

Revue Scientifique du



laboratoire
Ville Société Territoire
(laboVST)

Le Journal des Sciences Sociales

N°25 - Juin 2023

ISSN 2073-9303

LE JOURNAL DES SCIENCES SOCIALES

CONSEIL SCIENTIFIQUE

- Prof Simplicie Y. Affou, Directeur de Recherches (Institut de Géographie
Tropicale, IGT, Abidjan) Tel : Cel : (00225) 0707 70 85 57,
E-mail : syaffou@yahoo.fr ou affou@ird.ci
- Prof Alphonse Yapi-Diahou, Professeur Emérite de Géographie (Université Paris 8),
Cel : 0033668032480 ; Email : yapi_diahou@yahoo.fr
- Prof Brou Emile Koffi Professeur Titulaire de Géographie, (Université Alassane
Ouattara,), Cel.: (00225) 0103589105 ; E-mail : koffi_brou@uao.edu.ci
- Prof Roch Gnabéli Yao, Professeur Titulaire de Sociologie, (Université Félix
Houphouët Boigny) ; Cel : 07 08 18 85 96 Email roch.gnabeli@laasse-
socio.org
- Prof Jonas Guéhi. Ibo, Directeur de Recherches (Université Nangui Abrogoua),
Cel : (00225) 0505 68 48 23 E-mail : ibojonas@yahoo.fr
- Prof René Joly Assako Assako, Professeur Titulaire de Géographie, Université
Yaoundé, Cameroun ; Email rjassako@yahoo.fr
- Prof Ferdinand A. Vanga, Professeur Titulaire de Sociologie (Université Péléforo
Gon Coulibaly), Tel : (00225) 01 03 48 91 60 / 05 05 083 702
E-mail : ferdinand.vanga@upgc.edu.ci af_vanga@yahoo.fr

COMITE EDITORIAL

Directeur de Publication

Simplice Y. Affou, Directeur de Recherches (Institut de Géographie Tropicale, IGT, Abidjan) Tel: Cel: (00225) 07 07 70 85 57 E-mail : syaffou@yahoo.fr
ou affou@ird.ci

Rédacteur en Chef

Alphonse Yapi-Diahou, Professeur titulaire de Géographie (Université Paris 8)
Cel : 0033668032480 ; Email : yapi_diahou@yahoo.fr

Rédacteur en Chef Adjoint

Jonas Guéhi. Ibo, Directeur de Recherches (Université Nangui Abrogoua)
Cel : (00225) 05 05 68 48 23 E-mail : ibojonas@yahoo.fr

Secrétariat du Comité de Rédaction

Assué Yao Jean-Aimé, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara,
Bouaké, (00225)0103192952, Email assueyao@yahoo.fr

Konan Kouakou Attien Jean-Michel, Maître assistant, Université Alassane
Ouattara, Bouaké, (00225)0707117755, E-mail : attien_2@yahoo.fr

Yapi Atsé Calvin, Maître assistant, Université Alassane Ouattara, Bouaké,
(00225)0707996683, E-mail : atsecalvinyapi@gmail.com

Yassi Gilbert Assi, Maître de Conférences de Géographie, Ecole Normale
Supérieure d'Abidjan, Cel.: (00225) 07 75 52 62; E-mail:
yassiga@gmail.com

Secrétaire aux finances

Bohoussou N'Guessan Séraphin, Maître de Conférences de Géographie, Université
Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire, (00225)0505483129,
E-mail : bohounse@yahoo.fr

COMITE DE LECTURE

- Abdoul Azise SODORE, Maître de Conférences de Géographie/aménagement, Burkina Faso
- Adaye Akoua Assunta, Maître de Conférences de Géographie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan
- Allaba Ignace, Maître de Conférences d'études germaniques, Université Felix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Assué Yao Jean-Aimé, Maître de Conférences de Géographie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- Bally Claude Kore, Maître de Conférences de Sociologie des organisations, université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- Beka Beka Annie, Maître de Conférences de géographie, École Normale Supérieure, Gabon
- Biyogbe Pamphile, Maître de Conférences de Philosophie, Ecole Normale Supérieure, Gabon
- Bohoussou N'Guessan Séraphin, Maître de Conférences de Géographie (Université Alassane Ouattara)
- Christian Wali Wali, Maître-Assistant de Géographie, Université Omar Bongo de Libreville, Gabon
- Coulibaly Salifou, Maître-Assistant de Géographie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- Diarrassouba Bazoumana, Maître de Conférences de Géographie, environnementaliste, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- Djah Armand Josué, Maître de Conférences de Géographie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- Dosso Yaya, Maître-Assistant de Géographie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- Eleanor FUBE MANKA'A, Maître-Assistant de Géographe, ENS/Université de Yaoundé I, géographie des aménagements ruraux
- Gokra Dja André, Maître de Conférences, Sciences du Langage et de Communication, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- Hugo PILKINGTON, Maître de Conférences, Géographie de la santé, université de Paris 8, France
- Kadet G Bertin, Professeur Titulaire de Géographie, Ecole Normale Supérieure (ENS), Abidjan
- Koffi-Didia Adjoba Marthe, Maître de Conférences de Géographie, Université Félix Houphouët Boigny,

Koffi Yeboue Stéphane, Maître de Conférences de Géographie, Université Peloforo Gon Coulibaly, Korhogo

Kouadio M'bra, Kouakou Dieu-Donne, Maître de Conférences de sociologie de la santé, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

Kouame Konan Hyacinthe, Maître de Conférences de Géographie, Université Peloforo Gon Coulibaly, Korhogo

Kra Kouamé Antoine, Maître de Conférences d'Histoire, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

Kramo Yao Valère, Maître-Assistant de Géographie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

Loukou Alain François, Professeur Titulaire de Géographie TIC, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

Moatila Omad Laupem, Maître-Assistant de Géographie, Université Marien Ngouabi (Brazzaville- Congo)

Ndzani Ferdinand, Maître-Assistant de Géographie, Ecole normale supérieure, université Mariën Ngouabi, République du Congo.

Ngouala Mabonzo Médard, Maître-Assistant de Géographie, Ecole normale supérieure, université Mariën Ngouabi, République du Congo.

N'guessan Adjoua Pamela, Maître-Assistant de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

Soro Debegnoun Marcelline, Maître-Assistante de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

Yao Célestin Amani Maître de Conférences de Bioanthropologie, Université Félix Houphouët Boigny, UFR SHS - ISAD

Yassi Gilbert Assi, Maître de Conférences de Géographie (Ecole Normale Supérieure Abidjan)

SOMMAIRE

	Pages
OUATTARA Minantcho KRAMO Yao Valère KOUAKOU Kouamé Serge	« Disponibilité de ressources de santé et sécurité sanitaire dans le département de Niakara (Centre- Nord de la Côte d'Ivoire) » 7
Hippolyte Pépin NDEY NGANDZO Normand Borich EYOKA	Contribution des relations commerciales Brazzaville-Maty dans le processus de l'autonomisation des femmes 25
GNEPEHI Dje Gnamian Gildas ASSUÉ Yao Jean- Aimé OKA Kouakou Ferdinand	Difficile insertion professionnelle des jeunes dans la sous-préfecture de Toumodi (Centre-Sud de la Côte d'Ivoire) : facteurs et effets socio-spatiaux. 39
Appolinaire D. GNANVI Comi Serge DANSOU	Systèmes d'assainissement et risques sanitaires dans la ville de Cotonou (République du Bénin) 56
Maliki Christian	Taxis-motos : solution à une crise quotidienne de mobilité au nord de Brazzaville (République du Congo) 78
SAMINOU OUMAROU Halimatou ABDOURAHAMANE Mohamed Moctar	Habitudes alimentaires chez la population de la ville de Maradi (république du Niger) : de la transformation des aliments à la préparation culinaire 93
DIABAGATE Souleymane KOFFI Brou Emile	Enjeux et défis de l'assainissement des eaux usées à Abobo (Abidjan) pour une ville durable 114

N'GUESSAN Tenguel Sosthene	Accès à la sécurité alimentaire et à la nutrition dans un contexte de vulnérabilité lie au VIH/SIDA en Côte d'Ivoire	129
Syviney Franck Laurel BAKANAHONDA Chelmyh Duplosin LINGUIONO	Les problèmes du transport privé de personnes dans la ville de Brazzaville (République du Congo)	152

Accès à la sécurité alimentaire et à la nutrition dans un contexte de vulnérabilité lié au VIH/SIDA en Côte d'Ivoire

Access to food security and nutrition in a context of vulnerability related to HIV/AIDS in Côte d'Ivoire

N'GUESSAN Tenguel Sosthène

Université Nangui Abrogoua, UFR des Sciences et Gestion de l'Environnement

Centre Suisse de Recherche Scientifique en Côte d'Ivoire

Laboratoire des Sciences de l'Environnement (LES)

Groupe de Recherches en Socio -Anthropologie Appliquées à la Santé et au

Vieillessement (GRESA)

Laboratoire d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales

(LERISS)

Email : nguessans@yahoo.fr

Résumé : Bien qu'essentielles, la sécurité alimentaire et la nutrition sont compromises pour les OEV et leurs familles du fait de l'impact du sida qui réduit la capacité des ménages à faire face aux dépenses sociales. Cet article analyse les interventions conduites à l'endroit de cette cible afin de réduire leur insécurité alimentaire et nutritionnelle. L'étude a eu pour cadre les localités d'Abobo (Abidjan), Bondoukou, Bouaké, Man et San-Pedro. La collecte des données a été effectuée en février 2016 et complétée en 2019. L'administration de questionnaire a été effectuée auprès de 541 OEV et dix focus group discussion ont été conduites. Les résultats montrent que malgré les efforts consentis, un faible accès des OEV à l'alimentation et à la nutrition est observé. Cette insuffisance d'accès est plus manifeste chez les filles que les garçons renforçant la vulnérabilité de celles-ci. Les interventions gagneraient à inverser la tendance afin de garantir un accès plus équitable pour les filles.

Mots clés : Accès, Sécurité alimentaire et nutrition, OEV, VIH/sida, Côte d'Ivoire

Abstract: Although essential, food security and nutrition are at risk for OEVs and their families due to the impact of AIDS which reduces the ability of households to cope with social spending. This article analyses the interventions conducted against this target in order to reduce their food and nutritional insecurity. The study was carried out in the localities of Abobo (Abidjan), Bondoukou, Bouaké, Man and San Pedro. Data collection was carried out in February 2016 by and completed in 2019. The questionnaire was administered to 541 OEVs and ten focus group discussions were conducted. Results show that despite efforts, low access to food and nutrition by OEVs is observed. This lack of access is more evident among girls than boys, increasing their vulnerability. Interventions would benefit from reversing the trend to ensure more equitable access for girls.

Keywords: Access, Food security and nutrition, OEV, HIV/AIDS, Côte d'Ivoire

Introduction

Problème de santé publique, le sida a induit dans son sillage divers travers dont ceux relatifs à la transformation et à l'épuisement des réseaux familiaux d'entraide, de solidarité et de confiage au sein de la famille élargie (Nyambedha Wandibba, Aagaard-Hansen, 2003). L'une des conséquences majeures de cette situation reste la production sociale « *d'un nombre d'enfants orphelins privés d'éducation, d'affection et de soutien parental, d'une alimentation adéquate, voire d'hébergement* » (Hejoaka, 2014, p.62).

En Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH/sida est estimée 1,82% en fin 2022 suivant les estimations du Spectrum. Ces estimations portent à 401 646 le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida dont 66% de femmes. Les orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida (OEV), quant à eux, sont estimés à 476 391 personnes infectées et affectées par le VIH (INS et PN-OEV, 2016 ; N'guessan et al, 2023, p.268 ; 2020, p.155). L'institutionnalisation du programme national de prise en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida (PN-OEV) s'inscrit ainsi dans la dynamique de faire face aux besoins variés et multiformes des OEV. Divers domaines dont celui de la sécurité alimentaire et de la nutrition sont ainsi abordés par cette politique de protection sociale en contexte de VIH/sida.

S'il est admis que l'économie du pays repose sur l'agriculture, il n'en demeure pas moins que celle-ci reste confrontée à des défis liés notamment à la priorisation des cultures de rente. Le secteur vivrier sur lequel repose l'approvisionnement des ménages en denrées alimentaires, bien que s'étendant sur quatre millions d'hectares en 2018 (FranceAgriMer, 2020) et offrant une diversité d'aliments de base aux populations, ne couvre pas l'ensemble des besoins des populations. Or, la sécurité alimentaire et la nutrition sont essentielles pour les individus, les ménages et les communautés affectées par le VIH/sida.

En Côte d'Ivoire, cette sécurité alimentaire et nutritionnelle est compromise dans la mesure où un cas de sida entraîne en moyenne une augmentation de 44% des dépenses des ménages affectés (RCI, 2009, p.45). La situation est d'autant plus problématique que 50% des enfants vivent dans un ménage pauvre (INS, 2008 ; 2015). Par ailleurs, la malnutrition est la cause sous-jacente de 54% de décès des enfants de moins cinq ans (INS et ICF, 2007). Cette malnutrition s'explique par le non accès à un régime alimentaire minimum acceptable, le manque d'accès à une nutrition de qualité (Ministère du Plan et du Développement et UNICEF, 2019, p.47 et p.69) et l'accès à des soins de santé de qualité insuffisante. Elle est un problème de santé publique que révèle la plupart des études conduites sur le territoire national notamment le rapport de l'analyse de la situation nutritionnelle en Côte d'Ivoire et l'enquête démographique et de santé III (République de Côte d'Ivoire, 2015 ; République de Côte d'Ivoire, 2018 ; INS et ICF, 2021). Par ailleurs, seulement 7% des enfants et nourrissons bénéficiaient d'une alimentation de qualité minimale à la fois sur le plan de la diversité et de la fréquence des repas en 2012 et 33,1% des enfants orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH de 6 à 59 mois étaient malnutris (République de Côte d'Ivoire, 2015, p.16).

Dans un tel contexte, la synergie d'actions envisagée et développée par le PN-OEV avec les partenaires au développement et la société civile (ONG) a permis de mener diverses interventions dans le domaine de la sécurité alimentaire et de la nutrition et des domaines

connexes (éducation et mise en apprentissage, psychosocial, santé, abri et soins, protection, renforcement économique). Celles-ci visent à réduire la vulnérabilité alimentaire et nutritionnelle des enfants enrôlés dans les projets/programmes et à contribuer à améliorer les conditions de vie de ceux-ci.

Cette étude qui intervient après une décennie d'interventions sous la coordination du PN-OEV pose la question centrale de savoir comment les interventions participent à l'accès ou non à la sécurité alimentaire et à la nutrition des OEV et leurs familles. Elle analyse à cet effet l'offre de services en sécurité alimentaire et en nutrition aux OEV et à leurs familles.

1. Méthodologie

L'étude s'inscrit dans le cadre de l'évaluation de l'offre de soins et soutien aux OEV en Côte d'Ivoire après plus d'une décennie d'intervention du programme national en faveur de cette cible et de leurs familles. C'est une étude transversale qui a eu pour cadre les localités d'Abobo (Abidjan), Bondoukou, Bouaké, Man et San-Pedro dont les centres sociaux sont des plateformes de collaboration OEV. Un choix raisonné a été utilisé pour la sélection des sites de l'étude. Ce choix a été fondé sur la prévalence du VIH/sida, la densité de la population, l'année de mise en place des plateformes de collaboration, la nécessité de couvrir les grands ensembles géographiques du pays (Est, Sud- Ouest, Ouest, Sud et Centre ; Tableau 1) et les contraintes budgétaires. En avril 2023, le pays compte 176 centres sociaux dont 74 abritant une plateforme et 73 au moment de la collecte de données en 2016.

Tableau 1 : Synopsis sur les variables de sélection des sites d'enquête

Site	Prévalence du VIH/sida	Population ¹	Année de mise en place de la plateforme de collaboration	Couverture géographique
Abobo (Abidjan)	5,1%	1 146 096	2005	Sud
Bondoukou	2,3%	90 845	2005	Est
Bouaké	4,4%	552 041	2009	Centre
Man	3,6%	216 378	2009	Ouest
San-Pedro	4,3%	167 496	2005	Sud-Ouest

Sources : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2017 ; INS, 2016 ; PN-OEV, 2016

La collecte des données, participative et inclusive (DeMarco, 2005 ; Ridde, 2006 ; USAID/BASICS, 2008 ; Weaver, 2005), a été effectuée sur une période de trois semaines. Elle a combiné les approches qualitative et quantitative propres aux enquêtes en sciences sociales et de l'éducation (N'da, 2015 ; Karsenti, 2018).

L'échantillonnage à deux degrés a permis de sélectionner au premier degré les sites d'étude et au deuxième degré les OEV dans les organisations communautaires intervenant dans l'offre de soins et soutien des localités indiquées suite à une actualisation des bases de données Excel. Ainsi le questionnaire a été administré à 541 OEV sélectionnés de façon aléatoire. A cela s'ajoute la conduite de focus group discussion avec 80 OEV regroupés selon

¹ Les données de population portent uniquement sur la ville

le sexe. La méthode d'échantillonnage raisonné a été utilisée pour la sélection des participants aux focus group discussion. Ce choix procède d'une part du fait de la disponibilité de la liste exhaustive des OEV et, d'autre part, d'offrir l'opportunité à chaque OEV d'âge compris entre 10 et 17 ans révolus de participer à l'étude. A cela s'ajoute une collecte de données auprès des ONG, dont l'objet était de comprendre les facteurs explicatifs de l'offre de soins et soutien. Réalisée en février 2016, une collecte de données complémentaire a eu lieu en juin 2019.

L'obtention de l'assentiment de l'OEV assorti du consentement éclairé du parent/substitut parental et l'accord de l'organisation communautaire ont précédé la collecte de données. L'accord du Comité National d'Ethique de la Recherche de Côte d'Ivoire (CNER) en sa session du 16 avril 2015 et celui du Center for Diseases Control (CDC) Atlanta au cours de la même année étaient en amont du processus de l'étude.

Le traitement des données quantitatives a été effectué au moyen du logiciel CSPro v6.2 et l'analyse avec le logiciel S.P.S.S v22. Celui des données qualitatives a consisté en la transcription des fichiers audio et la saisie des données sur Microsoft Word. L'analyse de contenu, articulée autour du codage par thème, sous thème et idée avec un regroupement de textes par thème ou idées communes, a été rendue possible grâce au logiciel MaxQDA.

2. Résultats

2.1 Aperçu du service sécurité alimentaire et nutrition

Le soutien à la sécurité alimentaire et à la nutrition est une composante des sept services décrits dans la politique nationale d'offre de soins et soutiens aux OEV en Côte d'Ivoire (MFFAS, 2005, p. 51). Pour les acteurs de la protection sociale et ceux en particulier des enfants, la prise en compte de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida s'avère indispensable pour une meilleure prise en charge de ce type de vulnérabilité. Aussi entendent-ils par soutien à la sécurité alimentaire et nutritionnelle : « *L'ensemble des interventions menées pour assurer à une personne ou une famille l'accès de façon régulière et continue aux aliments, en quantité et en qualité lui permettant de bien se nourrir* ». Quant au soutien à la nutrition il est composé de « *l'ensemble des interventions menées pour assurer que l'organisme d'une personne transforme et utilise les aliments consommés de manière à obtenir les éléments qui lui sont nécessaires pour être actif, grandir normalement et être en bonne santé* » (MFFAS, 2005 : p. 51 ; N'guessan et al., 2020 : p.161).

Ce soutien, qui s'inscrit dans une perspective d'assurer une alimentation adéquate, adaptée et équilibrée aux OEV, se subdivise en deux types d'appui : l'un portant sur la sécurité alimentaire et l'autre relative à la nutrition (Tableau 2).

Tableau 2 : Contenu des appuis du soutien en sécurité alimentaire et nutritionnelle

Type d'appui	Contenu
Sécurité alimentaire	Kit alimentaire
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Conseils nutritionnels (diététiques) et d'hygiène alimentaire - Contrôle de la croissance - Apport de suppléments nutritionnels - Potabilisation de l'eau - Démonstration culinaire - Référence et le suivi des enfants

2.2 Etat de l'accès à la sécurité alimentaire et à la nutrition

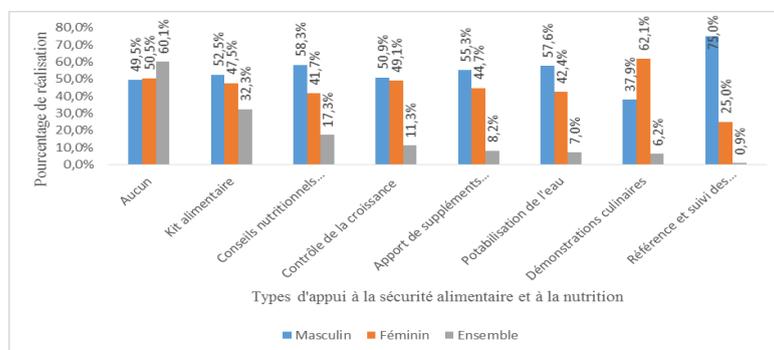
L'accès à l'alimentation et à la nutrition contribue à la santé et au bien-être de l'OEV dans le ménage. Bien que figurant en tête de liste dans les services à apporter aux OEV et à leurs familles dans le cadre des projets/programmes de soins et soutien à ladite cible, l'accès à l'alimentation et à la nutrition reste problématique. En effet, malgré les efforts fournis par les acteurs intervenant sur cet aspect particulier des soins et soutien, seulement 44,5% des OEV ont bénéficié d'au moins un service à la sécurité alimentaire et à la nutrition. Dans la lutte contre le VIH/sida, l'offre de service en sécurité alimentaire et à la nutrition, est indispensable pour conserver ses bienfaits sur les OEV infectés et ne pas leur provoquer des troubles ou de nouvelles maladies liées à l'alimentation. Cette offre est cependant faiblement mise en œuvre. L'étude révèle par ailleurs une offre discriminée au détriment des filles. En effet, parmi les bénéficiaires dudit service 52,3% et 47,7% sont respectivement de sexe masculin et féminin (Tableau 3). En relation avec l'âge, il ressort qu'environ deux tiers des bénéficiaires (68,5%) sont compris dans la tranche d'âge 10-14 ans. Les principaux bénéficiaires sont inscrits au premier cycle de l'enseignement secondaire (50,2%) et aux cours moyens du primaire (33,8%). Cette insuffisante offre de service en sécurité alimentaire et à la nutrition procède de son caractère continue, du coût financier qui lui est associé et de l'insuffisance des ressources financières des ONG.

Tableau 3 : Répartition des OEV enquêtés ayant reçu un service à la sécurité alimentaire et à la nutrition selon le sexe, la tranche d'âge, le niveau de scolarité et la région

Caractéristiques sociodémographiques		Soutien à la sécurité alimentaire et à la nutrition					
		N'a reçu aucun soutien		Avoir au moins reçu un soutien		Ensemble	
		Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	Effectif	%
Sexe	Masculin	153	51,0%	126	52,3%	279	51,6%
	Féminin	147	49,0%	115	47,7%	262	48,4%
	Total	300	55,5%	241	44,5%	541	100,0%
Tranche d'âge des OEV	10-14 ans	196	65,3%	165	68,5%	361	66,7%
	15-17 ans révolus	104	34,7%	76	31,5%	180	33,3%
Niveau d'instruction actuel	CP	7	2,7%	5	2,3%	12	2,5%
	CE	29	11,0%	19	8,9%	48	10,1%
	CM	73	27,7%	72	33,8%	145	30,4%
	1 ^{er} cycle secondaire	136	51,5%	107	50,2%	243	50,9%
	2 ^{ème} cycle secondaire	19	7,2%	10	4,7%	29	6,1%

2.3 Appuis spécifiques à la sécurité alimentaire et à la nutrition reçus

Le soutien à la sécurité alimentaire et à la nutrition concerne divers types d'appuis décrits précédemment (cf. Tableau 1). L'analyse révèle que l'offre de service a principalement porté sur la mise à disposition de kits alimentaires (32,3%), les conseils diététiques et d'hygiène alimentaire (17,3%), le contrôle de la croissance (11,3%), l'apport de suppléments nutritionnels (8,2%), la potabilisation de l'eau (7,0%) et la démonstration culinaire (6,2%). La référence et le suivi des enfants en état de malnutrition restent l'appui le moins pourvu et l'on observe par ailleurs que six enfants enquêtés sur dix affirment n'avoir pas bénéficié du service à la sécurité alimentaire et à la nutrition.



Graphique 1 : Type d'appui en sécurité alimentaire et en nutrition reçu par les OEV selon le sexe

2.4 Manifestation de l'accès à la sécurité alimentaire et à la nutrition

2.4.1 Prise de repas plus petit que ce dont de besoin

Dans la population des OEV enquêtés, il ressort que le faible accès au soutien à la sécurité alimentaire est corrélé à l'insuffisance de la quantité de repas pris. Ainsi, au cours du mois précédent l'étude, plus du tiers des OEV (37,5%) ont pris un repas plus petit que ce dont ils pensaient avoir besoin parce qu'il n'y avait pas suffisamment de nourriture (Tableau 4). Cette situation est plus manifeste chez les filles (53,3%) que chez les garçons (46,7%). Elle est plus préoccupante dans la tranche d'âge 10-14 ans (62,9%) comparativement à celle des 15-17 ans révolus (37,1%). Dans leur majorité, les OEV rapportent une insatisfaction lors de la prise des repas quotidiens. L'insuffisante quantité servie découlerait des moindres capacités des parents à honorer ce droit à l'alimentation.

« On dit qu'on doit bien manger, mais nous là, la nourriture que papa et maman nous donnent là ne suffit pas. A la maison, on est cinq enfants. On mange ensemble mais la nourriture est petit comme ça et ça nous suffit pas ». FGD OEV, garçon, 14 ans

Chez les orphelins enquêtés où 43,7% affirment la prise d'un repas plus petit que ce dont ils pensaient avoir besoin du fait de l'insuffisamment de nourriture, l'on observe que les orphelins de père (75,7%) pâtissent principalement de cette situation comparativement aux orphelins de mère (15,7%) et ceux de plein statut (8,6%). Cette situation suppose un effritement de la solidarité à l'endroit de l'orphelin de père. Il en résulterait un affaiblissement de la résilience desdits orphelins dans un contexte culturel où l'absence du père rime souvent avec abandon des orphelins à la génitrice.

« La situation est plus compliquée chez les orphelins. Et on est tenu de faire un bon suivi. Avec ceux-là, on multiplie les visites pour nous assurer que les appuis qu'on apporte leur profite bien parce que la solidarité africaine dont on parle n'existe presque plus. C'est chacun pour soi surtout quand les rumeurs disent que le parent de l'enfant est mort du sida. Ça c'est vraiment compliqué pour l'enfant d'avoir suffisamment de nourriture ». El Responsable d'ONG, homme.

Le fait de prendre un repas plus petit que ce dont de besoin du fait de l'insuffisance de nourriture semble récurrent selon les OEV. Ils affirment dans 55,5% des cas que cette situation s'est produite au moins trois fois et au plus dix fois au cours des quatre dernières semaines ayant précédé l'étude comparativement à 44,5% dont la fréquence est estimée au maximum deux fois sur la même période.

Tableau 4 : Répartition des OEV enquêtés ayant pris un repas plus petit que ce dont il pensait avoir besoin du fait de l'insuffisamment de nourriture au cours des quatre dernières semaines selon le sexe, la tranche d'âge et le statut d'orphelin et fréquence

Caractéristiques sociodémographiques		Au cours des 4 dernières semaines, a dû sauter un repas parce qu'il n'y avait pas suffisamment à manger						Fréquence						Effectif
		Oui		Non		Ensemble		Rarement (1 à 2 fois au cours des 4 dernières semaines)		Quelquefois (3 à 10 fois au cours des 4 dernières semaines)		Souvent (plus de 10 fois au cours des 4 dernières semaines))		
		Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	Effectif	%	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	
Sexe	Masculin	92	46,7%	187	54,7%	279	51,8%	45	52,9%	32	40,0%	12	46,2%	89
	Féminin	105	53,3%	155	45,3%	260	48,2%	40	47,1%	48	60,0%	14	53,8%	102
	Total	197	37,5%	342	63,5%	539	100,0%	85	44,5%	80	41,9%	26	13,6%	191
Tranche d'âge des OEV	10-14 ans	124	62,9%	236	69,0%	360	66,8%	55	64,7%	54	67,5%	10	38,5%	119
	15-17 ans révolus	73	37,1%	106	31,0%	179	33,2%	30	35,3%	26	32,5%	16	61,5%	72
Statut d'orphelin	Oui	70	43,7%	90	56,3%	160		31	45,6%	29	42,6%	8	11,5%	68
Type d'orphelin	Père	53	75,7%	51	55,4%	104	64,2%	22	71,0%	25	86,2%	5	62,5%	52
	Mère	11	15,7%	27	29,3%	38	23,5%	6	19,4%	2	6,9%	2	25,0%	10
	Père et mère	6	8,6%	14	15,2%	20	12,3%	3	9,7%	2	6,9%	1	12,5%	6

Source : Données de l'étude, Février 2016

2.4.2 Saut de repas du fait de l'insuffisance de nourriture

La précarité alimentaire semble bien partagée par les OEV et leurs familles. Cette précarité est traduite par le saut de nourriture au cours de la journée. Les résultats de l'étude attestent que six OEV enquêtés sur dix (60,7%) ont dû sauter un repas au cours du mois précédent l'étude du fait de l'insuffisance de nourriture dans le ménage. Ce saut de repas participe ainsi à la non satisfaction d'un besoin physiologique important pour l'enfant en général et pour l'OEV en particulier. Pis, il réduit l'aspect socialisant du repas pris au sein de la cellule familiale généralement organisé autour des catégories d'âge des enfants et participe ainsi à rompre le lien social entre les membres de la famille. Le saut de repas observé dans la présente étude a particulièrement concerné les filles (52,9%) comparativement aux garçons (47,1%), les 10-14 ans (63,0%) et les orphelins de père (77,1%). En général, 63,6% des enfants ont sauté au moins trois fois au cours du mois précédent l'étude un repas contre 36,4% pour qui le saut s'est produit au plus deux fois (Tableau 5). La fréquence irrégulière de l'offre de kit alimentaire par les ONG combinée à la faible capacité des parents/substituts parentaux à faire face aux besoins alimentaires et nutritionnels renforcent ces sauts qui restent récurrents. Cette situation accroît la vulnérabilité des enfants que l'un d'eux exprime en ces termes :

« On n'a pas la chance des autres enfants. A la maison, on ne mange pas suffisamment. Souvent, comme les parents n'ont pas beaucoup d'argent, on ne mange pas. On saute des repas. Les kits alimentaires aussi, on ne reçoit pas souvent et ça ne suffit pas. Ce qu'ils font n'est pas assez ; ça ne me convient pas ». FGD, Lampté, Garçon, 17 ans

Tableau 5 : Fréquence de saut de repas chez les enquêtés au cours des quatre dernières semaines selon le sexe, la tranche d'âge et le statut d'orphelin

Caractéristiques sociodémographiques		Au cours des 4 dernières semaines, a dû sauter un repas parce qu'il n'y avait pas suffisamment à manger										Effectif		
		Oui		Non		Ensemble		Rarement (1 à 2 fois au cours des 4 dernières semaines)		Fréquence				
		Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	Effectif	%	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne		Effectif	N % colonne
Sexe	Masculin	56	47,1%	35	45,5%	91	46,4%	22	51,2%	25	42,4%	9	56,3%	56
	Féminin	63	52,9%	42	54,5%	105	53,6%	21	48,8%	34	57,6%	7	43,8%	62
	Total	119	60,7%	77	39,3%	196	100,0%	43	36,4%	59	50,0%	16	13,6%	118
Tranche d'âge des OEV	10-14 ans	75	63,0%	49	63,6%	124	63,3%	35	81,4%	33	55,9%	6	37,5%	74
	15-17 ans révolus	44	37,0%	28	36,4%	72	36,7%	8	18,6%	26	44,1%	10	62,5%	44
Statut d'orphelin	Oui	48	69,6%	21	31,7%	69		13	27,7%	26	55,3%	8	17,0%	47
Type d'orphelin	Père	37	77,1%	15	71,4%	52	75,4%	12	92,3%	18	69,2%	6	75,0%	36
	Mère	7	14,6%	4	19,0%	11	15,9%	1	7,7%	5	19,2%	1	12,5%	7
	Père et mère	4	8,3%	2	9,5%	6	8,7%	0	0,0%	3	11,5%	1	12,5%	4

Source : Données de l'étude, Février 2016

2.4.3 Se rendre au lit le ventre vide du fait de l'insuffisance de nourriture

Le fait de dormir le ventre creux du fait de l'insuffisance de nourriture dans le ménage a concerné environ un enquêté sur deux (49,6%). Cette situation concerne dans des proportions quasi-identiques les garçons (50,8%) et les filles (49,2%). Si le fait de se rendre au lit le ventre vide est rarement moins observé chez les filles (55,9), la fréquence est plus élevée chez les garçons où 55% ont dormi le ventre creux (Tableau 6). Cette situation constitue une épreuve certaine pour des enfants et adolescents infectés ou affectés par le VIH/sida. Elle est source de crise émotionnelle et d'angoisse dont Fatim en fait l'écho : « *Quand le soir arrive, on a peur parce que on n'a pas bien mangé le matin et à midi et on ne voit pas maman faire du feu. Souvent mes frères et moi, on va dormir sans manger. Vraiment c'est difficile pour des enfants comme nous* ». FGD, Filles, Alice, 15 ans.

Tableau 6 : Répartition des OEV enquêtés ayant dormi le ventre vide du fait de l'insuffisamment de nourriture au cours des quatre dernières semaines selon le sexe, la tranche d'âge, le statut d'orphelin et la fréquence

Caractéristiques sociodémographiques		Au cours des 4 dernières semaines, est allé/e au lit le ventre vide le soir parce qu'il n'y avait pas suffisamment à manger						Fréquence				Effectif		
		Oui		Non		Ensemble		Rarement (1 à 2 fois au cours des 4 dernières semaines)		Quelquefois (3 à 10 fois au cours des 4 dernières semaines)			Souvent (plus de 10 fois au cours des 4 dernières semaines)	
		Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	Effectif	% colonne		Effectif	% colonne
Sexe	Masculin	30	50,8%	26	43,3%	56	47,1%	15	44,1%	11	55,0%	4	100,0%	30
	Féminin	29	49,2%	34	56,7%	63	52,9%	19	55,9%	9	45,0%	0	0,0%	28
	Total	59	49,6%	60	50,4%	119	100,0%	34	58,6%	20	34,5%	4	6,9%	58
Tranche d'âge	10-14 ans	38	64,4%	36	60,0%	74	62,2%	24	70,6%	11	55,0%	3	75,0%	38
	15-17 ans révolus	21	35,6%	24	40,0%	45	37,8%	10	29,4%	9	45,0%	1	25,0%	20
Statut d'orphelin	Oui	22	45,8%	26	54,2%	48	100	11	50,0%	9	40,9%	2	9,1%	22
Type d'orphelin	Père	16	72,7%	21	80,8%	37	77,1%	8	72,7%	7	77,8%	1	50,0%	16
	Mère	4	18,2%	3	11,5%	7	14,6%	2	18,2%	1	11,1%	1	50,0%	4
	Père et mère	2	9,1%	2	7,7%	4	8,3%	1	9,1%	1	11,1%	0	0,0%	2

Données de l'étude, Février 2016

2.4.2 Journée entière et nuit sans manger du fait de l'insuffisance de nourriture

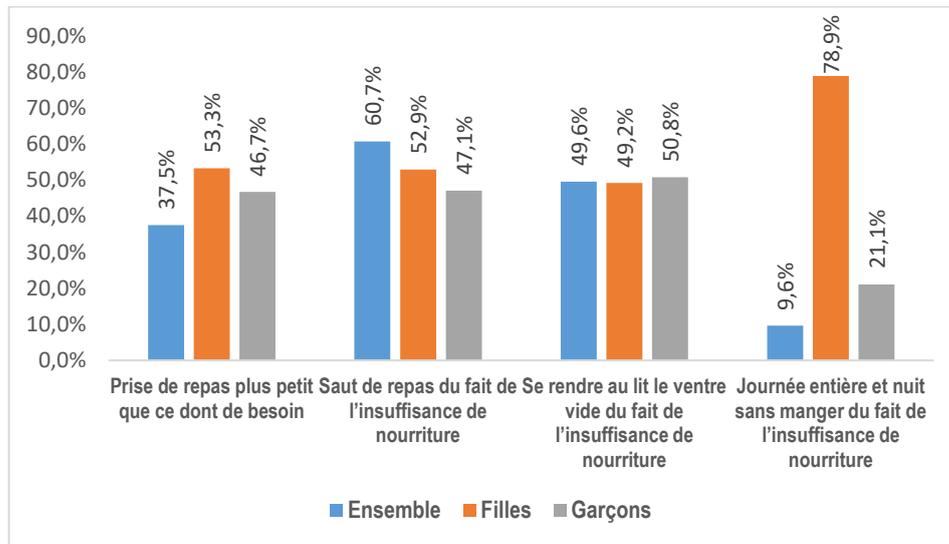
Avoir accès à une nourriture en quantité et en qualité reste primordial pour tout enfant. En situation de vulnérabilité comme celle liée au VIH/sida, l'accès à la nourriture est impératif pour assurer à la fois le développement psychomoteur de l'enfant évoluant dans des conditions qui s'avèrent pour la plupart difficiles. En situation de VIH/sida, l'alimentation est autant importante pour l'enfant infecté que celui affecté. L'étude fait le constat d'un manque de nourriture dans le quotidien des enfants enquêtés (Tableau 7). Cette situation est exacerbée chez certains enfants. Ainsi, à peine un enfant sur dix a passé une journée entière et une nuit sans manger du fait de l'insuffisance de nourriture dans le ménage. On observe cependant que les filles (78,9%) comparativement aux garçons (21,1%) connaissent des journées et des nuits sans nourriture ; fait qui se reproduit plus fréquemment chez elles que chez les garçons. Les difficultés économiques en termes d'insuffisance des ressources financières pour assurer la pitance quotidienne de familles d'OEV souvent pléthorique, justifient en partie cette insuffisance de nourriture ou le fait pour des enfants d'aller au lit le ventre creux.

Tableau 6 : Répartition des OEV enquêtés ayant passé une journée entière et une nuit sans manger du fait de l'insuffisamment de nourriture au cours des quatre dernières semaines selon le sexe, la tranche d'âge, le statut d'orphelin et la fréquence

Caractéristiques sociodémographiques		Au cours des 4 dernières semaines, a passé toute une journée et une nuit sans manger parce qu'il n'y avait pas suffisamment de nourriture										
		Oui		Non		Ensemble		Rarement (1 à 2 fois au cours des 4 dernières semaines)		Fréquence Quelquefois (3 à 10 fois au cours des 4 dernières semaines)		Effectif
		Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	
Sexe	Masculin	4	21,1%	88	49,4%	92	46,7%	1	12,5%	3	33,3%	4
	Féminin	15	78,9%	90	50,6%	105	53,3%	7	87,5%	6	66,7%	13
	Total	19	9,6%	178	90,4%	197	100,0%	8	47,1%	9	52,9%	17
Tranche d'âge	10-14 ans	13	68,4%	111	62,4%	124	62,9%	5	62,5%	6	66,7%	11
	15-17 ans révolus	6	31,6%	67	37,6%	73	37,1%	3	37,5%	3	33,3%	6
Statut d'orphelin	Oui	3	4,3%	67	95,7%	70	100,0%	2	66,7%	1	33,3%	3
	Père	3	100,0%	50	74,6%	53	75,7%	2	100,0%	1	100,0%	3
Type d'orphelin	Mère	0	0,0%	11	16,4%	11	15,7%	0	0,0%	0	0,0%	0
	Père et mère	0	0,0%	6	9,0%	6	8,6%	0	0,0%	0	0,0%	0

Source : Données de l'étude, Février 2016

Le graphique 2 fait la synthèse de la manifestation de l'accès à la sécurité alimentaire et à la nutrition.



Graphique 2 : Manifestations de l'accès à la sécurité alimentaire chez les OEV du fait du VIH/sida en Côte d'Ivoire

2.5 Comportements à risques chez les OEV

2.5.1 Consommation d'alcool

Composé chimique, l'alcool est un breuvage dont la consommation, bien que libre, est règlementée dans certains pays pour en limiter les effets sur les individus et la société (Bonte et Bruckert, 2021, p.5). Interdite en générale aux mineurs, sa consommation est une réalité sociale en Côte d'Ivoire (Dagnan et al., 2014, p.108; PNTA, 2009 ; Kouakou et al., 2022, pp.547-548)). Malgré le statut de mineur des populations enquêtées, 30,1% consomment des boissons alcoolisées (Tableau 8). Si cette consommation n'est pas corrélée au sexe, on note qu'elle est davantage le fait des garçons (57,6%) que des filles (42,4%). Paradoxalement, elle est plus prononcée chez les 10-14 ans (50,8%) que les 15-17 ans révolus (49,2%). Chez les orphelins, il est observé la consommation d'alcool par environ quatre enfants sur dix (37,9%). Si cette consommation d'éthanol n'est pas significativement associée au statut d'orphelin, les résultats indiquent qu'elle est davantage le fait des orphelins de père (86,4%) que de ceux de mère (13,6%). Les entretiens avec les enfants permettent de noter que la consommation de l'alcool résulte de leur difficile insertion dans la cellule familiale en l'absence de la figure paternelle principalement. Elle tient par ailleurs pour certains de ces OEV consommateurs d'éthanol à l'incompréhension liée à la prise quotidienne de médicaments sous-tendue par une absence d'explication sur le fondement de cette médication au long cours. Elle s'achève enfin dans le souci d'oublier les difficultés de la vie liées à leur statut d'enfant infecté ou affecté par le VIH/sida.

Tableau 7 : Répartition des OEV enquêtés ayant consommé une boisson alcoolisée selon le sexe, la tranche d'âge et le statut d'orphelin

Caractéristiques sociodémographiques		As déjà consommé une boisson contenant de l'alcool y compris de la bière, spiritueux					
		Oui		Non		Ensemble	
		Effectif	% colonne	Effectif	% colonne	Effectif	% colonne
Sexe	Masculin	34	57,6%	57	41,6%	91	46,4%
	Féminin	25	42,4%	80	58,4%	105	53,6%
	Total	59	30,1%	137	69,9%	196	100,0%
Tranche d'âge	10-14 ans	30	50,8%	93	67,9%	123	62,8%
	15-17 ans	29	49,2%	44	32,1%	73	37,2%
	révolus						
Statut d'orphelin	Oui	22	37,9%	48	35,0%	70	35,9%
	Non	36	62,1%	89	65,0%	125	64,1%
Type d'orphelin	Père	19	86,4%	34	70,8%	53	75,7%
	Mère	3	13,6%	8	16,7%	11	15,7%
	Père et mère	0	0,0%	6	12,5%	6	8,6%

Source : Données de l'étude, Février 2016

2.5.2 Moment et fréquence de consommation de boisson alcoolisée

La consommation de boisson alcoolisée, admise par trois enfants sur dix, s'effectue à des fréquences variables chez les adolescents infectés ou affectés par le VIH/sida. La plupart des enquêtés buvant de la boisson alcoolisée l'effectuent de façon occasionnelle (80,3%) quand 13,4% s'y adonnent de temps en temps et 6,3% au moins une fois par semaine (Tableau 9). Par ailleurs, plus de six OEV sur dix consomment au moins une fois par semaine de la boisson alcoolisée. L'adoption d'un tel comportement à risque s'enracine dans l'expérimentation de sensations nouvelles dans un environnement social perçu comme hostile.

« *Moi je consomme l'alcool car la vie est trop dure pour moi. Depuis la mort de mes parents, je n'ai personne pour s'occuper de moi car ma tante ne me traite pas bien. Je bois avec mes camarades pour me sentir bien et faire comme des enfants de mon âge* ». FGD Garçon, Clem, 16 ans.

En ce qui concerne le moment de cette consommation, 78,6% estiment que leur dernière consommation remonte à plus d'un mois quand 10,7% l'évaluent à une semaine. Seulement 3,6% en ont consommé le jour de la réalisation de l'étude et 7,1% à quelques jours précédents. A l'exception de la consommation de boisson alcoolisée la veille de la collecte de données où prédominent les filles (75,0%), on note que la totalité des garçons en a consommé le jour de l'enquête, 50,0% au cours des sept derniers jours et 59,1% il y a plus d'un mois.

Tableau 8 : Fréquence et moment de la consommation de boisson alcoolisée par les OEV enquêtés selon le sexe et la tranche d'âge

Fréquence de consommation de boisson alcoolisée									Moment de la dernière consommation de boisson alcoolisée											
Caractéristiques sociodémographiques	Seulement de temps en temps		Au moins une fois par semaine		De façon occasionnelle		Effectif	Effectif	N %	Effectif	N %	Hier/Il y a quelques jours		Il y a une semaine environ		Il y a plus d'un mois		Effectif		
	Effectif	N %	Effectif	N %	Effectif	N %						Effectif	N %	Effectif	N %	Effectif	N %		Effectif	N %
	colonne	e	colonne	e	colonne	e						colonne	e	colonne	e	colonne	e		colonne	e
Sexe	Masculin	10	58,8%	5	62,5%	59	57,8%	74	2	100,0%	1	25,0%	3	50,0%	26	59,1%	32			
	Féminin	7	41,2%	3	37,5%	43	42,2%	53	0	0,0%	3	75,0%	3	50,0%	18	40,9%	24			
	Total	17	13,4%	8	6,3%	102	80,3%	127	2	3,6%	4	7,1%	6	10,7%	44	78,6%	56			
Tranche d'âge des OEV révolus	10-14 ans	11	64,7%	6	75,0%	60	58,8%	77	2	100,0%	1	25,0%	4	66,7%	22	50,0%	29			
	15-17 ans	6	35,3%	2	25,0%	42	41,2%	50	0	0,0%	3	75,0%	2	33,3%	22	50,0%	27			

Source : Données de l'étude, Février 2016

3 Discussion

3.1 Une aide alimentaire limitée

Les résultats présentés ci-haut attestent d'une aide alimentaire limitée pour les OEV enrôlés dans le programme de soins et soutien aux OEV et à leurs familles. L'apport en kits alimentaires n'est centré que sur le tiers de la population étudiée. Cette limitation découle nul doute de la faible capacité des organisations à faire face aux divers besoins alimentaires et nutritionnelles des OEV et de leurs familles et à la taille des familles. En Côte d'Ivoire, la taille moyenne d'une famille étant de 5,2 personnes par ménage (INS, 2021), l'offre en alimentation et à la nutrition se présente comme une action limitée. Cette réalité est mise en lumière par B. Djoudalbaye (2007) qui va plus loin en décrivant l'appui reçu par les partenaires d'une association en faveur des orphelins infectés par le VIH et les adultes vivant avec le VIH au Burkina Faso. Cet appui, composé de cinq kilogrammes de farine et de maïs par personne et par mois, d'un litre d'huile et de quatre kilogrammes de lentilles ou de blé semble dérisoire pour couvrir les besoins familiaux aussi bien en quantité qu'en qualité d'autant plus que l'association dans sa propre organisation interne a élargi cet appui aux autres orphelins et enfants vulnérables très démunis. Certes, l'étude de l'offre de service au niveau de la sécurité alimentaire chez les OEV en Côte d'Ivoire ne révèle pas la nature des aliments distribués, leurs proportions, ainsi que les fréquences de réception. Mais, elle a l'avantage de présenter en dehors de la distribution des kits alimentaires, des services liés à la nutrition comme l'apport de suppléments nutritionnels, la potabilisation de l'eau et la démonstration culinaire. Hejoaka Fabienne (2014, p.68) rappelle, à ce propos en évoquant la réalité sociale d'une famille affectée par le VIH que :

« ... les dotations alimentaires (essentiellement du riz, de la farine de maïs et de l'huile) dont Victoire et ses filles bénéficiaient du fait de leur statut sérologique ne couvraient qu'une partie des besoins de la famille. Ces dotations, visant à l'origine à améliorer l'état nutritionnel des adultes et enfants infectés par le VIH, profitaient à l'ensemble de la famille, voire dans certains cas à des proches ou des voisins ».

C. César (2008), sous un autre angle, montre à travers son étude les différentes formes de l'aide alimentaire qui peuvent concerner les sans-papiers. Cette offre se décline en aide alimentaire gratuite qui prend en compte la distribution de repas, la constitution de colis et en aide alimentaire nécessitant une contribution financière. L'accès à la distribution de repas n'est pas limité dans le temps alors que l'accès aux colis l'est le plus souvent. Les conditions d'accès sont très hétérogènes dans la mesure où l'obtention des repas s'effectue librement et aucune justification n'est demandée au requérant à l'exception parfois d'une pièce d'identité. Pourtant l'inscription dans une distribution de colis peut requérir le montage d'un dossier administratif. L'offre relative à la sécurité alimentaire telle qu'abordée dans l'étude concernant les OEV en Côte d'Ivoire, ne comprend ni la distribution de repas ni la sollicitation d'une contrepartie financière. Ces offres sont en nature et composées de services à l'endroit des OEV. Aussi n'existe-t-il pas de condition spécifique pour bénéficier de ces offres pourvu qu'ils soient dans la catégorie sociale des OEV affiliés aux structures de prise en charge.

3.2 Précarité alimentaire en situation de vulnérabilité

Le saut des repas du fait de l'insuffisance de nourriture dans le ménage traduit une situation de précarité alimentaire dans laquelle se trouvent les OEV. Selon les résultats, 60,7% des OEV ont sauté un repas au cours du mois précédant l'enquête. Seulement un enfant sur dix a

passé une journée entière et une nuit sans manger par manque de nourriture. B. Djoudalbaye (2007) abonde partiellement dans le même sens lorsqu'il montre que seulement deux cas soit 6,7% des OEV interrogés au Burkina Faso ont reçu un repas par jour. Les 56,7% et 33,3% ont eu respectivement trois repas et deux repas par jour. Mais, dans la présente étude sur l'accès à la sécurité alimentaire et à la nutrition, les filles (52,9% contre 47,1% de garçons), les 10-14 ans (63,0%) et les orphelins de père (77,1%) sont les catégories sociales qui sont le plus en situation de précarité alimentaire. Cette catégorisation n'apparaît pas dans l'étude menée par B. Djoudalbaye.

J. Giraud, S. Robin, V. Bounaud, N. Texie (2014) vont dans le même sens en montrant que 13% des parents bénéficiant des services d'une structure de distribution de l'aide alimentaire en Poitou-Charentes et ayant au moins un enfant âgé entre 1 et 11 ans ne prennent qu'un repas par jour et 33% deux repas. Seuls 20% de l'échantillon ont déclaré ne jamais sauter de repas et 6% qui sautent un repas moins d'une fois par semaine. La fréquence des repas sautés est plus importante chez les parents bénéficiaires en situation de précarité élevée. Ils sont alors 48% dans ce cas contre 39% chez ceux ayant un score de précarité moindre. En outre, 6% des parents déclarent que leurs enfants sautent un repas deux à trois fois par semaine et 5% presque tous les jours.

Il est vrai que l'accès à la sécurité alimentaire est précaire chez les OEV et chez les bénéficiaires de l'aide alimentaire, toutefois le contexte demeure différent dans la mesure où les ménages des OEV sont plus vulnérables du fait de l'infection à VIH/sida. En général, soit ces ménages font face à la gestion quotidienne de l'infection, soit ils sont affectés par cette pathologie. Cette insécurité alimentaire est conditionnée par le faible ou l'insuffisant budget investi dans l'alimentation. En effet, rapporte FranceAgriMer (2020, p.27) « *La part de la dépense alimentaire étant de 45,6%, le budget moyen dédié à l'alimentation en Côte d'Ivoire est égal à environ 0,73€ par jour et par habitant (482 FCFA)* ».

3.3 Consommation d'alcool : facteur d'accroissement de la vulnérabilité des OEV

La consommation de l'alcool reste une évidence au vu des résultats susmentionnés. Cette propension à la consommation de l'alcool, beaucoup plus masculine que féminine, participe à l'accroissement de la vulnérabilité immunologique et sociale de l'OEV. Ce comportement, quoiqu'occasionnel pour la majorité des OEV, qui s'enracine dans des conditions sociales de vie de l'OEV, montre la précocité de l'acte de consommation de l'alcool. Cette précocité dans la consommation de l'alcool est affirmée par D. Bailly, A. Rouchaud, C. Garcia et Al (2015). Dans une enquête sur la consommation d'alcool chez 2 268 enfants et les jeunes adolescents, collégiens de l'Académie de Limoges entrant en classe de sixième, ils attestent que 73,4% ont déjà expérimenté l'alcool, 3,7% ont déjà été ivres au moins une fois tandis que 5,4% (8,5 % chez les garçons et 2,4 % chez les filles) ont rapporté consommer de l'alcool au moins une fois par mois et peuvent, à ce titre, être déjà considérés comme des consommateurs « réguliers ». De plus, ces consommateurs avaient plus de difficultés affectives, relationnelles et d'adaptation sociale par rapport aux autres élèves. Chez les OEV la proportion de consommation de boissons alcoolisées demeure élevée. Il est vrai qu'ils sont composés d'enfants et d'adolescents mais ceux-ci sont à la différence du contexte présenté par D. Bailly, A. Rouchaud, C. Garcia et al., en situation de vulnérabilité accentuée par l'infection à VIH. En outre, les implications affectives et relationnelles associées à la consommation de l'alcool chez les OEV n'ont pas été questionnées. Cependant, il y a une disparité entre le genre masculin et féminin dans la consommation des boissons alcoolisées.

Dagnan et al., (2014) confirment cette précocité de consommation de l'alcool chez les élèves en milieu urbain ivoirien. Ils évaluent l'âge moyen de consommation à 16,1 ans avec près de la moitié (48,8%) dont l'âge à la première consommation est compris entre 10 et 14 ans. Cette situation reste déterminée selon ces auteurs par plusieurs facteurs dont la possession d'une allocation hebdomadaire de plus de 5 000 francs CFA soit 7,62 Euro, le fait de vivre avec des parents consommant de l'alcool et la considération de l'alcool comme une boisson désaltérante ou ayant un effet antidépresseur par lesdits élèves.

E. Talnan, A. Anoh et B. Zanou (2004), dans un tout autre registre, analysent les comportements sexuels à risque chez les jeunes ivoiriens de 15 à 24 ans en montrant que le recours au préservatif ne repose pas principalement sur les conditions socioéconomiques et matérielles des individus mais sur les représentations au sujet des rapports entre partenaires et certaines rumeurs négatives. L'entrée en vie sexuelle, elle se fait de manière plus précoce dans les couches sociales défavorisées et la probabilité d'avoir des rapports sexuels avec plusieurs partenaires est plus élevée pour ces jeunes que pour ceux vivant dans des conditions socio-économiques meilleures. Contrairement aux risques évoqués par E. Talnan, A. Anoh et B. Zanou (2004), les OEV ont une forme de pratique à risque liée à la nutrition et à la sécurité alimentaire. Cette pratique de consommation de boissons alcoolisées n'est pas corrélée à un statut socio-économique. De plus, les OEV n'ont pas été interrogés sur les logiques qui motivent la consommation de l'alcool.

Conclusion

Priorité dans le contexte de la réponse nationale à la problématique des OEV, l'accès à la sécurité alimentaire et à la nutrition mobilise l'ensemble des acteurs intervenants sur ce pan singulier des soins et soutien aux OEV et à leurs familles. Les efforts en vue d'assurer le maintien de ceux-ci dans les projets et programmes manifestent l'engagement autant du PN-OEV que des acteurs à créer les conditions d'un accès plus généralisé à l'alimentation et à la nutrition. L'étude renseigne toutefois que cet accès est faible. Les services offerts ne comblent pas leurs besoins malgré la volonté politique affichée et le dynamisme des acteurs communautaires et reste inégale pour les filles. Les effets pervers de ce faible accès à l'alimentation et à la nutrition compromettent davantage la résilience en construction des OEV et leur pleine participation à la vie communautaire et nationale. Aussi les interventions gagneraient-elles à instaurer inverser la tendance afin de garantir un accès plus équitable pour les filles.

Références bibliographiques

- Bailly, D., Rouchaud, A., Garcia, C., Roehrig, C., Ferley, J-P. (2015). Consommation d'alcool chez les jeunes adolescents : enquête en milieu scolaire. Elsevier ; Archives de pédiatrie, Volume 22, Issue 5, pp.510-517
- Bonte, M., et Bruckert, M. (2021). Introduction : les cahiers d'Outre-Mer [En ligne], 283 | Janvier-Juin, mis en ligne le 29 novembre 2021, consulté le 03 janvier 2023. URL : <http://journals.openedition.org/com/12730> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/com.12730>
- César, C. (2008). Dépendre de la distribution d'aide alimentaire caritative, *Anthropology of food* [online], 6 september 2008, online since 06 septembre 2012, consulté le 28 decembre 2022. URL: <http://journals.openedition.org/aof/5073>; DOI: <http://doi.org/10.4000/aof.5073>

- Dagnan, N., S., Zengbé-Acray, P., Ahoussou, K. E. M., Ekou, F. K., Kouassi, D. P., Sablé, P. S., Oussou, K. R., Cissé, S., Soumahoro, S. I. (2014). Consommation d'alcool en milieu urbain chez les élèves du secondaire en Côte d'Ivoire. *Santé Publique*, Volume 26, n°1, pp.107-114
- DeMarco, R. (2005). *Conducting a participatory Situation Analysis of Orphans and Vulnerable Children by HIV/AIDS: Guidelines and Tools*. Family Health International, IMPACT, USAID, 210 p.
- Djoudalbaye, B. (2007). *Analyse de la prise en charge globale des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/sida à association des jeunes pour la promotion des orphelins (AJPO) de Ouagadougou*. Université de Ouagadougou - Master Professionnel en Population et Santé 2007, mémoire oneline.
- FranceAgriMer. (2020). *Etude sur les segments amont et aval du marché agricole de la Côte d'Ivoire : le secteur alimentaire en Côte d'Ivoire*, Ceresco, 61p.
- Giraud, J., Robin, S., Bounaud, V., Texier, N. (2014). *Les comportements alimentaires des familles bénéficiaires de l'aide alimentaire en Poitou-Charentes - Etude CAFALIM Poitou-Charentes*, Rapport n° 159. 83p, Poitiers, ORS.
- Hejoaka, F. (2014). La concurrence des souffrances. Genèse et usages électifs de la catégorie des orphelins et enfants vulnérables au temps du sida. *Presses de Sciences Po* | « Autrepart » 4 N° 72, pp. 59-75.
- Institut National de la Statistique et ICF. (2022). *Enquête Démographique et de Santé de Côte d'Ivoire, 2021 : indicateurs clés*. Rockville, Maryland, USA : INS/Côte d'Ivoire et ICF, 62p.
- Institut National de la Statistique. (2015). *Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire (ENV 2015) : Profil de pauvreté*, Abidjan, 91p.
- Institut National de la Statistique. (2007). *Enquête à indicateurs multiples, Côte d'Ivoire 2006, Rapport final*, Abidjan, Côte d'Ivoire : Institut National de la Statistique, 204p.
- Kouakou, A. A., Osséi, K., Tra bi Tra, I. (2022). Niveau de Recherche de Sensations et Comportement d'Alcoolisation Chez des Adolescents en Milieu Scolaire à Abidjan. *ESI Preprints*, pp.546-555, <https://doi.org/10.19044/esipreprint.12.2022.p546>
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2017). *Plan Stratégique National 2016-2020 de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles*. 105p.
- Ministère du Plan et du Développement et UNICEF. (2019). *Analyse de la situation des enfants et des femmes en Côte d'Ivoire : SITAN 2019. Partie 1*, 139p.
- N'da, P. (2002). *Méthodologie de la recherche : de la problématique à la discussion des résultats : comment réaliser un mémoire, une thèse en sciences sociales et en éducation*, Abidjan, Editions Universitaires de Côte d'Ivoire (EDUCI), 144p.
- N'guessan, T. S. (2023). Accès à l'éducation et à la mise en apprentissage des OEV dans un contexte de vulnérabilité lié au VIH/sida en Côte d'Ivoire. *Revue Africaine de Migration et Environnement*, Vol. 6 No Spécial 2, pp.265-288,
- N'guessan, T. S. (2020). Politique d'offre de soins et soutiens aux OEV et à leurs familles en Côte d'Ivoire. *Science et technique, Revue burkinabè de la recherche Lettres, Sciences sociales et humaines*, Vol. 36, n°2, pp.153-178
- Nyambedha, E. O., Wandibba, S., Aagaard-Hansen, J. (2003). Changing patterns of orphan care due to the HIV epidemic in western Kenya. *Social science & medicine*, vol. 57, no 2, p. 301-311.
- PNLTA. (2009). *Rapport Enquête Alcoolisme en milieu scolaire 2009* S.E.R. 14 p.

- République de Côte d'Ivoire. (2018). *Cartographie des Intervenants et des Interventions en Nutrition : Année 2016 – Zoom sur 3 régions sanitaires*, Abidjan, 44p.
- République de Côte d'Ivoire. (2015). *Analyse de la situation nutritionnelle en Côte d'Ivoire, rapport Juillet 2015*, Abidjan, 78p.
- République de Côte d'Ivoire. (2009). *Stratégie de relance du développement et de réduction de la pauvreté*, Abidjan, 198p.
- Ridde, V. (2006). Suggestions d'amélioration d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Vol. 21.2, p. 1-23.
- Talnan, E. , Amoakon, A., et Zanou, B. (2004). Inégalités sociales et comportements sexuels à risques chez les adolescents en milieu urbain Ivoirien. *Etude de la population africaine supplément B*, Vol.19, pp.54-72
- USAID/BASICS. (2008). *Basics Pediatric HIV Toolkit Orphan and Vulnerable Children Situation Analysis: Interview Guide for OVC Center Staff*
- Weaver, L., et Cousins J.B. (2005). Unpacking the participatory process. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 1, p.19-4