



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

UN CORRIDOR DE CONTRASTES

Sur la route d'Abidjan à Lagos l'urbanisation offre risques et opportunités, misère et espoir



Remerciements

L'auteur et le photographe tiennent à remercier les innombrables personnes le long du corridor, et aux États-Unis, qui ont partagé leur expertise ou accordé leur temps pour aider à la logistique du voyage. Il s'agit, entre autres, des personnes suivantes :

Dr Joseph Yobo-Addo, COMMERCE Ghana ;
Armand Aguidi, PSI Bénin ;
Francis Aduteye, Management Sciences for Health (MSH) Ghana ;
Ayi d'Almeida ;
Natacha d'Almeida, MSH Bénin ;
Dr Eloi Amégan Ayaménoù , EngenderHealth Togo ;
Dr Hortense Angoran-Bénie, FHI 360 Côte d'Ivoire ;
Donatien Beguy, African Population and Health Research Center (APHRC) ;
Dr Nana Fosua Clement, FHI360 Ghana ;
Christina Chappell, Agence américaine pour le développement international (USAID) en Côte d'Ivoire ;
Donna Coulibaly, MSH Nigeria ;
Dr Bedel Evi, MSH Ghana ;
Clea Finkle, Fondation Bill et Melinda Gates ;
Nartey Tetteh David, FHI360 Ghana ;
Dr Rouguiatou Diallo, EngenderHealth Togo ;

À PROPOS D'AFRICAN STRATEGIES FOR HEALTH

African Strategies for Health (ASH) est un projet de cinq ans financé par le Bureau Afrique de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et mis en œuvre par Management Sciences for Health. ASH œuvre à améliorer l'état de santé des populations africaines à travers l'identification et la promotion des meilleures pratiques, le renforcement des capacités techniques et la participation des institutions régionales africaines pour résoudre les problèmes de santé de manière durable. ASH fournit des informations sur les tendances et les développements sur le continent à USAID et à d'autres partenaires de développement afin d'améliorer la prise de décisions concernant les investissements dans le domaine de la santé.

Adama Doumbia, MSH Côte d'Ivoire ;
Andrea Halverson, USAID Côte d'Ivoire ;
Dr Théophile Hounhouedo, *La Nouvelle Vie* ;
Jules Hountondji, PSI Bénin ;
Chimaraoke Izugbara, APHRC ;
Dr Edmond Kifouly ;
Dr Serge Kitihoun, *L'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille* ;
Dr. Zipporah Kpamour, MSH Nigeria ;
Tony Kolb, USAID Washington ;
Dr Idrissa Koné, Abidjan-Lagos Corridor Organization (ALCO) ;
Dr Jules Venance Kouassi, ALCO ;
Michelle Kouletio, USAID Bénin ;
Dr Tiffany Lillie, USAID Côte d'Ivoire ;
Dr Margarete Molnar, ONUSIDA Bénin ;
Amarachi Obinna-Nnadi, MSH Nigeria ;
Ifeoluwa Ogunkanmi, MSH Nigeria ;
Katharine McHugh, PSI Côte d'Ivoire ;
Pepin Miyigbena, MSH Côte d'Ivoire ;
Dr. Christian Mouala, ONUSIDA Togo ;
Dr Antoine Ndiaye, MSH Côte d'Ivoire ;
Laura Nurse, EngenderHealth ;
Kweku Owusu, Drumming Up from Poverty ;
Serwaa Owusu-Ansah, FHI 360 Ghana ;
Dr Edmund Rutta, MSH ;
Dr Laurinda Gbagui Saizonou, *Cotonou 4 Centre de Santé* ;
John Sauer, PSI ;
Judicaël Ses, MSH Côte d'Ivoire ;
Jesse Shapiro, USAID Washington ;
Dr Diana Silimperi, Abt Associates ;
Dr Assétina Singo-TOKOFAL, Ministère de la Santé, Togo ;
Andrea Sternberg, USAID Washington ;
Rachel Wax, PSI Côte d'Ivoire ;
Xavier Weti ; et
Sara Zizzo, USAID Washington

La présente publication a été rendue possible grâce au généreux soutien de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) sous le numéro de contrat AID-OAA-C-11-00161. Le contenu est la responsabilité des auteurs et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ni du Gouvernement des États-Unis.

UN CORRIDOR DE CONTRASTES

Sur la route d'Abidjan à Lagos, l'urbanisation offre risques et opportunités, misère et espoir

Ce rapport a été rédigé, photographié, écrit et publié par African Strategies for Health avec l'appui d'USAID.





Densité humaine et bouchons le long de la voie express Apapa-Oshodi à Lagos, au Nigeria. La population de la ville, estimée actuellement à environ 18 millions de personnes, continue de croître rapidement malgré le développement trop lent de l'infrastructure urbaine.



Le corridor ouest-africain allant d'Abidjan à Lagos traverse

cinq pays dans une région urbaine densément peuplée et en pleine croissance. Alors que la croissance rapide de l'économie et de l'urbanisation dans la région offre le potentiel d'aider les gens à sortir de la pauvreté et à faire des progrès vers les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), elle peut aussi, en l'absence d'une bonne gestion, conduire à une croissance sauvage des implantations informelles, de la pollution et de la criminalité. Pour documenter les problèmes sanitaires affectant les personnes vivant dans les zones urbaines le long du corridor, le Bureau Afrique et le Bureau de la santé mondiale de l'Agence américaine

pour le développement international (USAID) ont chargé African Strategies for Health (ASH) d'enregistrer les témoignages de gens qui vivent et travaillent le long de la route. En janvier 2015, une journaliste et une photographe ont parcouru l'itinéraire et ont interviewé le personnel de l'USAID, les prestataires de services de santé privés et publics, les partenaires d'exécution de l'USAID, et les résidents urbains. Ce rapport est une compilation de ces témoignages et des recommandations formulées par les personnes vivant le long du corridor afin que s'améliorent les services destinés à ceux qui en ont le plus besoin.

Entre Abidjan à l'Ouest et Lagos à l'Est, une route serpente le long de la côte ouest-africaine reliant cinq pays où résident 245 millions de personnes

Texte de Mary K. Burket,
Management Sciences for Health

Photographies de Pinky Patel,
l'USAID
Nigeria photos comme spécifiées

appartenant à plus de 250 groupes ethniques et parlant quelque 500 langues. Avec un riche mélange de culture et d'histoire, chaque pays est une étude des contrastes.

Le Nigeria affiche le deuxième revenu par habitant le plus élevé dans le corridor, mais également la plus grande proportion de personnes vivant dans la pauvreté. À Lomé, la capitale du Togo, le plus grand port maritime dans la région ouvre l'accès vers les marchés mondiaux. À seulement quelques kilomètres de là, au cœur de la ville, le plus grand marché de fétiches du monde vend les articles utilisés pour les rites de guérison et les pratiques religieuses : chauves-souris desséchées, porcs et singes, crânes nus, queues de cheval, et idoles de terre cuite. Au Ghana, des champs parsemés de débris de béton et de bois rappellent, aux vacanciers des stations balnéaires voisines, les bidonvilles qui hébergeaient des milliers de personnes et que l'on a rasés au bulldozer.

Le port de Lomé, au Togo, est la porte commerciale de la région vers de lointains rivages.



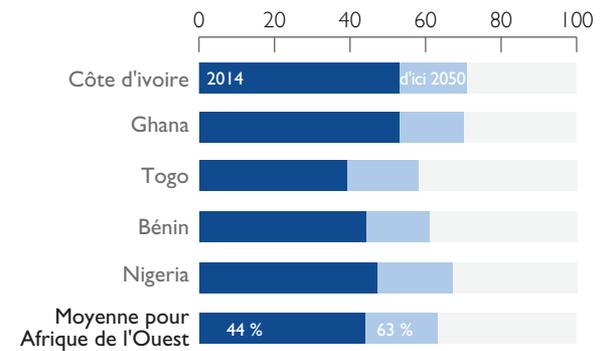




Dans le sens horaire
à partir de la gauche :
Les vendeurs utilisent
prudemment la passerelle pour
piétons à Aswani, un marché
de Lagos ; L'autoroute traverse
Lomé ; Les étalages de vente
dans le marché de fétiches de
Lomé ; Un bâtiment commercial
s'agrandit au Ghana.



Figure 1.1 Pourcentage de croissance de la population urbaine de 2014 à 2050 (projection)



La route épouse le golfe de Guinée : de frontière en frontière,

les différences entre les pays frappent les voyageurs. En dehors d'Abidjan, la grappe de maisons pastel assorties, très semblables à celles que l'on pourrait trouver en périphérie d'une ville américaine, évoque l'essor qu'a pris en Côte d'Ivoire

une classe moyenne dont l'importance est encore inimaginable au Togo et au Bénin. Les larges plages, les rues bordées de palmiers et la ligne d'horizon des bâtiments de Lomé donnent à la ville une atmosphère décontractée évoquant les Caraïbes, tout à l'opposé des foules et du rythme frénétique de Lagos, la mégapole nigérienne située à seulement 170 miles (274 km) plus à l'est.

Les points communs entre les pays sont tout aussi évidents que les différences. Le long de la route, des femmes assises dans des boutiques

Les statistiques montrent que les populations urbaines sont en meilleure santé que les communautés rurales, mais comme les clôtures cachent les bidonvilles aux regards des riches, ces données agrégées masquent la souffrance des citoyens les plus pauvres.

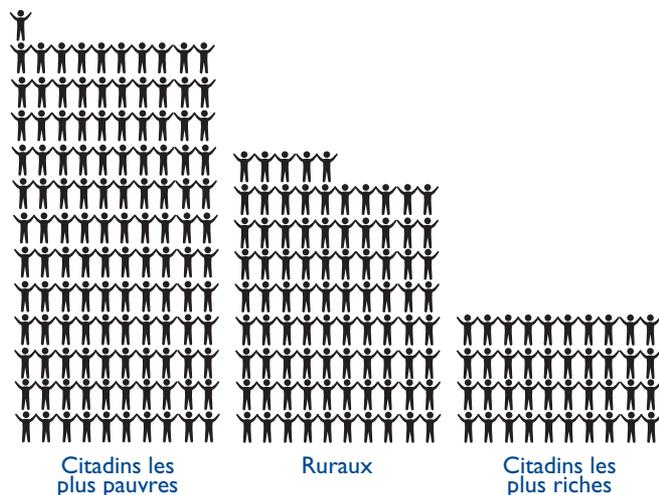
de fortune vendent des fruits ou des beignets tandis que passent les camions transportant des marchandises vers de lointains rivages. Dans chaque pays – plus dans certains que dans d'autres – l'émergence de la classe moyenne se manifeste par la marée de voitures et de motos privées, ainsi que par la multitude des restaurants prospères et des activités de loisirs. Dans les pays du corridor, la croissance économique oscillait entre 4,5 et 8,5 % en 2014.

Lagos compte actuellement 18 millions d'habitants ; c'est la plus grande ville du continent

africain et sa croissance est rapide. On estime que 5 000 personnes par jour migrent vers cette métropole tentaculaire et congestionnée. Les quatre autres villes principales, Cotonou, Lomé, Accra et Abidjan sont aussi en croissance, de même que des villes plus petites comme Aflao et Ouidah qui, il n'y a pas longtemps, étaient de simples villages. Avant la fin de la décennie, 58 millions de personnes viendront s'ajouter à la population urbaine de l'Afrique de l'Ouest. Entre 2020 et 2030, 69 millions d'habitants supplémentaires repousseront les limites de l'infrastructure des villes et des ressources.²

La centralisation de la richesse et de la population dans les villes offre des possibilités de vie meilleure aux plus entrepreneurs, intelligents et chanceux. Les villes sont une étude des contrastes : les plus riches d'entre nous vivent

LA MORTALITÉ INFANTILE EST LA PLUS ÉLEVÉE PARMIS LES CITADINS PAUVRES



Pour 1 000 enfants nés en milieu urbain pauvre au Ghana, 121 mourront avant l'âge de cinq ans. Dans les zones rurales, le nombre est de 85 et tombe à 40 parmi les citadins les plus riches.

dans les villes, mais aussi les plus pauvres. On trouve le meilleur de la médecine moderne dans les zones urbaines, mais les citadins les plus pauvres portent le plus lourd fardeau des maladies et reçoivent la plus faible qualité de soins.

Les statistiques montrent que les populations urbaines sont en meilleure santé que les communautés rurales, mais comme les clôtures cachent les bidonvilles aux regards des riches, ces données agrégées masquent la souffrance des citadins les plus pauvres.

Dans les villes du Ghana, par exemple, trois fois plus d'enfants pauvres que d'enfants des familles les plus riches meurent avant leur cinquième anniversaire (ci-dessus). Bien que le taux national de mortalité des moins de cinq ans ait diminué de plus de 35 % dans les zones rurales entre 1993 et 2008, il a

augmenté de plus de 5 % durant la même période parmi les enfants des citadins les plus pauvres (Figure 2).³

Les enfants des citadins les plus pauvres du Bénin et du Nigeria sont également plus susceptibles de mourir avant l'âge de cinq ans que les enfants des zones rurales de ces pays.^{4,5} Au Nigeria, vivre dans un bidonville augmente le risque de mortalité des moins de cinq ans même en prenant en compte le niveau d'instruction ou le revenu de la mère.⁶ Les données du Kenya et du Bangladesh montrent des tendances similaires.^{7,8}

Les raisons de ces inégalités sont vastes et complexes, et quand on considère que ces cinq pays affichent certains des pires indicateurs de santé à l'échelle nationale dans le monde, la gravité du sort réservé aux citadins

Les enfants vivant dans des bidonvilles font face à de nombreux obstacles qui les empêchent souvent de fréquenter l'école ou de recevoir des soins médicaux, malgré leur proximité des centres urbains.

Bien que le taux de mortalité des moins de cinq ans au Ghana ait diminué de plus de 35 % dans les zones rurales entre 1993 et 2008, ce taux a augmenté de plus de 5 % durant la même période parmi les enfants les plus pauvres des zones urbaines.

pauvres ne fait qu'empirer. Environ un enfant sur dix dans les pays du corridor mourront avant leur cinquième anniversaire.⁹ L'espérance de vie au Bénin est de 15 ans inférieure à la moyenne de tous les pays en développement. L'Afrique de l'Ouest est, dans le monde, la région où procréer pose le plus grand risque. Le Nigeria représente à lui seul 14 % de tous les décès maternels dans le monde.¹⁰

Alors que se développent les villes du corridor, il est impératif de comprendre et de traiter les moteurs émergents uniques des problèmes de santé chez les populations pauvres des zones urbaines et d'adapter les interventions de santé publique pour y remédier. C'est à cette condition seulement que les résidents de ces villes côtières verront leurs espoirs et leurs rêves d'un avenir plus sain se réaliser.



Figure 2.¹¹ La mortalité infantile est en augmentation chez les citadins pauvres au Ghana et au Nigeria

250 moins de 5 décès pour 1 000 naissances vivantes

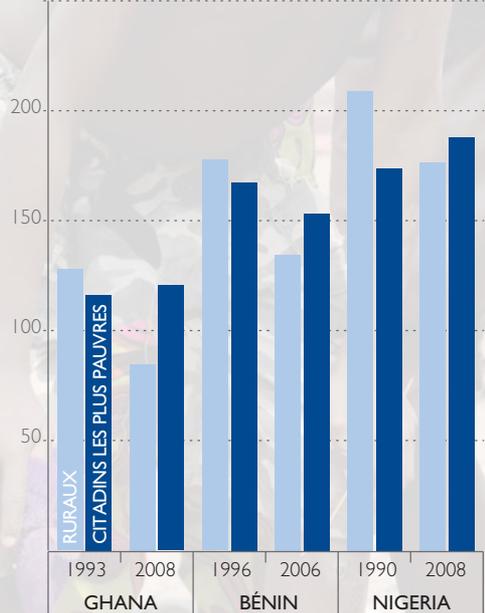


Figure 3.¹² La diminution de la pauvreté contribue à une plus longue espérance de vie pour les adultes ...

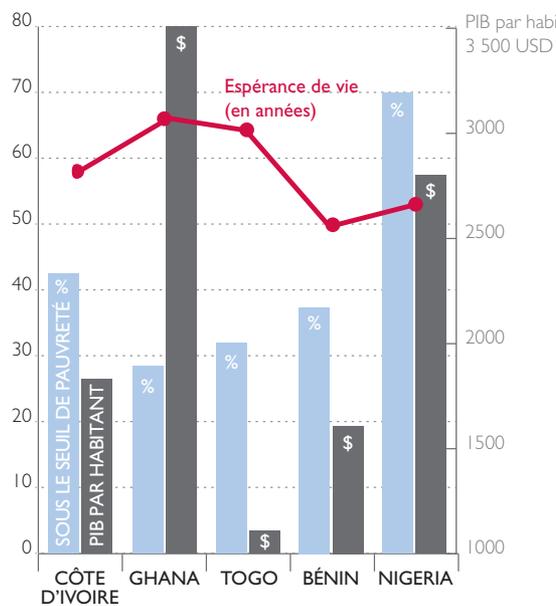


Figure 4. ... et pour les enfants et les mères

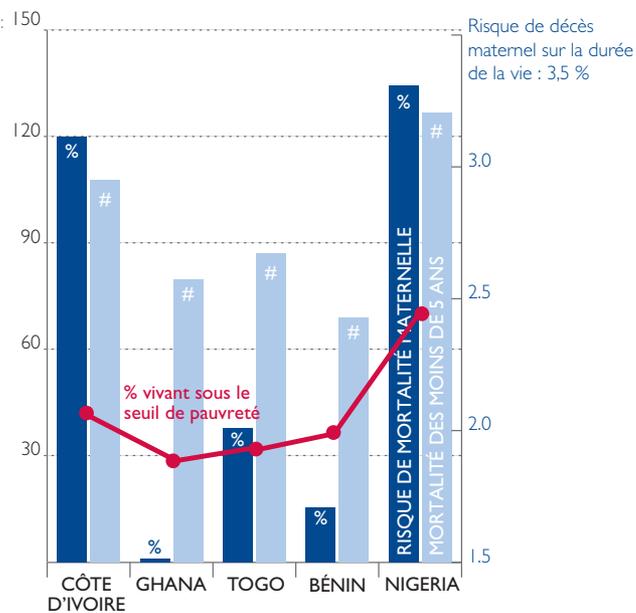


Figure 5.¹³ L'accélération de la croissance urbaine dans tous les pays ...

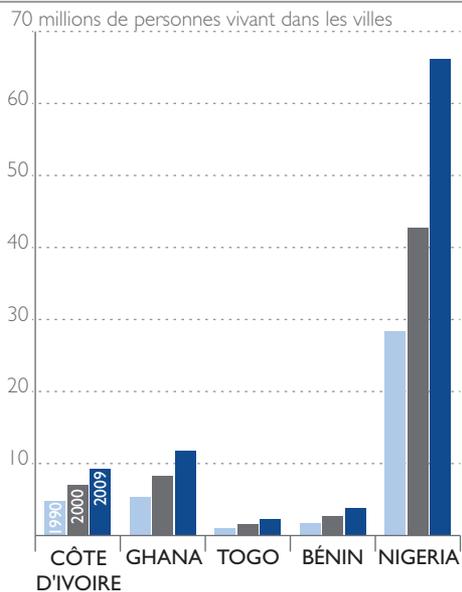
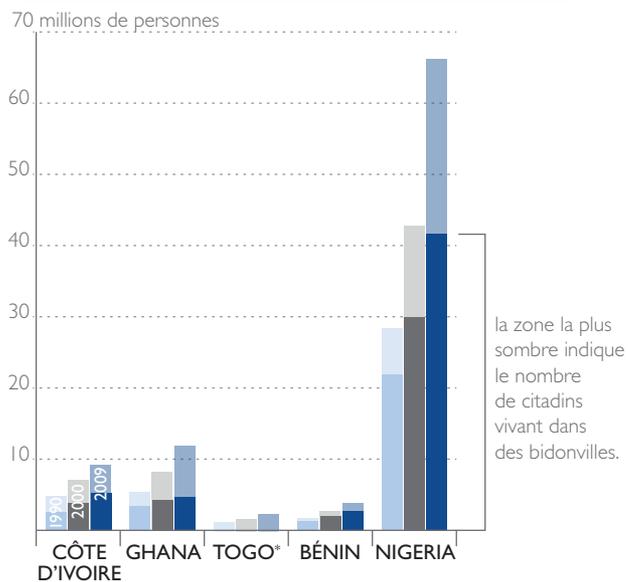


Figure 6. ... signifie que plus de personnes vivent dans des bidonvilles



*Les données démographiques du Togo sur les populations des bidonvilles n'étaient pas disponibles.



Derrière ses hauts murs, cette communauté de Côte d'Ivoire était cachée à la vue. Moins d'un mois après la prise de cette photo, l'implantation a été démantelée.



I sur 10



ENFANTS NÉS DANS LES PAYS
DU CORRIDOR MEURENT
AVANT L'ÂGE DE 5 ANS.



« Ils ne reçoivent pas de soins de santé. Les gens meurent s'ils n'ont pas les moyens d'aller à l'hôpital, à 40 minutes de chez eux, » déclare Owusu.

Kweku Owusu a grandi dans un quartier d'Accra appelé Le Centre pour la culture nationale.

Le gouvernement du Ghana a construit le quartier il y a environ 50 ans pour loger les travailleurs de l'État. Peu de temps après, les migrants et les autres résidents nécessaires d'Accra ont commencé à construire des logements informels autour et entre les bâtiments du gouvernement. Bien que l'encombrement accru ait aggravé les problèmes sanitaires, les résidents employés par le gouvernement et les autres résidents ont coexisté pacifiquement pendant des décennies.

Ce n'était pas un endroit idéal pour vivre, dit Owusu. Il n'y avait pas d'installations sanitaires et déjà à l'école primaire, il y avait une heure de route à faire dans les deux sens pour se rendre à son école.

« Ils [les gens du quartier] ne reçoivent pas de soins de santé. Les gens meurent s'ils n'ont pas les moyens d'aller à l'hôpital, à 40 minutes de chez eux, » a expliqué Owusu.

Le Centre pour la culture nationale était malgré tout sa maison. Owusu a grandi là. Sa mère de 58 ans, ses trois sœurs et ses deux nièces ont vécu là jusqu'en janvier 2015, quand le

gouvernement du Ghana a expulsé tous les résidents et a démolé l'implantation informelle de logements. Les résidents des logements subventionnés ont disposé d'environ un mois pour évacuer. D'autres n'ont eu qu'une semaine pour trouver un nouveau domicile. À ces deux groupes, le gouvernement n'a offert ni compensation ni assistance de relogement.

« La plupart vont se retrouver à la rue, » a souligné Owusu. « Je ne sais pas ce qu'ils vont faire maintenant. »

Tout le long de l'autoroute, dans les lopins de terre disponibles aux abords ou à la périphérie de la ville, les gens ont construit des villages avec des tôles ondulées, des bâches, des briques de terre et des matériaux de construction mis au rebut.

À gauche : Un exemple de logements dans une implantation informelle

En bas à gauche : Des enfants jouent dans un bidonville au Bénin

En bas à droite : Des bâtiments modernes, nouvellement construits en Côte d'Ivoire tels que le théâtre national cachent aux visiteurs le problème de la population urbaine pauvre.

Ces maisons, dont la plupart ont été construites par des gens qui ont migré vers les villes à la recherche d'une vie meilleure, sont situées sur les terrains les moins désirables : aux alentours des villes – souvent dans une plaine inondable, sur des pentes raides, dans des zones humides, à proximité d'échangeurs autoroutiers – où elles sont exposées aux catastrophes naturelles. Les maisons manquent généralement de tout moyen de protéger les familles contre la violence ou le vol.

Évoluant en dehors des processus formels de planification urbaine, les implantations informelles n'ont pas accès aux infrastructures de base et disposent de services sociaux limités. Sans options pour évacuer sainement les déchets, les sources d'eau voisines sont contaminées par des matières fécales, et une épaisse couche de déchets étouffe le sol des aires communes. Beaucoup de ces communautés sont construites à la périphérie des villes, forçant les habitants à parcourir de longues distances pour gagner les centres urbains et accéder aux services publics.



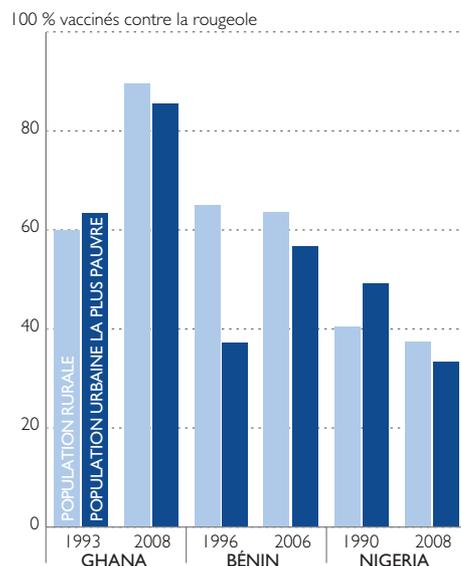
« Nous plaçons les travailleurs de santé communautaires au plus près possible des personnes dans les zones rurales et nous renforçons les systèmes dans les villes. Mais nous ne pensons jamais aux personnes entre les deux. Elles se trouvent dans un no man's land. Là-bas, il n'y a pas de système de santé, » explique le Dr Diallo.





Un pétrolier se dirigeant vers le centre commercial portuaire de Lomé, au Togo, passe devant un bidonville construit sur une bande de terre près de Cotonou au Bénin.

Figure 7.¹⁴ Couverture vaccinale contre la rougeole



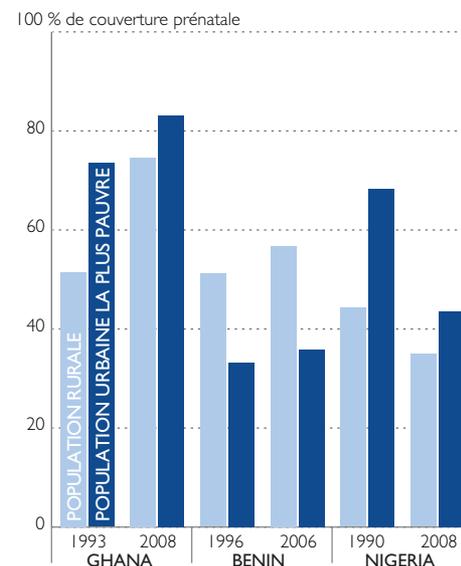
« Il y a plus de besoins non satisfaits dans les bidonvilles péri-urbains que partout ailleurs en Afrique de l'Ouest, » a précisé le Dr Rouguiatou Diallo, chef de projet du programme régional Agir pour la Planification Familiale (Agir-PF) géré par EngenderHealth, sur l'état de la planification familiale dans la région.

Les statistiques montrent qu'il en est de même pour les services de santé maternelle et infantile dans certains pays du corridor (voir chiffres ci-dessus).

« Nous plaçons les travailleurs de santé communautaires au plus près possible des personnes dans les zones rurales et nous renforçons les systèmes dans les villes. Mais nous ne pensons jamais aux personnes entre les deux. Elles se trouvent dans un no man's land. Là-bas, il n'y a pas de système de santé, » explique le Dr Diallo.

Les maladies causées par des logements exigu, le manque d'hygiène et l'accès insuffisant

Figure 8.¹⁵ Couverture des soins prénatals



aux soins de santé représentent un fardeau financier et un risque pour la santé. Au Bénin, les enfants vivant dans des bidonvilles fréquentent l'école pendant moins de deux ans, la moyenne la plus faible de tous les groupes socio-économiques dans le pays.¹⁶ Sans accès ni à un logement sûr et sain, ni à des soins de santé ou des services sociaux, les citadins pauvres sont coincés dans un cycle de pauvreté alimenté par des taux de fécondité élevés et une marginalisation systémique.

Pourtant, le potentiel d'une meilleure vie existe dans les villes ; Les migrants vont continuer à affluer vers le corridor, amenant un espoir de possibilités et de changement. Les classes moyennes et supérieures et leurs gouvernements veulent tirer parti de la croissance des villes et des économies du corridor. Les implantations informelles, où vit la majorité des citadins du corridor, compliquent toutefois le développement urbain de l'Afrique de l'Ouest.

Bien que la proportion de résidents urbains vivant dans des implantations informelles ait diminué dans tous les pays à l'exception de la Côte d'Ivoire, elle ne baisse pas aussi rapidement que ne grandissent les villes elles-mêmes. Les interventions visant à améliorer l'accès des citoyens pauvres aux services sociaux et de santé sont, par conséquent, de plus en plus cruciales. Certaines de ces pratiques sont connues et décrites dans les pages qui suivent. D'autres devront être conçues sur la base des données et des réalités disponibles le long du corridor, puis testées, adaptées et intensifiées.



Dans le sens horaire à partir du haut :
 Des enfants jouent parmi les ordures en Côte d'Ivoire ;
 Des murs et des barbelés séparent les zones industrielles
 des quartiers résidentiels au Togo ; Une femme prend soin
 de son enfant malade, pendant que l'autre dort, le long
 d'une route dans le quartier Ojota de Lagos, au Nigeria.



Sans accès ni à un logement sûr et sain, ni à des soins de santé ou des services sociaux, les citoyens pauvres sont coincés dans un cycle de pauvreté alimenté par des taux de fécondité élevés et une marginalisation systémique.



En fin de matinée à Ladjì, un bidonville à la périphérie de Cotonou, une jeune mère joliment parée dans son « complet » traditionnel d'Afrique de l'Ouest (jupe longue, chemisier assorti, foulard-bandeau et écharpe taillés dans la même étoffe aux couleurs et motifs vifs) est assise sur un banc à l'entrée de *La Nouvelle Vie*,

dans l'attente d'une visite de soins post-partum et de soins au bébé. La salle d'attente est fraîche et bien entretenue, un répit bienvenu dans la chaleur du soleil et l'odeur nauséabonde émanant des tas d'ordures à l'extérieur de la clinique. Son bébé, Isabella, s'agite ; elle lui offre son sein. Toutes deux sont détendues et contentes, au contraire des visages que l'on voit, le long du corridor, attendre aux portes des nombreux établissements urbains bondés. Ce n'est pas, cependant, l'absence de files d'attente qui a amené cette mère vers cette clinique privée.

« Je viens ici parce qu'ils me traitent avec respect, » dit-elle, déplorant que la qualité des services fasse défaut dans les établissements de santé gérés par le gouvernement.

Elle n'est pas la seule à préférer les soins de santé privés. Seulement 51 % des habitantes les plus pauvres du Bénin ont accouché de leur dernier bébé dans une installation du gouvernement, comparativement à 67 % des plus riches et 76 % du second quintile le plus

riche.¹⁷ Les raisons souvent évoquées dans les rapports officiels pour expliquer pourquoi les clientes ne vont pas dans les centres de santé publics ne s'appliquent pas dans son cas. Le coût des services est le même. Le centre de santé public se trouve à environ la même distance de sa maison que *La Nouvelle Vie*. Les heures d'ouverture sont comparables. L'attente n'est pas plus longue à l'établissement de soins public.

La mère d'Isabella préfère tout simplement la façon dont elle est traitée à *La Nouvelle Vie*.

Ses sentiments sont partagés par les hommes et les femmes à faible revenu vivant dans le corridor. « Ces services ne sont pas pour nous, » déclare Fofana Karamoko, un camionneur d'Abidjan, à propos des centres de santé publics. « Parce que nous sommes sales, ils ne nous traitent pas bien. » Il étire son débardeur pour illustrer ses propos.

La dotation en personnel et en espace dans les centres de santé urbains n'a pas suivi le



Dans le sens horaire à partir du haut :
Le Dr Théophile Hounhouedo de La Nouvelle Vie ;
Salle d'attente bondée de L'Hôpital de Bê au
Togo ; Un centre de santé public presque vide
au Bénin.

Le Dr Hounhouedo de La Nouvelle Vie travaille
dans la périphérie de Cotonou depuis des
décennies. En plus de répondre aux besoins
de santé de sa communauté, il a obtenu un
financement pour construire et gérer une école
privée locale.





« Les personnes analphabètes n'ont aucun moyen de vérifier la qualité des soins qu'elles reçoivent. Mais si quelqu'un les met à l'aise, elles reviendront... Elles ne voient pas la différence. Le bébé sort de lui-même, que la mère soit à la maison ou à l'hôpital. Si une mère ou un bébé meurt, pour eux, c'est une question de destin. »

rythme de croissance de la population du corridor. Bien que les centres de santé publics du Bénin ne semblent pas être surchargés – beaucoup semblent complètement vides certaines matinées de la semaine – on ne peut en dire autant dans les pays voisins. A neuf heures, un lundi matin à Lomé, devant les services de planification familiale et de santé maternelle de l'hôpital du quartier de Bé la file d'attente semble ne pas finir, elle s'étire jusqu'au centre de la salle d'attente principale à travers des rangées de bancs envahis de clientes attendant épaule contre épaule de pouvoir accéder à une demi-douzaine de salles de consultation.

Dans d'innombrables centres de santé des pays situés le long du corridor, le travail ininterrompu affecte négativement la qualité des interactions des prestataires avec les clientes. Il en est de même pour le déséquilibre du pouvoir entre ces prestataires et les clientes pauvres et analphabètes. Loin d'être unique au corridor, l'humiliation, la coercition, les procédures faites sans le consentement des clientes, et même la violence physique envers les patientes, sont bien documentées dans les pays africains.¹⁸

La surcharge du secteur de la santé conduit également à de longues attentes et à des pénuries de fournitures et de médicaments. L'écart croissant entre les capacités des gouvernements à fournir des services de santé à tous les citoyens, combiné au malaise

de nombreuses résidentes à rechercher des services dans des établissements publics, ont créé un vide que les plus entrepreneurs des Ouest-Africains commencent à combler.

Un quart des fournisseurs de soins de santé enregistrés au Bénin sont des sociétés privées. Pourtant, jusqu'à 88 % des prestataires privés ne sont peut-être pas enregistrés et pourraient donc manquer totalement de qualifications.¹⁹ La croissance constante du secteur privé de la santé le long du corridor réduit beaucoup la pression imposée au système gouvernemental, mais une meilleure coordination et des réglementations sont requises pour assurer des soins respectueux et de qualité, dans l'ensemble du système de santé.

La jeune femme de Ladjia a de la chance. Le propriétaire de *La Nouvelle Vie*, le Dr Théophile Hounhouedo, a reçu une formation et l'assistance de plusieurs organisations internationales ; il travaille en étroite collaboration avec le centre local de santé publique pour garantir que son personnel et lui-même fournissent la meilleure qualité de soins possible. Cette coopération et ce respect mutuel entre les prestataires publics et privés est cependant rare, selon plusieurs

personnes interviewées le long de l'autoroute.

Le Dr Laurinda Gbagui Saizonou, médecin-chef au centre de santé géré par le gouvernement de Cotonou 4, connaît la situation de vingt cliniques privées à Cotonou 4. Même si elle et son

personnel essayent de visiter chaque clinique régulièrement, elle déplore que leur surveillance ne soit ni systématique ni assez fréquente. La qualité des soins dans certains établissements privés est correcte, dit-elle, mais dans la plupart des cas, elle est loin d'être suffisante. Le ministère de la Santé peut fermer les cliniques manifestement dangereuses, mais le système ne peut pas faire grand chose pour empêcher le même prestataire d'ouvrir une autre boutique ailleurs en ville.

C'est là, selon le Dr Saizonou, le plus gros problème dans le système de santé du Bénin et le long du corridor.

« Les personnes analphabètes n'ont aucun moyen de vérifier la qualité des soins qu'elles reçoivent. Mais si quelqu'un les met à l'aise, elles reviendront, » dit-elle, en expliquant pourquoi les habitants les plus pauvres de Cotonou sont plus susceptibles d'utiliser des prestataires privés non qualifiés. « Ils ne voient pas la différence. Le bébé sort de lui-même, que la mère soit à la maison ou à l'hôpital. Si une mère ou un bébé meurt, pour eux, c'est une question de destin. »

« Ces services ne sont pas pour nous, » déclare Fofana Karamoko, un camionneur d'Abidjan, à propos des centres de santé publics. « Parce que nous sommes sales, ils ne nous traitent pas bien. »

Malgré les efforts déployés pour étendre la couverture à tous les résidents, tels que la politique nationale d'assurance maladie du Ghana et la fourniture de services de santé maternelle et infantile gratuits ou à frais réduits des autres pays, les systèmes de santé publique servent de manière disproportionnée la classe moyenne et riche du corridor.²⁰ Au Ghana, un tiers de toutes les dépenses du secteur de la santé publique bénéficie au cinquième le plus riche du pays tandis que le cinquième le plus pauvre reçoit seulement 12 % des prestations.²¹ Seulement un sur quatre des Ghanéens les plus pauvres recherchent des soins du secteur public pour un enfant malade. La proportion au Nigeria est légèrement supérieure à 47 %, mais reste inférieure à la moyenne observée dans une enquête dans dix pays.²²

Bien qu'environ 50 % à 75 % de tout l'argent dépensé pour les soins de santé dans les cinq pays circule dans le secteur privé, les fournisseurs et les établissements privés reçoivent peu de soutien du gouvernement ou des bailleurs de fonds internationaux.²³ Pour améliorer la qualité globale des soins de santé le long du corridor, les interventions devront se concentrer sur le système de santé tout entier, et pas seulement sur le secteur public.

Assurer des soins respectueux à tous les patients, indépendamment de leurs conditions

socio-économiques ou de leur état de santé, nécessitera des changements dans les politiques et les pratiques et fait partie intégrante de la Maternal Health Vision for Action de l'USAID.²⁴ Des interventions et des politiques axées directement sur les soins respectueux et compatissants seront nécessaires pour améliorer les interactions entre prestataires et clientes. On a relevé au Nigeria des preuves tangibles que la formation peut améliorer cette relation ; cependant, la même étude n'a montré aucune amélioration au Ghana.²⁵

La White Ribbon Alliance a organisé des audiences publiques pour résoudre les problèmes de manque de respect et d'abus dans les établissements de santé nigériens. Des témoignages ont révélé que des femmes nigérianes en travail d'accouchement ont été frappées, négligées, contraintes et harcelées par les fournisseurs de soins de santé et ont évité par la suite les centres de santé.^{26,27} En juin 2014, le ministre nigérian de la Santé a annoncé des sanctions sévères pour le manque de respect ou les abus envers les patientes. En décembre, après une décennie de recommandations de la White Ribbon Alliance, le gouvernement fédéral a promulgué la loi nationale sur la santé qui protégera davantage les mères, les enfants, les personnes âgées et d'autres groupes vulnérables.







Dans le sens horaire à partir de la gauche :
Femme marchant dans une rue du Bénin ; Têtes d'animaux desséchées utilisées en médecine traditionnelle au Togo ; Marché informel au bord de la route ; Clinique pour le diabète au Togo.



L'idée reçue est que les citadins, surtout les plus instruits, observeraient moins de croyances mystiques sur les soins de santé, mais le long de ce corridor, cette idée ne semble pas correspondre à la réalité.

De 70 % à 80 % des Africains de l'Ouest utilisent la médecine traditionnelle pour gérer des maladies telles que le paludisme, le VIH, le diabète, l'hypertension et la tuberculose. Une étude menée au Ghana, au Mali et au Nigeria a montré que la médecine traditionnelle a été le traitement de première ligne pour 60 % des enfants atteints de paludisme.²⁸ Il semble que citadins et ruraux, très instruits et analphabètes, riches et pauvres, jeunes et vieux sont également susceptibles de consulter des guérisseurs traditionnels.²⁹

« Tout le monde consulte d'abord les guérisseurs traditionnels, » déclare le Dr Hector Atiobgé, *médecin-chef* au centre de santé de Grand Popo. « Cela pose un problème, car ils attendent d'être trop malades pour venir ici. »

Xavier Weti vient d'obtenir son diplôme universitaire en marketing et vit à Lomé. L'enfance de Weti a été partagée entre Lomé et un village situé à environ une heure et demie au nord appelé Agou Nyogbo, où sa maison familiale jouxte l'hôpital de Bethesda géré par l'Allemagne. Malgré son éducation, son exposition à un âge précoce à la culture et à la médecine occidentale, et la proximité de la médecine moderne à Lomé, quand Weti est malade et n'a pas assez d'argent pour visiter

une clinique, il prend des thés fournis par des thérapeutes locaux ou se rend à Agou pour consulter un guérisseur traditionnel.

Les services des guérisseurs traditionnels ne sont cependant pas gratuits, ni le déplacement vers le village. Bien qu'ils réclament parfois des frais plus élevés que les hôpitaux universitaires, les gens font encore confiance aux guérisseurs traditionnels.³⁰

« Dans les villes, 100 % des gens utilisent la médecine traditionnelle. Dans les villages, c'est 125 %, » précise le Dr Diallo à Lomé.

Des essais cliniques ont montré que certains remèdes traditionnels traitent efficacement le paludisme et augmentent les numérations de CD4/CD8, réduisent la charge virale et augmentent le gain de poids chez des personnes infectées par le VIH.³¹ Malheureusement, les remèdes traditionnels ne sont pas tous efficaces et certains peuvent même être nocifs.

Bien que chacun des cinq pays ait des politiques et des lois relatives à la médecine traditionnelle, les cadres de réglementation régissant la pratique sont actuellement faibles. L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique collaborent pour créer une stratégie régionale harmonisée afin de non seulement soutenir et

réglementer la médecine traditionnelle, mais aussi d'encourager des études scientifiques plus poussées des remèdes communs pour déterminer quels remèdes peuvent être déclarés efficaces et lesquels doivent être remplacés.

Alors que de nombreux projets de santé publique, en particulier ceux qui essaient d'accroître l'utilisation de la planification familiale, ont collaboré avec des leaders chrétiens et musulmans, quelques-uns ont engagé des guérisseurs traditionnels dans la région. Le Dr Diallo attribue cela à l'absence d'une société organisatrice supervisant les médecins de village. Travailler en étroite collaboration avec les guérisseurs traditionnels et les prêtres pourrait renforcer les interventions de santé publique en augmentant la confiance des populations envers la médecine moderne. Cette collaboration fournirait une occasion de sensibiliser les guérisseurs traditionnels aux signes avant-coureurs qui devraient les inciter à envoyer un client directement à un établissement de santé public et pourraient avoir un impact profond sur les normes sociales en matière de soins de santé dans la région. Le projet SHARPER de riposte au VIH/SIDA à partir de résultats probants mis en œuvre par FHI360, a collaboré avec les guérisseurs traditionnels au Ghana pour améliorer la détection du VIH.³²

Une jeune femme vendant des médicaments fait une pause dans l'aire de repos d'Attécoubé, en Côte d'Ivoire.

En bas à gauche : Zinc commercialisé par le projet SHOPS avec la solution de réhydratation orale pour le traitement de la diarrhée chez les jeunes enfants.

PROBLÈME DES MÉDICAMENTS FALSIFIÉS DANS LE CORRIDOR

Près de la moitié d'un mile carré (env. 1,3 km carré) du marché Dantokpa au Bénin, le plus grand du pays, est tapissé de stands vendant des médicaments censés guérir le paludisme et la tuberculose, des antibiotiques, des antirétroviraux, et des analgésiques.

Beaucoup sont emballés de façon identique aux produits authentiques, si bien que les consommateurs ne peuvent pas discerner entre les réels et les faux. Les résidents locaux disent qu'aucun d'entre eux ne sont authentiques, mais les vendeurs ne manquent pas de clients.

Les médicaments contrefaits ou de qualité inférieure représentent 50 % à 60 % de tous les médicaments vendus dans la région.³³ Près de 80 % des médicaments antipaludéens vendus au Ghana et 22 % de ceux vendus au Togo ne sont pas enregistrés auprès des autorités réglementaires des pays. Trois quarts des antipaludiques échantillonnés au Togo et 80 % des échantillons au Ghana ont affiché des niveaux d'ingrédient actif en dehors des gammes acceptées, et le plus souvent, inférieures.³⁴

En 2008, une étude de la disponibilité des médicaments antipaludiques a révélé que seulement 69 % des centres au Bénin disposaient de ces médicaments en stock. Parmi ceux qui avaient des antipaludiques disponibles, seulement 5 % étaient des centres publics.³⁵ Des tendances similaires ont été documentées au Ghana.³⁶ Le centre de santé de Grand Popo au Bénin, non loin de la frontière togolaise, a tellement de mal à garder les médicaments essentiels en stock, qu'un résident riche qui se rend fréquemment à Paris et dirige une ONG locale importe régulièrement des médicaments de France pour ravitailler le centre du gouvernement.

Il existe de nombreuses pharmacies privées le long du corridor. On trouve aussi des paquets soigneusement empilés de pilules exposés à



*Les médicaments contrefaits ou de qualité inférieure
représentent 50 % à 60 % de tous les médicaments
vendus dans la région.*





Dans le sens horaire à partir du haut :
 Panneaux orientant les patients venus
 de l'extérieur dans un établissement de
 santé publique au Bénin ; Des marchés
 de rue vendent des médicaments
 contrefaits qui prétendent soulager des
 maladies telles que le paludisme et la
 tuberculose ; Une étagère bien garnie
 dans un établissement de santé.



côté de tongs, de tomates en conserve et de batteries dans les étalages routiers ou dans des paniers que les femmes portent sur la tête. Tout comme les médecins et les infirmières du secteur privé, les pharmaciens indépendants et les vendeurs locaux comblent un vide laissé par les systèmes gouvernementaux. Malheureusement, en dépit de la réglementation sur l'importation des produits pharmaceutiques dans chaque pays, le flux de médicaments contrefaits dans les pays du corridor est alimenté par les pharmacies privées sous-réglées et les vendeurs de médicaments.

Le commerce des médicaments contrefaits en Afrique de l'Ouest est une activité importante. Ainsi, en dépit d'importantes saisies au cours des dernières années par le Comité mis en place par la CEDEAO pour lutter contre les médicaments falsifiés (EMACCOM), Interpol, l'Organisation mondiale des douanes et l'Institut de recherche contre les médicaments contrefaits (IRACAM), il y a peu de preuves que le flux de faux médicaments a été réduit.

En 2009, la vente de traitements contre le paludisme représente à elle seule un commerce de 438 millions USD en Afrique de l'Ouest.³⁷ Seul les trafics de pétrole, de la cocaïne, et des cigarettes apportent plus d'argent dans la région. Si on disposait d'autres estimations de la valeur des autres faux médicaments, la somme montrerait probablement que le commerce des médicaments contrefaits est la plus grande entreprise illicite dans la région.³⁸ En fait, les profits sont si grands que de nombreux

groupes criminels organisés se détournent du commerce des armes et des stupéfiants pour s'intéresser aux médicaments contrefaits.³⁹

Aucun pays du corridor ne parviendra à réduire le flux de ces médicaments sans la pleine coopération de ses voisins. Leur complicité financière incitant les gouvernements à permettre que ce commerce continue, il se peut qu'une fois de plus, le secteur privé détienne la solution au problème.

Au Liberia, voisin Est de la Côte d'Ivoire, la Fondation Bill et Melinda Gates a soutenu la Sustainable Drug Seller Initiative (SDSI), qui a remporté beaucoup de succès dans la réduction de la disponibilité des médicaments contrefaits en réglementant la vente des médicaments dans le secteur privé et en apprenant à la population comment garantir qu'ils achètent des médicaments authentiques.

Comme c'est souvent le cas le long du corridor, avant que la SDSI ne commence ses opérations à Monrovia, les médicaments étaient distribués par des vendeurs en bordure de route et empilés sur les planchers poussiéreux des magasins.

« C'était tellement sale ! Tellement désorganisé ! Je n'avais jamais vu une chose pareille, » affirme Edmund Rutta, conseiller technique principal chez Management Sciences for Health (MSH), l'organisation qui a mis en œuvre la SDSI. Rutta avait déjà supervisé avec grand succès un projet similaire en Tanzanie, mais le point de départ en Afrique de l'Est

ne semblait pas aussi chaotique qu'au Libéria. « Je ne pensais pas que cela était possible. Mais j'ai dit : nous allons essayer. »

L'équipe a plaidé auprès des décideurs politiques libériens qui ont adopté une loi rendant obligatoire la mise en place d'un système de réglementation pharmaceutique et d'un mécanisme d'amélioration de la qualité. Une campagne d'information de six mois à Monrovia et dans le comté environnant a sensibilisé les résidents aux médicaments contrefaits et leur a présenté le logo de vendeur de médicament accrédité qu'ils allaient bientôt trouver affiché dans tous les magasins accrédités du pays. Ils ont pu ainsi identifier les magasins recommandés.

En collaboration avec le ministère de la santé, la police, les pharmaciens, et les associations de propriétaires de magasins, SDSI a systématiquement informé les vendeurs de médicaments sur la façon d'assurer la qualité de leur stock et a rendu rapide et transparent le processus d'inscription. SDSI a ainsi mis fin aux failles qui facilitaient la corruption.

En conséquence, le pourcentage de magasins qui, à Monrovia et dans les environs, vendaient des médicaments expirés, endommagés ou contrefaits a diminué, passant d'un pic de 83 % en septembre 2013 à seulement 8 % en mars 2014. Et la proportion de magasins stockant des médicaments non approuvés pour la vente en magasins privés a diminué, passant de 90 % en mars 2012 à 3 % en mars 2014.



« Pour éduquer les consommateurs, nous avons utilisé ce que Tylenol et Pepto Bismol nous ont appris, » affirme Joseph Yobo-Addo, chef du projet SHOPS à Accra. SHOPS a promu la notoriété d'une solution de réhydratation orale produite localement grâce à des annonces radio et TV, à des panneaux d'affichage et à des présentoirs aux points de vente.

L'abondance des connaissances et des informations dans les villes et la vente libre de médicaments amènent souvent les gens à consommer des médicaments sans ordonnance. Il est prouvé que, dans les pharmacies privées de Côte d'Ivoire, la vente d'antibiotiques sans ordonnance et sans information correcte sur la dose, la durée du traitement ou l'heure de prise, est largement répandue.^{40,41} Des programmes tels que la SDSI, qui éduque les consommateurs tout en créant des systèmes réglementaires favorables aux vendeurs, sont essentiels pour protéger la population contre une mauvaise automédication et l'émergence de la résistance aux antibiotiques.

À l'instar de l'approche adoptée par la SDSI, au Ghana, SHOPS a utilisé le marketing social, la formation approfondie et le soutien aux vendeurs de médicaments pour accroître l'utilisation de la solution de réhydratation orale (SRO) à faible osmolalité et du zinc, le meilleur traitement contre la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans.

« Pour éduquer les consommateurs, nous avons utilisé ce que Tylenol et Pepto Bismol nous ont appris, » affirme Joseph Yobo-Addo, chef du projet SHOPS à Accra. SHOPS a promu la notoriété d'une solution de réhydratation orale produite localement grâce à des annonces radio et TV, à des

panneaux d'affichage et à des présentoirs aux points de vente. La familiarité des mères avec le produit les a amenées à le choisir quand leurs enfants étaient malades. SHOPS a constaté que l'utilisation des SRO et du zinc a augmenté, passant de 1,3 % des cas en 2012 à près de 35 % en 2014. Dans le même temps, la proportion de mères qui ont rapporté qu'elles soignaient la diarrhée de leurs enfants avec des antibiotiques, un traitement couramment prescrit, mais inefficace pour ce groupe d'âge, a baissé de 60% à 20 %. L'Initiative Présidentielle Contre le Paludisme a connu un succès similaire avec le marketing social des produits pharmaceutiques.

Ces enfants vivaient dans un bidonville de Côte d'Ivoire qui a été démantelé peu de temps après la prise de cette photo.

LA FAIBLE UTILISATION DES CONTRACEPTIFS CONTRIBUE À LA CROISSANCE DE LA POPULATION DANS LES VILLES

Disposant de ce qu'offrent les villes en matière de nombreuses possibilités d'emploi, d'accès notoirement plus facile aux services, et de protection face au regard inquisiteur des belles-mères et des tantes, les femmes urbaines sont, partout dans le monde, plus susceptibles d'utiliser la contraception que leurs sœurs rurales.

La situation le long du corridor reflète la tendance mondiale. On constate que l'utilisation de la contraception moderne est la plus élevée dans les villes côtières : 26 % des femmes à Lagos par rapport à 11 % à l'échelle nationale et à seulement 6 % dans les zones rurales.⁴² Cependant, par rapport à d'autres villes africaines telles que Nairobi, où 55 % des femmes recourent à la contraception, les villes du corridor ont un long chemin à parcourir, en particulier pour les résidentes les plus pauvres. Au Nigeria, moins d'un pour cent des femmes dans le quintile aux plus faibles revenus utilisent la contraception.

Sans tirer parti de la puissance que leur offre le contrôle de leur fertilité, les femmes du corridor ne peuvent pas profiter pleinement des opportunités de la vie urbaine. Dans les villes du corridor, les femmes ont environ quatre enfants chacune. Les moyennes rurales dans les cinq pays vont de 5,4 enfants par femme

au Bénin à 6,3 en Côte d'Ivoire. Le coût de la vie urbaine, cependant, signifie qu'il peut être tout aussi difficile d'élever quatre enfants dans une ville que six dans une zone rurale. Sans famille élargie à proximité, les femmes urbaines doivent souvent payer pour des services de garde et tous les besoins vitaux, frais alimentaires, vêtements, eau, logement et transport sont plus chers dans les villes. Les taux de fécondité élevés parmi les citadins les plus vulnérables ancrent cette population dans la pauvreté peut-être plus fortement que tout autre facteur.

Selon certains experts, cependant, les villes du corridor sont en passe d'effectuer une percée.

« Les gens sont en train de changer de plus en plus », explique le Dr Diallo. « Ils voient leurs voisins avec moins d'enfants et quels soins ils peuvent leur apporter. Plus de femmes ont un emploi et plus de possibilités. La balle est dans notre camp pour enseigner

aux femmes les avantages de la planification familiale et saisir cette occasion afin d'accélérer la vitesse du changement. »

Avoir accès à la contraception est probablement relativement facile dans les centres urbains, mais les femmes dans les bidonvilles péri-urbains sont moins susceptibles d'avoir les opportunités, des connaissances ou la liberté nécessaires pour contrôler leur fertilité.

« Dans les zones péri-urbaines, elles vivent encore comme dans les villages, » fait remarquer le Dr Edmond Kifouly, un consultant indépendant à Cotonou.

Les familles élargies sont plus susceptibles de vivre ensemble dans les bidonvilles péri-urbains. Ainsi les choix des femmes ont plus tendance à être limités par les belles-mères, les croyances traditionnelles, le manque d'intimité et la rareté des services.

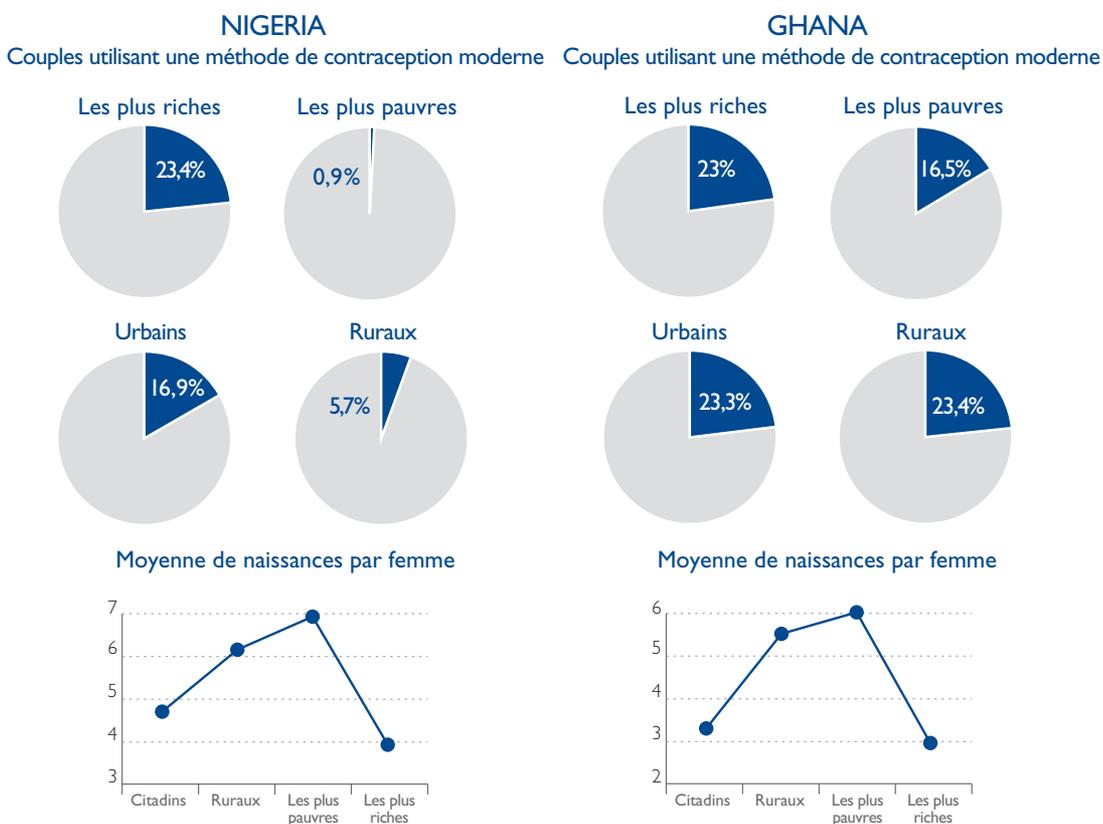




Dans le sens horaire à partir de la gauche : Une fille porte son jeune frère ; Florence Dagadi, une sage-femme de l'hôpital de Bè au Togo, démontre les options de contraception ; Le Dr. Edmond Kifouly, un consultant à Cotonou ; Une clinique mobile offrant des services de planification familiale au Bénin.



Figure 9. L'utilisation des contraceptifs et les tendances de la fécondité suivent les mêmes courbes le long du corridor.



« Les principaux obstacles sont les effets secondaires, les opinions des maris, et les croyances traditionnelles, » précise Florence Dagadi, une sage-femme à l'hôpital de Bê, qui reçoit le soutien d'Agir-PF.

Au Togo, Agir-PF se penche sur les problèmes auxquels les femmes sont confrontées quand elles tentent d'accéder à la contraception de plusieurs manières. Pour assurer un approvisionnement régulier en contraceptifs, elles ont négocié un partenariat entre une société de transport privée et le ministère de la Santé. Au cours des six premiers mois, les ruptures de stock dans les zones péri-urbaines ont été complètement éliminées.

Le projet revendique auprès du ministère togolais de la Santé l'inclusion des agents de santé communautaires dans leur liste officielle de membres du personnel. Bien qu'il ait été constaté que les agents de santé communautaires bénévoles, qui ont une connaissance intime des croyances locales sur la contraception aident les femmes dans les zones rurales à surmonter les défis d'accès à la contraception, les villes compliquent leur utilisation. Dans les endroits où la migration est chose courante, les réseaux sociaux ne sont pas aussi soudés, ni géographiquement regroupés, de sorte que les agents de santé communautaires ont plus de difficulté à établir un rap-

	Fertilité souhaitée	Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes mariées
Côte d'Ivoire	4,5	27 %
Ghana	3,5	30 %
Bénin	4,0	33%
Togo	4,1	34%
Nigeria	5,2	16%

port avec des clientes potentielles. Les agents de santé des communautés urbaines coupent souvent leurs liens avec des organisations ou des centres de soutien quand ils se déplacent à travers la ville. En outre, la culture urbaine et le coût élevé de la vie signifient que les agents de santé communautaires basés en ville s'attendent à être payés pour leurs services. Agir-PF espère qu'en formalisant les rôles des agents de santé communautaires au sein du secteur de la santé publique, leurs positions et le système de soutien seront sécurisés.

D'autres organisations, comme l'Association Béninoise Pour La Promotion De La Famille (ABPF), ont établi des franchises sociales, qui fournissent, aux agents de santé communautaires, une source de revenus grâce à la vente des contraceptifs et d'autres articles de soins de santé, ce qui les motive à travailler et à maintenir leur lien avec l'ABPF, malgré leurs déplacements dans toute la ville.

Des taux de natalité plus bas, combinés à une population active relativement importante créent les conditions idéales pour la croissance économique. Comme les femmes ont moins d'enfants, la structure par âge de la population sera modifiée, et les pays pourront tirer parti du dividende démographique.⁴³

Figure 10.⁴⁴ Différences entre citadins et ruraux dans la prévalence du VIH

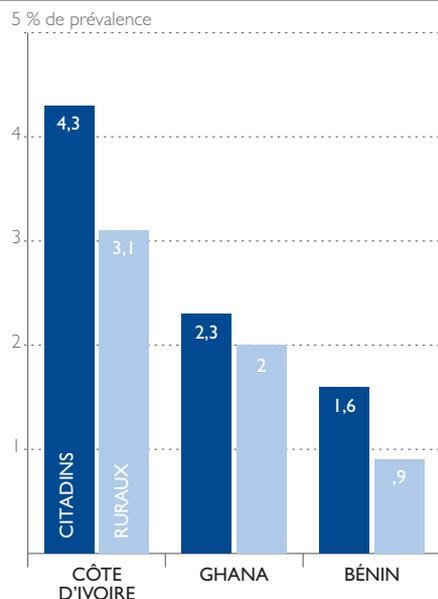
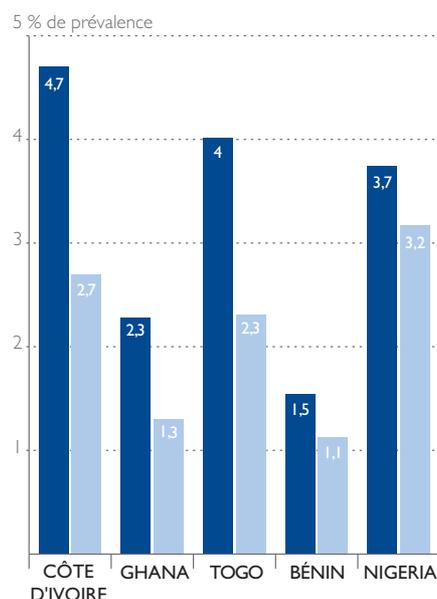


Figure 11. Diminution de la prévalence du VIH depuis le pic de l'épidémie



PROGRÈS ET DÉFIS DE LA GESTION DU VIH DANS LE CORRIDOR

Partout en Afrique subsaharienne, la prévalence du VIH chez les adultes dans les villes est environ le double de celle des zones rurales.

Bien que, dans le corridor, les différences entre citadins et ruraux ne soient pas aussi marquées qu'ailleurs en Afrique, les villes portent encore le poids du fardeau du VIH dans ces pays (voir les graphiques ci-dessus). En Côte d'Ivoire, 43 % de tous les résidents infectés par le VIH résident à Abidjan.⁴⁵

Dans la population adulte en général, la prévalence de l'infection par le VIH a diminué régulièrement depuis le pic de l'épidémie (Figure 12). Pourtant, parmi les travailleuses

du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes qui consomment des drogues injectables, et les camionneurs longue distance, des groupes qui sont tous largement centralisés dans les zones urbaines ou le long des axes de transport, le virus continue de se propager rapidement.⁴⁶ Le SIDA reste la principale cause de décès en Côte d'Ivoire et au Togo et la deuxième et la troisième au Nigeria et au Ghana, respectivement.

L'Organisation du Corridor Abidjan-Lagos (ALCO) a travaillé aux frontières et dans les aires de repos sur la route entre la Côte d'Ivoire et le Nigeria depuis 2001 pour atténuer la propagation du VIH chez les camionneurs et les travailleuses du sexe. ALCO distribue des préservatifs, parraine l'éducation dans les médias de masse, et a incité les camionneurs et travailleuses du sexe à apprendre à leurs collègues comment se préserver du VIH. ALCO offre des tests de dépistage, et aide les patients séropositifs

ALCO distribue des préservatifs, parraine l'éducation dans les médias de masse, et a incité les camionneurs et travailleuses du sexe à apprendre à leurs collègues comment se préserver du VIH. ALCO offre des tests de dépistage, et aide les séropositifs à trouver des traitements.





La vie quotidienne des chauffeurs de camion implique de constants déplacements et la recherche aléatoire d'un endroit où dormir. On a fait beaucoup pour encourager l'utilisation du préservatif et éduquer cette population.

à trouver des traitements. L'utilisation du préservatif et les connaissances sur le VIH ont constamment augmenté en conséquence.

La bataille est cependant loin d'être gagnée. Le flux de jeunes hommes et femmes vers ces métiers est continu et, comme le trafic augmente tout au long du corridor, il en sera de même pour le risque parmi ces populations.

L'ONUSIDA estime que la prévalence du VIH parmi les travailleuses du sexe du corridor se situe entre 11 % et 25 % (Figure 13). Les connaissances sur la prévention sont répandues, mais la peur de la violence est une des raisons pour lesquelles les taux d'infection restent élevés dans ce groupe. Au Ghana, les travailleuses du sexe ont identifié la crainte du viol ou de la violence physique comme une raison de consentir à des rapports sexuels sans préservatif.⁴⁷ Au Togo et au Burkina Faso, les travailleuses du sexe qui avaient été victimes de violence étaient deux fois plus susceptibles d'avoir eu des rapports sexuels sans préservatif avec un client dans les 30 derniers jours.⁴⁸ La jeunesse, l'usage des drogues et de l'alcool, et la promesse de plus d'argent ont également été cités comme raisons amenant les travailleuses du sexe à consentir à des rapports sexuels sans préservatif avec leurs clients.⁴⁹

Étienne N'Guessan, qui dirige le projet de prévention du VIH de l'aire de repos Attécoubé d'Abidjan, par le biais des *Syndicats Nationaux des Transporteurs de Marchandises et Voyageurs de Côte d'Ivoire* (SNTMVICI), le syndicat national des transports), dit que l'approche régionale qu'ont adoptée ALCO et d'autres

organisations pour l'éducation sur le VIH doit être adaptée aux services de dépistage, de soins et de traitement offerts dans le corridor. La proportion de la population du corridor qui connaît son statut est de seulement 5 % à 13 % et beaucoup trop peu de personnes vivant avec le VIH sont sous traitement. Au Nigeria, seulement 23 % des personnes ayant besoin de médicaments antirétroviraux en reçoivent.

« Assurer la prise en charge des travailleuses du sexe commercialisé et des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes semble être encore plus difficile que pour la population en général, » affirme Serwaa Owusu-Ansah du projet Linkages across the Continuum of HIV Services for Key Populations Affected by HIV (LINKAGES) de FHI360. « Ces populations sont plus mobiles et ne font pas confiance aux prestataires. » Le taux de rétention parmi les travailleuses du sexe en Côte d'Ivoire est d'à peine 75 % six mois après le début du traitement et de seulement 47 % après 36 mois, par rapport à 79 % à 6 mois et 56 % à 36 mois dans la population en général.⁵⁰

Owusu-Ansah reconnaît que, dans le corridor, une prise en charge à l'échelle régionale permettrait d'atteindre les populations mobiles telles que travailleuses du sexe, employés des transports, et hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et de les maintenir sous traitement. Mais atteindre ce dernier groupe est particulièrement difficile.

Les taux de prévalence parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes vont de 12 % au Bénin à 20 % au

Figure 12. Pourcentage des travailleuses du sexe infectées par le VIH

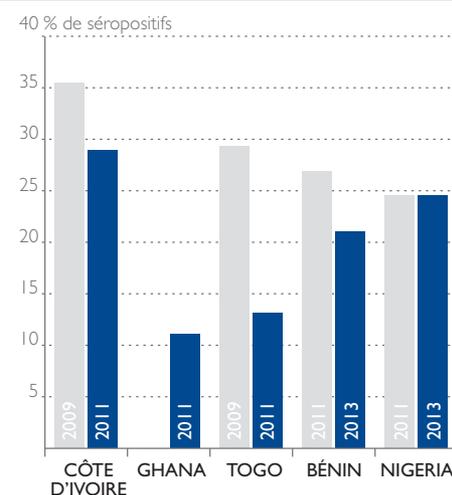
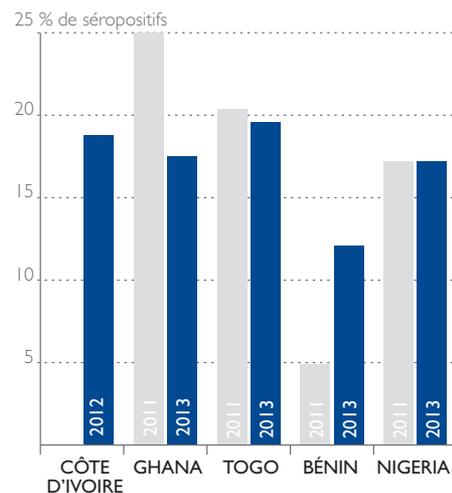


Figure 13. Pourcentage des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui sont infectés par le VIH



On manque de données similaires pour les populations de camionneurs longue distance et les personnes utilisant des drogues injectables.

La proportion de la population du corridor qui connaît son statut est de seulement 5 % à 13 % et beaucoup trop peu de personnes vivant avec le VIH sont prises en charge. Au Nigeria, seulement 23 % des personnes ayant besoin de médicaments antirétroviraux en reçoivent.

Togo et, comme les tendances observées pour les travailleuses du sexe, la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes stagne, ou ce qui est plus alarmant, augmente dans le cas du Bénin (Figure 14). La population urbaine croissante peut être un facteur, car puisque davantage d'hommes émigrent vers les villes, le nombre de partenaires disponibles augmente également. La prévalence est probablement alimentée par la profonde discrimination tellement ancrée dans la culture ouest-africaine qu'il est pratiquement hors de question pour un homme de s'auto-identifier ouvertement comme homosexuel.

Les rares hommes qui avouent être gay ou être amis avec quelqu'un qui est gay (l'expression « homme ayant des rapports sexuels avec des hommes » que la communauté de la santé publique utilise fréquemment n'était pas familière aux personnes interrogées) apportent des témoignages d'une violence inimaginable. Vivant dans la peur de cette violence, les hommes gay hésitent souvent à recourir à des services de santé ciblés pour eux.

La plupart des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes dans cette région ont également une femme ou une petite

amie. Bien qu'un sondé ait exprimé la difficulté qu'ont les hommes gay à avoir des relations sexuelles avec une femme, il a expliqué qu'ils le font pour qu'on ne découvre pas leur homosexualité et par crainte de l'ostracisme et de la violence qui ne manqueraient pas d'en résulter. Il est probable qu'une séropositivité ne se divulgue guère entre partenaires à long terme.

Des projets tels que LINKAGES et SHARPER ont formé les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes à éduquer leurs pairs sur le VIH, tout comme ALCO et d'autres le font pour les chauffeurs de camion et les travailleuses du sexe. Des centres d'accueil dotés de pairs éducateurs et d'agents de santé offrent un endroit sûr où accéder à des informations, trouver des préservatifs, un dépistage du VIH, et d'autres soins médicaux, mais beaucoup d'hommes sont réticents à visiter ces lieux ou ne savent pas qu'ils existent.

Pour relever ces défis, SHARPER utilise les médias et les réseaux sociaux pour élargir son envergure. À Accra ils ont demandé aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et séropositifs au VIH, mais n'ayant jamais interagi avec un éducateur, de renseigner leurs amis pour qu'ils soient testés. Trente-trois pour cent des hommes recrutés

par cette méthode ont été testés positifs pour le VIH, comparativement à seulement 8 % de ceux contactés par les pairs éducateurs. Avec ce genre d'efforts constants de recherche, d'innovation et d'adaptation, les interventions de santé publique vont parvenir de plus en plus à atteindre les personnes les plus vulnérables à l'infection.

Les lois et politiques qui criminalisent l'homosexualité, le travail du sexe et la consommation de drogues dans ces cinq pays perpétuent ce cycle de peur, de violence et de maladie en rendant presque impossible que les victimes demandent la protection de la loi. Certaines de ces questions sont abordées au niveau de la politique. Les cinq pays ont des cadres stratégiques nationaux pour le VIH qui incluent des interventions ciblées pour les populations clés (bien qu'au Bénin et au Togo, les personnes qui utilisent des drogues injectables soient notablement exclues de ces interventions),⁵¹ et les cinq pays ont signé la déclaration de Dakar sur la prise en charge des populations clés dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA dans les États membres de la CEDEAO en avril 2015.⁵² Il est essentiel de veiller à ce que ces politiques soient converties en actions sur le terrain.



Dans le sens horaire à partir de la gauche :
Vie d'un camionneur ;
Des travailleurs chargent des barres d'armature pour un transport ; On effectue des réparations en attendant un autre chargement à Attécoubé, en Côte d'Ivoire ; Des communautés de camionneurs en transit se forment dans chaque ville.





Lancé en 2014, un projet de 2 milliards de dollars va élargir la route qui relie les cinq pays pour la transformer en une autoroute à six voies qui facilitera le commerce et la circulation dans toute la région.



Il est également clair que, dans le corridor d'Abidjan à Lagos, là où les gouvernements ont du mal à soutenir leurs citoyens, les citoyens trouvent des solutions.

S'APPUYER SUR LA TRADITION POUR PROMOUVOIR LE CHANGEMENT

L'idée d'essayer, de tester, et d'adapter si nécessaire une intervention peut être la clé pour améliorer la santé et le bien-être dans cette bande de terre en évolution rapide.

« L'échec est permis, mais il faut en tirer des leçons, » dit Clea Finkle, la responsable de programme au sein de l'Institut nigérian de la santé reproductive en milieu urbain, financé par la Fondation Bill et Melinda Gates. « Mais nous voulons échouer rapidement. »

Alors que se développent les villes côtières et que les pays deviennent plus urbains et moins ruraux, les gouvernements et les donateurs doivent adapter au nouvel environnement leurs méthodes de prestation des services de santé. Les villes changent rapidement. Ce qui est à la pointe du progrès aujourd'hui deviendra obsolète demain. Les interventions de santé publique doivent être tout aussi agiles. Les communautés le long de l'autoroute sont inextricablement reliées par la migration et les liens culturels et familiaux. La meilleure approche pour répondre aux besoins du corridor sera une réponse à l'échelle régio-

nale qui prend en compte les contextes et similitudes uniques des communautés ainsi que les contrastes entre elles.

Il est clair que nous ne disposons pas encore de toutes les réponses. Il est également clair que, dans le corridor d'Abidjan à Lagos, là où les gouvernements ont du mal à soutenir leurs citoyens, les citoyens trouvent des solutions. Il semble donc sage d'encourager cet esprit d'entreprise en apportant une assistance financière et technique aux prestataires de soins de santé privés, commerciaux et sans but lucratif, ainsi qu'aux entrepreneurs sociaux. Surveillée de près, soutenue, et adaptée si nécessaire, l'énorme énergie du secteur privé et des citoyens du corridor, associée à des systèmes et des politiques de santé publique renforcés, pourrait conduire la région vers un avenir plus sain et plus prospère. □

Sources

1. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2014). *World Urbanization Prospects :The 2014 Revision, Highlights* (ST/ESA/SER.A/352), p.21
2. Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-HABITAT) *L'état des villes africaines 2010 : Governance, Inequality and Urban Land Markets* p. 98
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS) *Profil de santé urbaine au Ghana* http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/ghana.pdf
4. Organisation mondiale de la Santé (OMS) *Profil de santé urbaine au Nigeria* http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/nigeria.pdf
5. Organisation mondiale de la Santé (OMS) *Profil de santé urbaine au Benin* http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/benin.pdf
6. *La situation des enfants dans le monde 2012 : Les enfants dans un monde urbain*. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) Février 2012 p 17
7. African Population and Health Research Center (APHRC). 2014. *Population and Health Dynamics in Nairobi's Informal Settlements: Report of the Nairobi Cross-sectional Slums Survey* (NCSS) 2012. Nairobi : APHRC.
8. *La situation des enfants dans le monde 2012 : Les enfants dans un monde urbain*. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) Février 2012 p 17
9. Organisation mondiale de la Santé (2014) Enfants : réduction de la mortalité. Fiche d'information N° 178.
10. Organisation mondiale de la Santé (2014) Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2013. Selon les estimations de l'OMS, UNICEF, FNUAP, Banque mondiale et de la Division des Nations Unies pour la population.
11. WHO Urban Health Profiles for Benin, Nigeria, and Ghana
12. Sauf indication contraire, les indicateurs démographiques et économiques proviennent du *CIA World Fact Book*. Les données de santé proviennent de l'enquête démographique et de santé respective la plus récente.
13. Les chiffres de population proviennent de la banque de données de la Banque mondiale. Le nombre de personnes vivant dans des bidonvilles dans la figure 6 est calculé sur base des données démographiques de la Banque mondiale à l'aide des pourcentages trouvés ici : Statistiques des Nations Unies. Indicateurs des Objectifs de Développement du Millénaire <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=710> (consulté le 16 avril 2015)
14. WHO Urban Health Profiles for Benin, Nigeria, and Ghana
15. Ibid.
16. *La situation des enfants dans le monde 2012 : Les enfants dans un monde urbain*. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) Février 2012 p 6
17. Projet SHOPS. 2013. *Benin Private Health Sector Assessment*. Brief. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates Inc.
18. Jewkes, R., et al. 1998). "Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services" *Social Science and Medicine*, 47(11), 1781–1795.
19. Projet SHOPS. 2013. *Benin Private Health Sector Assessment*. Brief. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates Inc.
20. World Bank Group, International Finance Corporation. 2008. *The Business of Health in Africa: Partnering with the Private Sector to Improve People's Lives* p. 6
21. Ibid. p. 9
22. Ibid. p. 6
23. Ibid. p. 29
24. USAID Ending Preventable Maternal Mortality: Maternal Health Vision for Action June 2014 <http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/MCHVision.pdf> (accessed April 25, 2015)
25. Onyango-Ouma, W., et al. 2001). "An evaluation of Health Workers for Change in seven settings: a useful management and health system development tool." *Health Policy and Planning*, 16 Suppl 1, 24–32.
26. White Ribbon Alliance "Nigeria: Abusive Care Turns Women Away from Hospitals" January 9, 2014 <http://whiteribbonalliance.org/media/nigeria-abusive-care-turns-women-away-hospitals/> (accessed April 25, 2015)
27. White Ribbon Alliance "Expand RMC to Address Disrespect and Abuse Beyond Childbirth" September 26, 2014 <http://whiteribbonalliance.org/rmc-blogs/expand-rmc-address-disrespect-abuse-beyond-childbirth/> (accessed April 25, 2015)
28. Busia, Kofi; Ossi MJ Kasilo. "Overview of Traditional Medicine in ECOWAS Member States" *The African Health Monitor* Special Issue 13. Août 2010
29. Organisation mondiale de la santé. 2005. *Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine* p. 10
30. The World Bank Group International Finance Corporation. 2011. *Healthy Partnerships: How Governments Can Engage the Private Sector to Improve Health in Africa* p. 15
31. Busia 2010
32. FHI360 *Improving the detection of HIV cases: Creating a partnership between traditional health practitioners and the public health care system in Ghana* J Duodu et al. <http://www.fhi360.org/resource/improving-detection-hiv-cases-creating-partnership-between-traditional-health-practitioners> (accessed April 27, 2015)
33. UN Office on Drugs and Crime. 2009. *Transnational Trafficking and the Rule of Law in West Africa: A Threat Assessment* p. 38
34. Osei-safo, D., et al. (2014). "Evaluation of the Quality of Artemisinin-Based Antimalarial Medicines Distributed in Ghana and Togo" *Malaria Research and Treatment* 2014 ID:806416

35. Tougher, S., et. al, "The private commercial sector distribution chain for antimalarial drugs in Benin: Findings from a rapid survey" ACT Watch, London School of Hygiene and Tropical Medicine
36. World Bank Group 2008 p. 13
37. United Nations Office on Drugs and Crime *Transnational Trafficking and the Rule of Law in West Africa: A Threat Assessment*, July 2009
38. Ibid. p. 75
39. Vander Beken, Tom and Balcaen, Annelies, "Crime Opportunities Provided by Legislation in Market Sectors: Mobile Phones, Waste Disposal, Banking, Pharmaceuticals" *European Journal on Criminal Policy Research*, Vol. 12, Iss. 2-3 mars 2006, p. 315.
40. Hounsa, A, and P De Mol. 2009. "Antibiotics Dispensed upon the Recommendation of Staff in Private Dispensaries in Abidjan in the Ivory Coast." *Journal de Pharmacie de Belgique*, no. 3: 99–104.
41. Hounsa, A, L Kouadio, and P De Mol. 2010. "Self-Medication with Antibiotics Obtained from Private Pharmacies in Abidjan, Ivory Coast." *Medecine et Maladies Infectieuses* 40 (6): 333–40. doi:10.1016/j.medmal.2009.10.002.
42. Les taux de prévalence de contraception cités sont pour les méthodes modernes chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans. Ces données et les totaux des taux de fécondité ont été prélevés dans les rapports suivants :
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF International, 2013. *Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012*. Calverton, Maryland, USA: INSAE et ICF International.
- Service des statistiques du Ghana 2011. *Ghana Multiple Indicator Cluster Survey with an Enhanced Malaria Module and Biomarker, 2011, Final Report*. Accra, Ghana.
- Institut National de la Statistique (INS) et ICF International. 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012*. Calverton, Maryland, USA: INSAE et ICF International.
- National Population Commission (NPC) [Nigeria] and ICF International. 2014. *Nigeria Demographic and Health Survey 2013*. Abuja, Nigeria, et Rockville, Maryland, USA: APN et ICF International.
- Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (MPDAT), Ministère de la Santé (MS) et ICF International, 2015. *Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014*. Rockville, Maryland, USA: MPDAT, MS et ICF International.
43. Population Reference Bureau (2015) Fact Sheet: Attaining the Demographic Dividend.
- Un dividende démographique est la croissance économique accélérée qui peut résulter de l'amélioration de la santé reproductive, d'un déclin rapide de la fécondité, et du changement ultérieur dans la structure par âge de la population. Source : <http://www.demographicdividend.org/>
44. Sauf indication contraire, toutes les statistiques sur le VIH sont de <http://www.aidsinfoonline.org/>
45. Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Le rapport Villes 2014
46. Kellerman, S., et al. 2011. The Epidemiology of HIV epidemics in the 21-country West Africa Region: The impact of most at risk populations (MARPs). *Projet d'Action pour l'Afrique de l'Ouest Région II (AWARE II)*
47. Onyango, Monica Adhiambo, et al. 2015. "It's All About Making a Life": Poverty, HIV, Violence, and Other Vulnerabilities Faced by Young Female Sex Workers in Kumasi, Ghana" 68: 131-37.
48. Wirtz, A. L., et al. (2015). "Sexual Violence, Condom Negotiation, and Condom Use in the Context of Sex Work: Results From Two West African Countries" *J AIDS* 68, 171–179.
49. Onyango, MA 2015
50. Vuylsteke, B., et al. (2015). "Retention and Risk Factors for Loss to Follow-up of Female and Male Sex Workers on Antiretroviral Treatment in Ivory Coast: A Retrospective Cohort Analysis" *J AIDS* 68, 99–106.
51. Kellerman, S., et al. 2011
52. Déclaration de Dakar sur la prise en charge des populations clés dans la riposte au VIH et au SIDA dans les États membres de la CEDEAO http://www.wahooas.org/IMG/pdf/declaration_Dakar_Eng_.pdf (consulté le 27 avril, 2015)



African Strategies for Health

4301 N Fairfax Drive, Suite 400, Arlington, VA 22203

Téléphone : +1-703-524-6575

as4h-info@as4h.org

www.africanstrategies4health.org