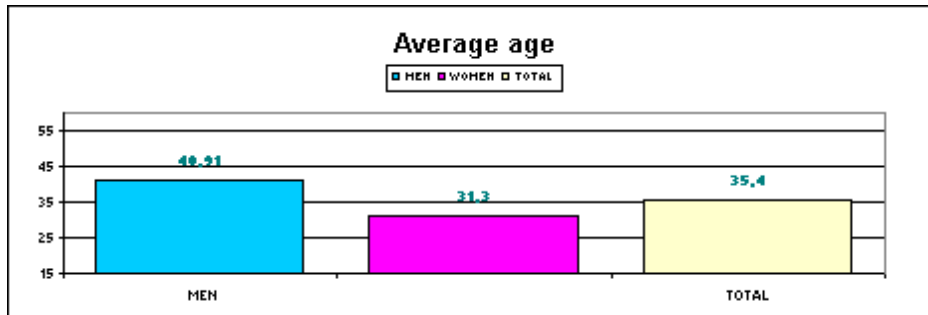
⁸⁰ L'encadrement demeure la même structure.

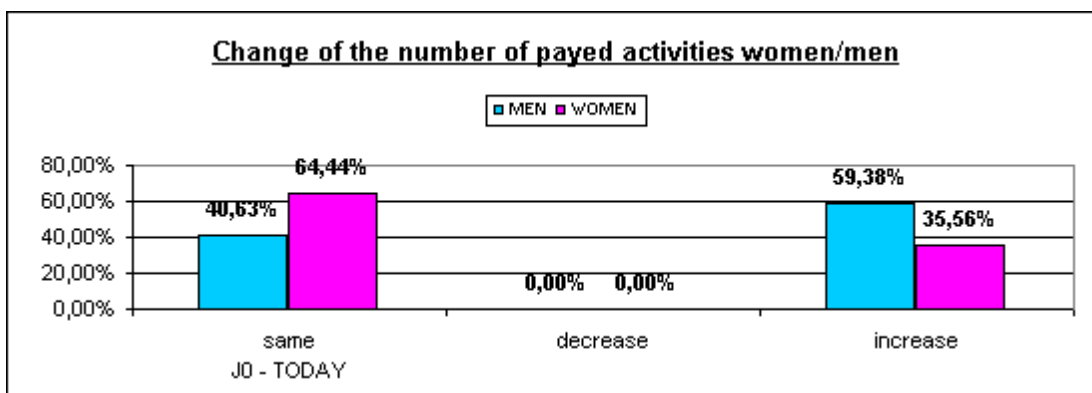
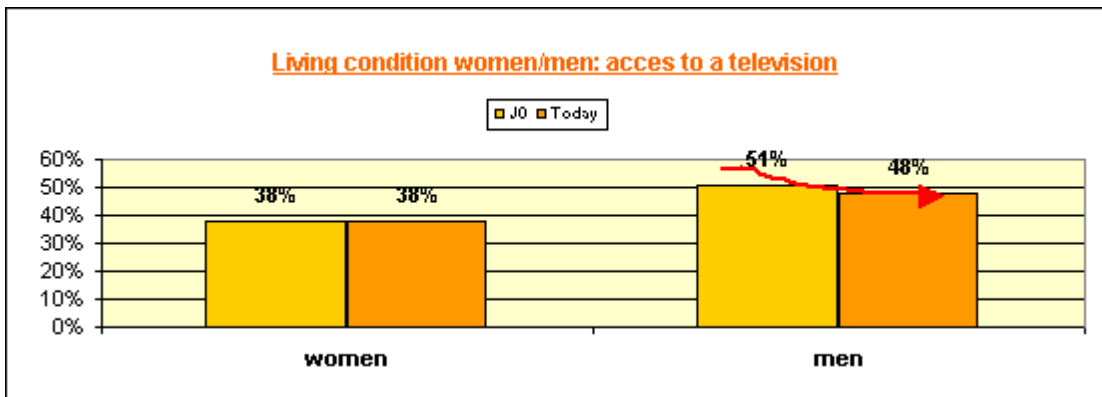
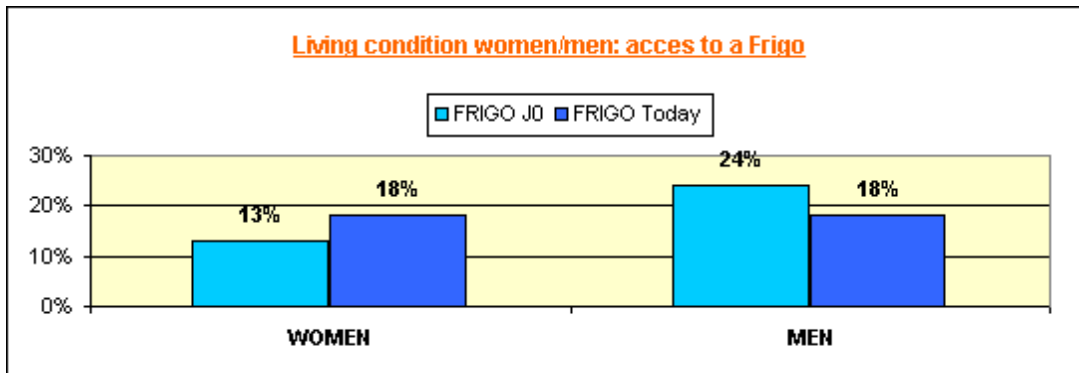
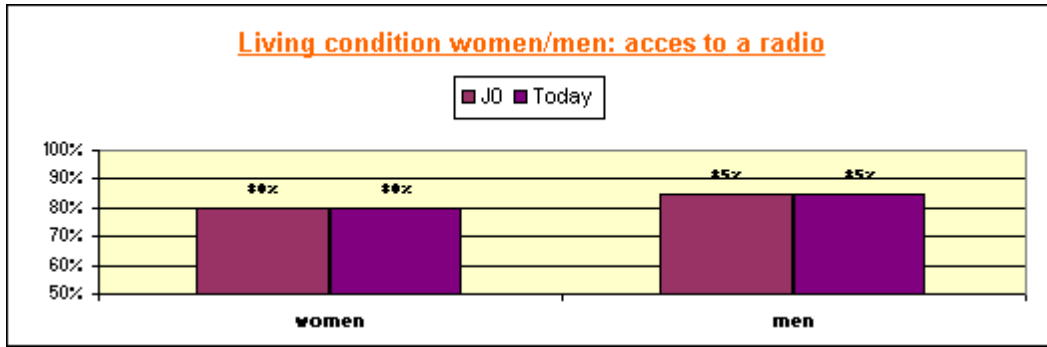
Les résultats de cette étude concernent sans doute les insuffisances, à la contrainte des difficultés des données dus aux spécificités du terrain, davantage due à la prise en compte de la nouvelle perspective du sujet. La nécessité aujourd'hui est d'assurer la prise en charge du plus grand nombre de personnes pour leur permettre de vivre et ainsi de maintenir la cohésion sociale et les activités productives des pays. Cependant, les efforts dans la promotion de l'utilisation massive des médicaments font appel aux méthodes de l'évaluation. Le bilan médical et démographique de cette politique de baisser les coûts dans l'accès aux soins (la gratuité) est estimé au court des années grâce aux expériences des politiques de prévention et des traitements essentiellement dans les pays industrialisés ; alors que les conséquences sociales et économiques sont suggérées sans pour autant de précision. Les recherches sur l'impact de l'épidémie devraient se placer dans le nouveau contexte. Les efforts dans l'élaboration des modèles appropriés sera capital d'autant plus nos connaissances sur l'épidémie, la pauvreté, les sociétés au Sud et le processus et le mode de développement sont limités.

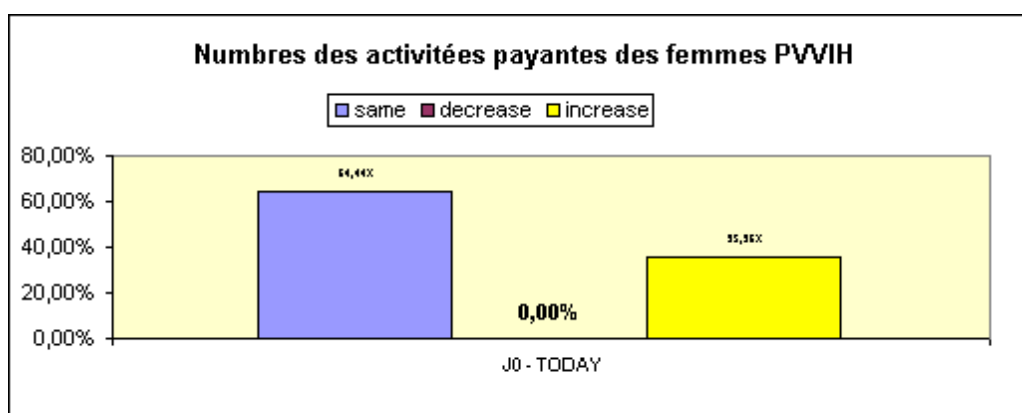
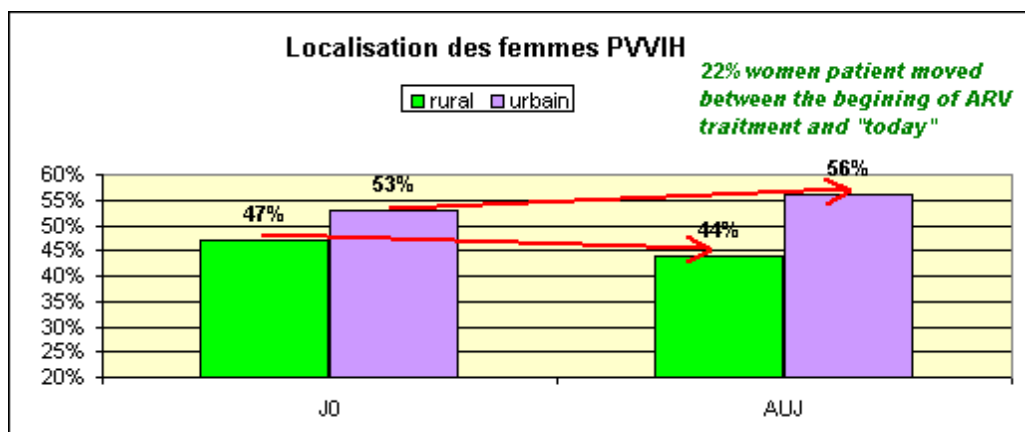
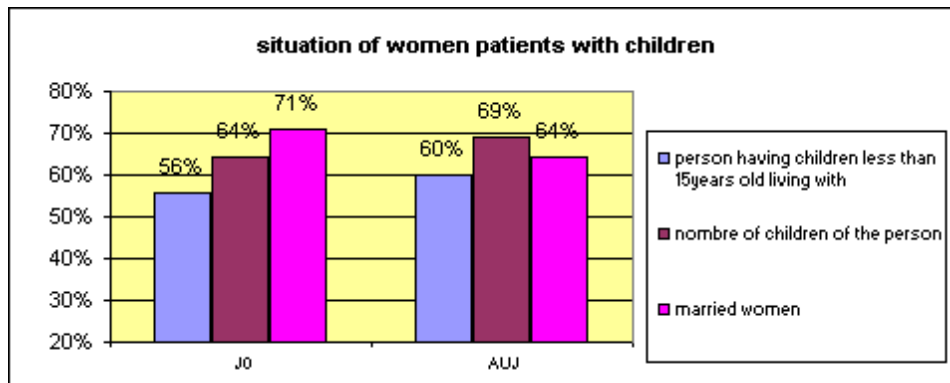
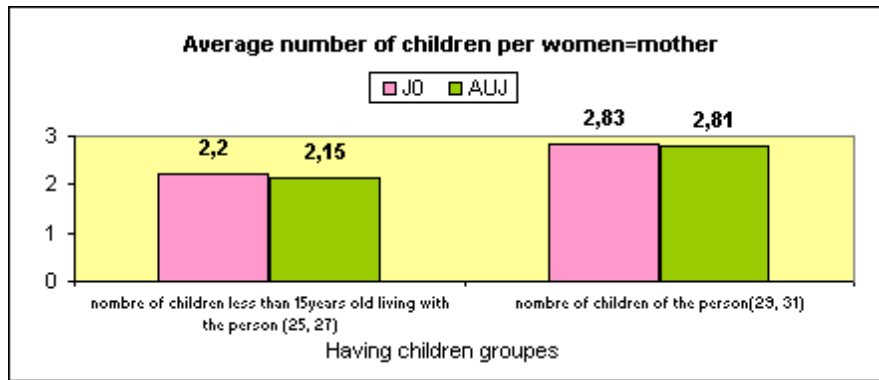
Graphique

Caractéristiques des PVVIH enquêtées n=78

J0=t1 , auj=t2







Bibliographie

Gestion du Sida et gestion du changement social: le cas de Sélingué au Mali Gérard Etienne.
ciences sociales et sida en Afrique : bilan et perspectives : communications Dakar (SEN), Dakar (SEN), Dakar :
RSTOM, CNLS, CODESRIA, 1996, 1/2, p. 95-112 multigr.
ciences Sociales et Sida en Afrique : Colloque International, 1996/11/04-08, Sali Portudal

De "Culture", de "l'Universel" ou du "social"? : penser le sida et la prévention au Mali Fay Claude. Becker
Charles (ed.), Dozon Jean-Pierre (ed.), Obbo C. (ed.), Touré M. (ed.). *Vivre et penser le sida en Afrique*
Paris (FRA), Dakar (SEN), Paris : Karthala, CODESRIA, IRD, 1999, p. 277-299. (Hommes et Sociétés).
Sida et Sciences Sociales en Afrique : Colloque International, 1996/11/04-08, Sali Portudal

*Politiques démographiques et sanitaires face aux "maladies sexuellement transmises" en Afrique de l'Ouest:
perspective historique* Becker Charles, Collignon R.
Becker Charles (ed.), Dozon Jean-Pierre (ed.), Obbo C. (ed.), Touré M. (ed.). *Vivre et penser le sida en Afrique*
Paris (FRA), Dakar (SEN), Paris : Karthala, CODESRIA, IRD, 1999, p. 133-149. (Hommes et Sociétés).
Sida et Sciences Sociales en Afrique : Colloque International, 1996/11/04-08, Sali Portudal

Structures familiales d'accueil des migrants et développement des structures familiales multipolaires en Afrique
Locoh T.
Quesnel André (ed.), Vimard Patrice (ed.). *Migration, changements sociaux et développement*
Paris : ORSTOM, 1991, p. 279-295. (Colloques et Séminaires).
Journées Démographiques, 3., 1988/09/20-22, Paris

Risque, enjeux et partenaires de la lutte internationale contre le sida Claude Fay
Fay Claude (ed.). *Le sida des autres : constructions locales et internationales de la maladie*
Autrepart, 1999, (12), p. 5-17.

Etat, islam et sida en Indonésie: un épineux ménage à trois Husson L.
Fay Claude (ed.). *Le sida des autres : constructions locales et internationales de la maladie*
Autrepart, 1999, (12), p. 53-71.

Des groupes à risque à la vulnérabilité des population africaines, discours sur 1 Pandémie Karine Delamay
Fay Claude (ed.). *Le sida des autres : constructions locales et internationales de la maladie*
Autrepart, 1999, (12),

Facteur contextuel de la transmission sexuelle du SIDA en Afrique Mburano Rwange
Fay Claude (ed.). *Le sida des autres : constructions locales et internationales de la maladie* Autrepart, 1999,
(12)

Peut-on faire l'économie du sida? Josephe Brunet Jailly Fay Claude (ed.). *Le sida des autres : constructions
locales et internationales de la maladie* Autrepart, 1999, (12)

l'Afrique noire de 1800 à Nos Jours Catherine Coquery-Vidrovitch, Henri Moniot
Presses Universitaires de France, 5e édition, avril 2005

Le Sida va rayer l'Afrique de la Carte du Monde Fred Eboko
L'Afrique des idées reçues sous la direction de George Courade p. 78-83
Editions Belin 2006

Profil démographique et socio-économique du Mali 1960-2000 Guédiouma Trangara, Souleymane Keita,
Institut du SAHEL, Programme majeur population/développement, Ministère de l'Economie et des finances du
Mali, Rapport de recherche

Analyse de la pauvreté à partir des données du recensement 1998 et de l'enquête malienne d'évaluation de la pauvreté 2001 Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Mali
mars 2004

Profil de pauvreté du Mali 2001

Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées; Observation du Développement Humain Durable et de la Lutte contre la Pauvreté au Mali; Programme des Nations Unies pour le Développement, Rapport en Février 2006

Enquête malienne sur l'évaluation de la pauvreté 2001 Résultat définitifs Ministère délégué charge du Plan; Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique; Banque mondiale Projet d'appui aux initiatives de bases, Rapport en Novembre 2003

Chronic poverty: scrutinizing estimates, patterns, correlates, and explanations Shahin Yaqub Poverty Research Unit School of African and Asian Studies, Sussex University , ISBN 1-904049-20-6, October 2002

Social and economic risk factors for HIV/AIDS-affected families in Zambia Namposya Nampanya Serpell Paper presented at the AIDS and Economics Symposium Durban 7-8 Juillet 2000, organisé le réseau IAEN

World bank HIV/AIDS interventions: ex-ante and ex-post evaluation Julia Dayton World bank Discussion Paper N° 389 The World Bank June 1 1998

HIV/AIDS home-based care costing guidelines Natasha Hsi, Stephen Musau, Catherine Chanfreau USAID, Partners for Health Reformplus Août 2005

Cohort profile: Antiretroviral Therapy in Low Income Countries(ART-LINC): international collaboration of treatment cohorts The Antiretroviral therapy in low income countries study group International Journal of Epidemiology n°34 p. 979-986 Oxford University Presse on behalf of the International Epidemiological Association, 2005.

Rapport d'activités Période janvier 2005-Juin 2006 Haute Conseil National de Lutte contre le SIDA, Secrétariat exécutif, Juillet 2006

La stature : mesure et perception d'un caractère biologique Heuzé, Y., Bley, D., Bonnet, D., 2003 <http://www.didac.ehu.es/antropo/5/5-1/Heuze.htm>

Comment établir une liste des indicateurs de développement B.Ivanovic Revue de statistique appliquée, tome 22, n° 2 p 37-50 1974

PLAN SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (2005 – 2009)
MINISTERE DE LA SANTE, SECRETARIAT GENERAL, CELLULE DE COORDINATION DU COMITE SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

BILAN REPONSE NATIONALE FACE A L'EPIDEMIE DU VIH/SIDA AU MALI EN 2005 ET AU PREMIER SEMESTRE 2006
HAUT CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
SECRETARIAT EXECUTIF

An Introduction to Modern Econometrics Using State Christopher F.BAUM
Department of Economics Boston College
A Stata Press Publication StataCorp LP Collefe Station, Texas

Shadow on the Continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st Century Kevin M De Cock, Dorothy Mbori-Ngacha, Elizabeth Marum.
AIDS IN AFRICA V, The Lancet. Vol 360. July 6, 2002
www.thelancet.com

Monitoring the Scale-up of antiretroviral therapy programmes: methods to estimate coverage J Ties Boerma et alii
Bulletin of the World Health Organisation
2006; 84: 145-150

Assessment of a pilot antiretroviral drug therapy program in Uganda: patients' response, survival, and drug resistance Paul J Weidle et alii,
The Lancet.vol 360. July 6, 2002.
www.thelancet.com

Scaling up of highly active antiretroviral therapy in a rural district of Malawi: an effectiveness assessment
Laurent Ferradini et alii
The Lancet vol.367: p. 1335-42
22 avril 2006

One disease, Two Epidemics-AIDS at 25 Kent A. Sepkowitz,
M.D. N ENGL MED 354; 23 www. NEJM. ORG
8 juin 2006

Stratégie et Procédure de Décentralisation de l'Accès aux ARV à Ségou
SOLTHIS Mai 2006

Socio-economic and Health characteristics of HIV-infected patients seeking care in relation to access to the DRUG Access Initiative and to antiretroviral treatment in Côte d'Ivoire, Socio-Behavioural Evaluation Group
AIDS 2003, 17 (suppl 3): p; 63-68
Lippincott Williams & Wilkins

The poverty-HIV/AIDS nexus in Africa: a livelihood Approach Winford Masanjala
Social Science and Medecine 64 (2007) p. 1032-1041
Elsevier
www.elsevier.com/locate/socscimed

A model of underlying socioeconomic vulnerability in human population : evidence from variability in population health and implications for public health Sandro Galea et alli.
Idem 60 (2005) p . 2417-2430
Elsevier

Consumption smoothing and HIV/AIDS: the case of two communities in South Africa Sebastian Linnemayr
PSE, Paris and UMR 379, Marseille

Prévalence du VIH et pauvreté en Afrique: évidence macro et micro-économétrique appliquée au Burkina-Faso
Jean Pierre Lachaud
Centre d'économie du développement - Université Bordeaux IV
Bordeaux, décembre 2005

Health and economic impact of HIV/AIDS on South African households : a cohort study Max O Bachmann et Frederick Le R. Booysen
BMC Public Health 2003, n°3 p. 14
Biomed central (www.biomedcentral.com/1471-2458/3/14)

Chronic and transitory poverty in the face of HIV/AIDS-related morbidity and mortality: evidence from South Africa Frederik Le R. Booysen
Department of Economics/Centre for Health Sys Research and Development
University of Free States, Bloemfontein, South Africa

The methodology of HIV/AIDS impact studies: a review of current practices Frederik le R. Booysen et Tanja Arntz
Social science & Medecine 56 (2003) p. 2391-2405
Elsevier

Draft Paper on HIV/AIDS, socio-economic mobility and chronic poverty :case study results from a small panel in Rakai, Uganda, Andrew Shepherd
International conference on chronic poverty and development policy, University of Manchester, 7-9 Avril 2003

Adult mortality and consumption Growth in the Age of HIV/AIDS, Kathleen Bedge
World Bank Policy Research Working Paper n°4082, Décembre 2006

The Place of Social capital in understanding Social and Economic outcomes Michael Woolock
The World Bank Research Observer n°15(2), p. 225-249, 2006
www.worldbank.org/poverty/scapital.index.htm

Is social capital the Capital of the Poor? The role of Family and Community in helping Insure Living Standards against Health Schocks Pautl Gerteler, David I. Levine et Enrico Moretti
CESifo Economic Studies, n°52, p. 455-499
Oxford University Press, mars 2006

Researching well-Being: Communicating between the Needs of Policy Makers and the Needs of People J. A. McGregor
Global Social Policy, n°4(3), p. 337-358,
Oxford University Press, Oxford, 1 December 2004

Poverty Measurement Methods - An Overview, Julio Boltvinik

Rapport sur la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en voie de développement
Rapport de la Commission international du Conseil national du SIDA
Conseil National du Sida, 2007

Une médecine inhospitalière : Les Difficiles Relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (Broché) sous la direction de Jean-Pierre Olivier de Sardan Yannick Jaffré
Collection Homme et Société : Sciences économiques et politiques.
Edition Karthala 23 mai 2003,

Poverty and household size Peter Lanjouw Martin Ravallion Policy Research Working Paper 1332 The World Bank Policy Research Department Poverty and Human Resources Division August 1994

Trust, social capital and Economic Development Patrick Francois Jan Zabojsnik Journal of the European Economic Association Vol3 (1) p: 51-94 March 2005

