

# Politique d'offre de soins et soutiens aux OEV<sup>1</sup> et à leurs familles en Côte d'Ivoire

---

**Tenguel Sosthène N'GUESSAN<sup>2</sup>, Yao Eugene KONAN<sup>3</sup>,  
N'Guessan Claude KOUTOU<sup>4</sup>, Sacré Régis Mailly DIDI<sup>5</sup>,  
Ahou Chimène KOUA-DIEZOU<sup>6</sup>, Mireille Flore AHUI-ANKOTCHE<sup>7</sup>,  
Koumi Kassi Roger ANGAMAN<sup>8</sup>, Djeneba TRAORE-COULIBALY<sup>9</sup>  
et Solange AMETHIER<sup>10</sup>**

## Résumé

En Côte d'Ivoire où l'épidémie à VIH est généralisée (2,8%), l'accès aux services sociaux de base est compromis pour les OEV. La réponse étatique articulée autour de sept services vise l'amélioration de leur condition de vie. Dans quelle mesure cette politique d'offre de services y a-t-elle contribué ? Une étude quantitative et qualitative, conduite auprès de 541 OEV dans cinq régions du pays, ayant obtenu l'accord du comité national d'éthique, y répond. L'analyse des données a mobilisé les logiciels SPSS et MaxQDA. L'âge moyen est de 13,3 ans. 88,4% de la cible ont bénéficié d'un service. Seulement 11,6% ont reçu la totalité des sept services dont 42,9% de filles. L'offre, couvrant seulement 49% des 151 centres sociaux du pays, est plus orientée vers l'éducation et la mise en apprentissage (76,9%), le psychosocial (53,8%), la santé (50,3%) comparativement à la sécurité alimentaire/nutrition (44,5%), l'abri/soins (36,2%), la

---

<sup>1</sup> OEV : Orphelin et enfant rendu vulnérable du fait du VIH/sida

<sup>2</sup> N'GUESSAN Tenguel Sosthène, Socio-Anthropologue, Economiste de la santé, Enseignant-Chercheur, Université Nangui Abrogoua, UFR des Sciences de Gestion de l'Environnement, Chercheur Associé au Centre Suisse de Recherche Scientifique en Côte d'Ivoire, 17 BP 1052 Abidjan 17, [nguessans@yahoo.fr](mailto:nguessans@yahoo.fr)

<sup>3</sup> KONAN Yao Eugène, Médecin, Enseignant-Chercheur à l'Université Félix Houphouët-Boigny, Institut National de Santé Publique, [drkonaneugene@yahoo.fr](mailto:drkonaneugene@yahoo.fr)

<sup>4</sup> KOUTOU N'Guessan Claude, Sociologue, Enseignant-Chercheur à l'Université Félix Houphouët-Boigny, [nkoutou1@yahoo.fr](mailto:nkoutou1@yahoo.fr)

<sup>5</sup> DIDI Sacré Régis Mailly, Géomaticien, Université Nangui Abrogoua, [sacreregis@gmail.com](mailto:sacreregis@gmail.com)

<sup>6</sup> KOUA-DIEZOU Ahou Chimène, Educatrice spécialisée, Programme national de prise en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida (PN-OEV), [dizoua@yahoo.fr](mailto:dizoua@yahoo.fr)

<sup>7</sup> AHUI-ANKOTCHE Mireille Flore, Sociologue, PN-OEV, [ydjei@yahoo.fr](mailto:ydjei@yahoo.fr)

<sup>8</sup> ANGAMAN Koumi Kassi Roger, Assistant social, chef de service suivi/évaluation, PN-OEV, [kassyroger@yahoo.fr](mailto:kassyroger@yahoo.fr)

<sup>9</sup> TRAORE-COULIBALY Djeneba, Sociologue, CDC-PEPFAR, [djencoult@yahoo.fr](mailto:djencoult@yahoo.fr)

<sup>10</sup> AMETHIER Solange, Médecin, Directrice PN-OEV, [pnoev.amethier@yahoo.com](mailto:pnoev.amethier@yahoo.com)

protection (32,5%). Quel que soit le service offert, il est irrégulier et inadéquat aux besoins exprimés. Des efforts liés à sa régularité, à l'adéquation aux besoins exprimés, au passage à échelle, l'annonce du statut sérologique aux OEV et le continuum du service dans la communauté sont à accomplir en vue de leur donner sens.

**Mots clés :** Politique, Soins et soutien, OEV, VIH/sida

## Care and support policy for OVC<sup>11</sup> and their families in Côte d'Ivoire

### Abstract

In Côte d'Ivoire where HIV/AIDS epidemic is widespread (2,8%), access for OVC's to basic social services is compromised. The national response is articulated around seven services aims to improve their living conditions. To what extent has this service delivery policy contributed to it? A qualitative and quantitative study conducted among 541 OVCs in five regions of the country, with the national ethic committee board agreement answer it. Data analysis mobilized SPSS and MaxQDA software. The average age is 13.3 years. 88.4% of the 541 OVC received a service and only 11.6% of the total, 42.9% of whom were girls. The offer covering only 49% of the country's 151 social centers is more oriented towards education and apprenticeship (76.9%), psychosocial (53.8%) and health (50.3%) compared to food security and nutrition (44.5%), shelter and care (36.2%) and protection (32.5%). Regardless of the support offered, it is irregular and inadequate to the needs expressed. Efforts related to its regularity, adequacy to the needs expressed, the scaling up, the announcement of the serological status of OVC and the continuum of service in the community is to be accomplished to give them meaning.

**Key Words:** Policy, Care and Support, OVC, HIV/AIDS

### Introduction

Malgré une tendance à la baisse passant de 3,7% en 2012 (INS et ICF International, 2012) à 2,8% en 2018 (MSHP, 2018), l'épidémie de VIH reste généralisée et concentrée en Côte d'Ivoire. L'infection à VIH constitue, avec le paludisme et les diarrhées, l'une des principales causes de mortalité chez l'adulte et les enfants qui en payent un lourd tribut. On estime, en effet, à 460 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH dont 31 000 enfants de 0 à 14 ans (ONUSIDA, 2018).

En ce qui concerne les enfants et adolescents âgés de 0 à 19 ans, 2,8 millions vivaient avec le VIH dans le monde dont neuf dixième en Afrique subsaharienne en 2018 (UNICEF, 2019). En Côte d'Ivoire, l'identification d'un orphelin et enfant vulnérable

---

<sup>11</sup> OVC: Orphan and vulnerable child made by HIV/AIDS

du fait du sida tient compte d'un certain nombre de critères non cumulatifs relatifs à l'âge (0-18 ans étendu à 21 ans depuis 2018 dans le document de politique nationale), au statut d'orphelin (père, mère, plein statut), au statut sérologique positif, à la présence d'un enfant rendu orphelin par le sida dans la famille, à l'impact économique de la pandémie sur la famille, à l'exposition au risque du VIH (MFFAS, 2011 ; MFPEP, 2018). De cette approche définitionnelle, le pays enregistre 476 391 OEV séropositifs et affectés par le VIH (INS et PN-OEV, 2016). Malgré une stabilisation du taux de l'infection, ce nombre pourrait s'accroître eu égard au faible taux de dépistage du VIH en Côte d'Ivoire. Le VIH chez les enfants est une préoccupation mondiale d'autant plus qu'il décime cette population et a tendance à conduire le « monde au bord du gouffre » (ONUSIDA, 2004). Il fait ainsi évoluer les enfants dans un avenir incertain quand bien même des progrès aient été accomplis (Unicef, 2011) et conduit ainsi à définir un nouveau mouvement mondial où les enfants sont au cœur des objectifs du développement durable (The Lancet Commission, 2020).

La situation sociale de ces enfants reste précaire d'autant plus qu'ils évoluent dans des familles affectées par le VIH dans un contexte de pauvreté laissant subsister une catastrophe humanitaire (ONUSIDA, 2004). L'infection à VIH a un impact sur les ménages et les enfants. Certains en sont directement affectés tandis que d'autres le sont indirectement à travers ses effets sur la communauté. Au niveau des ménages, le Document de Stratégie et de Réduction de la Pauvreté (DSRP) révèle qu'un cas d'infection par le VIH entraîne en moyenne une augmentation de 44% des dépenses de ceux-ci (RCI, 2009) ; ce qui accroît la vulnérabilité de ces ménages et réduit les possibilités pour les OEV d'avoir accès aux services sociaux les plus fondamentaux comme l'alimentation et la nutrition, la santé, l'éducation, la protection (possession d'un extrait de naissance), le logement et l'affection. Il est indiqué, en effet, qu'une nourriture insuffisante, une malnutrition et le manque d'accès à l'éducation et aux soins de santé peuvent constituer des problèmes graves pour tous les enfants dont la vie est affectée par le VIH ou le sida. La réponse nationale à cette problématique en Côte d'Ivoire a consisté en la création d'un programme aux fins d'orienter la politique nationale en la matière. Les interventions mises en œuvre pendant plus d'une décennie ont pour but l'amélioration des conditions de vie des OEV et de leurs familles. Dans quelle mesure cette politique d'offre de services y a-t-elle contribué ? Tel est l'objet de la présente réflexion qui lève un coin de voile sur cette politique et son impact sur le quotidien des enfants enrôlés dans les projets et programmes de soins et soutien aux OEV.

## **I. Méthodologie**

La présente étude a adopté une méthodologie mixte combinant ainsi les approches qualitative et quantitative. L'aspect quantitatif a mobilisé l'élaboration d'un questionnaire adressé aux enfants. L'aspect qualitatif a, outre la conduite des entretiens à l'aide d'un guide d'entretien, mis un accent singulier sur la revue documentaire qui a favorisé la revue et l'analyse des documents officiels produits par les services du ministère en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH (OEV). L'exploitation de ces documents a permis le recueil d'informations par exemple sur la politique nationale d'offre de soins et soutien.

### **1.1 Cadre de l'étude**

Dans la mise en œuvre de la politique nationale en direction des OEV, l'offre de soins et soutien est sensée couvrir l'ensemble du territoire national. Dans la pratique, cette couverture n'est pas totale mais reste représentative de l'ensemble du territoire national. Le champ géographique couvert par cette étude concerne cinq localités ou régions administratives. Un choix raisonné, fondé sur la prévalence du VIH, la densité de la population, l'année de réalisation de l'analyse situationnelle conduisant à la mise en place de la plateforme de collaboration OEV, la nécessité de couvrir les grands ensembles géographiques du pays (Est, Sud-Ouest, Ouest, Sud et Centre) et les contraintes budgétaires, a été utilisée pour la sélection des sites de l'étude (*Tableau I*). Le champ géographique a ainsi concerné les centres sociaux d'Abobo au Sud (représentant la ville d'Abidjan considérée ici comme une région administrative et en son sein, Abobo qui fait partie de la direction régionale Sud du Ministère en charge des Affaires Sociales), de San-Pedro au Sud-Ouest, de Man à l'Ouest, de Bondoukou à l'Est et de Bouaké au Centre.

**Tableau 1** : Éléments justificatifs du choix des sites d'étude

Région	Localité	Localisation	Année de réalisation de l'analyse situationnelle et de mise en place de la PFC OEV	Prévalence du VIH <sup>12</sup>	Population totale <sup>13</sup>
District Autonome d'Abidjan	Abobo (Abidjan)	Sud	2005/2009	3,4%	1 276 633
Gontougo	Bondoukou	Nord-Est	2005/2009	3,0%	361 570
Gbèkè	Bouaké	Centre	2007/2009	2,7%	749 129
Tonkpi	Man	Ouest	2007/2009	3,2%	387 467
San-Pedro	San-Pedro	Sud-Ouest	2005/2009	2,1%	668 442

## 1.2 Population de l'étude et échantillonnage

La population cible de cette étude est constituée principalement des OEV infectés (séropositifs) et affectés par le VIH/sida. Ils constituent la principale cible du Programme national de prise en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/Sida (PN-OEV), pour qui et autour desquels est organisée l'offre de soins et soutien par les organisations des secteurs public, privé et communautaire. De fait, le ciblage des OEV constitue non seulement une réponse nationale à la problématique générale du VIH dans le pays mais aussi l'engagement ferme de l'État Ivoirien à donner un « visage humain » à la lutte contre ce fléau social dans le pays. Les OEV constituent ainsi l'épicentre de la politique nationale en tant que destinataires finaux des interventions entreprises sur le territoire national.

La sélection des OEV s'est faite sur la base d'un certain nombre de critères. Ainsi a été inclus dans l'étude tout OEV ayant un âge compris entre 10 et 17 ans révolus, ayant bénéficié des services d'une ONG, ayant donné son assentiment pour y participer et dont

<sup>12</sup> La prévalence ici mentionnée est celle issue de L'évaluation de l'impact du VIH dans la population ivoirienne (CIPHIA) 2017-2018. La prévalence du VIH fait référence aux prévalences du VIH 1 et du VIH 2.

<sup>13</sup> Les données ici présentées sont les estimations de l'Institut National de la Statistique (INS) à partir des résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 2014, dernier recensement de la population en Côte d'Ivoire.

le consentement éclairé du parent/substitut parental pour sa participation a été obtenu au préalable.

La base de sondage était constituée de la liste des OEV des cinq régions retenues pour l'étude. Les OEV ayant un âge inférieur à 10 ans ont été retirés de la base de sondage. La méthode d'échantillonnage systématique a été utilisée. Son choix a reposé, d'une part sur la disponibilité de la liste exhaustive des OEV et, d'autre part, parce qu'elle a permis de disposer d'un échantillon représentatif de ces OEV au niveau des zones de l'étude. Au sein de chaque ONG, les listes nominatives d'OEV ont servi de base de sondage.

Compte tenu des contraintes budgétaires, de temps et de ressources humaines, il a été décidé de mener cette évaluation auprès de 3% des 14 408 OEV pris en charge. Cela représente 432 personnes. En estimant à 20% le taux de non-réponse, la taille des OEV à enquêter a été estimée à 540 individus. Au total 541 OEV ont été enquêtés (*Tableau II*).

**Tableau I :** Effectif d'OEV et de parents/substituts parentaux à enquêter par site

Région	Centre social abritant une PFC	Nombre d'OEV éligibles ayant reçu au moins un type de service	Echantillon d'OEV à enquêter	Nombre d'OEV enquêtés
District Autonome d'Abidjan	Abobo	3 281	123	123
Gontougo	Bondoukou	1 734	65	66
Gbèkè	Bouaké	6 138	230	227
Tonkpi	Man	1 994	75	75
San-Pedro	San-Pedro	1 261	47	50
<b>TOTAL</b>		<b>14 408</b>	<b>540</b>	<b>541</b>

### 1.3 Collecte de données

La collecte de données a été participative et inclusive (DeMarco, 2005 ; Ridde, 2006 ; USAID/BASICS, 2008 ; Weaver, 2005). Elle a combiné les approches quantitative et qualitative (N'da, 2015) et s'est déroulé sur une période trois semaines d'abord à Abidjan (Abobo) et ensuite dans les localités de Bondoukou, Bouaké, Man et San-Pedro.

Dans chacune des zones de l'enquête, les équipes de collecte de données ont, dans chaque ONG sélectionnée, procédé à l'actualisation des listes d'OEV, sollicité les contacts téléphoniques des parents/substituts parentaux sélectionnés, les ont joints par téléphone, avec l'appui des conseillers communautaires des ONG, pour les informer sur la conduite de l'étude en précisant la date, le lieu et l'heure. A domicile, l'administration du questionnaire s'est effectuée en l'absence du conseiller communautaire mais à la vue des parents dans des conditions offrant une confidentialité auditive.

La collecte de données a été précédée des approbations du Comité National d'Éthique de la Recherche de Côte d'Ivoire (CNER) et du Center for Diseases Control (CDC) Atlanta. Au cours de l'étude, chacune des cibles y a participé volontairement. Leur accord s'est traduit par la signature du consentement éclairé en double exemplaire (parent/substitut parental, directeur de centre social, responsable d'ONG) administré. L'assentiment des enfants, obtenu dans des conditions identiques, a été précédé du consentement éclairé du parent/substitut parental. Un exemplaire du consentement éclairé et de l'assentiment a été remis à chacun des participants. L'enquête a été anonyme et confidentielle en faisant fond sur les dispositions éthiques au plan national qu'international (CIOMS, 2003). Les OEV et les parents/substituts parentaux ont bénéficié d'une compensation pour le temps de participation à l'étude et le transport. En outre une collation a été offerte à ceux ayant participé aux focus group discussion. L'ensemble des acteurs intervenants dans le processus de gestion des données (investigateurs, superviseurs, enquêteurs et opérateurs de saisie) ont obtenu un certificat portant sur l'éthique de la recherche et signé une déclaration de confidentialité avant le démarrage de l'étude.

Le traitement des données quantitatives a été effectué au moyen du logiciel CSPro v6.2. Une double saisie a été effectuée. L'analyse a été réalisée avec le logiciel S.P.S.S v22. Les variables clés ont été analysées pour l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le statut socio-professionnel et économique. Le traitement des données qualitatives a consisté en la transcription des fichiers audio et la saisie des données sur Microsoft Word. Ces transcriptions ont été ensuite transférées dans le logiciel MaxQDA. Pour l'analyse, ces données ont fait l'objet de codage par thèmes, sous thèmes et idées avec un regroupement de textes par thèmes ou idées communes.

## II. Résultats

### 2.1 Dispositifs ou instruments de mise en œuvre

La mise en œuvre de la politique nationale d'offre de soins et soutiens aux OEV et leurs familles s'articule autour de la création d'un programme du même nom qui se prolonge dans l'adoption d'une politique nationale d'offre de soins et soutien. Elle s'appuie sur un plan stratégique, entendu comme instrument d'orientation de la politique nationale, un cadre juridique et institutionnel de mise en œuvre de la politique nationale et la stratégie holistique de la plateforme de collaboration OEV.

#### *2.1.1 Création d'un Programme National de prise en charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida*

Face à la problématique sociétale des orphelins du fait du sida, la réponse nationale s'est traduite par la création en 2003 du Programme National de prise en charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida en abrégé PN-OEV par Décret N°2003-383 du 9 octobre 2003 portant organisation du Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés (MSSSH). Son organisation et son fonctionnement sont régis par l'Arrêté N°0015/MSSSH/CAB du 15 décembre 2003.

Cette institutionnalisation découle de l'engagement d'acteurs constitués en groupe de travail technique sur la thématique des « orphelins du sida » créée en 2000 et dénommé Cellule de Réflexion sur la problématique des Orphelins du sida (CEROS). Son évolution dans le temps en fait aujourd'hui un organe consultatif rattaché au Ministère en charge de la famille, dont la mission est d'impulser la réflexion sur la problématique des OEV et de proposer des stratégies en vue de leur intégration sociale réussie. Ce faisant cette cellule, devenue avec l'Arrêté N°104/MFFAS/CAB du 02 septembre 2009 le Comité de Réflexion sur la problématique des Orphelins et autres enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida (C-ROS) oriente le PN-OEV dans ses différentes missions (coordination, planification, mobilisation de ressources, suivi et évaluation) et contribue au développement de la politique nationale en matière de soins et soutiens des OEV.

Le PN-OEV, conformément à l'Arrêté de création, a pour mission de développer la politique nationale en matière de soins et soutien aux OEV et leurs familles et de veiller à sa mise en œuvre. Dans cette perspective, un document de politique (MFFAS, 2010)

actualisé et tenant compte des acquis et défis actuels formalise la vision et les orientations nationales en matière d'offre de soins et soutien dans le pays. Soutenue par un ensemble de documents de référence <sup>14</sup>(MFFAS, 2005 ; MFFAS, 2007a ; MFFAS, 2007b ; MFFAS, 2008 ; MFFAS, 2009), la réponse nationale à la problématique des OEV et leurs familles articule l'offre de service autour de sept soutiens notamment la sécurité alimentaire et la nutrition, les soins de santé, l'éducation et la mise en apprentissage, le psychosocial, l'abri et les soins, la protection et le renforcement économique durable.

### ***2.1.2 Adoption d'une politique nationale d'offre de soins et soutien***

En s'engageant dans la protection de l'enfant vulnérable du fait du VIH, l'État a confié au PN-OEV, outre la coordination des interventions, la définition et l'orientation stratégique de l'offre de services. Dans ce sens, le PN-OEV en collaboration avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine et la protection des enfants a défini des domaines d'actions qui couvrent les différents aspects de la vie de l'enfant. L'offre de services a ainsi été articulée autour de sept services pour tenir compte des différents aspects de la vie. Il s'agit de la i) sécurité alimentaire et de la nutrition, ii) des soins de santé, iii) de l'éducation et la mise en apprentissage, iv) du psychosocial, v) de l'abri et des soins, vi) de la protection et du vii) renforcement économique et social. Une déclinaison de ces différents services permet de comprendre que :

- le soutien à la sécurité alimentaire et à la nutrition s'inscrit dans une perspective d'assurer une alimentation adéquate, adaptée et équilibrée aux OEV. Les appuis offerts dans ce domaine se subdivisent en deux aspects dont le premier a trait à sécurité alimentaire et le deuxième à la nutrition. Le soutien en sécurité alimentaire est « *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*

---

<sup>14</sup> L'arsenal de documents de référence se compose outre le document de politique nationale du Plan stratégique national, du document des directives en matière d'offre de service, du document concept du centre social restructuré, du document cadre de la stratégie d'intervention, du plan suivi/évaluation, du document des Standards pour l'amélioration de la qualité des services offerts aux OEV, d'un guide AGR, d'un manuel de formation en soins et soutien aux OEV et d'un manuel de procédure de gestion des données OEV.

*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) ;

- le soutien aux soins de santé concerne « *l'ensemble des interventions permettant à l'enfant d'acquérir et de conserver une bonne santé physique, mentale et sociale ; ou d'améliorer sa qualité de vie* » (MFFAS, 2005, p. 51) et vise le maintien de l'OEV en bonne santé et son accès aux soins en cas de nécessité ;

- le soutien à l'éducation et la mise en apprentissage se rapporte à « *l'ensemble des moyens et services nécessaires à la scolarisation et à la formation professionnelle des OEV* » (MFFAS, 2005, p. 50) ;

- le soutien psychosocial est « *une relation d'aide basée sur l'écoute, l'expression et l'observation en vue d'aider les OEV à surmonter les difficultés qui perturbent leur équilibre psychologique et entravent leur adaptation sociale. Il prend en compte les besoins physiques, émotionnels, sociaux, mentaux et spirituels considérés comme essentiels pour le développement humain* » (MFFAS, 2005, p. 50). Il vise à aider l'enfant à s'intégrer dans tous ses réseaux (familles, amis, communauté, service) et à être capable de surmonter les défis de la vie ;

- le soutien pour l'abri et les soins regroupe « *l'ensemble des interventions consistant, d'une part à assurer à l'OEV un habitat sain et protecteur et d'autre part à promouvoir un environnement familial qui lui offre affection, assistance et attention* » (MFFAS, 2005, p. 50) ;

- le soutien à la protection est constitué de « *l'ensemble des interventions visant à permettre à l'enfant de bénéficier des dispositions juridiques garantissant le respect de ses droits, et lui assurant un accès aux services sociaux de base (santé, éducation, nutrition, juridique, abri et soin)* » (MFFAS, 2005, p. 50). Il vise à garantir le respect des droits de l'enfant et lui assurer un accès aux services sociaux de base ;

- le soutien pour le renforcement économique est « *l'ensemble des interventions techniques, matérielles et financières menées en vue d'assurer que les familles des OEV soient financièrement autonomes et subviennent elles-mêmes aux besoins de leurs enfants* » (MFFAS, 2005, p. 51). Ce dernier service est transversal. En effet le renforcement économique participe de la résolution de l'ensemble des difficultés vécues par l'OEV et sa famille. Il vise l'autonomisation financière des familles des OEV.

Chaque soutien revêt un contenu varié avec pour objectif de concourir au mieux à la satisfaction du besoin de l’OEV dans ledit domaine. Il importe toutefois de mentionner que le soutien relatif au renforcement économique durable reste transversal. Sa satisfaction a des implications sur l’ensemble des autres soutiens et reste déterminant dans la réduction de la vulnérabilité sociale et économique des familles des OEV. Par ailleurs, il est généralement offert aux parents/substituts parentaux des OEV et dans des cas prouvés, à l’OEV chef de ménage.

Dans le cadre de la mise en œuvre, l’offre de soins et soutien n’est pas cumulable. Il va sans dire que ces sept services ne sont donc pas cumulables pour un même OEV dans le cadre du soutien à lui apporter. Si pendant longtemps, du moins durant les premières années d’intervention, les partenaires de mise en œuvre ont privilégié l’approche quantitative de l’offre de service, l’approche axée sur l’amélioration de la qualité (AQ) du service offert a permis de recentrer cette offre sur le besoin prioritaire de l’enfant (URC, 2011a ; 2011b). Avec cette stratégie, l’offre est basée sur l’identification du besoin prioritaire de l’OEV. L’identification du besoin prioritaire, dont le but ultime est de favoriser la prise en charge optimale de l’OEV et de sa famille, se fait à partir de l’outil d’évaluation du statut de l’enfant en anglais Child Status Index (CSI) et d’autres informations collectées auprès des membres de la maisonnée et de l’environnement social de l’OEV à prendre en charge.

### ***2.1.3 Plan stratégique : instrument d’orientation de la politique nationale en faveur des OEV***

La réponse à une problématique nationale comme celle des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH se traduit, au terme de l’institutionnalisation du programme national ciblant ces enfants, par l’adoption d’un plan stratégique qui résume tout le programme de société sur ladite problématique. Le plan stratégique national constitue le cadre d’orientation stratégique et d’actions prioritaires en matière de soins et soutien aux OEV et leurs familles sur toute l’étendue du territoire ivoirien. Sur le sujet, trois plans stratégiques 2004-2006, 2007-2010, 2016-2020 et un plan intérimaire entre 2011-2014 ont été élaborés (MFFAS, 2004 ; MFFAS, 2007 ; MSFFE, 2015). Ces différents plans, fruit d’un processus participatif impliquant les OEV eux-mêmes, s’inscrivent dans la continuité des interventions les uns à la suite des autres et visent à assurer une lisibilité et une cohérence effective dans les interventions en direction de la cible dont il a le mandat.

Le plan stratégique 2016-2020, dernier en date, articulé autour de six domaines d'actions prioritaires notamment i) le renforcement économique pour l'autonomisation des familles d'OEV, ii) la protection et la lutte contre les violences basées sur le genre chez les OEV et leurs familles, iii) la coordination, la mobilisation des ressources et la gouvernance, iv) l'accès des OEV et leurs familles aux soins et soutien, v) le renforcement du système social pour l'appropriation et la pérennisation et vi) le suivi/évaluation et la recherche opérationnelle est fondée sur l'équité et la justice sociale. Ce plan ambitionne ainsi d'assurer les soins et soutien à 60% des 476 391 OEV estimés et leurs familles au terme dudit plan, en vue d'améliorer la qualité de vie de 75% d'entre eux-ci. Il importe de souligner qu'avec les plans précédents 172 546 OEV et leurs familles ont bénéficié de soins et soutien représentant 75% de la cible sur la période 2010-2015 (MSFFE, 2014).

#### **2.1.4 Cadre juridique et institutionnel de mise en œuvre de la politique nationale**

##### **a. Cadre juridique**

La réponse à la problématique des OEV en Côte d'Ivoire repose sur un ensemble de dispositions qui tiennent compte du contexte juridique national et international. Le cadre juridique international s'enracine dans des instruments juridiques tels que la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples de 1981, la Convention des Droits de l'Enfant (CDE), la Charte Africaine des Droits et du bien-être de l'Enfant et les conventions 138 et 182 de l'OIT qui ont tous été ratifiés par le Gouvernement ivoirien.

En Côte d'Ivoire, la loi fondamentale adoptée le 8 novembre 2016, en son Article 32, qui stipule que « *L'État s'engage à garantir les besoins spécifiques des personnes vulnérables. Il prend les mesures nécessaires pour prévenir la vulnérabilité des enfants, des femmes, des mères, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il s'engage à garantir l'accès des personnes vulnérables aux services de santé, à l'éducation, à l'emploi, à la culture, aux sports et aux loisirs* » et les lois ordinaires (code civil traitant des personnes, code pénal et code de procédure pénal, code du travail) émanant des différents secteurs (éducation, santé, nutrition et sécurité) institutionnalisent la protection de l'enfant.

##### **b. Cadre institutionnel de mise en œuvre de la politique nationale**

L'Arrêté n°015/MSSH/CAB du 15 décembre 2003 portant création, organisation et fonctionnement du PN-OEV place sous la tutelle du Ministère en charge des Affaires

Sociales ledit programme. Dans la mise en œuvre de la politique, l'articulation structurelle fait intervenir le niveau central et le niveau périphérique.

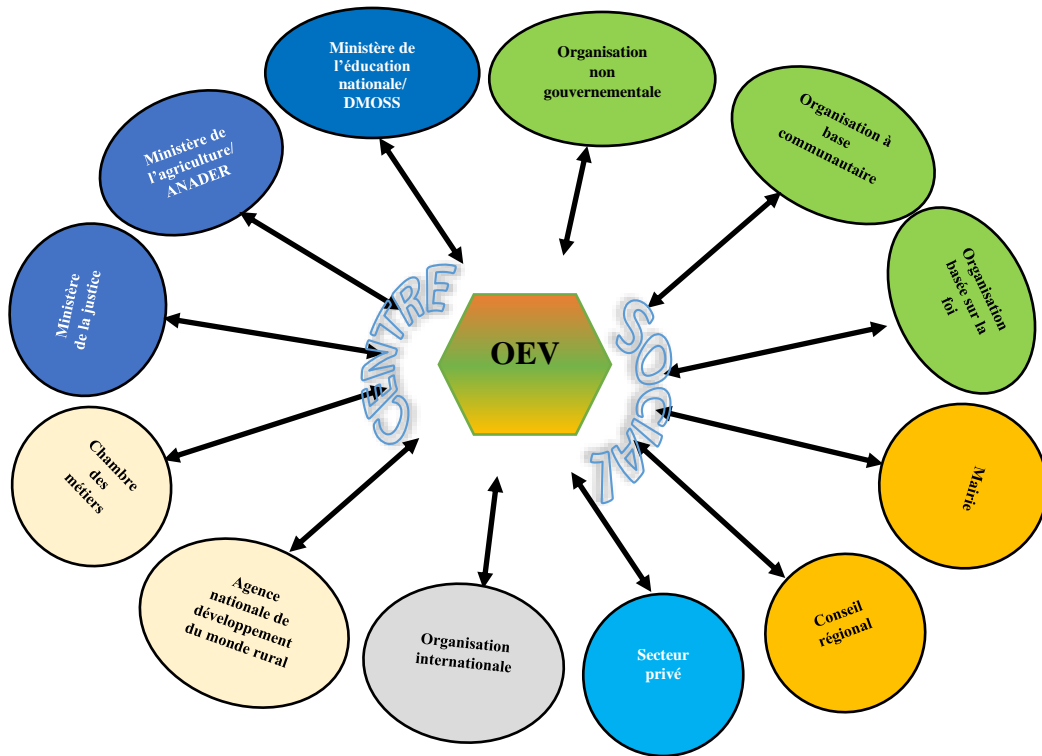
Le niveau central se compose ainsi i) du Comité de Réflexion sur la problématique des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida (C-ROS), organe consultatif chargé d'impulser la politique nationale, ii) du PN-OEV, coordonnateur de l'ensemble des interventions sur la thématique des OEV dans le pays, iii) des services rattachés au ministère de tutelle, iv) des ministères techniques notamment la santé, l'éducation, la justice et les droits de l'homme, etc. et v) des partenaires techniques et financiers.

Le niveau périphérique regroupe les directions régionales du ministère de tutelle y compris celles des ministères impliqués dans la réponse nationale, des structures sociales (complexe socio-éducatif, centre d'éducation spécialisée, centre social, centre de protection de la petite enfance, centre d'animation communautaire pour l'enfance et des institutions spécialisées) et des organisations de la société civile. L'offre de service est assurée par celles-ci et la coordination des interventions est assurée, au niveau local, par le centre social à travers la stratégie de la plateforme de collaboration (PFC).

### ***2.1.5 Stratégie d'offre de soins et soutiens aux OEV et à leurs familles : la plateforme de collaboration OEV***

Pour une efficacité des interventions et dans l'optique d'atteindre les résultats assignés, la stratégie de la plateforme de collaboration a été initiée et adoptée par les parties prenantes au processus d'offre de soins et soutien aux OEV et leurs familles. Approche novatrice et holistique, la plateforme de collaboration (*Figure 1*) constitue un « *cadre de réflexion et d'échanges sur la problématique des OEV entre la communauté, les ONG et le centre social. Elle regroupe divers acteurs émanant des secteurs public (structures déconcentrées et décentralisées), privé et de la société civile, engagés dans la prise en charge et/ou dans la conception de stratégies en vue d'apporter une réponse locale adaptée aux besoins des OEV et leurs familles* » (MFFAS, 2008, p.8). La mise en place de la stratégie de la PFC s'est effectuée de façon progressive du Sud au Nord et d'Est en Ouest de 2005 à 2019. Cette stratégie, déployée dans soixante-quatorze centres sociaux, est un vecteur important dans la stratégie du PN-OEV visant à trouver des réponses adéquates à la question des OEV. Sa coordination relève du centre social.

**Figure 1** : Stratégie de la plateforme de collaboration OEV



Source : PN-OEV, 2016, Adaptation N'Guessan et al., 2020

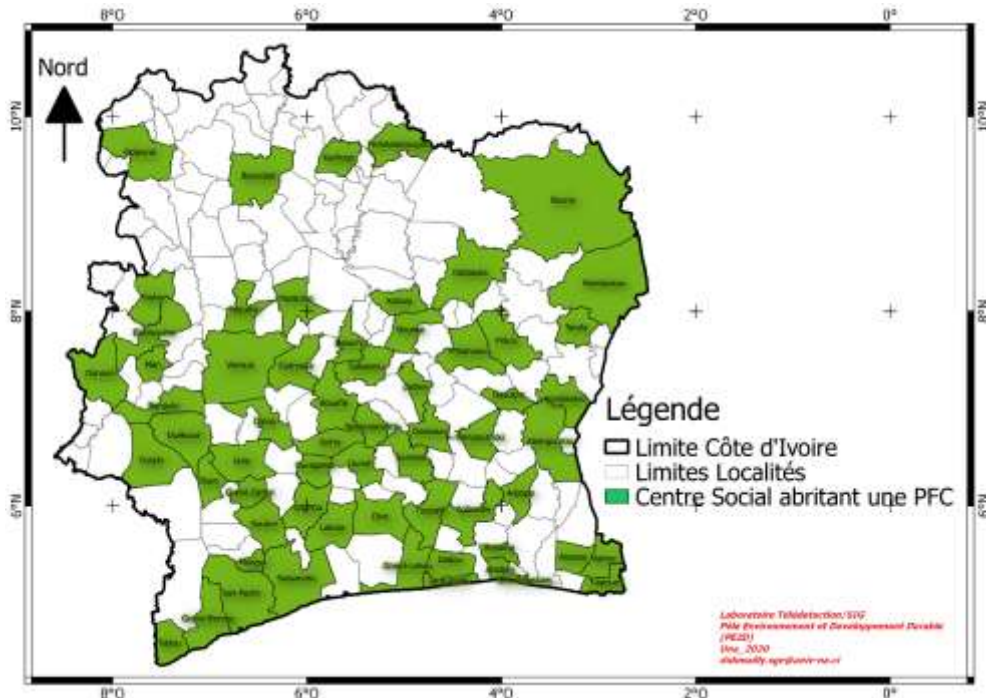
## 2.2. Résultats de la mise en œuvre de la politique

### 2.2.1 Couverture nationale de l'offre de services

Depuis sa création, le PN-OEV a engagé l'offre de services sur la base d'analyses de la situation sur la problématique des OEV. Ainsi entre 2005, année de réalisation des premières analyses situationnelles et 2020, soixante-quatorze analyses de la situation ont été conduites. Elles ont conduit à l'installation d'autant de plateformes de collaboration OEV sur un effectif attendu de soixante-dix-huit planifiées au terme de l'exécution du plan national stratégique OEV pour la période 2016-2020 qui offrent des soins et soutien aux OEV et à leurs familles. La couverture en offre de soins et soutien aux OEV par les plateformes de collaboration (*Figure 2*) ne couvre cependant que 49,0% du territoire national au regard de l'effectif de cent cinquante et un centres sociaux dont dispose le pays dont cent dix-huit relèvent du ministère de la famille, de la femme et de l'enfant

(MFFE) et trente-trois du ministère de l'emploi et de la protection sociale (MEPS). Toutefois, bien que des efforts soient fournis pour un passage à échelle avec la restructuration des centres sociaux qui leur enjoint la capacité de coordonner les interventions de soins et soutien aux OEV et à leurs familles, l'offre de service ne couvre pas entièrement le territoire national. De fait, l'extension ou le passage à échelle de la plateforme de collaboration OEV s'effectue toutefois à un rythme et une fréquence discontinue. Cette discontinuité s'enracine dans la dépendance du financement des activités du programme principalement du PEPFAR.

**Figure 2** : Couverture nationale en plateformes de collaboration OEV<sup>15</sup>



**Source** : N'Guessan et al, 2020 : une adaptation de PN-OEV, 2016

<sup>15</sup> Liste des centres sociaux abritant les plateformes de collaboration OEV

- **Zone Abidjan** : Abobo, Adjamé Santé, Attécoubé, Cocody Nord, Koumassi, Yopougon Niangon Sud,

*Port-Bouët, Treichville Habitat, Yopougon Port-Bouët 2. La zone d'Abidjan compte quinze centres sociaux dont ceux d'Adjamé 220 logements, Yopougon MACA, Attécoubé Abobo Doumé, Cocody M'Pouto, Cocody Anono, Treichville Avenue 1. Dans la pratique, lorsqu'il existe plus d'un centre social dans une localité, le centre social abritant la plateforme de collaboration couvre l'ensemble des centres sociaux en attendant que ceux-ci soient installés comme plateforme de collaboration OEV. A titre d'exemple, la PFC de Cocody nord étend ses interventions à toute la commune de Cocody et couvre ainsi les centres sociaux de M'Pouto et Anono dans le contexte spécifique des OEV.*

- **Zone intérieur du pays** : Abengourou, Aboisso, Aby, Adzopé, Agboville, Agnibilékrou, Anyama, Bangolo, Béoumi, Biankouma, Bondoukou, Bongouanou, Bouaflé, Bouaké Koko, Bouaké Zone Industrielle, Bouna, Boundiali, Buyo, Dabakala, Dabou, Daloa, Danané, Daoukro, Didiévi, Dimbokro, Divo, Duékoué, Ferkessédougou, Gagnoa, Gouméré, Grand Béréby, Grand-Lahou, Man Grand Mapleu, Grand-Bassam, Grand-Zatry, Guiglo, Issia, Jacquville, Katiola, Korhogo, Lakota, M'Bahiakro, Maféré, Mankono, Méagui, Odienné, Okrouyo, Oumé, Ouragahio, Prikro, Sakassou, San-Pedro, Sassandra, Séguéla, Sinfra, Soubré, Tabagne, Tabou, Tanda, Tiapoum, Tiassalé, Toubou, Toumodi, Vavoua, Yamoussoukro, Zuénoula

### **2.2.2 Caractéristiques sociodémographiques des OEV enquêtés**

La population étudiée (*Tableau III*) est majoritairement composée de garçons (51,6%) et dans une proportion non moins importante de filles (48,4%) toutefois, la différence observée n'était pas statistiquement significative. Bien que conduite dans une population d'adolescents, les résultats montrent une relative jeunesse des répondants dont l'âge moyen est estimé à 13,3 ans avec des extrêmes inférieur et supérieur respectifs de 10 et 21 ans. En effet, la majorité des OEV (66,5%) ont un âge compris entre 10 et 14 ans et l'âge moyen est quasi identique aussi bien chez les filles que les garçons. La priorité accordée à la scolarisation dans le pays se traduit dans les résultats de cette étude qui montrent que 88,1% sont maintenus dans le système éducatif. Ce maintien dans le système éducatif se fait toutefois au détriment des jeunes filles qui ne représentent que 47,0% des scolarisés. Par ailleurs, elles représentent 59,4% des 11,9% déscolarisés dans la population cible. La faible représentation des filles OEV dans le système éducatif reste conforme au contexte national. En Côte d'Ivoire, bien que le taux net de scolarisation soit en nette progression, passant de 73% en 2012 à 91% en 2019, il reste faible pour les jeunes filles (APA, 2020 ; UNESCO, 2020). Cette sous scolarisation est accentuée dans les zones nord du pays. Il ressort que la probabilité d'achever le primaire n'est que de 47% pour les filles, contre 62% pour les garçons (UNESCO, 2016). Cette situation fait du maintien des filles dans le système éducatif une problématique certaine et un défi à relever tout comme les grossesses en milieu scolaire.

**Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques des OEV**

Caractéristiques sociodémographiques		Masculin		Féminin		Ensemble	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
		279	<b>51,60%</b>	262	<b>48,40%</b>	541	100,00%
<b>Tranche d'âge</b>	10-14 ans	184	51,10%	176	48,90%	360	<b>66,50%</b>
	15-17 ans	95	52,50%	86	47,50%	181	<b>33,50%</b>
	<b>Total</b>	<b>279</b>	<b>51,60%</b>	<b>262</b>	<b>48,40%</b>	<b>541</b>	<b>100,00%</b>
<b>Scolarisation</b>	Oui	252	53,1%	223	46,9%	475	<b>88,1%</b>
	Non	26	40,6%	38	59,4%	64	<b>11,9%</b>
	<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>51,6%</b>	<b>261</b>	<b>48,4%</b>	<b>539</b>	<b>100,0%</b>
<b>Niveau de scolarité</b>	<b>CP</b>	5	71,4%	2	28,6%	7	1,5%
	<b>CE</b>	26	54,2%	22	45,8%	48	10,1%
	<b>CM</b>	77	53,1%	68	46,9%	145	30,5%
	<b>1<sup>er</sup> cycle secondaire</b>	122	50,4%	120	46,9%	242	50,9%
	<b>2<sup>ème</sup> cycle secondaire</b>	20	71,4%	8	28,6%	28	5,9%
	<b>Sans réponse</b>	2	40,0%	3	60,0%	5	1,1%
	<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>53,1%</b>	<b>223</b>	<b>46,9%</b>	<b>475</b>	<b>100,00%</b>

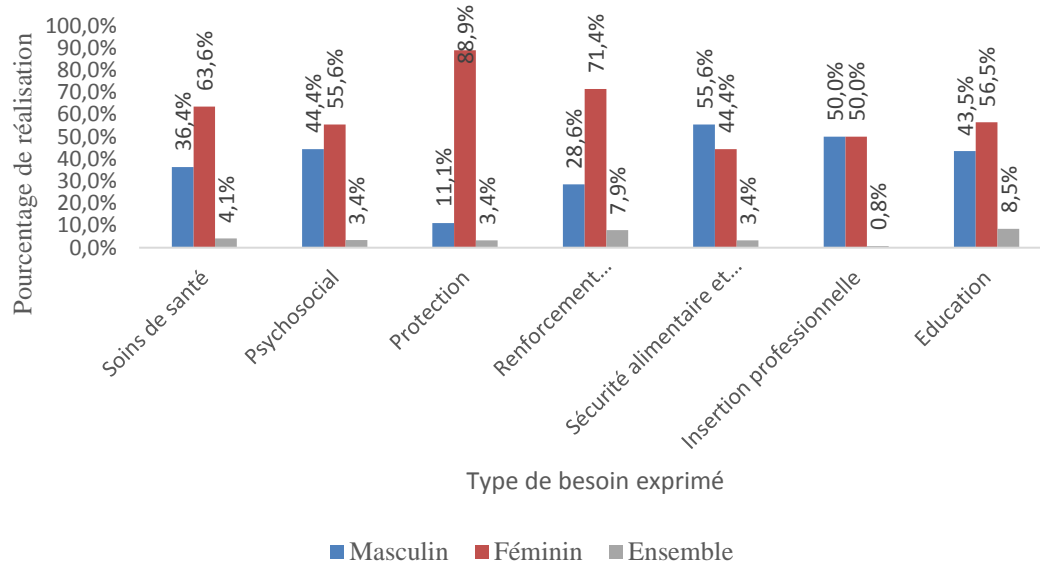
### 2.2.3 État de l'offre de soins et soutien aux OEV et leurs familles

#### a. Expression des besoins par les OEV

L'offre de services suppose en amont une demande. Il en est ainsi de la loi du marché qui a prise dans tous les domaines d'intervention. Dans le cas spécifique de l'offre de soins et soutien aux OEV, l'offre est *a priori* fondée sur les besoins identifiés par les organisations communautaires ou partenaires de mise en œuvre (PMO) dans leur réponse au problème de société identifié. Lorsque l'analyse est située du point de vue de l'OEV, il ressort une faible expression des besoins ; donc une faible demande. Quel que soit le type de soins et soutien, moins d'un enfant sur dix a exprimé un besoin spécifique. Les besoins les plus sollicités sont ceux relatifs à l'éducation et au renforcement économique par seulement 8,5% et 7,9% des OEV (*Graphique 1*). L'analyse suivant le sexe permet de noter que les filles sont plus demandeuses que les garçons dans la quasi-totalité des services à l'exception de la sécurité alimentaire et la nutrition où la demande est plus forte chez les garçons (55,6%) et de l'insertion professionnelle où l'on observe une parité entre filles et garçons.

Cette faible expression des besoins tient d'une méconnaissance totale des interventions des ONG et de leur capacité à donner réponse à leur sollicitation. Nombreux sont en effet, les filles et les garçons enrôlés dans les soins et soutien par leurs parents ou substituts parentaux qui ignorent leur statut sérologique à VIH et les organisations qui leur offrent des soins et soutiens. Cette ignorance s'enracine dans le secret entretenu autour du VIH et du sida. Les enfants sont en effet enrôlés pour la plupart à leur insu. Elle se prolonge dans la justification de l'âge de l'enfant, qui pour les parents, n'a pas atteint la maturité psychologique et intellectuelle pour comprendre les implications médicales du traitement du VIH. Pour les enfants, en général, les services reçus émanent principalement des parents/substituts parentaux.

**Graphique 1** : État de l'expression des besoins par les OEV

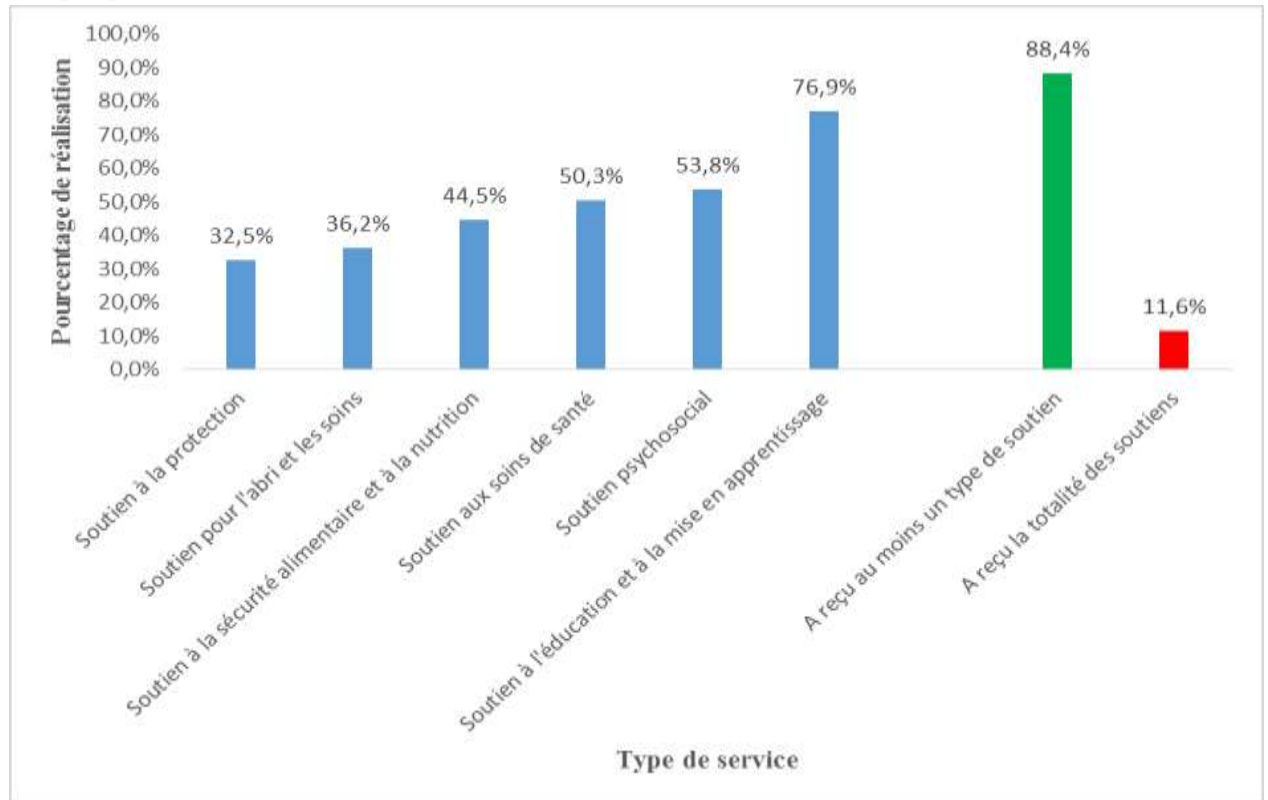


### b. État de l'offre de soins aux OEV et à leurs familles

Face à l'expression des besoins, les organisations communautaires conjuguent leurs efforts pour y donner réponse. Les résultats de la présente étude font état d'une offre de service dans tous les domaines d'intervention (*Graphique 2*). Il en découle que 88,4% des OEV ont reçu au moins un type de service. S'il est admis que l'offre de services n'est pas cumulative et que l'identification du besoin prioritaire permet, au terme de l'offre de services, de garantir une prise en charge optimale de l'OEV, il n'est pas fortuit de mentionner que seulement 11,6% des OEV ont reçu la totalité des services. De façon

spécifique, il ressort que l'offre de service concerne prioritairement l'éducation et la mise en apprentissage. Pour la plupart des ONG prenant en charge des enfants d'âge scolaire ou inscrits dans les établissements scolaires, la fourniture de kits scolaires constitue pour elles une priorité qui est satisfaite. Elle constitue pour ces organisations un appui à la difficile scolarisation des enfants au cours de la période de rentrée scolaire. Outre ce soutien, ceux relatifs au psychosocial (53,8%) et aux soins de santé (50,3%) sont majoritairement offerts. Pour le reste, moins d'un enfant sur deux en bénéficie.

**Graphique 2 : État de l'offre de services aux OEV**

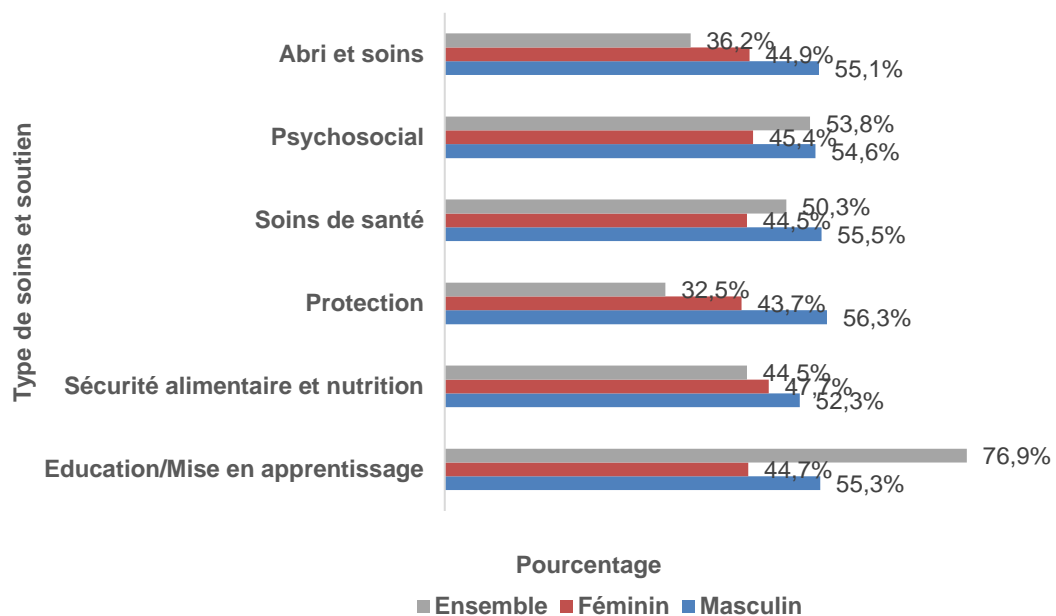


### c. Satisfaction des besoins exprimés

Malgré une faible expression des besoins, ceux exprimés par les enfants trouvent réponse auprès des organisations communautaires. Cependant l'offre de service suit la même logique que celle de l'expression des besoins où l'éducation est en pole position. L'offre est en effet davantage portée sur l'éducation (76,9%) suivie du soutien psychosocial (53,8%) et des soins de santé (50,3%). La satisfaction des besoins

(Graphique 3) relatifs à la sécurité alimentaire et à la nutrition et à l’abri et aux soins concerne moins d’un enfant sur deux tandis celle relative à la protection concerne moins de quatre enfants sur dix. Les résultats montrent par ailleurs que l’offre est effectuée au détriment des filles qui pourtant demeurent les plus demandeuses. Comme indiquée dans les lignes antérieures, l’offre de service dans une large mesure, se fait en fonction de la capacité de l’organisation communautaire et de la disponibilité des différents appuis à apporter.

**Graphique 3 : Satisfaction des besoins exprimés**

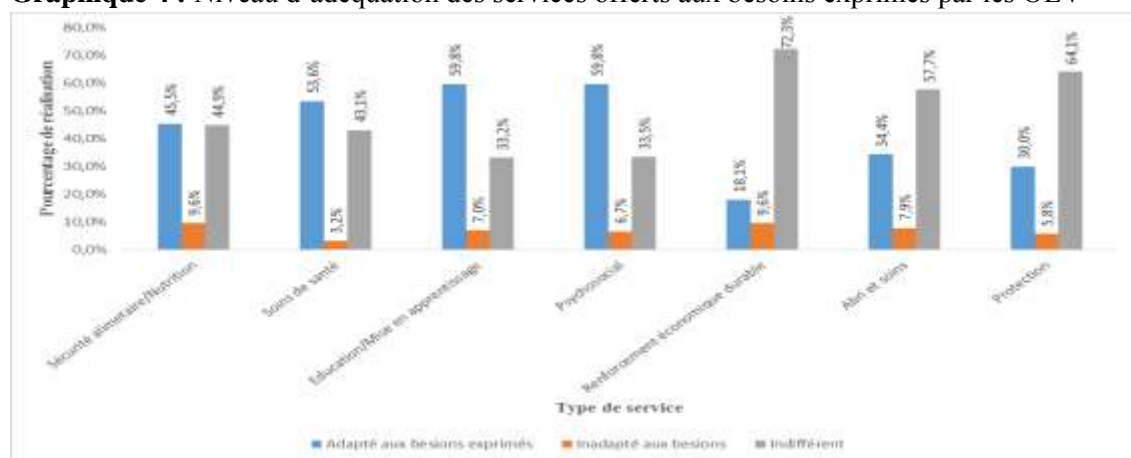


#### d. Adéquation de l’offre de soins et soutien

L’offre de service est destinée à répondre à un besoin spécifique exprimé par l’OEV et sa famille. Les interventions des partenaires de mise en œuvre s’inscrivent dans ce sens. À la question de savoir si la demande correspond à l’offre, seulement 18,0% des OEV ont répondu par l’affirmative contre 82,0% (Graphique 4). L’appréciation de la correspondance de la demande à l’offre est différente suivant le sexe : 20,9% des filles et 15,0% des garçons estiment que l’offre était en conformité avec le besoin exprimé. Cette affirmation traduit une inadéquation entre la demande et l’offre et laisse supposer d’une part une insuffisance dans l’identification des besoins prioritaires de l’OEV et

d'autre part une offre conditionnée par la disponibilité du service au niveau de l'organisation. Sur l'ensemble des services offerts, seulement les services en éducation et à la mise en apprentissage (59,8%), psychosocial (59,8%) et soins de santé (53,6%) sont en adéquation avec les besoins exprimés. L'indifférence des OEV sur l'adéquation du service offert au besoin exprimé par type de service est révélatrice d'une forme de résignation dans un contexte social où les parents/substituts parentaux éprouvent des difficultés à satisfaire les besoins les plus fondamentaux desdits enfants dans le contexte du sida.

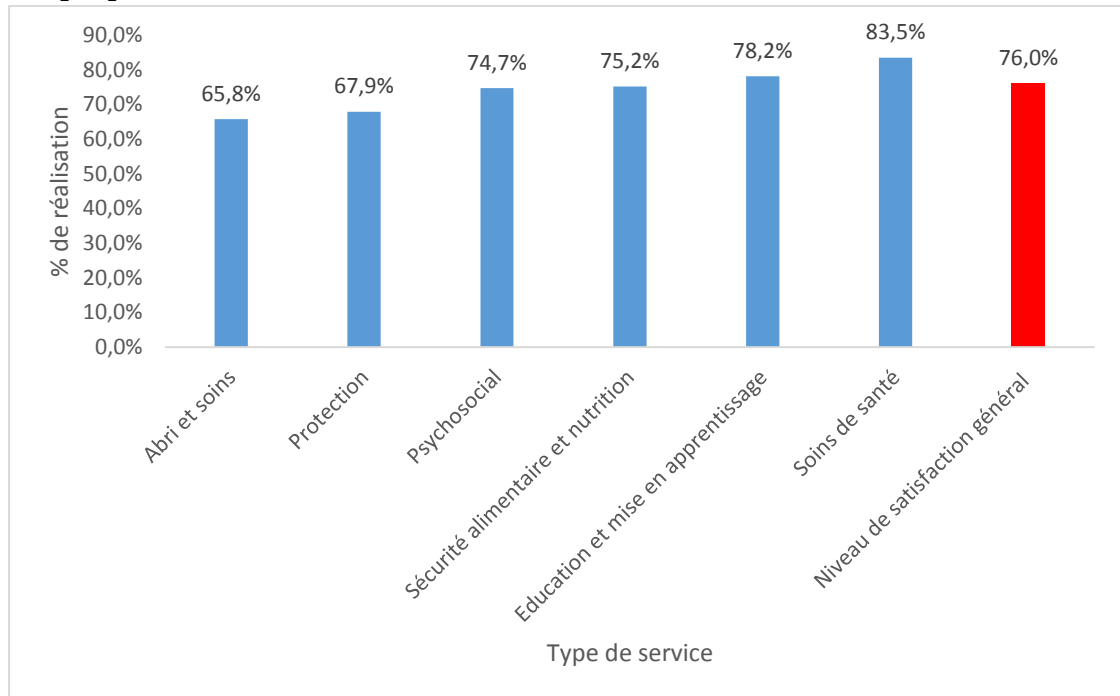
**Graphique 4 :** Niveau d'adéquation des services offerts aux besoins exprimés par les OEV



#### e. Perception de la satisfaction des soutiens reçus

Malgré l'inadéquation de l'offre et leur faible couverture, les OEV semblent satisfaits des services reçus. Dans l'ensemble 76,0% des OEV sont satisfaits des services reçus dans la mesure où ces services ont contribué à la satisfaction de leurs besoins exprimés ou latents. La satisfaction est plus exprimée pour les services de santé (83,5%) suivie de l'éducation et de la mise en apprentissage (78,2%) comparativement à l'abri et les soins (65,8%) et la protection (67,9%).

**Graphique 5 : ????????**



## Conclusion/Recommandations

L'offre de soins et soutien aux OEV est manifeste sur l'ensemble du territoire national. Cette disponibilité traduit autant la performance du PN-OEV et son leadership avéré dans la coordination des interventions. La politique nationale d'offre de soins et soutien souffre toutefois d'une irrégularité dans l'offre doublée d'une faible adéquation des services offerts aux besoins exprimés par les OEV liée à la capacité des ONG et disponibilité des ressources pour couvrir les besoins des OEV. Ces travers dans les soins et soutien aux OEV et leurs familles nécessitent l'amélioration continue des services offerts par l'ensemble des organisations/structures aux OEV et leurs familles à travers l'application d'une démarche qualité intégrant la régularité de l'offre de services aux OEV et leurs familles, la mise en place d'un mécanisme de gestion basée sur la performance, le renforcement de la synergie d'action entre les PMO pour une offre de services de qualités aux OEV et leurs familles. Des actions visant le passage à échelle tout comme l'annonce du statut sérologique aux OEV, la gestion du deuil et le

continuum du service dans la communauté sont à accomplir en vue davantage de sens à cette politique nationale.

## Références bibliographiques

APA, 2020. *Côte d'Ivoire-Education-Scolarisation : Le taux net de scolarisation passe de 73% à 91% en Côte d'Ivoire (Ministre)*, <http://apanews.net/news/le-taux-net-de-scolarisation-passe-de-73-a-91-en-cote-divoire-ministre>, Consulté le 20 septembre 2020.

CIOMS, 2003. *Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains*, Genève, 73 p.

MFFAS, 2005. *Plan stratégique national de prise en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida 2004-2006*, Abidjan, 100 p.

MFFAS, 2005. *Directives pour la prise en charge des OEV en Côte d'Ivoire*, Abidjan, 31 p.

MFFAS, 2007. *Plan national de suivi évaluation pour la prise en charge des OEV en Côte d'Ivoire 2007-2010*, 104 p.

MFFAS, 2007b. *Plan stratégique national de prise en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/SIDA 2007-2010*, Abidjan, 104 p.

MFFAS, 2008. *Standards pour l'amélioration de la qualité des services offerts aux OEV*, Abidjan, 56 p.

MFFAS, 2008. *Développement des plateformes de collaboration, groupes communautaires de soutien et cellules juridiques pour une prise en charge efficace des OEV au niveau périphérique et décentralise en Côte d'Ivoire : document cadre*, Abidjan, 22 p.

MFFAS, 2009. *Stratégies d'organisation de la prise en charge des OEV en Côte d'Ivoire*, Abidjan, 18 p.

MFPES, 2017. *Document de politique nationale pour les soins et soutien aux orphelins et autres enfants et leurs familles vulnérables au VIH ou du fait du VIH en Côte d'Ivoire*, Abidjan, 59 p.

MFFAS, 2007. *Plan stratégique national de prise en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida 2007-2010*, Abidjan, 104 p.

MSHP, 2018. *Côte d'Ivoire Population-Based HIV Impact Assessment*, CIPHIA 2017-2018.

MSFFE, 2014. *Offre de soins et soutiens aux orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida et à leurs familles en Côte d'Ivoire*, Rapport national annuel 2014-2015, Abidjan.

MSFFE, 2015, *Plan stratégique national d'offre de soins et soutien aux OEV et leurs familles 2016-2020*, Abidjan, 46 p.

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)

ONUSIDA, Unicef et USAID, 2004. *Les enfants au bord du gouffre 2004*, Rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action, New-York, 52 p.

DE MARCO 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.

République de Côte d'Ivoire, 2009. *Stratégie de Relance du Développement et de Réduction de la Pauvreté*, Abidjan, 198 p.

République de Côte d'Ivoire/Comite National de Lutte contre le SIDA, 2010. *Rapport national UNGASS 2010 Côte d'Ivoire, Janvier 2008-Décembre 2009*, Abidjan, Conseil National de Lutte contre le Sida, 66 p.

RIDDE V. 2006. *Suggestions d'amélioration d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative*, The Canadian Journal of Program Evaluation. Vol. 21.2, pp. 1-23.

The Lancet Commission, 2020. *A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission*. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Published online February 18, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)

UNESCO, 2016, *Rapport d'état du système éducatif national de la Côte d'Ivoire, Pour une politique éducative plus inclusive et plus efficace*, Gouvernement de la Côte d'Ivoire, UNICEF, Pôle de Dakar de IPE – UNESCO, 312 p.

UNESCO, 2020. <http://uis.unesco.org/fr/country/ci>, consulté le 30 juin 2020.

UNICEF, 2011. *La situation des enfants dans le monde 2011 : L'adolescence, l'âge de tous les possibles*, New-York, 148 p.

UNICEF, 2019. *Enfants, VIH et SIDA*, [en ligne] <https://www.unicef.org>

ONUSIDA, 2004. *Les enfants au bord du gouffre : rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action*, Genève, 52 p.

URC, 2011a. *Amélioration des soins communautaires pour les orphelins et enfants vulnérables à travers un processus d'amélioration de la qualité*, Abidjan.

URC, 2011b. *Amélioration de la qualité des soins et services en Côte d'Ivoire*, Abidjan.

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, pp.19-40.

## **Remerciements**

Les auteurs savent gré aux autorités administratives du Ministère de la Famille, de la Femme, de l'Enfant et de la Solidarité ainsi qu'aux responsables des structures centrales et décentralisées notamment celles du PN-OEV, des structures sociales (centre social) et communautaires (ONG). Un remerciement singulier à l'Institut National de Santé Publique (INSP), à Family Health International (FHI 360) pour leur assistance technique et au CDC/PEPFAR pour le financement de cette étude.