

**ACADEMIE DE MARSEILLE**  
**UNIVERSITE DE LA MEDITERRANEE AIX-MARSEILLE II**  
**-- U.F.R. DE MEDECINE --**

**THESE**

Présentée pour l'obtention du doctorat de l'université d'Aix-Marseille II

Spécialité: Méthode d'Analyse des Systèmes de Santé  
Formation doctorale: Santé Publique

par  
Laurent AVENTIN

-- O --  
**CONSEQUENCES DE L'INFECTION A VIH SUR  
LE FONCTIONNEMENT DES ENTREPRISES A  
ABIDJAN: REPONSES ORGANISATIONNELLES  
ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES**  
-- O --

Soutenue le 29 juin 1998 devant le jury composé de:

Monsieur J.L. SAN MARCO, Professeur, Université Aix-Marseille II	Président
Monsieur P. HUARD, Professeur, Université Aix-Marseille II	Directeur
Monsieur A. ROUGEMONT, Professeur, Université Genève	Rapporteur
Monsieur M.E. GRUENAIIS, Chargé de Recherche, ORSTOM	Rapporteur
Monsieur E. DELAPORTE, Directeur de recherche, ORSTOM	Examinateur



**A ma famille**

**à mon Ange**

Cette recherche a été financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS) que nous remercions en la personne d'**Yves Souteyrant**.

J'exprime tout particulièrement ma gratitude à **Pierre Huard** qui a accepté de diriger cette thèse. Sa disponibilité, sa compétence et ses qualités relationnelles m'ont permis d'effectuer ce travail dans les meilleures conditions.

Je remercie **Doris Bonnet** (ORSTOM) qui m'a permis de faire mes premières armes dans le domaine de la recherche et de partir en mission avec l'ORSTOM au Burkina Faso puis en Côte d'Ivoire. Ce travail lui est également dédié.

J'exprime également ma reconnaissance à **Eric Delaporte**, directeur du laboratoire des rétrovirus de l'ORSTOM qui m'a accueilli à mon retour de Côte d'Ivoire et qui a mis à ma disposition les meilleures conditions de travail pour rédiger ce document.

Toute ma gratitude à **Joseph Brunet-Jailly**, directeur de recherche à l'ORSTOM, qui a lu et corrigé avec une grande attention la première version de ce travail.

Je remercie **MM. André Rougemont, Jean Louis San Marco et Marc Eric Gruénais** qui ont tous trois accepté de participer au jury de cette thèse.

Je remercie enfin toute l'équipe de Petit-Bassam (ORSTOM D'abidjan) et particulièrement **Philippe Msellati** qui m'a souvent conseillé dans mon travail de terrain.

Toute ma gratitude également à l'équipe du laboratoire des rétrovirus et de **Gérard Cuny** qui m'ont accueilli et élevé au rang de "science molle" de l'ORSTOM de Montpellier.

Je remercie aussi **Xavier Pourrut** pour ses encouragements et sa participation à la relecture du manuscrit.

Enfin, tous mes remerciements à **Elisabeth et Sylvie** pour leur bonne humeur quotidienne.

## SOMMAIRE

<b>Remerciements</b>	<b>3</b>
<b>Sommaire</b>	<b>4</b>
<b>Sigles et Abréviations</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>13</b>
<b><u>CHAPITRE I. PRESENTATION DE LA RECHERCHE ET DE SON CONTEXTE</u></b>	<b>16</b>
<b>    1.1 Problématique de la recherche</b>	<b>17</b>
1.1.1 Les enjeux des conséquences du VIH/SIDA dans les entreprises à Abidjan	17
1.1.1.1 L'épidémie de VIH/SIDA en Côte d'Ivoire	17
1.1.1.2 Conséquences du VIH/SIDA sur le personnel d'entreprise	19
1.1.1.3 Quelles conséquences pour le fonctionnement des entreprises à Abidjan ?	21
1.1.2 Les entreprises de Côte d'Ivoire	23
1.1.2.1 Contexte économique et social de la Côte d'Ivoire	23
1.1.2.2 Parc d'entreprises et secteur industriel	25
1.1.2.3 Existe-t-il un modèle d'entreprise africaine ?	27
1.1.3 VIH/SIDA et prise en charge sanitaire en Côte d'Ivoire	30
<b>    1.2 Objectifs, méthodes et terrains</b>	<b>32</b>
1.2.1 Objectifs de la recherche	32
1.2.2 Justification de l'échantillon	33
1.2.3 Méthodologie des enquêtes	35
1.2.4 Présentation des trois entreprises étudiées	39
1.2.4.1 Description globale des entreprises	40

1.2.4.2 Organisation du travail des trois établissements	41
<b>CHAPITRE II. EVALUATION DES COUTS ECONOMIQUES DU VIH/SIDA SUR LA PRODUCTION DE TROIS ENTREPRISES</b>	<b>47</b>
<b>2.1 Introduction à l'évaluation des coûts visibles</b>	<b>48</b>
2.1.1 Définition des bases de calcul pour l'évaluation des coûts	48
2.1.2 Recensement par le médecin d'entreprise des employés infectés par le VIH	50
<b>2.2 Coûts médicaux et de prévention</b>	<b>54</b>
2.2.1 Les soins	54
2.2.2 La prévention	57
2.2.3 Dépistage VIH	59
2.2.4 Masse salariale du personnel médical	61
2.2.5 Pensions d'invalidité	64
<b>2.3 Coûts relatifs aux absences</b>	<b>66</b>
2.3.1 Arrêts de maladie	66
2.3.2 Absentéisme non notifié	68
2.3.3 Délégation funéraire	69
<b>2.4 Coûts relatifs à la gestion du personnel</b>	<b>72</b>
2.4.1 Indemnité de départ et de licenciement	72
2.4.2 Embauche et formation	74
2.4.3 Baisse de productivité	77
2.4.4 Heures supplémentaires	79
<b>2.5 Autres coûts</b>	<b>81</b>
2.5.1 Frais d'obsèques	82
2.5.2 Augmentation du coût de l'assurance maladie	84
2.5.3 Pensions de réversion	86

<b>2.6 Analyse et comparaison des résultats</b>	<b>89</b>
<b>2.6.1 Proportion et évolution des coûts par établissement</b>	<b>89</b>
<b>2.6.2 Dynamique de l'évolution des coûts</b>	<b>93</b>
<b><u>CHAPITRE III. REACTIONS DES ENTREPRISES AUX CONSEQUENCES DU VIH/SIDA SUR LA PRODUCTION</u></b>	<b>100</b>
<b>3.1 Discrimination et exclusion des personnes infectées par le VIH</b>	<b>102</b>
<b>3.1.1 Médecine du travail et respect du secret médical en Côte d'Ivoire</b>	<b>103</b>
<b>3.1.2 Dépistages illicites du VIH chez les demandeurs d'emploi et les employés</b>	<b>105</b>
3.1.2.1 Le dépistage à l'embauche	106
3.1.2.2. Le dépistage du personnel d'entreprise	107
<b>3.1.3 Licenciements abusifs et déguisés du personnel infecté par le VIH</b>	<b>112</b>
<b>3.1.4 Analyse de l'efficacité des mesures d'exclusion</b>	<b>114</b>
3.1.4.1 Avantages et limites des politiques de discrimination	114
3.1.4.2 Modélisation des choix stratégiques dans le dépistage du VIH chez le personnel d'entreprise	117
<b>3.2 Mesures de renforcement du capital humain et consolidation des savoir-faire</b>	<b>122</b>
<b>3.2.1 Les aménagements de postes</b>	<b>122</b>
<b>3.2.2 Partage et réduction du temps de travail</b>	<b>124</b>
<b>3.2.3 Formation de personnel polyvalent</b>	<b>126</b>
<b>3.2.4 Création de postes en binôme</b>	<b>126</b>
<b>3.2.5 Embauche de personnel expatrié</b>	<b>129</b>
<b>3.2.6 Mobilité des compétences</b>	<b>130</b>

<b>3.2.7 Politique médicale</b>	<b>132</b>
<b>3.3 Modification et élaboration de politiques sociales d'entreprise</b>	<b>134</b>
<b>3.3.1 Information, Education, Communication (IEC)</b>	
<b>dans l'entreprise sur le thème du VIH/SIDA</b>	<b>134</b>
<b>3.3.2 Suppression de la mise en invalidité des employés malades du SIDA dans le firme 1</b>	<b>137</b>
<b>3.3.3 Modification des conditions d'accès à l'assurance médicale d'entreprise</b>	<b>138</b>
<b>3.3.4 Externalisation de la main d'oeuvre</b>	<b>141</b>
<b>CHAPITRE IV. CONSEQUENCES DE L'EPIDEMIE DE VIH SUR LES PROCESSUS DE RECONSTITUTION DE L'ENTREPRISE</b>	<b>144</b>
<b>4.1 Fonctionnement organisationnel et turnover</b>	<b>146</b>
<b>4.1.1 Qu'est-ce qu'une organisation ?</b>	<b>146</b>
<b>4.1.2 Routines, apprentissage et efficacité productive</b>	<b>147</b>
<b>4.1.3 VIH/SIDA et turnover</b>	<b>149</b>
<b>4.2 Rationalisation technique et cognitive</b>	<b>156</b>
<b>4.2.1 Savoir et turnover</b>	<b>156</b>
<b>4.2.2 Ajustement taille de l'entreprise / organisation / marché</b>	<b>158</b>
<b>4.2.3 Apprentissage, transmission des savoir-faire et turnover</b>	<b>163</b>
<b>4.3 Rôle des relations sociales dans l'entreprise</b>	<b>167</b>
<b>4.3.1 Socialisation et cohésion du personnel</b>	<b>167</b>
<b>4.3.2 Conflits, diversité ethnique et liens sociaux</b>	<b>169</b>

<b>CHAPITRE V. REACTIONS DES ENTREPRISES AUX PERTURBATIONS DU VIH/SIDA SUR LEURS CAPACITES DE RECONSTITUTION</b>	<b>175</b>
<b>    5.1 Stratégie de formalisation des compétences</b>	<b>177</b>
5.1.1 Pourquoi codifier l'information et les connaissances ?	177
5.1.2 Codification des connaissances et organisation du travail	178
5.1.3 Limites et dangers de la formalisation des savoirs	179
5.1.4 Parcellisation des tâches et mécanisation de la fonction de production	181
<b>    5.2 Stratégie d'adaptation structurelle et d'amélioration de la flexibilité de production</b>	<b>184</b>
5.2.1 Facteurs de pérennité des entreprises	184
5.2.2 Taille et âge des entreprises: facteurs de résistance à l'impact du VIH/SIDA ?	186
5.2.3 Améliorer les capacités de renouvellement de l'entreprise	187
5.2.4 Intégrer les facteurs culturels et sociétaux dans le management des hommes	189
5.2.5 Impartition et flexibilité de l'entreprise	191
<b>    5.3 Stratégie de prise en charge médicale des employés dans l'entreprise</b>	<b>193</b>
5.3.1 Rôle des services médicaux d'entreprise	193
5.3.2 Efficacité des politiques socio-médicales d'entreprise face au VIH/SIDA	195
5.3.3 Discussion sur la rentabilité économique de ces politiques	197

5.3.3.1 Comparaison des trois services médicaux d'entreprise	197
5.3.3.2 Coût de la perte de productivité induite par le VIH/SIDA et le turnover	199
5.3.3.3 L'investissement dans la santé des employés contre les malfonctions sur l'organisation du travail	201
<b>5.4 Contribution des services médicaux d'entreprise aux stratégies de développement macroéconomique</b>	<b>204</b>
5.4.1 Nature et variété de la prise en charge socio-médicale dans 30 entreprises à Abidjan	204
5.4.1.1 Médecine du travail et services médicaux d'entreprise	205
5.4.1.2 Assurance maladie et systèmes de remboursement des frais médicaux	207
5.4.2 Nécessité économique et médicale de la réorganisation de la santé en Côte d'Ivoire	209
5.4.3 Rôle souhaité des services médicaux d'entreprise dans la lutte contre le VIH/SIDA	211
<b><u>CHAPITRE VI. MESURER ET PREVOIR LES CONSEQUENCES SOCIO-ECONOMIQUES DU VIH/SIDA SUR LES ENTREPRISES</u></b>	<b>214</b>
<b>6.1 Apport des connaissances démographiques relatives au VIH/SIDA en Afrique</b>	<b>216</b>
6.1.1 Insuffisance actuelle des connaissances démographiques et épidémiologiques en Afrique	216
6.1.2 Analyse des conséquences démographiques de l'épidémie de VIH à Abidjan	217
<b>6.2 Evolution de l'épidémie et son impact économique dans les entreprises à Abidjan</b>	<b>221</b>
6.2.1 Classification des coûts induits par le VIH/SIDA	

<b>en entreprise</b>	<b>222</b>
<b>6.2.2 Apparition linéaire des coûts du VIH/SIDA en entreprise</b>	<b>225</b>
<b>6.2.3 Comparaison de la dynamique de l'épidémie aux conséquences du VIH/SIDA en entreprise à Abidjan</b>	<b>228</b>
<b>6.3 Facteurs de vulnérabilité des entreprises face au VIH/SIDA</b>	<b>230</b>
<b>6.3.1 Rappel du processus de désorganisation du travail</b>	<b>230</b>
<b>6.3.2 Vulnérabilité des entreprises à la perte des compétences</b>	<b>232</b>
6.3.2.1 Mesurer les pertes de compétence dans les entreprises	232
6.3.2.2 Eléments de mesure des pertes de productivité	234
<b>6.3.3 Vulnérabilité des entreprises et politique du personnel</b>	<b>238</b>
<b>6.4 Les outils de la prévision des conséquences du VIH/SIDA en entreprise</b>	<b>240</b>
<b>6.4.1 Modélisation des prévalences VIH et SIDA</b>	<b>240</b>
<b>6.4.2 Les cofacteurs de vulnérabilité des entreprises au VIH/SIDA</b>	<b>241</b>
6.4.2.1 Les cofacteurs structurels	242
6.4.2.2 Les cofacteurs environnementaux	244
6.4.2.3 Les cofacteurs organisationnels et politiques	245
<b>6.5 Réflexion sur la simulation des stratégies d'entreprise face au VIH/SIDA</b>	<b>247</b>
<b>6.5.1 Définition d'une échelle d'impacts du VIH/SIDA dans les entreprises</b>	<b>247</b>
<b>6.5.2 Estimation des forces et faiblesses des entreprises face au VIH/SIDA, l'exemple des trois firmes abidjanaises</b>	<b>251</b>
<b>6.5.3 Confrontation des stratégies d'entreprise aux objectifs</b>	

<b>CONCLUSION</b>	<b>265</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>269</b>
<b>Annexes</b>	<b>292</b>
<b>Listes des annexes</b>	<b>335</b>
<b>Listes des schémas</b>	<b>338</b>
<b>Listes des tableaux</b>	<b>341</b>
<b>Liste des publications et communications</b>	<b>344</b>
<b>Résumés</b>	(cf. couverture)

## **Sigles et Abréviations**

<b>ANRS :</b>	Agence Nationale de Recherche sur le SIDA
<b>art. :</b>	article (de loi)
<b>BIT :</b>	Bureau International du Travail
<b>CAT:</b>	Centre Antituberculeux
<b>CDD :</b>	Contrat à Durée Déterminée
<b>CDI :</b>	Contrat à Durée Indéterminée
<b>CHU :</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CNLS :</b>	Comité National de Lutte contre le SIDA
<b>CNPS :</b>	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
<b>CNTS :</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CSP :</b>	Catégorie Socioprofessionnelle
<b>ELISA :</b>	Enzymed Linked Immunosorbent Assay
<b>FCFA :</b>	Francs de la Communauté Financière Africaine
<b>FDFP :</b>	Fonds de Formation Professionnelle
<b>FMI :</b>	Fonds Monétaire International
<b>GIE :</b>	Groupe(ment) d'Intérêt Economique
<b>IDR :</b>	Intra Dermo Réactif
<b>IEC :</b>	Information, Education et Communication
<b>MST :</b>	Maladie Sexuellement Transmissible
<b>NC :</b>	Non Communiqué
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONUSIDA :</b>	Programme Commun des Nations-Unies sur le VIH/SIDA
<b>ORSTOM :</b>	Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération
<b>PIB :</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PME :</b>	Petite et Moyenne Entreprise
<b>PNB :</b>	Produit National Brut
<b>RETRO-CI :</b>	Projet Rétrovirus de Côte d'Ivoire
<b>SIDA :</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SMIG :</b>	Salaire Minimum d'Intérêt Général
<b>US\$ :</b>	Dollars des Etats-Unis d'Amérique
<b>VIH :</b>	Virus d'Immunodéficience Acquise

# **INTRODUCTION**

## **INTRODUCTION**

Depuis son apparition, l'épidémie de VIH/SIDA affecte essentiellement le continent africain qui regroupe 60% des adultes infectés par le VIH dans le monde en 1996, soit 13,3 millions d'hommes et de femmes (AIDSCAP/FHI et al., 1996). L'intérêt d'analyser les conséquences économiques de cette épidémie est évidente pour un continent à la recherche d'une forte croissance économique et sociale. Depuis de nombreuses années, la Banque Mondiale soutient des plans d'ajustements structurels dans les pays souscripteurs, le Fonds Monétaire International par le biais des grandes puissances du Nord propose des prêts au développement économique et social, les agences des Nations-Unis mais également les Organisations Non Gouvernementales contribuent au développement de l'Afrique dans le domaine de l'aide à l'agriculture, aux industries, à la santé, à l'éducation... La diminution de l'incidence de certaines maladies a été l'une des plus grandes réussites des quatre dernières décennies, elle a entre autre permis la progression du développement économique et social de bon nombre de pays africains. Comment ne pas s'interroger sur les répercussions du VIH/SIDA sur le processus de développement ? L'épidémie affecte directement le secteur de la santé des pays les plus touchés, le manque de structures sanitaires ou de personnel médical nécessite des investissements de la part des Etats, les dépenses publiques destinées aux soins mais également à la prévention augmentent, les ménages réduisent leurs dépenses courantes pour acheter des médicaments, les Etats s'endettent pour lutter contre l'épidémie et les entreprises sont privées d'une partie de leur personnel.

C'est sur ce dernier point que nous porterons notre attention. A partir des travaux existants sur l'impact du VIH/SIDA dans les entreprises en Afrique et des hypothèses développées dans la problématique, nous analyserons d'une part les conséquences du VIH/SIDA dans trois entreprises industrielles d'Abidjan, et nous développerons d'autre part une réflexion plus approfondie des contraintes relatives au VIH/SIDA pour les entreprises. En l'absence de données qualitatives précises sur les conséquences du VIH/SIDA sur le fonctionnement des entreprises mais également du faible niveau d'information des données quantitatives

disponibles, nous suggérons qu'une étude qualitative est à même d'apporter des éléments de compréhension des mécanismes de perturbation de l'activité industrielle et de permettre l'évaluation chiffrée des coûts que peut occasionner le VIH. Enfin, s'il existe des réactions dans l'entreprise, à la fois de la part des employés et des employeurs, nous serons à même de les identifier et d'en discuter la légitimité ou l'efficacité s'il s'agit de mesures visant à limiter les conséquences de l'épidémie sur l'activité. Comprendre les mécanismes d'influence du VIH/SIDA sur le fonctionnement des entreprises et mesurer l'impact de ces conséquences vont permettre de réfléchir aux stratégies que pourraient adopter les entreprises pour se protéger.

# **CHAPITRE 1**

## **I. PRESENTATION DE LA RECHERCHE ET DE SON CONTEXTE**

La recherche que nous proposons de développer fait intervenir plusieurs notions à la fois d'économie d'entreprise et de santé publique. Outre la nécessité d'intégrer ces deux notions dans une problématique que nous détaillons ci-après, le contexte ivoirien sera également défini afin de présenter dans ce premier chapitre l'ensemble des éléments qui seront nécessaires à la construction de la réflexion.

### **1.1 Problématique de la recherche**

#### **1.1.1 Les enjeux des conséquences du VIH/SIDA dans les entreprises à Abidjan**

A partir de l'analyse de l'évolution de l'épidémie de VIH/SIDA dans la ville d'Abidjan, ou du moins les éléments d'analyse dont nous disposons, nous proposons de réfléchir à l'aide de la littérature scientifique existante, à la morbidité et la mortalité de la population active et des conséquences que ces phénomènes peuvent avoir sur l'activité des entreprises industrielles d'Abidjan.

##### **1.1.1.1 L'épidémie de VIH/SIDA en Côte d'Ivoire**

La Côte d'Ivoire est l'un des pays du continent africain le plus affecté par l'épidémie de VIH, caractérisée par la double présence du VIH 1 et 2. Le VIH 2 serait présent dans le pays depuis au moins 1966 (Kawamura et al., 1989); moins transmissible que le VIH 1 (Kanki et De Cock, 1994), il est également moins recensé que celui-ci parmi les cas rapportés dans le pays. A la lecture du tableau 3, on constate que la progression des cas de SIDA notifiés a été multipliée par 14 en 8 ans :

Tableau 1: Recensement des cas de SIDA en Côte d'Ivoire.

Années	Cas de SIDA notifiés
1987	466
1988	1193
1989	1930
1990	3189
1991	3894
1992	3863
1993	4015
1994	6566

Source : (CNLS, 1995)

Le recensement des cas de SIDA présenté dans le tableau 1 n'est pas exhaustif, de nombreux cas échappent probablement à la surveillance épidémiologique. Il a été estimé que jusqu'en 1989, environ 25 000 cas de SIDA s'étaient déclarés en Côte d'Ivoire (15 000 cas adultes et 10 000 cas pédiatriques). En 1994, le nombre cumulé projeté serait de 140 000 (89 000 cas adultes et 41 000 cas pédiatriques) (Soro et al., 1992a). Les cas notifiés ne représenteraient donc que "la partie visible" de l'épidémie, au 30 juin 1997, date du comptage le plus récent, 31 963 cas ont été notifié à l'OMS (OMS, 1997a). La difficulté de la surveillance épidémiologique relève principalement du manque d'expérience des structures hospitalières mais également du manque de moyens. Les moyens de diagnostics ne sont pas optimum, les ressources humaines et financières sont inadaptées et l'hétérogénéité au niveau des structures de soins rend difficile une harmonisation de la surveillance épidémiologique (Soro et al., 1992b).

Les premiers résultats publiés sur les cas de SIDA en Côte d'Ivoire datent de 1987 et nous permettent ainsi d'avoir un certain recul vis à vis de l'évolution de l'épidémie sur une dizaine d'années. En 1987, les cas de SIDA étaient "rares", c'est le terme employé par les auteurs et les taux de prévalence VIH les plus élevés étaient constatées chez les prostituées, soit 32,8% de l'échantillon étudié (Denis et al., 1987). La proportion de femmes enceintes infectées était de 3,3% à Abidjan en 1987 alors qu'en 1989, dans la population adulte générale du sud de la Côte d'Ivoire, la prévalence VIH atteignait 8,3% (Gershy-Damet et al., 1991). En 1995, la

séroprévalence de l'infection à VIH dans les consultations prénatales d'Abidjan atteint 13,7% (Sylla-Koko et al., 1995), puis 16,2% en 1996 (Diallo et al., 1997). Cette progression est d'autant plus inquiétante qu'elle est rapide. L'étude de l'augmentation des décès adultes dans les Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U.) d'Abidjan signale une hausse de 54% des cas de 1983 à 1988, avec une croissance respectivement de 106% et 98% chez les hommes de 20-29 ans et 30-39 ans. Dans les mêmes tranches d'âge, les hausses de cas sont de 199% et 42% chez les femmes (De Cock et al., 1991). Fin 1988, une étude sur 1715 patients adultes hospitalisés montre que la prévalence de l'infection à VIH affecte 46% des hommes et 28% des femmes, la moyenne d'âge de ces personnes est de 36 ans (De Cock et al., 1990).

Les taux de prévalence croissent jusqu'aux tranches d'âges 20-29 ans (Gershby-Damet et al., 1991) ou 30-39 ans (De Cock et al., 1989) selon les sources. Des résultats plus récents en 1995, donnent une prévalence VIH de 17,1% dans la tranche d'âge 25-29 ans (Sylla-Koko et al., 1995). L'O.M.S. révèle qu'au moment du diagnostic des cas notifiés en Côte d'Ivoire, 89% appartiennent à la tranche d'âge 15-49 ans (OMS, 1997b). Ces chiffres nous interpellent car la tranche d'âge des 15-49 ans, et plus particulièrement des 20-29 ans et 30-39 ans, correspond peut-être aux tranches d'âge les plus représentatives de la population active.

#### 1.1.1.2 Conséquences du VIH/SIDA sur le personnel d'entreprise.

A la lecture des tables de la Banque Mondiale sur la structure par âge de la force de travail de Côte d'Ivoire, on constate que les 20-29 ans sont majoritairement représentés en 1990 avec 26,5% de la force totale de travail, suivi des 30-39 ans avec 20,6% (World Bank, 1995). Les 20-39 ans représentent 47,1% de la force de travail de Côte d'Ivoire. Nous constatons que ce résultat implique la même tranche d'âge qui compte le taux de prévalence VIH le plus élevé, ce qui a pour effet de maximiser les conséquences de l'épidémie sur la main d'œuvre des entreprises, si tant est que ces conséquences existent. La question est maintenant de savoir comment la morbidité et la mortalité relatives au VIH/SIDA affectent le fonctionnement des entreprises. Il s'agit au préalable de se demander, d'une part dans quelles proportions les

employés du secteur industriel et manufacturier sont atteints, d'autre part quelles sont les catégories socioprofessionnelles majoritairement affectées. Cette dernière interrogation est importante car l'on peut supposer qu'à priori la maladie ou le décès d'un ouvrier non qualifié n'a pas les mêmes conséquences en terme de contraintes sur le fonctionnement de l'entreprise que le décès d'un agent très qualifié.

Des éléments de réponses à cette dernière interrogation ont été fournis par quelques études qualitatives encore trop peu nombreuses. Les modes d'évaluation du statut socioprofessionnel varient selon les études mais convergent généralement vers la conclusion que les agents les plus qualifiés sont également les plus vulnérables. Ainsi, dans une industrie textile au Zaïre, les taux de séroprévalence sont de 5,3% chez les cadres, 4,5% chez les contremaîtres et agents de maîtrise, et 2,8% chez les ouvriers (Ndilu et al., 1988). En Zambie, dans le district de Monze en milieu rural, ce sont les travailleurs les plus qualifiés et les commerçants qui présentent le taux de VIH le plus élevé, ce que les auteurs attribuent à la mobilité de ces personnes et au type de travail qu'elles effectuent en milieu urbain (Buvé et Foster, 1993). Par contre, Serwala et al. ont choisi de comparer l'infection par le VIH au niveau d'éducation, montrant que les personnes du niveau secondaire présentent un taux d'infection par le VIH plus élevé que ceux du primaire (Serwala et al., 1992). Dans ce cas particulier, il est important de ne pas confondre le niveau d'éducation et le niveau de qualification d'un employé. S'il est vrai que les personnes les plus instruites ont généralement accès aux postes les plus qualifiés ou les mieux rémunérés, il est également vrai que des personnes au départ sans instruction occupent parfois un poste important dans les entreprises, du fait de leur expérience, de leur connaissance de l'établissement et de leur ancienneté. Ces situations sont d'autant plus vrai dans les petites entreprises et dans les établissements du milieu informel où les modes de recrutement ne sont pas toujours basés sur la reconnaissance d'un diplôme ou d'une compétence (D'Iribarne, 1993). Cependant, des travaux plus récents réalisés en Zambie (Foster, 1995) montrent qu'il n'y a pas de différences de statut socio-économique entre les patients infectés par le VIH et ceux qui ne le sont pas, contrairement aux résultats de Buvé et Foster en 1993 dans le même pays (Buvé et Foster, 1993), ce qui illustre les différences de résultats selon les méthodes d'investigation ou bien la variété des

impacts de l'épidémie selon les régions d'un même pays. En milieu urbain en Tanzanie, la prévalence VIH des adultes est deux fois plus élevée chez les personnes ayant un statut socioéconomique faible (10,7%) que chez celles qui ont un statut socioéconomique élevé (5,2%) (Mnyika et al, 1994).

La variété, voire la contradiction de ces résultats selon les régions ou les méthodes d'investigations, ne permettent pas d'homogénéiser une tendance que l'on pourrait considérer comme acquise. En Côte d'Ivoire, la classe moyenne semble avoir été proportionnellement plus affectée que les classes les plus favorisées ou les plus défavorisées (Garenne, 1996), d'après l'étude des cas de décès à Abidjan. Ces indications diffèrent des résultats selon lesquels les agents les plus qualifiés sont les plus vulnérables au VIH. En Tanzanie, une étude récente confirme l'hétérogénéité des facteurs de risque et des "groupes de population" infectés par le VIH. Sont à la fois significativement affectés les individus ayant plusieurs partenaires sexuels et ceux qui ont un partenaire régulier, les travailleurs manuels et le personnel administratif ou les cadres (Quigley et al., 1997). Dans ce contexte, tout a été dit et il est difficile d'établir des hypothèses si ce n'est inévitablement à partir des résultats concernant spécifiquement la Côte d'Ivoire.

#### 1.1.1.3 Quelles conséquences pour le fonctionnement des entreprises à Abidjan ?

Les conséquences sur le fonctionnement vont être déterminées entre autres par la proportion de salariés infectés par le VIH ou malades du SIDA. Généralement la meilleure estimation se base sur la prévalence, l'incidence des cas de VIH/SIDA parmi la population adulte de la région étudiée ou encore les taux de décès induits par le SIDA. Le résultat le plus intéressant consiste à connaître ces mêmes données parmi la population d'entreprise étudiée. Il est difficile de connaître la proportion d'employés infectés par le VIH sans imposer un test à l'ensemble du personnel, par contre le médecin d'entreprise peut recenser la majorité des cas de SIDA cliniques et des décès par SIDA parmi le personnel. En Zambie, le nombre de décès toutes causes confondues parmi le personnel de 33 entreprises (10 223 employés en moyenne sur la

période étudiée) est passé de 26 décès par an en 1987 à 187 décès en 1993, avec une forte croissance des cas répertoriés de SIDA et de tuberculose (Baggaley et al., 1995). Les décès provoqués par le VIH/SIDA, généralement précédés par des périodes de morbidité, ont plusieurs conséquences dans l'entreprise. La première d'entre elles est l'absentéisme pour raison de santé, c'est à dire la non disponibilité des employés pendant les heures normalement travaillées. Les absences se traduisent dans l'entreprise par un manque à gagner mais également parfois par la perturbation des procédures de travail si l'employé n'est pas remplacé ou si une autre personne n'effectue pas son travail à sa place. Le décès des agents implique à son tour la nécessité de recruter de nouveaux salariés et de les former à la fonction qu'ils occuperont dans l'entreprise. Outre l'augmentation du turnover du personnel, nous supposons que ces conséquences se manifestent par une augmentation des coûts relatifs à ces postes (absences, recrutements, formation). A cela, pourraient s'ajouter d'autres dépenses de santé ou sociales, si l'entreprise participe par exemple à la couverture médicale des employés. Cette situation aurait alors pour conséquence d'augmenter les dépenses de personnel des entreprises par rapport à l'ensemble des frais fixes (Cohen, 1993). Ces hypothèses devront être vérifiées dans un premier temps comme cela a déjà par exemple été fait dans le secteur commercial au Kenya (Forsythe et Roberts, 1994). Plusieurs coûts ont été mesurés, outre ceux que nous venons d'évoquer, Forsythe et Roberts ont recensé des frais d'obsèques, la participation de l'entreprise aux funérailles et les baisses de productivité des salariés malades. Quelles peuvent être par la suite les conséquences de ces coûts sur le fonctionnement des entreprises ou sur l'organisation du travail, ou encore quelles peuvent être les réactions des employeurs aux effets du VIH/SIDA qu'ils perçoivent dans leur entreprise ?

C'est une question qui renvoie inévitablement à une nouvelle approche du fonctionnement des entreprises (que nous développons dans le chapitre 4) alimentée par la perspective évolutionniste (Coriat et Weinstein, 1995). Les routines constituent la spécificité des entreprises à travers des programmes préétablis d'organisation du travail et de production qui sont propres à chaque établissement. Il s'agit donc d'un ensemble de connaissances essentiellement tacites qui nourrissent la cohésion du travail et caractérisent la nature des savoir-faire propres aux agents

d'un établissement donné. L'apprentissage joue donc un rôle essentiel dans cette approche ainsi que la gestion des savoir-faire et plus généralement des ressources humaines. Il est donc intéressant d'une part d'approcher le monde des entreprises industrielles de la Côte d'Ivoire sous cet angle, ce qui n'a jamais été fait à notre connaissance, et surtout d'étudier le rôle de ces facteurs dans les circonstances créées par l'épidémie de VIH/SIDA. Le turnover du personnel provoqué par le VIH/SIDA joue probablement un rôle sur la transmission des savoir-faire et le maintien des routines. Il nous appartient donc de réfléchir aux problèmes que pose l'épidémie de VIH/SIDA sur ce qui constitue finalement le patrimoine non matériel d'une entreprise, c'est à dire son savoir-faire et sa capacité d'organisation du travail.

Il est difficile d'étudier ces questions sans avoir réfléchi au préalable à deux aspects fondamentaux qui sont respectivement: 1. la connaissance des entreprises de Côte d'Ivoire et les méthodes de gestion ou d'organisation du travail qui pourraient être spécifiques à la Côte d'Ivoire ou plus généralement à l'Afrique, 2. l'étude des systèmes de prise en charge médicale en Côte d'Ivoire et plus particulièrement dans les entreprises. Ce dernier aspect est étroitement lié à notre problématique puisque les conséquences économiques de l'épidémie sur les entreprises ainsi que les réactions des employeurs vis à vis des employés malades dépendent aussi de l'accès aux soins des travailleurs.

Ces deux aspects sont abordés dans les sous-sections suivantes afin de fournir au lecteur les éléments d'analyse qui seront parfois nécessaires à la compréhension des chapitres suivants, notamment dans l'analyse des comportements dans l'entreprise (chapitre 3) ou des stratégies des employeurs pour lutter contre les effets du VIH/SIDA (chapitre 3 et 5).

### **1.1.2 Les entreprises de Côte d'Ivoire**

#### **1.1.2.1 Contexte économique et social de la Côte d'Ivoire**

Située en Afrique de l'Ouest (annexe 1 et 2), la Côte d'Ivoire compte 10,8 millions d'habitants au dernier recensement de 1988, alors que le recensement de 1975 donnait un chiffre de 6,7

millions (Lopez-Escartin, 1992). L'estimation en 1993 est de 13,3 millions pour un taux de croissance annuel moyen d'environ 3,7%. Cette tendance à la croissance de la population est favorisée par les performances économiques du pays dans les années 60 et 70 et par l'amélioration des structures sanitaires du pays. L'espérance de vie s'est accrue de plus de 12 ans de 1965 à 1988, cependant la mortalité infantile reste élevée (cf. tableau 1, annexe 3 pour les indicateurs de base de la Côte d'Ivoire). Les forts taux d'urbanisation marqués à la fois par l'exode rural et l'expansion rapide des villes caractérisent les années 80 et 90. En 1988, la population urbaine était de 32% passant à 42% en 1993. La distribution de la population sur le territoire est très inégale, Abidjan symbolise la démesure, l'essentiel de l'activité économique s'y concentre ainsi que les individus qui représentent, dans une même agglomération, 18% de la population nationale en 1990.

L'économie de la Côte d'Ivoire est initialement fondée sur une agriculture peu diversifiée avec deux cultures principales d'exportation : le cacao et le café. La banane et l'ananas ainsi que les cultures industrielles (palmier à huile, cocotier, hévéa et coton) couvrent l'essentiel de l'activité agricole soutenue par les cultures vivrières du manioc, du mil, du riz et du maïs. Dans le domaine industriel, le forestage, le secteur manufacturier, l'agro-alimentaire et l'industrie pétrolière dominent. Dans les années 80, le secteur du "bâtiment et travaux public" a perdu 85% de ses emplois à cause de la réduction des investissements publics orientés par l'ajustement structurel. Si on a parlé de "décollage ivoirien" dans les années 70, principalement grâce aux exportations de cacao et de café, la prospérité économique a amené une certaine euphorie et une ambition politique de développement que l'on peut aujourd'hui juger démesurée. D'une part, parce que le progrès économique n'a pas été accompagné d'un développement social (éducation et santé) comparable à celui d'autres pays du même niveau économique. D'autre part, des déséquilibres se sont manifestés comme le surinvestissement public, l'engagement trop important de l'Etat dans le secteur des entreprises et un manque de rigueur dans la gestion des finances publiques. Lorsque les conditions du marché mondial pour les cultures d'exportation se sont détériorées, la réduction des dépenses d'investissement public mais également privé (cf. tableau 2 de l'annexe 3 pour les indicateurs économiques de la Côte d'Ivoire) a été trop lente et

insuffisante, renforçant l'effet défavorable provoqué par la chute des cours ainsi que le manque d'adaptabilité et de flexibilité de l'appareil économique.

Dans la première moitié des années 80, le produit national brut par tête s'effondre, il est réduit au tiers de sa valeur de 1980 à 1985 (World Bank, 1992). S'il se relève dans les années 85-90, il reste inférieur au niveau qu'il avait dans les années 1970. Cela s'est répercute sur la croissance de la consommation privée qui est en moyenne de 0,3% par an de 1980 à 1993 contre 6,6% dans les années 1970. La récession est alors flagrante et si l'emploi continue d'augmenter de 3,5% par an dans le secteur public de 1983 à 1987 pendant la période d'ajustement structurel, les salaires réels ont perdu 20% sur la période. A l'inverse, l'emploi a nettement baissé dans le secteur privé industriel mais le niveau des salaires a été maintenu (Schneider, 1992) alors que l'inflation dans les années 1970 était en moyenne de 13%/an réduisant ainsi de façon drastique le pouvoir d'achat des ménages. En milieu urbain la récession a affecté le niveau de vie de la classe moyenne du secteur formel, mais également la population plus pauvre et plus nombreuse du secteur informel. Le phénomène de récession se répercute sur le niveau d'éducation des enfants. Le nombre d'enfants à l'école après avoir augmenté fortement durant les années 70, augmente à un taux inférieur au taux de croissance de la population après 1982. La récession ne peut continuer indéfiniment car elle implique un endettement toujours croissant, l'absence de création d'emplois et la dégradation du service minimum d'éducation et de santé. Cette situation nécessite une réallocation des ressources par la dévaluation nominale du FCFA (Schneider, 1992), qui a été décidée en 1994 mais dont les conséquences sur l'économie sont encore difficilement analysables faute de recul.

#### 1.1.2.2 Parc d'entreprises et secteur industriel

L'évaluation du nombre d'entreprises en Côte d'Ivoire reste incertain, à l'exception des grandes entreprises et P.M.E.<sup>1</sup> du secteur moderne qui déposent régulièrement leurs documents

---

<sup>1</sup>. Petites et Moyennes Entreprises

comptables à la Banque des Données Financières de Côte d'Ivoire<sup>2</sup>. C'est la raison pour laquelle, nous pouvons difficilement travailler avec des entreprises qui n'émargent pas dans les fichiers nationaux. Estimés au nombre de 3500 en 1985, les établissements du secteur formel représenteraient moins de 1% de l'effectif total (Barrère et Hernandez, 1991). Les auteurs estiment le secteur semi-informel ou intermédiaire à 31 000 unités (8% du total), les activités de rue à 80 000 et celles de marché à 142 000, soit un total de 222 000 (57%). Enfin, les activités rurales non agricoles sont estimées à 80 000 (20%), alors que les activités à domicile pourraient être par déduction de 54 000 (14%) si l'on s'en tient à une évaluation globale de 390 500 entreprises (Barrère et Hernandez, 1991). Le secteur formel s'avère donc étroit avec un nombre d'entreprises restreint.

Barrère et Hernandez ont étudié la durée de vie des 3500 entreprises recensées et pour lesquelles ils ont pu avoir des informations. Ainsi, l'idée selon laquelle le parc d'entreprises est jeune en Côte d'Ivoire, est confirmée à travers l'étude de l'âge et de l'espérance de vie des établissements. La durée de vie médiane est de 12,4 ans de 1973 à 1977, de 13,3 ans de 1978 à 1982 et de 29,7 ans de 1983 à 1986. Les entreprises se sont consolidées, pérennisées et ont atteints une certaine maturité à la fin des années 1970. Cela est cohérent avec le développement industriel récent de la Côte d'Ivoire dans la seconde moitié du 20ème siècle, mais la forte croissance économique d'environ 8% par an de 1965 à 1975 (Azam, 1993) joue également un rôle dans le renforcement des établissements. Le "miracle ivoirien" aura permis à bon nombre d'entreprises de constituer une trésorerie de réserve permettant de faire face aux contraintes de marché. Face à la crise des années 1980, les entreprises solides, réduisent leurs investissements et leur volume d'activité, mais s'adaptent à la rigueur. Le début des années 1990 est encore marqué par le déclin économique et l'Etat joue un rôle important de régulateur en intervenant notamment sur la fixation des prix et la facilité d'accès aux prêts bancaires pour les entreprises.

---

<sup>2</sup>. Depuis 1973, cet organisme public est chargé de notifier le bilan et le compte de résultats de l'ensemble des entreprises exerçant sur le territoire ivoirien et d'éditer la centrale des bilans. Ce recensement s'effectue régulièrement le 30 décembre de chaque année, permettant ainsi de constater les créations, les modifications et les disparitions d'entreprises.

Le secteur industriel moderne, peu important dans les années 1960, occupe maintenant la troisième place (part du PNB) dans l'économie ivoirienne après l'agriculture et les services. Une enquête réalisée sur un faible échantillon de 18 entreprises industrielles formelles à Abidjan en 1992 a permis de constater les principales difficultés qu'elles éprouvent (World Bank, 1994b). Sur cet échantillon, 7 établissements travaillent uniquement à l'exportation, 8 produisent pour le marché intérieur, et 3 font les deux. Parmi les problèmes cités, ceux qui reviennent le plus souvent sont les coûts des facteurs de production (eau, électricité et télécommunications), les frais élevés de douane et les taux de prêt bancaire. L'ensemble des ces éléments relèvent tous de l'intervention de l'Etat, puisque les entreprises de distribution d'eau, d'électricité, de télécommunication ainsi que plusieurs banques sont nationalisées. Il est donc possible que le manque de mesures en faveur des entreprises sur ce type de charges soit ou ne soit pas interprété par les entrepreneurs comme un signe d'incitation à l'investissement en Côte d'Ivoire.

#### 1.1.2.2 Existe-t-il un modèle d'entreprise africaine ?

La question mérite d'être posée si l'on souhaite discuter par la suite des critères qui permettraient d'apprécier les effets de la maladie dans l'entreprise et plus particulièrement sur l'organisation du travail ou les performances des entreprises. Nous avons précédemment défini la catégorie d'entreprises qui fait l'objet de notre étude, c'est à dire les établissements appartenant au secteur formel, mais la réflexion sur un modèle d'entreprise africaine porte également sur le secteur intermédiaire et sur l'ensemble des organisations à vocation commerciale régulées par le marché de l'offre et de la demande.

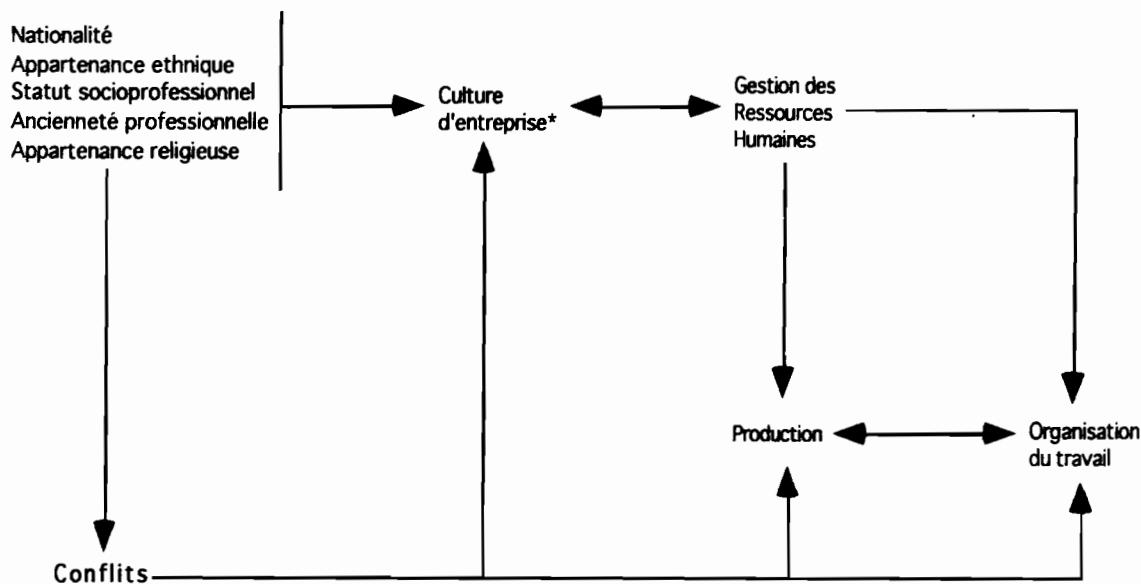
L'analyse que nous développons dans les chapitres suivants concerne l'ensemble des établissements formels ou informels qui ont des objectifs tels que la performance, c'est à dire la position concurrentielle sur un marché et les capacités de production, le profit, la rentabilité et la pérennité. L'importance de ces caractéristiques varie probablement d'un établissement à l'autre, mais elles existent et font partie des exigences propres aux entreprises appartenant au secteur moderne. B. Ponson qui compare les différences socioculturelles du management en Afrique et

en Occident, précise que "*l'entreprise recherche, où qu'elle soit, l'efficacité la plus grande*" (Ponson, 1990). Par contre, les particularités socioculturelles influencent le management; et la ponctualité, la compétitivité ou le profit financier sont des valeurs occidentales qui n'ont pas toujours le même sens dans la vie et l'expérience villageoise traditionnelle des partenaires africains (Mutabazi, 1990). Cependant, un marché concurrentiel national ou international oblige les organisations à respecter ces normes si elles souhaitent exister et survivre. Le dualisme existant entre les contraintes organisationnelles universalistes et l'adaptation socioculturelle du management des agents représente un souci évident auquel sont régulièrement confrontés les entrepreneurs, notamment lorsqu'ils imposent un management importé et inapproprié aux particularismes locaux. "*L'inefficacité fréquente des organisations administratives et industrielles des pays africains tient largement aux contradictions qui surgissent entre ces formes de vie en société et les attitudes nécessaires à l'application des principes occidentaux d'organisation*" (D'Iribarne, 1993).

Ollivier et Maricourt ont comparé les particularités socioculturelles sur le lieu de travail de la Côte d'Ivoire, de la France et des Etats-Unis. Les résultats montrent que les travailleurs des deux pays occidentaux ont un comportement individualiste plus prononcé que ceux de la Côte d'Ivoire où la culture communautaire est forte. Les facteurs d'ambition et de performance sont en revanche peu présents en Côte d'Ivoire (Ollivier et De Maricourt, 1990). Les auteurs concluent que les modèles anglo-saxons de management ne sont pas universels et que les critères du célèbre modèle de hiérarchie des besoins de Maslow relèvent d'un système de valeurs typiquement anglo-saxon. En Afrique, si tant est que l'Afrique soit d'un seul tenant, les besoins de socialisation priment et surpassent les besoins d'accomplissement et de réalisation personnelle. Ces recherches nous conduisent à tenir compte dans notre travail de l'importance des critères socioprofessionnels et des particularismes qui pourraient influencer le management et la gestion du personnel dans l'entreprise (cf. Schéma 1). La gestion des conflits et des tensions reste une préoccupation dominante des dirigeants d'entreprise, sachant que le VIH/SIDA peut être également un facteur de conflit si la perception de la maladie varie par exemple entre le directeur d'entreprise et une partie des employés.

**Schéma 1:**

**Impact des facteurs socioprofessionnels sur l'organisation du travail dans une entreprise en Afrique sub-saharienne**



\* Nous entendons par "culture d'entreprise" l'ensemble des normes de travail mais également de vie sociale propres à une entreprise et inculquées en partie par les dirigeants via le règlement intérieur.

Cela est d'autant plus vrai, que la nationalité et les caractéristiques socioculturelles des chefs d'entreprise sont relativement hétérogènes en Côte d'Ivoire. Cela nous amène à poser la question de l'hétérogénéité des réactions d'employeurs aux conséquences du VIH/SIDA. Si à l'hétérogénéité supposée des impacts du VIH/SIDA en entreprise, nous ajoutons la variété des réactions humaines, nous pouvons nous attendre à l'existence d'une multitude de situations. Ces situations sont d'autant plus complexes que les entreprises modernes n'ont jamais été confrontées à ce problème, à savoir la disparition du personnel par épidémie, les réactions et les réponses d'entreprise ne sont donc pas codifiées dans ces circonstances. Les entreprises pourraient en partie compter sur les services sanitaires du pays en ce qui concerne la santé des travailleurs, cependant il n'existe pas en Côte d'Ivoire de système national de prise en charge médicale des citoyens. La plupart d'entre eux n'ont pas accès aux soins faute de moyens financiers et certaines entreprises tentent de pallier ces insuffisances pour leurs employés en

instaurant des dispositifs internes de prise en charge médicale. Ces situations ne risquent-elles pas cependant d'alourdir les charges des entreprises ?

### **1.1.3 VIH/SIDA et prise en charge sanitaire en Côte d'Ivoire**

Il existe en Côte d'Ivoire une organisation théoriquement chargée de la prévoyance sociale, cependant la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), organisme assurant la gestion d'un service public, ne remplit pas son rôle d'après de nombreux responsables d'entreprises qui se sont plaints de l'inefficacité de l'organisme. Créeée depuis 1956, ses fonctions ont évoluées jusqu'en 1971, aujourd'hui la CNPS propose :

- un régime de prestations familiales
- un régime des accidents du travail et des maladies professionnelles
- un régime de pension de retraite
- une action sanitaire par l'intermédiaire de centres médicaux et sociaux

Les bénéficiaires des prestations énumérées sont les travailleurs salariés de l'industrie, de l'agriculture et du commerce immatriculés par leurs employeurs à la CNPS. Ce peut également être les conjoints ou les enfants dans certaines conditions relatives au décès du travailleur (CNPS, 1989). En 1993, l'effectif total de la CNPS est composé de 1338 agents et le cumul des salariés immatriculés à la CNPS s'élèverait à 400.000 personnes selon un responsable de l'organisme. Il précise qu'environ "*200 000 personnes seulement cotisent car beaucoup passent à travers les mailles du filet*". Les procédures de contrôle et de sanctions ne sont pas très efficaces car le recouvrement des cotisations non encaissées est en moyenne de 7,26%, sachant qu'environ 84% des recettes de la CNPS proviennent des cotisations salariales (CNPS, 1993). Notons que le secteur informel dont les cotisations des employés intéressent la CNPS sont estimées par le même établissement à plus d'un million de personnes qui ne payent donc pas leur participation. Cependant si les difficultés de fonctionnement de cette organisation sont réelles, elles sont moins dues au manque à gagner (cotisations non perçues) qu'à la mauvaise gestion de l'organisme (Bolot-Gittler et al., 1990).

Si nous nous intéressons à l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, nous constatons que le SIDA n'en fait pas parti, ce qui n'est bien sûr pas surprenant dans l'industrie. Les pensions versées par la CNPS dans le cadre d'une inaptitude médicale à l'emploi concernent exclusivement les maladies professionnelles. Cependant, à la différence par exemple du cas français (Lassalle, 1996), il n'existe pas de relais des pouvoirs publics en terme de prise en charge pour les malades du SIDA, qui lorsqu'ils perdent leur emploi, perdent également leur salaire. La question du VIH/SIDA en entreprise ne peut pas être traitée sans prendre en considération l'absence totale d'une intervention publique en faveur des salariés malades du SIDA et inaptes à l'emploi pour raison médicale. Un deuxième aspect important concerne les centres médicaux de la CNPS, au nombre de sept dans l'ensemble du pays, ils jouent un rôle très limité et ne peuvent répondre à la demande de soins des cotisants, si leur utilité n'est pas remise en cause, leur performance reste encore symbolique.

L'absence d'un système national de prise en charge médicale entraîne deux conséquences particulières. D'abord, les employeurs que nous avons enquêté (cf. Chapitre 5) sont unanimement mécontents de la CNPS, car selon eux, elle ne rempli pas ses prestations. Sachant que le patronnat cotise à la CNPS au même titre que les salariés, cela les incite ou ne les incite pas à créer au sein de l'entreprise des systèmes privés de prise en charge médicale des salariés ou des relais sociaux. Ils peuvent être incités à créer leur propre dispositif pour les employés face à l'échec de la CNPS ou au contraire refuser d'intervenir dans le domaine de la santé puisqu'ils estiment déjà payer un organisme qui en a la charge. La deuxième conséquence est relative à l'absence de soins pour les salariés malades du SIDA. Cet aspect pourrait être compensé par l'accès aux structures sanitaires publiques mais cet accès est également trop coûteux pour la majorité de la population active. Les entreprises sont donc confrontées à une double contrainte, d'une part les forts taux de prévalence VIH/SIDA à Abidjan n'épargnent pas les salariés, d'autre part les malades - y compris les employés - ont des difficultés à payer les soins. Ces difficultés s'expliquent pour plusieurs raisons. Entre autres, bien souvent les malades n'ont pas les moyens financiers d'acheter des produits pharmaceutiques trop chers par

rappor au pouvoir d'achat de la majorité des citoyens. Les médecins prescrivent en moyenne 4,4 médicaments aux malades séropositifs qui consultent aux services des maladies infectieuses des CHU d'Abidjan, les patients en achètent seulement 0,9 (Brunet-Jailly, 1997). Sur 120 malades suivis en 1993 pendant 18 mois, la proportion des patients qui ont recours aux soins modernes passe de 75% à moins de 40% durant les 10 derniers mois (Béchu et al., 1997). Une autre raison de la difficulté des patients à se soigner relève de la lenteur des autorités publiques et sanitaires à développer des programmes de soins adaptés au nombre et aux pathologies des patients infectés par le VIH, au demeurant majoritaires dans le service des maladies infectieuses du CHU de Treichville (Brunet-Jailly, 1997).

Ainsi, les entreprises subissent indirectement la lenteur de la mise en place de stratégies efficaces dans la prise en charge des malades du SIDA. Cette lenteur se répercute entre autres par les forts taux de morbidité et de mortalité de la population adulte d'Abidjan comme nous l'avons précédemment décrit dans ce chapitre (section 1.1.1.1). On peut alors se demander si ce contexte n'accentue pas inévitablement le turnover du personnel d'entreprise ainsi que la multiplication des arrêts de maladie des employés. Cela est d'autant plus vrai s'ils n'ont pas les moyens de payer les traitements médicaux qui leur sont prescrits.

## **1.2 Objectifs, méthodes et terrains**

### **1.2.1 Objectifs de la recherche**

L'approche préconisée pour ce type d'étude est globalement qualitative. Les développements précédents situent et expliquent avec précision les choix que nous nous sommes fixés. L'objectif consiste à identifier les conséquences socio-économiques du VIH/SIDA sur l'activité de quelques entreprises industrielles à Abidjan, ainsi que les réactions qu'elles mettent ou pourraient mettre en oeuvre pour lutter contre ces effets. Autour de ces idées, les principaux objectifs pourraient être résumés dans les étapes suivantes:

1. Evaluer rétrospectivement le nombre d'employés infectés par le VIH et connus par les médecins des entreprises étudiées.
2. Diagnostiquer les répercussions de l'infection à VIH dans ces entreprises à Abidjan et les mesurer en terme de coûts pour chaque établissement.
3. Etudier des réponses observées et théoriques des firmes en termes de réactions aux effets du VIH/SIDA.

Il s'agit de comprendre et d'analyser les relations entre les divers facteurs qui ont amené les employeurs à choisir les orientations d'une politique sociale et de gestion du personnel face à l'infection par le VIH du personnel. Les objectifs secondaires s'articulent autour des quatre points suivants:

4. Montrer que les différences de coûts induits par le VIH dans les entreprises sont liées à l'organisation de chaque établissement, notamment leur politique sociale et leur politique de l'emploi.
5. Montrer que les pratiques discriminatoires à l'égard des employés infectés par le VIH existent et qu'elles répondent à une réaction de l'employeur visant à réduire les charges sociales de l'entreprise.
6. Montrer l'existence de risques sur le fonctionnement (des entreprises) qui n'ont pas été identifiés par les entrepreneurs mais qui pourraient à terme menacer les entreprises.
7. Proposer à partir des résultats empiriques et des informations provenant d'autres études en Afrique, des outils permettant la simulation de l'impact socio-économique de l'épidémie de VIH dans les entreprises.

### **1.2.2 Justification de l'échantillon**

Nous avons opté pour le choix d'une recherche à partir d'un petit échantillon de la population (les entreprises) que nous voulons étudier. Ce choix est justifié pour plusieurs raisons:

1. Les connaissances que nous souhaitons obtenir à partir des entreprises enquêtées ne peuvent être acquises avec des enquêtes quantitatives. Des entretiens qualitatifs à passages répétés sont nécessaires pour comprendre certains phénomènes propres à chaque établissement.
2. Le sujet est délicat et les entreprises sont peu ouvertes aux enquêteurs qui abordent la question du VIH/SIDA en entreprise, il aurait été difficile de trouver un échantillon supérieur à 30 entreprises pour valider une représentativité statistique.

Par ailleurs, en l'absence de données suffisantes sur le sujet que nous souhaitons traiter, à l'exception de quelques rares études monographiques en Afrique Australe, nous pensons que les hypothèses de travail doivent au préalable servir à améliorer la compréhension d'un phénomène. A ce titre, l'approche qualitative que nous soumettons doit aussi permettre de déterminer les caractéristiques de situations qui existent à grande échelle. L'étude que nous proposons suggère une approche comparative de trois établissements et doit nous permettre d'identifier et de comprendre des phénomènes qui existent dans un grand nombre d'entreprises. Dans cette approche, l'échantillon est réduit et il est choisi par rapport à une structure théorique préconçue et non pas sur une théorie préconçue (Arnold, 1970). Notre étude de cas est une investigation exploratoire, une recherche préliminaire qui peut fournir les éléments d'un modèle général ou du moins les éléments à la conception d'une enquête statistique destinée à la généralisation et la représentativité (Hamel et al., 1993).

Aussi, la comparaison de quelques cas implique qu'ils soient sélectionnés dans un univers clairement défini. Nous avons choisi d'étudier l'impact du VIH/SIDA en termes de coûts pour l'entreprise dans trois établissements industriels d'Abidjan. Nous avons sélectionné le secteur industriel privé et la comparaison de trois entreprises implique qu'elles soient choisies avec des caractéristiques différentes notamment sur la taille, les méthodes de gestion (local ou international) ou l'organisation du travail (fréquence de l'activité, gestion du personnel...). Ces différences permettent d'éviter notamment les biais de sélection et les généralisations pour une catégorie précise d'entreprises. C'est la raison pour laquelle, nous donnons des éléments descriptifs du fonctionnement des trois entreprises étudiées (cf. infra). Rappelons également que

la sélection des établissements est influencée par la difficulté à trouver des entrepreneurs qui acceptent nos investigations. Ainsi, pour ces raisons, nous resterons prudents sur certains aspects que nous préférons présenter sous forme d'hypothèses. C'est aussi le but de cette recherche que de poser les bonnes hypothèses ou d'infirmer celles qui avaient pu être largement divulguées, parfois à tort.

### **1.2.3 Méthodologie des enquêtes**

L'approche qualitative et micro<sup>3</sup> de notre étude est justifiée par la nécessité d'observer avec précision les différentes étapes des conséquences de l'épidémie dans les entreprises, leur temps de réaction et la nature des mesures qu'elles mettent en oeuvre pour contrer les effets du VIH/SIDA. Cela nécessite impérativement de s'intéresser à la perception qu'ont les dirigeants d'entreprise de ces conséquences et à la manière dont ils vont y répondre. Une telle démarche ne peut s'effectuer qu'avec la collaboration des acteurs de l'entreprise. Leur perception et l'analyse détaillée des comportements sur le lieu de travail impliquent une approche qualitative, même si parfois nous nous appuyons sur des éléments d'ordre quantitatif.

Les impacts économiques et sociaux du VIH/SIDA dans les entreprises sont traités simultanément car ils évoluent dans des relations de dépendance. Cette démarche est nécessaire dans le but de montrer que les coûts et la désorganisation provoqués par l'infection à VIH sont des facteurs de modification de la politique sociale de l'entreprise, des relations de travail ou de la gestion du personnel..., cette hypothèse de travail sera étudiée à partir de l'analyse des réactions d'employeurs face au VIH/SIDA. Dans ce contexte, les analyses sur les impacts économiques et sociaux ne sont pas autonomes et restent complémentaires. Nous ferons parfois appel à des notions d'éthique médicale ou des références juridiques afin de situer le contexte dans lequel se décident les stratégies d'entreprise.

---

<sup>3</sup>. L'unité de recherche est l'entreprise.

Les modes d'investigation de cette recherche varient selon les objectifs des enquêtes et selon des contraintes de faisabilité ou d'éthique. Ainsi, trois types d'enquêtes différentes ont été nécessaires:

1. Les enquêtes qualitatives à passages répétés dans les trois entreprises industrielles qui ont fait l'objet d'un suivi régulier de 1995 à 1997.
2. L'étude des pratiques discriminatoires réalisée dans des établissements différents de ceux qui ont fait l'objet d'une analyse qualitative économique (cf. infra pour explications détaillées de ce choix).
3. L'étude des systèmes de prise en charge médicale de 30 entreprises d'Abidjan, tous secteurs d'activité confondus.

1. Trois entreprises font l'objet d'une étude sur les coûts économiques liés à l'infection par le VIH. Il s'agit d'une unité de production de taille moyenne appartenant à une grande entreprise internationale dans le secteur de l'agro-alimentaire dirigée par un européen (1), d'une grande entreprise de la filature appartenant à un groupe d'origine asiatique dirigée par un français (2) et d'une P.M.E. ivoirienne dans l'industrie de l'emballage carton dirigée par des entrepreneurs libanais présents dans le pays depuis les années 1960 (3). Ces entreprises n'appartiennent pas forcément à la sélection des 30 établissements qui font l'objet d'une typologie des systèmes de santé (cf. infra). L'acceptation des dirigeants de l'entreprise et des médecins du travail de ces établissements fut une condition incontournable pour réaliser nos enquêtes de 1995 à 1997 et avoir accès à certains documents comptables internes. Plusieurs entretiens ont été menés selon les établissements auprès des médecins d'entreprise, des directeurs, de cadres, d'agents de maîtrise et d'ouvriers.

(1): 28 entretiens libres ou semi-dirigés ont été menés dans cette entreprise, dont 2 avec le directeur<sup>4</sup>, 3 avec le directeur des ressources humaines, 8 avec le médecin, 9 avec le responsable du service social et médical, 3 avec le responsable des retraites de l'entreprise et 3 avec les responsables du service comptabilité / finance. Aucun entretien avec les ouvriers n'a

<sup>4</sup>. Nous utilisons uniquement le masculin pour désigner le titulaire d'un poste mais il peut s'agir d'une femme. Nous ne donnons pas cette information pour chaque entreprises car cela pourrait fournir un élément d'identification des établissements.

pu être réalisé dans l'entreprise à la demande du directeur qui ne souhaitait pas que les employés posent des problèmes en demandant des explications sur la présence d'une personne extérieure à l'entreprise qui enquête sur les problèmes du VIH/SIDA dans l'entreprise. 3 entretiens avec les ouvriers ont donc été réalisés mais à l'extérieur de l'établissement.

(2): 24 entretiens libres et semi-dirigés ont été menés dans la deuxième entreprise, dont 5 avec le directeur financier et administratif, 6 avec le médecin, 2 avec le responsable des affaires sociales, 2 avec la secrétaire de l'entreprise, 2 avec le directeur de la production et 7 avec les employés travaillant à l'usine.

(3): 23 entretiens libres et semi-dirigés ont été réalisés dans cette entreprise, dont 1 avec le directeur, 10 avec le médecin, 6 avec l'adjoint du directeur du personnel, 1 avec le directeur du personnel, 2 avec un responsable d'usine et 3 avec des ouvriers.

Notons que l'investigation et le recueil de données dans ces firmes varie de l'une à l'autre en fonction de facteurs que nous ne maîtrisons pas à savoir la disponibilité des données, la volonté des interlocuteurs de nous les transmettre, la qualité de ces données et la fonction des interlocuteurs que nous sommes autorisés à questionner par les directions d'entreprise. Cette situation explique que les modes de calcul ou les présentations des résultats dans le chapitre 2 ne sont pas uniformisés et varient d'un établissement à l'autre.

**2. Les pratiques discriminatoires comme le licenciement des malades du SIDA ou le refus d'embauche des postulants infectés par le VIH après un dépistage illicite font partie des stratégies possibles d'entreprise (Fottorino, 1994) face à l'épidémie. La méthodologie pour accéder à ces informations doit être modifiée, nous n'enquêterons plus à partir d'une entreprise pour connaître les cas de discrimination, mais nous nous adressons aux personnes ayant subi un licenciement abusif ou un dépistage du VIH à leur insu réalisé lors d'un examen d'embauche. Cependant comment s'adresser à des employés infectés par le VIH, victimes de pratiques discriminatoires sur leur lieu de travail, sans transgérer le secret médical ? La solution vient des associations de séropositifs (soit "Lumière Action" et "Le Club des Amis"),**

nous avons eu 6 entretiens avec des membres qui pour la plupart ont perdu leur emploi pour cause de VIH/SIDA. En collaboration avec un membre actif de l'association "Le Club des Amis" et avec l'aide d'anciens travailleurs de l'association qui disent avoir été licenciés parce qu'ils sont infectés par le VIH, nous avons enquêté dans les entreprises (7 autres entreprises et le médecin d'un centre médical regroupant 20 entreprise pour un total de 27 entretiens inégalement répartis. Si la majorité des entretiens ont pour thème les discriminations dans l'entreprise, certains entretiens sont orientés sur la gestion des problèmes posés par la maladie des employés). L'objectif était d'obtenir la version de l'employeur sur ces cas, ainsi que celle des collègues qui travaillent toujours dans les entreprises et que nous avons pu interviewer en dehors du lieu de travail. Parfois, les enquêtes ont été complétées par des entretiens avec les médecins d'entreprise des établissements concernés, certains ont confirmé les actes d'exclusion contre lesquels ils ne pouvaient intervenir. D'autres témoignages recueillis auprès des centrales syndicales (5 entretiens avec des responsables syndicaux: 3 syndicats ouvriers et 1 syndicat patronal), ou de juristes (4 entretiens avec 2 juristes) ont permis de comprendre les attitudes et comportements qui, selon eux, permettent à certains employeurs de licencier abusivement les agents infectés par le VIH. Enfin, cette série d'enquête a été complétée par des entretiens auprès de responsables de laboratoires d'analyses médicales de la ville d'Abidjan et d'anciens employés<sup>5</sup> de ces laboratoires pour établir l'éventuelle participation de ces établissements au dépistage du VIH chez les salariés d'entreprise (9 entretiens pour 5 laboratoires différents y compris le Centre National de Transfusion Sanguine). Enfin 4 entretiens ont été menés auprès de 2 responsables (couvertures santé et recouvrement des cotisations entreprise) de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale de Côte d'Ivoire (cf. supra).

3 . Le dernier type d'enquêtes réalisées concerne l'étude de la prise en charge socio-médicale que proposent les employeurs aux salariés d'entreprise à Abidjan. Cette estimation qualitative est nécessaire pour une meilleure connaissance du terrain, elle nous permettra de recenser les

<sup>5</sup>. La plupart des entretiens que nous souhaitions obtenir avec des employés de laboratoires n'ont pu être réalisés car ces employés craignaient de perdre leur emploi. Le fait de ne plus travailler dans un laboratoire d'analyse médicale permettait à nos interlocuteurs de s'exprimer plus librement.

différents types d'accès aux soins dans les entreprises. Ce travail a porté sur une sélection aléatoire de 30 entreprises issues des 250 plus grands établissements d'Abidjan en terme d'effectifs. Le listing de départ dont elles sont extraites est fourni par la Banque de Données Financière d'Abidjan (1994). Pour chaque entreprise dont l'anonymat est conservé dans notre compte rendu, ont été étudié la présence ou non d'un médecin d'entreprise, d'un personnel médical et d'une infirmerie; la mise en oeuvre sur le lieu de travail d'actions de prévention contre le VIH/SIDA en faveur des employés; la participation de l'employeur à l'assurance médicale des employés et le niveau de couverture selon l'appartenance socioprofessionnelle des agents. L'enquête est effectuée sur rendez-vous, dans la majorité des cas, avec la participation du responsable du personnel ou du responsable du service social (médecin ou assistante sociale), le questionnaire utilisé est directif et se compose de questions semi-ouvertes et ouvertes (annexe 4).

Les entretiens effectués pour cette étude se sont déroulés au cours d'une affectation à l'ORSTOM d'Abidjan ("Petit-Bassam) de décembre 1994 à février 1996, puis au cours de missions ponctuelles à Abidjan du 14 mai au 2 juillet 1996, du 18 octobre au 16 novembre 1996, du 14 mars au 13 avril 1997 et du 1 au 15 décembre 1997.

#### **1.2.4 Présentation des trois entreprises étudiées**

Les trois établissements qui ont accepté de travailler en collaboration avec nous pour la réalisation des enquêtes ont souhaité conserver l'anonymat, essentiellement à cause de la sensibilité du sujet et du risque d'être assimilé à une entreprise employant des personnes ayant le SIDA. Par ailleurs, le sujet est parfois encore tabou dans l'entreprise, ce qui ne facilite pas les investigations.

#### 1.2.4.1 Description globale des entreprises

Les trois entreprises qui font l'objet de la recherche, et qui sont étudiées dans le chapitre 2, appartiennent toutes trois au secteur industriel et sont situées dans la ville d'Abidjan. Le nombre d'employés et la nature de l'activité divergent (cf. tableau 2) ce qui permet de comparer des situations différentes. Si nous pouvons donner des informations précises sur l'organisation de la production dans la section "1.2.4.2 Organisation du travail des trois établissements" (cf. infra), la nature de l'activité est peu définie afin de conserver l'anonymat des établissements, notamment auprès des autres entreprises installées à Abidjan. Ainsi, nous les qualifierons dorénavant par le terme de Firme, suivi du chiffre qui les identifie (cf. tableau 2).

**Tableau 2:** Présentation des trois établissements étudiés et situés à Abidjan

Période d'étude	Secteur d'activité	Moyenne nombre employés sur période	Date de création
Firme 1 (1989-95)	Industrie agro-alimentaire	275	1969
Firme 2 (1993-95)	Industrie textile	1150	1966
Firme 3 (1991-95)	Industrie de l'emballage carton	83	1981

Le choix de ces établissements nécessitait qu'il y ait un médecin d'entreprise salarié dans chaque entreprise depuis plusieurs années et qu'ils aient recensé les employés infectés par le VIH depuis au moins 1993. C'est à partir des cas notifiés par le médecin d'entreprise et dans le respect de l'anonymat de ces personnes qu'a été réalisée notre étude. Les périodes étudiées varient selon les firmes en fonction de la qualité des données que possède chaque médecin: 7 années pour la firme 1, 3 années pour la firme 2 et 5 années pour la firme 3. Les services médicaux des firmes 1 et 2 sont récemment informatisés, ce n'est pas le cas dans la firme 3 où les fiches médicales sont manuscrites. Par ailleurs, la présence d'un médecin dans ces entreprises est parfois récente, ou bien le prédécesseur a quitté l'entreprise et ses statistiques sont difficilement exploitables par le médecin en poste. Ces situations ne facilitent pas l'harmonisation des périodes étudiées, ce qui explique ces différences de période d'étude selon les établissements.

Pour chaque entreprise étudiée, une moyenne de l'effectif a été calculé, moyenne à laquelle il sera régulièrement fait référence lorsque nous évoquerons l'effectif. On constate d'emblée les différences de taille de ces établissements, la firme 3 est une petite entreprise (moins de 100 employés), c'est d'ailleurs un établissement plutôt jeune créé en 1981 et en plein développement puisqu'en 1997, l'entrepreneur a embauché 20 personnes supplémentaires, essentiellement à la production. La firme 1 est une unité de production appartenant à un groupe international, son nombre d'employés est resté stable sur la période étudiée, il s'agit d'un établissement arrivé à maturité, utilisant des machines modernes, parfois à la limite de l'automatisation. La firme 3 est la plus ancienne mais également la plus grande. Son site d'exploitation est composé de 3 usines relativement indépendantes. Cette entreprise continue de croître malgré sa taille, car les embauches de 1994 à 1997 constituent annuellement une population au moins égale à 10% de son effectif.

#### 1.2.4.2 Organisation du travail des trois établissements

Les firmes étudiées sont toutes trois mécanisées à des degrés différents, cela est du en partie à la nature de l'activité et la différence de taille des établissements. Cependant, les organisations du travail offrent des similitudes et des différences que nous interpréterons par la suite dans l'analyse de l'impact économique de l'infection à VIH sur la production et la reproduction des entreprises. Nous entendons par reproduction des entreprises, l'ensemble des paramètres organisationnels qui permettent aux entreprises de se renouveler et d'innover, de produire mieux, plus vite ou moins cher, et de s'adapter aux évolutions du marché.

Même s'il est difficile de comparer une industrie agro-alimentaire avec une industrie textile et un établissement spécialisé dans l'emballage carton, certains points importants doivent être mentionnés afin de donner au lecteur une idée de l'environnement auquel nous ferons régulièrement allusion dans les chapitres suivants. D'abord, l'appareil de production de la firme 1 est le plus moderne, comparé aux deux autres, car il est proche d'un système automatisé. La

plupart des tâches sont effectuées par les machines et la majorité des employés de l'usine sont des contrôleurs, des machinistes ou des techniciens / mécaniciens. La firme 2 nécessite davantage de main d'œuvre sur sa chaîne de production où les tâches manuelles et répétitives sont les plus nombreuses. Les ouvriers qualifiés ou spécialisés et les manoeuvres peu qualifiés représentent la majorité des agents en usine. Enfin, la firme 2 bénéficie d'un matériel mécanique important et nécessite également l'embauche d'employés qualifiés qui sont généralement formés dans l'entreprise étant donné la spécificité des machines outils utilisées. Sont présentés ci-dessous les caractéristiques globales d'organisation de chaque établissements.

#### Firme 1:

Si l'on se réfère aux travaux de Chandler, la structure de cet établissement est multidivisionnelle (Chandler, 1962), c'est à dire que la firme 1 est parfaitement intégrée au groupe auquel elle appartient tout en étant autonome et décentralisée. Composée d'une direction indépendante et de départements sous-jacents (personnel, administratif, assurance qualité, formation, médical, production et technique), la firme 1 gère son usine. Les divisions du groupe (3 sites dont 2 unités de production et un bâtiment administratif) auquel appartient la firme 1 (une des deux unités de production), sont spécialisées par département. Si l'ensemble des données comptables et financières est centralisé dans le bâtiment administratif, la gestion de la firme 1 s'effectue sur le site. Ce choix d'organisation est considéré comme étant le plus moderne et aussi l'un des plus efficaces car l'intégration verticale assure une meilleure flexibilité stratégique et une gestion rapprochée des économies d'échelle. Les départements "production" et "technique" de la firme 1 gèrent à eux seuls 13 services et emploient 54% du personnel, les 6 autres départements se partagent les 46% restants (cf. annexe 5). Chaque département est chargé de conseiller la direction de l'usine sur les différentes politiques à appliquer ou les décisions à prendre concernant leur spécialisation. La direction de la firme 1 pondère les exigences et assure la cohérence du fonctionnement selon les informations et les recommandations qui peuvent lui être communiquées par la direction du groupe. Le site de la firme 1 est impliqué dans la fabrication complète de deux produits.

Cette firme est probablement la plus organisée des trois, elle emploie par ailleurs des machinistes qualifiés et des techniciens issus des grandes écoles ivoiriennes. Le niveau de qualification théorique et les diplômes jouent un rôle important pour le recrutement (cela est moins vrai pour les deux autres entreprises) des employés, y compris les moins qualifiés. Cette entreprise peut se permettre une telle politique car elle offre des salaires supérieurs à la moyenne nationale. Nous pensons que ces aspects sont importants car ils laissent augurer un coût relatif au VIH/SIDA plus élevé que dans les autres entreprises notamment en ce qui concerne les pertes de rendement par rapport au versement des salaires: arrêts de maladie, baisse de productivité...

#### Firme 2:

Comme la firme 1, la firme 2 bénéficie d'une organisation multidivisionnelle. Si dans le cas de la firme 1, il s'agit d'une usine appartenant à un groupe, la firme 2 regroupe trois usines autonomes sur le même site. La firme 2 appartient elle-même à un groupe caractérisé par un développement horizontal important (industrie métallurgique, industrie plastique...). Au sein de la firme 2, chaque usine est indépendante, avec sa propre direction. Au-dessus, une direction générale, secondée d'une direction financière et d'une direction administrative, centralise et gère l'ensemble des informations nécessaires au fonctionnement de la firme 2 (cf. annexe 6). La gestion est lourde étant donné la prise en compte du travail de trois usines et d'un nombre d'employés en moyenne 3,5 fois plus élevé que dans la firme 1. La filature nécessite généralement un nombre d'employé élevé quel que soit le degré de mécanisation ou d'automatisation en comparaison avec d'autres industries. En effet la manipulation du fil est complexe et les machines requièrent une surveillance et un accompagnement permanent des ouvriers. Les étapes de la production de l'une des trois usines (textile jute<sup>6</sup>) sont brièvement les suivantes:

- 1 Le mouillage: humidification de la matière première, formation d'une bande grossière de jute.
2. La carderie: Assouplissements des fibres textiles.
3. L'étirage: Purification des fibres textiles et élaboration d'une bande de jute fine et purifiée.

---

<sup>6</sup>. matière première naturelle destinée à la fabrication du fil textile.

4. La filature: fabrication du fil. Plusieurs types de fil sont produits et mis en bobine.
5. Le Tissage.
6. La finition: Les coutures sont posées et le produit final est emballé et marqué.
7. La distribution: La firme 2 livre ses clients mais ceux-ci se déplacent également souvent sur le lieu de production pour s'approvisionner.

En tout, il existe 6 sections de une à trois équipes alternantes par section dans l'usine qui fait l'objet de cette description. L'intervention humaine s'échelonne sur l'ensemble des étapes, elle est peu ou pas qualifiée à l'étape 1, elle peut être très qualifiée pour l'étirage, le tissage et la filature. La compétence des agents réside essentiellement dans la capacité à s'organiser de manière à ne pas ralentir ou rompre la cadence de fabrication à l'une ou l'autre des étapes de la production. Cela implique pour les agents qualifiés de savoir réparer rapidement les machines, d'organiser au mieux les étapes de travail et d'avoir une connaissance d'ensemble du procédé de fabrication. L'usine fonctionne en permanence et les malades peuvent perturber ce rythme tendu, cependant les équipes alternantes doivent jouer un rôle déterminant dans la gestion de la présence du personnel. C'est ce que nous essayerons de montrer dans la problématique qui nous préoccupe.

### Firme 3:

Sa structure est différente des deux autres, l'organisation est unitaire (Chandler, 1962) et les fonctions sont centralisées. L'organisation est construite sur un modèle vertical autour des divisions fonctionnelles et la direction est entourée de départements ou d'unités qui l'aident à superviser et coordonner les activités. Par ailleurs, étant donné le faible nombre d'employés, l'ensemble des décisions est prise par un petit nombre d'individus qui dirigent l'établissement, il s'agit essentiellement du directeur technique, du directeur financier et du directeur de la production sous la supervision du directeur général. Bien que non partagée en départements, l'entreprise est constituée de 4 divisions (cf. annexe 7). La plus importante est celle de la fabrication du produit qui emploie au moins 46 personnes. Une deuxième division s'occupe de l'entretien des machines bien que ce personnel puisse être assimilé à celui de la production

puisque'il travaille à l'usine. Une autre équipe assure la livraison des produits finis chez le client, mais celui-ci se déplace parfois notamment pour les grosses commandes qui nécessitent des moyens de transports adaptés dont ne dispose pas l'entreprise (ex: poids lourds). Enfin la direction et l'administration, dont les locaux sont à quelques dizaines de mètres de ceux de l'usine, constituent la dernière division. A l'usine, le travail des machinistes et aide machinistes est relativement qualifié car le mouillage et le traitement des plaques de cartons nécessitent une grande précision des conducteurs de machine. De plus, parmi le personnel administratif, la maladie ou le décès des responsables de services pourrait avoir de graves conséquences sur l'activité étant donné la faible délégation des tâches à d'autres employés et l'ampleur du champ d'action des responsables de divisions.

De manière plus générale, les firmes ont des points communs ou des différences qu'il est important de mentionner. L'industrie est un milieu plutôt masculin, même dans l'industrie textile (hors confection); dans les trois établissements la proportion de femmes est inférieure ou égale à 5% du personnel. Cet élément est à corrélérer avec la dynamique de l'épidémie de VIH en Côte d'Ivoire qui a longtemps affecté les hommes, beaucoup plus que les femmes (Garenne, 1995). Deuxième point, Les firme 1 et 2 fonctionnent 24h/24 et utilisent des équipes de travail qui se relaient. La firme 3 ne bénéficie pas de plusieurs équipes mais emploie des journaliers lors de grosses commandes qui nécessitent parfois des journées de travail de plus de 15 heures. L'activité est donc permanente ou presque pour ces établissements et le respect des délais et des quantités produites apparaît comme étant une condition importante des contrats passés avec les clients. Troisième point, on constate également que les marchés à l'exportation, notamment en dehors du continent africain, sont dominants pour les firmes 1 et 2. Cela est moins vrai pour la firme 3 qui alimente essentiellement le marché intérieur. Dernier aspect, dans les trois usines, le poste de chaque individu est clairement défini, il n'en est pas de même pour la nature des tâches ou des responsabilités à l'exception de la firme 1. Cela implique qu'il y a un important savoir-faire tacite, des compétences non définies et que les agents coordonnent leur action grâce à l'expérience qu'ils ont du travail en commun. Cet aspect est fondamental car nous supposons

**que la hausse de la fréquence des maladies ou des décès induite par le VIH/SIDA peut avoir des conséquences sur la cohérence du travail en équipe.**

Le chapitre qui suit est entièrement consacré à l'évaluation financière des contraintes posées par le VIH/SIDA dans les trois firmes (1,2 et 3). Ce premier travail permet d'obtenir un ordre de grandeur des coûts que nous avons identifiés comme étant induits par le VIH/SIDA dans ces entreprises. Cette évaluation servira ensuite à mieux comprendre les mécanismes d'impact du VIH/SIDA sur le fonctionnement des entreprises mais également à réfléchir aux orientations stratégiques permettant de réduire ces contraintes.

# **CHAPITRE 2**

---

## **II. EVALUATION DES COUTS ECONOMIQUES DU VIH/SIDA SUR LA PRODUCTION DE TROIS ENTREPRISES**

Trois entreprises industrielles ont fait l'objet d'une identification et d'une évaluation des coûts provoqués par les employés infectés par le VIH. Dans ce chapitre, ces coûts seront décrits et évalués avec précision, ce sont des coûts visibles, c'est à dire perceptibles et mesurables à partir des cas d'infection par le VIH connus du médecin d'entreprise et notifiés sur les périodes étudiées pour chaque établissement. L'ensemble des coûts présentés ci-dessous affecte l'activité journalière des entreprises, c'est à dire la production puisque les trois établissements sont des industries productives essentiellement orientées sur le travail en usine. A l'opposé, les coûts invisibles concernent les capacités de reproduction des entreprises, c'est à dire leur aptitude à se renouveler et à évoluer sur un marché concurrentiel. Ces coûts seront abordés exclusivement dans le chapitre IV.

### **2.1 Introduction à l'évaluation des coûts visibles**

Sont présentées dans les deux sections ci-dessous, la méthode et les éléments de calcul utilisées pour réaliser les différentes évaluations.

#### **2.1.1 Définition des bases de calcul pour l'évaluation des coûts**

Il est très difficile d'évaluer de façon précise les coûts visibles de l'impact économique du VIH/SIDA sur les trois entreprises qui font l'objet de cette étude bien que nous ayons tenu compte de l'ensemble des informations disponibles dans chaque établissement. Le salaire moyen des employés représente la base de calcul des principaux coûts que nous souhaitons évaluer. Cependant, trois situations différentes se présentent :

1. Légalement, certains coûts comme le paiement des indemnités de décès sont réglementés et calculés sur la base du salaire moyen conventionnel de la catégorie à laquelle appartient l'employé.

2. D'autres coûts, comme le calcul de l'indemnité de licenciement sont évalués à partir du salaire réel des employés selon la Convention Collective Interprofessionnelle de Côte d'Ivoire (Législateur, 1977).
3. Pour certaines évaluations, nous avons obtenu des données (anonymes) précises sur chaque employé concerné, ce qui nous permet alors de ne pas faire de calcul d'évaluation à partir du salaire moyen ou catégoriel mais à partir des salaires réels.

Outre les salaires, les coûts pour les entreprises devrait aussi se mesurer en tenant compte des différents degrés de mécanisation selon les entreprises ou du montant des derniers investissements. Cependant, le manque d'informations précises sur ces points et la difficulté pour mesurer les conséquences du VIH/SIDA sur ces facteurs nous limite à l'évaluation par les salaires.

Ci-dessous sont présentés pour chaque entreprise l'estimation du montant du salaire brut moyen sur la durée d'étude :

- Firme 1 : environ 225 000 FCFA
- Firme 2 : environ 160 000 FCFA
- Firme 3 : environ 160 000 FCFA

Parfois nous utiliserons le salaire catégoriel commun à l'ensemble des entreprises lorsque les textes de lois l'imposent. Nous l'avons défini selon les normes légales ivoiriennes par rapport aux catégories "employés" et "agents de maîtrise, techniciens et assimilés". Nous n'avons pas rencontré de cas parmi les ingénieurs, cadres et assimilés à l'exception d'un cadre mais en dehors de la période d'étude puisqu'il a été dépisté à la fin de l'année 1996. La moyenne des différentes catégories de ces niveaux est de **96 873 FCFA / mois** selon les accords passés entre les centrales syndicales du pays et les fédérations du secteur industriel (cf. annexe 1). Nous noterons toutefois que la différence de ce salaire avec les évaluations citées ci-dessus

repose d'une part sur l'influence de l'ancienneté professionnelle et sur le paiement des heures supplémentaire. L'évaluation du salaire conventionnel inclu :

- 7 catégories chez les ouvriers
- 5 catégories chez les agents de maîtrise

Sont exclus de l'évaluation le salaire des 4 catégories chez les cadres et des 2 catégories chez les cadres supérieurs.

### **2.1.2 Recensement par le médecin d'entreprise des employés infectés par le VIH**

Nous avons choisi, non pas de travailler sur des hypothèses de séroprévalence VIH du personnel, mais par rapport au nombre d'employés infectés par le VIH et recensés<sup>7</sup> par le médecin de chaque entreprise. Ne sont donc pris en compte dans le tableau 1 que les cas connus et certifiés par les médecins d'entreprise. La situation idéale consistait à connaître la proportion anonyme d'employés positifs au VIH mais cela impliquait une étude épidémiologique dans un contexte difficile car les employés n'ont pas confiance envers les éventuels protagonistes d'une telle opération, craignant que les résultats soient communiqués au chef d'entreprise.

**Tableau 1** : Nombre d'employés recensés infectés par le VIH d'après le service médical de chaque entreprise

	Vivants	Décédés	Total
Firme 1 (1989-1995)	employés 16 famille 13	employés 21 famille 4	employés 37 famille 17
Firme 2 (1993-1995) employés seulement	8	31	39
Firme 3 (1991-1995) employés seulement	5	9	14

<sup>7</sup>. le terme "recensé" signifie identifié et médicalement prouvé par un examen sérologique positif généralement en possession du médecin d'entreprise.

Les périodes d'études varient selon les établissements, essentiellement parce que la présence de médecins d'entreprise permanents est récente. Ils sont respectivement présents dans la firme 1 depuis septembre 1993, dans la firme 2 depuis la fin de l'année 1991 et dans la firme 3 depuis 1990 (médecin vacataire sur toute la période de l'étude). Le cas de l'entreprise 1 est particulier car le médecin vacataire qui exerçait avant 1993 tenait des statistiques sur les employés infectés par le VIH et les premiers dépistages ont été effectués en 1988, ces données ayant été communiquées au médecin permanent en 1992, nous avons pu exploiter ces informations à partir de 1989. Par ailleurs, cet établissement offre une politique sociale élargie à la famille des employés, cela signifie que les frais médicaux sont remboursés pour un(e) époux(se) et six enfants par famille. Le médecin effectue donc un suivi médical pour les membres des familles des employés qui le désirent et qui se déplacent à l'infirmerie de l'entreprise pour les consultations médicales. Ainsi, il a pu recenser l'infection par le VIH chez 17 personnes non employées dont 4 sont décédées sur la période d'étude.

Tous les coûts des salariés infectés par le VIH sont calculés à partir du moment où l'employé est diagnostiqué infecté par le VIH et recensé par le médecin d'entreprise. Nous ne considérons donc pas les coûts sur la période où les employés n'ont pas encore été dépistés même s'ils sont bien souvent identifiés par la nature des symptômes cliniques. On constate en effet que la proportion de décès est élevée, notamment dans les firmes 2 et 3 (tableau 2). Outre le diagnostic parfois tardif des médecins et le peu de temps dont ils disposent pour chaque patient, les employés ont des réticences à se faire dépister pour plusieurs raisons. Parmi les personnes interrogées lors de nos entretiens, trois arguments sont nettement dominants :

1. La peur d'être licencié, ce qui sous-entend que les employés craignent que le médecin communique des informations à l'employeur.
2. Le refus de savoir que l'on a le SIDA puisque de toutes façons la mort attend ceux qui sont infectés par le VIH.

3. Selon certaines personnes interrogées, le SIDA n'existe pas ou ils ne savent pas trop le définir par des symptômes précis, ce qui de fait ne semble pas les préoccuper au point de prendre des précautions pour se protéger (Caldwell et al., 1992).

**Tableau 2:** Proportion d'employés recensés infectés par le VIH par rapport au nombre total d'employés.

Firme (période)	Employés VIH+ recensés ( par le médecin d'entrep.)	Taux de décès (%)	Incidence annuelle moyenne ( nombre de cas)	Cas VIH+ / nombre total d'employés (%)
F1 (1989-1995)	37	56,8	5,3	1,9
F2 (1993-1995)	39	79,5	13	1,1
F3 (1991-1995)	14	64,3	2,8	3,4

La proportion d'employés infectés par le VIH connue par les médecins d'entreprise, c'est à dire avec sérologie VIH positive à l'appui, reste relativement faible puisqu'elle varie de 1,1 à 3,4% de la population globale des entreprises étudiées (tableau 2). Nous pouvions nous attendre à un tel résultat, sachant que d'une part le médecin ne peut pas imposer aux employés de se faire dépister lorsqu'il y a de fortes présomptions médicales, d'autre part le médecin a des difficultés à diagnostiquer les cas asymptomatiques et les employés qui ne viennent pas le consulter. Dans le chapitre 1, nous avons présenté les résultats des différentes enquêtes épidémiologiques effectuées sur la population adulte d'Abidjan et les séroprévalences varient en moyenne de 10 à 15% selon les sources. Donc, si nous calculons les coûts à partir des cas recensés en entreprise, nous devrons ensuite ramener ces coûts à des prévalences VIH plus proches de la réalité épidémiologique, c'est à dire 10 et 15% de la population d'entreprise par exemple. C'est ce que nous établirons à la fin de ce chapitre après avoir évalué les coûts réels à partir des cas connus d'infections à VIH.

Enfin, il est important de noter qu'à l'exception d'un cas dans l'entreprise 1, l'ensemble des employés notifiés infectés par le VIH appartient aux catégories des ouvriers, agents de maîtrise

et techniciens selon les médecins d'entreprise. Il est difficile de vérifier cette information, mais nous pensons qu'en deux ans d'entretiens avec différents agents dans chaque entreprise, nous aurions appris par l'un de nos interlocuteurs si un cadre était infectée par le VIH. L'absence de rumeurs ou de soupçons ne nous a pas permis de poursuivre des investigations dans ce sens ou de confirmer une information, à l'exception d'un seul cas, un cadre administratif dont la maladie a été parfaitement gérée sans que cela ne cause de problème particulier lié au statut professionnel de la personne. Dans une autre entreprise par exemple, qui ne fait pas l'objet de ce chapitre, le n°3 de l'entreprise est décédé du SIDA. Cet événement qui nous a d'abord été caché a ensuite été confirmé par le médecin de l'entreprise et le directeur. Plusieurs facteurs permettent d'expliquer l'absence des décès du VIH/SIDA des personnes les plus qualifiées, du moins les mieux payées dans l'entreprise : 1. ils sont peu nombreux proportionnellement aux ouvriers et agents de maîtrise, notamment dans le secteur de la production industrielle, 2. Ils ont accès plus facilement à la prévention télévisée ou à l'information diffusée par de nombreux médias. Ils savent lire, écrire et possèdent un téléviseur, ils ont donc la possibilité de modifier leur comportement plus rapidement car ils prennent conscience des risques de transmission plus rapidement, 3. Ils ont plus de facilité pour cacher leur maladie en s'adressant aux cabinets médicaux privés et éviter ainsi les consultations en entreprise. Cela est justifié par la crainte d'un licenciement abusif, cependant les arrêts de maladie sont contresignés systématiquement par les médecins d'entreprise qui ont donc un moyen de contrôle. Par ailleurs, si la maladie reste inconnue jusqu'au décès, la cause du décès serait communiquée au médecin d'entreprise par les praticiens du milieu hospitalier, ce qui rend difficile l'hypothèse du secret bien gardé 4. Le médecin conserverait le secret médical sur ce type d'informations : cela est également peu probable, car il peut annoncer que des cadres sont décédés sans donner leur identité comme il l'a fait pour les autres agents. Les divers témoignages des agents interviewés nous auraient également permis d'avoir des indications ou des soupçons sur le décès de telle ou telle personne, ce qui n'a pas été le cas.

## 2.2. Coûts médicaux et de prévention

Le tableau 2 présente et synthétise l'ensemble des coûts médicaux et de prévention pour chaque firme et sur les périodes étudiées. Les méthodes d'évaluation et le détail de ces coûts sont exposés à la suite de ce tableau.

Tableau 3 : Coûts médicaux et de prévention (FCFA)

	Soins	Prévention	coût du dépistage VIH	Masse salariale perso. méd.	Pension d'invalidité	Total	Moyenne du coût par année
Firme 1 (1989-95)	32 273 000	1 329 000	709 000	6 711 000	28 260 000	69 282 000	9 897 000
Firme 2 (1993-95)	7 000 000	635 000	0	6 748 000	0	14 383 000	2 877 000
Firme 3 (1991-95)	0	1 600 000	0	2 600 000	0	4 200 000	840 000

### 2.2.1 Les soins

Il s'agit des soins médicaux prodigués aux employés infectés par le VIH et pris en charge par les établissements, ce coût inclu également, selon les cas, les examens complémentaires ou les consultations chez des praticiens spécialistes. Il est impossible de distinguer les soins prodigués pour une pathologie relative au VIH d'une autre pathologie, cependant la grande majorité des cas ont été dépistés sur présomption par le médecin d'entreprise, ce qui implique que les patients ont présentés des signes cliniques et qu'ils développent pour la plupart un SIDA. A ce stade la majorité des pathologies et décès est largement induit par les défaillances du système immunitaire (Todd et al., 1997; Kaplan et al., 1996).

## **FIRME 1:**

Tableau 4 : Coût des soins pris en charge par la Firme 1 (FCFA)

	<b>1989</b>	<b>1990</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>Total</b>
<b>Firme 1</b>	N.C	N.C	1 841 723	3 787 295	2 859 330	5 913 966	10 669 589	25 071 900

Les tableaux 1 et 2 présentés en annexe 2 permettent de visualiser l'évolution du coût des soins par année et par employé notifié infecté par le VIH.

En l'absence de données fiables sur les années 1989 et 1990 concernant les coûts des soins, nous les estimons à partir d'une moyenne des résultats des années 1991 à 1994 sachant précisément que le nombre d'employés infectés par le VIH était de 14 en 1989 ainsi qu'en 1990, soit un nombre proche des cas constatés de 1991 à 1994 (moy. des cas 1991-94 = 15,5). Nous excluons volontairement l'année 1995<sup>8</sup> qui marque un virage important dans l'évolution des coûts et qui ne serait pas représentative pour les années antérieures à 1990, soit :

$$\text{Somme (91, 94)} = 14\ 402\ 314$$

$$(14\ 402\ 000 / 4) \times 2 = 7\ 201\ 000 \text{ FCFA pour les années 1989 et 1990}$$

Au total, l'évaluation des coûts des soins de la firme 1 de 1989 à 1995 est de:

$$25\ 072\ 000 + 7\ 201\ 000 = 32\ 273\ 000 \text{ FCFA}$$

## **FIRME 2:**

Depuis la fin de l'année 1991, date d'embauche du médecin d'entreprise, nous pouvons évaluer précisément le coût global annuel de la santé pour l'employeur :

<sup>8</sup>. Pour des raisons que nous n'expliquons pas, le nombre de personnes infectées par le VIH a augmenté brutalement en 1995. La vigilance et l'expérience accrue du médecin d'entreprise pour les pathologies associées au VIH joue probablement un rôle sur la précocité des diagnostics.

- Produits de spécialités :	14 000 000
- Produits pharmaceutiques divers :	1 500 000
- Examens radiologiques de dépistage systématique :	2 988 000
- Séances de vaccinations :	3 962 000
- Transport pour évacuations d'urgence :	528 000
- Salaires du personnel médical :	17 195 000
	_____
	40 173 000

Selon le médecin, les seules dépenses que nous pouvons attribuer aux personnes infectées par le VIH dans le cadre des soins et en rapport avec l'infection sont les coûts des produits de spécialités et les produits pharmaceutiques divers qui sont donnés gratuitement aux patients.

Le médecin de la firme qui note les attributions de médicaments par employé nous a permis d'estimer précisément le coût des médicaments délivrés gratuitement aux 39 cas au cours de la période d'étude (93-94-95), soit un montant d'environ **7 000 000 FCFA** correspondant en moyenne à 15% du coût annuel des produits pharmaceutiques ( $7\ 000\ 000 / 3 \text{ ans} = 2,33 \text{ millions / an}$ . Soit 15,5 millions de dépenses annuelles globales en produits pharmaceutiques et de spécialités:  $2,33 \text{ millions} = 15\% \text{ de } 15,5 \text{ millions}$ )

### **FIRME 3:**

L'entreprise ne participe pas aux frais médicaux sauf exceptionnellement lors des décès ou des départs, l'employeur essuie une partie de la dette (emprunts pour achat de médicaments) sur le calcul des droits du dit employé (ou au bénéfice de sa famille lorsqu'il s'agit d'un décès). L'absence de précision sur ces montants ne nous autorise pas à faire une évaluation.

### **2.2.2 La prévention**

Il s'agit de chiffrer le coût de toute opération aux frais des entreprises ayant pour objet de sensibiliser ou d'informer les employés des risques que représente le VIH/SIDA. Ces opérations incluent, selon les cas, différentes interventions allant de la simple information à la distribution gratuite de préservatifs.

#### **FIRME 1:**

La prévention réalisée en 1989 sur quelques semaines se compose de la façon suivante :

- Distribution à l'ensemble des employés d'un petit livre explicatif sur le VIH/SIDA (Montagnier, 1992) et d'une bande dessinée sur "le bon usage du préservatif" par un auteur ivoirien (Fargas, 1993) : coût estimé selon le prix des documents et à raison d'un lot par employé : 956 211 FCFA au total pour l'ensemble du personnel sur la période de prévention.

- Intervention des médecins du CNLS et leurs prestations (projections de films, animations des causeries débats, exposés...) : gratuit.

- Coût indirect de la prévention sur le temps de travail. Les employés ont à tour de rôle quitté leur poste de travail pour assister aux séances d'Information, Education, Communication (IEC). On peut supposer que l'organisation d'un tel programme a été conçue pour ne pas nuire au fonctionnement de la production, ni au rendement (séance par équipe de 30 personnes maximum et provenant de divers services). Certains employés ont même été convoqués en dehors des horaires de travail tout en étant payés, car il est obligatoire d'assister à l'IEC. A raison d'une heure par employé en moyenne, durée minimum des séances (qui ne dépassaient pas 1h30), le coût moyen est estimé à :

- . Coût horaire du travail: 225 000 (salaire mensuel moyen) / 176 (8 heures / jour x 22 jours) = 1278 FCFA / heure.
- . Coût de la prévention pour les 292 employés :  $1278 \times 292 = 373\,176$  FCFA.

Total :  $956\,211 + 373\,176 = 1\,329\,387$  FCFA.

## **FIRME 2**

Le coût pour la prévention effectuée en 1994 par le CNLS s'articule autour de :

- Don effectué au CNLS en 1994 pour leur travail : 300 000 FCFA
- Dépenses pour la restauration des membres du CNLS lors des 32 séances effectuées : 80 250 FCFA
- Coût de la sensibilisation des épouses des employés en 1994 : 185 000 FCFA
- Distribution de préservatifs aux épouses et aux employés au cours de la sensibilisation : 69 750 FCFA

Total des dépenses : 635 000 FCFA.

Cette somme est bien sûr dérisoire pour cette entreprise comme pour les autres d'ailleurs, mais il semble important de calculer ce coût (Gorsky, 1996) afin de montrer son caractère insignifiant et sa nécessité malgré la difficulté d'évaluation de l'efficacité des actions de prévention en Afrique (d'Oruz-Grote, 1996).

## **FIRME 3**

Cette firme a bénéficié de séances de prévention pour les employés par l'intermédiaire de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Spécialisé dans les opérations de prévention sur la sécurité, le risque incendie et les accidents de travail, cet organisme national a abordé le thème du VIH/SIDA à la demande de l'employeur. Après une période de méfiance, les employés ont demandé plus d'informations et c'est à ce titre qu'une "formation SIDA" a été mise en place par une équipe d'éducateurs et de médecins. La méthode est différente de celle observée par le CNLS puisque les groupes se sont fait autour des machines sans que les employés ne quittent leur poste de travail. Les thèmes de secourisme, d'incendie et de SIDA étaient abordés dans les mêmes séances. L'employeur s'est ensuite adressé à son cabinet de

formation, le CEAFC, qui est un cabinet privé agréé, pour effectuer des séances d'IEC spécifiques sur le VIH/SIDA.

L'employeur attribue le coût de ces dépenses, qu'il juge incompressibles, à la formation professionnelle car il a le choix entre investir dans la formation de son personnel et payer la taxe d'apprentissage. Ceci implique, comme toutes les entreprises du secteur formel, que la firme 3 paye la taxe d'apprentissage versée annuellement au Fonds de Formation Professionnelle (FDFP). Les entreprises cotisent en deux versements annuels, le deuxième versement s'effectue seulement si l'établissement n'a pas investi un montant minimum dans la formation des employés. La firme 3 a utilisé cette opportunité pour faire passer la prévention du VIH/SIDA sous une appellation formation, ce qui lui a permis de ne pas payer la cotisation au FDFP. Les dirigeants considèrent que la prévention ne leur a rien coûté car s'ils ne l'avaient pas programmée, ils auraient de toute façon payé le montant restant de la taxe professionnelle au FDFP. Le montant de l'opération s'élève à 1,6 million de FCFA et nous ne pouvons considérer comme les dirigeants que la prévention ne leur a rien coûté car ils auraient tout aussi bien pu investir dans une formation professionnelle directement liée à leur activité. Peut-être n'en avaient-ils pas besoin à ce moment là, mais l'alternative existe et nous en tenons compte. C'est à ce titre que nous comptabilisons ce coût comme une charge pour la firme 3.

### **2.2.3 Dépistage VIH**

Nous incluons dans ce chapitre le coût des tests qui ont été effectués chez des employés dont le résultat est négatif. Le coût des sérologies VIH négatives doit également être intégré à cette étude et il ne l'a pas été jusqu'à maintenant puisque nous nous exclusivement intéressé aux personnes infectées par le VIH. Ce coût peut paraître insignifiant si le médecin demande à ses patients d'effectuer le test sur forte présomption, le nombre de "négatifs" est alors faible. Cependant, même si ce n'est pas le cas dans les entreprises qui font l'objet de ce chapitre, certains dirigeants ont réussi à faire dépister tout ou partie du personnel selon les informations de médecins d'entreprises ou d'employés que nous avons vérifié (cf. Chapitre 3); le coût du dépistage

pourrait alors représenter une charge importante pour l'entreprise. Par ailleurs, ce coût dépend de la politique du médecin d'entreprise qui propose plus ou moins facilement le test VIH à ses patients.

## **FIRME 1**

Dans la firme 1, nous avons pu recenser le nombre de tests VIH avec un résultat négatif. La majeure partie des test négatifs a été réalisée lors de la présence du premier médecin (vacataire) qui couvre partiellement les années de notre étude (89-92). Le choix du test VIH n'est pas le même que celui du médecin actuel, ce qui implique une différence de coût du test, chaque dépistage était facturé 9 900 FCFA avec le premier médecin, 22 000 FCFA avec le second. Ne connaissant pas la proportion de tests facturés selon les coûts, l'évaluation du montant des dépistages est calculé au prorata temporis du temps de présence des deux médecins sur la durée de l'étude:

- Médecin vacataire : de janvier 89 à Août 93, soit 56 mois (67%)
- Médecin salarié : de septembre 93 à décembre 95, soit 28 mois (33%)

$$\text{- Médecin vacataire : } (67\% \times 51) \times 9900 \text{ FCFA} = 338 \, 283$$

$$\text{- Médecin salarié : } (33\% \times 51) \times 22 \, 000 \text{ FCFA} = 370 \, 260$$

---

$$= 708 \, 543 \text{ FCFA}$$

## **FIRME 2 et 3**

Les tests VIH négatifs sont rares, les médecins respectifs proposent le test aux employés sur forte présomption, voire lorsque le SIDA est déjà déclaré. D'autre part, cette dépense est à la charge des employés et ne représente pas un coût pour les firmes 1 et 2.

## 2.2.4 Masse salariale du personnel médical

Il s'agit de déterminer et d'évaluer la part du temps consacré aux employés infectés par le VIH par le personnel médical des entreprises et d'estimer le coût indirect induit par ce travail. Il faudrait pour être précis que le médecin note le temps qu'il passe dans une journée à s'occuper du personnel infecté, à remplir des fiches d'observations indiquant le temps consacré à chaque patient. S'il est vrai qu'en l'absence de VIH/SIDA, le salaire et les charges consacrés au personnel médical serait identique, il n'en reste pas moins que le temps consacré aux autres malades serait plus important et permettrait probablement de limiter davantage l'absentéisme des employés non infectés par le VIH et donc de réduire un coût qui est celui de l'absentéisme ou celui de la durée des arrêts de maladie. En l'absence de moyens d'évaluation précis, nous estimerons donc ce coût proportionnellement à la part des frais médicaux attribués aux employés infectés par le VIH car, en l'absence d'indicateurs directs, c'est le seul indicateur indirect qui nous semble le plus approprié pour faire cette estimation.

### FIRME 1

Tableau 5 : Evaluation du montant de la masse salariale du personnel médical correspondant au temps consacré aux employés infectés par le VIH - Firme 1 (FCFA)

Années	s = Montant masse salariale du personnel médical	t = % des dépenses de soins attribuées au personnel notifié VIH+	Montant masse salariale inhérente au temps de travail consacré au personnel VIH+ (t x s)
1991	14,5 millions	3,4%	493 000
1992	14,5 millions	5,8%	841 000
1993	16 millions	2,9%	464 000
1994	29 millions	6,7%	1 943 000
1995	30 millions	9,9%	2 970 000
<b>Total</b>			<b>6 711 000 FCFA</b>

Le personnel médical et paramédical se compose d'un médecin et de trois infirmières, tous étant salariés à plein temps dans l'entreprise. Il n'y a pas eu de variation de l'effectif du personnel sur la période d'étude, si ce n'est le changement de médecin en 1993.

### Calcul de t

1991: 1 842 000 FCFA pour les dépenses aux personnes infectées par le VIH, soit 3,4% des dépenses annuelles totales de santé s'élevant à 53 942 000 FCFA (inclu produits pharmaceutiques, interventions chirurgicales, consultations spécialistes et examens médicaux).

1992: 3 787 000 FCFA représentent 5,8% des 64 741 000 FCFA de dépenses annuelles.

1993: 2 859 000 FCFA représentent 2,9% des 99 917 000 FCFA de dépenses annuelles.

1994: 5 914 000 FCFA représentent 6,7% des 88 835 000 FCFA de dépenses annuelles.

1995: 10 670 000 FCFA représentent 9,9 % des 107 322 000 FCFA de dépenses annuelles.

### **FIRME 2**

Tableau 6 : Evaluation du montant de la masse salariale du personnel médical correspondant au temps consacré aux employés infectés par le VIH - Firme 2 (FCFA)

Années	s = Montant masse salariale du personnel médical	t = % des dépenses de soins attribuées au personnel notifié VIH+	Montant masse salariale attribué au temps de travail attribué au personnel VIH+ (t x s)
1993	6 millions	8,2 %	492 000
1994	17 millions	16,3 %	2 720 000
1995	17 millions	20,8 %	3 536 000
<b>Total</b>			<b>6 748 000 FCFA</b>

Le personnel médical et paramédical se compose d'un médecin, 5 infirmiers, un garçon de salle et un ambulancier, tous sont salariés à plein temps dans l'entreprise. L'équipe médicale est passée de trois personnes à huit en octobre 1993.

### Calcul de t

1993 : 1 260 000 FCFA pour les dépenses aux personnes infectées par le VIH, soit 8,2% des dépenses annuelles médicamenteuses totales s'élevant à 15,5 millions de FCFA (14 millions de produits de spécialités + 1,5 million de produits pharmaceutiques divers selon les indications du médecin d'entreprise).

1994: 2 520 000 FCFA représentent 16,3 % des 15,5 millions de FCFA de dépenses annuelles.

1995: 3 217 413 FCFA représentent 20,8% des 15,5 millions de FCFA de dépenses annuelles.

La proportion des dépenses de soins attribuées au personnel infecté par le VIH varie du simple au double de la firme 1 à la firme 2. Le comparaison serait fortuite essentiellement parce que le budget pharmaceutique est limité dans la firme 2, ce qui n'est pas le cas dans la firme 1. Il n'est pas possible de dire que le personnel de la firme 2 consacre plus de temps et plus de soins aux personnes infectées par le VIH que dans la firme 1.

### **FIRME 3**

En l'absence de participation de l'entreprise aux frais médicaux des employés malades, il n'est pas possible d'évaluer avec ce paramètre la part de la masse salariale consacrée aux personnes infectées par le VIH. Selon le médecin, au moins une consultation sur cinq est en moyenne consacrée à un patient infecté sur la période de l'étude. En 1991, début de la prise de conscience de la présence des cas de SIDA dans l'entreprise, les consultations étaient moins nombreuses qu'en 1995. Notons que le nombre de patients diagnostiqués infectés par le VIH est proportionnellement élevé en comparaison avec les firmes 1 et 2.

**Tableau 7: Evaluation du montant de la masse salariale du personnel médical correspondant au temps consacré aux employés infectés par le VIH - Firme 3 (FCFA)**

Années	s = Montant masse salariale du personnel médical	y = Evaluation de la proportion de temps consacré au personnel notifié VIH+ en consult.	Montant masse salariale attribué au temps de travail attribué au personnel VIH+ (y x s)
1991	2 600 000	20%	520 000
1992	2 600 000	20%	520 000
1993	2 600 000	20%	520 000
1994	2 600 000	20%	520 000
1995	2 600 000	20%	520 000
<b>Total</b>			<b>2 600 000 FCFA</b>

Le médecin de cette entreprise est vacataire, il passe en moyenne trois fois par semaine pour une durée de deux à trois heures selon les besoins. Ce médecin travaille dans plusieurs entreprises dont il est salarié. En alternance avec le médecin, un infirmier assure les vacations trois fois par semaine. Les salaires cumulés des deux personnes sont de 2 600 000 FCFA / an sur la période d'étude. Le taux  $y=20\%$  a été estimé par le médecin lui-même à partir de la proportion d'employés infectés par le VIH en consultation sur le total de ses consultations dans l'entreprise.

### **2.2.5 Pension d'invalidité**

Le terme de "pension d'invalidité" désigne le versement régulier d'une allocation par l'employeur aux employés ne pouvant exercer leur activité professionnelle pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Les articles 29 et 31 de la Convention Collective Interprofessionnelle de Côte d'Ivoire (Législateur, 1977) rendent obligatoire le versement d'une indemnité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle entraînant l'invalidité des travailleurs mais en aucun cas le versement d'une pension d'invalidité.

## **FIRME 1**

Seule cette entreprise pratique une politique de mise en invalidité des employés déclarés inaptes au travail qui bénéficient de leurs droits au licenciement, puis de 75% de leur salaire jusqu'au décès. Cette prestation est exceptionnellement attribuée aux salariés victimes de maladies graves autres que professionnelles.

Les mises en invalidité pour cause de SIDA ont été au nombre de 4 de 1989 à 1994. Ils sont tous décédés avant 1995. Voici les informations connues sur ces cas:

- Le premier est diagnostiqué en 1988, il part en retraite invalidité en 1989 et décède en 1994.
- Le deuxième est diagnostiqué en 1989, part en retraite invalidité en 1993 et décède en 1994.
- Le troisième est diagnostiqué en 1990, part en retraite invalidité en 1993 et décède en 1994.
- Le quatrième est diagnostiqué en 1989, part en retraite invalidité en 1990 et décède en 1993.

Nous ne connaissons pas le mois de mise en invalidité ni celui du décès, ainsi le calcul des montants des retraites invalidité est établi à partir du sixième mois de l'année de départ en retraite ou du décès (cf. annexe 3 pour la méthode de calcul).

Le coût total de la mise en invalidité de ces quatre employés est de **28.260.000 FCFA.**

## **FIRME 2 et 3**

Le cas de la firme 1 est exceptionnel, les deux autres entreprises n'offrent pas cette prestation sociale à leurs employés même lorsqu'il s'agit d'accidents ou de maladies professionnelles.

Cependant la CNPS, où les établissements du secteur formel cotisent, a entre autres pour mission de reverser des pensions d'invalidité aux salariés dont l'inaptitude au travail est en relation avec leur profession. Le SIDA est donc exclu des pathologies visées par l'organisme.

### **2.3 Coûts relatifs aux absences**

Le tableau 7 présente et synthétise l'ensemble des coûts induits par les absences pour raison médicale pour chaque firme et sur les périodes étudiées. Les méthodes d'évaluation et le détail de ces coûts sont exposés à la suite de ce tableau.

**Tableau 8 : Coûts relatifs aux absences pour raison médicale (FCFA)**

	Arrêts de maladie	Absentéisme non notifié	Délégation funéraire	Total
Firme 1	11 928 000	0	3 150 000	15 078 000
Firme 2	9 814 000	0	1 800 000	11 614 000
Firme 3	8 925 000	2 820 000	627 000	12 372 000

#### **2.3.1 Arrêts de maladie**

Il s'agit d'estimer la durée et le coût des arrêts de maladie des personnes séropositives connues. L'unité de mesure des absences est l'heure ou la journée selon les données disponibles dans chaque établissement. Il s'agit ensuite de connaître ou de calculer le taux horaire moyen dans chaque entreprise et d'évaluer le coût direct en terme de salaire payé pour un temps non travaillé.

#### **FIRME 1**

Il n'a pas été possible de travailler sur l'absence pour raison de maladie depuis 1989 puisque ces statistiques sont tenues depuis l'arrivée du médecin permanent en septembre 1993. Nous disposons donc des données sur l'année 1994 et 1995 et avons estimé le coût de l'absentéisme

pour ces deux années respectivement à **1 388 827 FCFA** et **3 599 904 FCFA** (cf. annexe 4, firme 1).

En 1991, 1992 et 1993, le nombre d'employés diagnostiqués infectés par le VIH et dépendants financièrement de l'unité de production varie de 14 à 18 employés. Nous supposons que l'absentéisme est proche de celui de 1994 (15 employés séropositifs), d'autre part, les salaires ont peu évolués sur la période. Par contre en 1989 et 1990, nous avons peu d'informations si ce n'est que l'année 1989 est celle de la découverte du nombre le plus important d'employés séropositifs et nous savons qu'il y avait cette année environ 14 cas qui étaient ou qui ont été diagnostiqués infectés par le VIH. Le diagnostic se faisait essentiellement lorsque l'employé était en phase symptomatique, ce qui laisse penser que l'absentéisme était proche de celui de 1994 (1995 est une année où les coûts ont particulièrement augmenté). Le nombre de 14 employés diagnostiqués infectés par le VIH est représentatif du nombre moyen d'employés séropositifs chaque année sur la période 1989-1994. Nous pouvons donc considérer que le coût lié à l'absentéisme pour ces employés est d'environ : **1.388.000 FCFA x 6 ans = 8.328.000 FCFA**

Soit un total estimé à : **8 328 000 + 3 600 000 (1995) = 11 928 000 FCFA** de 1989 à 1995.

## **FIRME 2**

Selon le médecin d'entreprise, pour les années 1993, 1994 et 1995; le nombre d'heures d'absence au travail des 39 cas notifiés est de 28 200 heures réparties de la façon suivante :

- 5425 heures en 1993
- 10 847 heures en 1994
- 11 928 heures en 1995

A partir de ces 39 cas, le médecin a lui-même effectué la moyenne du taux horaire réel qui est de 348 FCFA, soit une base moyenne d'environ 62 000 FCFA par mois à 40 heures de travail par semaine et 5 jours travaillés / semaine. La réalité est bien plus complexe car les employés de

l'usine travaillent par équipe et parfois avec des horaires de nuit mieux payés. Les heures supplémentaires sont également courantes dans l'organisation du travail de cette firme. Cependant, nous nous en tiendrons au salaire de base<sup>9</sup> sur des normes conventionnelles de 8 heures de travail par jour, cinq jours par semaine, soit :

$28\ 200 \text{ heures} \times 348 \text{ FCFA} = 9\ 813\ 600 = \mathbf{9\ 814\ 000 \text{ FCFA}}$  de janvier 1993 à décembre 1995.

### **FIRME 3**

Dans le cas de la firme 3, les informations précises comme notamment le dernier salaire des personnes qui font l'objet de cette étude, nous permettent de faire une évaluation relativement exacte de ce coût. Sont comptabilisés sur la période étudiée:

- les arrêts de maladie des employés décédés en nombre de jours : 684 (cf. tableau 2, annexe 4)
- les arrêts de maladie des employés en activité en nombre de jours : 78 (cf. tableau 3, annexe 4)
- le coût des arrêts de maladie des employés décédés par rapport à leur dernier salaire :

**12 167 949 FCFA** au total (cf. tableau 4, annexe 4)

- le coût des arrêts de maladie des employés en activité par rapport à leur salaire :

**329 989 FCFA** au total (cf. tableau 5, annexe 4)

De 1991 à 1995, le coût des arrêts de maladie de la firme 3 est de :

$12\ 167\ 949 + 329\ 989 = 12\ 497\ 938 = \mathbf{12\ 498\ 000 \text{ FCFA}}$

#### **2.3.2 Absentéisme non notifié**

Il s'agit exclusivement des absences pour raison médicale qui n'ont pas fait l'objet d'un certificat médical (pour les différencier des arrêts de maladie). Il s'agit dans ce cas des absences des employés malade du SIDA en phase terminale. Nous avons rencontré cette situation dans la

---

<sup>9</sup>. Ce coût est un coût minimum car il n'inclue pas les heures supplémentaires ni les horaires de nuit. Il nous est

firme 3 où l'absentéisme des employés mourants n'est pas recensé, à savoir les quelques semaines qui précédent le décès des employés. Le médecin et les dirigeants de la firme 3 affirment qu'à ce stade la notification des absences n'est plus justifiée par un contrôle médical et que tout le monde comprend que ces malades ne peuvent pas travailler.

## **FIRME 1 et 2**

L'ensemble des absences pour raison médicale est notifié.

## **FIRME 3**

Selon ses propos, le médecin ne tenait plus le compte des absences des malades lorsque ceux-ci étaient en fin de maladie. L'employeur garde et paye ses employés malades le plus longtemps possible et précise qu'ils décédaient rapidement entre le jour où ils étaient présents pour la dernière fois sur le lieu de travail et le jour où ils sont décédés. En moyenne, il pense comme le médecin qu'il s'écoulait environ 15 jours sur ces périodes malgré la diversité des durées selon les cas. Nous avons donc minimisé cette moyenne à 15 jours d'arrêt de maladie payés et non notifiés par le médecin d'entreprise dans le cadre des arrêts de maladie. L'évaluation de ce coût s'élève à **2 820 000 FCFA** de 1991 à 1995 (cf. annexe 5, tableau 1).

### **2.3.3 Délégation funéraire**

Ce sont les coûts de la délégation de l'entreprise aux obsèques. Réglementées par le code du travail ivoirien, ce sont généralement les responsables du personnel ou les délégués syndicaux qui se déplacent aux funérailles selon des durées variables en fonction du lieu de la cérémonie. Les frais sont alors pris en charge par l'entreprise: déplacement, restauration et logement. Nous tenons compte, lorsque c'est constaté, de la perte des salaires pour l'entreprise durant cette

---

impossible d'évaluer la proportion de ce travail qui de plus varie selon les employés.

période puisque les "représentants de l'entreprise aux funérailles" ne travaillent pas et sont absents du lieu de travail.

Normalement organisée le week-end, il arrive que la cérémonie dure au-delà de la fin de semaine ou qu'elle ait lieu à l'étranger si le défunt n'est pas ivoirien, auquel cas l'absence de la délégation se prolonge parfois. Par ailleurs, les modalités d'évaluation varient selon chaque firme et selon la qualité des informations que nous avons obtenu (données précises ou évaluation à partir de moyennes).

## FIRME 1

Le calcul du défraiement se fait sur la base d'un forfait de 150 000 FCFA par délégué. Cette pratique a été modifiée depuis le mois de janvier 1996 pour le choix des frais réels et du remboursement des dépenses sur justificatifs. Cette modification ne concerne donc pas la période de notre étude. Ce forfait était valable pour l'ensemble de la délégation qui se composait généralement de 2 à 3 personnes et qui devaient donc se répartir cette somme à hauteur de 75 000 FCFA ou 50 000 FCFA par personne et ce quelle que soit la durée des funérailles, cependant la participation aux obsèques est seulement tolérée le week-end. Les absences en début de semaine sous le prétexte de la participation aux festivités traditionnelles ne sont pas admises.

$$150\,000 \times 21 \text{ (employés décédés)} = 3\,150\,000 \text{ FCFA}$$

Les 4 personnes ayant bénéficié de la mise en invalidité sont incluses dans ce calcul (17 + 4) puisqu'une délégation représentant l'entreprise était présente à leurs obsèques.

Note: les délégués du personnel se déplacent également lorsqu'un membre proche de la famille d'un employé décède. Cependant l'entreprise met seulement à leur disposition un véhicule et le carburant, mais pas de forfait pour les autres dépenses. Ce coût est moins visible car relativement faible et nous ne disposons pas d'informations précises pour l'évaluer.

Coût total de la délégation aux funérailles : **3 150 000 FCFA**

## **FIRME 2**

Le médecin et le service comptable ont évalué le coût des déplacements en termes d'indemnités pour les délégations à 1 215 000 FCFA pour les années 93 et 94. Ils s'élèvent à 585 000 en 1995, soit un total de **1 800 000 FCFA** pour la période 1993-1995.

Le détail de ces coûts et le calcul des montants sont vérifiés par une méthode d'évaluation confirmant l'ordre de grandeur des coûts fournis par la comptabilité et le médecin d'entreprise (cf. Annexe 6, firme 2).

## **FIRME 3**

La situation est différente des deux précédentes dans la mesure où la prise en charge des délégations n'est pas forfaitaire mais attribuée selon des critères qui parfois nous échappent. Ils sont cependant déterminés par la distance qui sépare Abidjan du lieu des funérailles et le nombre de délégués qui varie selon des critères subjectifs (appréciation de l'employé par l'employeur...). Nous avons pu bénéficier, dans certains cas, du coût exact des déplacements, dans d'autres situations nous proposons une estimation (*italique*) en l'absence d'éléments suffisants (cf. annexe 6, tableau 1 et 2). Par ailleurs, l'employeur offre des jours d'absence payés aux délégations au-delà des deux jours du week-end lorsque les obsèques ont lieu à l'étranger. Il convient donc, avec une délégation préalablement définie, de déterminer la durée d'une absence autorisée et payée par l'employeur 1, 2 ou 3 jours. Dans ce cas nous avons évalué le coût du paiement des salaires lorsque les employés composants la délégation étaient absents les jours ouvrables.

Au total, nous obtenons un coût de **627 000 FCFA** sur la période étudiée.

## **2.4 Coûts relatifs à la gestion du personnel**

Le tableau 8 ci-dessous présente l'ensemble des coûts relatifs à la gestion du personnel qui sont ensuite détaillés et expliqués dans les sous-sections attenantes.

**Tableau 9 : Coûts relatifs à la gestion des ressources humaines (FCFA)**

	Indemnités de départ et de licenciement	Embauche et formation	Baisse de productivité et aménagement de poste	Heures supplémentaires	Total
Firme 1	0	0	17 010.000	0	17 010.000
Firme 2	1 268 000	3 720 000	13 500.000	0	18 488 000
Firme 3	451 000	1 365 000	5 864 000	720 000	8 400 000

### **2.4.1 Indemnités de départ et de licenciement**

Nous entendons pour cette indemnité tout départ d'un employé de l'entreprise dont la cause est liée au VIH/SIDA, c'est à dire au statut sérologique ou à l'état de santé de la personne. Nous distinguons quatre cas:

- Licenciement pour inaptitude médicale constatée par le médecin de l'entreprise et visé par le médecin inspecteur du travail.
- "Arrangement" ou négociation financière entre l'employeur et l'employé pour que ce dernier donne sa démission et quitte l'établissement.
- Pratiques des supérieurs hiérarchiques visant à isoler la personne afin de l'obliger à quitter l'entreprise.
- Licenciement déguisé sous un autre motif que celui de l'infection par le VIH ou la maladie.

Nous reviendrons plus loin sur l'ensemble des pratiques discriminatoires sur le lieu de travail à l'égard des personnes infectées par le VIH (chapitre 3). Dans le cas précis des trois entreprises qui font l'objet de cette évaluation, nous n'avons pas été confronté à ce type d'événements

malgré nos recherches dans ce sens. Les coûts mentionnés et relatifs à ce poste correspondent aux primes de départ des employés qui, selon les médecins d'entreprise, ont souhaité quitter l'entreprise parce qu'ils étaient malades et qu'ils souhaitaient retourner au village.

Le calcul de l'indemnité de licenciement est défini par les textes de lois (Législateur, 1995):

- . 30 % du salaire (réel) pour les cinq premières années
- . 35 % pour la période allant de la 6e à la 10e année incluse
- . 40 % pour la période s'étendant au-delà de la 10e année

### **FIRME 1**

Absence de licenciement notifié ou de départ négocié pour cause d'infection par le VIH.

### **FIRME 2**

Selon le médecin d'entreprise, 6 employés malades du SIDA ont demandé leur départ de l'entreprise du fait de la dégradation de leur état de santé et de la difficulté qu'ils éprouvaient à effectuer leur travail. La direction leur aurait accordé le paiement de l'indemnité de licenciement correspondant à leur ancienneté et leur échelon professionnel. Ce sont donc les employés eux-mêmes qui auraient fait la démarche de quitter leur emploi. Nous n'avons pu vérifier les circonstances de ces départs ni même connaître le montant des primes de départ que nous évaluons en moyenne à **1 268 000 FCFA** (cf. annexe 7, firme 2).

### **FIRME 3**

Le départ en retraite anticipée d'un employé infecté par le VIH a pu être rendu possible (sur sa demande) grâce au médecin d'entreprise qui "a négocié" avec le médecin inspecteur général pour que cette décision soit justifiée. En effet, quelques médecins d'entreprise nous ont confirmé

qu'à partir des 5 dernières années de travail d'un employé avant la retraite, il était possible d'obtenir un avis favorable de retraite anticipée de la part du médecin inspecteur général pour les personnes gravement malades. Mais seuls quelques cas ont pu bénéficier de cet avantage et ce dans le cadre privilégié des relations d'amitié du médecin inspecteur avec d'autres médecins d'entreprise. Ces pratiques sont isolées et peu courantes car illégales au regard du code du travail. Seule la prime de départ est à la charge de l'entreprise, la retraite anticipée est ensuite versée par les organismes de réversion de retraite (CNPS + éventuellement retraite complémentaire).

Coût de la prime de départ de l'employé en question : **450 600 FCFA**

#### **2.4.2 Embauche et formation**

Il est ici question de l'embauche et de la formation d'une personne, consécutivement au décès ou à l'absence d'un employé qui est remplacé. Nous abordons seulement dans ce paragraphe le coût direct d'un remplacement incluant les éventuels frais de formation que nous approchons par le manque à gagner de l'employeur si l'employé malade ou décédé était toujours en poste. Les frais d'embauche sont rares lorsqu'il ne s'agit pas d'un poste de cadre.

#### **FIRME 1**

Sur la période d'étude, notamment à partir de 1992, l'entreprise connaît une forte diminution de son activité; refusant de licencier les employés dont la tâche n'était plus aussi nécessaire qu'auparavant, elle n'a pas embauché de nouveaux candidats malgré les "départs naturels" et malgré la hausse de la mortalité parmi le personnel (dans les trois entreprises, 3 décès sur 4 au moins sont induits par le VIH/SIDA sur les périodes étudiées). Le responsable socio-médical de l'établissement explique qu'il y avait dans l'entreprise trop d'ouvriers mais également de techniciens et qu'il n'était pas nécessaire d'embaucher de nouveaux agents. La production n'a pas été affectée par cet aspect des conséquences de la maladie. Les décès n'ont pas permis de

réguler le surplus d'effectifs, qui a été muté dans une autre usine appartenant à la firme 1. Cependant, cette situation s'est vérifiée parce que des hommes clés n'étaient pas concernés selon le médecin de l'entreprise, les personnes les plus qualifiées de l'entreprise n'ont pas été encore affectées par le VIH/SIDA. Le décès ou la maladie d'un cadre ou d'un technicien indispensable pourrait poser davantage de problèmes.

## **FIRME 2**

Dans une période de forte croissance dans les années 1990, l'entreprise a dû remplacer les employés décédés et ceux qui ont négocié leur départ, à savoir  $25 + 6 = 31$  personnes.

Il est important d'estimer la durée moyenne de formation nécessaire à ces personnes pour qu'elles soient efficaces à 100% dans la tache qui leur est demandé d'acquitter. Bien que les nouveaux recrutements s'effectuent essentiellement parmi les travailleurs journaliers (du moins pour le travail à l'usine et la majorité des défunt occupait un poste d'ouvrier qualifié ou spécialisé dans l'une des trois usines de la firme), en moyenne 5 mois de formation sont nécessaires pour la nature des postes à pourvoir. Les métiers du textile sont divers et certains postes peu ou non qualifiés nécessitent 2 mois d'expérience alors que d'autres requièrent 12 mois (ils sont aussi moins nombreux). Nous entendons par niveau d'efficacité et de productivité, la capacité de travail et de résultats des ouvriers exigée par les employeurs à un poste précis, cela implique aussi la capacité à faire face aux problèmes rencontrés. Ces exigences justifient une durée moyenne de 5 mois d'apprentissage. Donc en moyenne et sur la base d'entretiens avec des chefs d'équipe en usine et des employés polyvalents, nous avons estimé la productivité et l'efficacité du travail des jeunes recrues de la façon suivante :

- 1er et 2e mois : 50% d'efficacité / productivité
- 3e mois : 70 % d'efficacité / productivité
- 4e mois : 85 % d'efficacité / productivité
- 5e mois 95 % d'efficacité / productivité
- 6e mois 100 % d'efficacité / productivité

Cette estimation est qualitative à partir d'entretiens avec des responsables d'équipe aux différentes étapes de la production. Une meilleure évaluation d'ordre quantitatif pour chaque catégorie de postes aurait été nécessaire mais nous n'avons pas eu les moyens de la réaliser du fait de l'indisponibilité des personnes que nous souhaitions enquêter.

Le salaire global réel moyen d'un débutant est d'environ 50 000 FCFA plus 30 000 en heures supplémentaires, soit 80 000 FCFA. Donc, la formation des 31 personnes aura coûté :

**$31 \times ((1-50\%) \times 2 \times 80\ 000 + (1-70\%) \ 80\ 000 + (1-85\%) \ 80\ 000 + (1-95\%) \ 80\ 000) = 3\ 720\ 000 \text{ FCFA}$**

### **FIRME 3**

Nous avons peu d'informations sur le coût de la formation des employés qui ont été remplacés et choisis parmi les travailleurs journaliers qui avaient déjà une expérience dans l'entreprise de plusieurs mois. Les personnes décédées étaient pour la plupart machinistes ou aide machinistes, nécessitant une formation d'environ 5 ou 6 mois en moyenne, parfois plus, lorsqu'il s'agit de former une personne extérieure à l'entreprise, parfois moins, s'il s'agit d'un aide machiniste qui a de l'expérience et qui accomplit le travail du machiniste décédé. Donc comme pour la firme 2, nous appliquons une moyenne de 5 mois de formation avec les mêmes critères et pour un salaire d'environ 70 000 FCFA / mois. En effet, si le responsable de la production précise que les heures supplémentaires ne sont pas fréquentes chez les débutants les premiers mois, les salaires des machinistes ou aide machinistes correspondent à un niveau d'ouvrier qualifié (environ 70 000 FCFA). Pour un nombre de 9 décès, on obtient :  $9 \times ((1-50\%) \times 2 \times 70\ 000 + (1-70\%) \ 70\ 000 + (1-85\%) \ 70\ 000 + (1-95\%) \ 70\ 000) = 945\ 000 \text{ FCFA}$

Nous avons relevé un cas particulier dans la firme 3 dont nous pouvons chiffrer le coût de la formation car l'employeur a fourni suffisamment de détails. Les poste de conducteur de

chaudière<sup>10</sup> au nombre de deux sont des poste clés dans l'activité de cette entreprise. Ces machines permettent essentiellement de chauffer et d'humidifier le carton, pour l'assouplir mieux le travailler. La production nécessite l'emploi de 2 chaudières et donc de deux conducteurs dirigeant chacun sa machine. Le maintien d'une température constante et le danger que représenterait une mauvaise manipulation de ces appareils caractérisent le niveau de qualification nécessaire à l'attribution de ces postes. Le rapide décès de l'un de ces employés a provoqué un effet de surprise déstabilisant pour le fonctionnement routinier de la production. Le conducteur restant a du faire des heures supplémentaires afin de compenser l'absence de son collègue. La formation d'un nouvel employé s'est accomplie un an et demi après car l'employé en poste refusait de former un autre conducteur de chaudière afin de continuer à faire des heures supplémentaires. Ce comportement occasionne deux coûts, celui des heures supplémentaires effectuées par le conducteur de chaudière et le coût des salaires payés aux 3 apprentis qui se sont succédés pendant un an et demi pour être formés et qui ont quitté l'entreprise car l'employé refusait de les former sous prétexte d'incompétence ou d'incompatibilité d'humeur. Dans ce chapitre, c'est le coût des apprentis qui nous intéresse, soit environ  $3 \times 2$  mois à 70 000 FCFA / mois = **420 000 FCFA**

Soit au total:  $945\,000 + 420\,000 = 1\,365\,000$  FCFA

#### **2.4.3 Baisse de productivité**

Les baisses de productivité sont incontournables chez les individus dont la santé est altérée et les capacités physiques ou intellectuelles sont modifiées par la fatigue ou la douleur. Nous estimons entre 6 mois et un an la période pendant laquelle l'employé malade continue son activité professionnelle (excluant les périodes d'absentéisme, notamment relatives aux arrêts de maladie), soit en moyenne 9 mois durant lesquels son activité sera diminuée. Cependant il reste difficile d'estimer la diminution de la capacité de travail de ces employés et cela dépend également de la limite que se fixent les médecins du travail pour évaluer l'aptitude au travail des

---

<sup>10</sup>. Technicien chargé de faire fonctionner une chaudière industrielle et de moduler avec précision les températures

salariés malades. Nous avons observé dans ces trois entreprises que les critères d'évaluation de l'aptitude variaient dans une large mesure en fonction de la sensibilité des médecins, de leur capacités à tenir compte de la volonté du malade (Leplège et Bude, 1995), de la politique sociale de l'entreprise et de la décision de la direction qui peut influencer très largement la décision du médecin.

Durant les 9 mois, la perte de productivité est en général moins visible en début de période et va en s'accentuant. Nous estimons la diminution de la productivité par individu malade à 10 où 15% en début de période jusqu'à 70% dans certains cas à la fin de la période (selon la description du médecin de la Firme 2). Les employés en question se reposaient la plupart du temps car ils se fatiguaient vite, leurs collègues de travail devaient effectuer leur tâche en plus de la leur. En moyenne, nous considérons que sur 9 mois la perte de capacité et donc de productivité par individu malade est d'environ 40%. L'obtention d'un résultat fiable à ce stade nécessite une étude entreprise par entreprise pour les sujets malades sur une période d'au moins une année. La réalisation d'un tel projet nécessite des moyens appropriés et implique une faisabilité difficile liée au respect du secret médical. En l'absence de résultats d'observations fiables, nous nous en tiendrons à notre hypothèse de 40%.

## FIRME 1

$$225\,000 \text{ FCFA} \times 9 \text{ mois} \times 40\% \times 21 \text{ cas} = \mathbf{17\,010\,000 \text{ FCFA}}$$

Nous incluons les 21 cas de décès dans cette évaluation, y compris les personnes mises en invalidité car, selon le médecin, elles ne pouvaient plus effectuer leur travail avant de quitter l'entreprise.

## FIRME 2

$$150\,000 \text{ FCFA} \times 9 \text{ mois} \times 40\% \times 25 \text{ cas} = \mathbf{13\,500\,000 \text{ FCFA}}$$

---

exigées pour travailler le carton sur des machines utilisant l'eau chaude desservie par la chaudière.

Il s'agit des 31 cas de décès moins les six cas dont le départ a été négocié entre les employés et l'employeur.

### **FIRME 3**

9 cas de décès provoqués par le SIDA ont été notifiés :

$$181\,000 \text{ FCFA} \times 9 \text{ mois} \times 40\% \times 9 \text{ cas} = \mathbf{5\,864\,400 \text{ FCFA}}$$

#### **2.4.4 Heures supplémentaires**

Le coût des heures supplémentaires chevauche celui de "la perte de productivité". En effet, il est théoriquement possible que certains employés soient payés en heures supplémentaires pour effectuer le travail qui n'a pas été réalisé par une personne malade du SIDA ou dont l'activité est diminuée. Si c'est le cas, on ne tient alors pas compte de la perte de productivité puisqu'elle est compensée par les heures supplémentaires. Comptabiliser les deux postes reviendrait à compter deux fois le même coût avec une approche différente. Nous avons choisi de comptabiliser la perte de productivité, d'une part parce que ces trois établissements gardent généralement les employés malades à leur poste même si leur capacité sont diminuées; d'autre part, parce que le choix des employeurs pour compenser la perte de productivité n'est pas toujours orienté vers les heures supplémentaires. Il existe d'autres politiques que nous développerons ultérieurement.

Les heures supplémentaires sont définies comme étant les heures travaillées au-delà de la journée de 8 heures et de la semaine de 40 heures. Toutes les entreprises compensent plus ou moins les absences des travailleurs malades par la pratique des heures supplémentaires grâce aux employés valides. Elles le faisaient bien avant l'apparition de l'épidémie de SIDA en période de grosse activité ou lorsqu'une commande urgente le nécessitait.

Il est cependant difficile d'évaluer la part relative des conséquences de l'infection à VIH par rapport à des causes internes ou liées à l'environnement et la conjoncture économique dont l'ensemble des paramètres nous échappe. Cependant, l'exemple du conducteur de chaudière de la firme 3, illustre un aspect des conséquences de l'infection à VIH et permet de les mesurer. Des heures supplémentaires ont été réalisées sur une période d'environ 18 mois par un conducteur de chaudière (cf. supra) qui avant la formation d'un nouveau technicien a du faire fonctionner tout seul les deux chaudières.

## **FIRME 1**

Comme pour l'intitulé "embauche et formation", la firme 1 n'a pas été affectée par le paiement d'heures supplémentaires car son nombre d'employés était supérieur aux besoins réels. Il est intéressant de noter que si l'entreprise n'a pas licencié d'employés pour des raisons diverses, entre autre liées à la politique sociale et à l'image extérieure de l'établissement, elle a peut-être indirectement et involontairement tiré parti d'une situation qui aurait pu lui être défavorable, en terme de productivité par employé mais également en terme de régulation du nombre d'individus nécessaire à l'activité.

## **FIRME 2**

L'entreprise 2 est probablement celle qui a le plus recours aux heures supplémentaires car elle est en forte croissance. Nous savons que les employés des usines (ouvriers et agents de maîtrises) travaillent parfois 6 jours par semaine, soit au moins 48 heures par semaine. Ils bénéficient donc de majorations de salaire au-delà de la 40e heure de travail hebdomadaire comme stipulé dans la Convention Collective Interprofessionnelle de Côte d'Ivoire (art. 51) et d'une prime pour travailler le dimanche lorsque c'est le cas. Donc l'utilisation des heures supplémentaires est une pratique courante dans cet établissement et nous savons qu'elles servent également à compenser les pertes de productivité des employés malades dont l'évaluation est présentée précédemment.

### **FIRME 3**

Il est nécessaire dans le cas de la firme 3 de déduire le coût des heures supplémentaires effectuées par le conducteur de chaudière et de le comparer au coût du salaire d'un nouveau employé sachant que ce coût ne sera pas semblable à celui du défunt ou de l'autre salarié qui a acquis de l'ancienneté et donc de la promotion interne qui justifie son salaire de 380 000 FCFA / mois. Un remplaçant venant de l'extérieur, comme ce fut le cas, peut espérer gagner 150 000 FCFA / mois en moyenne les deux premières années (en formation le salaire n'est que de 70 000 FCFA les premiers mois), période qui couvre les 18 mois pendant lesquels un seul homme travaillait sur les deux postes. Durant cette période, l'employeur précise que le conducteur de chaudière qui effectuait les heures supplémentaires doublait son salaire tous les deux mois (nous prendrons donc pour hypothèse qu'il augmentait de 50% / mois). Le différentiel de tarif salarial entre les heures supplémentaires et le salaire d'un "employé récemment embauché" est le suivant:

- Salaire brut mensuel du conducteur de chaudière : 380 000 FCFA

$$380\,000 \times 0,5 = 190\,000 \text{ FCFA}$$

- Salaire hypothétique du nouvel employé après sa formation : 150 000 FCFA

$$\text{Différentiel sur 18 mois} = 18 \times (190\,000 - 150\,000) = \mathbf{720\,000 \text{ FCFA}}$$

### **2.5 Autres coûts**

La description et l'explication des coûts que nous n'avons pas pu classer dans les catégories précédentes sont présentées à la suite du tableau 9.

Tableau 10 : Autres coûts (FCFA)

	Frais d'obsèques	Augmentation du coût de l'assurance maladie	Reversement des pensions retraite à la famille des défunts	Total
Firme 1	20 618 000	6 335.000	Non évaluable	26 953 000
Firme 2	12 287 000	0	0	12 287 000
Firme 3	5 454 000	pas d'assurance	0	5 454 000

### 2.5.1 Frais d'obsèques

Il s'agit d'une participation de l'employeur aux frais engendrés par les décès des employés ou des membres de la famille des employés (firme 1). Le calcul du montant de cette prime est réglémenté par le code du travail ivoirien. A cela s'ajoutent parfois des frais supplémentaires au cas par cas comme dans l'entreprise 3 avec l'achat du cercueil ou une prime supplémentaire à la famille parce que l'employé était particulièrement apprécié ou parce qu'il avait de l'ancienneté.

Lors du décès d'un employé, l'indemnité obligatoire versée par l'employeur varie selon la catégorie et l'ancienneté du défunt. Pour cette évaluation, nous calculerons le montant de la prime sur la base du salaire conventionnel défini au début de ce chapitre (cf. annexe 1).

Selon la Convention Collective de Côte d'Ivoire (art. 42), les droits sont calculés sur la base suivante :

- "De la première à la 5e année de présence, 3 fois le salaire minimum hiérarchisé conventionnel de la catégorie du travailleur calculée sur la base mensuelle.
- De 5 ans à 10 ans de présence, 4 fois le salaire minimum hiérarchisé conventionnel de la catégorie du travailleur calculée sur la base mensuelle.
- Au-delà de 10 ans, 6 fois ce salaire".

L'employeur a également pour obligation de régler l'équivalent d'une indemnité de licenciement aux ayant droits des employés défunt signifiant la rupture du contrat de travail rendu obligatoire par le décès de l'employé. Le mode de calcul de cette indemnité a précédemment été défini (section 2.4.1).

## FIRME 1

Parmi les 21 employés décédés qui ont tous bénéficiés de l'indemnité de licenciement, nous excluons dans cette section les 4 cas qui ont profité de la mise en invalidité. L'évaluation de leur prime de licenciement est calculée les pensions d'invalidité (cf. annexe 3). Le montant des indemnités de décès et de "licenciement" est de **18 838 000 FCFA**. A cela s'ajoute une prime de **1 780 000 FCFA** payée par l'entreprise aux familles des défunt. Ce coût inclu également l'indemnité versée aux employés dont l'un des membres de la famille est décédé, il s'agit ici des 4 épouses ou enfants d'employés décédés du SIDA. Le détail des calculs est présenté en "annexe 8, firme 1".

Au total, le coût des frais d'obsèques de la firme 1 est de :  $18\ 838\ 000 + 1780\ 000 = \mathbf{20\ 618\ 000 FCFA}$  de 1989 à 1995

## FIRME 2

Le principe du calcul est le même que pour la firme 1, bien qu'il s'avère plus précis. Le responsable du personnel nous a communiqué la méthode de calcul que le service appliquait dans l'entreprise pour définir les frais funéraires. Malgré la communication du coût exact par le médecin des frais d'obsèques des employés décédés des suites du VIH/SIDA, nous avons effectué notre propre évaluation (cf. annexe 8, firme 2) et obtenu un coût de **12 287 000 FCFA**.

Le médecin de l'entreprise nous a communiqué le résultat global calculé par le service du personnel, incluant les frais de funérailles et le calcul des droits aux bénéficiaires. Il s'élève à **9 526 000 FCFA + 1 500 000 FCFA** de prêts sociaux (estimation) = **11 026 000 FCFA**. Ces prêts sans intérêts sont octroyés par l'entreprise aux employés pour l'achat de biens domestiques ou de grosses dépenses de santé... les motifs sont divers. Ils doivent être remboursés à raison d'échéances définies au préalable. L'indemnité de licenciement des personnes décédées qui n'ont pas remboursé la totalité de leurs dettes est alors récupérée par l'entreprise à hauteur de ce qui est du. Par exemple en 1995, sur 13 cas de décès (toutes causes confondues), seulement 4 ayant droit ont reçu de l'argent, la dette des autres employés excérait leur indemnité de licenciement. Par contre les frais funéraires sont incompressibles quelque soit le type de contrat des employés. Il est donc important de tenir compte de ces prêts sociaux, de les réintégrer dans l'évaluation puisque l'entreprise paye l'indemnité de licenciement même si elle retient cette somme pour un remboursement éventuel.

Le résultat de la méthode d'évaluation par le calcul est proche du montant de 11 026 000 FCFA. Nous validons donc le résultat de **12 287 000 FCFA**.

### **FIRME 3**

L'évaluation de ce coût pour la firme 3 est compliquée car pour certains cas de décès, les informations que nous avons pu nous procurer étaient incomplètes, c'est la raison pour laquelle nous avons procédé de deux façons différentes (cf. annexe 8, firme 3) pour obtenir un montant de **5 454 000 FCFA** de 1991 à 1995.

#### **2.5.2 Augmentation du coût de l'assurance maladie**

L'entreprise 1 bénéficie d'un système interne d'assurance médicale et a augmenté en 1994 la cotisation salariale puisque les dépenses en frais médicaux avaient augmenté. En l'absence d'indicateur direct permettant d'évaluer ce coût, nous avons estimé cette augmentation

proportionnellement à l'augmentation des dépenses médicales des personnes infectées et recensées par le médecin d'entreprise. La firme 2 a négocié un contrat de groupe avec une compagnie d'assurance qui exclu normalement les personnes diagnostiquées infectées par le VIH, de plus la participation de l'entreprise à cette assurance est minime, donc peu d'employés l'ont souscrite pour l'instant. L'entreprise 3 ne propose pas d'assurance à ses employés. Par contre, nos enquêtes auprès de compagnies d'assurance font état d'une augmentation nette des cotisations pour les mêmes prestations qu'il y a quelques années. Il semblerait que le facteur SIDA joue un rôle important dans ces augmentations de primes (Wood, 1994) et que cela gène à la fois l'employeur et les employés (Taylor, 1994). Une autre politique consiste à exclure les personnes infectées par le VIH des contrats ou à rompre celui-ci lorsque le médecin conseil de la compagnie a pris connaissance de la séropositivité du client. Nous nous intéresserons donc au seul cas de la firme 1 pour évaluer l'augmentation du coût de l'assurance médicale induite par le VIH/SIDA.

## **FIRME 1**

L'intérêt de ce cas se manifeste dans la participation de l'employeur à l'augmentation de la cotisation au système d'assurance interne de l'entreprise. En juillet 1994, la décision est prise par la direction de relever les cotisations de 1,2 % de la masse salariale à 2,5 % pour les employés et de 2,4 à 5 % pour la participation de l'employeur. Les motifs d'une telle mesure sont l'augmentation des dépenses de soins. L'exercice 1992-1993 fait état d'une augmentation de 54%. Cependant, les causes de la croissance des dépenses sont multiples, incluant entre autres le nombre grandissant des pathologies dues à l'infection par le VIH. Nous rappelons que les coûts chiffrés précédemment ne concernent que les employés recensés par le médecin d'entreprise. Ces cas ne sont pas représentatifs des charges réellement occasionnées par l'infection à VIH. D'autres facteurs constatés par le médecin tel que la recrudescence des maladies provoquées par l'hypertension, "l'exagération dans l'achat et la consommation de produits d'apports en sels minéraux et vitamines ainsi que d'autres produits parapharmaceutiques qui ne sont pas indispensables", sont également impliqués dans la

croissance des dépenses médicales. Notons que les prescriptions médicales rédigées par les médecins autre que celui de l'entreprise sont remboursées. Aujourd'hui, c'est toujours le cas mais elles sont davantage contrôlées par le médecin de l'établissement qui peut ainsi prévenir les abus.

Le résultat de l'évaluation dont le détail est présenté en annexe 9 est de **6 335 000 FCFA**.

### **2.5.3 Pensions de réversion**

Il ne s'agit pas des pensions retraites de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale de Côte d'Ivoire (CNPS) mais d'une retraite complémentaire payée dans sa globalité par l'entreprise. Seule, la firme 1 offre aux employés cette prestation sans répondre à une obligation légale. Les versements mensuels débutent au moment de la retraite des employés et les montants sont calculés en fonction du salaire et de l'ancienneté. Le problème posé est celui du décès précoce des agents infectés par le VIH et du coût de la pension de réversion destinée à la famille du défunt. En effet, un employé décédé implique le versement de son fonds de pension d'entreprise à l'époux(se) et aux enfants selon certaines conditions (cf. Infra), alors qu'au même moment le recrutement d'un nouvel agent est potentiellement nécessaire. Dans ce cas, l'employeur paye à la fois un salaire et un fonds de pension d'entreprise. Donc, les décès prématurés peuvent occasionner un coût pour la firme.

#### **FIRME 1**

Ce fonds est entièrement financé par le groupe auquel appartient la firme 1; il n'est pas prélevé, même en partie, sur le salaire brut des employés. Le calcul de cette pension s'effectue selon plusieurs paramètres tels que l'âge du retraité, son ancienneté dans l'entreprise et son dernier salaire. Le versement de la pension à la veuve et/ou aux orphelins s'effectue trois mois après le décès de l'employé si les conditions suivantes sont remplies.

- Conditions pour que la veuve bénéficie de la pension: elle doit être âgée d'au moins 50 ans, avoir été mariée au moins deux ans avec le défunt, et ne pas être remariée au moment de la réversion. Le mariage de la veuve au-delà de 50 ans implique le cessation de paiement de la pension par l'entreprise.
- Les orphelins doivent être âgés de moins de 18 ans, sauf s'ils poursuivent des études, auquel cas la pension est prolongée jusqu'à l'âge de 25 ans maximum.

En l'absence de certaines informations pour évaluer ce coût, nous présentons les modes de calcul des pensions propres à la firme 1 ainsi que les différents facteurs qui influencent les variations de ce coût. Ainsi, ces informations permettent de comprendre l'enjeu de cette charge. Trois exemples de calcul (cas réels et fictifs) du montant de la pension allouée à la veuve et/ou aux orphelins sont présentés en détail en annexe 10:

**1er cas étudié:** Homme décédé à l'âge de 35 ans, marié avec 4 enfants âgés de 5, 7, 10 et 13 ans. L'ancienneté dans l'entreprise est de 10 ans et le salaire au moment du décès de 225 000 FCFA (= salaire moyen de la firme 1). Coût de la pension veuve et orphelins la première année: 2 058 221 FCFA / an (modifiée après la 5eme année, si l'enfant alors âgé de 18 ans, ne poursuit pas ses études).

**2eme cas étudié:** Agent de Maîtrise marié, décédé à l'âge de 51 ans, sans enfants à charge. Ancienneté dans l'entreprise: 30 ans, dernier salaire mensuel: 442 964 FCFA. Coût annuel de la pension veuve: 1 629 188 FCFA.

**3eme cas étudié:** Homme célibataire ou divorcé âgé de 35 ans au moment du décès, 4 enfants à charge âgés de 5, 7, 10 et 13 ans. 10 ans d'ancienneté dans l'entreprise, dernier salaire mensuel: 225 000 FCFA. Coût de la pension orphelins la première année: 1 055 730 FCFA / an. (modifiée après la 5eme année, si l'enfant alors âgé de 18 ans, ne poursuit pas ses études).

L'exemple de ces trois cas exposant trois situations différentes, donne un ordre de grandeur minimal du coût mensuel d'une réversion de la pension veuve et/ou orphelins. En effet, sur la période étudiée, environ 86% des 275 employés (à 95% masculins) sont mariés, avec un nombre moyen d'enfants par employés de 4,6. En 1996, l'âge moyen des agents est 40 ans et l'ancienneté moyenne de 15,8 années. Cette dernière variable est supérieure à l'estimation que nous avons faite pour les cas 1 et 2 et influence à la hausse le salaire, donc le montant de la pension, en supposant que les autres paramètres ne soient pas modifiés. On notera également que le nombre moyen d'enfants par employé ( $> 4$  enfants) est également supérieur à celui utilisé dans les exemples.

L'évaluation pourrait être faite à partir de ces éléments pour les 21 cas de décès sur la période étudiée, cependant d'autres facteurs que nous ne maîtrisons pas (par manque d'informations) sont indispensables:

- Nombre des épouses remplissant les conditions pour bénéficier de la réversion.  
Toutes les veuves n'ont pas l'âge de 50 ans, certaines ont pu se remarier...
- L'infection par le VIH représente un risque élevé pour l'épouse et les enfants conçus après l'infection par le VIH de l'un des deux parents. Cela implique que les épouses et parfois les enfants décèdent dans un intervalle de temps relativement proche. Cela signifie que la réversion n'a pas lieu ou est interrompue si l'épouse remplissait les conditions pour en bénéficier.

Il n'est pas non plus exclu que les décès liés au SIDA réduisent les charges relatives aux retraites et aux reversions de retraites pour les raisons que nous venons d'exposer, si les bénéficiaires de la retraite ou de sa réversion décèdent également ou ne remplissent pas les conditions nécessaires, l'entreprise pourrait ainsi faire une économie malgré elle. Dans ce contexte, l'évaluation de ce coût (ou de ce gain) n'est pas possible ou serait trop aléatoire, c'est la raison pour laquelle seuls les paramètres et conditions influençant ce coût sont présentés.

## 2.6 Analyse et comparaison des résultats

### 2.6.1 Proportion et évolution des coûts par établissement

Il s'agit d'analyser et de comparer les résultats précédemment établis. Le tableau 10 présente la proportion en pourcentage des différents coût pour chaque entreprise.

Tableau 11: Pourcentage des dépenses (en 000 de FCFA) par poste et par entreprise sur les périodes d'étude.

POSTES	FIRME 1	FIRME 2	FIRME 3
Soins	<b>25,1</b>	12,3	0
Prévention	1	1,1	5,2
Dépistage VIH	0,6	0	0
Masse salariale perso. médic.	5,2	11,9	8,5
Pension d'invalidité	<b>22</b>	0	0
Arrêts de maladie	9,3	<b>17,3</b>	<b>29,3</b>
Absentéisme non notifié	0	0	9,3
Délégation funéraire	2,5	3,2	2,1
Indem. licenciements / départ	0	2,2	1,5
Embauche / formation	0	6,6	4,5
Baisse de productivité	13,3	<b>23,8</b>	<b>19,3</b>
Heures supplémentaires	0	0	2,4
Frais d'obsèques	<b>16,1</b>	<b>21,6</b>	<b>17,9</b>
Augment. assur. maladie	4,9	0	0
<b>TOTAL FCFA / %</b>	<b>128 323 = 100%</b>	<b>56 772 = 100%</b>	<b>30 426 = 100%</b>

A partir de ce tableau, il est intéressant de constater trois caractéristiques essentielles présentées en 1997 dans une publication (Aventin et Huard, 1997) :

1. Les établissements ne sont pas affectés par le VIH/SIDA de la même façon parce que les postes de dépenses ne sont pas les mêmes:

En effet, le coût le plus élevé pour les trois établissements concerne chaque fois un poste différent :

- Firme 1: 25,2% des dépenses sont occasionnées par le coût des soins
- Firme 2: 25,1% des dépenses sont occasionnées par le coût de la perte de productivité
- Firme 3: 31,2% des dépenses sont occasionnées par le coût des arrêts de maladie

## 2 . La proportion des coûts les plus élevés varie selon les établissements.

La différence majeure relève probablement de la participation de l'employeur à la prise en charge médicale des employés, l'entreprise 1 participe largement aux frais de santé de ses employés, l'entreprise 2 partiellement et l'établissement 3 pas du tout, à l'exception de prêts remboursables. Il en est de même pour le coût de l'invalidité qui relève également d'une politique sociale non réglementée par le droit du travail. Lorsque c'est le cas, les coûts sont davantage homogènes comme par exemple les délégations funéraires ou les frais d'obsèques dont le montant est fixé par la loi.

## 3 . La maladie coûte plus cher à l'entreprise que le décès.

En première position, que ce soit les soins pour la firme 1, la perte de productivité pour la firme 2 ou les arrêts de maladie pour la firme 3, ces coûts correspondent à la période de morbidité. C'est donc la maladie qui revient le plus cher aux trois firmes, les coûts relatifs à la mortalité tels que les frais d'obsèques n'apparaissent qu'en seconde position pour la firme 2 (tableau 11).

Tableau 12 : Classement des coûts les plus élevés pour chaque entreprise sur les périodes étudiées

	FIRME 1	FIRME 2	FIRME 3
COUT 1	Soins	Baisse de productivité	Arrêts de maladie
COUT 2	Pension d'invalidité	Frais d'obsèques	Baisse de productivité
COUT 3	Frais d'obsèques	Arrêts de maladie	Frais d'obsèques

Dans ce classement, il est important de constater la présence répétée de la baisse de productivité, des frais d'obsèques et des arrêts de maladie. La firme 1 se distingue par la qualité de sa

politique sociale; mais en supposant qu'elle s'en tienne aux seules obligations légales, les frais d'obsèques deviendraient le coût le plus important suivi de la baisse de productivité et des arrêts de maladie, ce qui donnerait encore une combinaison différente de la firme 2 et 3. On conclut donc à la variabilité de l'impact du VIH sur les entreprises en rappelant que l'échantillon étudié n'est pas représentatif, qu'il s'agit d'une évaluation des coûts à partir des cas notifiés infectés par le VIH, donc d'une hypothèse basse; enfin que ces coûts sont "visibles", c'est à dire identifiables, observables et mesurables. Ce qui sous-entend que des dysfonctionnements "invisibles", c'est à dire non mesurables peuvent exister et avoir également un coût qui n'est pas pris en compte dans cette évaluation.

Le tableau 12 permet de distinguer le coût annuel par employé dans chaque entreprise. Ces résultats font état d'un déséquilibre de ce coût annuel par employé entre les firmes 1 et 3 d'une part et la firme 2 de l'autre, dont le montant (16 000 FCFA) est au moins quatre fois moins important que pour les deux autres établissements (67 000 et 73 000 FCFA). Cette différence est essentiellement due au nombre peu élevé d'employés notifiés infectés par le VIH dans l'entreprise 2 proportionnellement au nombre total d'agents. Cet écart est moins significatif entre la firme 1 et 3, cette dernière supporte le coût annuel par employé le plus élevé, et ce, malgré l'absence d'une implication dans la prise en charge médicale des employés. Cela s'explique par le simple fait qu'un médecin pour 73 employés (firme 3) a une probabilité plus élevée de diagnostiquer l'infection par le VIH sur présomption clinique qu'un médecin pour 1150 employés (firme 2).

**Tableau 13:** Coût annuel de l'infection à VIH par entreprise sur les périodes étudiées (en 000 FCFA)

	Coût total sur les périodes étudiées	Coût moyen annuel	Coût annuel par employé
Firme 1	128 323	18 332	67
Firme 2	56 772	18 924	16
Firme 3	30 426	6 085	73

Si l'on s'en tient à l'ensemble de ces coûts, ils ne paraissent pas représenter une menace directe après comparaison avec la masse salariale (tableau 13). Comprises entre 0,8 % et 3,4 % de la masse salariale moyenne sur la période d'étude, les charges liées aux employés notifiés infectés par le VIH ne sont pas en mesure d'inquiéter directement les employeurs. Cependant, ces charges deviennent une contrainte supplémentaire parfois difficilement gérable.

**Tableau 14:** Comparaison du coût moyen annuel de l'infection à VIH avec la masse salariale pour chaque établissement (en 000 FCFA).

	Coût moyen annuel	Masse Salariale (MS)	Coût annuel x MS
Firme 1	18 332	1 442 000	1,3 %
Firme 2	18 924	2 239 000	0,8 %
Firme 3	6 085	181 000	3,4 %

Dans le tableau 15, nous ramenons les faibles taux de prévalence que nous avons identifiés dans les entreprises (colonne 2) à des prévalences VIH plus proches de la réalité épidémiologique à Abidjan, soit des prévalences de 10 et 15%. Ainsi, les coûts obtenus par simple rapport de proportion varient de 6,8 à 10% de la masse salariale des entreprises avec une prévalence VIH du personnel de 10% et ils représentent 10 à 15% de la masse salariale pour une prévalence de 15%. Ces résultats sont bien sûr plus inquiétants que ceux que nous avons pu mesurer à partir des cas connus et confirmés d'infections à VIH parmi le personnel. Ces coûts (colonnes 4 et 5 du tableau 15) sont probablement plus proches de la réalité que ceux que nous avons mesurés et au-delà de 10% de la masse salariale, ils peuvent devenir préoccupants notamment dans les industries de base (exploitation minière, forestière, agricole, pétrolière, textile...) ou l'investissement dans le personnel représente une majorité des charges pour l'entreprise.

**Tableau 15:** Coûts de l'infection à VIH ramenés aux prévalences de 10 et 15% parmi le personnel des trois entreprises

	Cas VIH recensés (% population d'entreprise)	Coût observé en % de la masse salariale	% masse salariale (P <sub>VIH*</sub> = 10%)	% masse salariale (P <sub>VIH*</sub> = 15%)
Firme 1	1,9	1,3	6,8	10,3
Firme 2	1,1	0,8	7,3	10,9
Firme 3	3,4	3,4	10	15

\* P<sub>VIH</sub> = Prévalence VIH

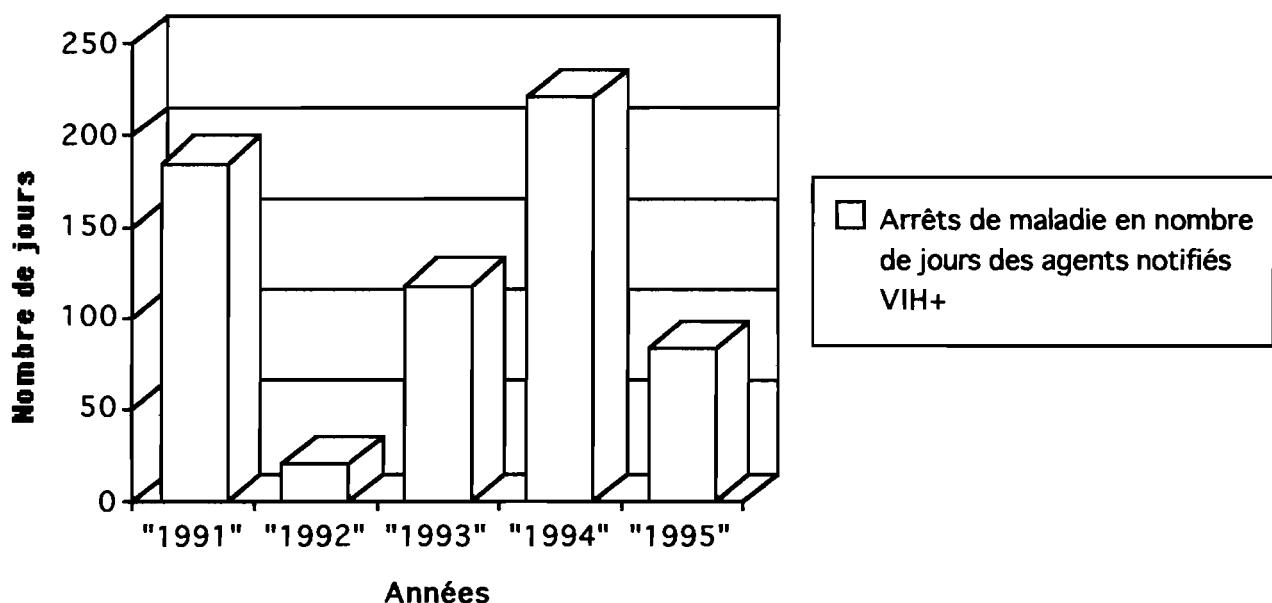
Par ailleurs, si l'on observe la dynamique de ces coûts dans le temps, on constate qu'ils croissent même si c'est parfois de façon irrégulière. Il est donc difficile de savoir quand et à quel niveau ces coûts vont se stabiliser.

### 2.6.2 Dynamique de l'évolution des coûts

Malgré la diversité des méthodes d'évaluation selon les entreprises et les données dont nous disposons, il est possible sur quelques postes de comparer certaines évolutions de coûts dans une même entreprise. C'est notamment le cas pour les arrêts de maladie de la firme 3 (schéma 1) et 1 (schéma 2).

Schéma 1 :

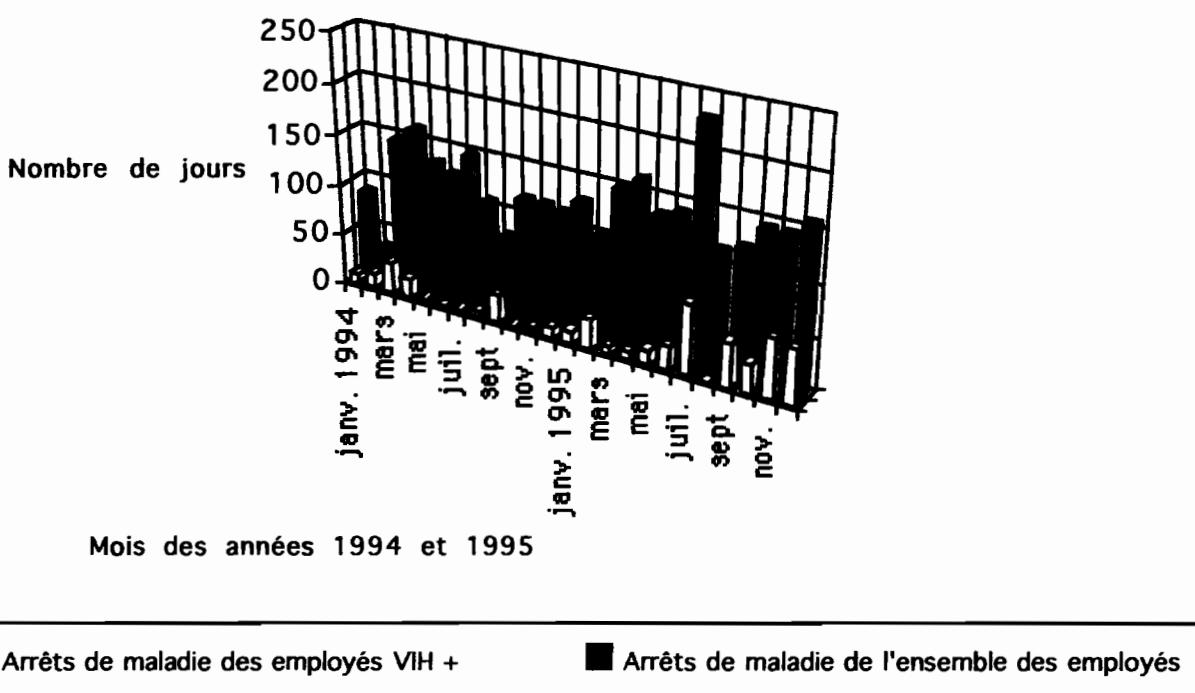
Firme 3: Nombre de jours d'arrêt de maladie par an des employés (connus) infectés par le VIH



Construit à partir des données présentées dans le tableau 2 et 3 de l'annexe 4, ces résultats semblent évoluer en dents de scie et ne permettent pas sur ces cinq années d'études d'observer une tendance prévisionnelle qui pourrait être utile aux chefs d'entreprise afin d'anticiper les charges et les contraintes relatives à ces absences. 1991 et 1994 sont particulièrement marquées, probablement à cause des décès qui ont eu lieu ces années (ou au début de l'année suivante) et qui étaient précédées d'arrêts de travail en rapport avec la maladie.

Schéma 2:

Firme 1: comparaison du nombre de jours d'arrêts de maladie entre la totalité des agents et ceux infectés par le VIH, 1994-1995



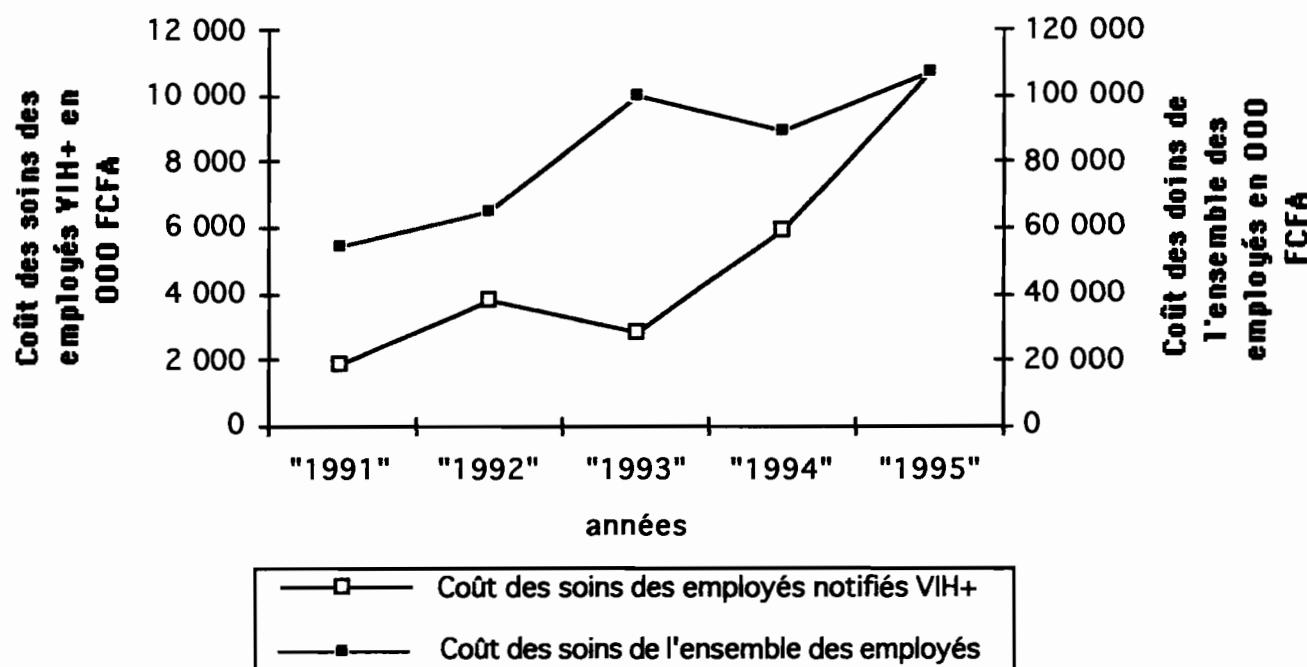
Le schéma 2, construit sur deux années à partir des informations présentées dans le tableau 1 de l'annexe 4, ne permet pas non plus, de constater une tendance, à l'exception des 6 derniers mois de l'année 1996 où les absences des personnes infectées par le VIH représentent en moyenne 28% des arrêts de maladie totaux. Ce constat est d'autant plus intéressant que ces employés représentent à cette période seulement 6,5% du nombre d'agents dans l'entreprise. Le coût des arrêts de maladie est donc significatif en tant qu'absentéisme comme cela a été démontré dans l'évaluation de cette contrainte, en dehors du coût supplémentaire de la prise en charge médicale. Cependant, dans l'ensemble, on constate une grande disparité dans l'évolution des jours d'arrêt de maladie qu'il est difficile d'interpréter à l'exception du pic en juillet 1995. En effet, les pluies favorisent à cette période la reproduction des Anophèles, vecteurs du paludisme. Autrement, nous avons également constaté que les pics (mars 1994, sept. 1994, février 1995...) tant pour les soins que pour les arrêts de maladie sur un mois sont parfois induits à 50% par une seule personne lorsque celle-ci est par exemple hospitalisée. En effet, l'absence d'un individu peut

durer 30 jours continus et le coût de l'hospitalisation, plutôt en clinique (où les soins sont plus chers) qu'au CHU, peut dépasser le million de francs CFA. Quelques individus seulement, dans un concours de circonstances défavorables, peuvent rapidement devenir une contrainte pour l'employeur, d'une part en terme de coût, mais surtout en terme de perte des compétences.

Enfin, dans la firme 1, la comparaison du coût des soins alloués aux agents infectés par le VIH à l'ensemble des agents est significative (schéma 3). En effet, alors qu'en 1993, l'entreprise parvient à maîtriser et stabiliser le coût des dépenses de santé dans le cadre de la mutuelle interne à l'établissement, le coût des prestations médicales du personnel infecté par le VIH croît de manière importante, jusqu'à atteindre environ 10% du coût global en 1995. D'autres recherches similaires ont également fait état de l'augmentation du coût des soins des employés infectés par le VIH dans une usine en Tanzanie (Kikumbi et al., 1995).

Schéma 3:

**Comparaison de l'évolution du coût global des soins à celui des agents notifiés VIH+, Firme 1**



Il est à craindre que le coût des dépenses de santé des agents malades du SIDA croisse encore si le nombre d'employés infectés continue d'augmenter. Dans la firme 1, ils étaient 16 en 1991, 17 en 1992, 18 en 1993, 15 en 1994 et 19 en 1995. Il n'est donc pas impossible que l'augmentation du nombre d'employés infectés par le VIH provoque à l'avenir des problèmes dans la gestion du système de santé de l'entreprise sachant que la hausse des dépenses médicales est également induite par d'autres facteurs. Il s'agit essentiellement, selon le médecin de l'entreprise, du vieillissement de la population de l'établissement mais également de l'effet grandissant de la demande et des exigences du personnel en terme de santé pour eux et leurs familles.

Les études sur la dynamique de l'épidémie de VIH en Afrique ainsi que l'impact démographique à Abidjan ne sont pas favorables à la stabilisation de l'incidence bien que ces évaluations manquent de précision du fait de la complexité des paramètres (Garenne et al., 1997). En effet, certains éléments autorisent à penser que la situation n'évolue pas vers une diminution, ni même

une stabilisation de l'épidémie de VIH dans certaines régions d'Afrique. Il semblerait qu'Abidjan et le secteur industriel soient particulièrement concernés pour plusieurs raisons qu'il nous semble important de rappeler:

1. Abidjan est une plate-forme économique de l'Afrique de l'Ouest grâce à son port et son développement industriel (Dubresson, 1989), l'essentiel des industries du pays y est concentré et attire les commerçants, les industriels et une main d'œuvre importante à la recherche d'un emploi. Le brassage des populations y est important et les routes du commerce favorisent la propagation du VIH (Becker, 1990).
2. Le phénomène d'urbanisation et le regroupement des populations dans une même ville (Dubresson, 1996), dans un contexte de crise, rend difficile l'octroi d'un emploi et créé de mauvaises conditions socio-économiques favorables à l'épidémie de VIH (Mburano, 1996).
3. Dynamique de l'épidémie : L'étude chiffrée dans ce chapitre tient uniquement compte des cas notifiés par les médecins d'entreprise, c'est à dire essentiellement des employés en phase symptomatique. On peut se demander si le nombre d'agents infectés par le VIH et non recensés, n'est pas plus important que ceux qui ont fait l'objet de la recherche. C'est effectivement le cas si nous ramenons la prévalence VIH de la population d'entreprise à la prévalence VIH de la population adulte abidjanaise, soit un taux de 10 à 15%.
4. Dans le cadre du projet RETRO-CI en Côte d'Ivoire, le résultat du ratio homme / femme sur 15 245 cas de SIDA de 1987 à 1993 est de 4,8 : 1 en 1987 et de 1,9 : 1 en 1993 (Djomand et al., 1995). Même si la tendance est à l'équilibre au cours des années, les hommes sont dans l'ensemble plus touchés que les femmes. L'industrie ivoirienne, dans la plupart des activités, est très largement masculine; ce qui laisse penser que le secteur industriel pourrait être par exemple plus affecté que le secteur du commerce où les femmes sont davantage représentées.

**5. Le SIDA affecte particulièrement les 5-14 ans. L'augmentation des décès en milieu hospitalier de cette tranche d'âge est à 59% induite par le SIDA (cas dont la cause du décès est connue) et les jeunes gens seraient particulièrement vulnérables à la tuberculose (Garenne, 1996). Outre les adolescents, les enfants et les pré-adolescents sont également la cible du VIH. Les générations à venir sont menacées et cela constitue un risque pour le capital humain de demain, bien que les forts taux de natalité, qui caractérisent l'Afrique, permettent de relativiser ce risque.**

**L'ensemble de ces caractéristiques et facteurs favorables aux contraintes économiques induites par le VIH/SIDA sur le secteur industriel, ne permet pas d'augurer dans l'immédiat une baisse des coûts dans les entreprises.**

# **CHAPITRE 3**

### **III. REACTIONS DES ENTREPRISES AUX CONSEQUENCES DU VIH/SIDA SUR LA PRODUCTION.**

Nous pouvons classer les réactions des entreprises dans trois catégories différentes:

- Les réactions que nous avons observées,
- Les réactions théoriques, dont nous pensons qu'elles peuvent jouer un rôle de compensation aux coûts présentés dans le chapitre 2,
- Les réactions non observées dans notre étude mais constatées par d'autres auteurs.

Cependant, la majorité des mesures que nous allons présenter ont été observées dans les trois firmes et/ou dans d'autres établissements auprès desquels nous avons enquêté. Certaines réactions ont, par ailleurs, été décrites bien qu'elles se soient déroulées avant le commencement de l'étude sur le terrain, il s'agit essentiellement des campagnes de prévention menées sur le lieu de travail dans les firmes précédemment étudiées.

Les mesures présentées ci-après ont toute un même objectif : réduire les coûts visibles provoqués par le VIH/SIDA dans l'entreprise. Cependant, certaines relèvent de la politique sociale des établissements ou de l'organisation du travail, d'autres ont un effet global sur les contraintes posées par le VIH/SIDA ou bien un effet spécifique en influençant par exemple seulement un poste de coût... . L'ensemble des politiques de réaction est classé en trois parties malgré la difficulté à créer une typologie rigoureuse :

1. Discrimination et exclusion des personnes infectées par le VIH
2. Mesures de consolidation du capital humain et des savoir-faire
3. Modifications des éléments de politique sociale

Un protocole de recherche élaboré pour l'OMS sur les pratiques discriminatoires à l'encontre des personnes infectées par le VIH donne une définition de la discrimination à laquelle nous faisons référence dans cette étude: "est discriminatoire toute mesure opérant une distinction arbitraire entre les personnes selon leur état sérologique ou leur état de santé" (OMS, 1994). Et nous

rajouterions que le caractère arbitraire de la distinction aboutit à la pénalisation des personnes infectées par le VIH.

### **3.1. Discrimination et exclusion des personnes infectées par le VIH**

Les politiques de discrimination et d'exclusion des personnes infectées par le VIH sont devenues pour certains employeurs une option qu'ils considèrent comme efficace et simple à réaliser pour diminuer les coûts induits par la maladie, notamment l'absentéisme pour raison médicale, les baisses de productivité et les frais d'obsèques. Par ailleurs, certains employeurs, parfois dans un contexte de psychose relatif à l'épidémie, voient dans cette mesure le seul et unique moyen de faire face aux nouvelles contraintes qu'ils pensent ne pas pouvoir maîtriser avec les outils conventionnels de gestion. Si certains employeurs, parmi ceux qui adoptent des méthodes d'exclusion des personnes infectées par le VIH, ont appliqué cette politique avec l'apparition du SIDA, d'autres licenciaient déjà abusivement les employés qui étaient gravement malades quel qu'était le type de pathologie. Nous l'avons constaté dans une petite entreprise de fabrication plasturgique qui n'a pas de service médical et où l'employeur licencie les employés trop longuement malades considérant que ceux-ci ne remplissent plus les conditions de travail exigées. Bien sûr, on ne peut généraliser ces situations à l'ensemble des entreprises mais elles existent (De Gagné, 1995), notamment pour une certaine catégorie de personnel peu ou pas qualifié et abondant sur le marché du travail, bien que le cas de l'exclusion de personnes hautement qualifiées ait été également observé. Les dépistages illicites du VIH à l'insu des personnes, le licenciement des employés malades du SIDA et le non respect du secret médical ont été tardivement constatés en Côte d'Ivoire (Yao N'dré, 1992) et ont fait l'objet d'une enquête journalistique en 1994 (Fottorino, 1994).

### **3.1.1 Médecine du travail et respect du secret médical en Côte d'Ivoire**

En Côte-d'Ivoire, les acteurs engagés dans la lutte contre le SIDA appartenant à des organismes nationaux ou internationaux et essentiellement composés de médecins, se plaignent du non respect du secret médical concernant les résultats du dépistage VIH dans de nombreuses structures sanitaires de la ville d'Abidjan. Ce constat s'applique à la médecine du travail et pose un problème déontologique relatif à la discrimination de la part de l'employeur ou des agents vis à vis des salariés infectés par le VIH. Cette transgression est favorisée par certaines conditions, et notamment le manque de qualification des médecins d'entreprises. En 1995, il n'existe que cinq ou six médecins ayant un Certificat d'Études Spécialisées en médecine du travail obtenu en Europe ou aux Etats-Unis. Une telle absence de formation est d'autant plus paradoxale qu'un décret réglemente en Côte-d'Ivoire la médecine du travail depuis 1967<sup>11</sup>. Cependant, les principes élémentaires de la déontologie médicale ne sont pas spécifiques à la médecine du travail et le respect du secret médical concerne l'ensemble de la profession.

Par ailleurs, le développement industriel n'a cessé de croître plus ou moins irrégulièrement depuis l'indépendance du pays et les médecins, dont les promotions universitaires augmentent en nombre, sont attirés par le secteur privé qui leur offre un emploi ou un salaire complémentaire en terme de vacations. Certains praticiens gagnent leur vie avec la médecine du travail en étant salariés ou vacataires dans plusieurs entreprises, voire dans une seule et sont donc plus ou moins dépendants de leurs employeurs qui exigent parfois d'eux une information complète sur l'état de santé des agents. Quelques-uns disent transgresser le secret médical occasionnellement, expliquant qu'ils prendraient le risque de perdre leur emploi s'ils ne "coopéraient" pas et qu'ils seraient immédiatement remplacés par des confrères plus "compréhensifs".

---

<sup>11</sup> Décret 67-321 du 21 juillet 1967 – J.O. de Côte-d'Ivoire du 9 juillet 1968, n°33.

Tout médecin bénéficie légalement, comme en France, d'un statut particulier qui lui confère le droit et le devoir de ne pas communiquer de données médicales nominatives concernant les employés. D'un point de vue juridique, il est responsable civilement et pénalement du respect du secret professionnel (Zajac, 1995). L'employeur peut demander que des statistiques médicales soient tenues mais elles doivent être anonymes pour rendre impossible l'identification des employés atteints de telle ou telle pathologie. Dans le cadre de l'infection à VIH, une majorité des employeurs rencontrés souhaite connaître l'identité des salariés dépistés et infectés dans le but de réaliser une gestion prévisionnelle du personnel. Cette attitude s'explique par la volonté de protéger l'activité de l'entreprise et d'en maintenir les performances. Si certains médecins ont résisté, malgré des menaces de licenciement, à livrer des informations; d'autres collaborent de fait avec la direction (Aventin, 1995; Dédy, 1996) et certains le revendent. Prenons pour exemple le cas d'une grande entreprise de transformation de l'acier implantée dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest. Cette unité de production compte 450 employés à Abidjan et un médecin y est salarié depuis 1982. Ce dernier explique sans ambages qu'il a informé la direction de l'infection par le VIH d'un employé et justifie son comportement par le sens de ce qu'il estime être son devoir : *"Il faut informer l'employeur compte tenu des absences répétées. Il faut que l'employeur sache pourquoi depuis six mois ce monsieur ne peut pas travailler.* (...) *Il faut donner le diagnostic. Ah, si...si, si. Étant donné que je suis le médecin, dans tous mes arrêts de travail, je précise le diagnostic. Il a un repos de tant de jours, le diagnostic probable est le suivant*" (Aventin, 1996).

Cette situation est loin d'être exceptionnelle et d'autres praticiens agissent de la même manière même si peu d'entre eux osent l'affirmer aussi ouvertement. Le médecin rencontré met en scène une négation complète de toute obligation déontologique médicale, déplaçant celle-ci sur le rapport de subordination qui le lie à son employeur. Cette pratique peut être estimée ordinaire, même si d'autres praticiens, mieux informés des risques qu'ils encourrent en ne respectant pas le secret médical, prennent des précautions visant à se protéger. Le cumul des vacations est une source de revenus pour les médecins d'entreprise non embauchés à temps complet et la concurrence, favorisée par des salaires plus avantageux que dans le secteur public, ne les

autorise pas à perdre un "client entreprise". La transgression du secret professionnel ne s'effectue pas seulement dans la relation entre médecins du travail et chefs d'entreprise. Ces derniers ont établi des contacts dans les hôpitaux ou les structures sanitaires publiques et privées ou encore dans les laboratoires d'analyses médicales (Fottorino, 1994; Aventin, 1997). Ces connivences favorisent le dépistage clandestin du VIH chez les salariés, et permettent aux employeurs de licencier les employés infectés par le VIH et malades sous un motif déguisé.

### **3.1.2 Les dépistages illicites du VIH chez les demandeurs d'emploi et les employés**

Le dépistage du VIH ne fait pas l'objet d'une réglementation particulière en Côte d'Ivoire, laissant aux employeurs une marge de manœuvre dont ils jugent eux-mêmes les limites. Seule une recommandation émanant de M. Kounandi Coulibaly, médecin inspecteur du travail en Côte d'Ivoire, et reprenant les principales recommandations de l'OMS (OMS/BIT, 1988) a été communiquée à certains médecins d'entreprise (nous ne saurions dire combien) sous la forme d'une circulaire officielle (annexe 1). Ce document a pour rôle de sensibiliser les médecins d'entreprise mais ne les protège nullement de l'opposition qu'ils pourraient manifester à l'égard de leur employeur lorsque celui-ci exige des renseignements médicaux à propos de tel employé. Ces recommandations internationales, qui ont fait l'objet de nombreuses réflexions (UNESCO, 1990; Trebilcock, 1989), obligent au mieux les employeurs à rester discrets sur les pratiques discriminatoires mais le discours éthique ne les constraint pas pour autant à modifier leur comportement (Seidel, 1993). D'après le témoignage de médecins d'entreprise, les directeurs d'établissement auraient plusieurs raisons d'opter pour ces pratiques: les employés infectés par le VIH sont la proie de nombreuses infections opportunistes qui nécessitent des arrêts de travail coûteux pour l'entreprise en termes d'absentéisme, d'arrêts de maladie ou de désorganisation du travail liée au manque de personnel; la productivité pouvant être par ailleurs affectée. Alors que les travaux de Leigh et ses collaborateurs ont montré que les pertes de travail des séropositifs étaient peu significatives aux Etats-Unis (Leigh et al., 1995a; Leigh et al., 1995b), nos travaux ont montré que la situation est différente dans un pays où la prévalence VIH est forte, où la

majorité de la population n'a pas accès aux soins et où la durée des arrêts de travail au début de la maladie est certainement plus longue. La tentation est grande pour certains entrepreneurs de remédier à ces conséquences, d'une part en faisant dépister le personnel de l'entreprise et les postulants à l'emploi; d'autre part, en licenciant les individus qui sont infectés par le VIH. Les employeurs ont des comportements similaires, que ce soit au Nord comme au Québec où les entreprises auraient procédé au licenciement de 80% des travailleurs infectés par le VIH (Vaillancourt, 1995), ou au Sud comme au Zaïre où la majorité des employeurs interrogés dans le cadre d'une enquête sont favorables à l'exclusion du lieu de travail des personnes infectées par le VIH testées au cours des examens périodiques de santé (Musuamba, 1997).

### 3.1.2.1 Le dépistage à l'embauche

Le cas de l'embauche est particulièrement pertinent et révélateur car il requiert un examen médical auprès du médecin d'entreprise qui peut exiger un bilan de santé. Cet examen ne comporte normalement pas de prélèvement sanguin sauf si le médecin d'entreprise juge que cela est nécessaire pour l'exercice des fonctions qui définissent le poste. La législation en vigueur reste floue sur ces aspects et certains médecins peu scrupuleux, sur la demande de l'employeur, font pratiquer un test VIH à l'insu du candidat. Les médecins ou les laborantins<sup>12</sup> complices dans cette procédure trouvent aisément de faux arguments pour justifier un prélèvement sanguin. Un candidat averti de l'examen auquel on veut le soumettre est en droit de le refuser ou de l'accepter si son consentement est libre et éclairé, mais sa position de demandeur d'emploi ne l'autorise pas à rejeter les exigences d'un employeur potentiel. Parvenu au stade de la visite médicale le candidat estime souvent qu'il a franchi diverses étapes de sélection et ne souhaite pas perdre ses acquis en refusant une prise de sang. La probabilité est en effet grande pour que l'employeur, qui exclut les personnes infectées par le VIH, refuse d'embaucher un candidat qui ne se soumet pas à l'examen sanguin. Ce refus peut en outre être interprété comme l'aveu d'une infection par le VIH. Ce fut par exemple le cas lors du recrutement d'un cadre, d'après le

<sup>12</sup>. les laborantins qui prélèvent les patients sur ordonnance médicale doivent normalement informés les patients de l'examen qui va être réalisé et qui ne peut l'être qu'avec le consentement éclairé de l'individu. Cette information est parfois volontairement dissimulée au patient qui fait confiance au personnel en blouse blanche.

témoignage d'un médecin d'entreprise qui affirmait pratiquer le dépistage à l'embauche. Le postulant ayant refusé de faire l'examen sanguin, le médecin a téléphoné à son confrère chez l'ancien employeur de ce "candidat réfractaire" qui lui a fourni les informations désirées. Il avait été licencié pour le motif fallacieux d'une faute professionnelle parce qu'il était porteur du VIH. D'après le médecin d'entreprise, le candidat correspondait parfaitement au poste requis mais il a été écarté après que l'employeur eut pris connaissance de son infection.

Dans une entreprise du secteur touristique, nous avons également rencontré un médecin d'entreprise qui pratiquait systématiquement le dépistage VIH des postulants à l'emploi. Leur candidature est alors d'emblée écartée sans que l'employeur ait à rendre des comptes. En effet, le code du travail ivoirien autorise tout employeur à choisir un candidat et à exclure les autres postulants sans devoir justifier leur choix. Cette situation favorise ce type de pratique qui nécessite la collaboration d'un laboratoire ou d'une structure médicale à l'extérieur de l'entreprise et, avec lequel, le médecin de l'établissement a l'habitude de travailler. Le dépistage du VIH est bien sûr coûteux et représente parfois un service pour lequel les marges bénéficiaires sont importantes en échange d'une discréction assurée et d'un dépistage VIH effectué à l'insu du patient (Aventin, 1997). D'après le médecin, les employés, bénéficiant d'un contrat de travail et dont l'infection au VIH est constatée ultérieurement mais toujours à l'insu de l'individu, ne font pas l'objet d'un licenciement car l'établissement continue de les employer jusqu'au décès.

### 3.1.2.2. Le dépistage du personnel d'entreprise

Deux types de pratiques ont été constatées lors de nos enquêtes dans différents établissements d'Abidjan : les dépistages individuels, donc ciblés sur une ou quelques personnes; et les dépistages collectifs qui consistent à tester une grande partie ou l'intégralité du personnel.

Les témoignages sont nombreux et leur vérification souvent difficile, cependant nous avons pour quelques cas obtenu suffisamment d'éléments pour conclure à la discrimination (Tindball et al., 1990). Lors d'une collaboration que nous avons établi avec une association de

séropositifs en 1995, le médecin d'entreprise d'une compagnie cacaoyère d'environ 250 employés téléphonait à cette même association pour signaler avoir parmi les salariés de l'entreprise, un malade du SIDA et qu'il serait intéressant qu'ils le prenne en charge "moralement". Cependant, l'employé concerné ne connaissait pas sa situation vis à vis de la maladie et ne savait pas qu'il était infecté par le VIH. Le médecin d'entreprise a avoué avoir découvert l'infection de l'individu en question depuis trois ans mais avait jugé qu'il ne fallait pas le lui dire. Le responsable de l'association est allé à la rencontre de l'employé à qui il a proposé son aide sans lui préciser ce dont il souffrait, jugeant que ce n'était pas son rôle. Cependant, à la demande du malade, il l'informe de son infection à VIH quelques jours plus tard, affirmant que le médecin d'entreprise connaissait son état depuis trois ans et que le test de dépistage avait été pratiqué à son insu. Tous deux ont ensuite décidé d'obtenir la preuve du test qui avait été pratiqué sans le consentement de l'individu concerné. Le représentant de l'association conseille à l'employé d'aller demander le certificat de séropositivité au médecin de l'entreprise sous prétexte qu'il est obligatoire pour faire partie de cette association et donc d'être pris en charge. La personne qui s'est occupé de ce cas témoigne: "*Nous avons dit au gars de demander son dossier médical au médecin pour avoir la pièce à conviction. Ce monsieur avait la diarrhée et n'avait plus d'argent. Il avait le résultat dans l'enveloppe. J'avais la preuve et je lui ai demandé s'il voulait que je lise la lettre devant lui. Il m'a dit "il n'y a pas de problème, vous êtes gentil". Je lui ai annoncé que ça faisait 3 ans qu'il était reconnu séropositif par le médecin de l'entreprise, personne ne le lui a dit et aujourd'hui il fait la maladie. Il a commencé à pleurer. Il m'a dit : "je vais mourir, je vais me tuer". Alors je lui ai dit que la séropositivité ne veut pas dire que l'on va mourir demain. Je lui ai dit qu'il y avait des gens séronégatifs qui mourraient avant nous*". Le médecin a donc donné ce certificat sans se méfier et fourni une preuve de son comportement à son insu. Bien que l'intention du praticien soit bienveillante en s'adressant à une association de séropositifs, son comportement est préjudiciable pour la victime d'une part en ayant effectué un test à l'insu du patient, d'autre part en ayant communiqué ce résultat à l'employeur. Dans ce cas précis, l'employeur a gardé à son service cet agent malgré sa séropositivité.

Les dépistages collectifs du personnel à l'initiative de l'employeur font également parti des stratégies de certains entrepreneurs. Plusieurs situations ont été rencontrées et il est intéressant de les exposer brièvement. Un responsable syndical nous a rapporté le cas de quelques employés d'une grande plantation de produits tropicaux qui étaient venus se plaindre car la direction leur imposait de donner leur sang auprès d'un laboratoire afin de permettre l'élaboration d'anti-venins et de les protéger contre le risque des morsures de serpents parfois important pendant les récoltes. Malgré le prélèvement d'une partie du personnel, certains employés se sont plaints, avançant qu'ils ne comprenaient pas la nécessité de faire des prélèvements sanguins pour fabriquer des anti-venins et qu'ils soupçonnaient l'employeur de faire des tests VIH. Des employés de la dite entreprise ont confirmé ce témoignage mais les dirigeants ont refusé de nous recevoir. Ce pourrait être également le cas dans une compagnie pétrolière internationale, où la proposition de notre étude sur l'impact économique du VIH/SIDA a été écartée alors que d'une part, le groupe auquel appartient cet établissement affirme respecter une éthique rigoureuse vis à vis des employés infectés par le VIH<sup>13</sup>, d'autre part, deux médecins d'entreprise informés par un médecin ayant exercé dans cette entreprise nous ont affirmé que cet établissement avait fait dépister son personnel à son insu. Concernant ce cas, nous n'avons aucun élément provenant d'employés de l'entreprise permettant de confirmer ou d'infirmer ces informations. Par contre, dans une grande plantation, un laboratoire de recherche biomédicale de Côte d'Ivoire a réalisé des enquêtes de séroprévalence en effectuant des prélèvements avec la collaboration du médecin d'entreprise. Plus de 1000 employés auraient été testés sans être correctement informés sur l'objet du prélèvement sanguin. Après enquête auprès du médecin de l'entreprise et d'un responsable du laboratoire ayant effectué les tests, 28% du personnel testé serait infecté par le VIH. Dans une autre plantation n'appartenant pas à la même société, le taux de prévalence sur un échantillon de 800 personnes serait de 25%. Nous ne pouvons pas vérifier ces résultats mais ces informations nous paraissent importantes car elle proviennent à la fois du laboratoire investigateur et du médecin d'entreprise qui détient l'ensemble des résultats. L'objet de cette étude, controversée dans le milieu médical en Côte d'Ivoire, était de connaître la

---

<sup>13</sup>. Nous ne pouvons citer la publication car elle permettrait d'identifier la compagnie en question. Article publié

séroprévalence au VIH des populations d'entreprise. Au moment de la rédaction de ce document, aucune publication ou communication scientifique n'est disponible sur cette recherche à notre connaissance.

Le Centre National de Transfusion Sanguine d'Abidjan (CNTS) a également fait l'objet de plusieurs demandes de dépistages du VIH par quelques employeurs attirés par la gratuité des prestations. En effet, tous les dons de sang font l'objet d'une sérologie VIH afin d'exclure, des produits destinés à la transfusion, ceux qui seraient contaminés. D'après un cadre du CNTS, des chefs d'entreprise l'auraient contacté par téléphone pour organiser des prélèvements sanguins sur l'ensemble du personnel afin de connaître le statut VIH. Il est également arrivé, selon cette même personne, que plusieurs agents d'un même établissement viennent donner leur sang sur une période très courte à la demande du médecin de la dite entreprise. Les employés se présentaient pour un prélèvement sanguin sans savoir que le test VIH était l'objet véritable de leur présence; ils arrivaient devant le praticien du CNTS, avec à la main une enveloppe scellée qu'ils devaient lui remettre. Cette lettre précisait les intentions du médecin d'entreprise (ou de l'employeur) et les résultats du test devaient lui être retournés par courrier à l'insu du patient. Un autre cas de figure est intéressant, celui de la fabrication des cartes de groupe sanguin que le CNTS offre aux personnes qui se font dépister. Quelques responsables d'entreprise ont fait appel aux prestations du Centre pour faire prélever l'ensemble du personnel sous prétexte d'élaborer des cartes de groupe sanguin. En 1996, le CNTS a d'ailleurs prélevé quelques centaines d'employés dans une grande entreprise du secteur textile. D'après le témoignage d'un employé de cette entreprise, qui nous a donné l'information et qui avait refusé de se faire prélever car il n'avait pas confiance, on a dit au personnel que les prélèvements devaient servir à établir des cartes de groupe sanguin pour faciliter les transfusions en cas d'urgence. Cependant, un médecin spécialiste en réanimation que nous avons interrogé nous assure que, même en situation d'urgence et même si le patient détient une carte de groupe sanguin, la détermination du groupe est systématiquement réalisée avant toute transfusion, d'abord parce que c'est une mesure de sécurité obligatoire, ensuite parce que c'est un examen rapide. La carte de groupe

---

en 1993.

sanguin serait donc un faux prétexte et il est difficile de déterminer les responsabilités des différents protagonistes. Le médecin de la dite entreprise, que nous avons contacté, après avoir confirmé que le CNTS avait prélevé une partie du personnel pour établir des cartes de groupe sanguin et que le statut sérologique des employés infectés par le VIH lui avait été communiqué, a refusé par la suite d'aborder plus en profondeur le sujet qu'il considérait comme délicat.

Les enquêtes auprès du personnel de laboratoire d'analyses médicales ont été difficiles car les laborantins ou médecins ne souhaitaient pas témoigner sur ce thème, même anonymement. Ce n'est qu'après avoir identifié et contacté des personnes qui ne travaillaient plus dans ces laboratoires que nous avons obtenu des informations de leur part, confirmant les pratiques que nous avons précédemment décrites. Un médecin, interviewé en 1997, ayant exercé dans un grand laboratoire d'analyses médicales à Abidjan de 1989 à 1995 précise "*le laboratoire a des contrats avec certaines entreprises pour les examens médicaux conventionnels des employés à raison d'une fois par an ou tous les deux ans selon les établissements. Certains biologistes ont inclus dans ces examens les tests VIH dont les résultats étaient communiqués au médecin d'entreprise. Dès 1991, des réunions ont été organisées pour sensibiliser les biologistes car nous avions appris que les médecins d'entreprise communiquaient parfois les résultats à leur employeur. Cependant, certains laboratoires ont continué ces pratiques et puis il est difficile de s'opposer à la prescription d'un médecin d'entreprise même si on lui téléphonait pour lui demander qu'il n'arrive rien au patient si le résultat au test VIH était positif. Le problème, c'est qu'il n'y a aucune possibilité de contrôler ce qui était ensuite fait avec l'employé*". A la question de savoir si le personnel de laboratoire ne risquait pas d'être inquiété d'une manière ou d'une autre pour pratique illicite, notre interlocuteur répond "*qu'il n'existe aucune sanction car il n'y a pas de loi interdisant le dépistage VIH sans le consentement de la personne ou dans le cadre d'un examen d'embauche. Par ailleurs, les biologistes jouent sur le fait que le patient qui vient faire des examens médicaux ne demande pas ce qu'on lui fait, il a confiance en la personne en blouse blanche: le biologiste comme le médecin qui lui a prescrit l'ordonnance. Le*

*personnel de laboratoire profite de cette situation pour faire son travail sans demander le consentement éclairé du patient et exploite l'ambiguïté de la situation".*

### **3.1.3 Licenciements abusifs et déguisés du personnel infecté par le VIH**

Le licenciement déguisé est un moyen parfois utilisé dans le monde du travail pour exclure un employé jugé indésirable quel qu'en soit le motif réel. Cette méthode a été rapportée par plusieurs médecins d'entreprise en ce qui concerne le SIDA. L'employé infecté par le VIH, parfois en bonne santé, est dans certains cas l'objet d'une surveillance accrue sur son lieu de travail, surveillance effectuée par un contremaître, un responsable de secteur, des ouvriers ou des cadres. Ce "réseau de surveillance" a une mission d'observation en collaboration avec le service du personnel. L'observation de l'employé indésirable se poursuit jusqu'à ce qu'il soit prouvé qu'il ait effectué une ou plusieurs fautes qui «justifient» un licenciement. Pris au piège, l'employé se voit exclu de son lieu de travail en toute légalité et sans indemnités. Le règlement intérieur est en effet transgressé inévitablement par chacun, avec une tolérance coutumière concernant par exemple les retards, les accès interdits à certains locaux, la réception de personnes de l'extérieur dans l'entreprise, les absences non justifiées, etc. Le recours à l'application stricte du règlement intérieur devient ainsi un moyen commode pour justifier un licenciement.

Les cas de discrimination ouverte, c'est-à-dire sans aucune précaution de déguisement existent aussi, bien qu'ils tendent à disparaître car les messages d'information sur le SIDA diffusés à Abidjan insistent sur la non exclusion de leur lieu de travail des personnes infectées (Blibolo, 1994; Zeguela, 1996; Ministère de la santé publique de Côte d'Ivoire, 1997). Le dirigeant ivoirien d'une PME, par ailleurs performante, dépendant d'un groupe américain, a vécu un licenciement abusif. Ce chef d'entreprise demandait à son médecin de ne jamais dire qu'il était malade du SIDA devant les responsables hiérarchiques en provenance des Etats-Unis lors de contrôles professionnels, mais il ne pouvait plus cacher les signes de sa maladie, qui devinrent

évidents aux yeux d'un responsable américain. Le chef d'entreprise a été licencié sur le champ avec une indemnité très faible et a été placé dans une petite maison louée par la firme en attendant sa mort. Le médecin de l'entreprise a suivi cet homme pendant trois mois jusqu'à son décès. Selon lui, cet ancien cadre supérieur aurait menacé le groupe de porter plainte, mais le responsable américain qui l'avait destitué de ses fonctions aurait prétendu "*qu'il s'en foutait et qu'ils avaient les moyens de payer*". Le malade est décédé trois mois plus tard sans avoir porté plainte car, d'après le médecin, il savait qu'il n'obtiendrait rien en engageant une action en justice. La méfiance que l'ancien chef d'entreprise et son médecin montrent à l'égard de l'institution judiciaire s'appuie sur la réputation d'une corruption généralisée des juges: "*ils avaient de l'argent pour payer les magistrats et gagner le procès*". Confirmant ce point de vue, certains juristes parlent ouvertement de telles pratiques qui, selon eux, sont courantes. Ils prétendent d'ailleurs connaître les magistrats intègres et refuser les affaires pour lesquelles ils savent que des "pots de vin" ont été versés qui feront inexorablement vaincre la partie adverse. Certaines victimes de licenciements abusifs, convergeant vers cette représentation du fonctionnement de l'appareil judiciaire, estiment que porter plainte contre un employeur est inefficace. D'autres raisons sont invoquées pour expliquer le renoncement des salariés infectés par le VIH, victimes de licenciements abusifs, à intenter une action en justice. Elles ont trait, principalement, au souci de garder secrète leur contamination. Un procès est inévitablement public et de peur d'être rejetés, ils ne souhaitent pas que des membres de leur famille ou des amis sachent qu'ils sont atteints du VIH.

Un autre élément décisif dans un recours en justice, pour protester contre un licenciement déguisé, est l'obligation pour le plaignant d'apporter la preuve du préjudice subi. On comprendra aisément, en regard des méthodes qu'utilisent les employeurs pour congédier les salariés infectés par le VIH, qu'il s'agit là d'une difficulté de nature à décourager, dans les faits, le recours au droit et aux lois. Les victimes de pratiques discriminatoires peuvent faire appel aux syndicats, leur demander d'intervenir auprès de l'inspection du travail et porter plainte au tribunal du travail. Nous n'avons cependant recensé qu'une seule affaire défendue en justice: le

licenciement abusif pour cause de séropositivité avait alors été reconnu<sup>14</sup> et dédommagé. Les syndicats sont en fait relativement discrets et peu sensibles au thème du VIH/SIDA. Certains délégués syndicaux disent ne pas avoir d'idées sur la question et d'autres répondent volontairement de façon évasive. Dans les cas de discrimination étudiés, peu d'interventions des délégués du personnel en faveur des employés infectés ont été relevées. La collaboration avec l'employeur semble beaucoup plus fréquente. Le problème ne réside pas tant dans la conception législative (Hamblin, 1993a) que dans le respect des lois et les moyens mis en oeuvre pour que les lois soient respectées (Hamblin, 1993b) dans des pays où l'Etat éprouve des difficultés à contrôler la corruption de la police et de la justice (Sindzingre, 1994).

### **3.1.4 Analyse de l'efficacité des mesures d'exclusion**

#### **3.1.4.1 Avantages et limites des politiques de discrimination**

Outre l'existence de diverses pratiques discriminatoires, dont l'étendue est difficile à délimiter, il est important, dans le cadre de ce travail, de s'interroger sur l'efficacité strictement économique de ces mesures (Moussé, 1997). Il s'agit donc de comparer le résultat obtenu au résultat supposé attendu par l'employeur. L'exclusion du personnel infecté par le VIH permet-elle de limiter les coûts induits par l'absentéisme des malades, de réduire les pertes de productivité ainsi que les problèmes d'organisation du travail ?

La réponse à cette question nécessite de s'interroger sur les objectifs de départ mais également sur les conséquences inattendues ou non prévues par les employeurs qui poseraient des contraintes. En termes de résultats attendus, et sur un plan purement économique, l'exclusion des employés infectés par le VIH et leur remplacement par des employés non infectés permettrait probablement d'éviter les baisses de productivité, les absences fréquentes des personnes vulnérables à toutes sortes de pathologies, les frais de soins si l'entreprise participe aux soins des agents, ainsi que le coût et "les tracasseries administratives" en cas de décès, selon un

---

<sup>14</sup>. Affaire Kouadio Koffi / Société Coco Service. Audience publique ordinaire du 2 février 1993 et audience du 21

employeur interrogé. Ce raisonnement, constaté lors des enquêtes, peut paraître limité, bien qu'il semble logique si l'on s'en tient aux objectifs cités. Notons toutefois, que ce choix ne semble pas seulement induit par des critères économiques, les facteurs psychologiques relatifs à la psychose construite autour de la maladie et "d'une soi-disant contagion" joue un rôle tacite important dans la décision des employeurs mal informés sur le VIH/SIDA. En effet, il n'est pas certain que la perception de cette politique par les entrepreneurs qui l'ont choisi soit complète et surtout objectivement justifiée. Le remplacement précipité des employés malades a plusieurs conséquences néfastes :

- Bien que cette politique s'applique davantage aux employés les moins qualifiés, et donc facilement remplaçables sur le marché de l'emploi, tout recrutement nécessite une formation et une adaptation de la part du nouvel employé. Cette durée variable implique donc une perte de productivité variable.
- Il est probable qu'une telle politique favorise un turnover plus élevé du personnel d'entreprise. Ce facteur contribue à désocialiser les équipes de travail, à perturber la cohérence des tâches et à réduire les compétences par l'exclusion de personnes qui ont l'expérience du métier. L'ensemble de ces contraintes sera développé dans le chapitre 4 sur les conséquences organisationnelles du VIH/SIDA en entreprise.
- Les licenciements abusifs finissent généralement par être connus de tous au sein même de l'entreprise, créant ainsi des conflits entre les ouvriers et la direction. Ces situations provoquent des tensions qui contribuent au mauvais fonctionnement de l'appareil de production.

Ces contraintes ont inévitablement un coût qui n'est pas forcément moins élevé que les économies pouvant être réalisées par la pratique d'une politique d'exclusion. Cela est d'autant plus vrai que les problèmes évoqués ci-dessus contribuent à la désorganisation du travail et à la diminution de l'efficacité, de la productivité et de la compétitivité d'un établissement. Comment donc expliquer, outre la peur préjugée induite par le VIH/SIDA, que des chefs d'entreprise optent pour une politique discriminatoire ? Il semblerait que les coûts relatifs aux malades sont

facilement observables, il n'est pas rare qu'un employeur se plaigne de l'absence de tel ou tel individu (quelle qu'en soit la raison). Au-delà du manque à gagner réel, il semblerait que l'entrepreneur est plus facilement enclin à imaginer que l'absence d'un ou plusieurs individus nuit à son activité, au moment où il a besoin de leurs services. La tentation de le remplacer peut alors être forte sur l'instant, le poussant à prendre une décision sur laquelle il ne reviendra pas. Nous avons été confronté à ce type de situation lors de nos enquêtes dans une industrie métallurgique. Par contre, le coût de la perte de productivité relatif à l'embauche d'un nouvel employé qui nécessite une formation est moins visible, notamment si l'agent est à son poste de travail. L'employeur est "faussement rassuré" par la présence de l'individu même si celui-ci n'est pas encore capable d'accomplir son travail indépendamment. De même, face aux conflits ou à un turnover élevé du personnel; la visibilité des coûts n'est pas évidente alors que les dirigeants d'entreprise ne réagissent qu'en fonction de paramètres dont ils ont conscience. Ils ne craignent donc pas ce qu'ils n'ont pas identifié comme étant une menace pour leurs activités. La situation évoquée ne peut être généralisée, elle concerne essentiellement; d'une part, les employés les moins qualifiés bien que des cas de licenciement de personnes hautement qualifiées aient été observés (cf. supra); d'autre part, ce sont les PME qui font prioritairement l'objet de cette analyse car les employeurs sont plus rarement entourés de collaborateurs et prennent les décisions sans concertation.

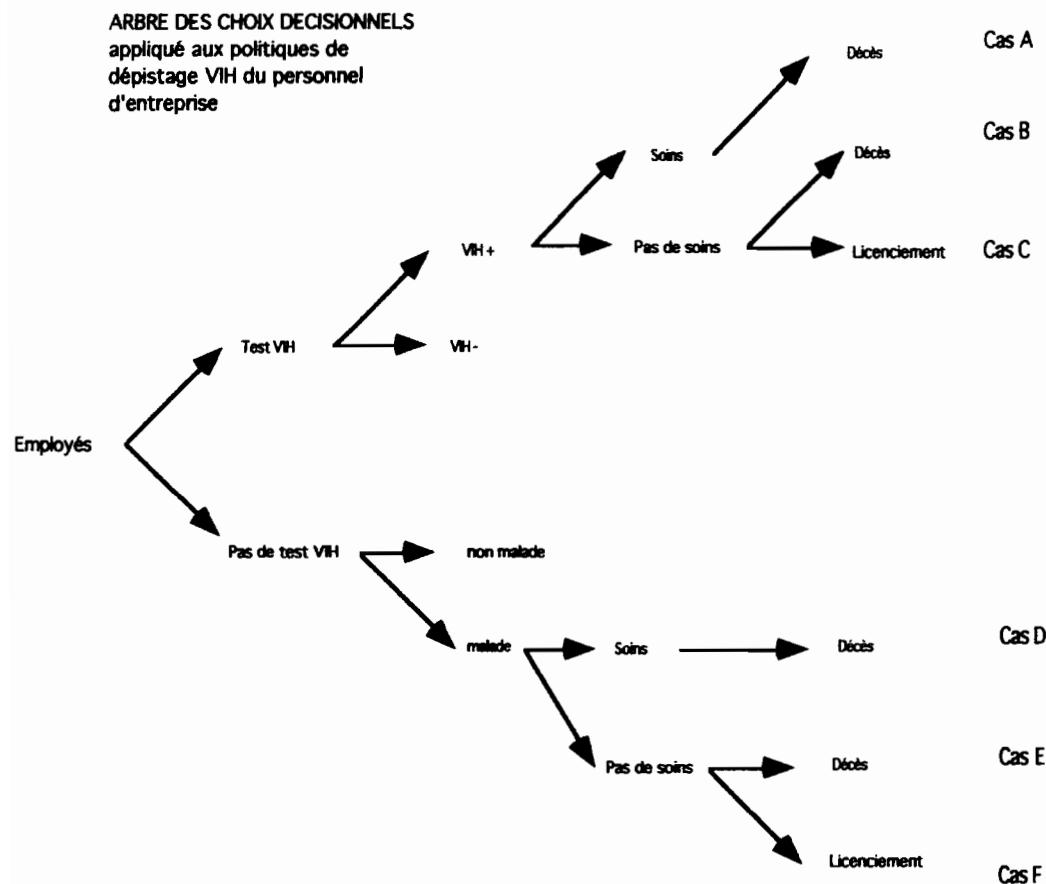
Concernant, le dépistage et l'exclusion des postulants à l'emploi, plusieurs cas de figure méritent notre attention. Les employeurs qui font appliquer cette mesure et qui n'ont pas de système de prise en charge médicale des employés souhaitent réduire le nombre de malades dans leur établissement et les conséquences que cela implique. Cette politique est peu efficace pour deux raisons essentielles: toute personne embauchée et non infectée par le VIH peut se contaminer peu de temps après avoir été testée et décéder peut-être plus rapidement qu'un individu séropositif à l'embauche mais résistant à la maladie. La préférence d'un individu séronégatif qu'il faudra former à un candidat compétent mais infecté par le VIH peut être un mauvais choix au regard du savoir-faire que peut transmettre la personne compétente dans un processus de production enclin à l'amélioration. Dans la situation d'une entreprise bénéficiant

d'un système de prise en charge médicale pour ses employés, l'exclusion à l'embauche des personnes infectées par le VIH amène à faire les mêmes commentaires que précédemment. Cependant, l'exclusion des postulants séropositifs permettrait d'atténuer le coût des charges médicales pour l'entreprise et donc l'équilibre du système de santé. L'embauche de personnes, dont le médecin d'entreprise sait qu'elles seront coûteuses en termes de soins, et qu'elles risquent de menacer l'équilibre du système de santé de l'entreprise, pose un autre problème éthique. Face à l'employeur refusant de consacrer plus d'une certaine somme généralement allouée pour la santé des employés, le médecin doit décider de protéger le système actuel ainsi que les employés qui en bénéficient ou bien prendre la décision de ne pas tenir compte du facteur VIH à l'embauche au risque de "mettre en faillite" le système et la santé de tous ceux qui en bénéficient. Il devient alors difficile de déterminer le comportement optimal selon que l'on raisonne en terme de pérennité du service médical, d'éthique vis à vis des personnes infectées par le VIH ou de rentabilité économique. Les choix restent complexes et il est difficile de raisonner en terme purement éthique et déontologique (Musuamba, 1995) lorsque les critères économiques et de gestion jouent un rôle prédominant dans la réalité des décisions.

### **3.1.4.2 Modélisation des choix stratégiques dans le dépistage du VIH chez le personnel d'entreprise**

L'objectif du schéma 1 est de montrer les différents choix qui se présentent à l'employeur en matière de dépistage du VIH du personnel d'entreprise. En fonction de ces choix, seront déterminés les avantages et les inconvénients des différentes politiques en tenant compte à la fois des critères d'efficacité économique et des critères éthiques.

Schéma 1:



- Cas A: L'employeur dépiste le personnel à son insu, assure une prise en charge médicale des employés et conserve les agents en poste jusqu'au décès.

. Avantages économiques: cette politique offre une prise en charge précoce ce qui permet aux employés de rester plus longtemps à leur poste si leur espérance de vie est prolongée par les traitements antibiotiques (par rapport à l'absence de traitements modernes). Cette situation permet également de former un autre employé qui remplacerait le malade, et ce, dans un délai plus long que dans une situation de non prise en charge.

. Inconvénients: Ne respecte pas le droit du malade à l'information et son consentement éclairé car les tests sont effectués à l'insu de la personne et celle-ci n'est pas informée de sa maladie (ou l'est tardivement).

- Cas B: L'employeur dépiste le personnel à son insu, ne participe pas aux frais médicaux, mais conserve les employés en poste jusqu'au décès.

. Avantage: Le dépistage précoce permet de préparer le remplacement de poste à l'avenir.

. Inconvénients: 1. Ne respecte pas le droit du malade à l'information et son consentement éclairé, 2. L'absence de participation de l'employeur à la prise en charge médicale favorise le décès des malades qui n'ont pas les moyens financiers de payer les soins, 3. Le turnover est plus élevé.

- Cas C: L'employeur dépiste le personnel à son insu, ne participe pas aux frais médicaux et licencie abusivement les employés infectés par le VIH.

. Avantage: Economie des frais de décès

. Inconvénients: 1. Ne respecte pas le droit du malade à l'information et son consentement éclairé, 2. Le dépistage précoce du VIH n'est pas exploitable si l'employeur licencie la personne apte à former son futur remplaçant, 3. Déstructuration sociale et risque de conflit provoqué par les licenciements abusifs, 4. Turnover élevé provoquant la perte des savoir-faire.

- Cas D: L'employeur ne fait pas effectuer de dépistage, participe aux frais médicaux des malades et conserve les employés en poste jusqu'au décès.

. Avantages: 1. Respect du droit du malade à l'information et de son consentement éclairé, 2. Favorise la présence de l'individu dans l'entreprise par la participation aux soins, 3. Favorise la transmission du savoir-faire à un apprenti en participant aux soins et permet donc une présence plus longue de l'employé dans l'entreprise (rendue possible par l'emploi du malade jusqu'au décès).

. Inconvénient: Il reste peu de temps à l'employeur pour organiser le remplacement et l'apprentissage professionnel d'un nouvel employé.

- Cas E: L'employeur ne fait pas effectuer de dépistage, ne participe pas aux frais médicaux des malades et conserve les employés en poste jusqu'au décès.

. Avantages: Respect du droit du malade à l'information et de son consentement éclairé, conservation du poste de l'employé malade jusqu'à son décès.

. Inconvénients: L'absence de participation aux frais médicaux favorise la rapidité du décès, la durée et la fréquence des arrêts de maladie et ne permet pas de préserver la qualité du travail ni la transmission des connaissances. Turnover plus élevé.

- Cas F: L'employeur ne fait pas effectuer de dépistage, ne participe pas aux frais médicaux des malades et licencie les employés après le diagnostic du médecin.

. Avantage: Respect du droit des personnes à l'étape du dépistage (mais le licenciement exige parfois la complicité du médecin d'entreprise, c'est à dire la violation par ce dernier du secret médical auquel il est tenu par le serment qu'il a prononcé).

. Inconvénients: 1. L'absence de participation aux frais médicaux accroît la durée et la fréquence des arrêts de maladie, 2. Le licenciement est abusif, 3. Perte de transmission des savoir faire, 4. Turnover élevé, 5. Risque de conflits internes et détérioration des rapports sociaux.

Notons que d'autres paramètres influencent l'interprétation que nous faisons de ces situations, comme par exemple le niveau de salaire qui varie beaucoup selon les entreprises. La rémunération des employés au-delà des niveaux de salaire définis par la Convention Collective aide les employés à accéder aux soins sans aide de l'employeur. Cet argument a cependant un effet bien limité. Généralement les entreprises qui offrent les meilleurs salaires sont celles qui ont des politiques sociales évoluées (avec mutuelle santé pour les employés). Par ailleurs, nous n'émettons pas l'hypothèse d'une proposition ouverte du test de dépistage à l'embauche par le médecin d'entreprise, d'une part parce que nous n'avons pas rencontré cette option, d'autre part parce que selon un médecin d'entreprise qui avait opté pour ce choix en 1992, aucun des postulants à qui il a proposé le test VIH, ne l'a accepté. Il se serait donc abstenu de faire le test et aurait abandonné cette idée en se contentant "d'évaluer la santé" des postulants par le seul examen clinique autorisé par la loi ivoirienne<sup>15</sup> à l'embauche.

---

<sup>15</sup>. Décret n° 65-210 du 17 juin 1965, fixant les modalités d'exécution de l'obligation faite à l'employeur d'assurer

Globalement, on observe trois tendances que l'on pourrait définir ainsi:

- Les politiques favorables à la santé et au respect des individus: il s'agit des cas A et D qui incluent également le maximum d'avantages économiques favorables à l'activité en conservant les employés à leur poste le plus longtemps et dans le meilleur état de santé possible.
- les politiques neutres: il s'agit des cas B et E, l'employeur considère que les aspects de santé ne font pas partie de son rôle et ne souhaite pas intervenir au-delà de ce qu'il considère comme étant le domaine des médecins et de la santé publique.
- Les politiques défavorables à la santé et au respect des individus: Ce sont les cas C et F impliquant l'exclusion des travailleurs pour raison de santé. Ces politiques auraient des effets contraires à ceux escomptés, car les conséquences économiques telles que la perte des compétences renforcée par un turnover élevé, la déstructuration sociale et les conflits potentiels, font obstacle à l'activité.

Cependant, il existe des nuances importantes dans les comportements discriminatoires. En effet, le comportement des employeurs varient selon des paramètres tel que le niveau de qualification des employés concernés, la spécificité des tâches qu'ils accomplissent et parfois même les attitudes générales du personnel vis à vis des agents soupçonnés d'avoir le SIDA. Il est, semble-t-il, relativement rare de constater des licenciements abusifs sans état d'âme de la part de l'employeur. Le rôle de celui-ci consiste, entre autres, à réduire les incertitudes relatives à l'environnement dont il ne maîtrise pas toutes les évolutions. Le manque d'informations sur la maladie elle-même, mais également sur les conséquences de la maladie sur l'activité de l'entreprise, favorise inévitablement une réaction d'urgence qui se traduit par le rejet plus ou moins important des personnes infectées par le VIH. La question est donc également de savoir quelles sont les alternatives à ce comportement en anticipant les résultats des différentes stratégies, sachant que l'objectif du chef d'entreprise est de créer dans son environnement immédiat une zone de stabilité qui sert de cadre à la prise de décision. L'incertitude actuelle et les

---

un service médical ou sanitaire à ses travailleurs.

conséquences connues du VIH/SIDA dans le secteur minier des pays situés au sud de l'Afrique (Stein et al, 1995), ne facilitent pas les changements de comportement ou de stratégie vis à vis des personnes infectées par le VIH.

### **3.2 Mesures de consolidation du capital humain et des savoir-faire**

Il s'agit de présenter dans cette section l'ensemble des compensations observées ou théoriques que les employeurs ont mises en oeuvre, ou pourraient utiliser, afin de limiter les effets du VIH/SIDA en termes de coûts. Il est important de constater que la quasi-totalité des mesures présentées ci-dessous n'ont pas pour objectif direct de compenser les coûts du VIH/SIDA mais ont parfois été employées à cet effet.

#### **3.2.1 Les aménagements de postes**

L'aménagement de poste consiste pour l'employeur à proposer à l'employé malade un emploi compatible avec l'état de santé de l'agent tout en utilisant au mieux ses compétences. Il s'agit donc essentiellement d'éviter les efforts physiques importants, le travail de nuit ou les heures supplémentaires. La Convention Collective Interprofessionnelle de Côte d'Ivoire (art. 21) prévoit la possibilité de mutation de poste de travail mais seulement à la suite d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Cette situation exclut donc une nouvelle fois les agents concernés par les pathologies - comme le VIH/SIDA - ou les accidents dont les causes sont sans rapport avec l'activité professionnelle. L'employeur n'a donc pas l'obligation d'aménager un poste de travail pour un employé malade du SIDA, bien que des recommandations aient été émises par la sous-commission "Recherche et Ethique" du CNLS (Coffi et Ouattara, 1994). C'est la première limite de cette compensation. La deuxième réside dans le faible nombre de places disponibles par rapport au nombre d'employés malades. Nous avons constaté dans les trois entreprises qui ont fait l'objet particulier de cette étude que le nombre d'employés atteint du SIDA était plus important que le nombre de postes aménagés.

La disponibilité des postes aménagés varie en fonction du secteur d'activité, du nombre de malades du SIDA, du nombre de malades en général, ainsi que de la taille de l'entreprise. Il semblerait également que le type d'emploi occupé par le malade joue un rôle. Si celui-ci est indispensable à son poste car il ne peut être remplacé, cette solution ne convient pas. Si le poste aménagé nécessite une qualification (par exemple dans l'administration), cela ne convient pas non plus à tous les employés. Un ouvrier illettré n'a probablement pas les compétences pour faire un travail administratif qui exige au moins de savoir lire. D'autre part, nous avons constaté que les personnes malades qui bénéficiaient d'un poste aménagé étaient en priorité celles qui avaient le plus d'ancienneté ou qui occupaient un poste qualifié; d'autre part, la sélection des bénéficiaires dépend de la volonté de l'employeur d'aménager des postes dans son entreprise.

Les postes aménageables sont peu nombreux dans le domaine industriel africain généralement basé sur une organisation du travail standardisée et reposant sur l'emploi d'une main d'oeuvre bon marché. Il ne reste souvent que les emplois de gardiennage et de balayeurs. Malheureusement pour les malades, ces tâches sont souvent sous-traitées par des P.M.E. spécialisées, ne permettant pas aux employés malades de l'entreprise de bénéficier de ces postes. La disponibilité de ces emplois est donc limitée d'une part parce qu'ils sont occupés et qu'il n'est pas toujours possible de proposer un poste qualifié à une personne qui n'a pas les compétences requises, d'autre part il est difficilement concevable de créer des emplois non économiquement justifiés de gardiens ou de balayeurs dans une logique de rentabilité.

Se pose également le problème du déclassement, l'assistante sociale d'une grande industrie agro-alimentaire précisait : *"On ne peut pas non plus prendre n'importe qui pour lui proposer un poste sous-qualifié. On ne peut pas demander à une personne du laboratoire d'analyse des produits que nous fabriquons, et qui ne peut plus travailler à cause de son état de santé, de devenir balayeur. On a du mal à replacer les gens, à leur proposer un poste qui pourrait correspondre à peu près à leur niveau"*. Que faire donc pour ne pas déclasser les employés dans une situation où le balayage et le gardiennage sont les tâches les plus dévalorisantes mais aussi les moins qualifiées dans l'entreprise ? Que proposer à un cadre où à

un ouvrier qualifié lorsque l'aménagement du poste de travail n'apporte finalement rien à l'employeur en terme de compétence ? Nous argumenterons notre propos avec le cas d'un chauffeur de camion employé par une industrie alimentaire à Abidjan. A la suite d'une maladie le privant de l'usage de l'un de ses membres supérieurs, il est inapte pour le poste de chauffeur de poids lourd. Le médecin d'entreprise a demandé au service du personnel à ce qu'il bénéficie d'un emploi adapté. Un poste a été créé à son attention, il s'occupe exclusivement de faire des photocopies dans le service administratif. Cela pose trois problèmes :

1. Il ne travaille effectivement que trois à quatre heures par jour pour un salaire correspondant à une activité de huit heures par jour.
2. Il a conservé son salaire initial de chauffeur qui est l'équivalent de celui d'un comptable appartenant au service administratif et qui travaille parfois plus de 8 heures par jour.
3. Le troisième point est lié aux deux précédents : des jalousies apparaissent dans le service car les employés considèrent que la personne chargée des photocopies bénéficie d'un salaire et d'horaires de travail privilégiés. Des tensions se créent et ne favorisent pas une atmosphère propice au travail.

L'aménagement de poste ne peut donc pas être présenté comme une mesure économique, mais comme une mesure sociale. Il semblerait que cette pratique ne soit pas adaptée, ni nécessaire à toutes les situations. Ce mode compensatoire peut fonctionner pour les employés les moins qualifiés ou ceux dont le poste est occupé par un nouvel employé, ce qui réduit considérablement l'utilisation de cette mesure qui permet tout de même aux entreprises qui l'appliquent de garder une certaine flexibilité organisationnelle.

### **3.2.2 Partage et réduction du temps de travail**

Contrairement aux aménagements de poste, la partage et la réduction du temps de travail n'ont pas été observés lors des enquêtes, il s'agit donc de mesures théoriques auxquelles nous nous proposons de réfléchir. La réduction du temps de travail consiste à soumettre à l'employé un

travail journalier dont la durée horaire serait réduite. En collaboration avec le médecin d'entreprise qui déciderait de la modularité des horaires de l'agent selon l'état d'avancement de la maladie, il devient alors possible de ménager les employés malades et d'optimiser leur productivité sur un temps réduit. Cette politique aurait pour avantage de réduire les absences spontanées au travail pour raison de maladie, probablement plus gênantes pour la production que la réduction des horaires de travail qui est prévisible, car communiquée régulièrement par le médecin au chef d'atelier ou à l'employeur.

Le partage du temps de travail vient compléter cette politique. En effet, lorsque l'état de santé des personnes infectées par le VIH se dégrade au point de nécessiter un travail à mi-temps, il est alors possible de placer deux employés qui effectuent le même travail sur un même poste. L'un travaillerait l'après-midi, l'autre le matin. Cela implique cependant que le poste soit peu qualifié afin qu'un nombre d'employés suffisant ait la possibilité de rentrer dans ce plan. En effet si le poste est trop spécifique, la probabilité de trouver deux personnes capables d'effectuer un travail à mi-temps sur le même poste devient pratiquement impossible. Plus l'entreprise est grande et emploie des agents sur un nombre de postes similaires, plus la mise en place d'une telle politique est réalisable.

Les limites d'un tel projet résident donc d'abord dans la taille de l'établissement, puis de la présence ou non d'un médecin. Une P.M.E. qui n'emploie pas de médecin, nécessaire à une telle opération, ne peut mener cette politique. La question des salaires se pose également: la rémunération doit-elle être versée pour un travail de 40 heures par semaine ou doit-elle être proportionnelle au nombre d'heures travaillées ? Faute de réglementation en la matière, les accords seraient passés entre l'employeur et l'employé. Le compromis d'une diminution de salaire semble inévitable sans qu'il atteigne pour autant le seuil des heures réellement travaillées. Sur ce point la Convention Collective Interprofessionnelle reste muette, seul le déclassement professionnel<sup>16</sup> est envisagé sous l'autorité de l'employeur (art. 21), en cas de refus de l'employé, le contrat est réputé rompu du fait de l'employeur. Enfin, comme pour les

---

<sup>16</sup>. En l'absence de précision particulière sur le maintien du salaire initial, le déclassement sous-entend donc une

aménagements de poste, le partage et la flexibilité des horaires de travail ne peut s'effectuer sur les postes où les compétences sont rares et où l'apprentissage est long.

### 3.2.3 Formation de personnel polyvalent

Cette politique a été observée dans certaines situations et n'est pas spécifique à l'épidémie de VIH, car elle permet notamment de compenser les absences quelle qu'en soit la cause. Dans les Firmes 1 et 2 (cf. chapitre 2), la formation d'employés à plusieurs postes existe depuis plusieurs années. Ce sont généralement les chefs d'atelier ou les chefs d'équipes, au statut d'agent de maîtrise, qui sont capables d'effectuer le travail de chacun des ouvriers qu'ils dirigent. Généralement comprises entre 4 et 15 personnes, ces équipes effectuent un travail posté sur une chaîne de production. Depuis quelques années, la formation de plusieurs polyvalents au sein de chaque équipe, fait son apparition afin de compenser les absences et de maintenir un niveau de production régulier. Le mode de fonctionnement et de gestion est simple: lorsque les équipes sont au complet, chacun occupe son poste et le chef d'équipe supervise, contrôle et intervient épisodiquement dans le travail de production, exclusivement lorsqu'un problème se présente ou pour équilibrer la cohésion de son équipe dans un travail collectif, chaque poste étant dépendant de la coordination des autres. Lorsqu'un employé ou deux sont absents d'une équipe, les deux ou trois agents polyvalents, y compris le chef d'équipe, travaillent sur un poste où ils peuvent rester la journée entière ou seulement une heure et changer de poste selon les besoins. Cette opération permet de ne pas ralentir le processus de fabrication et le travail des autres équipes qui dépendent souvent des résultats fournis en aval. Il est par ailleurs intéressant de constater qu'au Nord dans les ateliers flexibles informatisés et robotisés, du personnel bénéficiant de plusieurs formations et compétences est employé pour faire face aux aléas de la production (D'Iribarne, 1984). Un même "outil" tel que la polyvalence peut avoir des fonctions différentes selon le contexte. La polyvalence représente ordinairement un mode d'organisation du travail qui produit une meilleure cohésion sur les collectifs de travail (Rerat, 1986). *"La polyvalence semble recherchée autant pour ses effets en terme de flexibilité, que pour les possibilités qu'elle*

---

diminution du salaire pour le salarié.

*offre d'améliorer la résolution des problèmes d'ordonnancement, de répartition de la charge de travail entre les salariés*" (Cassassuce, 1988). La formation et l'utilisation d'agents polyvalents est à la fois adapté au problème et au contexte de notre étude.

Il semblerait que cette polyvalence des compétences soit relativement efficace, car elle permet de faire face à l'imprévu et offre une flexibilité importante nécessaire aux industries. Elle a cependant des limites car plus le travail est complexe et spécialisé, moins la polyvalence est aisée. Les postes à responsabilité qui nécessitent une attention à plein temps n'entrent pas dans le cadre d'une polyvalence au risque de créer des incohérences dans le travail. C'est à ce niveau que la gestion est délicate car elle intègre un facteur risque et un paramètre efficacité dont il faut tenir compte, dans le cas contraire l'équilibre fragile d'un système et d'une organisation serait menacé. Une fois de plus, les postes clés chez les cadres de l'entreprise ne peuvent être concernés par cette mesure dont l'application est réservée aux travaux administratifs ou en usine.

### **3.2.4 Crédation de postes en binôme**

La firme 3 a opté pour cette politique qui consiste à doubler l'effectif sur certains postes jugés primordiaux pour le fonctionnement de l'activité. Sur la chaîne de production, certains machinistes travaillent systématiquement en collaboration avec un aide machiniste qui quelques années plus tard, pourra être machiniste. Ces binômes sont au départ conçus pour pallier à l'absence d'un machiniste d'une part, pour maintenir journalièrement les cadences de travail d'autre part. De 1994 à 1996, l'employeur s'est orienté davantage vers la polyvalence qui lui semblait plus appropriée et moins coûteuse que les postes en binôme qui exigent deux salaires pour un même poste. Cependant, cette politique n'est pas extrêmement coûteuse étant donné le faible niveau des salaires pratiqués en Côte d'Ivoire. Elle reste néanmoins plus appropriée pour les entreprises en expansion, comme la Firme 3. Celle-ci utilise les postes en binôme pour la formation d'employés récemment embauchés, qui seront par la suite machinistes. Une fois de plus, les postes en binôme ne sont pas utilisés comme étant une réponse organisationnelle

particulière à l'épidémie de VIH, mais ils s'inscrivent dans une nouvelle fonction face à la maladie que certains employeurs ont su mettre à profit.

L'avantage d'une telle formule réside dans son application éventuelle aux postes qualifiés et très qualifiés. Généralement peu nombreux proportionnellement au nombre total d'employés, ces postes pourraient faire l'objet d'un "dispositif de sécurité" en adjoignant un collaborateur au directeur de la production, au chef comptable ou au directeur des ventes, de manière à ce que lorsque la maladie survient chez l'un de ces hommes clés, les conséquences sur l'activité soient maîtrisées. Cette suggestion semble cependant moins appropriée que pour le travail en usine pour deux raisons essentielles: 1. Le coût (proportionnellement) élevé de l'emploi des 4 ou 5 collaborateurs qui ont le statut de cadres, 2. La réticence des cadres supérieurs à transmettre leur savoir faire craignant de ne plus avoir le même pouvoir dans l'entreprise (Régnier, 1995) ou simplement d'être un jour remplacés par une personne plus jeune.

Malgré cela, nous pensons que cette expérience est réalisable, la transmission des connaissances est une expérience que mène actuellement la Firme 1. En effet, elle renouvelle les cadres qui devraient partir à la retraite d'ici 10 ans à compter de 1995. La politique de l'entreprise consiste à sélectionner de jeunes diplômés ivoiriens des grandes écoles ou des universités et à les embaucher comme collaborateurs des cadres supérieurs. Après une période de travail en collaboration de 4 à 10 ans, la nouvelle génération remplacera les employés qui partiront en retraite. Les entretiens qualitatifs menés en 1997 dans cette entreprise auprès du service du personnel et de quelques cadres montrent que la transmission des compétences s'exerce dans de bonnes conditions. Dans ce contexte particulier, cette politique aurait pour effet de compenser les conséquences de la maladie ou du décès d'un cadre supérieur, son utilité ou son objectif de départ pourrait parfaitement être employé pour jouer un rôle de consolidation et de maintien des compétences.

### **3.2.5 Embauche de personnel expatrié**

Barnett et Haslwimmer dans leur étude sur les effets du VIH/SIDA sur les systèmes agraires en Afrique de l'Est rapportèrent le cas d'un cadre d'une compagnie sucrière en Zambie formé dans l'entreprise qui, en 1992-1993, devait remplacer un ingénieur expatrié. Celui-ci a dû prolonger son contrat d'expatriation à la suite du décès par le VIH/SIDA de l'ingénieur local qui devait lui succéder (Barnett et Haslwimmer, 1995). Les auteurs précisent que le prolongement du contrat expatrié coûte à l'entreprise 60 000 US\$<sup>17</sup> par an.

Cet exemple est évocateur à plusieurs égards. Il pose d'abord le problème de la transmission des savoir-faire étrangers aux populations locales. L'investissement dans la formation est perdu pour l'employeur mais celui-ci a pu compenser les pertes qui seraient survenues s'il n'avait pu remplacer l'agent décédé, ce qui implique qu'un ingénieur compétent soit disponible pour ce travail. Que serait-il advenu si l'expatrié avait refusé de prolonger son contrat ? Le décès aurait coûté cher à l'entreprise, en aval avec l'investissement qui est de toute façon perdu dans la formation, en amont avec la perte d'efficacité si personne n'avait pu occuper le poste. La présence de l'expatrié et le prolongement de son contrat coûtent chers mais l'expatrié connaît le métier puisqu'il travaillait dans l'entreprise, il est donc opérationnel dans l'immédiat. En supposant qu'il ne soit pas disponible et que le marché local ne puisse procurer d'ingénieur ayant les qualifications requises, fallait-il faire venir un expatrié d'Europe ou des Etats-Unis ? Nous n'avons jamais eu connaissance d'une situation similaire en Côte d'Ivoire mais elle est théoriquement possible. Le coût du trajet en avion pour l'expatrié ainsi que celui de son adaptation au milieu et à l'entreprise se seraient ajoutées à celui du salaire. Cependant, il n'est pas exclu qu'un établissement, dans l'urgence du décès d'un homme ou d'une femme dont les responsabilités sont importantes, ait été confronté à ce type de choix. Le cas que nous avons relevé à Abidjan en Côte d'Ivoire dans une entreprise, (cf. supra) dont le directeur est décédé du SIDA après avoir été licencié par la direction américaine du groupe, illustre nos propos. En effet, celui-ci a été remplacé par un cadre américain expatrié. Nous n'avons cependant aucune

---

<sup>17</sup>. Soit plus de 300 000 FF par an

information sur le coût du décès de la personne, ni sur celui de la prise de fonction de son successeur.

Etant donné le coût élevé des expatriés, on peut penser que cette mesure s'applique uniquement aux personnes les plus qualifiées d'une entreprise ou du moins au personnel dont la formation requise n'est pas disponible dans le pays où s'exerce l'activité. Lorsque les personnes compétentes sont disponibles sur le marché de l'emploi national, l'employeur privilégie généralement l'embauche des travailleurs nationaux ou africains en général, car le coût de la main d'œuvre est moins élevé. Cette réalité économique nous laisse penser que la solution qui consiste à faire appel au personnel expatrié est peu courante et ne concerne que les principaux hommes clés des entreprises internationales confrontées à une situation d'urgence.

### **3.2.6 Mobilité des compétences**

Souvent associée à un contexte de crise ou de restructuration d'entreprise (Villeval, 1988), la mobilité des ressources humaines est ici abordée dans le contexte étroit des réactions de l'employeur aux conséquences du VIH/SIDA sur son activité. Plusieurs cas de figure, exposés ci-dessous, attirent notre attention:

1. Au sein d'une même entreprise dont l'activité se déroule 24/24 heures, plusieurs équipes de travail se relaient jour et nuit. Le travail posté est courant dans l'industrie ivoirienne, il permet d'accroître la production annuelle avec le même nombre de machines, donc de réduire le capital fixe et d'améliorer la compétitivité des établissements sur le plan international (Landier et Vieux, 1976). L'exemple de la Firme 2 illustre nos propos: trois équipes effectuent les 3x8 heures d'une journée selon le découpage horaire suivant 6h-14h, 14h-22h et 22h-6h. Il existe donc trois équipes de travail composées d'individus qui effectuent les mêmes tâches mais à des horaires différents. Cela est uniquement vrai pour les équipes évoluant en usine, le personnel administratif observe des horaires de jour, généralement 8h-12h, 14h-18h. Cette organisation du travail offre à l'employeur une grande flexibilité d'action qui lui permet de maintenir un

niveau régulier et performant de production. En effet, lorsqu'une ou deux personnes sont absentes, il est possible de faire appel aux membres d'une autre équipe qui réalisent le même travail, le tout est de respecter une tranche de repos de 8 heures entre deux tranches de travail, ce qui signifie qu'un individu ne doit normalement pas rester en poste de 6 à 22 heures. Donc la multiplicité des équipes permet de modifier les grilles de travail des employés selon les besoins, évitant les situations où le manque d'agents serait nuisible à la production. Cependant, ce type de fonctionnement peut rapidement devenir néfaste pour les employés en bonne santé (Cassassuce, 1983), les changements d'horaires perturbent les rythmes biologiques et le travail de 16 heures continues éprouve les employés. Il est donc souhaitable que ce type de mesure reste exceptionnel, au risque de provoquer un absentéisme supplémentaire à court terme, notamment chez les personnes qui travaillent plus de 8 heures par jour.

2. Le recours au personnel compétent peut avoir lieu à l'extérieur de l'entreprise, mais toujours dans le même groupe. C'est ce que nous a confié le directeur de la Firme 1, qui, s'il était confronté au besoin urgent d'un cadre supérieur comme par exemple un directeur d'usine, ferait appel au siège social afin qu'une personne travaillant pour le groupe se déplace à Abidjan pour assumer les fonctions de la personne décédée. Ce groupe international s'est implanté dans plusieurs pays sur le continent africain et a pour habitude de former le personnel expatrié européen et africain dans les différentes usines présentes en Afrique ou sur d'autres continents. Les personnes ayant des responsabilités sont invitées à la mobilité afin d'être confrontées à différentes situations. Il s'agit d'une forme de polyvalence inter-site et internationale au sein du même groupe afin de procurer des connaissances supplémentaires au personnel de direction dans le but d'augmenter la flexibilité des compétences et d'en user dans des situations d'urgence ou de redressement d'un site de production qui serait en difficulté. Bien que la situation ne se soit pas présentée selon notre interlocuteur, la mutation d'un homme-clé d'un pays d'Afrique à un autre peut être ordonnée si un cadre venait à décéder du SIDA. La réorganisation inter-site du personnel hautement qualifié représente une option intéressante bien qu'elle se limite aux groupes internationaux implantés dans différents pays d'Afrique depuis plusieurs années.

3. Enfin, bien qu'hypothétique, et dans le cadre des compétences-clés d'une entreprise, nous n'excluons pas la possibilité pour un entrepreneur de faire appel, momentanément et dans le cadre d'une phase de transition, au personnel récemment mis à la retraite. En effet, toute personne à la retraite depuis moins de 2, 3 ou 5 ans (selon le type d'activité) peut, en situation d'urgences reprendre de l'activité à la demande de l'employeur. Cette mesure implique que l'agent soit opérationnel immédiatement, sans nécessité de remise à niveau, c'est pourquoi l'opération est plus ou moins réalisable selon les professions. Cela implique également que l'ancien employé ait envie de reprendre de l'activité. On peut par exemple envisager ce type de compensation dans les entreprises familiales où la reprise du travail par un membre de la famille à la retraite nous semble plus vraisemblable, du fait des liens particuliers qui l'unissent à l'équipe dirigeante.

### **3.2.7 Politique médicale**

Paradoxalement, la mise en place d'une politique médicale d'entreprise incluant la participation de l'employeur au paiement des soins pour lutter contre les conséquences du VIH/SIDA sur l'activité n'a pas été observée pendant la durée de nos enquêtes. Cela est probablement dû au fait que la prise en charge médicale des employés n'est pas perçue par les employeurs comme un effet compensateur aux autres coûts mais seulement comme un coût supplémentaire qu'ils ne souhaitent pas ajouter aux autres. Pourtant, nous avons précédemment évoqué les conséquences de l'épidémie de VIH en l'absence de politique médicale dans les entreprises, les employés malades sont absents plus souvent et plus longtemps, ils décèdent plus vite, le turnover est plus élevé... . La question est donc de savoir si le coût de la prise en charge médicale des agents est plus important pour l'employeur que le coût de l'absence d'une politique socio-médicale. Tout entrepreneur, dans une logique de rentabilité financière, ne peut pas ne pas tenir compte de l'introduction des critères économique et éthique dans l'appréciation de l'intérêt d'une action de santé (Sailly et Lebrun, 1988).

La réponse à cette question, qui sera examinée dans le chapitre 5, nécessite d'abord que soient étudiées les conséquences organisationnelles du VIH/SIDA dans l'entreprise (cf. chapitre 4).

Au terme de ces propositions, on constate que les aménagements de poste, le partage et la réduction du temps de travail ainsi que les postes en binôme ont pour effet de s'adapter aux capacités diminuées des personnes infectées par le VIH. Ces situations permettent également d'améliorer la qualité de vie spécifique (Wu et Lamping, 1994; Watchel et al., 1992) des personnes infectées par le VIH en ne leur imposant pas des charges ou des horaires de travail inadaptés à leur état de santé. Les conditions de travail font partie des critères d'évaluation de la qualité de vie des malades du SIDA et les mesures précédemment citées favorisent l'amélioration de cette qualité de vie. On peut cependant regretter que les instruments de mesure de la qualité de vie ne soient pas davantage construits d'après le point de vue des patients (Leplège et Rude, 1995), notamment dans l'entreprise afin de leur demander en quoi la maladie a modifié leurs capacités au travail. Outre le discours moral et médical sur la nécessité d'une prise en compte de la qualité de vie des malades, ces mesures offrent également un avantage économique en prolongeant la présence de l'employé dans l'entreprise, donc la mise à profit de son savoir faire et des connaissances du fonctionnement de l'établissement. La transmission des savoir-faire à un apprenti peut alors s'effectuer dans de meilleures conditions et plus longtemps, ce qui permettrait aussi de réduire les actions d'urgence relatives au remplacement des compétences.

La solution adéquate et universelle n'existe pas, chaque entreprise doit choisir, parmi les solutions proposées, celles qui conviennent le mieux à son activité et son organisation. Les solutions sont partiellement efficaces et ne compensent qu'un seul aspect des coûts induits par le VIH/SIDA.

Cependant, certaines compensations telles que l'emploi d'expatriés ont un coût élevé, la compétence de l'employeur réside dans sa capacité à étudier les avantages et les inconvénients de ses choix selon des critères qu'il n'est peut-être pas aujourd'hui habitué à utiliser. Nous constatons dans l'ensemble que les mesures les plus fréquentes sont celles qui ont un moindre

coût ou qui sont peu coûteuses aux yeux de l'employeur. Cependant, il semblerait que l'efficacité des mesures puisse être optimisée selon les ressources financières de chaque établissement mais également la volonté de la direction de s'attaquer au problème. Les réponses les mieux adaptées devraient, à l'avenir, être intégrées dans des choix stratégiques élaborés. Le meilleur exemple est celui de la prévention en entreprise, elle est peu coûteuse, mais les dirigeants d'entreprise la perçoivent seulement comme une action spontanée et ponctuelle car d'après les entretiens que nous avons eu avec certains d'entre eux, ils considèrent que les employés qui ne se protègent pas après avoir été informés une fois savent ce qu'ils font. Nous pensons au contraire que l'information doit être permanente et répétitive pour être efficace comme le suggère le développement des arguments suivants.

### **3.3 Modification et élaboration d'éléments de politique sociale**

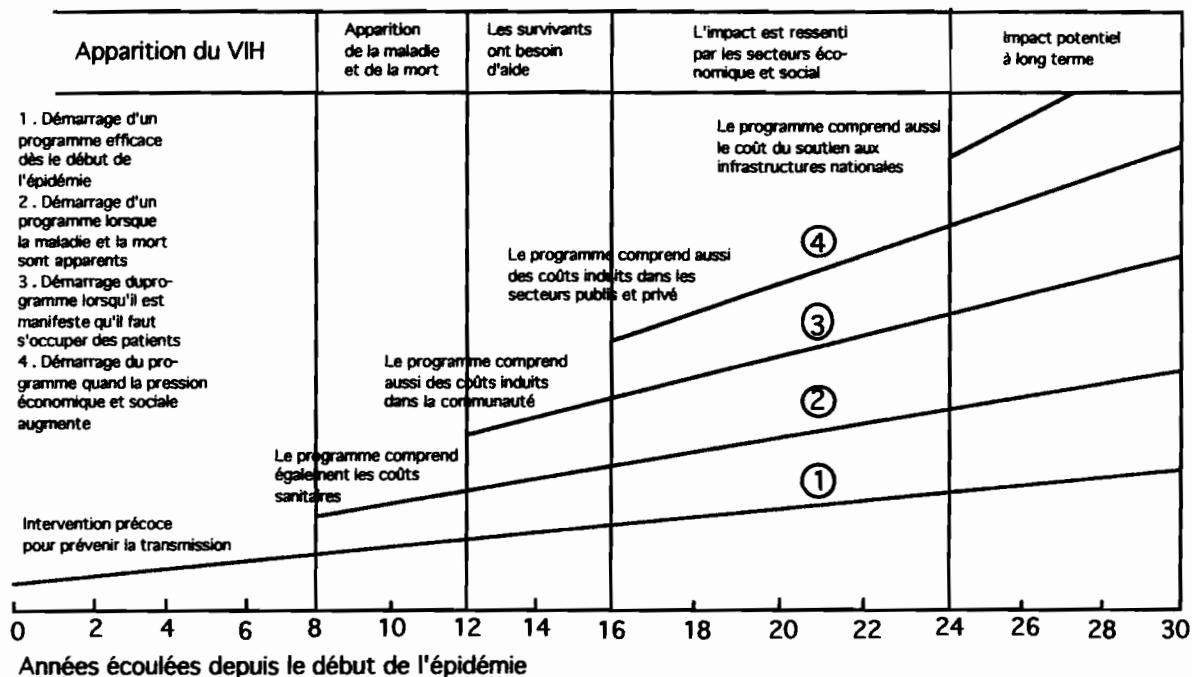
#### **3.3.1 Information, Education, Communication (IEC) dans l'entreprise sur le thème du VIH/SIDA**

L'IEC ou la prévention sur le VIH/SIDA, effectuée dans l'entreprise pour le personnel, relève davantage d'un investissement à long terme que de la volonté d'obtenir une compensation immédiate<sup>18</sup>. Ce paramètre n'incite d'ailleurs pas la majorité des employeurs à opter pour cette formule qui fait l'objet, en Côte d'Ivoire, de publicité dans les journaux quotidiens<sup>19</sup>. Pourtant, plus le temps passe et plus l'efficacité de la prévention continue (et non pas ponctuelle) sera réduite et difficilement visible comme le suggère le schéma 2.

<sup>18</sup>. Pourtant les dirigeants de l'entreprise 1 considèrent que l'information, une fois donnée par les médecins et une fois assimilée par les employés, est suffisante. A cet effet, une enquête réalisée par le service médical de l'entreprise auprès d'un échantillon de 40 employés avant les séances de prévention puis auprès de 565 employés (dans 3 établissements abidjanais du groupe auquel appartient la firme 1) ont montré que les modes de contamination, les moyens de protection et le comportement à avoir auprès des malades du SIDA ont été compris par la majorité. Cependant, le taux de bonnes réponses au questionnaire posé quelques semaines après les séances d'I.E.C ne garantit en rien le changement des comportements. Quel que soit le domaine d'intervention, il n'est plus à démontrer que la modification des habitudes comportementales (ex: comportements routier, respect des non fumeurs par les fumeurs...) ne se réalise pas instantanément mais nécessite un délai variable pendant lequel l'information doit être ressassée. La modification des comportements sexuels et notamment l'utilisation du préservatif ne déroge pas à ce principe.

<sup>19</sup>. Le slogan: "Chefs d'entreprises, Investir dans la prévention du SIDA, c'est rentable." IVOIR'SOIR du mardi 3 octobre 1995. Il n'y a aucune indication sur la source de l'annonceur mais nous supposons qu'il s'agit du CNLS.

**Schéma 2:** Estimation des coûts entraînés par le retard du démarrage d'un programme efficace de lutte contre le VIH



Source: Panos, 1993. D'après un schéma du PNUD

Plus le programme d'IEC est commencé en début d'épidémie, moins l'impact du VIH/SIDA sur les sphères économiques et sociales serait fort. L'idéal aurait été de commencer ce travail dans les entreprises avant l'apparition de la maladie et des décès parmi le personnel, c'est à dire avant la décennie 1990, voire 1986 puisque les premiers cas de SIDA ont été reconnus publiquement à cette date. En 1997, au moins 12 années se sont écoulées depuis le début visible de l'épidémie en Afrique et seulement une minorité d'employeurs ont effectué la prévention dans leur établissement. Cette constatation, à l'heure où l'impact du VIH/SIDA sur les secteurs économiques est de plus en plus ressenti, fait état de l'échec d'une politique de compensation par omission, par manque de rapidité d'intervention ou par négligence. En effet, les mesures de prévention et d'information sur le lieu de travail, comme dans les écoles publiques, auraient dû faire l'objet d'une politique prioritaire et massive de santé publique. L'optimisation de ce mode d'intervention n'est-il pas périmé au stade actuel de l'épidémie de VIH en Afrique ? La

prévention reste tout de même un outil indispensable car elle vise la population globale pour une épidémie qui menace toutes les personnes en âge d'avoir une activité sexuelle. La nécessité d'une prévention continue reste encore largement mal comprise par la majorité des employeurs alors que ceux-ci mettent actuellement en cause l'efficacité de ces programmes. Parmi ceux qui ont effectué la prévention dans leur établissement et que nous avons rencontrés, tous considéraient que l'information avait été donnée et que ceux qui se contaminaien, notamment par les rapports sexuels non protégés, le faisait en connaissance de cause, et que par conséquent, on ne pouvait rien faire pour ces gens. Ce raisonnement est également présent chez des médecins d'entreprise qui occultent les barrières socioculturelles (Caprara et al., 1993) ou socio-économiques au changement de comportement (Velimirovic, 1987). L'information passe donc également par la compréhension et la nécessité d'effectuer régulièrement des programmes d'IEC, notamment en instituant dans les entreprises des cellules d'intervention permanentes constituées d'employés, comme cela s'est développé avec succès au Zimbabwe (Williams et al., 1993). Ces cellules, composées "d'employés éduqués", sont chargées d'organiser des réunions dans l'entreprise sur les questions relatives au VIH/SIDA, ils tiennent à jours des panneaux d'informations, distribuent des préservatifs... et aident à maintenir à l'esprit de chacun le danger que représente le VIH/SIDA et les moyens de s'en protéger efficacement.

A ce jour, l'efficacité de la prévention sur le VIH/SIDA en Afrique est difficile à évaluer et les résultats sont mitigés (D'Cruz-Grote, 1996) à l'exception des groupes cibles comme par exemple les chauffeurs routiers (Aventin, 1994; Jackson et al., 1997) ou les prostituées (Abdool Karim et al., 1995). La mise en place de programmes efficaces rencontre de nombreux obstacles nuisibles à l'efficacité des actions qui peuvent causer le découragement des prestataires comme les gouvernements, les organismes internationaux et les associations. Nous faisons par exemple allusion aux antagonismes entre le message religieux qui prône l'abstinence ou le partenaire unique et le refus du préservatif (Sedgo, 1993) et les politiques de santé publique qui préconisent l'utilisation de celui-ci. Le discours sur l'utilisation du préservatif dans le cadre du planning familial dans le but de limiter plus ou moins efficacement les naissances (Lamptey et Williamson, 1989) est aujourd'hui orienté vers la protection contre le VIH et les MST en

général, ce qui ne manque pas de créer des confusions chez les personnes auxquelles sont destinés ces messages (Aventin, 1994; Klouda, 1996). Enfin, les actions de la Banque Mondiale et du FMI en Afrique dans le cadre des ajustements structurels pourraient avoir eu des conséquences indirectes favorables à la propagation du VIH (Lurie et al., 1995) par le développement des infrastructures de transports, l'urbanisation croissante ou les politiques d'importation des produits alimentaires qui défavorisent les populations les plus pauvres et contribuent à la malnutrition. L'ensemble de ces contradictions et obstacles aux politiques d'IEC renforcent l'idée d'organiser la prévention à une échelle micro. L'entreprise devient alors un lieu privilégié car les employés y sont encadrés et présents la majorité de leur temps. La modification des comportements pourrait s'instaurer par ce canal, moins restrictif que celui des personnes dites "à risques".

### **3.3.2 Suppression de la mise en invalidité des employés malades du SIDA dans la firme 1**

La mise en invalidité et le paiement d'un fonds de pension pour les employés qui en bénéficient jusqu'au décès est un cas rare et spécifique aux grandes entreprises de type international. Cette mesure, ordinairement réservée aux personnes victimes d'une maladie ou d'un accident du travail, a été appliquée dans la firme 1 à quatre agents malades du SIDA. La mise en oeuvre de cette politique caractérise la position de l'employeur sur le devenir des personnes infectées par le VIH: il ne souhaite pas les exclure de l'établissement ni leur appliquer une discrimination du fait de la baisse de leur capacité de production (Baldwin et al., 1994). Cependant, le coût de cette politique a été jugé excessif (cf. chapitre 2) par les dirigeants de l'entreprise qui ont supprimé l'accès de cette mesure aux personnes infectées par le VIH.

A l'analyse de cette compensation, on constate qu'elle n'a, contrairement aux précédentes, qu'une utilité sociale. L'employeur améliore et prolonge la durée de vie des employés malades mais ne bénéficie pas de leur compétence puisqu'ils ne sont plus en activité dans l'entreprise. Cette mesure n'est actuellement plus mise en oeuvre, étant donné le coût élevé de son

application d'une part, et l'utilité principalement sociale de cette politique d'autre part. La décision de l'employeur n'est pas aisée, mais il semble que l'économie de ce poste pour cause de SIDA ne provoque pas de protestations de la part du personnel, étant donné le nombre peu élevé de personnes qui en ont bénéficié et surtout parce que le motif de mise en invalidité relève du secret médical. Les employés ne sont donc pas censés être informés et ne peuvent donc pas reprocher à l'employeur d'avoir cessé l'application d'une mesure dont ils n'ont pas eu connaissance.

### **3.3.3 Modification des conditions d'accès à l'assurance médicale d'entreprise**

Les soins nécessités par le VIH/SIDA sont souvent coûteux (Hassig et al., 1990) car, en dehors de l'utilisation des anti-rétroviraux et des inhibiteurs de protéase inaccessibles à la grande majorité des malades en Afrique, les traitements disponibles pour les pathologies opportunistes sont longs et chers.

Cette situation se répercute sur le marché des assurances médicales et donc sur la couverture médicale des employés qui bénéficient d'une assurance dans le cadre de leur activité professionnelle. Cette répercussion est également constatée lorsque certains établissements ont leur propre système de santé, comme par exemple une mutuelle interne (cf. chapitre 2). La hausse des dépenses médicales d'un nombre significatif de personnes, et on peut penser qu'une prévalence VIH supérieure à 10% de la population adulte d'Abidjan en 1995 est significative (Djomand et al., 1995), créé inévitablement des déséquilibres entre les ressources, c'est à dire le montant des primes d'assurances, et celui des dépenses de santé. L'employeur et les employés qui participent au paiement de l'assurance des agents sont donc confrontés à une hausse du coût des soins. La compensation à ce coût se décline de différentes manières:

1. L'exclusion contractuelle de certaines prestations médicales coûteuses pour les employés infectées par le VIH ou l'exclusion du salarié malade du contrat d'assurance médicale

représentent deux alternatives rencontrées en Côte d'Ivoire: ces politiques sont déjà mises en œuvre et sont initiées essentiellement par les compagnies d'assurances. Evidemment, seules les entreprises qui assurent leurs employés à l'extérieur sont concernées, alors que les sociétés qui ont instauré un système interne de prévoyance ont la possibilité de se tourner vers les solutions 2 et 3 décrites ci-dessous. L'employeur ne souhaite généralement pas subir la hausse des primes d'assurance engendrée par les soins coûteux des personnes infectées par le VIH et l'assureur ne peut supporter ces coûts sans perte de bénéfices. Ce dernier suggère donc la non reconduction du contrat de groupe aux employés malade du SIDA avec l'aide du médecin conseil de la compagnie d'assurance qui demande à connaître le statut sérologique des clients. Ces mesures excluent les clients atteints de SIDA de l'accès à l'assurance, donc aux soins, et évitent la répercussion du coût de ces malades sur l'ensemble des primes d'assurance, c'est à dire indirectement sur la participation de l'entreprise à la hausse du montant des primes. Ce type de situation, rencontrée par un cadre supérieur d'une grande compagnie d'assurances que nous avons interviewé à Abidjan, convient aux employeurs qui ne souhaitent pas prendre à leur charge le prix de la différence et aux employés qui refusent de répartir cette différence sur l'ensemble des primes. L'argument avancé par les représentants du personnel est celui de l'impossibilité pour certaines catégories d'employés de payer une prime trop élevée sans risque de s'exclure du contrat d'assurance de groupe.

**2 . La répartition de l'augmentation du coût des soins de quelques personnes sur la totalité des cotisants permettrait d'éviter l'exclusion des personnes infectées par le VIH.** Une enquête menée dans la firme 1 auprès des employés à la demande de l'employeur a montré qu'au-delà d'une augmentation de + de 30% des cotisations, les employés refuseraient de payer les primes. Ce cas est d'autant plus surprenant qu'il s'agit d'un système de mutuelle interne dont les primes peuvent être trois fois inférieures à celles proposées par des compagnies d'assurance à prestations égales. Ceci explique peut-être l'acceptation du personnel pour une augmentation, qui a d'ailleurs eu lieu en 1995 (cf. Chapitre 2). On constate globalement que cette compensation offre des limites, parfois très vite atteintes lorsque les primes dépassent 6000 à 7000 FCFA/mois par employé. Selon le directeur des ressources humaines d'une entreprise

manufacturière, au-delà de 2500 FCFA / mois, les ouvriers refusaient de payer la prime d'assurance qu'ils estimaient trop coûteuse.

3. La dernière alternative repose sur la diminution du niveau de remboursement des prestations médicales et/ou le contrôle des dépenses afin de réduire par exemple la prescription des médicaments de confort: cette proposition de compensation permet de ne pas augmenter le montant des primes mais peut occasionner le mécontentement des souscripteurs. Comme dans les autres situations, cela peut provoquer des ruptures de cohésion sociale dans l'entreprise qui se manifesteraient par le mécontentement du personnel confronté à une restriction tacite des prestations. Les employés ivoiriens sont particulièrement attachés à ces prestations (Bazin et Gnabéli, 1996), probablement en l'absence d'un système national de prise en charge médicale. Il est donc important pour le médecin d'entreprise qui supervise et contrôle les dépenses médicales du personnel de bien juger les limites d'une telle politique en tenant compte du taux de tolérance des employés au risque de créer des conflits néfastes à l'activité productive. Les objectifs d'une telle politique doivent clairement être exposés aux agents avant d'être mis en oeuvre.

Le choix d'une entreprise dépend bien sûr de nombreux facteurs tels que la capacité et la volonté des dirigeants à financer l'assurance médicale des employés, l'acceptation des employés à payer davantage pour ceux d'entre eux qui sont infectés par le VIH, la nature du système de remboursement des frais médicaux (assurance externe ou mutuelle interne), les avantages d'un contrat signé avec une compagnie d'assurance... . Le risque d'une mésentente entre les protagonistes peut conduire à l'annulation de la participation de l'employeur à l'assurance médicale, ce qui serait désavantageux pour tout le monde.

### **3.3.4 Externalisation de la main d'oeuvre**

Il s'agit d'une mesure à la fois sociale, car elle concerne les conditions de l'emploi, et organisationnelle, car elle affecte les méthodes de production, de recrutement et de contrôle du personnel.

Nous entendons par externalisation de la main d'oeuvre l'utilisation par une firme d'un personnel qui n'a pas le statut de salarié dans cette même firme: travailleurs temporaires, travailleurs journaliers et certaines formes de sous-traitance auprès de petits entrepreneurs indépendants (Davis-Blake et Uzi, 1993). Nous nous intéresserons plus particulièrement au cas de l'emploi des travailleurs journaliers en Côte d'Ivoire. Il s'agit généralement d'ouvriers qui se présentent le matin devant l'entreprise et qui sont employés à la journée selon les besoins de l'employeur. Ils ne sont donc pas déclarés et ne bénéficient pas des cotisations patronales ou salariales. Ils sont payés à la fin de la journée de travail et ne sont pas sûr d'être réembauchés le lendemain. Jusqu'en février 1995, ces pratiques étaient légalement tolérées, elles ont été légalisées sous la forme d'un nouveau contrat de travail à durée déterminée avec terme imprécis<sup>20</sup>. C'est un contrat à durée déterminée qui peut être renouvelé sans limite et sans obligation de le transformer en contrat à durée indéterminée, même si sa durée est supérieure à deux ans. Cette mesure permet de légaliser l'emploi de travailleurs journaliers de longue durée, pratique courante avant l'apparition de cette loi. D'autre part, la procédure de licenciement des employés est facilitée par de nouvelles dispositions, notamment concernant la mise au chômage technique et le licenciement économique: l'autorisation préalable de l'inspection du travail est abrogée. Enfin, la rupture négociée du contrat de travail est déréglementée : l'art. 16.3 du code du travail ivoirien précise que les parties peuvent convenir de renoncer à se prévaloir des règles légales de licenciement. Cette libéralisation du droit du travail est orientée à outrance vers la légalisation de l'externalisation des travailleurs qui, semble-t-il, sont majoritairement les moins qualifiés. Les autres agents, dont les qualifications sont indispensables, jouissent d'un contrat de travail moins précaire. L'avantage de cette politique réside dans la réduction des charges

---

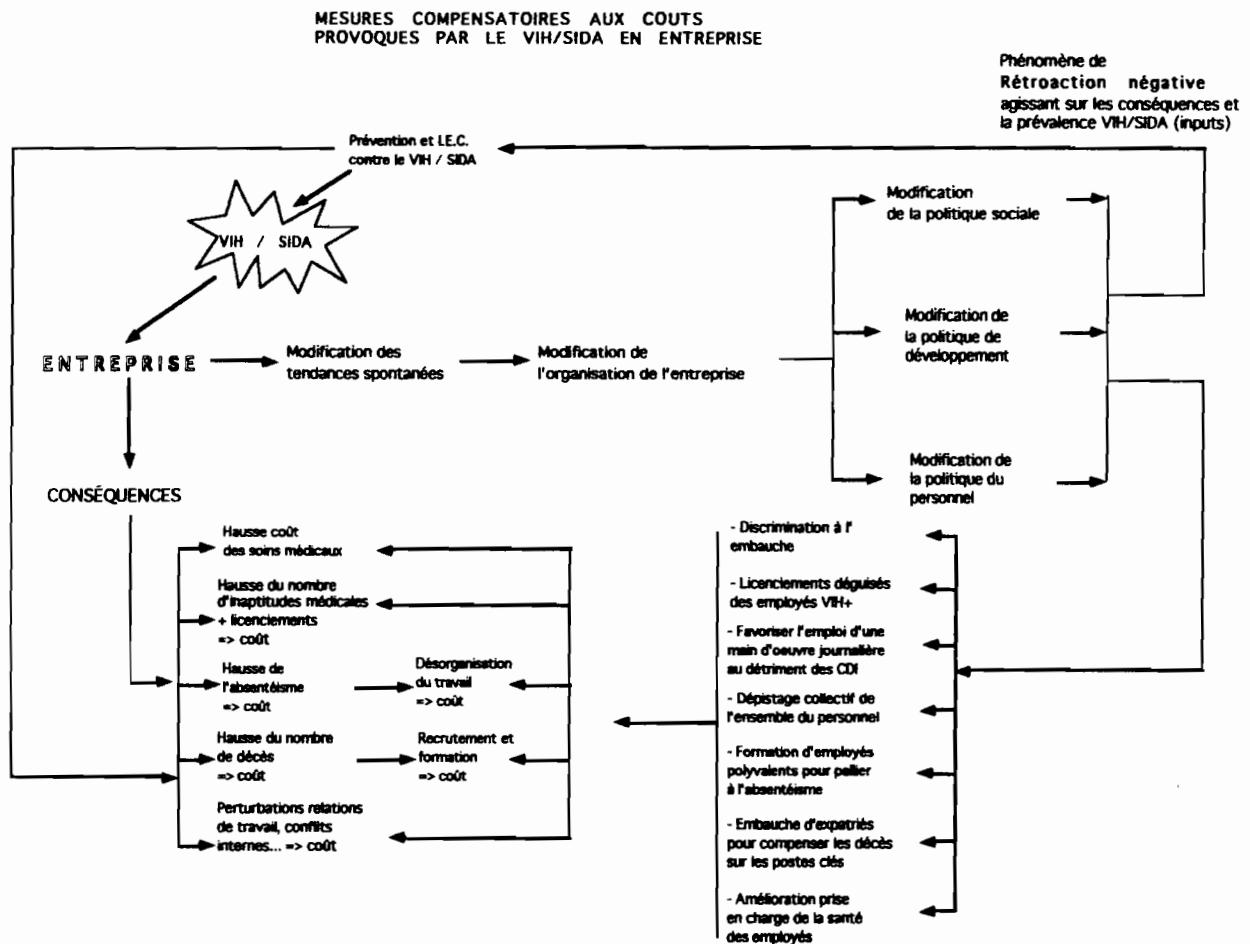
<sup>20</sup>. Art. 14.7 du nouveau code du travail, 1995.

patronales et la possibilité de flexibiliser le processus de production donc d'améliorer les performances, à l'instar des entreprises du Nord qui développent le travail temporaire et intérimaire dans le même but (Lenz, 1996; Mangum et al., 1985). Les charges directes et indirectes provoquées par le VIH n'existent pas pour ce type de main d'oeuvre: pas de frais médicaux, pas d'absentéisme, ni d'accès aux avantages sociaux dont bénéficient les autres salariés.

Outre les objections éthiques à cette option relative à l'exploitation des hommes, le danger de l'utilisation d'une "main d'oeuvre extérieure" ne risque-t-il pas d'aboutir à un éclatement du métier et à de nombreux dysfonctionnements ? Retards d'intervention des travailleurs extérieurs, connaissance approximative du procès de travail, formation inadaptée... (Mercier, 1988). Cependant, la standardisation accrue des entreprises manufacturières en Côte d'Ivoire favorise l'utilisation des métiers peu qualifiés et donc la précarité de l'emploi pour les agents qui occupent ce poste. Si l'on considère que la préoccupation des employeurs concernant le VIH/SIDA réside dans la crainte du décès des personnes les plus qualifiées (De Gagné, 1995), cette mesure joue un rôle mineur si elle ne concerne que le personnel peu qualifié. Cependant, les conséquences de désorganisation du travail pourraient être ressenties si la rotation du personnel est trop importante ou touche trop d'agents ou encore si l'employeur ne contrôle plus le phénomène d'interchangeabilité des employés qui favorise la rupture des transmission de connaissances nécessaires au fonctionnement de l'entreprise. L'absence d'informations sur cette catégorie de personnel nous limite à la seule formulation d'hypothèses.

En conclusion, illustrée par le schéma 3 qui reprend les principales mesures de compensation aux coûts visibles, on peut s'interroger sur l'efficacité des ces mesures.

Schéma 3:



Ce n'est pas tant l'efficacité économique qui est remise en cause, bien qu'elle soit parfois contestable, que les conséquences néfastes sur l'organisation que peuvent avoir ces mesures. Le phénomène de rétroaction négative présenté dans le schéma 3 se caractérise par la modification des politiques d'entreprise dans le but d'agir directement comme compensation sur les conséquences du VIH/SIDA. Cependant, les objectifs immédiats ne doivent pas cacher les effets de ces compensations qui ne seraient pas souhaitables. Nous nous sommes interrogés sur l'impact dans l'entreprise des licenciements abusifs, de l'absence de prise en charge médicale des agents ou de l'externalisation de la main d'œuvre. Le développement des conséquences organisationnelles du VIH/SIDA dans les industries (chapitre 4), permet d'illustrer et de comprendre les éventuels dangers que représentent certaines mesures compensatoires précédemment exposées, si elles ne sont pas stoppées ou correctement appliquées.

# **CHAPITRE 4**

#### **IV. CONSEQUENCES DE L'EPIDEMIE DE VIH SUR LES PROCESSUS DE RECONSTITUTION DE L'ENTREPRISE**

Si l'on prend ici le terme d'organisation au sens large, soit l'ensemble des conditions (économiques, sociales et culturelles) de fonctionnement de l'entreprise, on peut s'interroger sur sa sensibilité à l'expansion de l'épidémie de VIH/SIDA. Lors de l'analyse des effets néfastes des mesures compensatoires aux coûts visibles, les conséquences de l'épidémie sur l'organisation du travail ont été évoquées. Il semblerait que celles-ci sont principalement induites par l'accentuation du turnover du personnel.

En effet, en augmentant le nombre moyen des sorties, l'épidémie entraîne normalement une augmentation du nombre moyen des entrées. Cette rotation plus rapide se traduit par une augmentation de la proportion du flux de nouveaux employés par rapport à la proportion de ceux ayant de l'ancienneté. Ces tendances ne sont sans doute pas très visibles, puisqu'elles n'affectent pas nécessairement l'effectif total du personnel. Elles sont cependant susceptibles de produire à terme, des perturbations majeures au sein des entreprises concernées. Ces perturbations sont à rattacher au moins en partie à une moins bonne socialisation des individus et portent essentiellement sur la mise en œuvre et la stabilité des routines, ainsi que sur l'intégration et la cohésion sociale. Naturellement, ces relations génériques gagnent à être nuancées en fonction de la diversité des situations et peuvent enrichir la réflexion sur des évolutions plus globales. On suppose ainsi que le VIH/SIDA est capable de s'opposer aux processus de reconstitution des entreprises. Il s'agit des capacités à surmonter les problèmes que rencontrent les entreprises (fabrication, vente, marketing, distribution, collaboration, management, concurrence ...) mais également des capacités à évoluer (innovations dans les domaines précédemment énumérés) à s'adapter face à un environnement changeant ou à améliorer ses performances. Nous nous efforcerons de montrer que dans ce contexte, la socialisation des agents, les routines et l'apprentissage jouent un rôle majeur sur ces capacités de reconstitution ou de renouvellement de l'entreprise.

## **4.1 Fonctionnement organisationnel et turnover**

### **4.1.1 Qu'est-ce qu'une organisation ?**

Le concept d'organisation en économie est généralement attribué à Alfred Marshall (Marshall, 1920). La définition qu'il en donne, plutôt ambiguë, dépend largement d'un contexte imprégné du marché. C'est à la fois un principe qui assure l'unité des organismes économiques complexes dans un contexte de division du travail et c'est également une forme de système social où l'activité économique s'est autonomisée face à l'extension des marchés et les progrès techniques tels que la mécanisation.

Mais la conception qui nous intéresse, c'est à dire celle de la "firme organisation", apparaît avec Simon (Simon, 1947) , et se précise dans les travaux de Cyert et March (Cyert et al., 1963). Selon March et Simon, "*les organisations sont des systèmes d'action coordonnées entre individus et groupes dont les préférences, l'information, les intérêts et les savoirs diffèrent. Les théories de l'organisation décrivent la conversion délicate du conflit en coopération, la mobilisation des ressources et la coordination des efforts qui facilitent la survie simultanée d'une organisation et de ses membres*" (March et Simon, 1958). La notion moderne d'organisation diverge finalement peu des définitions originelles. Selon Robbins, "*une organisation est une unité économique de coordination ayant des frontières identifiables et fonctionnant de façon relativement continue, en vue d'atteindre un objectif ou un ensemble d'objectifs partagés par les membres participants*" (Robbins, 1990).

Selon Claude Ménard (Ménard, 1995), on peut retenir de ces définitions trois éléments essentiels constituant les organisations:

1. Un ensemble de participants.
2. Une entente implicite ou explicite sur certains objectifs, et des moyens pour exprimer son accord ou son désaccord avec ces objectifs (contrats, démissions, grèves...).

3. Une coordination formelle, définissant une structure qui se caractérise par sa complexité (hiérarchie), par des règles et des procédures (formalisation) et par un niveau de centralisation (décision).

Les caractéristiques de l'organisation restent larges car elles doivent permettre d'intégrer l'ensemble des formes structurelles d'entreprises à la fois complexes et différentes. Seules les notions communes sont ici exprimées. "*La structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches*" (Mintzberg, 1982).

Ces définitions nous permettent d'une part de définir l'entreprise et de construire une réflexion sur l'impact du VIH/SIDA dans l'entreprise à partir du concept d'organisation; d'autre part, ce cadre favorise l'analyse de l'impact ou des réponses des entreprises au VIH/SIDA selon les différentes structures organisationnelles d'entreprise.

#### **4.1.2 Routines, apprentissage et efficacité productive**

Les modèles récents de l'entreprise, notamment les modèles "évolutionnistes" (Nelson et Winter, 1982; Coriat et Weinstein, 1995) mettent les routines au cœur de l'apprentissage du fonctionnement de la firme. Les routines sont des modèles ou programmes d'action, des réponses préétablies à des problèmes plus ou moins répétitifs qui se posent à l'entreprise et à ses membres. Pour une grande part, les routines sont tacites, c'est à dire non formalisées, non codifiées; ce sont des habitudes, des traditions, des principes que les agents appliquent sans pouvoir les formuler clairement. Ces routines tacites dictent leurs réponses aux agents de manière largement automatique; ils s'y réfèrent sans délibération, sans analyse préalable. Le caractère automatique de la mise en œuvre des routines contribue à l'efficacité de l'activité productive parce que cette opération est rapide et peu coûteuse pour un niveau de pertinence suffisant. L'élaboration des routines se réalise dans la durée par accumulation, répétition,

apprentissage qui finissent par former des ensembles relativement cohérents et stables de réponses disponibles. Cette stabilité elle-même favorise la répétition et l'apprentissage à travers lesquels les routines sont à la fois spécifiées et adaptées à l'évolution des problèmes.

Il existe deux types de routines (Brousseau, 1993). Les premières permettent aux agents de stabiliser leur environnement, de manière à créer des interactions récurrentes qui pérennissent les comportements et permettent de les améliorer progressivement. Cela correspond à la standardisation des tâches dans le processus de production taylorien. Le second type de routines se développe davantage dans un environnement incertain, la planification rigoureuse laisse place à un certain nombre d'options de comportement autour d'un langage commun qui n'est pas forcément explicite. Ce "langage", qui doit permettre aux agents de se signaler mutuellement les comportements à adopter pour que les actions collectives soient compatibles et cohérentes, exige un apprentissage du métier sur le plan technique mais également des comportements à suivre face à des mises en situation précises. L'exécution spontanée des routines, qui permettent d'améliorer la qualité des réponses de l'individu, car ce dernier ne détient pas toujours les connaissances lui assurant la résolution de ses problèmes, nécessite une expérience parfois longue reposant sur le mimétisme. Favreau rappelle que les routines correspondent à des "résumés" de comportements et d'actions adaptées face à une situation donnée (Favreau, 1989).

Dans ce contexte, l'apprentissage peut être défini "*comme un processus par lequel la répétition et l'expérimentation font que, au cours du temps, des tâches sont effectuées mieux et plus vite, et que de nouvelles opportunités dans les modes opératoires sont sans cesse expérimentées*" (Coriat et Weinstein, 1995). Les auteurs définissent d'ailleurs cinq caractéristiques montrant le lien étroit entre apprentissage et routines:

1. L'apprentissage est cumulatif car ce qui est appris à un moment donné s'appuie sur ce qui a été appris antérieurement (Dosi et al., 1990).

2. L'ordonnancement et la cohérence des compétences sont plus importants que les compétences individuelles, l'apprentissage requiert donc des codes communs et des comportements prévisibles et adaptés à une action collective.
3. L'apprentissage engendre des connaissances nécessaires aux routines organisationnelles. Ces routines sont essentiellement tacites et non codifiées en raison de la complexité des interactions qu'elles mettent en oeuvre.
4. Tacites, les routines ne sont pas transférables d'un individu à un autre et constituent donc la spécificité des entreprises qui les détiennent. L'apprentissage reste le seul mode pour communiquer les routines.
5. Il existe des "routines statiques" correspondant à la répétition des comportements antérieurs et les "routines dynamiques" orientées vers de nouveaux apprentissages dont la justification ne peut apparaître qu'ex-post.

L'intérêt de ces arguments est de situer l'apprentissage et les routines comme des éléments essentiels du fonctionnement de l'entreprise, de sa pérennité, parce que la qualité des routines définit la performance d'une organisation (Cohen, 1994). Ceci explique que l'expérience d'une organisation, et pas simplement d'un métier, joue un rôle majeur qui peut être détérioré par le VIH/SIDA qui favorise le turnover du personnel. Le départ prématuré des anciens, des personnes qualifiées, ne risque-t-il pas de défavoriser "*le processus par lequel le nouvel arrivant dans une organisation, va comprendre, assimiler le rôle qui lui est assigné, et parvenir à cette prévisibilité de comportement indispensable à la coordination organisationnelle*" (Midler, 1994) ?

#### **4.1.3 VIH/SIDA et turnover**

Nous allons aborder cette section, dans un premier temps à partir d'informations que nous avons recueillies dans les trois firmes que nous avons étudiées puis nous développerons une réflexion théorique sur les conséquences du turnover qui seraient provoquées par le VIH/SIDA.

Il est difficile d'obtenir des informations dans les trois entreprises étudiées concernant le turnover des employés. Comparer le turnover induit par le VIH/SIDA et celui qui ne l'est pas n'aurait d'ailleurs pas beaucoup de sens, car si le turnover "chronique" ou "habituel" est souvent maîtrisé par l'employeur, ce n'est pas le cas pour les décès ou les départs provoqués par la maladie. En général, les dirigeants d'entreprise savent conserver le personnel considéré comme indispensable dans l'entreprise : salaires élevés, remboursements de frais annexes, assurance santé... . Ce sont bien sûr les employés qualifiés qui bénéficient de ces avantages et lorsqu'ils souhaitent quitter l'entreprise, l'employeur est généralement prévenu à l'avance. Le VIH/SIDA n'offre pas ces délais (sauf si l'employeur fait dépister le personnel à son insu) et lorsque les employés sont malades, ils ne peuvent plus travailler. Nous proposons donc d'étudier un autre indicateur qui est la proportion des agents décédés du SIDA sur le nombre total de décès dans chaque entreprise. Cela nous permettra de compter le nombre d'employés ne pouvant plus travailler et qui étaient utiles à l'entreprise puisque par définition ils y travaillaient au moment de leur maladie.

Nous nous en tiendrons à l'étude des cas connus d'employés infectés par le VIH puisque ce sont les seules données dont nous disposons. Elles sont limitées mais nous permettent d'étudier une réalité perçue par le médecin sur le plan médical et ressentie par les dirigeants d'entreprise essentiellement à travers l'absentéisme pour raison médicale et les décès d'employés.

Pour chaque entreprise, nous présentons ci-dessous l'historique du dépistage des agents infectés par le VIH et de leur décès.

**Tableau 1:** Evolution des dépistages et des décès VIH sur la période étudiée, firme 1 (1989-1995)

FIRME 1	Dépistage VIH	Décès
1986 à 1991	19	4
<b>1992</b>	6	5
<b>1993</b>	3	5
<b>1994</b>	4	3
<b>1995</b>	5	4
<b>TOTAL</b>	37	21

Dans le tableau 1, la période 1986-1991 n'est pas détaillée car les informations n'étaient pas disponibles. Le premier dépistage a eu lieu en 1986, l'essentiel des dépistages est cependant effectué en 1989 et 1990. De 1992 à 1995, on constate que les décès annuels sont réguliers et représentent en moyenne 1,5%<sup>21</sup> du personnel total. Dans cette entreprise, nous ne disposons d'aucune information sur les décès d'autre nature, nous ne pouvons donc pas savoir quelle est la proportion de décès liés au SIDA par rapport au nombre total de décès. Le médecin affirme cependant que les décès du SIDA représentent plus de 70% du total des décès.

**Tableau 2:** Evolution des dépistages et des décès VIH sur la période étudiée, firme 2 (1993-1995)

FIRME 2	Dépistage VIH	Décès
1992	4	/
<b>1993</b>	19	11
<b>1994</b>	7	11
<b>1995</b>	9	9
<b>TOTAL</b>	39	31

Dans la firme 2, si les premiers dépistages sont effectués à partir de septembre 1992, la cause des décès est étudiée par le médecin à partir de 1993. De 1993 à 1995, plus de 80% des cas de

<sup>21</sup>. ((17/4) x 100) / 275 = 1,5%

décès sont provoqués par le SIDA. Les décès du SIDA concernent en moyenne 0,9%<sup>22</sup> de la population d'entreprise sur la période 1993-1995.

Tableau 3: Evolution des dépistages et des décès VIH sur la période étudiée, firme 3 (1991-1995)

FIRME 3	Dépistage VIH	Décès
1989	3	/
1990	3	/
<b>1991</b>	<b>2</b>	<b>/</b>
<b>1992</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>1993</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>1994</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>1995</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>9</b>

Enfin, dans la firme 3, les dépistages du VIH ont débuté dès 1989 et les premiers décès sont apparus en 1992. La régularité des cas connus est confirmée comme dans les firmes 1 et 2 avec une pointe en début de dépistage (1989-1990). Dans la firme 3, on constate également que de 1991 à 1995, plus de 75% des cas de décès sont provoqués par le SIDA. La proportion moyenne annuelle d'agents décédés est la plus importante puisqu'elle représente 2,2% du nombre total d'employés<sup>23</sup>.

Nous n'avons malheureusement pu obtenir aucune information quantitative sur le nombre des décès dans les entreprises avant l'apparition de l'épidémie de VIH. Cependant le schéma 1 du chapitre 6 de cette étude illustre la hausse des décès des 15-59 ans à Abidjan et montre l'impact significatif de l'épidémie sur la courbe des décès. Ces résultats montrent que le VIH/SIDA accroît les décès parmi le personnel d'entreprise, nous savons par ailleurs qu'à l'exception de la firme 1, les firmes 2 et 3 ont remplacé la totalité du personnel décédé en embauchant des postulants à l'emploi. La firme 1 a seulement effectué des transferts de personnel avec une autre firme qui appartient au même groupe. C'est donc dans ce cadre qu'il est intéressant d'analyser

<sup>22</sup>. ((31/3) x 100) / 1150 = 0,9%

l'évolution des cas de VIH et des décès du SIDA dans les entreprises car la maladie et les décès agissent directement sur la fréquence du turnover qui n'est pas contrôlable par les dirigeants. Nous proposons maintenant de réfléchir aux conséquences de ce turnover lorsqu'il existe et dans quelles conditions il peut théoriquement devenir préjudiciable aux entreprises.

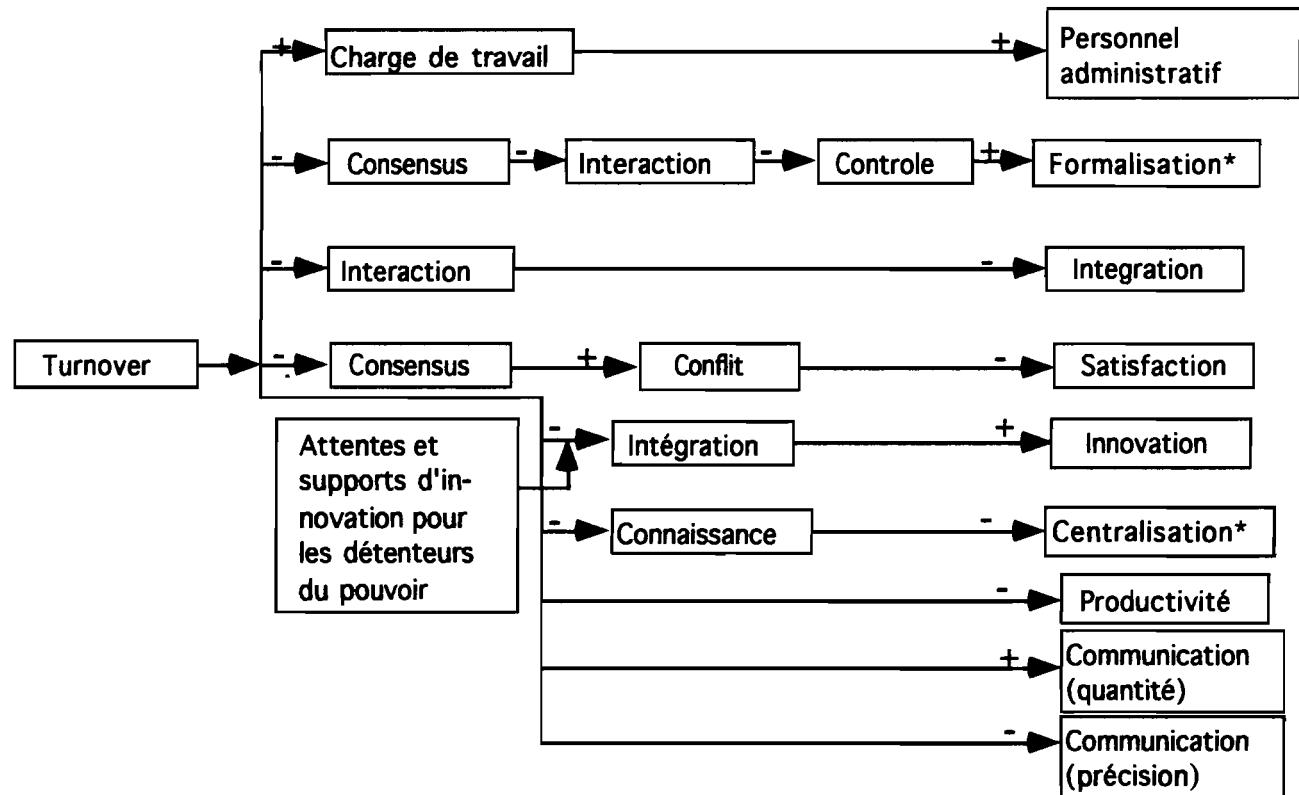
Le turnover est d'autant plus accentué lorsque les employés infectés par le VIH font l'objet de licenciements abusifs parce qu'ils sont destinés à tomber malade à plus ou moins long terme. Cependant, la mesure de la variabilité de ce paramètre a un intérêt différent selon les établissements; une entreprise comme la firme I n'a pas été confrontée à ce problème (cf. chapitre précédent) puisque ses besoins en personnel avaient diminué. Par contre, un établissement qui se développe et où la demande de main d'œuvre est croissante, subit probablement une contrainte plus forte si le personnel est malade ou décède du SIDA. Confronté à ces deux extrêmes, nous nous intéressons particulièrement aux établissements théoriquement affectés par l'augmentation du turnover induit par le VIH/SIDA. Dans les trois entreprises étudiées, en moyenne trois décès sur quatre sont induits par le VIH/SIDA sur les périodes étudiées. Si l'on considère que les employés en poste sont généralement utiles à l'entreprise par définition, le turnover lié aux décès subit alors une augmentation majeure.

Le turnover du personnel a principalement deux origines : 1. la création et la suppression des emplois, 2. Une adaptation insuffisante entre les employés et la firme. Les modélisations actuelles du turnover excluent pour la plupart les décès, considérés comme une constante (Lane et al., 1996) de la même manière que les départs en retraite. Le VIH/SIDA dans les entreprises en Afrique remet en cause ce postulat. De manière générale, les conséquences du turnover sur les organisations se déclinent de la façon suivante:

---

<sup>23</sup>.  $((9/5) \times 100) / 83 = 2,2\%$

Schéma 1: Modèle réactualisé de Price (1977) concernant l'impact du turnover sur les organisations



\* : Reference au turnover des cadres

+ : Favorise

- : Défavorise

Source: (Price, 1989)

Sans commenter l'ensemble des conséquences possibles du turnover décrites dans le schéma de Price, on constate d'emblée la notification de l'impact du turnover selon le type de catégorie socioprofessionnelle. En effet, le départ ou le décès des cadres (indiqué par \*) provoquerait essentiellement une perte de savoir faire, ce qui contraint l'entreprise à centraliser les connaissances et les décisions. On constate également que le manque de managers n'est pas favorable aux consensus et aux contrôles des opérations nécessaires à l'activité, ce qui oblige les dirigeants à formaliser les procédures, à les divulguer dans l'entreprise en utilisant différents supports de communication (Price et al, 1986) afin de compenser la perte de contrôle sur l'organisation du travail. C'est exactement le type de situation qui peut se produire avec le turnover induit par le VIH/SIDA et cette analyse permet de comprendre que la centralisation des

entreprises sur une minorité d'individus représente un risque, notamment si l'un d'eux décède brutalement sans avoir transmis son savoir faire. Les établissements dont la structure organisationnelle est basée sur la décentralisation des responsabilités et des compétences est un avantage, en ce sens que le délégation des responsabilités implique une distribution plus large des savoirs qui ne disparaissent pas avec le décès d'une seule et même personne. Par là-même, ces entreprises se rendent moins vulnérables au turnover.

Parmi les problèmes posés par le turnover des employés (non spécifiques aux cadres), celui de l'intégration est particulièrement important. Nous pouvons aussi employer le terme de socialisation des nouveaux venus parmi le personnel, l'adaptation professionnelle et technique (section 4.2) comme l'intégration sociale (section 4.3) ont un coût difficilement évaluable déterminé par un ensemble de contraintes. Le turnover aurait par ailleurs pour effet de démoraliser les employés qui restent dans l'entreprise (Staw, 1980), attristés par le départ de leurs collègues. Lorsque ces derniers décèdent, le moral des employés se répercute sur la qualité du travail (4.3.2). Le turnover est aussi à l'origine de conflits: cette situation illustre par exemple la réaction des employés au licenciement abusif de leurs collègues infectés par le VIH. Parfois, le remplacement des agents malades est indirectement provoqué par les salariés mal informés sur les conditions de transmission du VIH qui refusent de travailler aux côtés d'une personne malade, certains employeurs favorisent alors l'exclusion d'un individu afin d'éviter l'apparition de conflits généraux.

Le turnover du personnel, directement ou indirectement par le relais des conflits, de la formalisation des connaissances ou de l'intégration des agents, affecte la productivité et l'organisation du travail au point de menacer la pérennité des entreprises (Roberts et al., 1997). Cela est d'autant plus vrai lorsque le "personnel entrant" est moins compétent que le "personnel sortant", cette situation est logiquement favorisée par l'urgence des besoins lorsque les agents décèdent brutalement et que la sélection et le recrutement s'opèrent sur des délais rapides et de façon peut-être moins rigoureuse.

## **4.2 Rationalisation technique et cognitive**

### **4.2.1 Savoir et turnover**

Les connaissances en entreprise sont diverses: les savoirs explicites, formalisés et concrétisés par un plan de travail, une liste de procédures, une base de données clientèle... s'opposent au savoir tacite, implicite que nous nous proposons de définir. Ce savoir est non communicable, impossible à exprimer dans un discours, et se présente sous deux formes selon R. Reix (Reix, 1995).

- Il s'agit d'une "connaissance de contexte", caractérisées par des normes et des valeurs plus ou moins partagées dans ce qui fait la culture d'entreprise, c'est à dire les "*systèmes de croyances, de perceptions, d'évaluations, la partie non exprimée à travers le langage*", qui caractérisent les comportements sociaux et la base d'une connaissance partagée.

- Il s'agit de la connaissance pratique, définie par Bourdieu comme étant une maîtrise pratique se transmettant dans la pratique, à l'état pratique, sans accéder au niveau du discours (Bourdieu, 1980). C'est la connaissance des processus de fabrication et plus généralement d'action dans l'entreprise. A la fois individuelle et collective (routines), elle régit les comportements des individus impliqués dans l'entreprise.

On entend par cognitivisme "*l'accent mis sur les processus mentaux par lesquels les agents forment leurs représentations du monde, leurs routines comportementales et la manière dont elles se modifient au cours du temps*"(Coriat et Weinstein, 1995).

Si l'on part du principe que cette forme de connaissance "*n'est plus séparable de son détenteur et de son contexte d'utilisation; elle ne peut donc être acquise qu'à travers des processus d'imitation et d'expérimentation*" (Reix, 1980). On peut alors d'abord s'interroger sur la nature et l'importance de ces connaissances dans l'activité: quelles places tiennent-elles ? Ensuite, si la transmission de ces informations est primordiale à la spécificité des établissements, si ces éléments caractérisent le savoir-faire, on peut s'interroger sur les

modalités de transmission ? Quelles conditions sont exigées pour que la transmission de ces savoirs soit correctement réalisée et pérennisée d'une génération d'employés à une autre ?

A la première interrogation, on connaît l'importance de l'expérience et du savoir-faire dans les entreprises, la concurrence entre les firmes repose davantage sur l'accès au savoir, que sur l'accès aux ressources ou aux marchés (March, 1994), même si ceux-ci jouent un grand rôle. L'enjeu d'un tel constat est de savoir "*comment à la fois capitaliser la connaissance issue de l'expérience et la renouveler pour préserver la capacité d'adaptation*" (Reich, 1995). La nature des savoirs de l'entreprise détermine non seulement l'organisation du travail, mais également la politique de gestion et les stratégies aux différents niveaux de conception, de fabrication, de vente... . Donc la préservation et la transmission des connaissances, pas seulement non formalisées, est un enjeu de taille pour la pérennité des établissements. Le VIH/SIDA menace la conservation et la bonne transmission des aspects cognitifs; par ailleurs, l'avantage qui pourrait être tiré d'un turnover élevé disparaît au profit de l'urgence. En effet, la surprise créée par l'épidémie de VIH sur le monde économique ne permet pas d'opérer des changements de grande ampleur à long terme mais favorise les adaptations limitées reposant sur l'organisation du système en place. Même si habituellement les nouveaux ont la possibilité d'apporter leurs connaissances tout en se socialisant, s'ils représentent la source de l'innovation et de l'évolution (cf. supra: schéma de Price), ce ne sera pas le cas pour les personnes qui vont remplacer en urgence les défunts car il leur sera demandé de s'adapter au plus vite afin de limiter les manques à gagner et les dysfonctionnements. "*L'apprentissage rapide par la socialisation n'est pas toujours préférable car les gains tirés d'un apprentissage rapide du code général par les individus sont effacés par un effet de second ordre dû au fait que ce code commun ne peut évoluer que grâce aux individus déviants*" (March, 1991). En effet, généralement, le nouveau venu dans l'entreprise est socialisé, mais en même temps qu'il s'ajuste, il a la possibilité de retraduire les routines qui lui sont imposées, connaissances tacites qu'il interprète et restitue selon sa propre expérience et sa vision personnelle du métier.

C'est ce processus qui, entre autres, permet de faire évoluer les routines dans une entreprise. Cependant, le besoin urgent du nouveau travailleur, remplaçant par exemple un agent décédé, implique que celui-ci s'adapte au mieux et dans les meilleurs délais. Ainsi, l'apport innovateur, qu'il est potentiellement en mesure d'offrir sur son nouveau lieu de travail, est spolié au nom du caractère impératif d'une situation d'urgence l'obligeant à effectuer à la lettre ce qui lui est demandé. Cela a pour conséquence de freiner les changements profonds nécessaires à une adaptation face au VIH, non plus conjoncturelle mais structurelle.

La rapide et "nécessaire" diffusion du savoir tacite ancre le nouveau venu dans un système homogène auquel il se fond, tuant ainsi les éléments innovateurs qu'il était en mesure d'apporter. Cela a pour conséquence de freiner les changements profonds nécessaires à une adaptation face au VIH, non plus conjoncturelle mais structurelle.

Dans le cadre de la transmission des comportements cognitifs et de l'impact du VIH/SIDA sur ce processus, deux caractéristiques semblent nécessaires à l'apprentissage, il s'agit: 1. de la présence indispensable dans l'entreprise de l'agent qui détient les connaissances et qui doit les transmettre, 2. du temps nécessaire à la transmission de ces savoirs et l'assimilation de ceux-ci par "l'apprenti", c'est à dire la mise en application correcte des connaissances.

Dans ce contexte, le VIH/SIDA intervient sur les deux postulats, d'une part, en détruisant le capital humain et avec lui, les compétences qu'il détient; d'autre part, la maladie ne permet pas pour le malade de transmettre de façon régulière son savoir, ni même dans son intégralité si l'incapacité de travail ou le décès interviennent.

#### **4.2.2 Ajustement taille de l'entreprise / organisation / marché**

Le postulat du développement suivant est fondé sur la dépendance et l'équilibre des trois éléments d'entreprise que sont la taille, l'organisation du travail et la productivité, à la fois dépendante de la demande du marché et des coûts de production dont l'employeur souhaite qu'ils soient au plus bas. Donc l'équilibre et la performance d'un établissement de production

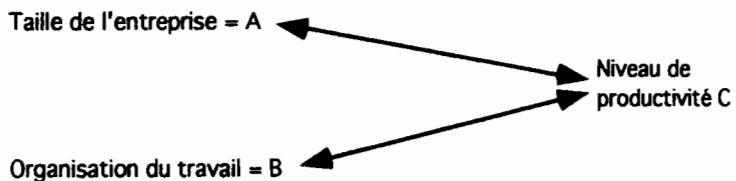
nécessitent une juste adéquation entre ces éléments afin de rentabiliser au mieux une activité sous la forme d'une structure adaptée à la performance recherchée.

Si le VIH/SIDA réduit effectivement la productivité comme nous l'avons constaté (cf. Chapitre 2), si les coûts unitaires de la main d'œuvre augmentent , cela remet en cause l'équilibre et l'adaptation des coûts de production par rapport à la taille de l'entreprise (Camacho, 1991). Cela revient à dire que la différence entre les dépenses et les ressources est modifiée, car l'adéquation entre la capacité de production de l'entreprise et sa taille est rompue. La productivité des agents diminue dans l'ensemble et le nombre d'employés nécessaires pour fabriquer un produit X ou le temps nécessaire à la fabrication de ce produit augmentent. Il s'agit donc d'optimiser les moyens en les adaptant à une situation concrète, ce qui implique souvent de modifier la taille de l'entreprise et l'organisation du travail pour une meilleure coordination (Kaldor, 1934), pour un coût / efficacité optimal. Ce raisonnement ainsi que l'impact du VIH/SIDA sur ce fragile équilibre est illustré dans le schéma 2.

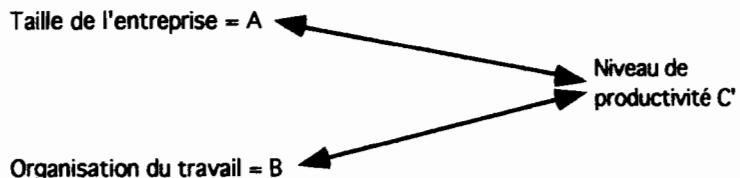
## Schéma 2:

RELATION TAILLE DE L'ENTREPRISE, ORGANISATION DU TRAVAIL ET PRODUCTIVITE FACE AU CHANGEMENT (INDUIT PAR LE VIH/SIDA)

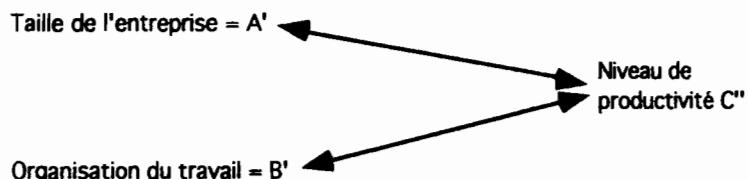
### a. Situation sans VIH



### b. Impact du VIH sur la productivité



### c. Réaction organisationnelle de l'entreprise à l'impact du VIH



A la lecture du schéma 2, dans la situation "a", on observe un équilibre entre la taille de l'entreprise, l'organisation du travail et la productivité, ces trois éléments étant interdépendants dans le but d'optimiser les performances de l'entreprise. Dans la situation "b", le VIH/SIDA intervient sur la productivité en altérant les capacités du capital humain. La productivité étant inférieure à celle souhaitée ( $C' < C$ ), il est nécessaire de la réajuster en intervenant sur la taille de l'entreprise et l'organisation du travail. Dans la situation "c", l'employeur régule la taille de l'entreprise et modifie l'organisation du travail (formation de polyvalents, création de binôme sur les postes clés, instauration d'une infirmerie et emploi d'un médecin d'entreprise...) afin d'obtenir une productivité proche de C ( $C' < C'' < C$ ).

Cependant, l'adaptation illustrée dans la situation "c" (schéma 2) a également un coût, celui de sa mise en oeuvre, ainsi que le coût indirect de la perte de productivité tant que la nouvelle organisation du travail n'est pas opérationnelle. Par ailleurs, les conséquences de l'infection par le VIH sont difficilement prévisibles, cela dépend de la fréquence des décès, du type de personnel décédé et de ses conséquences sur l'organisation du travail. Cela implique une nouvelle fois la flexibilité de l'appareil de production: plus elle sera grande, mieux elle permettra de supporter les écarts entre le coût de production et les ressources.

Plus la coordination est nécessaire, plus elle est difficile. En effet, elle est nécessaire lorsque le turnover est élevé et donc lorsqu'un grand nombre d'employés détenant un savoir-faire ont quitté l'entreprise; elle est difficile car une bonne adaptation nécessite l'implication collective des individus. Ce dernier point signifie que les travailleurs les plus anciens, connaissant le mieux l'entreprise, réagissent de façon adéquate et dans les meilleurs délais. Le départ de ceux-ci étant la cause d'une réorganisation, la coordination en leur absence n'en est que plus difficile (Marengo, 1992). La comparaison en terme de coût mais également de projection de l'activité dans l'avenir représente une difficulté essentielle dans la mesure où le choix d'une politique s'évalue dans un contexte d'incertitude.

Si l'entreprise ne s'adapte pas, les problèmes relatifs à la productivité et induits par le VIH/SIDA peuvent avoir des conséquences de deux ordres sur les parts de marchés:

1. La capacité productive de l'entreprise ne peut être maintenue ou augmentée en fonction des commandes clients qui exigent parfois une grande flexibilité de la production. Une fois les stocks épuisés, l'employeur n'est plus en mesure de satisfaire la demande comme il le souhaiterait.

2. La perte de cohésion et de savoir-faire rallonge les délais de production et de livraison au client. La qualité des prestations de l'entreprise diminue et se traduit par le mécontentement du client qui envisage de privilégier un autre fournisseur qu'il juge plus rigoureux.

En supposant que dans la situation b (schéma 2) les firmes ne réagissent pas, le risque de perte de marché est constant. Cette situation est d'autant plus grave que les charges fixes de

l'entreprise productrice ne diminuent pas si le nombre d'employés reste le même (dans une organisation non modifiée), alors que le chiffre d'affaires stagne ou diminue selon le niveau de désorganisation et les perturbations induites par la rotation du personnel et la perte des qualifications. Se pose alors le problème de la décision pour la direction face au choix entre maintien de l'opérationnalité à court terme ou développement de l'adaptabilité à long terme des compétences renouvelées. Généralement, face à l'incertitude, les entreprises ont tendance à opter pour une politique de rémunération à court terme (Farastier, 1995), voire même l'externalisation de la main d'oeuvre la moins qualifiée comme nous l'avons suggéré dans le chapitre 3. L'efficacité économique d'une telle politique reste à démontrer, mais l'idée peut séduire certains entrepreneurs.

Le cas, à Abidjan, d'une PME de conception et de fabrication de meubles et de son directeur est évocateur. Employant une centaine de salariés, l'entreprise est en plein développement malgré la crise économique qui l'avait réduite à une cinquantaine de travailleurs en 1982. A la suite du décès de 2 de ses proches collaborateurs en 1994 et 1995, l'employeur est sceptique sur l'avenir car cela lui a causé beaucoup de problèmes ainsi que le décès de 4 agents dans une équipe de décoration de 8 personnes en moins de 5 ans. Il a attribué ces décès au VIH/SIDA car selon lui, il n'avait jamais connu cela avant l'apparition de l'épidémie, dont il constate les possibles effets à partir de 1985. Ayant embauché 5 personnes pour compenser la perte des 2 collaborateurs, il estime que cela a nui à son activité car il a pris du retard sur le développement de son entreprise. Son intention est de faire dépister l'ensemble du personnel afin de connaître le nombre d'employés infectés par le VIH et d'adopter une stratégie en conséquence : *"Si j'ai 40% ou 5% de séropositifs, vous comprenez bien que je ne vais pas envisager l'avenir de l'entreprise de la même façon. Si le taux est important, il faudra que je me limite dans le temps au fonctionnement des activités qui sont indispensables avec un minimum de personnel. Mais imaginez que j'ai 3 ou 4 personnes qualifiées qui décèdent la même année et c'est terminé pour moi, l'entreprise met la clé sous la porte"*. Ces propos semblent résumer le problème du VIH/SIDA pour les entreprises où les compétences sont centralisées sur un nombre réduit de collaborateurs et d'employés. Reposant à la fois sur une réalité et sur la peur probablement

exagérée de faire faillite, le directeur envisage clairement de restreindre la taille de son établissement et de stopper l'élan de développement actuellement engagé qui exige une délégation des compétences et des responsabilités. L'impact du VIH/SIDA sur la croissance des entreprises, sur leur capacité de production, de diversification ou de collaboration, s'exerce à la fois directement par la désorganisation du travail qui entraîne une diminution des performances, et indirectement par la volonté de l'employeur de maîtriser ces conséquences en se recentrant sur l'activité principale et en réduisant l'effectif.

#### **4.2.3 Apprentissage, transmission des savoir-faire et turnover**

Si l'on s'arrête sur le problème des décès et des conséquences que cela entraîne pour la transmission des savoir-faire, deux questions essentielles se posent:

- Quel est le type de main d'oeuvre essentiellement concerné par le VIH/SIDA ? Est-ce le personnel le plus qualifié, le moins qualifié... ou l'épidémie affecte-t-elle indistinctement toutes les classes ?
- Comment se pose le problème de la transmission des savoir-faire selon le niveau de qualification du personnel infecté par le VIH ?

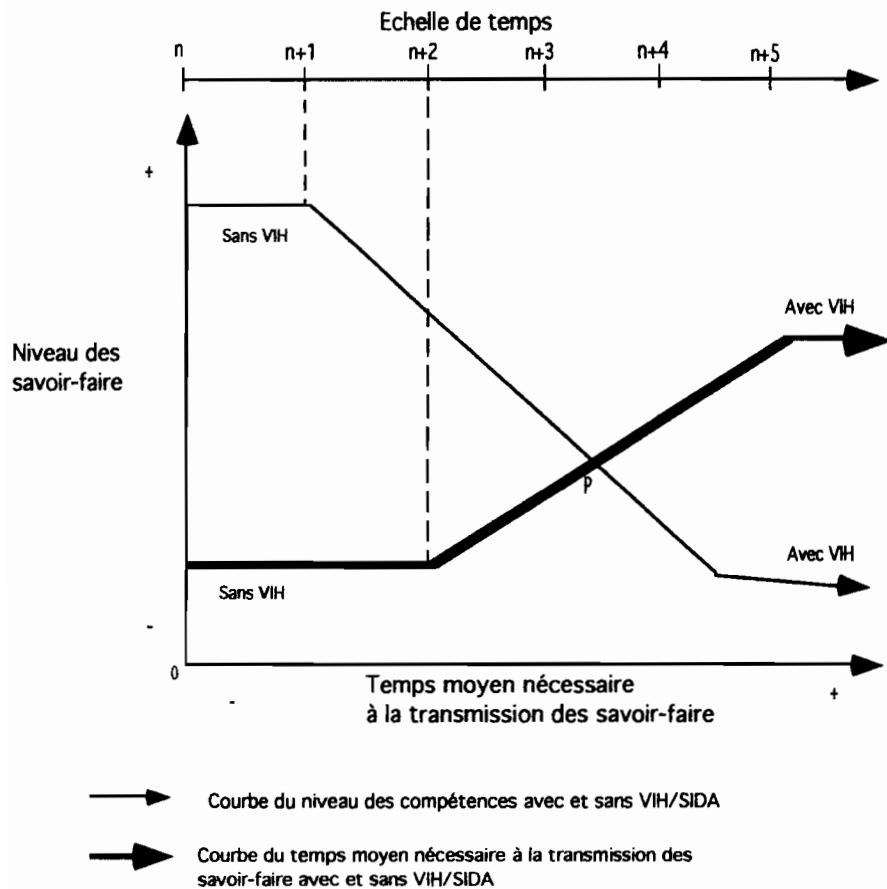
L'une des principales influences du VIH sur l'économie s'exerce par une réduction de la quantité et de la qualité de la main d'oeuvre disponible. Il reste cependant difficile de mesurer l'exactitude de ce jugement. Plusieurs écrits font état d'un risque élevé de contamination par le VIH pour l'élite africaine, notamment l'élite urbaine (Ndilu et al., 1988). Ces hypothèses sont confirmées par les travaux de Ryder et al. en 1990 dans deux entreprises au Zaïre où les employés les mieux payés sont infectés à hauteur de 4,6% de l'échantillon, alors que seulement 2,8% des travailleurs manuels sont concernés (Ryder et al., 1990). Ces informations sont soutenues dans le milieu rural en Ouganda où les personnes ayant un statut socio-économique élevé et une mobilité importante sont plus touchées que les paysans (Serwada et al. 1992). Cependant des résultats plus récents remettent en cause l'idée selon laquelle les personnes les plus qualifiées sont en première ligne. En Côte d'Ivoire, une étude démographique par l'analyse

des cas de décès du SIDA enregistrés à l'état civil d'Abidjan sur une période de 20 ans (1973-1992), montre que la classe moyenne semble avoir été proportionnellement plus affectée que les classes les plus favorisées ou les plus défavorisées (Garenne, 1996). Cela est contradictoire avec les données des autres études mais le décalage peut s'expliquer pour plusieurs raisons. La première relève de la dynamique de l'épidémie, si au début elle touchait les individus ayant des comportements à risques parmi lesquels les personnes aisées ayant plusieurs partenaires sexuels, cette population a accès à l'information et a pu changer de comportement. Il n'en est pas de même par exemple pour les prostituées ou les personnes ayant des rapports sexuels à risques parce que les conditions socio-économiques dans lesquelles elles évoluent favorisent ces comportements. Même si les personnes sont informées, le préservatif reste parfois un produit cher. Par ailleurs une prostituée ne peut pas toujours refuser à un client qui le demande, un rapport sexuel sans protection (Serre, 1996). Si les comportements changent, cela ne se produit pas de façon uniforme dans les populations, on peut penser que les catégories socioprofessionnelles les plus aisées ont modifié plus rapidement leur comportement pour deux raisons essentielles: l'accès facilité à l'information et l'absence de contraintes socio-économiques. L'étude de Foster en Zambie (Foster, 1995) montre qu'il n'y a pas de différences de statut socio-économique entre les patients infectés par le VIH et ceux qui ne le sont pas, alors qu'une recherche moins récente dans le même pays souligne que les travailleurs et les commerçants les plus qualifiés sont majoritairement infectés par le VIH (Buve et al, 1993). Par ailleurs, les médecins des trois entreprises qui font l'objet de notre étude (cf. chapitre 2), confirment qu'il n'ont pas eu de cadres décédés, ni même recensés infecté par le VIH dans leur établissement, la population ouvrière étant la plus affectée mais également la plus nombreuse dans ces établissements. Il est donc important de considérer ces divergences qui ne permettent pas de conclure hâtivement que les classes les plus qualifiées sont aussi les plus menacées. Webb précise sur ce point que l'importance des facteurs (favorisant la contamination par le VIH) apparaît au cours de nombreuses études, mais que leur implication et leur impact potentiel reste encore incertain (Webb, 1996). Foster et Lucas se demandent si ce sont bien les plus qualifiés qui sont les plus affectés par l'épidémie de VIH ou bien si c'est parce qu'ils ont plus facilement accès au soins et aux structures de santé qu'ils sont davantage notifiés que les autres (Foster et

al., 1991). Dans l'état actuel des connaissances, nous devons tenir compte de toutes les hypothèses, notamment celle de la variété des impacts selon les régions et les facteurs socio-économiques des populations concernées.

Le schéma 3 illustre le problème de la transmission des savoir-faire lorsque le personnel qualifié décède. On entend par "personnel qualifié", les ouvriers autant que les cadres à partir du moment où la personne occupe un poste clé dans la production ou la hiérarchie. Le décès d'un seul ouvrier spécialisé peut avoir sur l'organisation un effet déplorable, le cas du conducteur de chaudière de la firme 3 (cf. chapitre 2) illustre nos propos. Dans un premier temps ( $t+1$ ), la disparition des employés ayant des connaissances techniques et tacites sur le fonctionnement et l'ordonnancement de l'établissement a pour conséquence de rallonger le temps de transmission des savoir-faire qui sera alors opérée par une personne moins compétente ou par plusieurs agents qui ont chacun des bribes de connaissances. Dans un deuxième temps ( $t+2$ ), cela a pour effet de réduire l'efficacité organisationnelle et d'éroder ce qui fait la particularité d'un établissement, à savoir ses compétences. En  $t+3$  ou  $t+4$ , selon la progression imprécise du phénomène, les courbes se croisent au point P pour se stabiliser par la suite à un niveau d'équilibre. Cette situation, bien que théorique, peut ne pas empêcher l'entreprise de fonctionner mais provoque à plus ou moins grande échelle des malfonctions faisant obstacle à la performance de l'établissement.

**Schéma 3: Conséquences du VIH/SIDA sur la transmission des savoir-faire des personnes les plus qualifiées**



Les savoir-faire établis à partir des connaissances théoriques, de l'apprentissage et de l'expérience professionnelle sont difficilement disponibles sur la plupart des marchés du travail des pays en développement. Selon le degré d'impact du VIH/SIDA sur l'organisation d'une entreprise et la durée du phénomène, la tentation de remplacer à terme la main d'œuvre qualifiée la plus demandée par une main d'œuvre non qualifiée plus abondante, aurait pour conséquence de ralentir par exemple la mécanisation des entreprises qui nécessite l'emploi d'un personnel plus qualifié. Par ailleurs cela pourrait creuser les écarts de salaires entre le personnel qualifié le plus sollicité mais plus rare, et le personnel moins qualifié toujours aussi abondant. Ces disparités sociales auraient pour conséquence de déstabiliser la socialisation et l'unification du personnel et de créer deux groupes opposés; l'un favorisé et nanti, détenant les compétences; l'autre défavorisé et mal considéré, aisément remplaçable.

Cette situation n'empêcherait pas les coûts unitaires de la main d'oeuvre d'augmenter du fait de la baisse de la productivité consécutive à la progression de la morbidité et de l'absentéisme, mais également à cause des coûts de formation supplémentaires résultant de la rotation rapide de la main d'oeuvre (Cohen, 1993).

### **4.3 Rôle des relations sociales dans l'entreprise**

#### **4.3.1 Socialisation et cohésion du personnel**

La socialisation est le processus par lequel un individu intérieurise progressivement les caractéristiques (règles, normes, cultures, contraintes, opportunités...) du groupe auquel il s'intègre. De cette façon, la conformité de ses comportements au milieu social en entreprise se réalise de manière naturelle et le plus souvent inconsciemment. La famille et l'école sont généralement les lieux traditionnels de la socialisation mais l'expérience de la vie d'entreprise permet à l'individu d'acquérir les connaissances, savoir-faire et attitudes explicites ou tacites, généraux au monde du travail et surtout spécifiques à une production particulière. "*La division du travail produit ainsi un nouveau type de solidarité, dite organique, liant les individus entre eux en partant non de leurs ressemblances mais de leur plus en plus grande différenciation. Ces liens procèdent de la complémentarité des rôles qu'ils exercent dans un système social*" (Thuderoz, 1995). L'entreprise utilise et met à profit la notion d'appropriation de l'usine par les ouvriers (Fisher, 1980) et la revendication du lien social unissant les employés d'un établissement (Boyadjan, 1978).

C'est cette socialisation d'entreprise qui rend l'individu apte à participer à une activité collective de production (Reynaud, 1989; Alter, 1996), parce que ses comportements seront ajustés à ceux des autres, que l'exécution des tâches et leur coordination s'en trouveront grandement facilitées. En effet, les règles qui régissent le processus productif dans une entreprise donnée, ne fournissent que des indications partielles que l'individu devra compléter à partir des

connaissances implicites plus ou moins spécifiques qu'il est censé posséder; connaissances qui vont du simple "bon sens" et des "évidences" à certaines compétences considérées comme élémentaires.

L'unification se fait par la socialisation de ses membres à un cadre ou un modèle culturel, composé de valeurs, de normes et de pratiques partagées (Sainsaulieu, 1977). Le cadre définit ce que sont les compétences légitimes, et en y adhérant, les individus font converger leur façon de percevoir, de concevoir et d'agir. Les normes qui sont des règles de conduite, participent notamment à la construction des rôles et des statuts sociaux dans l'entreprise. C'est dans ce contexte que les relations exigées par l'activité productive peuvent se développer parce que la coordination qui met en oeuvre équivalences et complémentarités, suppose un niveau de cohérence sociale minimum, c'est à dire un milieu d'appartenance au sein duquel chacun peut être accepté et reconnu. Cette cohésion est d'autant plus nécessaire que les tensions et les oppositions sont nombreuses et fortes dans l'entreprise. Certaines de ces oppositions sont générales et liées à la diversité des statuts, spécialement aux niveaux de qualification et aux niveaux hiérarchiques; d'autres sont plus spécifiques et liées par exemple à des différences de nationalité, d'ethnie, de religion, de langue, etc. Par rapport à la nécessité et à la fragilité de cette cohésion sociale, l'épidémie peut avoir des effets perturbateurs à deux niveaux. En premier lieu, par le biais du turnover, elle peut entraver la constitution ou le maintien d'un cadre, ainsi que l'adhésion à celui-ci. En second lieu, le VIH, dont le caractère transmissible et mortel en fait une cause de discrimination et de rejet des individus stigmatisés, accroît l'hétérogénéité et les tensions dans l'entreprise au détriment de l'efficacité. En outre, la durée et la qualité des interactions sont probablement affectés par une accentuation du turnover, puisqu'alors la durée moyenne et l'ancienneté moyenne ont plutôt tendance à se réduire. La probable détérioration de la socialisation qui en résulte peut affecter, à son tour, le fonctionnement et la pérennité même de l'entreprise par le biais d'au moins deux aspects : les routines et la cohésion (section 4.2.2 du chapitre présent).

#### **4.3.2 Conflits, diversité ethnique et liens sociaux**

Le VIH/SIDA est porteur d'idées construites sur les modes de transmission ou sur la signification de la maladie (Caprara et al., 1993). La nature de ces perceptions se répercute sur le lieu du travail où elle joue parfois un rôle inattendu et négatif dans les relations sociales entre employés. Dans la firme 1, après que les séances d'informations sur le VIH/SIDA aient été réalisées auprès des employés, certains d'entre eux identifiaient, à tort ou à raison, des collègues comme étant porteurs du Virus à partir de signes cliniques qu'ils jugeaient pertinents comme la perte de poids ou la fatigue prolongée. Cette situation s'est dégradée au point que quelques agents se sont plaints à la direction de l'établissement affirmant leur refus de travailler dans le même service que ceux qu'ils assimilent aux malades du SIDA. D'autres manifestations plus générales sont également significatives, comme le refus de prendre le bus de ramassage du personnel lorsqu'un "élément jugé suspect" le prenait également. Le même comportement est notifié à la cantine d'entreprise où certains refusaient de prendre leur repas si les personnes infectées par le VIH y déjeunaient. L'employeur a du remédier à ces tensions en proposant la mise en invalidité à deux personnes qui étaient effectivement malades du SIDA et qui faisaient l'objet des revendications discriminatoires des employés. On connaît le coût d'une telle mesure que nous avons rangée dans la catégorie des coûts visibles. Cependant, ils n'intègrent pas les dysfonctionnements ou la perturbation du travail occasionnés avant que la direction ne prenne la décision d'intervenir. Et surtout, on peut se demander comment aurait évolué la situation si l'employeur avait opté pour la politique du laisser-faire ? Quelles auraient été les conséquences sur les rapports entre employés, sur l'organisation du travail et indirectement sur la productivité ? Dans la firme 3, selon l'employeur, un aide machiniste refusait de travailler avec un machiniste qu'il savait malade du SIDA, ce qui a conduit la direction à remplacer le plaignant par un autre aide machiniste moins craintif vis à vis de son collègue. Certains travailleurs acceptent cette situation mais portent les gants de sécurité toute la journée craignant de se contaminer si leur collègue se blesse. Les changements de postes impliquent forcément une modification de l'organisation du travail et les méfiances entre employés ne favorisent pas une collaboration optimale et perturbent irrémédiablement les règles de fonctionnement, les situations de travail,

les relations quotidiennes de pouvoir et d'expérience au risque de perturber les apprentissages collectifs. Ces situations viennent par ailleurs réveiller ou renforcer les conflits ethniques latents en entreprise (Solomon, 1992). La culture, l'appartenance ethnique ou la nationalité désignent à la fois un cadre de pensée et un système de valeurs d'une société, ainsi qu'un système de règles régissant les relations dans les groupes (Sainsaulieu, 1977). Les conflits identitaires sont nuisibles à la construction du collectif de travail et à la cohérence de l'activité.

Guetzkow et Gyr définissent deux types de conflits, l'un est lié à l'activité professionnelle (substantive conflict), l'autre est indépendant des tâches et relève de la perception affective interpersonnelle (affective conflict) reposant sur des sentiments négatifs tels que la colère, la peur, la méfiance ou la frustration (Guetzkow et al, 1954). Les illustrations précédentes relèvent du conflit induit par des tensions affectives. Bien que l'intégration sociale n'influence pas directement les tâches comme les conflits substantifs, l'habileté d'un groupe à définir les objectifs, à développer les plans de travail et les priorités est diminuée. Les agents qui font l'expérience de la peur et de l'anxiété éprouvent des difficultés à traiter des informations nouvelles ou complexes (Zajonc, 1965; Staw et al., 1981), de même leur capacité à se concentrer sur le travail, à collaborer avec d'autres personnes, à comprendre les informations qu'ils partagent et à peser attentivement l'opinion de chaque partenaire, est réduite (Pelled, 1996). Ross souligne par ailleurs que les personnes confrontées aux conflits émotionnels ont recours à des échappatoires telles que le blocage mental, le désengagement du travail, le désintérêt, voire l'extrême fatigue dans laquelle ils se réfugient (Ross, 1989 cité dans (Pelled, 1996)).

NOMBREUSES SONT LES ÉTUDES QUI ONT MONTRÉ LE LIEN ENTRE LE TURNOVER ET L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES GROUPES DE TRAVAILLEURS SELON LES FACTEURS TELS QUE L'ÂGE, L'ETHNIE, LA CULTURE... . UNE EXPLICATION À CETTE ASSOCIATION RELÈVE DU CONFLIT AFFECTIF GÉNÉRÉ PAR LA DIVERSITÉ. CES CONFLITS SONT EUX-MÊMES À L'ORIGINE DU DÉPART PLUS FRÉQUENT DES TRAVAILLEURS, QUI S'ILS NE SE SENTENT PAS INTÉGRÉS DANS UN GROUPE, QUITTENT L'ENTREPRISE. L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES GROUPES EST ASSOCIÉE AU TURNOVER INDIVIDUEL DANS LES GROUPES DE TRAVAIL DU FAIT DES DIFFICULTÉS À SOCIALISER DES PERSONNES DONT LES

caractéristiques socioculturelles sont trop éloignées (O'Reilly et al, 1985); phénomène que vient renforcer le VIH/SIDA à la fois par la morbidité et la mortalité, donc par le remplacement des absents, et par les conflits et tensions de "type affectif" qui favorisent également le départ des employés non satisfaits des conditions ou relations de travail. Sans entrer dans les aspects de psychopathologie au travail dans les rapports entre les modes organisationnels et les sollicitations individuelles, notons tout de même que le VIH/SIDA perturbe les efforts de mobilisation psycho-idéologique définis comme l'ancrage psychique des discours et pratiques d'intégration à la logique de l'organisation (Broda, 1987).

En conclusion de ce chapitre, les effets de l'épidémie de VIH/SIDA, qui viennent d'être évoqués, peuvent varier d'une entreprise à l'autre. Plus précisément, les effets seront d'autant plus marqués que la socialisation et l'apprentissage jouent un rôle important dans le maintien et dans le renouvellement des routines et des compétences. On peut donc penser que les activités relativement complexes, exigeant des compétences individuelles un peu spécifiques et des compétences collectives incorporées dans des routines, seront les plus vulnérables. Mais il n'est pas certain pour autant que les activités qui ont recours essentiellement à du personnel peu qualifié puissent permettre aux employeurs de supporter une augmentation de la mortalité au-delà d'un certain seuil. En effet, ce sont des mécanismes d'appauvrissement cumulatif des relations qui peuvent finir par bloquer la transmission de ce minimum d'informations et de savoir-faire que les nouveaux recrutés apprennent des plus expérimentés, pour être à même de participer à l'activité collective en question.

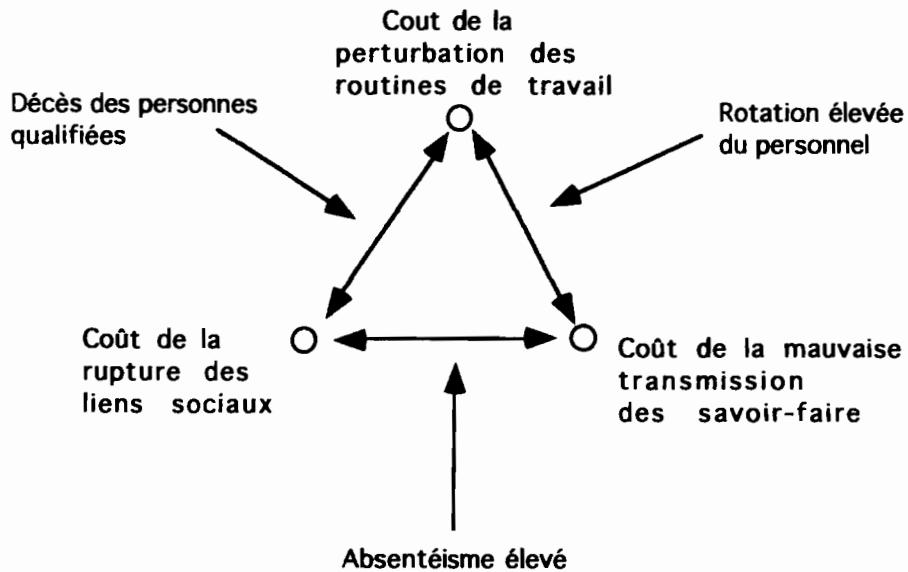
Si, comme nous le pensons, l'infection à VIH n'affecte pas les entreprises de manière identique, certains facteurs socio-économiques relatifs aux différents types d'activité peuvent favoriser les comportements à risque des employés. Le cas des plantations, où le travail d'employés jeunes et mobiles est souvent associé au recours à la prostitution, illustre cette situation. Enfin, la main d'œuvre du secteur informel pourrait, dans certains cas, remplacer les employés du secteur formel atteint du SIDA. Elle contribuera ainsi à stabiliser les effectifs mais masquerait les conséquences qualitatives de l'épidémie. Cette dernière affecte les processus de reproduction

continus de l'entreprise et serait susceptible à terme de détériorer le niveau de l'efficacité et donc de perturber sérieusement l'activité économique.

Dans une région où la prévalence VIH/SIDA est élevée, l'ensemble des entreprises est affecté et les conséquences visibles sont déjà estimées sur le plan national. Les modèles macro ont pour objectif de prévoir l'impact de l'épidémie sur les principaux agrégats macro-économiques concernant le Produit National Brut (PNB), le taux d'emploi dans l'économie formelle, le taux d'inflation, etc. (Cuddington, 1993a; Over, 1992). Ces mesures et hypothèses permettent de projeter l'impact de l'épidémie sur la dynamique du développement (Amstrong, 1992; Ainsworth et al., 1994). Ces modèles, jusqu'à aujourd'hui construits à partir de paramètres insuffisants, devront à l'avenir tenir compte des différentes adaptations qui apparaissent à l'initiative du secteur privé, et ce apparemment de façons diverses et inégales. Par ailleurs, les effets de l'épidémie sur l'organisation du travail provoquent des réponses parfois spontanées telle que l'amélioration du suivi médical des employés ou leur exclusion, la formation de polyvalents, le recours aux travailleurs journaliers; mais aussi parfois des réponses calculées impliquant des adaptations stratégiques. Il semblerait donc que la perturbation des processus de socialisation et d'apprentissage, ainsi que des routines, menace à long terme le taux de croissance escompté des pays africains. On peut supposer que les déséquilibres occasionnés par la faiblesse d'un secteur d'activité ou d'une zone industrielle importante affectent au travers d'interconnexions socio-économiques (réseau d'entreprises, relations clients et fournisseurs, services administratifs et sociaux, activités informelles autour d'une zone industrielle...) d'autres activités de façon indirecte, créant ainsi "un effet boule de neige" défavorable à la croissance économique des pays africains les plus affectés par l'épidémie de VIH.

Schéma 4:

### Triangle des coûts invisibles



Si l'on résume les développements précédents à l'échelle de l'entreprise (cf. schéma 4), la modification de la proportion entre les nouveaux et les anciens employés, provoquée par un turnover plus élevé, pose essentiellement deux problèmes: 1. Celui de la perte de la cohérence de l'activité du fait de l'inexpérience des nouveaux, notamment pour les connaissances tacites difficilement transférables, 2. La diminution de capacité des transmissions des savoir-faire si des employés compétents sont décédés ou subitement inactifs consécutivement au SIDA.

Le triangle des coûts invisibles met en valeur l'influence cumulative du décès, de l'absentéisme et du départ des personnes infectées par le VIH. Le turnover provoqué par l'épidémie de VIH affecte simultanément la transmission des savoir-faire, les liens sociaux qui unissent les agents et les routines de travail. Les processus d'apprentissage sont à la fois perturbés directement par le départ des employés détenant un savoir-faire, et par le dysfonctionnement des routines qui sont le résultat d'un bon apprentissage (Dosi et al., 1990). Difficilement reconstruites, les routines sont menacées. Il est également difficile d'intervenir sur les liens sociaux, considérés comme le ciment des procédés de travail, car ceux-ci sont affaiblis par le départ des anciens et l'arrivée des nouveaux ainsi que par les conséquences du même phénomène sur les routines ou l'apprentissage. Ces trois aspects sont étroitement liés, tous sont affectés et cumulent les

désavantages de l'un et de l'autre provoquant un effet d'entraînement sur l'organisation du travail. A terme, la perte des savoir-faire et la disparition d'une connaissance collective (Dosi et al., 1988) à l'entreprise, contribuent à une diminution de la performance et de la compétitivité. Il ne nous est cependant pas encore possible de mesurer ces coûts invisibles, d'une part à cause de la faible perception de ces effets actuellement, d'autre part du fait de l'interaction de nombreux facteurs environnementaux rendant difficile l'identification des différents paramètres impliqués.

Cependant, la réflexion théorique mais également les enseignements tirés des faits observés, nous permettent déjà de décrire et d'analyser les mécanismes conduisant à la désorganisation du travail et aux coûts que ces dysfonctionnements pourraient entraîner.

# **CHAPITRE 5**

## **V. REACTIONS DES ENTREPRISES AUX PERTURBATIONS DU VIH/SIDA SUR LEURS CAPACITES DE RECONSTITUTION**

Face à la menace que représente le VIH/SIDA pour le renouvellement des capacités de l'entreprise, c'est à dire son aptitude à évoluer et à s'adapter à un environnement changeant, il devient important de s'intéresser aux moyens d'intervenir efficacement sur la protection des aspects tel que l'apprentissage, la socialisation des agents ou les routines. Ces éléments, décrits dans le chapitre précédent, représentent les facteurs clés de la survie de l'entreprise et s'articulent autour de la dynamique créative et évolutive de chaque établissement. Comment agir pour préserver ces capacités ? Il semble qu'il est possible d'opérer de différentes façons. En intervenant sur les conséquences de l'épidémie de VIH, à savoir la disparition des savoir-faire et des connaissances tacites, la codification et la formalisation de ces éléments ne seraient plus menacées de disparition avec le décès de son détenteur. De même, en favorisant la communication des connaissances par la rotation interne du personnel afin que chaque agent connaisse au mieux le travail de ses partenaires, on réduit le risque de perte des savoirs. Une autre intervention pourrait se révéler efficace en agissant sur les causes, à savoir l'incidence du VIH. L'idée consiste d'une part à réduire le nombre de nouveaux cas par la prévention organisée, d'autre part à augmenter l'espérance de vie des agents infectés par le VIH en instaurant des services médicaux d'entreprise efficaces. Ces mesures stratégiques doivent pouvoir s'appliquer individuellement ou simultanément selon chaque établissement. La stratégie commune à toutes les entreprises pourrait être la mise en place ou l'amélioration des services médicaux d'entreprise. Au-delà d'une mesure sociale ou philanthropique, ils s'avèrent jouer un rôle économique important dans la lutte contre les conséquences du VIH/SIDA sur les entreprises. Ils pourraient par ailleurs, s'ils se développaient, contribuer au développement économique du pays.

## **5.1 Stratégie de formalisation des compétences**

### **5.1.1 Pourquoi codifier l'information et les connaissances ?**

L'impact organisationnel du VIH/SIDA, c'est à dire la disparition des capacités de l'entreprise à s'organiser au mieux, met en cause la transmission des savoir-faire et les connaissances tacites de l'entreprise, qui non formalisées, se perdent avec le décès ou le départ des agents détenant ces compétences qui se transmettent usuellement par l'apprentissage, c'est à dire par imitation à travers l'expérience (cf. chapitre 4).

La question est donc de savoir si la réduction des connaissances tacites dans une activité industrielle ne permettrait pas de réduire l'impact du VIH/SIDA sur la perte de compétences primordiales. Ainsi, la cohérence des actes individuels et des procédures collectives serait préservée. La formalisation du savoir tacite ne représente-t-elle pas un outil efficace pour conforter l'entreprise et préserver les savoir-faire ? Nous entendons par formalisation la séparation de la connaissance de son détenteur, ce qui permettrait de la transmettre à d'autres individus autrement que par l'apprentissage, mode de transmission irréalisable sans la présence du détenteur de savoir. Il s'agit donc d'expliciter ce qui ne l'était pas, cela demande probablement un travail de conceptualisation important et un effort de décomposition du fonctionnement de l'entreprise. Cependant, les résultats de cette politique permettraient d'une part de préserver ce qui ne l'était pas, d'autre part, d'améliorer les compétences en les formalisant. Ainsi, les savoirs nouvellement conceptualisés deviennent maitrisables. Il est alors possible d'agir sur ces points et d'orienter la stratégie organisationnelle vers le problème particulier du VIH/SIDA. Il n'est cependant pas utile de formaliser ce qui ne risque pas d'être compromis par le VIH; ou bien dans l'impossibilité de tout formaliser, seules les connaissances les plus vulnérables feraient l'objet d'une codification explicite. Chaque établissement détient des particularités et peut s'interroger collectivement sur :

- a. La nature des connaissances menacées par la disparition des agents malades
- b. Les moyens à mettre en oeuvre pour préserver ces savoirs

c. Les modes possibles de codification et de formalisation de ces connaissances

### **5.1.2 Codification des connaissances et organisation du travail**

L'examen général de l'intérêt de la codification des savoirs nous permet ensuite de déduire les avantages d'une telle manœuvre dans le cas du problème particulier de la disparition des connaissances tacites avec le décès ou le départ de leur détenteur. D'après R. Reix, la formalisation offre globalement plusieurs atouts (Reix, 1995) :

- Elle renforce les dispositifs de mémoire collective et permet de capitaliser les savoirs organisationnels. Par ailleurs les savoirs tacites peu utiles sont éliminés ou restent sous une forme tacite sans qu'une attention particulière leur soit consacrée (Walsh et Ungson, 1991). Donc la formalisation des comportements tacites favorise la prise de conscience par les agents des compétences individuelles et collectives, permettant ainsi d'améliorer et de perfectionner ce qui ne l'était pas.

- Le rôle de chaque agent est réaffirmé et stabilisé. Les comportements des uns et des autres sont plus précisément définis.

- Enfin, et c'est là notre préoccupation principale, l'organisation est moins sensible au turnover. Celui-ci étant à l'origine de l'impact organisationnel du VIH/SIDA, comme nous l'avons défini dans le chapitre 4, il est primordial d'agir sur sa fréquence pour endiguer les conséquences provoquées par le départ des individus qui n'auraient pu transférer leur savoir aux autres et essentiellement aux nouveaux entrants. Ensuite, la transmission des connaissances s'opère dans de meilleures conditions si celles-ci ont été préservées par le processus de formalisation.

En d'autres termes, si la codification des comportements tacites ne réduit pas le turnover, elle en diminue les effets sur l'organisation du travail par la limitation des pertes de savoir. Par ailleurs, l'entreprise évite ainsi de perdre ses capacités au renouvellement, à l'évolution, à l'assurance de sa pérennité dans un processus permanent d'adaptation. La dynamique de l'entreprise tient essentiellement compte de la taille de l'entreprise, de la capacité d'innovation, de la productivité,

de la nature du marché, des performances, de la création et de la destruction d'emploi, des modèles technologiques et de l'apprentissage organisationnel (Dosi et al., 1997). Baldwin suggère que les turbulences provoquées par l'interdépendance de ces éléments dans le but de trouver un équilibre à la fois pour la production et la reconstitution des compétences, sont à l'origine de la dynamique des entreprises (Badwin, 1995). Cela nous amène à comprendre le risque que représente la menace du VIH/SIDA sur le capital humain d'un établissement et les perturbations du fonctionnement. De même que la disparition d'un maillon de la chaîne alimentaire d'un écosystème menace différentes espèces du même sort, la perte des compétences et le bouleversement des routines induit par un turnover élevé brise l'équilibre de l'entreprise. Dans cette optique, l'intérêt de la formalisation des connaissances situe l'entreprise dans une approche purement rationaliste, l'employeur mise sur la capacité des agents à traiter les informations de manière rationnelle, organisée et explicite. Ceux-ci doivent parfaitement comprendre et restituer le modèle du monde dans lequel ils évoluent (Hopenhein, 1992). Ainsi toute décision, tout acte répond à une loi connue par celui qui la met en oeuvre, de même l'apprentissage répond à un ensemble de consignes formelles, réduisant ainsi la part d'incertitude face à une situation donnée. Cependant, la confrontation à des situations nouvelles existe et doit être envisagée de manière à ce que en l'absence de réponse adéquate une procédure codifiée d'alerte ou de signalisation du problème soit activée dans les meilleurs délais. En amont d'un obstacle, une procédure explicite pourrait être indiquée afin d'identifier l'apparition d'un phénomène inattendu ou inconnu (on ne connaît que ce que l'on a identifié); en aval la résolution du problème passe également par un ensemble de comportements codifiés. Ainsi, si la réponse n'est pas encore connue, tous les moyens pour la construire sont opérationnels. Cela a pour avantage de réduire les risques, de limiter la panique et ses effets sur la production, de conserver la flexibilité nécessaire à l'évolution de toute entreprise.

### **5.1.3 Limites et dangers de la formalisation des savoirs**

Si la codification des compétences et des savoirs tacites facilite leur transfert et leur échange, conforte la transmissibilité des connaissances et assure la pérennité de l'entreprise, cela peut

également bloquer le processus d'apprentissage que des procédures bien définies ne laissent pas s'exprimer. La perte de flexibilité confronte l'entreprise à d'autres problèmes (par ex. délais et coûts de production), la contrainte posée par le VIH/SIDA, n'étant pas prioritaire en 1995 pour la majorité des firmes de Côte d'Ivoire (RPED, 1996). La formalisation des connaissances ne représente-t-elle donc pas un danger en réduisant la capacité d'adaptation et d'évolution d'une entreprise ? A l'inverse un turnover trop élevé du personnel qualifié et expérimenté fait obstacle à la divulgation des connaissances dans l'atelier de travail. L'apprentissage permet cette divulgation mais il nécessite souvent du temps dont ne dispose pas les établissements employant des agents malades du SIDA étant donné leur faible espérance de vie en Afrique (Auvert, 1994). Il existe probablement un juste milieu propre à chaque entreprise pour la place de l'implicite et de l'explicite, il est de toute façon peu probable que l'explicitation de l'ensemble des compétences tacites soit possible. L'équilibre doit être respecté car la formalisation à outrance des procédures et l'adhésion à ces pratiques tue l'apprentissage (Brown et Duguit, 1991). *"Les méthodes pour rechercher cet équilibre varient selon la nature des compétences requises par l'activité de l'entreprise et sa relation avec les détenteurs de compétence. Plus la pratique se trouve définie et routinisée, plus il devient facile d'y former le personnel, soit en formation spécifique (stages, périodes de formation, etc.), soit sur le tas par apprentissage"* (Doz, 1994). Si comme le suggère Y. Doz, il existe dans certains cas un choix entre l'apprentissage et la connaissance explicite, il est alors possible de favoriser la formalisation des connaissances à condition que l'absence d'apprentissage ne soit pas nuisible à la mise en application des mêmes connaissances. Il est difficile de modéliser l'équilibre entre l'apprentissage informel et les savoirs formels, car il dépend de nombreux facteurs tels que la nature du métier, le caractère individuel ou collectif des compétences ainsi que le type d'industrie étudié (Doz, 1994).

Le VIH/SIDA peut être considéré comme un choc exogène pour l'entreprise (Glance et al., 1997), une modification soudaine de l'environnement au même titre que l'effet d'une innovation technologique dans le domaine d'application de l'entreprise. Cependant, si cette dernière implique la réorientation de l'activité en incluant les conséquences du changement et affecte donc

le produit, le VIH/SIDA, en détruisant le capital humain, détruit les compétences. Si dans le premier cas, il est nécessaire de réorienter les compétences, dans le second, il faut les renouveler; d'où l'importance de formaliser les savoir-faire. L'alternative repose sur la polyvalence des compétences, non plus occasionnelle, mais permanente dans le cadre d'une stratégie de divulgation des connaissances. Cette approche vient compléter la formalisation, notamment pour les savoirs qui ne peuvent être codifiés. S'il n'est pas possible de les expliciter, les connaissances pourraient être transmises à un nombre important de personnes dans l'entreprise pour deux raisons essentielles:

- Le remplacement, à un moment donné, d'un agent absent pour une période X qui détient des compétences tacites nécessaires au bon fonctionnement de l'entreprise.
- La transmission des connaissances tacites. En multipliant le nombre de détenteurs des compétences non codifiées, on diminue le risque de perdre ces connaissances par le décès. La probabilité que le VIH/SIDA affecte un agent donné dans l'entreprise sur une période déterminée est plus élevée que la probabilité de voir disparaître sur la même période trois agents donnés qui détiennent les mêmes connaissances.

L'optimisation de la protection des compétences d'un établissement face au VIH/SIDA pourrait s'organiser autour d'une combinaison appropriée de codification des informations et de la multiplication des détenteurs de connaissances tacites. Il s'agirait sur ce dernier point de développer une polyvalence ciblée des compétences.

#### **5.1.4 Parcellisation des tâches et mécanisation de la fonction de production**

S'il est vrai qu'un établissement qui formalise le maximum de savoirs afin d'en éviter la perte n'est pas forcément une entreprise dont la fonction de production est fortement standardisée, une firme fortement standardisée implique la codification et le découpage parcellaire du processus de production (Taylor, 1911). On peut ainsi se demander si la formalisation des savoirs et compétences dans le cadre d'une standardisation et d'une mécanisation poussée ne

diminuerait pas ainsi le risque de mort de l'organisation lié à un turnover trop élevé (Levinthal, 1991). S'il est vrai que la mécanisation tend à spécialiser les ouvriers dans leurs fonctions, il est également vraisemblable qu'elle favorise la sélection des tâches et donc une meilleure définition de celles-ci. L'approche taylorienne du travail, c'est à dire la vision technique du travail, permet de décomposer méthodiquement les opérations industrielles et de les améliorer en les simplifiant. Si cette voie conduit davantage à l'intensification du travail plutôt qu'à sa rationalisation (Friedman, 1950), il n'en reste pas moins qu'elle reste efficace si l'on sait tenir compte des dimensions psychosociales des travailleurs, de manière à ne pas maximiser le travail humain mais à l'optimiser. Le travail industriel ainsi parcellisé et mécanisé n'exclut pas le rôle nécessaire des chefs d'ateliers ou des personnes détenant des compétences tacites, mais il en limite le nombre et la portée dans l'entreprise. Faut-il encore que ce mode de production convienne aux entreprises industrielles, ce qui n'est pas toujours le cas, notamment dans le secteur des services ou du commerce également affecté par le VIH/SIDA.

Le danger d'une restructuration par la mécanisation et l'organisation scientifique du travail au sens taylorien, handicape les processus de socialisation des agents car ce type de procédé laisse peu de temps aux échanges humains et à la communication, ce qui va à l'encontre de ce que nous préconisons dans le chapitre 4. Cependant, il n'existe pas de solution universelle mais une combinaison d'éléments adaptées à la situation particulière de chaque établissement. Il ne s'agit pas de tout mécaniser, de tout codifier mais de réduire un risque en agissant même partiellement. Une entreprise aurait par exemple intérêt à mécaniser une étape de la production de ses marchandises, parce que les tâches y sont mal déterminées et que l'efficacité est amoindrie. La mécanisation, plus performante, risque de réduire le nombre de participants à la fabrication directe du produit, d'ailleurs compensée par l'embauche de mécaniciens ou d'ingénieurs afin de régler et d'entretenir les machines. Ainsi, l'entreprise se rend indépendante de l'habileté parfois tacite des employés remplacés par les machines et contourne ce handicap face au VIH par l'utilisation de techniciens ou de mécaniciens qui ont et appliquent des connaissances scientifiques, c'est à dire codifiées et transmissibles. Face à l'absentéisme ou au décès de ces personnes, l'employeur est en mesure de les remplacer plus aisément car d'autres techniciens et

mécaniciens bénéficiant des mêmes compétences, et issus des écoles techniques ou supérieures, sont plus disponibles sur le marché de l'emploi. Cependant, la possibilité pour l'employeur de rendre son activité indépendante du savoir-faire des employés ne doit pas l'encourager à disposer du capital humain abusivement au risque de créer des tensions et des mécontentements qui se répercutteraient négativement sur la productivité.

*"La souplesse qui est ressentie avec l'automatisation est due à cet espèce de temps qu'elle crée, qui, bien qu'occupé à la surveillance, peut être également employé à autre chose, alors que précédemment les tâches de réglages, de contrôle, etc. ne pouvaient être effectuées par l'opérateur qu'après les tâches d'alimentation et de conduite, et non simultanément" (Freyssenet, 1984).* Cela est également vrai pour les processus de mécanisation car il est possible de confier à un nombre restreint de travailleurs la capacité de maîtriser et de diriger un ensemble des paramètres intervenant sur la production. Moyennant la formation nécessaire, les ouvriers qui conduisent les machines-outils spécialisées peuvent également effectuer le réglage, le contrôle qualité ou l'entretien de ces machines. Ainsi, la mécanisation assure une marge de flexibilité plus grande et nécessaire aux modifications d'organisation du travail susceptibles d'être exigées par la maladie ou le décès de certains agents. Par ailleurs, l'ensemble des connaissances est concentré sur un nombre peu élevé de personnes, ceci peut être un avantage comme un inconvénient. C'est un avantage face au VIH si les savoirs de ces personnes sont formalisés et transmissibles car si les agents sont moins nombreux, la probabilité que l'un d'entre eux soit infecté par le VIH, proportionnellement au nombre d'employés et à tout risque de contamination égal, est réduite. C'est un inconvénient si les compétences ne sont pas transmissibles, car le décès du détenteur provoque la disparition du savoir; il est alors préférable de multiplier le nombre de détenteurs afin de réduire le risque de perte des connaissances.

## **5.2 Stratégie d'adaptation structurelle et d'amélioration de la flexibilité de production**

Les entreprises présentent différents degrés de vulnérabilité, non seulement par leur organisation du travail, mais également par leur forme structurelle. Ainsi, les capacités d'adaptation aux conséquences du VIH/SIDA varient selon la forme structurelle des entreprises, mais aussi selon les capacités des différentes structures à contourner, affronter ou compenser ces faiblesses, déjà imposées par un environnement concurrentiel et technique parfois difficile. Ainsi, sans entrer dans l'analyse des facteurs de fragilisation des entreprises, on peut s'interroger sur les critères et les paramètres, qui cumulés au problème de la morbidité et de la mortalité induite par le VIH/SIDA, vont progressivement mettre les entreprises en difficulté, voire en péril. Il est clair que quelle que soient l'influence ou les contraintes que provoque la maladie ou le décès de certains agents de l'entreprise, l'impact de cette disparition vient s'ajouter à d'autres difficultés qu'il est alors nécessaire d'évaluer pour chaque établissement, afin de mesurer plus justement le niveau de menace que représente réellement le VIH/SIDA. En même temps, la flexibilité, qui caractérise les différentes formes structurelles d'entreprise, représente un inconvénient ou un avantage face au VIH/SIDA, c'est ce que nous nous proposons de discuter.

### **5.2.1 Facteurs de pérennité des entreprises**

La création ou la disparition d'emplois dans les entreprises peuvent être évoquées comme une résultante de la dynamique des établissements, de leur perpétuelle remise en cause et de leur capacité à s'adapter à leur environnement. Il s'agit en sorte d'un indicateur de flexibilité, d'adaptation, mais ces variations suggèrent également que le changement, la croissance et le déclin sont les caractéristiques dominantes de l'économie. Cela signifie autrement que des entreprises réussissent et d'autres non. L'étude de ce paramètre nous permet donc d'observer et d'évaluer grossièrement la santé d'un établissement. En Afrique et particulièrement en Côte d'Ivoire, l'absence de données fiables ne permet pas d'évaluer la fragilité des entreprises au milieu dans lequel elles évoluent, naissent ou meurent. Cependant, dans différents pays

d'Amérique du Sud, la création annuelle de nouvelles entreprises manufacturières et la croissance de celles déjà existantes permet de créer de nouveaux emplois, en moyenne 13 à 19% du total des emplois dans le secteur manufacturier. Au même moment, la contraction et la fermeture d'autres entreprises est responsable de la perte d'environ 12 à 14% de l'emploi (Roberts et Tybout, 1997). Une observation proche du résultat précédent a été réalisée aux Etats-Unis par Davis et al. toujours dans le secteur manufacturier, en moyenne 1 emploi sur 10 disparaît par an contre la création d'1 emploi sur 9 (Davis et al, 1996). Si ces résultats ne montrent pas quels sont les facteurs qui distinguent les établissements pérennes de ceux qui ne le sont pas, ils mettent en évidence les variations de l'emploi et la fragilité des entreprises. Quelque soient les raisons de la disparition des établissements (performances insuffisantes, technologies inadaptées, gestion inappropriée, marché fortement concurrentiel, endettement ...), c'est le cumul des malfonctions et l'incapacité des entreprises à s'adapter dans un temps donné qui provoque la cessation d'activité. Dans ce contexte, il est primordial de ne pas considérer les conséquences de l'infection par le VIH sur la production ou sur les capacités de reconstitution comme un facteur uniforme et indépendant mais bien comme un élément cumulé à un ensemble d'autres contraintes dont les effets sont globaux. Cela signifie-t-il que le VIH/SIDA doit être considéré comme un facteur déstabilisant supplémentaire ? Si ce n'est probablement pas le cas dans les pays à faible prévalence VIH, le problème se pose véritablement dans les pays à caractère endémique. Plus le nombre d'employés infectés par le VIH est important, plus grand sera le nombre d'établissements menacés de malfonctions ou de faillite. Les "cofacteurs" précédemment évoqués<sup>24</sup> sont d'autant plus significatifs si le pays est en phase de crise économique comme c'est le cas dans certains pays africains fortement endettés.

---

<sup>24</sup>. Peuvent être considérés comme cofacteurs de dysfonctionnement, l'ensemble des contraintes et difficultés auxquelles est partiellement confrontée toute entreprise: concurrence, endettement, organisation inadaptée, faible productivité, technologie inadaptée....

### **5.2.2 Taille et âge des entreprises: facteurs de résistance à l'impact du VIH/SIDA ?**

Si l'on tient compte de l'ensemble des facteurs structurels qui fragilisent ou renforcent les entreprises, la taille et l'âge des entreprises pourraient jouer un rôle important dans la problématique qui nous intéresse. En effet, plus une firme croit, plus elle est grande; plus la probabilité d'être pérenne est forte. Par ailleurs, la probabilité qu'une entreprise disparaîsse est inversement proportionnelle à son âge, plus l'entreprise est ancienne, moins elle risque de disparaître (Bates et Nucci, 1990). Ainsi la performance d'un établissement est liée à la fois à l'âge et à la taille, plus la firme est grande et ancienne, mieux elle est protégée contre la faillite. D'autres facteurs agissent probablement mais on devine que derrière ces résultats, les grandes entreprises qui perdurent ont acquis de l'expérience et ont été confrontées à de nombreuses difficultés qu'elles ont su surmonter pour acquérir une capacité d'adaptation que n'ont pas les jeunes établissements. Par ailleurs, elles tendent à investir intensivement en capital, à produire davantage, à adopter plus promptement les innovations, à exporter massivement et à payer des salaires plus élevés (Jensen et McGuckin, 1997), l'ensemble de ces caractéristiques, bien que non exhaustives, aide à les rendre concurrentielles. La place ainsi acquise sur un marché donné permet à ces établissements d'avoir une avance confortable sur les concurrents, notamment les Petites et Moyennes Entreprises (PME) qui pourraient supporter plus aisément de nouvelles difficultés.

On peut également faire une distinction entre les entreprises individuelles, composées d'une unité et les firmes multi-unités, c'est à dire les groupes industriels. Le groupe détient un ensemble d'établissements dont les activités peuvent varier (diversification, développement horizontal) ou au contraire se concentrer sur un même secteur, de l'exploitation de la matière première à la commercialisation du produit fini (développement vertical). Face au VIH/SIDA, la diversification peut être un avantage si les conséquences de la maladie varient d'un secteur à l'autre, ainsi le groupe réduit son risque de vulnérabilité par rapport à un secteur d'activité donné. Cependant, la structure verticale peut également offrir un avantage : celui de la maîtrise

du secteur d'amont en aval, la coordination entre les différentes unités s'opère mieux et les réponses organisationnelles du groupe au VIH/SIDA s'appliquent sur toute la chaîne de production, de fabrication et de commercialisation rendant la dépendance vis à vis des fournisseurs ou des clients moins forte.

### **5.2.3 Améliorer les capacités de renouvellement de l'entreprise**

Il s'agit une fois de plus de s'interroger sur les possibilités de consolider l'aptitude des organisations à évoluer, se reconstituer pour faire face à l'évolution de l'environnement. Il semble donc important d'améliorer ou de créer les instruments permettant d'être davantage compétitif, plus performant vis à vis des concurrents ou plus productifs en améliorant les savoir-faire ou en appliquant la meilleure organisation du travail. Si le VIH/SIDA menace à terme les individus détenant les connaissances spécifiques à chaque entreprise, les routines, la socialisation du personnel et la transmission des compétences (cf. Chapitre 4), il est alors possible d'intervenir d'une part en aidant la communication entre les agents, d'autre part en favorisant la compréhension globale du fonctionnement de l'entreprise par l'ensemble des employés.

Nonaka suggère que la transmission des connaissances s'opère par le dialogue entre les agents qui composent les équipes de travail (Nonaka, 1994). Le but du dialogue est de déterminer de façon explicite, par la coopération, de nouveaux concepts. Chaque participant au dialogue nourrit la construction d'une pratique non confirmée dans un débat d'idées, il apporte son expérience et son point de vue qu'il argumente, permettant ainsi de faire apparaître des hypothèses d'intervention face à une situation donnée (Markova et Foppa, 1990). Le langage et l'échange d'idées ne se limitent pas à une simple description des tâches mais conduisent à l'action (Austin, 1962; Searle, 1969), le dialogue permet ainsi de confronter les contradictions, les paradoxes et d'en extirper de nouveaux comportements plus efficaces, mieux appropriés et surtout formalisés.

Ensuite, la démarche consiste à "cristalliser" (crystallization) la méthode de travail ou la technique élaborée à partir des échanges d'idées (Nonaka, 1994). La "cristallisation" est le processus par lequel les différents départements de l'organisation testent la convenance et l'applicabilité de la technique créée par une équipe de travail, c'est une phase d'expérimentation à un niveau collectif. Cela exige que l'ensemble des agents concernés s'impliquent directement et collaborent les uns avec les autres modifiant ainsi les rapports hiérarchiques traditionnels. Il s'agit donc d'améliorer les procédures de travail, les routines et la cohésion du travail en général afin de les rendre moins dépendantes d'un petit nombre de personnes.

L'application du dialogue et de la communication entre membres d'une entreprise joue le rôle de régulateur et de protecteur des comportements en entreprise:

1. Les comportements et les savoirs sont construits de façon évolutive et appliqués sans être formalisés; ils sont issus d'une collaboration entre membres d'équipe et reposent sur la confiance mutuelle entre agents (Schrage, 1990).
2. Le dialogue permet de faire prendre conscience aux employés des "mécanismes découverts", de les améliorer, de les conserver sous forme codifiée et de les divulguer aux services qui en auraient l'utilité.

On retrouve l'idée d'une nécessaire codification des savoirs afin de les préserver et de les transmettre, mais également l'importance de la communication entre les différents agents afin de décloisonner les différents services. En effet, quelle que soit l'activité, un service ou une équipe de travail intervient en amont et/ou en aval d'un autre service ou d'une autre équipe sans connaître parfois la nature du travail effectué par ce partenaire. Ce type de circonstances fragilise une entreprise et de nombreuses erreurs pourraient être évitées s'il existait une compréhension globale du fonctionnement de l'entreprise pour chaque agent. La sauvegarde des connaissances spécifiques de l'entreprise passe également par une meilleure proximité entre les agents. Comment améliorer la communication entre les employés ? Les réunions de travail, la redéfinition des rapports hiérarchiques souvent basés sur des critères d'autorités (Mintzberg, 1986) permettraient de flexibiliser la transmission des connaissances et d'améliorer le

fonctionnement de l'entreprise en évitant par exemple les conflits. De même, la rotation du personnel sur différents postes, lorsque c'est possible, est susceptible de mieux faire comprendre à ceux qui l'expérimentent ce que font les autres. Ainsi, le risque de voir apparaître des opérations inutiles ou inexactes est réduit car les agents sont conscients des besoins et de la nécessité des autres employés pour avoir exercé eux-mêmes à ce poste.

Toutes ces précautions ne sont pas spécifiques à la lutte contre l'impact économique du VIH/SIDA en entreprise mais bien à la protection des capacités de renouvellement de l'entreprise, directement menacées par la disparition précoce des agents détenants des savoirs spécifiques et malades du SIDA. Ces méthodes ne sont pas innovantes, seule leur application l'est dans un contexte d'épidémie de VIH. Il est donc d'autant plus facile de les réorienter ou de les développer si elles existent déjà au sein d'un établissement.

#### **5.2.4 Intégrer les facteurs culturels et sociétaux dans le management des hommes**

De plus en plus, la culture d'entreprise, c'est à dire le développement d'un sentiment d'appartenance de l'employé à la communauté des agents de l'entreprise, joue un rôle important dans la gestion du personnel des grandes firmes. La culture d'entreprise a pour but de réunir les membres de l'entreprise à la fois sur les objectifs économiques, les valeurs professionnelles mais également sur des valeurs quotidiennes relatives au comportement des individus de la communauté. J.P. Le Goff affirme "*les valeurs affichées ne sont pas seulement professionnelles, elles concernent les comportements quotidiens dans et parfois même hors de l'entreprise... La référence de l'entreprise à l'éthique nous paraît se développer sous trois modalités différentes: l'éthique des dirigeants, les valeurs inhérentes à la culture d'entreprise, les devoirs des entreprises envers la société*" (Le Goff, 1995). Il s'agit donc d'une forme de contrat moral qui lie et réunit les agents qui s'engagent à respecter des comportements professionnels mais également souvent des attitudes générales qu'ils respectent en dehors de l'entreprise lorsqu'ils s'identifient à cette culture d'entreprise. Le lieu de travail

n'est plus seulement une place où s'exerce une activité professionnelle, mais représente également un facteur d'identité important (Kogut et Zander, 1996). Marc Maurice a identifié cet ensemble de comportements et de valeurs comme étant des facteurs sociaux, c'est à dire "*la construction des acteurs dans leur rapport à la société*" (Maurice, 1989), les employés étant en harmonie avec les structures, et inversement. Ainsi, toute action des acteurs de l'entreprise s'inscrit et dépend d'un contexte social, historique et culturel qu'on ne peut exclure dans l'analyse du comportement des firmes. L'approche culturelle de l'entreprise, trop souvent oubliée (Schein, 1996), joue un rôle majeur dans la compréhension des rapports sociaux d'une entreprise, mais l'approche sociétale, semble-t-il plus complète, en présentant la socialisation des phénomènes observés dans le contexte auquel ils appartiennent, permet d'expliquer la cohérence des événements de l'entreprise (Maurice, 1994).

Il n'existe pas une homogénéité culturelle africaine, ni même encore un mode de gestion à l'africaine (Ponson, 1990); cependant, il est nécessaire de tenir compte des particularités de la société dans les rapports professionnels et l'organisation sociale dans l'entreprise (D'Iribarne, 1993). Olomo affirme que ce n'est pas l'entreprise moderne qui est mise en cause, mais l'absence de relais, de transition entre le monde villageois et l'anonymat des matricules et des statuts, ce qui provoque des conflits souvent étouffés faisant perdre ainsi la face à l'une des deux parties (Olomo, 1987). Cela est vrai dans les entreprises dirigées par des communautés étrangères, mais également dans les établissements ivoiriens employant du personnel appartenant à différentes ethnies. Les relations humaines seraient insuffisamment gérées : "*formation professionnelle limitée à la tâche technique et non rapportée au monde plus large de l'entreprise, de ses objectifs et de ses processus, ni au monde économique, ce qui fait que chacun conçoit mal sa place et l'utilité de son travail dans un ensemble plus général, processus d'intégration limité lui aussi au minimum de connaissance technique, plans de carrière inexistant, définition des fonctions floues, aire de responsabilités non délimitée, autonomie de commandement très faible*" (Desaunay, 1987). Ce constat plutôt sévère ne s'applique pas à l'ensemble des entreprises mais dénote un potentiel d'amélioration important qui résume les fragilités actuelles de certains établissements, qui se rendent ainsi

davantage vulnérables au VIH/SIDA car leur fonctionnement repose sur un petit nombre d'hommes clés, qui s'ils décèdent, affectent gravement l'activité.

### **5.2.5 Impartition et flexibilité de l'entreprise**

Face au VIH/SIDA, l'amélioration de la flexibilité de l'entreprise représente l'un des aspects primordiaux pour maintenir la performance productive. Cela implique parfois un réajustement de l'activité qui nécessite l'impartition de certaines tâches. L'impartition consiste pour une entreprise à faire appel à un service ou à acheter des biens matériels, prestation qu'elle accomplissait soi-même auparavant, afin d'améliorer l'efficacité et la rentabilité de la production. Cette mesure va à l'encontre de la tendance à l'intégration verticale, selon laquelle, l'entreprise entend satisfaire ses besoins par ses propres moyens dans un processus économique allant du traitement des matières premières à la distribution du produit fini (Barreyre, 1968). Il s'agit donc de choisir de faire faire, plutôt que de faire soi-même. Face à une difficulté et quelle qu'en soit la cause (outre le VIH/SIDA), le mobile de l'impartition reste la flexibilité dans le but d'assurer la survie de l'entreprise. Tout établissement en difficulté pour des raisons financières, administratives, commerciales, organisationnelles ou techniques, peut se recentrer sur ce qu'il sait le mieux faire, afin de gagner en efficacité. C'est le principe de la spécialisation dont l'avantage primordial est de renforcer sa position concurrentielle sur un marché très spécifique ou dans un réseau déterminé en optimisant le potentiel de production. On imagine dès lors l'intérêt d'une telle stratégie pour une PME dont l'ensemble des résultats de vente dépendait par exemple du responsable des ventes décédé des causes du SIDA. Dépourvue d'une compétence essentielle à son activité et dans l'impossibilité de reprendre ou de créer un nouveau réseau de relations commerciales, l'entreprise est confrontée à une situation d'urgence à laquelle l'impartition est en mesure de répondre. Dans ce cas, il est alors possible de sous-traiter la vente ou de la confier à une entreprise spécialisée dans la distribution. Différents types de coopération et de possibilités sont offertes à travers la sous-traitance, la fourniture, la co-traitance, la concession, la commission, le partenariat en réseau (Paché et Paraponaris, 1993)....

Si la position de sous-traitant est naturellement plus adaptée aux PME (Paché, 1990), la position d'impartiteur s'adresse principalement aux grandes firmes qui n'auraient plus la maîtrise de l'ensemble de leur activité. Certaines d'entre elles qui n'ont plus une puissance financière suffisante pour faire face à l'ensemble des difficultés cumulées, ni une organisation du travail suffisamment flexible pour faire face à la hausse de la morbidité et de la mortalité du personnel, peuvent trouver un nouvel équilibre en se concentrant sur l'activité spécifique pour laquelle elles sont parfaitement compétitives. Il ne s'agit pas nécessairement d'une position de repli, bien que ce puisse être le cas, mais bien d'une stratégie de collaboration de manière à externaliser un ensemble de soucis et de difficultés que l'entreprise n'a plus les capacités de supporter et de maîtriser. Si la parcellisation des tâches est bien orientée et la spécialisation adaptée au marché, l'efficacité des entreprises augmente lorsque au lieu de disperser leurs moyens entre de multiples activités, elles concentrent leurs efforts d'innovation et d'investissement sur un nombre limité d'opérations cohérentes. On rejoint ici indirectement l'idée développée précédemment selon laquelle la codification des savoirs, la parcellisation des tâches et l'automatisation peuvent pour certaines industries devenir un instrument de pérennité face aux problèmes de production constatés dans les pays à forte prévalence VIH. "*En allégeant les structures, l'impartition supprime certains facteurs de rigidité qui empêchent quelquefois la firme de manoeuvrer rapidement pour s'adapter à des conditions changeantes*" (Barreyre, 1968). L'une des spécificités de l'impartition à laquelle nous attachons un intérêt particulier relève de la mobilité du personnel temporaire mis à la disposition d'une entreprise par des partenaires spécialisés, procurant ainsi une grande souplesse en terme de main d'œuvre. Cela signifie clairement qu'un réseau d'entreprises ou un Groupe d'Intérêt Economique (GIE) appartenant au même secteur, utilisant un ensemble de compétences techniques semblables, bénéficie d'un potentiel d'entraide important, notamment pour faire face aux commandes ou à l'exigence d'un marché. À ce titre, l'impartition équivaut à l'utilisation d'une réserve de travail extérieur, ce qui représente un avantage exceptionnel dans la problématique qui nous concerne.

Avec la production d'économies d'échelle, la disponibilité de main d'œuvre, le gain de productivité, les capacités d'innovation, l'amélioration des performances..., la collaboration en

réseau devient génératrice d'économies externes et facteur de croissance économique. L'impartition est également un stabilisateur de l'emploi et peut contribuer à la restriction des pratiques discriminatoires vis à vis des personnes malades qui sont les premières à être exclues ou licenciées lorsque l'entreprise est confrontée à une période de sous-activité conjoncturelle. Il n'est pas rare de voir deux établissements du même secteur dans une situation opposée, le premier manque d'hommes alors que le deuxième est en sous activité, cependant la situation peut être inversée dans trois mois. Ces conjonctures engendrent du turnover à l'origine de la déstructuration des établissements; la collaboration dans une relation d'impartition permet à un ensemble d'entreprises d'utiliser le personnel selon les besoins de l'un ou l'autre partenaire, dans la mesure de l'adaptabilité des individus au travail qui leur est demandé de fournir. Bien souvent, les activités sont similaires pour des établissements exerçant le même métier et utilisant les mêmes techniques, ce qui facilite grandement l'intégration et l'adaptation technique si le langage et les compétences requis sont semblables.

### **5.3 Stratégie de prise en charge médicale des employés dans l'entreprise**

#### **5.3.1 Rôle des services médicaux d'entreprise**

Sur un plan théorique, le choix d'une politique médicale par une entreprise a un coût mais elle apporte également des avantages, notamment celui de réduire l'absentéisme pour motif médical qui représente aussi une charge. C'est à partir de ce postulat et de l'observation de l'application d'une politique socio-médicale par la firme 1 que l'on pourra comprendre l'intérêt de ce choix en termes économiques ainsi que l'utilisation que l'on pourrait en faire pour atténuer les variations du turnover.

En l'absence d'une socialisation de la prise en charge médicale des individus en Côte d'Ivoire, à l'exception de quelques rares centres médicaux offrant des prestations en partie financées par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS, 1994), les entreprises du secteur public et privé participent parfois et dans des proportions variables au paiement de l'assurance maladie

des employés (Aventin et Gnabéli, 1996). On peut se demander pourquoi la firme 1, dont le coût le plus important est celui des soins, continue de consacrer volontairement des sommes importantes à la prise en charge médicale. Nous suggérons trois réponses possibles et complémentaires à cette interrogation:

- Avant l'apparition du VIH/SIDA, cette entreprise de type international appliquait cette politique qui entre dans la construction de l'image sociale que souhaite donner l'établissement à ses employés mais également aux consommateurs.
- La deuxième raison repose sur la volonté d'employer une main d'œuvre physiquement et moralement saine afin d'obtenir des salariés leurs meilleures capacités au travail. En d'autres termes, en prenant soin de la santé des employés, on diminue l'absentéisme pour raison de santé et on évite les baisses individuelles de productivité.
- La qualité des prestations sociales, et particulièrement l'offre d'une couverture médicale dans un pays où la santé coûte cher (Banque Mondiale, 1993), est fortement appréciée des employés. Cette politique, qui profite à l'ensemble du personnel, diminue les écarts hiérarchiques et renforce les liens sociaux ainsi que la cohésion du travail entre les agents.

L'étude menée à Abidjan ne tient pas compte du facteur d'amélioration de la productivité des employés en fonction de la qualité de la prise en charge médicale. Cela impliquerait une recherche complémentaire difficile nécessitant l'emploi d'enquêteurs dont nous ne disposons pas. Nous supposons donc que la qualité du suivi médical des personnes infectées par le VIH et malades du SIDA influence leur productivité lorsqu'ils sont au travail ainsi que la durée moyenne de présence au travail. L'organisation et les conditions de travail dans les industries en Afrique sont souvent difficiles; le travail posté, le manque d'ergonomie et les horaires ne sont pas favorables aux rythmes biologiques et sociaux des employés (Cassassuce, 1983). Baker a mis en évidence les contradictions existantes entre les besoins de santé des agents et le critère de rentabilité économique à l'origine du travail posté (Baker, 1979).

### **5.3.2 Efficacité des politiques socio-médicales d'entreprise face au VIH/SIDA**

L'infection par le VIH nécessite des traitements médicaux à la fois complexes et extrêmement coûteux. Ils ne sont pas encore disponibles dans la majorité des pays d'Afrique qui, comme la Côte d'Ivoire, n'a pas mis en place de "système de sécurité sociale". Le prix des traitements récents resterait de toute façon inaccessible à la majorité des africains. Cependant, les pathologies associées au VIH, telle que la tuberculose dont la recrudescence est constatée (Braun et al., 1989), peuvent être prises en charge avec des produits antibiotiques génériques dans les pays africains. Sur 265 autopsies consécutives réalisées à Abidjan sur des personnes décédées et infectées par le VIH, la mort est provoquée par la tuberculose dans 36% des cas (De Cock et al., 1992). La tuberculose est la première maladie opportuniste associée au VIH en Afrique. Le suivi des employés tuberculeux par la médecine d'entreprise permettrait une meilleure surveillance médicale des agents ainsi qu'une meilleure compliance, éviterait en partie les chimiorésistances (Vareldzis et al., 1994) et "soulagerait" les Centre Antituberculeux souvent débordés par le nombre élevé de patients. Les travaux de Foster et al. sur la rentabilité d'une politique préventive de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH en Zambie, montrent que la prise d'isoniazide réduit le risque de contracter la tuberculose pour le patient mais également pour son entourage (Foster et al, 1997). Cela est d'autant plus rentable lorsque le risque de contagion est élevé, particulièrement sur le lieu de travail où les collègues d'atelier sont directement menacés. L'action préventive aurait pour effet de diminuer la transmission de la tuberculose et l'incidence et permettrait de rallonger la "vie productive" des travailleurs infectés par la VIH (Pape et al., 1993). De même, l'intervention sur la prévention et le traitement des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) diminue l'incidence du VIH (Grosskurth et al., 1995). La médecine du travail, à la fois préventive et curative<sup>25</sup> a donc les moyens de lutter efficacement contre ces pathologies. La question est de savoir s'il est possible de retarder la date du décès pour les personnes infectées par le VIH et surtout d'apporter au malade un confort

<sup>25</sup>. Initialement, le décret n°65-210 du 17 juin 1965 indique que "le médecin d'entreprise est chargé de dispenser aux travailleurs accidentés ou malades les soins immédiats dont la nécessité apparaît sur le lieu de travail et qui

médical lui permettant d'assurer ses fonctions professionnelles dans de meilleures conditions. Il paraît inévitable qu'il y ait des différences significatives entre un établissement qui ne participe pas à la santé des employés et un autre qui emploie un médecin à temps complet et finance en partie l'assurance maladie des employés. A organisation du travail égale<sup>26</sup>, il convient donc de savoir si en termes de coût mais également de capacité de production, privilégier l'assistance médicale est plus efficace que l'absence de toute participation aux soins des employés. Bien que la majorité des entrepreneurs, interrogés lors des enquêtes, confie que les problèmes de santé des employés ne relèvent pas du rôle de l'entreprise, il n'en reste pas moins que la santé des agents est un outil économique essentiel :

- La présence d'un médecin d'entreprise implique un meilleur suivi médical des employés ainsi qu'un diagnostic précoce des pathologies. Ce constat offre trois avantages. Le premier est de prévenir la maladie par un traitement approprié permettant d'éviter ou de restreindre la durée de l'arrêt de maladie qui, sinon, aurait été nécessaire. Le second permet de prévoir et d'éviter d'éventuelles rechutes si le risque se présente. Enfin, le médecin est à même de prescrire un arrêt de maladie dans les meilleurs délais lorsqu'un employé est contagieux afin d'éviter aux autres agents d'être contaminés, et de fait, de s'absenter également.
- La participation de l'employeur à la couverture médicale des employés facilite l'accès aux soins et évite l'achat partiel de médicaments ou l'interruption d'un traitement que l'agent considère trop coûteux.

Si l'ensemble de ces mesures profite aux employés, elles sont également profitables à l'employeur qui réduit l'absentéisme pour raison de santé. Cela est vrai pour toutes les pathologies, y compris celles associées au VIH. Par ailleurs, concernant les maladies chroniques et fatales, l'espérance de vie des employés dépendrait, entre autres, de ces politiques. Il est délicat d'évaluer les années de vie gagnées ou "corrigées de l'invalidité" (Brunet-Jailly, 1996) concernant le SIDA avec les seuls traitements antibiotiques

---

peuvent être assurés avec les moyens dont dispose l'établissement ...". En pratique, l'ensemble des pathologies des employés sont traités sur le lieu de travail y compris les pathologies non professionnelles.

comparativement aux agents qui ne bénéficient pas d'avantages socio-médicaux sur leur lieu de travail. Dans l'hypothèse où cette différence serait significative, cela réduirait effectivement la fréquence du turnover ainsi que l'absentéisme pour raison de santé, facteur de problèmes relatifs à la cohésion des équipes de travail, notamment dans les usines. Les rapports sociaux seraient également moins perturbés si l'arrivée de nouveaux employés dans l'entreprise était mieux régulée. Le rapport Heilbronner insiste sur l'impact négatif sinon dangereux de l'absentéisme sur les conditions d'exploitation des entreprises, par l'augmentation des effectifs ou le recours à la main d'oeuvre intérimaire, par le sous-emploi des équipements, par la perturbation du cycle de la production (Heilbronner, 1977 (cité dans Thébaud et Lert, 1983). Enfin, la transmission des savoir-faire et l'apprentissage des connaissances tacites seraient grandement facilités si les employés infectés par le VIH et détenteurs de compétences avaient la possibilité de rester à leur poste plus longtemps et dans de meilleures conditions. Les employeurs, qui pratiquent cette politique, précisent par ailleurs que "*les employés gravement malades désirent travailler lorsqu'ils le peuvent et ce jusqu'au décès; le travail représente souvent un moyen de lutter pour la vie*".

### **5.3.3 Discussion sur la rentabilité économique de ces politiques**

#### **5.3.3.1 Comparaison des trois services médicaux d'entreprise**

Si l'on se réfère à l'étude des trois entreprises développée dans le chapitre 2, la comparaison des dépenses médicales (cf. tableau 10 du chapitre 2) est rendue pratiquement impossible en raison de la différence des politiques sociales engagées. En effet, les cas étudiés illustrent trois niveaux de prise en charge des employés malades : la firme 1 offre une prise en charge performante avec un système de mutuelle interne qui fonctionne depuis de nombreuses années, la firme 3 ne participe pas à la prise en charge médicale des salariés à l'exception de la mise à disposition de prêts sans intérêts et remboursables en plusieurs échéances. Cette pratique, courante dans les

---

<sup>26</sup>. Selon Weiss, l'organisation du travail influence l'absentéisme et devient parfois un outil de gestion régulateur des dysfonctions structurelles de l'entreprise, notamment celles occasionées par l'absentéisme (Weiss, 1979).

entreprises en Côte d'Ivoire, est d'ailleurs menée par les deux autres firmes de l'étude. Sur la période étudiée, la firme 2 participe à la prise en charge médicale des agents à hauteur d'un montant plafonné à 15,5 millions de FCFA par an pour 1150 employés en moyenne et leur famille, la participation de l'employeur est alors très faible au prorata des bénéficiaires. Le rôle du médecin consiste aussi à gérer et distribuer les médicaments sur l'exercice comptable en fonction de la disponibilité de ceux-ci. Il est difficile d'évaluer le niveau d'efficacité de ce mode de fonctionnement limité en ressources car, en 1995, la valeur des dons annuels de médicaments par famille d'employé permanent est de: 15,5 M / 1400 agents = 11 000 FCFA environ, contre 107 322 000 FCFA / 290 agents = 370 000 FCFA pour la firme 1, soit 33 fois plus. Le système d'achat et de distribution des produits pharmaceutiques dans l'entreprise 2 repose sur le contrôle et la maîtrise des dépenses de santé engagées et ne dépend pas des besoins ou de la demande du personnel à l'inverse de la firme 1. L'écart entre la participation de la firme 1 et celle de la firme 3 qui n'est pas engagée dans les dépenses médicales des employés illustre les deux extrêmes, sachant que le système de santé de la firme 1 est l'un des plus performants que nous ayons observé à Abidjan<sup>27</sup>.

En l'absence de données concernant le coût de l'absentéisme pour raison médicale, toutes pathologies confondues, avant et après la mise en place d'un système de prise en charge médicale, nous ne sommes pas en mesure de faire une étude comparative. Cependant, il est possible de présenter et d'argumenter les différents paramètres relatifs à cette comparaison. La question du coût ou de la rentabilité reste pour les entrepreneurs le problème central. Nous appuierons notre démonstration, d'une part sur les gains potentiels du choix d'une politique médicale élaborée, d'autre part sur la possibilité de réduire le coût de cette politique.

Nous entendons par politique médicale élaborée pour les établissements de plus de 50 salariés : le suivi régulier des agents par un médecin employé par l'entreprise et exerçant sur le lieu de travail ainsi que l'emploi de personnel infirmier, le bénéfice d'un local tenant lieu de dispensaire

---

<sup>27</sup>. Etude sur les systèmes de santé de 30 entreprises à Abidjan en 1995 et 1996, cf. infra dans le présent chapitre.

avec à disposition les médicaments essentiels et le matériel d'urgence<sup>28</sup>, la participation de l'employeur au paiement de l'assurance médicale des employés afin qu'ils aient accès financièrement aux produits pharmaceutiques<sup>29</sup>. Outre la réduction du coût de l'absentéisme pour raison de santé, ces dispositions doivent permettre de diminuer la perte de productivité des employés qui, même en mauvaise santé, accomplissent leur travail de peur que le salaire de la journée soit déduit en l'absence d'un certificat médical qui implique lui-même une consultation chez un médecin que l'employé doit payer ainsi que les frais de déplacement. A l'opposé de cette situation, la présence d'un médecin d'entreprise régule le comportement des employés qui "abusent des absences pour raison médicale". Par ailleurs, en réduisant la morbidité par un meilleur accès aux soins et aux produits pharmaceutiques, on réduit les flux d'entrée et de sortie du personnel, sinon un dysfonctionnement survient dans l'interconnexion des opérations de travail nécessaires à la réalisation d'un produit ou d'un service à une qualité et en un temps déterminés. La réduction de la fréquence de la mortalité du personnel, ainsi que l'augmentation de la durée moyenne de présence au travail, favorisent la transmission des savoir-faire et l'apprentissage des connaissances tacites propres au groupe.

#### 5.3.3.2. Coût de la perte de productivité induite par le VIH/SIDA et le turnover

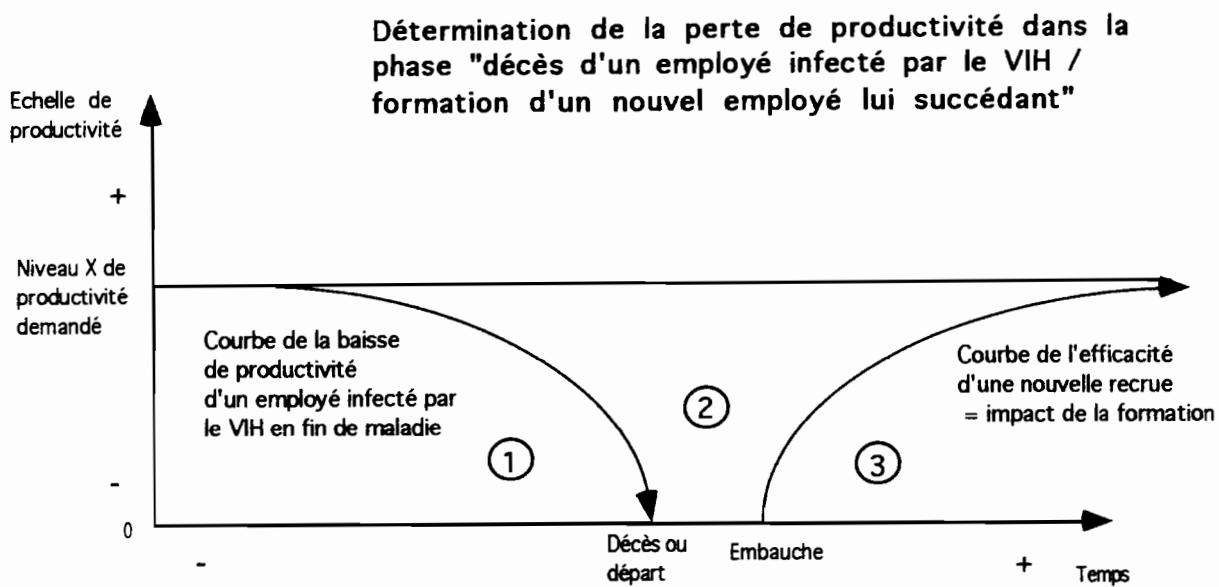
Le développement précédent nous amène à nous intéresser particulièrement à la perte de productivité, et indirectement au coût induit, dans la phase d'affaiblissement de l'employé en poste et infecté par le VIH, ainsi que dans la phase d'apprentissage des nouvelles personnes embauchées destinées à remplacer les agents malades ou décédés.

---

<sup>28</sup>. Liste des produits de première nécessité établie par le droit du travail : Décret n° 67-321 du 21 juillet 1967, portant codification des dispositions réglementaires prises pour application du titre VI "Hygiène et Sécurité - Service médical" de la loi n° 64-290 du 1er août 1964, portant code du travail. Journal Officiel de CI, n°33, 9 juillet 1968. Termes repris dans la modification du Code du travail en février 1995.

<sup>29</sup>. Bien que le droit du travail réglemente la présence d'un médecin et de personnel médical dans les entreprises en fonction du nombre d'employés ainsi que la mise à disposition d'un local, de matériels et de produits de première nécessité, ces conditions ne sont pas toujours respectées par l'employeur. Par ailleurs, la participation de l'employeur au paiement de l'assurance médicale des employés n'est pas une obligation, ni même une recommandation officielle.

Schéma 1:



Le schéma 1 illustre globalement le problème. Si l'on tient compte d'un niveau de productivité moyen par profession ou par employé, nécessaire au bon fonctionnement de l'entreprise, on constate que le coût du remplacement d'un employé malade ou décédé varie selon trois paramètres :

1. La baisse de productivité d'un employé infecté par le VIH et affaibli par les maladies associées au SIDA pourrait croître de manière géométrique (flèche vers le bas). Bien que la progression de la maladie soit variable selon les cas, l'absence de soins appropriés précipite le décès. Cette phase et le coût de la perte de productivité vont donc dépendre de la résistance du sujet, du type d'emploi qu'il exerce (un travail physique éprouvant favorise l'affaiblissement du sujet), de son mode de vie, de son alimentation et surtout de la politique de l'employeur. Ce dernier peut le rémunérer jusqu'au décès ou le licencier lorsqu'il juge que les arrêts de maladie sont trop longs ou trop fréquents. Le degré d'inclinaison de la flèche et sa longueur dépendront de l'ensemble de ces facteurs variables.

2. L'écart existant entre la fin de la première flèche et le début de la seconde représente le temps nécessaire à l'employeur pour embaucher un nouvel agent. Cette période est également extrêmement variable, elle peut être nulle si le marché du travail offre les compétences requises dans les meilleurs délais, elle peut être longue si le travailleur décédé détenait une qualification qu'il est difficile de remplacer en recrutant sur le marché du travail national.

3. Enfin, une fois le recrutement effectué, le temps d'apprentissage, va dépendre de trois facteurs essentiels: la compétence déjà acquise du nouvel employé, le temps d'apprentissage nécessaire pour arriver au niveau de productivité voulu et enfin, la disponibilité et le savoir faire de la personne qui va assurer la formation de l'apprenti. Donc, dans l'absolu, plus le travail est qualifié, plus la perte de productivité ou d'efficacité sera longue.

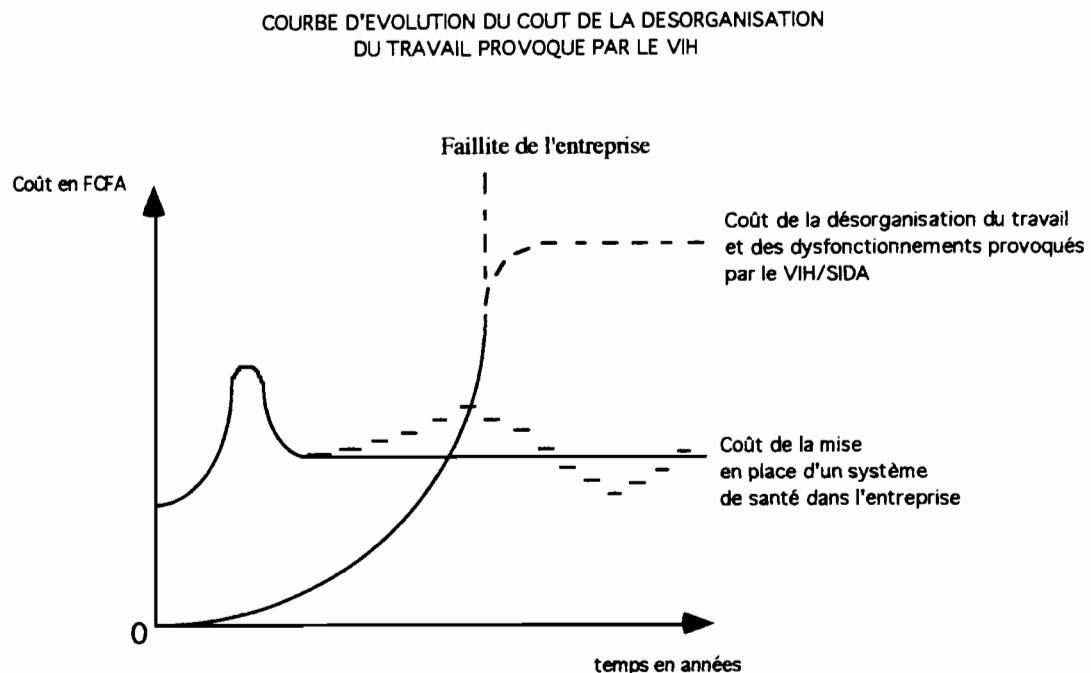
L'apport d'un système de prise en charge médicale dans l'entreprise incluant des services médicaux, régule le coût que nous venons d'évoquer pour plusieurs raisons:

1. L'employé malade suivi médicalement et traité rapidement s'éloigne peu de son niveau de productivité ou moins longtemps.
  2. Il reste plus longtemps en poste.
  3. L'employeur a le temps de recruter un nouvel agent qui sera formé par le malade.
- Lorsque celui-ci sera inapte au travail, il n'y a pas de perte de productivité car la transition et l'opérationnalité de l'apprenti sont immédiats.

#### **5.3.3.3 L'investissement dans la santé des employés contre les malfonctions sur l'organisation du travail**

L'absence de services médicaux d'entreprise génère effectivement un coût. Cette charge est-elle globalement plus importante que le coût d'une assurance maladie et l'emploi d'un médecin d'entreprise ? Il est nécessaire pour cela d'établir une courbe de coût / efficacité. Si comme nous le suggérons les coûts de la désorganisation du travail peuvent être cumulatifs et évolutifs, nous obtiendrions une courbe du type suivant :

Schéma 2 :



Nous ne sommes pas en mesure de déterminer les échelles de temps et de coûts qui varient selon de nombreux paramètres relatifs à la fragilité et la vulnérabilité de chaque entreprise. Cependant, si l'on considère l'hypothèse illustrée par le schéma 2, on s'aperçoit que le coût de la désorganisation du travail est exponentiel jusqu'à la disparition de l'entreprise ou alors on pourrait observer une courbe de type logistique avec une stabilisation à un niveau de coût élevé qui réduit la rentabilité, mais qui peut se stabiliser provisoirement rendant l'établissement beaucoup plus vulnérable qu'en l'absence du VIH/SIDA. La mise en place d'un système de santé, investissement coûteux les premières années, nécessite ensuite une gestion rigoureuse afin de limiter les fluctuations du coût de ce système aux dépens des bénéficiaires que sont les employés (et leur famille). En théorie, le coût de la désorganisation du travail devient à terme plus élevé que celui de la prise en charge médicale, et plus vite le suivi médical et les soins seront disponibles, plus vite les dysfonctionnements provoqués par l'épidémie de VIH seront réduits. Les réactions des entreprises dépendront à terme de l'évolution des cas de figure que suggère ce schéma. Dès lors, le coût du système de santé en entreprise ne peut plus être considéré comme une charge mais comme un investissement dont la rentabilité serait effective après X années.

Afin d'accélérer dans le temps ou d'augmenter la rentabilité de cet investissement, il est important de connaître les possibilités de réduire le coût de la prise en charge médicale des employés à prestations et efficacité égales. Plusieurs mesures sont efficaces et nécessaires :

1. Nous constaterons plus loin que les systèmes d'assurance médicale les plus performants, en termes de coût / qualité des prestations, reposent sur l'organisation interne d'une mutuelle<sup>30</sup>. Au sein d'une entreprise, l'ensemble des employés assurés cotise mensuellement un pourcentage de leur salaire complété par l'employeur. Les rapports 40 / 60 et 20 / 80 sont fréquents. La participation des employés est prélevée à la source sur le salaire et la totalité des cotisations permet de financer les dépenses médicales. Le médecin d'entreprise gère et comptabilise ces dépenses en visant les ordonnances des employés. Cette mesure est généralement 2 à 3 fois moins coûteuse que de faire appel à une compagnie d'assurance professionnelle.
2. Si l'entreprise est dotée d'un dispensaire, le service médical peut s'approvisionner en produits pharmaceutiques courants à la pharmacie centrale de Côte d'Ivoire. Les prix y sont 40% inférieurs à ceux pratiqués dans les officines. Cela nécessite une pièce de stockage dans chaque établissement et une gestion du stock mais les économies effectuées par l'employeur et les employés cotisants sont importantes.
3. Le médecin peut et doit prescrire en priorité les médicaments génériques dont le tarif est inférieur aux produits de marque. Le choix exposé dans le point précédent (2.) facilite la mise en place d'une politique des médicaments essentiels génériques pour l'entreprise.

Les mesures 1. et 2. ci-dessus permettent aux employés d'avoir un recours aux soins sur leur lieu de travail dans les meilleures conditions. Par ailleurs, le service médical maîtrise les dépenses, ce qui favorise la gestion du système de santé et le contrôle des dépenses. La démonstration, bien que théorique, apporte d'une part une meilleure compréhension des coûts induits par le turnover des employés malades ou décédés du VIH; d'autre part, elle justifie par

---

<sup>30</sup> Etude sur les systèmes de santé de 30 entreprises à Abidjan en 1995 et 1996, cf. infra du présent chapitre.

un raisonnement économique et non plus social la nécessité pour l'employeur de s'impliquer dans la santé des agents, en l'absence d'une structure nationale efficace.

#### **5.4 Contribution des services médicaux d'entreprise aux stratégies de développement macroéconomique.**

Après avoir exposé les raisons pour lesquelles la mise en place d'un service médical en entreprise est important pour l'organisation du travail et la qualité de l'activité au niveau micro-économique, nous nous intéressons maintenant aux conditions pour amorcer une telle politique au niveau macro ainsi que les effets d'entraînements sur le développement des nations africaines.

##### **5.4.1 Nature et variété de la prise en charge socio-médicale dans 30 entreprises à Abidjan**

En 1995, nous<sup>31</sup> avons effectué une enquête sur les services médicaux de trente entreprises situées à Abidjan, tous secteurs confondus. De 60 à 11.000 employés, les entreprises sélectionnées, privées ou publiques, évoluent dans des secteurs d'activités aussi différents que la recherche hévéacole, la boulangerie, les soins médicaux ou la fabrication d'articles de mercerie (cf. tableau 1, annexe 1). Pour chaque entreprise dont l'anonymat est conservé, ont été étudié, la présence ou non d'un médecin d'entreprise, du personnel médical et d'une infirmerie; la mise en oeuvre d'actions de prévention sur le lieu de travail contre le VIH/SIDA en faveur des employés; la participation de l'employeur à l'assurance médicale des employés et le niveau de couverture selon l'appartenance socioprofessionnelle des agents (Aventin et Gnabéli, 1996).

---

<sup>31</sup>. L'auteur a été aidé par un enquêteur ivoirien. Chaque entreprise sélectionnée aléatoirement à partir d'une base de données de la Banque des Finances d'Abidjan, a fait l'objet d'un entretien guidé avec le médecin, le responsable du personnel, le directeur ou du personnel para-médical apte à répondre au questionnaire.

#### 5.4.1.1 Médecine du travail et services médicaux d'entreprise

Parmi les 30 entreprises, trois n'emploient pas de médecin, même vacataire, ni de personnel infirmier, et n'ont pas d'infirmerie à la disposition des employés malgré l'obligation légale pour tout établissement d'assurer un service médical ou sanitaire. Cette obligation est faite à tout établissement public ou privé exerçant une activité de quelque nature qu'elle soit en Côte-d'Ivoire et employant des travailleurs salariés. Quatre autres entreprises de l'échantillon n'assurent pas la présence de personnel infirmier ou médical selon les modalités d'exécution de l'obligation faite à l'employeur d'assurer un service médical ou sanitaire à ses travailleurs (cf. annexe 2). Les établissements ne remplissant pas les obligations du code du travail en terme de services médicaux emploient tous moins de 500 salariés. A l'opposé les firmes de plus de 1000 employés emploient un personnel médical et paramédical à temps complet et offrent parfois des infrastructures originales telles qu'une salle d'accouchement ou une salle de mise en observation au sein de l'infirmerie d'entreprise.

On constate par ailleurs que les médecins vacataires assurent des consultations en moyenne deux à trois fois par semaine pour des populations d'entreprises de 250 employés en moyenne. Cela paraît insuffisant d'un point de vue pratique à l'égard du nombre de salariés, sachant que le médecin reste dans la plupart des cas entre 2 heures et une demi-journée par passage dans l'établissement. Le terme de "concours périodique" employé dans le décret n° 65-210 Du 17 juin 1965 pour les catégories d'entreprises 3 et 5 (cf. annexe 2) est trop large et imprécis pour convenir aux circonstances. Cette situation laisse une grande marge d'action à ces entreprises. D'ailleurs, dans notre sélection, la fréquence du passage du médecin vacataire varie aux extrêmes de "2 fois par mois" à "une fois tous les jours". Cette différence est critiquable sur le plan médical, le suivi des patients ne peut être que médiocre et superficiel avec deux passages par mois pour plus de 100 salariés. En outre, cette pratique reste légale car les textes ne donnent aucune indication sur la fréquence des vacations. Au-delà de 100 employés, le passage hebdomadaire du médecin paraît insuffisant. Il n'est pas en mesure d'assurer un suivi sérieux de ses patients ni de faire face aux urgences. Cette mesure n'offre certainement aucune efficacité en

terme de suivi médical, mais permet à l'employeur de respecter les lois et d'assurer à tous ses employés la visite obligatoire annuelle de santé.

Ces insuffisances sont également apparentes pour les entreprises de plus de 1000 employés. La présence d'un seul médecin est inadéquate pour un nombre de salariés trop élevé bien que la répartition des consultations soit organisée en conséquence. Les infirmiers diplômés d'Etat ont souvent un champ d'action élargi et font les diagnostics et les ordonnances au même titre que le médecin d'entreprise pour des pathologies de type courant : paludisme, fièvres, diarrhées... . Cet aménagement permet de décharger le médecin employé à plein temps qui ne reçoit que les "cas graves", c'est à dire les accidents de travail, les maladies de longue durée, les cas contagieux et les urgences. Cela pose évidemment un problème. D'après un médecin d'entreprise, le diagnostic des infirmiers se limite à l'apparition des symptômes et il est donc parfois mal posé. Ainsi un patient infecté par le VIH risque de devoir attendre plusieurs mois avant de consulter le médecin, car pour un cas de diarrhée ou de fièvre épisodique, ce sont les infirmiers qui le traiteront et l'on peut supposer que ceux-ci mettront du temps à soupçonner l'infection à VIH, notamment si les maladies évocatrices sont à intervalles suffisamment irréguliers pour ne pas donner l'alerte. Le patient consulte le médecin seulement lorsque les infections sont rapprochées et résistantes au traitement préconisé par l'infirmier ou lorsque la pathologie est plus grave : pneumonie, tuberculose, hémiplégie... . Dans la plupart des cas, les patients sont diagnostiqués porteurs du VIH au moment où ils ont un SIDA déclaré. Les cas d'agents infectées par le VIH sont parfois dépistés plus rapidement dans certaines entreprises de taille moyenne qui emploient un médecin. Celui-ci a la possibilité et le temps de recevoir ses patients et de les suivre à des intervalles plus réguliers. Le diagnostic est plus précis et la présomption des pathologies plus précoce.

On constate donc la grande variabilité du suivi médical en médecine du travail. D'une part, on observe des situations de politique sociale très élaborées qui relèvent davantage d'une volonté interne de l'entrepreneur, et souvent du groupe international auquel appartient l'entreprise, que des exigences du Code du Travail. D'autre part, on remarque que la loi, qui a entre autres pour

but, dans ce cas précis, de fixer un plancher minimum d'obligations en terme de suivi médical, joue un rôle parfois insuffisant laissant à l'entrepreneur une marge d'interprétation et d'application imprécise. Celui-ci peut en tirer parti sans être inquiété avec l'achat d'une trousse de soins d'urgence et la vacation espacée d'un médecin. L'investissement est insignifiant, le suivi médical inefficace et l'illusion est donnée. On constate finalement qu'il existe un grand libéralisme à ce niveau, voire un certain laxisme, laissant toute liberté à l'employeur du choix de sa politique socio-médicale. Cela est particulièrement vrai pour les entreprises de moins de 250 employés.

#### 5.4.1.2 Assurance maladie et systèmes de remboursement des frais médicaux

La participation de l'employeur à l'assurance médicale des employés n'est pas une obligation. Ces pratiques font parties des avantages sociaux internes aux entreprises et permettent de pallier en partie au système national de protection médicale absent du pays. Les frais médicaux sont coûteux ainsi que les consultations médicales dans les cabinets privés. Certains systèmes de prise en charge des frais médicaux ont été élaborés dans quelques entreprises, d'autres se contentent de faire des avances d'argent remboursables pour les soins. Tous ces traitements sont inégaux selon les établissements, il existe de grandes disparités en terme de prestations pour les entreprises qui bénéficient d'une assurance maladie pour leurs employés. On trouve des entreprises qui s'adressent à une compagnie d'assurance et les employés cotisent pour bénéficier des prestations avec la participation financière de l'employeur (Diagou, 1994). Cette participation varie en général de 20 à 50% du montant de la prime. On constate dans un établissement la prise en charge complète de la prime d'assurance par la firme avec un niveau de couverture à 80%. L'employé prend à sa charge les 20% restants. Les situations sont parfois moins avantageuses, l'employé paye 100% de sa prime d'assurance et n'est couvert qu'à hauteur de 50%. L'apport de la firme se résume à la possibilité pour chaque employé d'accéder à un contrat de groupe, c'est à dire un tarif négocié avec la compagnie d'assurances. Le seul examen des niveaux de remboursement ne permet pas de savoir ce que cela coûte réellement au bénéficiaire.

Des systèmes d'assurance internes existent, ils sont créés et adoptés par les entreprises. Le principe général repose sur la cotisation des employés et de l'employeur pour créer un fonds destiné à la prise en charge médicale des salariés et (parfois) de leur famille. Peu de systèmes de ce genre fonctionnent parfaitement car ils nécessitent une gestion rigoureuse afin d'éviter les abus et les débordements. Cela sous-entend que le système de contrôle médical souvent exercé par les médecins doit être efficace et performant. Le responsable de la mutuelle interne d'une entreprise appartenant à l'échantillon explique que pour les mêmes prestations, une compagnie d'assurance facturerait le double du coût actuel de la mutuelle<sup>32</sup>. La quasi-totalité des entreprises qui n'offrent pas d'assurance médicale aux ouvriers (soit 12 établissements) utilisent un système d'achat à crédit ou des bons de consultation chez un médecin qui permettent aux employés de ne pas avancer d'argent. L'entreprise établit des accords avec des pharmacies, des cabinets médicaux ou des hôpitaux qui collectent les bons des employés et qui les renvoient au service comptabilité ou médical de l'entreprise. Une fois les comptes établis, l'établissement paye les prestataires de santé et se rembourse au prorata, en fin de mois, sur les salaires des employés qui ont bénéficié des prestations.

Des différences existent également au niveau des prestations selon le statut socioprofessionnel des employés. Dans plusieurs entreprises, les cadres sont couverts à 100% ou 80%, les agents de maîtrise et les ouvriers n'ont pas de couverture de santé bien qu'ils en fassent la demande. La raison invoquée est la différence de statut et le coût de l'élargissement de l'assurance à tout le personnel. Les avantages sociaux sont hiérarchisés, à l'exception de 6 établissements qui proposent les mêmes avantages quel que soit le statut professionnel des agents. Il existe cependant des disparités cachées dans certaines de ces entreprises, c'est à dire que la participation de l'entreprise dans l'assurance pour les cadres est de 100%, ce qui signifie que les cadres ne payent pas de cotisation alors que les agents de maîtrise et les ouvriers participeront par exemple à hauteur de 50%. Dans l'ensemble, il apparaît que les cotisations salariales varient

---

<sup>32</sup>. Des devis ont été réalisés pour comparer les coûts à prestations égales, l'entreprise voulait savoir si ce n'était pas plus intéressant d'un point de vue financier de s'adresser à une compagnie d'assurances. Tous les devis proposés sont au-dessus (jusqu'au double) du coût du système actuel.

de 1500 FCFA à 8000 FCFA par mois pour des prestations inégales. Les cotisations des systèmes autofinancés sont moins élevées, à prestations égales, que les primes payées aux compagnies d'assurance.

On retiendra donc que les entreprises qui n'ont pas d'infirmerie ni de médecins, même vacataires, ne sont pas forcément celles qui ont la politique socio-médicale la moins évoluée; car certaines d'entre elles ont choisi de faire sous-traiter les prestations à l'extérieur de l'entreprise et offrent une bonne couverture médicale aux employés. A l'opposé, nous trouvons des firmes qui annoncent des couvertures convenables mais qui ne sont pas toujours étendues à l'ensemble des salariés ou dans lesquelles la participation de l'entreprise est faible laissant ainsi la majorité de la charge des frais médicaux aux employés. Si les pouvoirs publics restent plutôt libéraux sur cette question, les résultats de cette étude permettent de constater la diversité des services médicaux et l'importance plus ou moins grande que leur accordent les employeurs. Ces résultats préliminaires nous incitent à émettre deux remarques: 1. Il existe de grandes différences de qualité et de prestation dans les services d'entreprise, 2. Il faut s'attendre à ce que l'impact socioéconomique du VIH/SIDA varie d'un établissement à l'autre, notamment en ce qui concerne le coût de la participation de l'employeur à la prise en charge médicale des employés, mais également en terme de longévité de vie pour les agents médicalement suivis et ceux qui ne le sont pas.

#### **5.4.2 Nécessité économique et médicale de la réorganisation de la santé en Côte d'Ivoire**

Il est actuellement consternant de constater d'une part, la non disponibilité des traitements contre le VIH/SIDA en Afrique alors que le continent regroupe 60% des adultes infectés par le VIH et 90% des enfants, d'autre part, l'inertie ou le manque de moyens des gouvernements qui nuit à l'efficacité des politiques de lutte contre le VIH/SIDA. Trois des maladies opportunistes susceptibles d'être accessibles au traitement, tuberculose, toxoplasmose cérébrale et septicémie bactérienne, représentent à Abidjan 57% des décès induits par le VIH (De Cock et al., 1992).

Dans la même ville, le service des maladies infectieuses du Pr. Kadio est débordé depuis le début des années 1990, il en est de même dans les Centres Antituberculeux (CAT) qui n'ont cessé de voir croître le nombre de patients. Dès 1990, l'incidence de la tuberculose croissait de 10% par rapport à 1989; la même année, une étude menée en Côte d'Ivoire montrait que 44% des tuberculeux étaient porteurs du VIH contre 26% en 1988 (Tano Bian et al, 1992). Malgré un fonctionnement rodé, les deux CAT d'Abidjan rencontrent des problèmes de moyens liés à la hausse des cas de tuberculose. Cela est constant pour l'ensemble du secteur de la santé car le budget de l'Etat pour ce secteur croît de 2,8% par an de 1981 à 1988, alors que le taux d'accroissement moyen de la population était de 3,6% sur la même période (Tano Bian et al, 1992). Le secteur public qui repose essentiellement sur le budget de l'Etat ne parvient plus à trouver les ressources nécessaires à son fonctionnement.

Il est donc tout aussi important de s'interroger sur l'efficacité des prophylaxies dans la lutte contre le VIH et les maladies opportunistes que sur les difficultés opérationnelles de la mise en œuvre des prophylaxies (Aisu et al, 1995). Cela est vrai en termes de moyens financiers et matériels mais également en terme d'organisation et de mise à profit des structures existantes. Le difficulté réside dans la mise en place d'une politique de santé publique adaptée aux nouvelles pathologies ou à la recrudescence de maladies comme la tuberculose.

Le dualisme existant entre le secteur privé moderne et efficace mais coûteux, donc inaccessible à la grande majorité de la population, et le secteur public, dont les structures et le financement sont insuffisants face à la croissance démographique d'une part et l'infection par le VIH d'autre part, nous amène à réfléchir sur une solution mixte et complémentaire: l'implication et le développement des services médicaux d'entreprise. Ces derniers seraient à la fois financés par le secteur privé (employeurs et employés) et public (parce que les médecins d'entreprises pourraient s'approvisionner en médicaments à la pharmacie centrale, bénéficiant des tarifs de gros ou parce que l'Etat inciterait à la création des services médicaux d'entreprise en proposant par exemple une réduction d'impôt sur les sociétés aux établissements qui rempliraient les conditions nécessaires au bénéfice de cette réduction).

### **5.4.3 Rôle souhaité des services médicaux d'entreprise dans la lutte contre le VIH/SIDA.**

Les services de santé des entreprises ont probablement la possibilité de répondre aux exigences d'une politique de santé publique efficace, notamment en ce qui concerne l'infection par le VIH et les maladies associées. En effet, Malkin suggère trois conditions pour prévenir efficacement la tuberculose en Afrique (Malkin, 1995):

1. L'identification des sujets séropositifs en respectant le droit au refus
2. Sélectionner la population cible, excluant les tuberculeux actifs et les personnes positives à l'Intra Dermo Réactif (IDR).
3. L'acceptation et la rigueur des patients tuberculeux pour suivre un traitement d'une durée de 6 mois. Le suivi médical et les contrôles seraient rapprochés afin d'identifier les éventuelles résistances au traitement.

De telles mesures sont difficilement applicables dans des structures sanitaires parfois inadaptées ou manquant de moyens. Les services médicaux d'entreprise dont la "clientèle" est limitée aux seuls employés et parfois leur famille, ont la possibilité de développer des moyens appropriés pour une population donnée dans un contexte sanitaire déterminé. La flexibilité de ce système de soins, sa délimitation à une population fixe, son financement privé et la participation de l'Etat en font un outil efficace et performant, non dépendant des budgets publics. L'idée de la participation de l'Etat pourrait se présenter sous la forme d'une aide par une défiscalisation partielle ou une participation directe au financement du système de soins mis en place par l'entreprise.

Actuellement, trop peu d'entreprises participent à l'assurance santé des employés à l'exception du secteur public. Une enquête menée à Abidjan auprès de 2064 ménages dans le quartier de Yopougon en 1992 montre que 18,4% des individus déclarent bénéficier d'une assurance médicale et 58% des assurés sont affiliés à la Mutuelle Générale des Fonctionnaires (Touré et

al., 1993). C'est donc dans le cadre de leur statut professionnel public qu'ils bénéficient de cette prestation. Dans le secteur privé, l'octroi d'une assurance pour les employés est plus rare, à l'exception des cadres qui profitent généralement d'une couverture sociale privée financée par l'employeur (Bazin et Gnabéli, 1996).

On constate par ailleurs que la proposition de la mise en place de système de santé dans les entreprises présente essentiellement trois limites:

1. L'installation d'un système de santé même progressif implique un décaissement et donc la disponibilité de trésorerie pour un investissement souvent imprévu. Ce type de politique est difficilement réalisable en période de crise ou pour les firmes en difficultés. En Côte d'Ivoire, la reprise économique actuellement constatée dans le domaine industriel est favorable à la mise en place des services médicaux d'entreprise.
2. Les employés du secteur public et privé, 385 000 personnes en 1990 (DCGTX, 1996), ainsi que leur famille ne représentent qu'une partie non majoritaire de la population active. Ce contexte exclut les actifs du secteur informel, estimé à plus d'un million en 1992 (World Bank, 1994a). Donc, les services médicaux d'entreprise profiteraient seulement à une partie de la population, mais cela favoriserait l'accès aux soins hospitaliers pour les ouvriers par l'intermédiaire de la protection médicale de l'entreprise. En effet, les statistiques montrent que les plus pauvres fréquentent moins les services de santé publics que les plus riches (Bian et al., 1992). Cependant, les plus pauvres appartenant au secteur informel ne bénéficieront pas des avantages de l'assurance médicale professionnelle.
3. Cette politique accentue le rôle parfois paternaliste des employeurs en Afrique (Henry, 1993). La perte de l'emploi pour un employé se traduirait par la perte des acquis sociaux, en particulier l'accès à l'assurance maladie.

Enfin, la réussite d'une telle politique passe par la perception de l'employeur. Celui-ci doit considérer ces aspects de santé non plus comme une faveur envers les employés ou comme un

**aspect secondaire vis à vis de l'activité mais comme un outil économique de la gestion du personnel.**

# **CHAPITRE 6**

## **VI. MESURER ET PREVOIR LES CONSEQUENCES SOCIO-ECONOMIQUES DU VIH/SIDA SUR LES ENTREPRISES**

Dans les chapitres précédents, nous avons d'une part mesuré les coûts visibles de l'épidémie de VIH/SIDA et discuté ses conséquences sur les entreprises, d'autre part nous avons évoqué des conséquences moins visibles mais probablement plus néfastes à moyen terme si les entreprises ne réagissent pas de manière adaptée. A partir des observations et des hypothèses précédemment émises, il serait intéressant de développer des outils de mesure et de prévision des conséquences du VIH/SIDA dans l'industrie. Nous nous proposons donc de réfléchir à l'élaboration de différents indicateurs afin de mesurer plus efficacement les difficultés et dysfonctionnements des entreprises confrontées au VIH/SIDA. Ces indicateurs seront construits à partir de certains éléments structurels des entreprises, d'éléments de politique organisationnelle et sociale. Si vraiment la dynamique de l'épidémie se stabilise ou s'accentue, nous craignons que les contraintes sur les établissements continuent de croître contribuant ainsi à un ralentissement général du développement économique de la Côte d'Ivoire comme c'est le cas dans plusieurs pays africains (Cuddington, 1993b; World Bank, 1992). L'étude de l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA sur les entreprises implique la prise en compte des calculs et estimations démographiques afin de prévoir la morbidité et la mortalité de la population active des entreprises. Enfin, nous terminerons ce chapitre par une réflexion sur des éléments de modélisation de l'impact du VIH/SIDA dans les entreprises mais également sur la nature des stratégies à mettre en oeuvre.

## **6.1 Apport des connaissances démographiques relatives au VIH/SIDA en Afrique**

### **6.1.1 Insuffisance actuelle des connaissances démographiques et épidémiologiques en Afrique**

Les dynamiques des épidémies de VIH en Afrique restent difficiles à déterminer et l'impact démographique du SIDA reste encore méconnu (Garenne, 1996). Ainsi, la majorité des modèles de projection utilisés et appliqués à un pays, une région ou un continent, s'appuient sur l'utilisation de modèles appliqués à des données provenant d'études ponctuelles (Anarfi, 1994). Les projections d'impact de l'épidémie sur les populations africaines restent donc très incertaines pour les raisons suivantes:

1. Il n'existe pas actuellement d'enquêtes de séroprévalence VIH représentative de la population d'un pays africain. *"Or, il en faudrait au moins trois ou quatre à des intervalles de temps réguliers, ou mieux une enquête annuelle, pour bien connaître la dynamique de l'épidémie..."* (Garenne, 1996).
2. Les résultats de prévalences VIH dans un même pays voire dans une même région varient considérablement selon les études, de 1 à 40% chez la population adulte dans le district de Rakai (Ouganda) selon les communes étudiées (Wawer et al., 1991).
3. Les transitions de l'infection au SIDA et du SIDA au décès demeurent également mal connues en Afrique alors que ce sont des éléments importants des modèles.
4. Il existe de nombreuses incertitudes sur l'impact du VIH/SIDA sur la fécondité.
5. Les projections démographiques qui utilisent les données précédemment citées ne peuvent donc pas être fiables. De plus, les prévisions démographiques élaborées sur les données épidémiologiques de routine en Ouganda sont partiellement inexactes, car l'impact démographique est apparu plus tôt qu'ailleurs, et l'impact sur les enfants pour 1996 est plus important que celui qui a été estimé en 1991 (Low-Bear et al., 1997).
6. Les tables de mortalité sont peu précises, voire inexistantes en Afrique et leur exploitation est difficile (Garenne, 1996).

7. Les conséquences du VIH/SIDA calculées en terme d'années d'espérance de vie restent vagues car elles ne tiennent pas compte des différences de vulnérabilité entre individus (critères socio-économiques, médicaux, comportementaux, professionnels ...) (World Bank, 1997).

Ainsi, bien que les modèles démographiques soient incontournables, il conviendra de rester prudent quant à l'interprétation des résultats. Cependant, l'étude de l'impact démographique du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire reste un outil de référence qui permettra d'appuyer les hypothèses qui seront utilisées pour l'élaboration d'outils de mesure des conséquences du VIH/SIDA en entreprise.

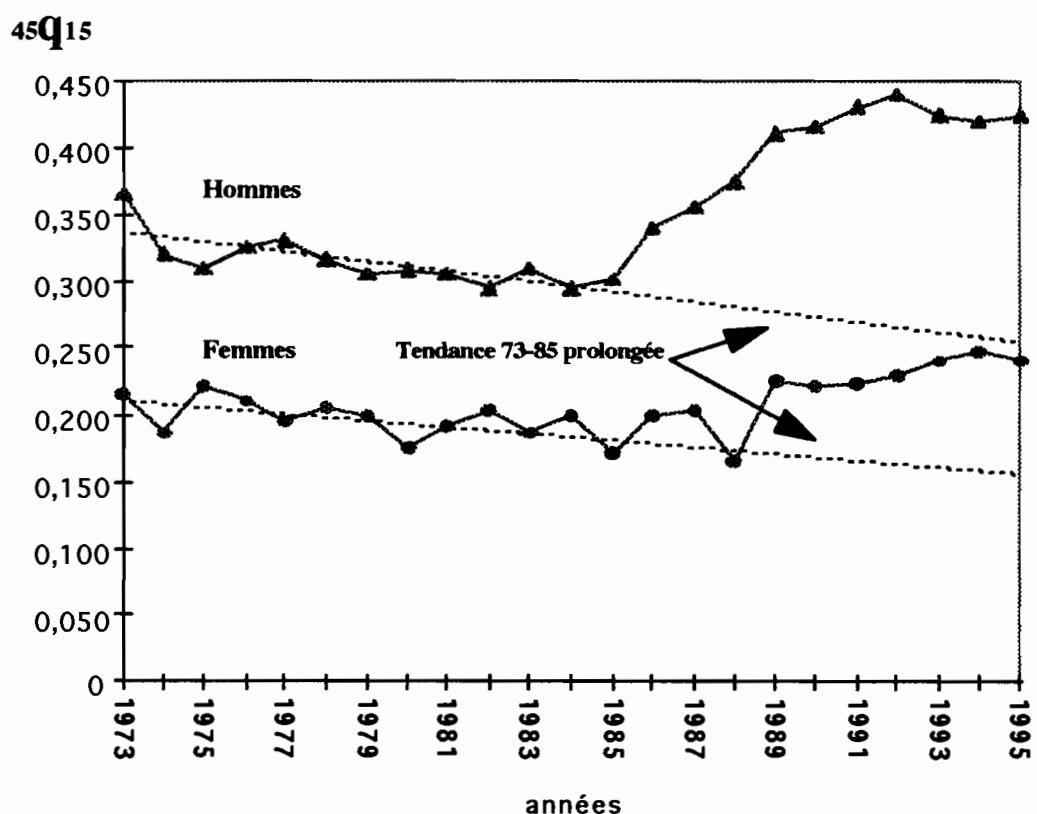
#### **6.1.2 Impact démographique de l'épidémie de VIH à Abidjan**

Les études conduites dans les hôpitaux d'Abidjan en 1988 montrent que l'épidémie de VIH/SIDA était plus forte en terme de prévalence à Abidjan qu'à New-York dès le début des années 1980. A Abidjan entre 1983 et 1988, une augmentation de la mortalité dans les services hospitaliers susceptibles de recevoir des malades du SIDA a été observée alors que ça n'a pas été le cas dans les autres services (De Cock et al., 1989). L'épidémie de VIH à Abidjan n'est donc pas récente, mais il est encore difficile d'en prévoir l'évolution. L'hypothèse la plus plausible semble être celle d'une relative stabilisation. Ainsi, chez les femmes enceintes, la progression de l'épidémie a été très rapide dans la seconde moitié des années 1980, puis s'est à peu près stabilisée à des niveaux variant de 14,8 % en 1995 (Sylla-koko et al., 1995) à 16,2% en 1997 (Diallo et al., 1997a). Garenne montre que la dynamique de l'épidémie diverge selon qu'il s'agit des hommes, des femmes ou des enfants. Chez les hommes, on observe un pic d'incidence en 1987-1988, chez les femmes deux pic d'incidence ont été notés, l'un en 1985 et l'autre en 1991; enfin chez les enfants, 1984 et 1985 représentent deux années de forte incidence (Garenne, 1997). Si l'on arrive à interpréter plus ou moins exactement ces résultats à posteriori, il est très difficile de prévoir l'évolution à moyen et long terme. Qui aurait pu prévoir aux Etats-Unis une augmentation de l'incidence VIH chez les jeunes hétérosexuels de 1990 à 1995 alors

qu'elle diminue chez les homosexuels et les toxicomanes (Joras, 1997) ? De même, à Abidjan, de nouveaux pics d'incidence peuvent survenir à tout moment, ou bien l'épidémie peut se stabiliser, voire régresser comme cela s'est vu en Ouganda (Asiimwe-Okiror et al., 1997; Tarantola et al., 1997).

Cependant, des prévisions sur la mortalité à court terme (quelques années) sont possibles à partir d'une prévalence VIH observée. En l'absence d'informations précises sur l'évolution de l'épidémie à Abidjan et étant donné sa progression actuelle, nous orienterons notre réflexion à partir du modèle et des prévisions déjà établis d'après les informations épidémiologiques et démographiques connues (Garenne et al., 1995).

Schéma 1 : Tendance de la mortalité des adultes âgés de 15 à 59 ans dans la ville d'Abidjan, 1973-1995.



(Garenne et al., 1997b)

Le schéma 1 présente les taux de mortalité de la population adulte d'Abidjan de 1973 à 1995. On observe chez les hommes une légère décroissance du risque de décès des jeunes adultes (45q15, soit la probabilité de décès des 15-59 ans) jusqu'en 1985, puis une augmentation brutale jusqu'en 1992 pour atteindre un pic, avant une stabilisation, voire une légère diminution au cours des dernières années étudiées (94-95) (Garenne et al., 1997). Chez les femmes, la même tendance générale est constatée même si elle est moins prononcée. On observe cependant une exception en 1988 (du fait de la faible qualité des données cette année là). De plus, le pic de mortalité semble se situer plus tardivement, en 1994. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux résultats concernant la population masculine puisque dans les trois entreprises étudiées, plus de 80% du personnel est masculin. La totalité des cas d'infections par le VIH recensés par les médecins d'entreprise sont des hommes.

Les auteurs de l'étude démographique avaient développé un modèle de reconstruction de la dynamique de l'épidémie à partir des données des décès. Les résultats de l'incidence du VIH entre 1986 et 1992 sont présentés dans le tableau ci-dessous.

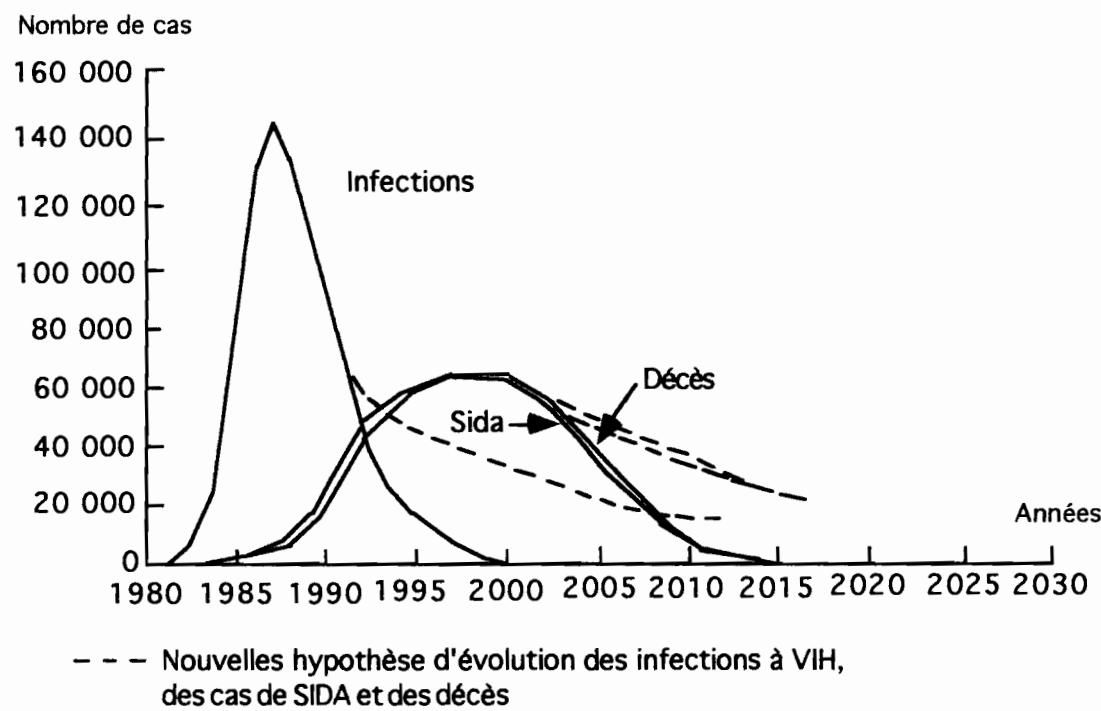
**Tableau 1: Projections de l'incidence et du nombre cumulé d'infections à VIH, de cas de SIDA et de décès attribuables au SIDA au cours des années 1993-2004, Abidjan.**

Années	Incidence annuelle			Nombres cumulés		
	Infections VIH	Cas de SIDA	Décès par SIDA	Infections VIH	Cas de SIDA	Décès par SIDA
1993	3 785	6 410	5 982	115 939	31 217	26 570
1994	2 400	6 817	6 478	118 339	38 034	33 048
1995	1 469	7 137	6 870	119 808	45 171	39 918
1996	870	7 370	7 170	120 678	52 541	47 088
1997	501	7 513	7 379	121 179	60 054	54 467
1998	282	7 574	7 503	121 461	67 628	61 970
1999	155	7 559	7 547	121 616	75 187	69 517
2000	83	7 450	7 505	121 699	82 637	77 022
2001	44	7 188	7 341	121 743	89 825	84 363
2002	23	6 715	7 009	121 766	96 540	91 372
2003	12	6 011	6 471	121 778	102 551	97 843
2004	6	5 122	5 731	121 784	107 673	103 574

(Garenne, 1995)

Les projections à partir de 1993 (tableau 1) ont été sous-estimées. La décroissance de l'incidence des cas d'infection par le VIH était notamment argumentée par la stabilisation observée en 1992. Les données recueillies de 1993 à 1995 et présentées dans le schéma 1 viennent d'ailleurs infirmer les projections initiales du modèle de l'auteur, de même que les récents travaux en épidémiologie qui confirment la propagation continue de l'épidémie de VIH dans la population générale de Côte d'Ivoire (Kassim et al., 1997; Greenberg et al. 1997). Garenne avait d'ailleurs lui-même comparé les données observées et les données prévues par son modèle et conclu que les cas observés sont plus nombreux que les cas prévus par le modèle chez les hommes d'Abidjan âgés de 15 à 59 ans (Garenne et al., 1997). En conséquence, si l'on reprend le schéma initial de la dynamique de l'épidémie établi par l'auteur en 1995 (schéma 2), on peut considérer que la distribution des infections par le VIH prendra une toute autre allure. Les projections en pointillés sur le schéma 2 déterminent une tendance évolutive de l'épidémie qui nous paraît plus plausible.

**Schéma 2:** Distribution hypothétique des infections à VIH, des cas de SIDA et des décès par SIDA, 1980-2026 (d'après Garenne, 1995 p. 118)



A partir de ce schéma qui rappelons-le illustre une progression de l'épidémie de VIH plausible mais hypothétique, nous souhaitons montrer le risque que cette progression représenterait si les entreprises ne réagissent pas aux phénomènes de désorganisation décrits dans la première partie de ce document.

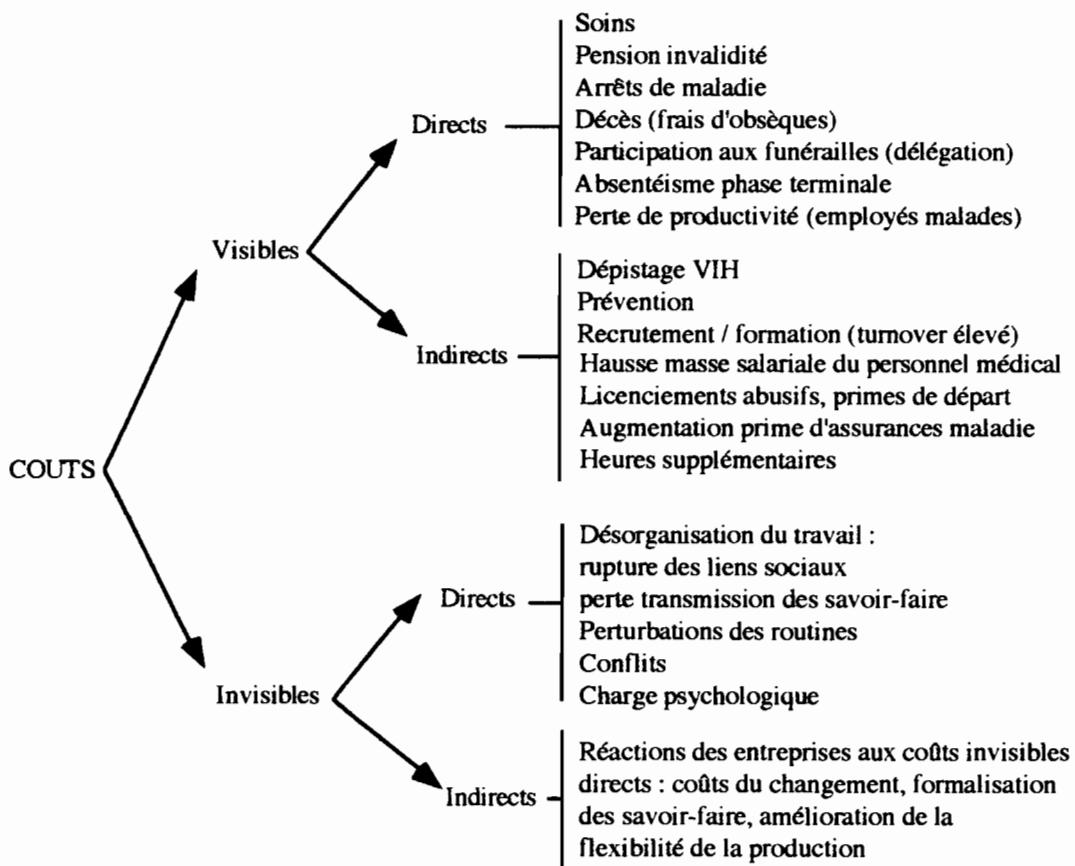
## 6.2 Evolution de l'épidémie et son impact économique dans les entreprises à Abidjan

Il s'agit d'analyser à travers l'évolution de la prévalence VIH/SIDA des adultes de la ville d'Abidjan les différentes caractéristiques de l'impact économique de l'épidémie dans les entreprises de la même ville. Après avoir présenté l'ensemble des coûts induits par le VIH/SIDA en entreprise et notre capacité à les évaluer, nous utiliserons l'analyse rétrospective des décès à Abidjan qui a servi à décrire partiellement l'évolution démographique de l'épidémie depuis les premiers cas de SIDA médicalement recensés en Côte d'Ivoire.

### 6.2.1 Classification des coûts induits par le VIH/SIDA en entreprise

Le schéma 3 présente l'ensemble des coûts directs et indirects, observés ou théoriques. Il reste cependant difficile d'être exhaustif sachant que des impacts indirects invisibles peuvent être découverts ou survenir au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie et des réactions des entreprises.

Schéma 3 : Classification des coûts observés et hypothétiques de l'infection à VIH en entreprise



La visibilité des coûts provoqués par le VIH en entreprise dépend de la difficulté à les identifier, puis les évaluer, notamment pour l'employeur. Les coûts visibles directs sont rapidement perceptibles mais ce sont également ceux qui apparaissent le plus vite. Ils sont constatés peu après l'apparition des premiers cas de maladie ou de décès parmi le personnel. Ces coûts sont

souvent incompressibles selon les différents types de politiques sociales menées par chaque entreprise au-delà de ce qui est imposé par la Convention Collective de Côte d'Ivoire.

Les coûts visibles indirects représentent également des conséquences rapides de la morbidité et de la mortalité des employés mais impliquent parfois un temps de réaction secondaire par rapport aux coûts visibles directs.

Nous avons aussi identifié des coûts invisibles directs, cependant, ils sont peu perceptibles et masqués par le remplacement des agents malades ou décédés, par le turnover; ils ne sont pas à l'heure actuelle pris en considération par les employeurs. Pourtant cette catégorie de coûts pourrait devenir à terme un facteur majeur de perturbation de l'organisation du travail des entreprises.

Enfin les coûts invisibles indirects (1) sont davantage hypothétiques car ils correspondent aux interventions que les entreprises pourraient ou devraient entreprendre pour réagir contre les coûts invisibles directs que nous supposons plus élevés (2). L'engagement volontaire du coût (1) dans le cadre d'une stratégie d'entreprise de lutte contre le SIDA a un sens si:

- (1) < (2).

- (1) supprime (2) ou réduit (2) de manière à ce que (1) + (2)\* < (2) si rien n'est fait.

(2)\* constitue la partie de (2) qui n'a pu être éradiquée par la mise en oeuvre de (1). On doit tenir compte de l'hypothèse selon laquelle le coût (2) peut à terme provoquer la faillite de l'entreprise par la désorganisation du travail.

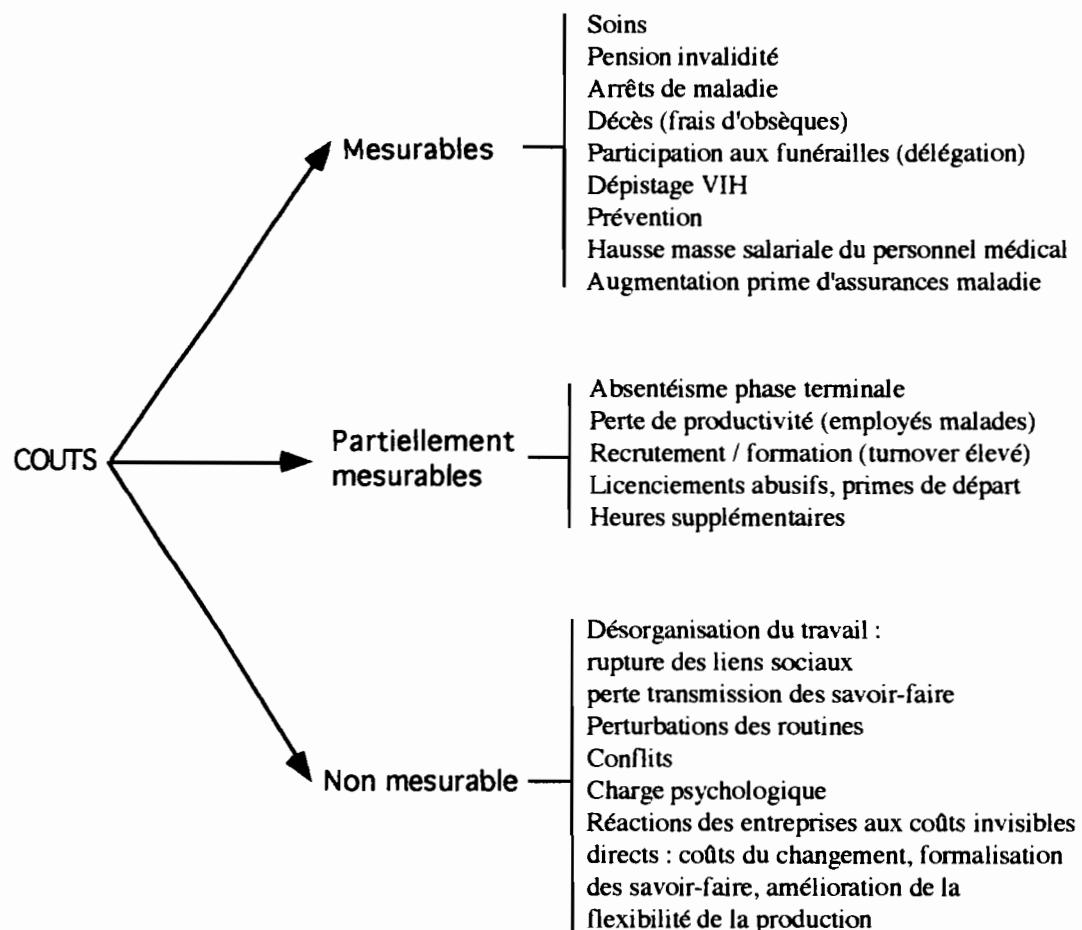
Le cas où (1) > (2) n'a pas lieu d'être sauf si le coût 1 est supportable et n'a pas d'effet désorganisationnel pouvant provoquer la faillite de l'entreprise comme le coût 2 (hypothèse peu probable).

Cette présentation qui résume ce que nous avons observé ou supposé à partir des observations implique un déroulement dans le temps avec des étapes bien précises qu'il nous faudra déterminer et expliquer. Cependant, avant d'évoquer toute relation au temps des conséquences

de l'épidémie de VIH observées dans quelques entreprises d'Abidjan, il paraît indispensable de donner des précisions quant au caractère précis et fiable de nos observations sur les coûts. Certains ont été parfaitement observés et mesurés, d'autres sont difficilement mesurables et certains ne le sont pas encore (schéma 4) car nous avons:

1. Identifié un impact théorique mais impossible à mesurer fiablement en terme de coûts.
2. Anticipé l'application de mesures organisationnelles ou stratégiques qui n'ont pas forcément été observées mais qui nous paraissent incontournables dans les futures stratégies d'entreprises contre le VIH/SIDA.

**Schéma 4: Mesure des conséquences observées et hypothétiques de l'impact économique du VIH (en entreprise).**



Les coûts visibles appartiennent tous aux catégories "mesurables" et "partiellement mesurables", les coûts organisationnels et ceux, hypothétiques, des politiques contre les effets néfastes du VIH/SIDA en entreprise ne sont pas mesurables de façon fiable.

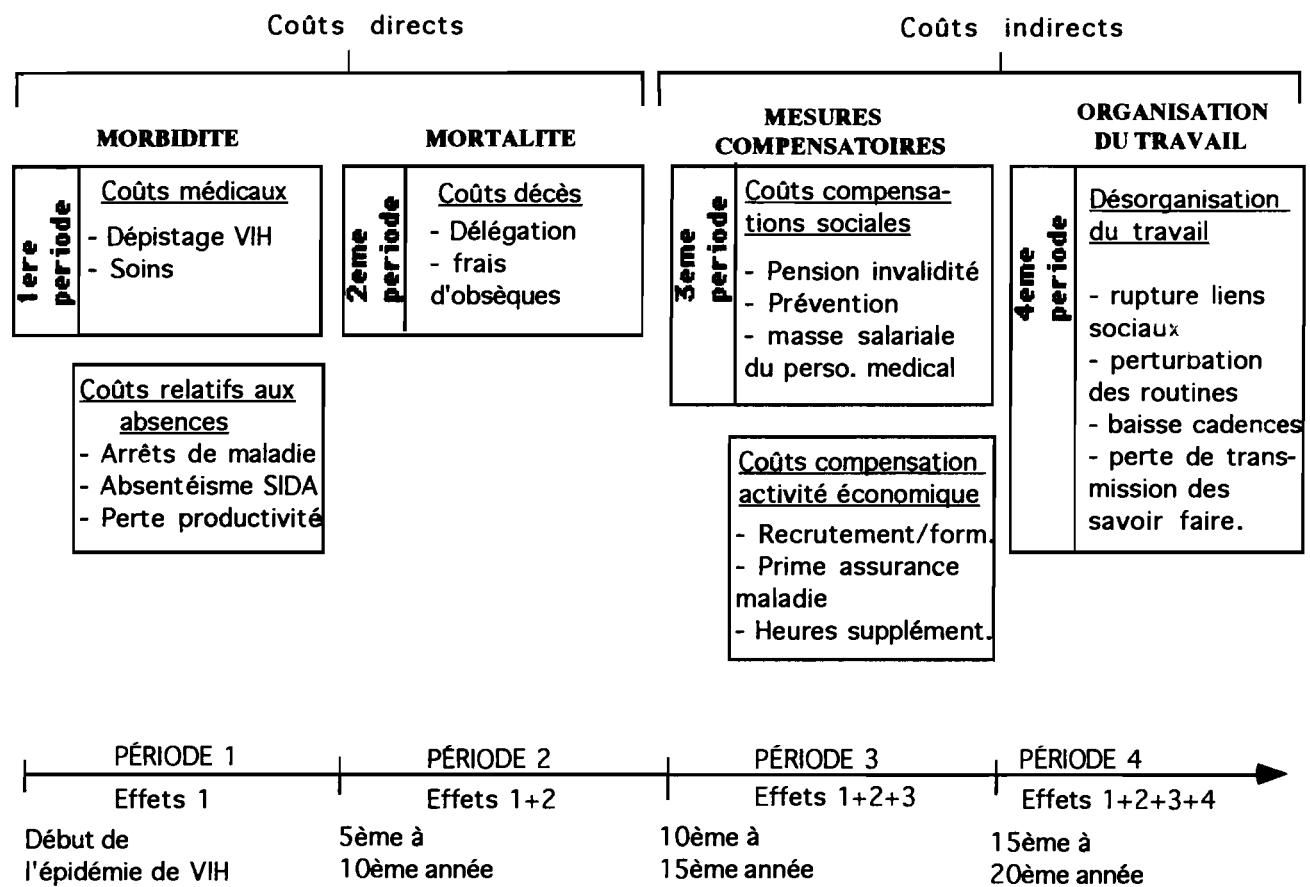
Par ailleurs, nous mentionnons un coût "charge psychologique" que nous n'avons pas abordé auparavant. Il s'agit d'un coût potentiel qui se traduirait par une baisse collective de productivité parce que les agents sont affectés par le décès d'un collègue de travail, d'un membre de leur famille, parce qu'ils ne sont pas satisfaits de la politique socio-médicale de l'entreprise ou simplement parce qu'ils ont peur de contracter la maladie sur le lieu de travail. Cette charge psychologique se manifeste par l'apathie des employés ou par des tensions qui surgissent peut-être plus rapidement. Dans les deux cas, la situation est nuisible à la performance de l'entreprise. Ce coût pourrait être classé dans ce que Farnham (Farnham, 1994) appelle un "coût non monétaire". Cependant, il se répercute de façon monétaire en terme de dysfonctionnements provoqués par les changements de comportement ou les sentiments de méfiance des employés dans l'entreprise. Nous considérons donc que ce coût est monétaire mais non mesurable.

#### **6.2.2 Apparition linéaire des coûts du VIH/SIDA en entreprise**

Le schéma 5 ci-dessous présente la succession des effets du VIH/SIDA en entreprise sur un mode linéaire et permet de saisir de façon globale la relation existante entre la dynamique de l'épidémie et ses conséquences sur l'activité des entreprises comme nous l'avons observé à Abidjan.

Schéma 5:

**Linéarité et cumul des coûts dans leur ordre d'apparition dans le temps**



Il serait bien sûr trop catégorique d'affirmer que ce schéma suffit à comprendre les mécanismes de l'impact économique du VIH sur les entreprises. Nous avons volontairement présenté des espaces temporels variables, car l'impact du VIH sur une firme varie selon différents facteurs propres à chaque établissement tel que la politique sociale, l'organisation du travail ou encore par exemple le taux de fréquentation des prostituées par les employés. L'ensemble de ces facteurs module l'impact du VIH/SIDA sur chaque établissement, ainsi la linéarité présentée dans le schéma 3 n'est pas figée, cela est d'autant plus vrai que nous suggérons le caractère cumulatif des effets du VIH/SIDA sur l'organisation du travail (cf. schéma 3, période 4). Cela signifie par exemple qu'une prévalence VIH stabilisée mais non décroissante sur une période de plusieurs années peut entraîner une diminution croissante de la performance des entreprises qui n'arrivent pas à juguler les problèmes relatifs au turnover du personnel malade. Ce risque est

d'autant plus réel que la décroissance simulée à Abidjan des cas d'infections à VIH de 1993 à 2004 laisse apparaître une croissance des décès du SIDA jusqu'en 1999 puis une très lente décroissance jusqu'en 2004 (cf. tableau 1). Les décès du SIDA, s'ils représentent une menace pour les entreprises, ne pourront être maîtrisés avant long terme. Il suffit cependant parfois d'un seul décès, celui d'un homme-clé irremplaçable dans l'urgence pour mettre un établissement en difficulté.

La période 1 fait référence à l'apparition d'une forte morbidité induite par le VIH/SIDA. En Côte d'Ivoire, on peut assimiler cette période aux années 1985-1988. Etant donné la faible espérance de vie lorsque le SIDA se déclare chez les personnes infectées par le VIH en Afrique, la période 2 succède très rapidement à la période 1 avec une augmentation très nette des cas de décès. Cette situation a été ressentie à la fin des années 1980 selon les médecins d'entreprises avec qui nous avons travaillé. Cela est d'ailleurs confirmé par la courbe des décès à Abidjan (cf. schéma 2). Les mesures compensatoires dans la période 3, c'est à dire les réactions des entreprises aux coûts provoquées par la morbidité et la mortalité font leur apparition dès la fin des années 1980 pour les établissements les plus sensibles à ce problème. Que ce soit la prévention ou la réorganisation des services médicaux d'entreprise, les firmes réagissent peu face au VIH/SIDA. Il n'existe pas jusqu'en 1997 de mouvement de masse de la part des entreprises, les initiatives restent isolées même si la prise de conscience du VIH/SIDA se généralise dans le monde des entreprises à Abidjan<sup>33</sup>. Les pratiques discriminatoires qui n'apparaissent pas dans le schéma 5, parce que non évaluables en terme de coûts, font également partie des réactions d'entreprises, il reste cependant difficile d'en mesurer l'ampleur. La période 4 débute en 1995 et 1996. Les effets de la désorganisation du travail induits par le VIH/SIDA sont récents et certaines observations dans les trois entreprises étudiées suggèrent que cet impact existe (cf. chapitre 4). Ces conséquences sont étroitement liées à l'incidence des décès dans la population des entreprises. Si l'on tient compte du schéma 2, on constate que les décès atteignent un pic sur la période 1996-2002, avec après cette date une décroissance des décès probablement moins rapide que ce que le modèle annonce (cf. supra). La désorganisation provoquée par le VIH/SIDA dans

<sup>33</sup>. Entretien téléphonique en novembre 1996 avec le représentant du patronat français en Côte d'Ivoire.

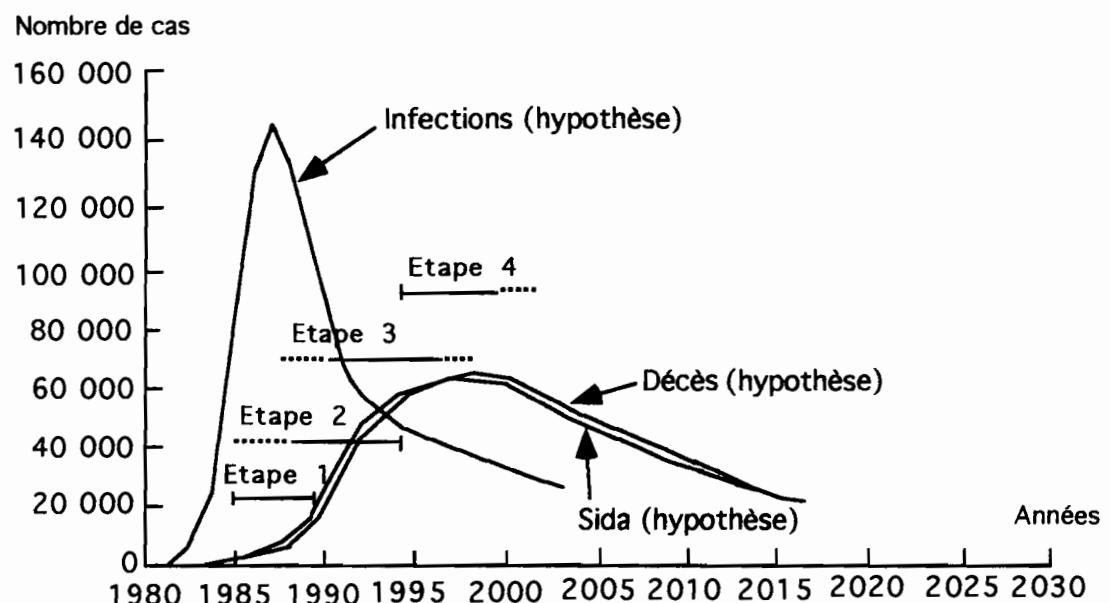
les entreprises est à venir, les réactions des entreprises à cette menace doivent être étudiées. Elles n'apparaissent pas dans le schéma 5, mais il s'agit des réactions des entreprises aux coûts indirects invisibles (cf. schéma 4). Ces réactions sont hypothétiques et encore non observées puisque la période concernée est seulement entamée. Il est donc difficile de dire à quel moment les entreprises réagiront à des problèmes qu'elles n'ont pas encore identifié ou dont elles n'ont pas mesuré l'ampleur pour l'avenir. Cette phase dépend encore largement de l'évolution de l'épidémie de VIH/SIDA et des réponses de la communauté à cette épidémie. Etant donné les difficultés rencontrées dans la modification des comportements sexuels (Lamptey et Goodridge, 1991) en milieu urbain et la lente assimilation des messages de prévention à Abidjan (Deniaud et al., 1997), nous avons opté pour une hypothèse de croissance continue des décès jusqu'en 2000 (schéma 2), puis une stabilisation avant d'atteindre une décroissance lente.

#### **6.2.3 Comparaison de la dynamique de l'épidémie aux conséquences du VIH/SIDA en entreprise à Abidjan**

Ainsi, en superposant la dynamique de l'épidémie de VIH sur la base du modèle démographique (cf. schéma 2) et l'évolution des conséquences du VIH/SIDA dans le secteur industriel à Abidjan, nous obtiendrions une situation du type suivant:

Schéma 6:

**Comparaison dynamique de l'épidémie / étapes des effets du VIH/SIDA  
en entreprise - Abidjan.**



Les étapes sont superposées pour une meilleure lecture sans aucune correspondance sur l'axe des ordonnées. On remarque qu'elles se succèdent rapidement, bien que l'impact du VIH/SIDA sur les entreprises semble peu homogène et irrégulier dans le temps, c'est la raison pour laquelle les périodes sont prolongées par des pointillés. La question est donc de savoir si les entreprises sont en mesure de supporter les contraintes relatives aux décès et départs des salariés malades du SIDA et combien de temps elles seront capables de le supporter. En effet, malgré une hypothèse de stabilisation ou de décroissance des décès du SIDA à Abidjan à moyen terme, rien ne permet de prédire une diminution des contraintes posées aux entreprises notamment si comme nous l'avons explicité précédemment les effets du VIH/SIDA sur le fonctionnement des établissements est cumulatif (chapitre 4). Par ailleurs, sachant qu'il faudra plusieurs années pour former les successeurs des agents décédés (qualifiés), il convient de prévoir un effet décalé dans le temps de la diminution des problèmes posés par la perte des savoir-faire.

Une fois la relation entre la dynamique de l'épidémie et les conséquences du VIH/SIDA en entreprise schématisées, il s'agit de déterminer les critères qui fragilisent ou avantagent un

établissement face au VIH/SIDA. Nous avons déjà abordé la plupart de ces éléments dans les chapitres précédents. Nous nous proposons de reprendre ceux d'entre eux qui nous semblent primordiaux et de les paramétrier pour former des indicateurs qui permettront d'établir un niveau de vulnérabilité des entreprises face au VIH/SIDA.

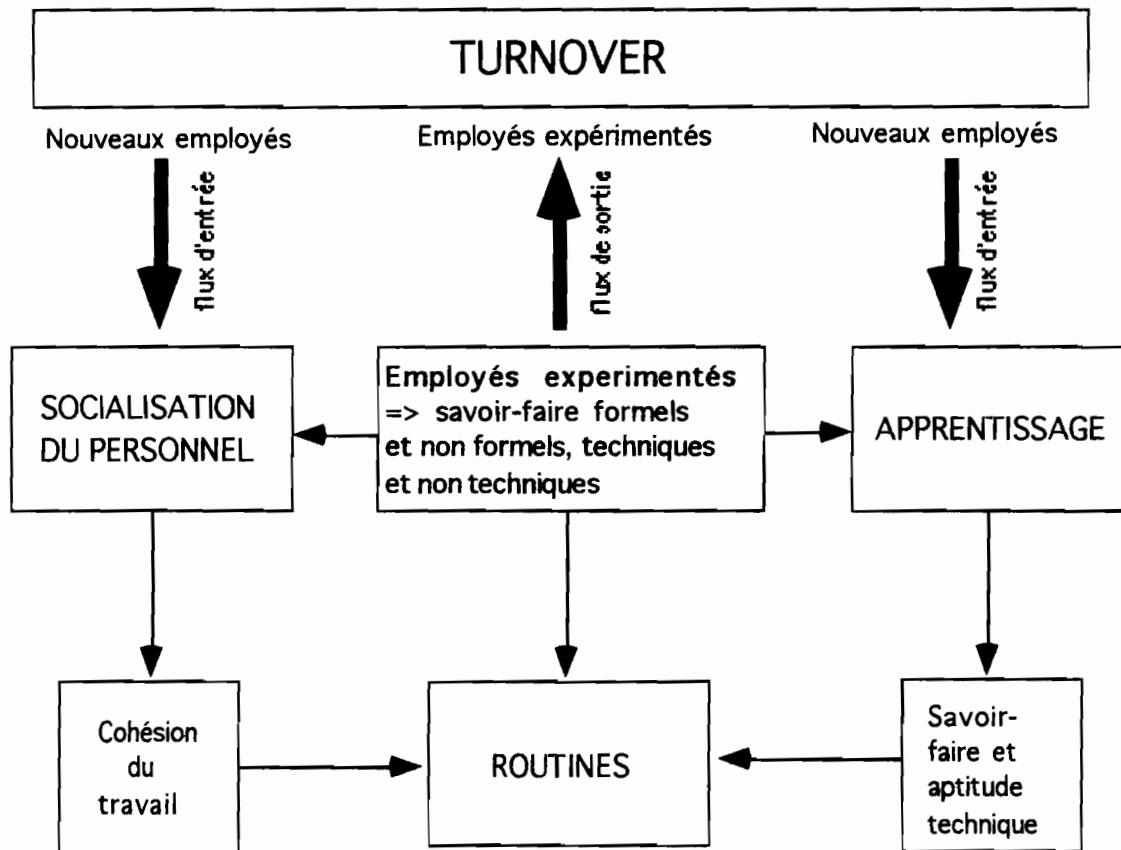
### **6.3 Facteurs de vulnérabilité des entreprises face au VIH/SIDA**

#### **6.3.1 Rappel du processus de désorganisation du travail**

Le schéma 7 synthétise la réflexion développée dans la chapitre 4 et rappelle le rôle important que joue le turnover sur la perturbation de la socialisation du personnel, de l'apprentissage et des routines. Il existe cependant des entreprises qui fonctionnent avec un turnover parfois très élevé, on peut alors se demander pourquoi soudainement une hausse du turnover affecterait le fonctionnement et les capacités de reproduction des entreprises. La réponse provient de la nature du turnover. Généralement, la rotation du personnel est largement maîtrisée par l'employeur. Si une catégorie d'employés quitte régulièrement un établissement, cela signifie que rien n'est fait pour les retenir: l'amélioration des conditions de travail, une hausse des salaires ... . L'employeur estime que ce turnover ne fait pas obstacle à son activité. Par contre, lorsque la maladie et le décès affectent aléatoirement les employés, y compris les plus qualifiés, ceux que l'employeur souhaite garder à son service, il n'existe pas d'alternative autre que le recours au marché du travail. Le départ des salariés n'est plus contrôlé ni contrôlable. Cette différence majeure implique que le turnover induit par le VIH/SIDA doit faire l'objet d'une attention toute particulière.

Schéma 7:

**IMPACT DU TURNOVER (INDUIT PAR LE VIH/SIDA)  
SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL**



Le remplacement des employés malades ou décédés laisse penser à l'employeur que l'activité sera peu affectée car le nombre d'employés reste stable dans l'établissement. Cependant, durant l'apprentissage, les capacités professionnelles des nouveaux salariés sont inférieures à celles des personnes qu'ils remplacent. Ce décalage varie selon le niveau de qualification des postes, la fréquence du turnover, la capacité d'adaptation des nouveaux employés, leur compétence ou leur expérience professionnelle, et la durée qui sépare le départ ou le décès d'un employé à l'arrivée de son successeur. L'ensemble de ces facteurs et leur variation en terme de durée et de fréquence peuvent affecter les entreprises de façon significative.

Si l'on s'occupe maintenant de déterminer l'ensemble des contraintes précédemment énumérées sous forme de facteur de vulnérabilité, on pourrait obtenir un ensemble de paramètres utiles à la

mesure de l'impact du VIH/SIDA sur les capacités de production et de reproduction des entreprises.

### **6.3.2 Vulnérabilité des entreprises à la perte des compétences**

Le décès ou le départ des employés infectés par le VIH ne pose pas les mêmes problèmes selon l'expérience acquise des agents et le poste qu'ils occupent dans l'entreprise. L'objectif est d'estimer les conséquences de la perte des employés en fonction du rôle qu'ils avaient dans l'entreprise.

#### **6.3.2.1 Mesurer les pertes de compétence dans les entreprises**

Il s'agit de déterminer les pertes des compétences avec le départ ou le décès d'un ou plusieurs employés. Ainsi, nous tiendrons compte du:

1. niveau de compétence des employés licenciés ou décédés
2. nombre d'employés licenciés ou décédés sur une période donnée

Les résultats obtenus à partir de ces deux critères permettent d'établir sur une échelle de compétence l'impact sur la perte du personnel à la fois qualitativement avec la mesure de la qualification et quantitativement avec le nombre de départs ou de décès par type de qualification.

A titre d'illustration, voici présenté ci-dessous un tableau fictif des décès ou départs liés au VIH/SIDA de 1989 à 1996 dans une entreprise de 185 employés:

**Tableau 2:** Exemple de présentation des cas de décès/départs (VIH) selon la CSP<sup>34</sup> et le niveau de compétence des employés.

CSP / Coefficient de compétence	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ouvriers peu ou pas qualifiés	5	1								
Ouvriers qualifiés / spécialisés			5		2					1
Agents de maîtrise				1			2			
Cadres								1		
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Ce type de présentation fait intervenir deux paramètres que l'on croise. Le résultat a pour objectif de montrer que le seul découpage par Catégorie socioprofessionnelle (CSP) a peu d'intérêt car l'employé le plus qualifié ou le plus indispensable n'est pas un cadre mais un ouvrier qualifié comme nous l'avons rencontré dans le cas de la firme 3 où le décès d'un conducteur de chaudière a provoqué d'importants dysfonctionnements dans l'entreprise (cf. chapitre 2 et 3). Un indicateur de compétence pourrait être déterminé à partir de trois critères que nous pensons être fondamentaux et spécifiques aux marchés du travail africains:

1. Niveau de qualification acquise par la formation
2. Niveau de qualification par apprentissage dans l'entreprise
3. Disponibilité des compétences sur le marché du travail

Le choix de ces trois critères est argumenté par rapport à ce que nous avons observé dans les trois entreprises étudiées. Les employeurs considèrent les formations théoriques insuffisantes et l'apprentissage, imposé à la majorité des employés y compris les cadres (périodes d'essais), joue un rôle majeur dans les industries que nous avons étudié. Certaines qualifications sont parfois inexistantes sur le marché du travail et leur besoin nécessite une formation complète dans l'entreprise. L'investissement sur ces employés est coûteux et rend par là-même ces salariés indispensables au fonctionnement de l'établissement.

<sup>34</sup>. Catégorie Socioprofessionnelle

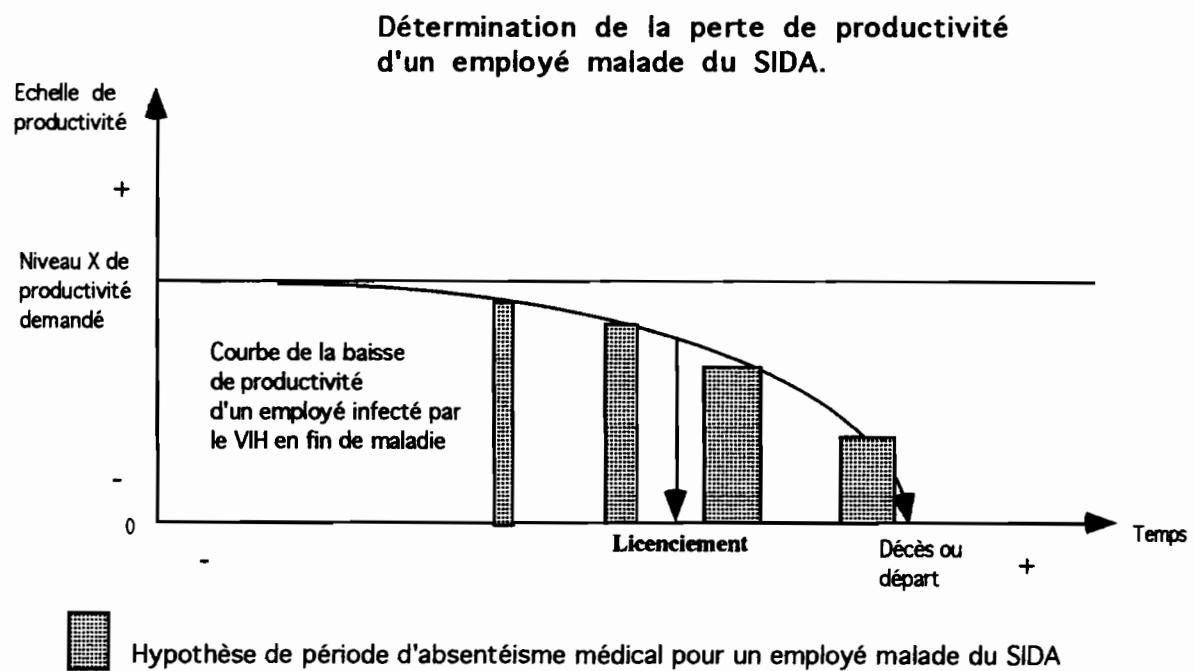
Les entreprises qui emploient un nombre important de personnes qualifiées avec une compétence propre à l'établissement, sont d'autant plus vulnérables à la disparition de ces personnes ressources.

### 6.3.2.2 Eléments de mesure des pertes de productivité

Une fois le nombre d'employés et leur niveau de compétence déterminés, il s'agit d'entreprendre la mesure des pertes de productivité ou d'efficacité liées d'une part à la maladie, d'autre part au décès. Nous reprendrons l'utilisation du schéma 2, chapitre 5, en le déclinant selon les cas de figure que nous allons exposer.

1. Nous nous intéresserons d'abord aux pertes de productivité provoquées par l'absentéisme ou la perte de capacité des employés en activité infectés par le VIH/SIDA. Le schéma 8 offre une visualisation des différentes situations rencontrées:

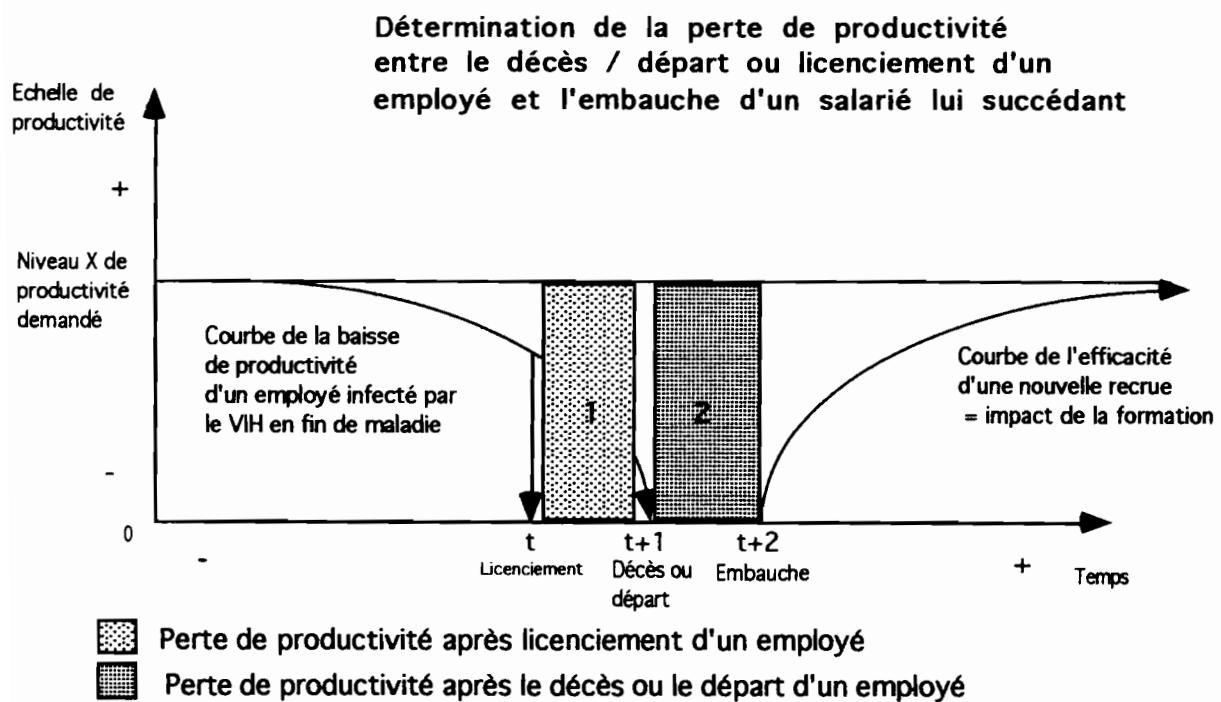
Schéma 8:



L'affaiblissement d'un employé malade se traduit par une courbe décroissante par rapport au niveau de productivité du même employé lorsqu'il n'était pas malade. En fond plein, sont matérialisés les différents arrêts de maladie du malade en supposant que les arrêts de maladie sont plus fréquents et plus longs jusqu'au décès. Cette hypothèse est tendancielle et n'exclut pas les décès après la première pathologie associée à l'infection par le VIH. De même, l'employé peut également retrouver après un arrêt de maladie et après rémission un niveau de productivité X pendant plusieurs mois. C'est la raison pour laquelle, la mesure de la fréquence et de la durée des arrêts de maladie des employés ayant le SIDA permet d'obtenir un indicateur moyen précieux sur ce point. La politique du personnel de chaque établissement joue un rôle majeur dans cette mesure. Lorsque les employés malades sont licenciés (flèche verticale sur le schéma 8), quelque soit le motif, on obtient une diminution de la perte de productivité de l'employé malade. Cela aura d'autres conséquences négatives sur la phase suivante.

2. Il s'agit maintenant de mesurer les pertes de productivité entre le moment où l'employé malade décède ou est licencié et le moment où un autre salarié sera embauché pour lui succéder.

Schéma 9:

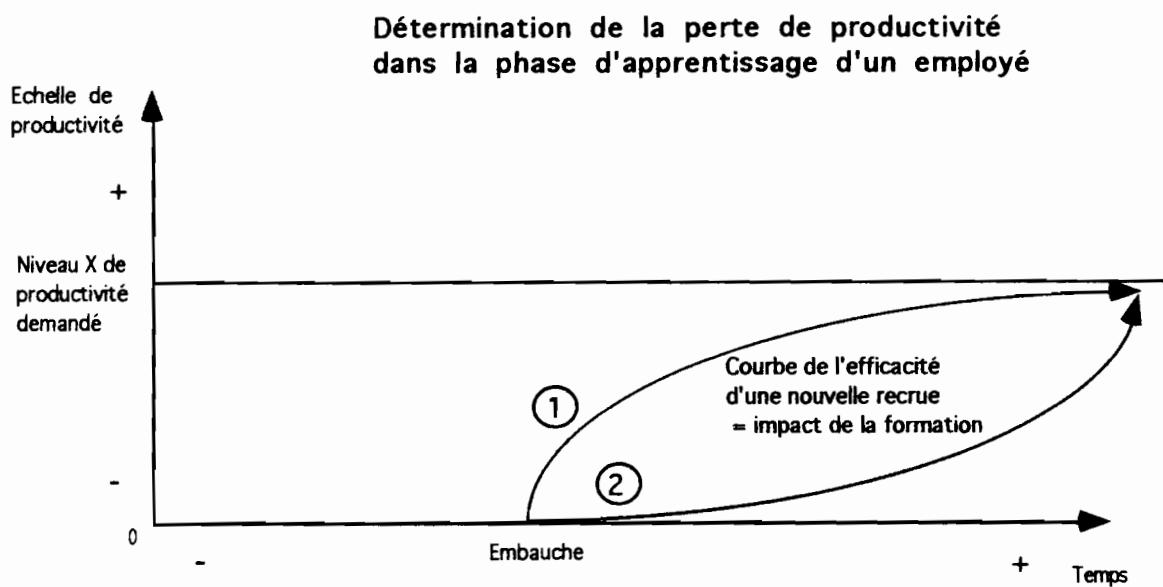


Les périodes ombrées, représentées ici à proportion égale, varient selon le niveau de qualification de l'employé, selon la disponibilité d'un remplaçant compétent sur le marché du travail et selon d'autres facteurs tel que par exemple la proposition de salaire ou les négociations sur les conditions de travail. Nous avons choisi de mettre en valeur dans le schéma 9 la différence de perte de productivité entre un salarié licencié lorsqu'il est malade du SIDA et un salarié embauché jusqu'au décès. Dans les deux cas, l'employeur recherche à remplacer ou soutenir l'employé malade au moment t. Donc lorsqu'il y a licenciement, les périodes 1 et 2 s'additionnent mais cela n'est pas valable pour les agents non qualifiés qui sont immédiatement disponibles sur le marché du travail, auquel cas les périodes 1 et 2 n'existent pas. Dans les autres cas, le licenciement d'un employé qualifié ne permet pas à celui-ci de transmettre son savoir-faire au nouvel employé (cas où les périodes 1 et 2 se superposent). En effet, si le décès ou le départ (par exemple au village) est pressenti par l'employeur, celui-ci peut embaucher une deuxième personne sur le poste afin de soutenir l'employé malade et de faciliter l'adaptation du nouvel employé par l'apprentissage. Cela occasionne pour une durée limitée le coût de deux salaires pour un même travail, mais cela aurait été de toute façon nécessaire: en supposant que le nouvel agent entre dans l'entreprise après le décès ou le départ de la personne qu'il doit remplacer, un employé de l'entreprise devra lui consacrer du temps pour lui enseigner le métier. Si cela est mal fait ou si l'agent chargé de l'apprentissage du nouveau venu doit aussi accomplir son travail, la période d'apprentissage et d'adaptation n'en sera que plus longue et se traduit par une perte de productivité (cf. schéma 10).

Ainsi le gain de productivité qu'un employeur pense avoir obtenu sur un licenciement (avant le décès et les arrêts de maladies fréquents) est perdu dans la phase de recherche d'un successeur et lors de l'apprentissage de celui-ci (schéma 9 et 10).

3. La troisième phase consiste à mesurer les pertes de productivité lors de la phase d'apprentissage et d'adaptation d'une nouvelle recrue.

Schéma 10:



De nombreux facteurs vont influencer la rapidité ou la lenteur avec laquelle cette période va s'écouler avant que l'agent en question n'atteigne le niveau de productivité qui lui est demandé. Il s'agit bien sûr de son niveau de qualification, de son expérience professionnelle, mais également d'éléments que l'employeur ne maîtrise pas toujours comme son intégration sociale dans un groupe de travail. Là encore le licenciement des employés malades joue un rôle important car d'après le témoignage d'un chef d'entreprise, l'intégration d'un nouveau venu par le groupe sera plus aisée lorsque celui-ci aura travaillé en binôme avec la personne qu'il doit remplacer que lorsqu'il est imposé par la direction après un licenciement mal perçu par les autres salariés. Ainsi l'acceptation du nouveau venu par le salarié qui doit être remplacé est de façon générale un gage d'acceptation par la communauté de l'entreprise. Dans le schéma 10, nous avons présenté deux types de courbes, la courbe 1 minimise les pertes de productivité par un apprentissage efficace, la courbe 2 représente plutôt des difficultés d'intégration et l'apprentissage est difficile dès le début de la période. On pourrait appliquer le même type de comparaison selon la nature du poste occupé où la courbe 2 illustrerait un apprentissage lent en début de période. Entre les deux tendances existent l'ensemble des autres situations sur une échelle de temps à préciser pour chaque cas.

### **6.3.3 Vulnérabilité des entreprises et politique du personnel**

Lors de l'étude des trois établissements (chapitre 2), nous avons également constaté que la firme 1 n'avait pas remplacé son personnel décédé du VIH/SIDA mais seulement redistribué les tâches selon les besoins. On a également constaté que le personnel malade ou décédé du SIDA ne faisait pas parti des plus qualifiés, ce qui a permis à l'entreprise de ne pas faire appel au marché du travail pour embaucher. A partir de cette observation, nous avons décidé d'établir un indicateur de vulnérabilité des entreprises selon leur besoin en personnel à partir de deux paramètres:

1. Taux de remplacement des employés décédés, licenciés ou partis pour cause de VIH/SIDA ("employés sortis"), soit:  $(\text{nombre d'employés remplacés} / \text{nombre d'employés sortis}) \times 100$ .
2. Niveau de compétence des employés décédés, licenciés ou partis pour cause de VIH/SIDA.

Nous choisissons maintenant de proposer un exemple de la mise en forme et de l'utilisation de cet indicateur non pas à partir d'un cas concret mais d'une simulation d'ensemble. Il s'agit donc de définir en premier lieu le besoin des entreprises en personnel. Pour la situation, ces besoins seront globalement résumés par l'hypothèse suivante:

- Soit A, une entreprise en développement dont le besoin en personnel croît d'année en année: le taux de remplacement du personnel décédé, licencié ou parti pour cause de VIH/SIDA = 100%.
- Soit B, une entreprise arrivée à maturité et stable sur les besoins en personnel: le taux de remplacement du personnel décédé, licencié ou parti pour cause de VIH/SIDA = 80%.
- soit C, une entreprise saturée en personnel ou en difficulté économique: le taux de remplacement du personnel décédé, licencié ou parti pour cause de VIH/SIDA = 30%.

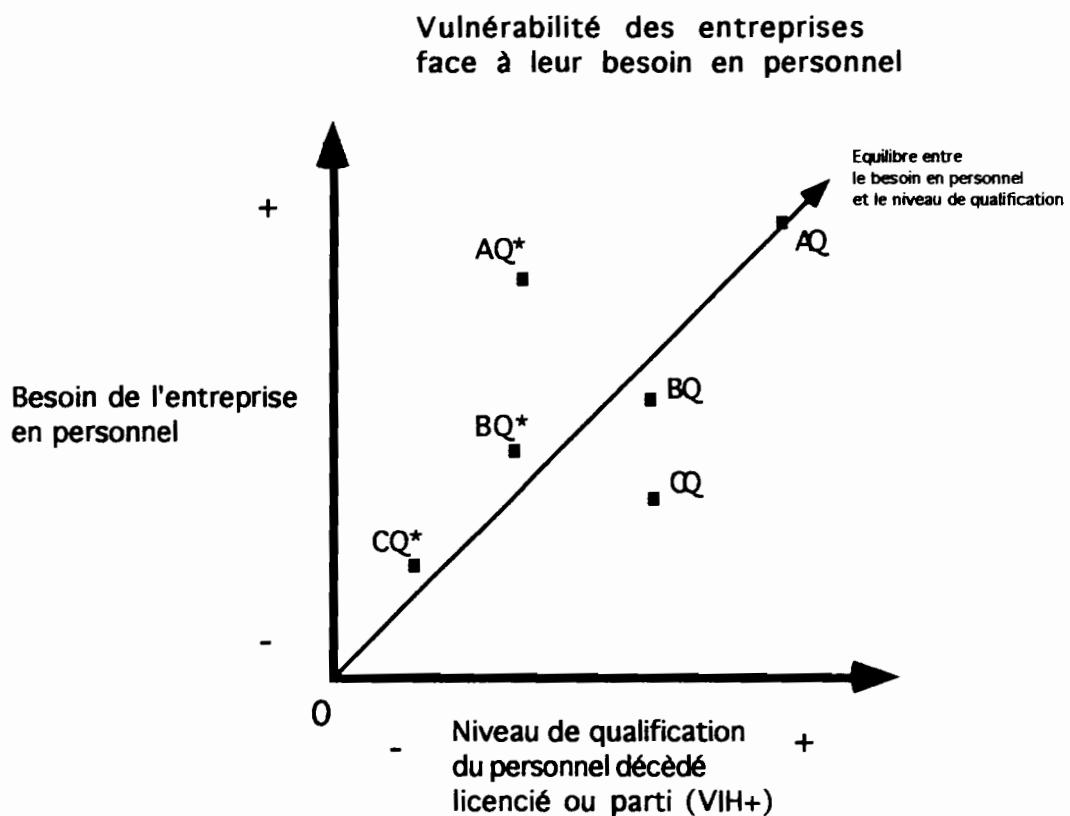
En second lieu, nous déterminerons (au strict minimum) le niveau de compétence des employés décédés, licenciés ou partis pour cause de VIH/SIDA:

- soit Q: le personnel qualifié

- soit  $Q^*$ : le personnel non qualifié

A partir de ces paramètres que nous avons volontairement réduit pour donner une illustration, nous obtenons les tendances hypothétiques suivantes exprimées dans le schéma 11.

Schéma 11:



Cette approche à l'aide d'un nuage de points se décline à l'infini et permet de situer une entreprise sur une échelle de vulnérabilité préalablement établie. L'intérêt de cette présentation est de mettre en évidence les particularités de chaque entreprise. Chaque identité est unique, et les solutions qui peuvent être apportées aux établissements en difficulté le sont également, malgré que les entreprises appartiennent au même secteur d'activité ou aient le même nombre d'employés. Les mesures que permet cet outil sont étroitement liées à la fréquence du turnover pour cause de VIH/SIDA et elles sont complémentaires des mesures de la vulnérabilité des entreprises à la perte des compétences. Une entreprise en forte croissance et employant du personnel qualifié (AQ) est désavantagée face au VIH/SIDA par rapport à un établissement

saturé en personnel employant majoritairement du personnel non qualifié (CQ\*). L'impact du VIH/SIDA mais également la réponse de l'employeur à ces difficultés ne seront pas les même pour ces deux entreprises.

#### **6.4 Les outils de la prévision des conséquences du VIH/SIDA en entreprise**

##### **6.4.1 Modélisation des prévalences VIH et SIDA**

A partir d'une prévalence VIH connue ou d'une incidence SIDA dans une population d'entreprise donnée, il est possible de déterminer à moyen terme l'évolution approximative de l'épidémie et ses conséquences sur cette population d'entreprise. A défaut de connaissances anonymes sur la population de l'entreprise étudiée, on peut réaliser une simulation de l'évolution de l'épidémie à partir de la prévalence VIH de la population adulte dans la région où est implantée l'entreprise étudiée. Peuvent être pris en compte la prévalence chez les hommes ou les femmes selon les tranches d'âges ou encore les comportements sexuels à risques dans le but de rendre la simulation épidémiologique plus précise et spécifique à la population étudiée. Soit:

- $P_{VIH}$  = prévalence VIH de la population étudiée
- $D_{VIH}$  = période d'incubation (de la primo-infection aux premiers symptômes du SIDA)
- $I_{VIH}$  = Incidence VIH de la population étudiée
- $D_{SIDA}$  = Espérance de vie d'une personne atteinte de SIDA (apparition du SIDA jusqu'au décès)
- $M_{SIDA}$  = Mortalité due au SIDA

Si l'on admet qu'en phase endémique  $I_{VIH} = D_{SIDA} = M_{SIDA}$ , nous obtenons les relations suivantes (Auvert, 1994):

$$I_{VIH} = P_{VIH} / D_{VIH} \quad \text{si } P_{VIH} < 10\%$$

$$I_{VIH} = P_{VIH} \times ((1-P_{VIH}) / D_{VIH}) \quad \text{si } P_{VIH} > 10\%$$

Soit A, une entreprise de 300 employés. Si PvihA (prévalence VIH de la population adulte de l'entreprise ou de la zone d'implantation de l'entreprise) = 15%, avec Dvih estimé à 8 ans et Dsida estimé à 2 ans. Ces hypothèses sont larges sachant que l'espérance de vie de Dsida est inférieure à 1 an sans traitements antirétroviraux (Jacobson et al., 1993). Nous avons donc:

$$\begin{aligned} \text{IvihA} &= \text{PvihA} \times ((1-\text{PvihA}) / \text{DvihA}) \\ &= 0,15 \times ((1-0,15) / 8) \\ &= 1,6 \% \end{aligned}$$

Dans cet exemple, l'incidence du SIDA peut être simulée dans l'avenir à partir de connaissances ou d'hypothèses de travail. L'incidence de 1,6% pour une prévalence de 15% à un moment "t" signifie que 45 employés sur 300 ne pourront plus travailler dans l'entreprise d'ici à 10 ans avec une hypothèse de stabilisation de l'épidémie de VIH/SIDA sur cette durée. Ce résultat donne un ordre de grandeur, qui bien qu'approximatif, offre un résultat à partir duquel il est possible d'envisager les conséquences sur l'activité d'une entreprise et les moyens à mettre en œuvre pour les atténuer. Certains logiciels tel que "AIDS IMPACT MODEL" disponible à l'ONUSIDA ou "MacroAids" mis au point par "Family Health International" utilisent ce type de simulation pour ensuite évaluer ou prévoir un impact macro-économique.

Cet exemple est illustratif, plusieurs méthodes de projection de prévalence, d'incidence, de taux de mortalité et de morbidité existent pour l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique. Il ne s'agit pas d'en discuter l'efficacité ni même la variété mais de signaler leur existence et leur utilité dans la problématique qui nous intéresse.

#### **6.4.2 Les cofacteurs de vulnérabilité des entreprises au VIH/SIDA**

Nous avons précédemment évoqué des indicateurs de vulnérabilité propres à l'infection à VIH, c'est à dire la mesure d'éléments qui fragilisent les entreprises du fait de la morbidité et de la

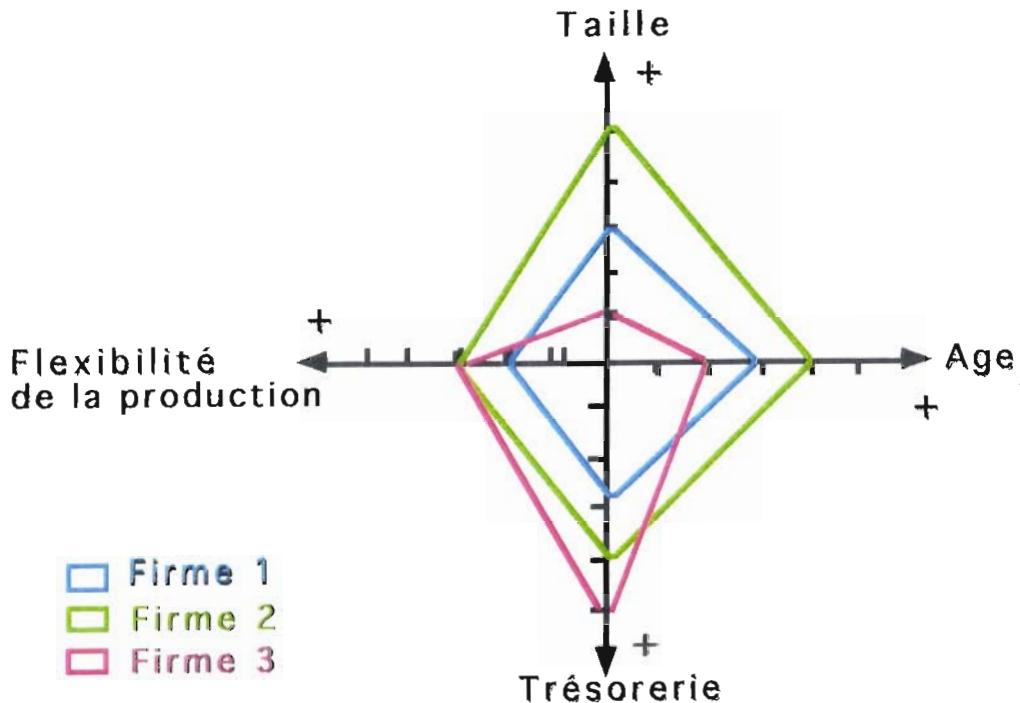
mortalité directement provoquée par l'épidémie de VIH/SIDA (paragraphe 6.3 du présent chapitre). D'autres facteurs, de type structurels, environnementaux ou organisationnels jouent indirectement un rôle sur la vulnérabilité des entreprises. Ils ont pour la plupart été évoqués dans les chapitres précédents et nous souhaitons les résumer. L'entreprise est comparable à un navire et le niveau de l'épidémie de VIH à l'océan sur lequel navigue le bateau. Sur une mer plate, toutes les embarcations peuvent se déplacer, lorsque celle-ci est agitée, les bateaux les plus fragiles chavirent. Il en est de même pour les entreprises qui ont les moyens ou non de faire face à un environnement défavorable, y compris les conséquences que cela peut avoir sur le personnel au sein de l'établissement.

#### 6.4.2.1 Les cofacteurs structurels

Il s'agit de définir quelques caractéristiques internes du développement structurel des entreprises: une entreprise naissante ou en développement est plus fragile qu'un établissement ancien, ayant de l'expérience et une activité soutenue. Ce concept de développement de l'entreprise inclu à la fois, l'âge de l'établissement mais également la taille. Ces deux aspects jouent un rôle important dans la pérennité des entreprises et leurs capacités à résister aux difficultés (cf. chapitre 4 et 5). Est également impliqué la flexibilité de l'appareil de production d'une entreprise qui est entre autre déterminée par la taille et l'âge. Plus une entreprise est ancienne, plus elle a surmonté de difficultés et plus son expérience accumulée lui permet d'anticiper les problèmes et d'agir en conséquence. Enfin, dernier aspect lié à la taille mais également à la structure: la trésorerie disponible et les provisions financières sont nécessaires à un établissement pour surmonter une période de crise. Qu'il s'agisse d'une réduction conjoncturelle de l'activité ou de problèmes de gestion et d'organisation du travail, un établissement ne disposant pas d'une trésorerie pour faire face aux difficultés rencontrées prend le risque de faire faillite à court terme. En conséquence, les éléments qui caractérisent les forces et les faiblesses des entreprises jouent un grand rôle dans la sensibilité de celles-ci au VIH/SIDA.

Schéma 12:

**EVALUATION DE LA RESISTANCE STRUCTURELLE  
D'UNE ENTREPRISE AU VIH/SIDA**



Nous présentons dans le schéma 12 les trois entreprises que nous avons étudié en fonction des quatre paramètres que nous avons choisi pour mesurer la résistance / vulnérabilité structurelle de ces établissements. Plus la surface du parallélogramme est grande et centrée, plus la résistance structurelle de l'entreprise au VIH/SIDA est bonne. La firme 2 en vert serait l'entreprise la plus performante par rapport aux critères choisis, qui rappelons-le ne sont pas exhaustifs. La firme 3 est la moins équilibrée des trois entreprises car elle semble désavantagée par sa petite taille et son jeune âge, elle bénéficie cependant d'une excellente trésorerie par rapport à sa taille ainsi que d'une flexibilité satisfaisante de la production. La firme 1 pourrait être la plus fragile mais nous n'avons pas tenu compte dans ce schéma de l'appartenance des entreprises à un groupe, auquel cas la taille et la capacité de trésorerie seraient largement augmentées. Ce schéma de coordonnées polaires serait complet si l'on y ajoutait d'autres branches, c'est à dire d'autres facteurs structurels importants dans la résistance des entreprises aux effets du VIH/SIDA sur la production, mais également si l'on pouvait pondérer les facteurs. En effet, comment savoir si la flexibilité de production ne joue pas un rôle plus important que la taille ou l'âge, ou

inversement ? Pour cela, il nous manque des résultats concernant le niveau des difficultés posées par le VIH/SIDA dans un nombre représentatif d'entreprises. Il faudrait également comparer des situations d'entreprise avec des niveaux semblables et différents de prévalence VIH du personnel, ainsi il serait possible de suggérer des tendances et d'interpréter pleinement les résultats procurés par cet outil.

Ce schéma permet pour l'instant de situer globalement à un moment donné les forces et les faiblesses d'une entreprise. Il s'agit d'une photographie mais un suivi dans le temps de ces paramètres fournirait également un examen plus complet des établissements dans leur évolution.

#### 6.4.2.2 Les cofacteurs environnementaux

Les cofacteurs environnementaux représentent les éléments exogènes qui nuisent à (ou sont favorables à) l'entreprise face au VIH/SIDA. Nous avons partagé ces éléments en deux catégories: les conditions de milieu et les conditions d'échange.

Les conditions de milieu concernent d'une part la zone géographique où est implantée l'entreprise; d'autre part, le degré de concurrence sur le marché visé par l'entreprise. Le lieu d'implantation d'un établissement joue un rôle majeur par rapport à la prévalence VIH de la population environnante, qui par ailleurs, est généralement employée dans l'entreprise. La zone géographique d'implantation joue donc un rôle par rapport au risque d'emploi de personnes infectées par le VIH. Ce risque ne sera pas le même si l'entreprise exerce son activité en milieu urbain ou rural, en Côte d'Ivoire ou au Sénégal. Les taux de prévalence VIH du Sénégal sont très faibles comparés à ceux de la Côte d'Ivoire et, ce, pour des raisons encore mal connues (Diallo et al., 1997b). Le degré de concurrence du marché représente également une donnée importante ainsi que le positionnement de l'entreprise sur ce marché car il va aider à déterminer les difficultés globales d'un établissement par rapport à ses concurrents. Une entreprise en situation de monopole ou leader sur un marché concurrentiel est avantagée comparativement à une firme qui a du mal à pénétrer un marché ou qui exerce sur un marché saturé. Les problèmes

relatifs au VIH/SIDA peuvent devenir un élément capable de faire basculer les entreprises les plus fragiles dans des difficultés insurmontables.

Les conditions d'échange concernent à la fois les partenaires économiques de l'entreprise mais également les comportements sexuels des employés, c'est à dire les échanges du personnel avec les prostituées. Pourquoi choisir les prostituées plutôt que l'ensemble des partenaires sexuels que peut avoir un individu ? Pour deux raisons essentielles: la première concerne le fort taux d'infection par le VIH des prostituées à Abidjan, soit presque 90% (Djomand et al., 1995), mais également les observations faites dans les plantations en brousse où les employés majoritairement jeunes et sans famille à leur côté, font appel aux prostituées (Aventin et Huard, à paraître). Concernant maintenant les partenaires économiques, nous considérons qu'un établissement X dépend à des degrés différents de ses fournisseurs et/ou de ses clients. Si ceux-ci sont également implantés dans des zones endémiques, ils subissent aussi des contraintes. Si les fournisseurs et les clients ont des difficultés induites par l'infection à VIH, cela se répercute indirectement sur l'entreprise X par un non respect des délais de livraison (fournisseurs) ou une diminution des commandes (clients). Cette situation, à travers les relations contractuelles, fragilise l'ensemble des partenaires locaux ou ceux situés dans des zones endémiques.

#### 6.4.2.3 Les cofacteurs organisationnels et politiques

Ils ont largement été abordé dans les chapitres précédents, cependant nous proposons de les résumer. Les cofacteurs organisationnels concernent les éléments de politique spécifiques au travail et à son organisation. Les cofacteurs politiques sont davantage orientés sur les aspects de politique du personnel, la gestion des ressources humaines et toutes les questions qui s'y rapportent, notamment les aspects socio-médicaux.

- Cofacteurs organisationnels (de vulnérabilité)

- . Savoir-faire tacites et non codifiés dans l'entreprise: Plus ils sont nombreux et décisifs dans les processus de production, plus le départ ou le décès d'un employé détenant ces compétences représente une contrainte pour l'entreprise.
- . Absence de flexibilité de la main d'oeuvre: Il ne s'agit plus de la flexibilité de l'appareil de production (Schéma 12, paragraphe 6.4.2.1 du présent chapitre) mais de la flexibilité de la main d'oeuvre par l'utilisation de personnel journalier mais également de personnel expérimenté et polyvalent. Ces salariés doivent être capables de travailler successivement sur différents postes de travail selon les besoins. Ainsi, ils sont capables de remplacer au jour le jour du personnel absent afin de réduire les perturbations d'activités induites par l'absentéisme pour raison médicale.
- . Temps de réaction des entreprises: cet aspect est généralement peu pris en compte, il est cependant primordial, car plus rapidement l'entreprise effectuera les changements qui s'imposent (cf. 6.6 du présent chapitre), moins les conséquences du VIH/SIDA seront lourdes et longues.

- Cofacteurs politiques (de vulnérabilité)

- . Licenciement des employés expérimentés et infectés par le VIH (cf. chapitre 3).
- . Absence d'assurance médicale pour les employés: augmente l'absentéisme pour raison de santé, favorise le départ des salariés (au village pour aller se faire soigner) et favorise ou accélère le décès des employés malades qui n'ont pas les moyens de payer les traitements médicaux.
- . Absence de prévention sur le VIH/SIDA dans les entreprises: la prévention lorsqu'elle est répétée et ciblée, permet au personnel non infecté de modifier les comportements sexuels et de se protéger (efficacité ciblée sur le moyen et long terme).
- . Mauvaise cohésion sociale dans l'entreprise: la politique du personnel ainsi que les précédents éléments cités ci-dessus permettent de construire ou non une atmosphère favorable au travail. Les conditions de travail déterminent souvent la qualité du travail, les niveaux de productivité par la motivation mais également la fréquence et la durée des conflits.

L'un ou l'autre de ces cofacteurs pris isolément n'a pas forcément une grande influence sur l'activité des entreprises et sur la capacité de celles-ci à faire face aux conséquences du VIH/SIDA, cependant le cumul de ces cofacteurs est probablement significatif en comparaison avec un établissement qui n'en présente aucun.

## **6.5 Réflexion sur la simulation des stratégies d'entreprise face au VIH/SIDA**

La difficulté de modéliser, d'une part les conséquences du VIH/SIDA sur les entreprises en Côte d'Ivoire, d'autre part les principales lignes d'actions stratégiques des entreprises pour faire face à l'épidémie, est réelle. Chaque établissement est affecté différemment, cependant les conséquences de l'infection à VIH ainsi que les réactions des employeurs présentent des caractéristiques communes ou récurrentes. C'est à partir de ces éléments observés dans les entreprises étudiées (cf. chapitre 1 à 5) que nous proposerons des éléments de modélisation.

### **6.5.1 Définition d'une échelle d'impacts du VIH/SIDA dans les entreprises**

Notre souci est d'abord de présenter les différentes caractéristiques d'une entreprise en difficulté face au VIH/SIDA. L'intérêt de cette présentation consiste à définir pour les entreprises plusieurs phases qui permettraient de situer un niveau de difficulté de fonctionnement propre à chaque établissement. Cet outil permettra d'évaluer globalement l'impact du VIH/SIDA dans les entreprises. Cette classification s'inspire largement de la présentation chronologique des conséquences de l'épidémie de VIH sur les entreprises (schéma 5, section 6.2.2). L'ensemble des éléments (morbilité, mortalité,...) présentés dans les phases 1 à 5 concernent uniquement les cas d'infections à VIH. Les pourcentages mentionnés sont établis à partir des observations faites dans les trois firmes étudiées (chapitre 2).

Phase 1:

- Incidence annuelle de la morbidité du personnel (< 2% du personnel)
- Pas de mortalité
- Début d'absentéisme pour raison médicale
- Absentéisme géré, peu ou pas de pertes de productivité visibles
- Routines non affectées

*Impact:* peu préoccupant.

Phase 2:

- Incidence annuelle de la morbidité du personnel (2 à 4% du personnel)
- Mortalité annuelle du personnel (< 1% du personnel)
- Absentéisme pour raison médicale significatif (visible par le médecin d'entreprise)
- Apparition des coûts: absentéisme, perte de productivité, frais de funérailles, recrutement nouveaux employés...
- Perturbations des routines compensées par le savoir des anciens
- Premières inquiétudes des chefs d'équipe provoquées par l'absence des malades

*Impact:* les coûts sont visibles et l'employeur en est conscient. L'organisation du travail est à peine perturbée et reste invisible.

Phase 3:

- Incidence annuelle de la morbidité du personnel (4 à 8% du personnel)
- Mortalité annuelle du personnel (1 à 2% du personnel)
- Absentéisme pour raison médicale chronique. Périodes d'absence plus longues dues aux pathologies de longue durée (tuberculose, pneumocystose...)
- Augmentation du turnover du personnel
- Licenciements pour raisons médicales (ou déguisés)
- Hausse des coûts induits par le VIH/SIDA (cf. Chapitre 2)

- Pertes de productivité accentuées par les licenciements, les arrêts de maladie et le nombre de décès en hausse
- Réactions organisationnelles palliatives: heures supplémentaires en hausse chez les employés valides, modifications de certains postes, aménagements de postes pour les employés malades...
- Actions sur le système de santé de l'entreprise: amélioration avec un meilleur suivi médical (coût pour l'employeur) ou détérioration avec l'augmentation des primes d'assurances maladies (coût pour les employés) ou disparition du dispositif de santé provoquée par la hausse des charges...
- Début de conflits sociaux entre employés ou employés / employeur
- Routines perturbées, premières répercussions sur la performance de l'entreprise (baisse de productivité, non respect des commandes...)

#### Phase 4:

- Morbidité annuelle du personnel (> 8% du personnel)
- Mortalité annuelle du personnel (> 2% du personnel)
- Absentéisme pour raison médicale chronique et très difficile à gérer pour les postes qualifiés
- Turnover du personnel chronique à des niveaux inhabituels, déséquilibre entre le nombre d'employés anciens et expérimentés et le nombre d'employés nouveaux inexpérimentés
- Difficultés de transmission des savoir-faire et difficulté de socialisation des nouveaux employés
- Modifications des rapports sociaux dans l'entreprise et augmentation des conflits entre individus ou groupes d'individus
- Licenciements pour raisons médicales (ou déguisés) ou pour inadaptation dans l'entreprise (relations conflictuelles)
- Stabilisation des coûts induits par le VIH/SIDA (cf. Chapitre 2)
- Arrêts de maladie et nombre des décès plus ou moins stabilisés, mais la fréquence des absences et des départs reste nuisible pour l'activité de l'entreprise. Avec le turnover, ces contraintes maintiennent les problèmes d'organisation du travail

- Routines perturbées, l'entreprise ne retrouve pas ses cadences et évolue en dents de scies
- Désorganisation croissante des procédés de production (Perte de la transmission des savoir-faire, absence de cohésion sociale, irrégularités des performances)
- Hausse des coûts de production, perte de compétitivité
- Sentiment de panique et d'impuissance de la part des dirigeants confrontés à une situation nouvelle qu'ils ne maîtrisent pas

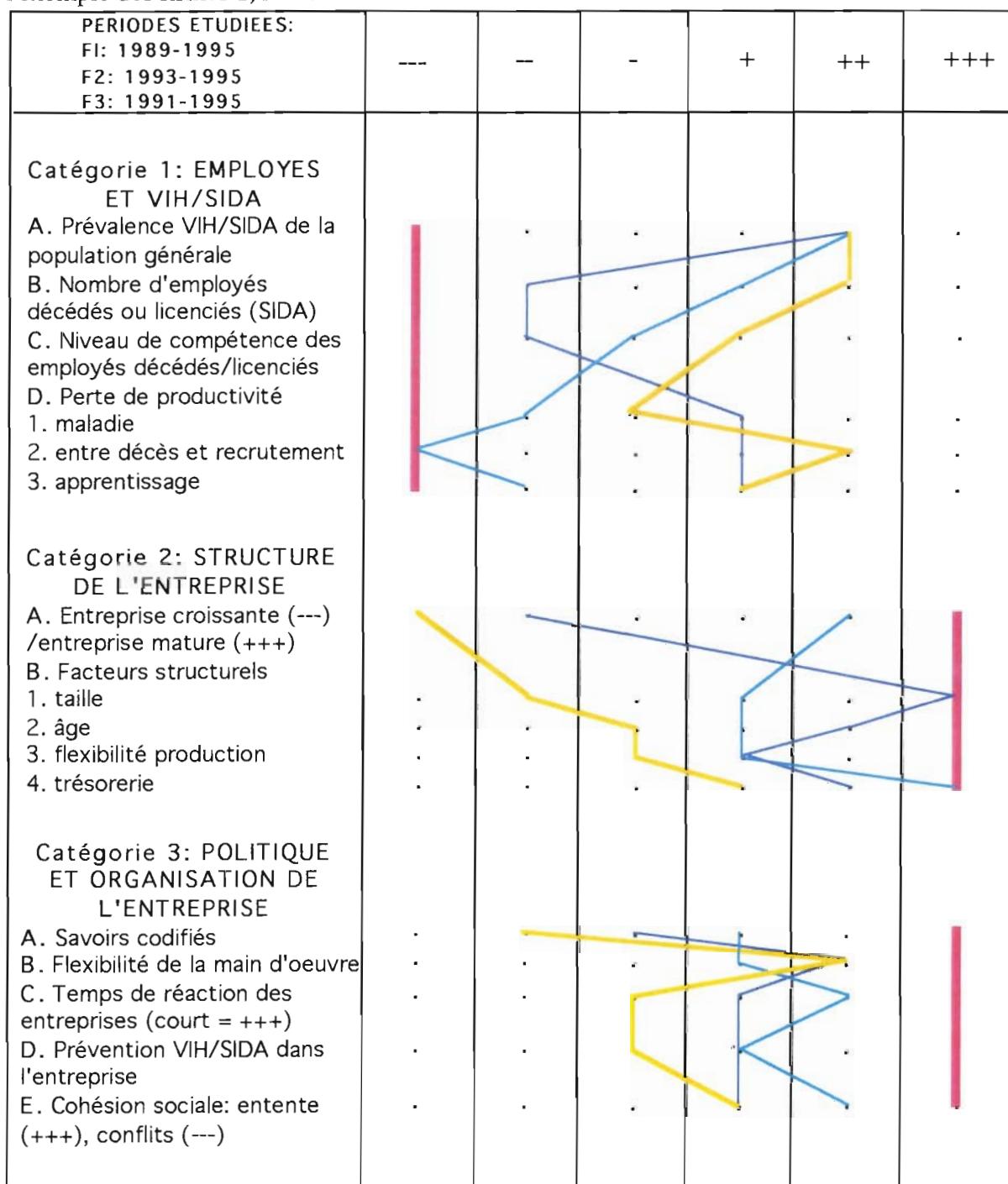
Les entreprises n'appartiennent pas systématiquement à l'une de ces phases en répondant exactement aux caractéristiques précises mentionnées ci-dessus, cependant cette classification permet de situer rapidement un établissement confronté au VIH/SIDA. Par ailleurs, l'évolution des conséquences du VIH/SIDA dans les entreprises implique un facteur temps dont ne tiennent pas compte les phases présentées précédemment. Par exemple, une entreprise présentant les taux de morbidité et de mortalité de la phase 3 peut supporter les effets de la phase 4 parce qu'elle n'aura pas réagi face à une situation qu'elle subit depuis plusieurs années, laissant s'accumuler les contraintes de coût et d'organisation du travail. La "présentation par phases" permet avant tout de faire un diagnostic rapide et global d'une situation qui permettrait ensuite d'approfondir l'analyse à partir d'un profil de situation identifié. Par ailleurs, aucun établissement n'est à l'abri du décès rapide d'un homme clé dont la disparition entraînerait des conséquences graves pour le fonctionnement d'une entreprise sans que le reste du personnel soit affecté dans des proportions inquiétantes. Dans ce cas, l'impact du VIH/SIDA sur l'activité est difficilement prévisible et l'entreprise peut subir les effets du décès d'un seul employé.

Il est ensuite souhaitable de compléter ces phases par une analyse plus approfondie qui tiendrait notamment compte des outils que nous avons précédemment développé. Les risques que nous avons identifié pour les entreprises doivent servir dans la modélisation sous la forme d'un tableau analytique plus précis que la "présentation par phase".

### **6.5.2 Estimation des forces et faiblesses des entreprises face au VIH/SIDA, l'exemple des trois firmes abidjanaises.**

Le tableau analytique (tableau 3) a pour objet de situer une entreprise confrontée au VIH/SIDA par rapport à la situation théorique d'un établissement présentant les caractéristiques idéales de résistance au VIH/SIDA (tracé en rouge dans le tableau 3). Puisque nous avons fait l'analyse détaillée des trois firmes étudiées dans le chapitre 2, nous avons choisi de les mettre en situation dans le tableau analytique. Nous avons classé les facteurs de vulnérabilité ou de résistance en trois catégories, selon que l'entreprise se situe dans les niveaux "-" ou les niveaux "+". La première catégorie évalue la proportion des employés infectés par le VIH ou malades du SIDA dans une entreprise et les pertes de productivité engendrées (tableau 3). La deuxième, intitulée "structure de l'entreprise", permet de situer les éléments structurels qui peuvent être favorables ou défavorables aux conséquences du VIH/SIDA dans les entreprises. Enfin la dernière catégorie met l'accent sur les éléments organisationnels et politiques des entreprises qui permettraient de limiter les effets de l'épidémie sur l'activité de l'entreprise.

Tableau 3: Tableau d'évaluation des risques des entreprises confrontées au VIH/SIDA, l'exemple des firmes 1, 2 et 3.



Légende: ■ Situation optimale  
 Firme 1  
 Firme 2  
 Firme 3

Afin d'aider le lecteur à la compréhension du tableau, nous commenterons la situation optimale (tracé rouge) pour chaque catégorie:

1A: Plus la prévalence VIH de la population est faible (---), moins il y aura de cas de SIDA, y compris parmi les employés de l'entreprise étudiée.

1B: Le cas (---) signifie qu'il y a peu ou pas d'employés décédés du VIH/SIDA ou licenciés pour ce motif.

1C: Le cas (---) signifie que les employés décédés/licenciés (VIH/SIDA) ne sont pas professionnellement qualifiés.

1D1: Le cas (---) signifie que les pertes de productivité relatives à la maladie (SIDA) sont nulles ou faibles.

1D2: Le cas (---) signifie que les pertes de productivité sur la période entre le décès d'un employé et le recrutement de son "successeur" sont nulles ou faibles.

1D3: Le cas (---) signifie que les pertes de productivité durant l'apprentissage du nouvel employé ("successeur") sont nulles ou faibles.

2A: Une entreprise arrivée à maturité (+++) est plus résistante au VIH qu'une entreprise en croissance

2B1: Plus la taille de l'entreprise est grande (+++), plus cela représente un avantage de résistance au VIH/SIDA.

2B2: Plus l'entreprise est âgée (+++), plus elle a de l'expérience et mieux elle peut faire face au VIH/SIDA.

2B3: Plus la flexibilité de la production est grande (+++), plus l'entreprise peut s'adapter.

2B4: Plus l'entreprise dispose de trésorerie (+++), mieux elle peut se défendre en investissant (formation, prévention, dispositifs de santé...).

3A: Plus les savoirs sont codifiés (+++), moins l'entreprise risque de les perdre

3B: Plus la flexibilité de la main d'oeuvre est grande (+++), plus l'entreprise peut compenser l'absentéisme.

3C: Plus le temps de réaction des entreprises est court (+++), plus les mesures prises contre le VIH/SIDA sont efficaces.

3D: Plus la prévention est renouvelée, voire pérennisée dans l'entreprise (+++), moins les employés ont des comportements à risque.

3E: Plus la cohésion sociale du personnel est bonne (+++), moins il y aura de conflits sur les questions relatives au VIH/SIDA.

Dans l'ensemble, les résultats qui apparaissent à la lecture du tableau analytique sont moyennement bons car les entreprises étudiées font partie des établissements les plus modernes, les plus performants et elles ont toutes trois un service médical d'entreprise. Cependant nous rappelons que les entreprises sans gestion rigoureuse du personnel et sans services médicaux n'ont pas fait l'objet de cette étude car nous ne pouvions obtenir aucune information des dirigeants en raison de l'absence de données fiables. Donc les trois firmes que nous avons étudiées ne sont pas représentatives des entreprises informelles ou en position de difficulté économique grave (déséquilibre financier, endettement, parts de marché insuffisante, chiffre d'affaires saisonnier ...). L'ensemble de ces caractéristiques font évidemment obstacle à n'importe quelle stratégie, y compris celles de lutte contre le VIH/SIDA, car ces contraintes réduisent le champ d'action des entreprises.

Avant de discuter des résultats, précisons que l'échelle choisie dans le tableau 3 est indicative, trois niveaux positifs et négatifs permettent simplement d'obtenir une lecture intéressante des courbes, l'échelle pouvant être élargie si les données sur les entreprises sont suffisamment précises (et si l'échantillon étudié est plus grand ou plus hétérogène que celui présenté ici). La situation optimale des entreprises face au VIH/SIDA représente une situation théorique parfaite (tracé rouge dans le tableau 3). Dans la première catégorie, on constate que la forte prévalence adulte VIH à Abidjan pénalise les trois entreprises bien que le nombre d'employés décédés ou ayant quitté leur emploi varie selon les recensements de malades effectués par les médecins. Le niveau des compétences est généralement peu élevé car nous n'avons pas rencontré de cas d'infection à VIH chez les cadres. Par contre, le cas d'un conducteur de chaudière qui n'est pas un cadre de la firme 3 a posé un problème sérieux avec des conséquences durables, ce qui laisse supposer que le décès d'un ouvrier qualifié indispensable est plus préjudiciable à l'activité que le décès d'un cadre dont la qualification est courante. On constate par ailleurs que les pertes de productivité varient d'un établissement à l'autre en fonction des politiques sanitaires mais

également des besoins en personnel. Par exemple, la firme 1 limite l'absentéisme pour raison médicale et donc les pertes de productivité pendant la maladie, de même le non renouvellement du personnel décédé réduit au minimum les pertes de productivité relative au recrutement. Par contre, si nous étions confronté à une entreprise qui licencie le personnel malade ou simplement infecté par le VIH, la perte de productivité en phase maladie serait faible ou nulle.

Dans la catégorie "structure de l'entreprise", nous constatons que si la firme 1 est arrivé à maturité, les firmes 2 et 3 continuent de croître en terme de personnel, seule l'entreprise 3 investit dans l'achat de machines outils supplémentaires. La flexibilité de la production concerne uniquement la capacité de production des machines et non pas la flexibilité du personnel en terme de compétence ou d'horaires de travail (cf. catégorie 3 du tableau 3: flexibilité de la main d'oeuvre). Il s'agit donc de savoir si la capacité de production répond à la quantité des commandes dans un délai minimum. Une petite entreprise est défavorisée par rapport à une grande et le développement d'un établissement en matériel et en main d'oeuvre signifie dans ce cas précis que la capacité de production est insuffisante face à la demande, la firme 3 se développe en conséquence d'après le directeur financier de l'établissement. En ce qui concerne la trésorerie, nous avons peu d'informations sur les trois entreprises hormis des ordres de grandeur. Bien que les trois firmes soient bénéficiaires sur l'ensemble des périodes d'étude, elles n'ont pas toutes les mêmes capacités de trésorerie, par ailleurs les firmes 1 et 2 ne sont pas des entreprises isolées ou familiales comme la firme 3. Cela signifie qu'en situation de difficulté, elles peuvent être soutenues financièrement par le groupe dont elles dépendent, cependant en l'absence d'informations sur la politique des groupes, nous nous en tenons à la seule trésorerie des entreprises étudiées.

La politique et l'organisation des entreprises sont des éléments décisifs dans le sens où ils interviennent directement sur l'évolution et la maîtrise des conséquences du VIH/SIDA sur le lieu de travail (chapitre 5). On constate en premier lieu que les savoirs ne sont pas toujours codifiés, soit parce que ce n'est pas possible, soit parce que cela n'a pas été jugé utile par les dirigeants. C'est le cas dans l'entreprise 3 où la capacité d'apprentissage et l'expérience

professionnelle jouent un rôle plus important que les diplômes. C'est par exemple vrai pour les conducteurs de machine car d'après les responsables du personnel, la formation en école est de toute façon inadaptée au travail demandé dans leur usine. La situation est différente dans la firme 1, la formation théorique et les diplômes déterminent généralement les postes et la hiérarchie bien que l'apprentissage joue également un rôle prépondérant. Cependant, le groupe d'appartenance de la firme 1 détient plusieurs sites du même type en Afrique ou en Amérique du Sud, ce qui a incité les dirigeants à codifier certains processus de fabrication mais également la politique du personnel. Le temps de réaction des entreprises est mesuré à partir notamment des entretiens que nous avons eu avec les dirigeants et les médecins d'entreprise sur la question de la perception des conséquences du VIH/SIDA sur l'activité de l'entreprise. Nous avons également tenu compte des actions de prévention, la firme 1 étant celle qui a réagi le plus rapidement. Les firmes 1 et 2 maintiennent un niveau d'information sur le VIH/SIDA (Chapitre 2) mais nous considérons que ces actions sont insuffisantes par rapport à l'efficacité souhaitée par ceux qui les mettent en oeuvre. En effet, l'information diffusée une seule fois ou sporadiquement ne suffit pas à modifier définitivement des comportements sexuels, l'usage du préservatif n'est pas encré dans la culture ivoirienne (Lamptey et Goodridge, 1991). Par ailleurs, les services médicaux d'entreprise manquent souvent de moyens pour sensibiliser régulièrement tout le personnel sur le VIH/SIDA. Enfin la cohésion sociale a été mesurée à partir de la connaissance des conflits que nous avons eu sur les périodes étudiées. Quelles que soient les raisons, revendications salariales, avantages professionnels, conflits ethniques, de religions ou de nationalité, jalousies entre deux individus aboutissant au conflit ouvert..., nous avons tenu compte de l'ampleur de ces phénomènes à partir de récits qualitatifs qui ne peuvent être exhaustifs mais qui ont permis de savoir si le VIH/SIDA était impliqué dans ces conflits. La firme 1 maintient une discipline stricte en codifiant les comportements dans l'entreprise (règlement intérieur particulièrement détaillé), ce qui lui permet de maintenir une cohésion sociale satisfaisante, ce à quoi elle parvient également en offrant à ses employés des salaires au-delà de la moyenne du secteur privé et des avantages sociaux (mutuelle santé pour les employés et la famille, installations sportives sur le lieu de travail, cantine d'entreprise...).

Si dans cette troisième catégorie, nous n'avons pas pris en considération les services médicaux d'entreprise, c'est parce que cet élément est pris en compte dans la catégorie 1 des pertes de productivité relative à la maladie. La compréhension de ce facteur implique de savoir si les employés sont soignés dans l'entreprise ou s'ils bénéficient d'une mutuelle santé. Par ailleurs, le seul critère du bénéfice des soins aux employés peut être trompeur car cela n'empêche pas forcément l'employeur de licencier les employés infectés par le VIH avec la complicité du médecin d'entreprise (cf. chapitre 3). Par contre, le facteur 1D1 "perte de productivité: maladie" (cf. tableau 3) implique que l'on tienne compte des licenciements abusifs.

### **6.5.3 Confrontation des stratégies d'entreprise aux objectifs de lutte contre le VIH/SIDA**

Une fois réalisée l'évaluation des risques des entreprises face au VIH/SIDA, il convient de réfléchir aux mesures à prendre afin de limiter ces risques. Ainsi, si pour une entreprise donnée, on constate que le manque de flexibilité de la main d'oeuvre est un point faible notamment face aux décès de personnel qualifié, il serait alors nécessaire d'orienter une stratégie sur la flexibilisation du personnel en formant par exemple certains agents à la polyvalence professionnelle (cf. chapitre 3). Il existe donc un ensemble d'orientations stratégiques qui peuvent être définies à partir d'un objectif choisi pour lutter contre le VIH/SIDA. Nous avons déterminé trois objectifs différents à partir de l'ensemble des résultats et des hypothèses que nous avons présenté jusqu'ici (chapitre 1 à 6). Ces trois objectifs ne sont d'ailleurs pas incompatibles les uns avec les autres:

1. Réduire le nombre d'infections à VIH et le nombre de cas de SIDA parmi le personnel
2. Réduire les coûts induits par le VIH/SIDA (impact du VIH/SIDA sur les capacités de production de l'entreprise)
3. Réduire les contraintes du VIH/SIDA sur l'organisation du travail (impact du VIH/SIDA sur l'organisation du travail)

Nous distinguons ces trois choix car les stratégies qui pourraient être mises en place sont différentes selon les objectifs. Il n'en demeure pas moins que la réduction du nombre d'infections à VIH parmi le personnel (objectif 1) contribue à la réalisation des objectifs 2 et 3. Cependant, nous voulons montrer qu'il est possible d'intervenir sur trois niveaux qui peuvent aussi être indépendants, à savoir, 1. en amont en améliorant la santé des employés et en modifiant leur comportement sexuel par l'usage du préservatif, 2. en réduisant l'impact visible du VIH/SIDA par la réduction des coûts qu'il engendre, 3. en s'attaquant aux conséquences du VIH/SIDA sur l'apprentissage, la perte des savoir-faire, la cohésion du travail, la socialisation du personnel et les routines (cf. chapitre 4).

Les stratégies énumérées dans le tableau 4 reprennent les différents points exposés dans le tableau 3. Ces actions stratégiques ont toutes été discutées dans les chapitres précédents, nous n'y reviendrons donc pas dans le détail. La présentation des résultats est simplifiée par la légende en signalant le caractère favorable (+), défavorable (-) ou inutile (0) d'une stratégie vis à vis d'un objectif. Dans le tableau 4, l'objectif 2 concerne uniquement les coûts visibles, c'est à dire essentiellement les soins, les arrêts de maladie, les décès et funérailles et la formation de nouveaux employés. Cela signifie que les résultats seront discutés (deux avis sont alors mentionnés dans le tableau) car dans certains cas le coût d'une stratégie permet de diminuer d'autres coûts, le tout est d'évaluer les avantages et les inconvénients des choix stratégiques.

Tableau 4: Présentation de l'adéquation des stratégies d'entreprise selon leurs objectifs

OBJECTIFS	STRATEGIES								
	• Licencier le personnel infecté par le VIH/SIDA	• Dépistage VIH à l'embauche	• Prévention VIH/SIDA en entreprise	• Services médicaux d'entreprise et mutuelle santé	• Codification des savoirs	• Flexibilité de la production	• Flexibilité de la main d'œuvre	• Renforcement de la cohésion sociale	
1 . Réduire le nombre d'infections à VIH et les cas de SIDA	+	+	+	+	0	0	0	0	
2 . Réduire les coûts induits par le VIH/SIDA	+	(-)	+	(+)	0	0	+	+	
3 . Réduire les contraintes sur l'organisation du travail (capacité de reproduction des entreprises)	- (0)	+	+	+	+	+	+	+	

Légende: + favorable, - défavorable, 0 inutile

Nous proposons de commenter le tableau 4, stratégie par stratégie, notamment sur les réponses ambivalentes. Le licenciement du personnel infecté par le VIH permet évidemment de réduire la proportion d'employés infectés et les coûts relatifs à la maladie et au décès, par contre si les employés sont qualifiés, même à des niveaux variables, leur départ soudain entretient la désorganisation du travail et suscite une mauvaise cohésion sociale notamment dans les relations employés/employeur. Ce constat n'est cependant plus vérifié pour les employés sans qualifications (objectif 3, hypothèse 0). Le dépistage à l'embauche est la stratégie la plus discutable car elle a un coût mais permet d'éviter les charges relatives à la maladie et aux décès (objectif 2), de même qu'en diminuant le nombre d'employés séropositifs à l'embauche, on réduit les contraintes sur l'organisation du travail (objectif 3). Cependant, lors d'un recrutement urgent, si le choix s'impose entre une personne très compétente mais infectée par le VIH et un candidat non infecté mais moins compétent, l'embauche de ce dernier n'est pas forcément

favorable à l'entreprise malgré les coûts relatifs au VIH/SIDA à moyen terme<sup>35</sup> (si l'établissement assure la santé de ses employés). La prévention en entreprise est positive pour les trois objectifs y compris la réduction des coûts étant donné les faibles dépenses nécessaires à la mise en place de cette mesure (chapitre 2). Cela est moins vrai pour les services médicaux d'entreprise et l'assurance maladie car ils ont un coût pour l'employeur, en contrepartie on peut s'attendre à ce que la prévention des maladies opportunistes mais également l'accès aux soins pour les employés permettent de réduire l'absentéisme pour raison de santé (objectif 2). Les autres stratégies sont purement structurelles ou organisationnelles, elles n'ont donc aucun effet pour l'objectif 1 et sont par contre nécessaires à la réalisation de l'objectif 3. Concernant l'objectif 2, la codification des savoirs et la flexibilité de la production ont peu d'effets, par contre la flexibilité de la main d'œuvre permet de compenser les pertes de productivité induites par les arrêts de maladie et le renforcement de la cohésion sociale limite les pertes de productivité ou les arrêts de travail provoqués par les tensions ou les conflits.

Pour en revenir aux trois entreprises qui ont fait l'objet de l'évaluation des coûts du VIH/SIDA dans le chapitre 2, il est possible avec les outils présentés ci-dessus (tableau 3 et 4) et la connaissance que nous avons de ces établissements (enquêtes, entretiens, données internes...) d'établir des recommandations stratégiques.

- **Firme 1:** Il s'agit probablement de l'entreprise la plus performante dans la lutte contre le VIH/SIDA notamment grâce à sa politique de santé vis à vis des employés. C'est également l'établissement qui supporte le coût le plus élevé, l'objectif 1 (tableau 4) ne domine pas dans la politique de l'entreprise bien que les décès causés par le SIDA préoccupent les dirigeants. Notons également qu'à terme cette entreprise est la mieux préparée contre les risques de désorganisation, d'abord parce qu'elle a codifié des savoirs et des comportements, ensuite parce que les coûts engagés pour assurer la santé des employés ont aussi pour objectif de maintenir

---

<sup>35</sup>. L'analyse que nous portons actuellement se fait volontairement en dehors de toute considération éthique sur les choix stratégiques, cela nous permet de prendre seulement en compte l'efficacité économique des solutions proposées.

une cohésion sociale parmi les employés et d'augmenter la productivité des agents<sup>36</sup>. Les caractéristiques structurelles (tableau 3) sont également positives et font de l'entreprise 1 un établissement expérimenté et solide. La réaction de cette entreprise est également la plus ancienne, cependant on peut regretter qu'elle se soit limitée à une intervention ponctuelle comme pour les deux autres établissements. La continuité de l'IEC sur le lieu de travail n'a pas été perçue comme un élément clé de la lutte contre le VIH/SIDA et de ses conséquences sur l'activité, à l'exception de la firme 2 qui manque cependant de moyens pour mettre sa politique en application. La firme 1 pourrait aussi orienter son intervention sur l'objectif 3 (tableau 4) en accentuant la codification des connaissances, notamment les routines en usine. Dans l'état actuel des choses, avec la prévalence VIH que connaît la ville d'Abidjan, il semble que l'entreprise 1 soit en mesure de maintenir son fonctionnement et de supporter les coûts occasionnés par l'épidémie. Cependant, si les cas de SIDA venaient à augmenter les coûts médicaux, cela pourrait mener à la détérioration de la mutuelle santé de l'entreprise dont les cotisations ont par ailleurs déjà augmentées (chapitre 2). De même, quelle serait la politique de l'entreprise si un ou plusieurs employés très qualifiés venaient à décéder ?

• Firme 2: Le faible nombre de cas (connus) décédés du SIDA nous amène à réfléchir sur les moyens pour les services médicaux de les identifier, sachant que des salariés malades ont négocié leur départ de l'entreprise contre une indemnité. Les médecins n'ont donc pas toujours la confirmation d'une infection à VIH chez ces cas qu'ils perdent de vue. On a en effet constaté que les cas de SIDA recensés ont tous une ancienneté dans l'entreprise supérieure à 2 ans alors que plus de 40% des effectifs ont une ancienneté inférieure à 2 ans. La firme 2 détient le turnover le plus élevé probablement parce que le travail à l'usine de textile est particulièrement difficile, les horaires de travail sont durs et le parc des machines outils est ancien, il est donc bruyant et parfois dangereux notamment pour les doigts, les fibres de textile restent en suspension dans l'air rendant celui-ci difficilement respirable. Les services médicaux, malgré la

---

<sup>36</sup>. Rapport d'enquête réalisé en 1996 à Abidjan, nous ne pouvons citer la référence bibliographique au risque de révéler l'identité de la firme 1.

bonne volonté du médecin d'entreprise, manquent de moyens pour satisfaire la demande<sup>37</sup>. La structure de l'entreprise est satisfaisante (tableau 3) mais pourrait être fragilisée par son développement. La bonne flexibilité de la main d'oeuvre lui permet cependant de compenser cet aspect. La stratégie de l'entreprise pourrait s'orienter sur le renforcement de la politique sociale de l'établissement en améliorant d'une part les services médicaux d'entreprise, d'autre part l'accès aux soins pour les employés (objectif 1). Cela permettrait en outre de réduire les pertes de productivité des employés malades qui sont probablement plus nombreux que ceux qui ont été recensés dans notre enquête. Selon le médecin, mais également selon les chefs d'équipes que nous avons interrogés, les arrêts de maladie et les absences non justifiées posent encore de nombreux problèmes pour l'organisation du travail et le respect des délais de livraison. Par ailleurs, l'apprentissage et les connaissances transmises de bouche à oreille jouent un rôle majeur dans l'usine (idem dans le firme 3), il serait donc adéquat de codifier les connaissances particulièrement aux étapes délicates et qualifiées de la production: l'étirage, le tissage et la filature. Cependant, les dirigeants de l'entreprise semblent déléguer la totalité du problème du VIH/SIDA aux services médicaux qui ne peuvent agir qu'au niveau de l'objectif 1, l'objectif 3 n'est pas pris en compte ou ne veut pas être pris en compte par les dirigeants de l'entreprise<sup>38</sup>.

- Firme 3: C'est probablement la plus fragile parmi les trois entreprises, entre autre parce que les cas de SIDA (connus et rapportés) sont proportionnellement plus nombreux que dans les firmes 1 et 2. Plus récente, moins imposante et moins expérimentée que les autres, la firme 3 semble moins préparée pour faire face aux contraintes posées par le VIH/SIDA, elle compense ces aspects par une augmentation de ses parts de marché et une bonne flexibilité de la main d'oeuvre (gestion paternaliste du personnel). En pleine croissance, la firme 3 est davantage préoccupée par son développement que par les conséquences du VIH/SIDA (tableau 3), cependant le nombre élevé de décès par rapport à l'effectif de l'entreprise inquiète ses dirigeants (chapitre 2). L'objectif 1 est loin d'être rempli malgré l'intervention d'un médecin vacataire, la

<sup>37</sup>. Le personnel infirmier et le médecin de l'entreprise demandent parfois à des patients qui ont attendu plusieurs heures de repasser le lendemain car ils ont trop de consultations dans la journée.

<sup>38</sup>. Le directeur de l'entreprise ne m'a jamais reçu malgré les nombreuses demandes qui lui ont été adressées. Son argument repose sur la nature du problème qui dépend selon lui uniquement du médecin de l'entreprise. Nous

stratégie de l'entreprise pourrait être orientée sur cet objectif qui par ailleurs est réalisable étant donné les bonnes marges bénéficiaires de l'entreprise sur la période étudiée<sup>39</sup>. Les savoirs sont peu codifiés notamment dans une situation de croissance où ils évoluent continuellement, notamment par exemple avec l'achat de nouvelles machines outils plus performantes. Cette situation renforce la crainte que le VIH/SIDA affecte les employés qualifiés ou en formation pour l'utilisation des nouvelles machines. La formation d'employés polyvalents s'impose dans ce cas de figure afin de préserver les savoirs dans l'entreprise. L'exemple du conducteur de chaudière est révélateur d'une situation critique engendrée par le décès d'un agent dont les connaissances n'étaient pas codifiées (cf. chapitre 3). Les comportements dans l'entreprise et au travail mériteraient également d'être codifiés afin de limiter les conflits et tensions, cela reste cependant difficile pour une gestion paternaliste du personnel et les traitements envers les employés dépendent davantage de facteurs subjectifs que de considérations objectives.

Nous terminerons ce chapitre en insistant sur la nature des objectifs qui influencent la décision de l'employeur. En effet, les stratégies mises en place pour atteindre l'objectif 1 donneront au mieux des résultats à long terme (6-10 ans) mais ils permettent de limiter l'ensemble des conséquences du VIH/SIDA dans les entreprises. L'objectif 2 apporte plutôt des résultats à court terme, voire immédiats avec le licenciement des personnes infectées ou le dépistage VIH à l'embauche. Contrairement à l'objectif précédent, il ne s'agit que d'une intervention visant à limiter une partie des conséquences du VIH/SIDA sur l'activité. Par ailleurs, les stratégies discriminatoires peuvent engendrer d'autres problèmes avec les autorités publiques (inspection du travail) - bien que cela ne semble pas être le cas à Abidjan - mais surtout des conflits et des tensions au sein de l'entreprise si les employés prennent connaissance de ces pratiques. Le licenciement du personnel (qualifié) infecté par le VIH va d'ailleurs à l'encontre de l'objectif 3. Celui-ci, peu perçu par les dirigeants donc peu enclin à faire l'objet de stratégies d'entreprise, pourrait être atteint à moyen terme et permettre de limiter aussi les coûts visibles (objectif 2) puisque les stratégies impliquées paraissent compatibles avec les objectifs. Le choix des

---

avons eu plusieurs entretiens avec le responsable du personnel, des agents administratifs, des agents de maîtrise ou des ouvriers, mais aucun contact direct avec le directeur hormis par téléphone.

stratégies dépend donc essentiellement de la réalité de l'impact du VIH/SIDA, de la connaissance des contraintes à venir, de la priorité des stratégies économiques des entreprises et de la volonté de l'employeur pour traiter le problème du VIH/SIDA.

---

<sup>39</sup>. Le choix de l'employeur s'est orienté sur le développement de l'entreprise en 1996 et 1997. Les mesures à l'égard du VIH/SIDA ne sont pas prioritaires face à d'autres stratégies.

# **CONCLUSION**

## CONCLUSION

Le travail que nous avons effectué permet de mettre en évidence des problèmes d'un ordre nouveau pour les entreprises en Afrique. Il permet également de recentrer des hypothèses, sinon inquiétantes, du moins assez préoccupantes dans un contexte de développement économique et social difficile. L'impact du VIH/SIDA sur le fonctionnement des entreprises a fait l'objet de peu d'études jusqu'à ce jour alors que l'impact économique de l'épidémie ne cesse de croître dans les pays d'Afrique à forte prévalence (World Bank, 1997). La Côte d'Ivoire est un observatoire intéressant de l'évolution des conséquences économiques du VIH/SIDA en ce sens que la prévalence y est la plus élevée en Afrique de l'Ouest et qu'Abidjan est un pôle majeur de l'activité économique de toute la sous-région. Nos enquêtes ont permis de mettre en évidence quelques points fondamentaux sur la manière dont sont affectées les entreprises mais également sur leur capacité à faire face aux contraintes posées par le VIH/SIDA.

Premièrement, les entreprises ne sont pas affectées de façon homogène, les coûts identifiés varient fortement d'un établissement à l'autre. Cela dépend essentiellement de l'organisation du travail mais également de la politique sociale des établissements. A cela s'ajoute des facteurs intrinsèques comme le niveau de qualification des employés ou l'impact du décès d'un seul individu qui peut s'avérer particulièrement problématique. Les effets du VIH/SIDA varient également selon le niveau de croissance de l'entreprise qui détermine entre autres le besoin en personnel, le besoin en compétences, la nécessité de développer la formation interne... les investissements relatifs au personnel sont remis en cause et les décès ou la maladie détériorent la rentabilité de ces investissements. A ce premier niveau d'analyse, on a constaté une grande inégalité des entreprises face au VIH.

Deuxièmement, les réactions des établissements varient également, les stratégies de lutte contre le VIH/SIDA sont souvent peu organisées et relèvent surtout d'une réponse spontanée comme l'identification et l'exclusion du personnel infecté par le VIH. A l'opposé, des politiques de prise en charge médicale et d'aide aux employés malades commencent à peine à se développer,

notamment dans les grandes firmes. Cependant, face à la difficulté d'identification des conséquences du VIH/SIDA sur la production mais aussi sur le fonctionnement de l'entreprise, les réponses de l'employeur sont insuffisantes et souvent peu organisées. Généralement considérée comme un problème limité au secteur de la santé, la gestion de l'infection à VIH en entreprise est déléguée au médecin d'entreprise. Les interventions de l'employeur dans la gestion de ce problème amènent très souvent des contraintes d'éthique médicale liées à l'anonymat des employés infectés par le VIH.

Ainsi, la question d'une réaction adéquate des entreprises au VIH/SIDA a rapidement été posée face aux problèmes d'éthique médicale car les réponses d'entreprise que nous avons observées reposent sur une approche nominative et individuelle des cas d'infections par le VIH à l'exception de la prévention. Nous n'avons donc pas constaté d'élaboration de réponse collective relative à l'organisation du travail ou à la protection des savoir faire. La démarche rencontrée consiste toujours à préserver un savoir-faire ou l'attribution d'un poste après identification de la maladie chez un employé. La mise en place d'une procédure collective de protection des savoir-faire comme la codification des connaissances ou l'instauration d'une politique de polyvalence des compétences ne fait pas encore parti des réactions spécifiques d'entreprises. Nous préconisons ce type d'interventions de manière à lever les actions sur les individus et à favoriser davantage les interventions sur les méthodes et l'organisation du travail de manière à réduire les conséquences du VIH/SIDA sur l'activité économique. L'organisation du travail devient probablement un outil majeur de lutte contre le VIH/SIDA dans la mesure où l'aménagement des compétences permet de s'adapter à un environnement hostile. Cela est moins vrai dans le domaine agricole où les exploitations se limitent au noyau familial ou dans les entreprises artisanales de moins de cinq salariés. Le décès ou la maladie d'un seul individu a forcément des conséquences importantes car l'organisation du travail est peu modulable, dans les entreprises unipersonnelles, le décès implique nécessairement la faillite ou le rachat de l'affaire. Les entreprises de grande taille bénéficient d'un temps de réaction leur permettant de se réorganiser en redistribuant par exemple certaines tâches.

Cependant le temps de réaction des entreprises est étroitement lié à la dynamique de l'épidémie de VIH que nous connaissons d'ailleurs mal et qui nous empêche de faire des prévisions précises et fiables. Dans tous les cas, plus l'épidémie prend de l'ampleur, plus la morbidité et la mortalité de la population active augmentent et moins les entreprises bénéficient de temps pour réagir. En Côte d'Ivoire, il est difficile de prévoir une croissance de l'épidémie, mais si cela devait être le cas, il est fort à craindre que le manque d'anticipation de la part des entreprises pourrait avoir des conséquences graves pour certaines d'entre elles, à savoir les plus vulnérables en accord avec les critères que nous avons développé dans la thèse.

Enfin, l'intérêt majeur de cette étude repose sur la démonstration que les intérêts économiques des entrepreneurs ne représentent pas systématiquement un obstacle aux politiques de santé publique. Il est clair que la compréhension de l'impact du VIH/SIDA sur les entreprises doit mener à une collaboration étroite entre le monde des affaires et les organismes (étatiques, internationaux, ONG...) de santé publique dans l'intérêt commun des uns et des autres. Les mesures sociales et économiques présentées dans ce document devraient constituer un terrain d'entente favorable à une action commune.

# **REFERENCES**

# **BIBLIOGRAPHIQUES**

Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Soldan K, et al. **Reducing the risk of HIV infection among South African sex workers: socioeconomic and gender barriers.** *American Journal of Public Health* 1995, 85: 1521-1525.

AlterN. **Sociologie de l'entreprise et de l'innovation.** PUF, Paris 1996.

Amstrong J. **The demographic, economic, and social impact of AIDS.** In: *AIDS in the world.* Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, editors. Harvard University Press, Cambridge 1992: 195-226.

Anarfi JK. **HIV/AIDS in sub-saharan Africa: its demographic and socio-economic implications.** *African Population Paper* 1994, 3: 1-37.

AIDSCAP/FHI, Ecole de Santé Publique de Harvard, ONUSIDA. **Rapport final: L'Etat et les tendances de la pandémie mondiale de VIH/SIDA.** Colloque satellite officiel, *XIème Conférence Internationale sur le SIDA*, Canada, Vancouver 7-12 juillet 1996.

Ainsworth M, Over MO. **The economic impact of AIDS on Africa.** In: *AIDS in Africa*, Essex M, Mboup S, Kanki PJ, Kalengayi MR, editors. Raven Press, Ltd., New York 1994: 559-588.

Aisu T, Raviglione MC, Van Praag E, et al. **Preventive chemotherapy for HIV associated tuberculosis in Uganda: an operational assessment at a voluntary counselling and testing centre.** *AIDS* 1995, 9: 267-273.

Arnold D.O. **Dimensional sampling: an approach for studying a small number of cases.** *American Sociologist* 1970, vol.5: 147-150.

Asiimwe-Okiror G, Opio AA, Musinguzi J, et al. **Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda.** *AIDS* 1997, 11: 1757-1763.

Austin JL. **How to do things with words.** Oxford University Press, Oxford 1962.

Auvert B. **Epidémiologie du sida en Afrique.** In: *Populations africaines et sida*, dir: J. Vallin, Ed. La Découverte/CEPED, Paris 1994: 63-117.

Aventin L. **Etude des associations auto-promues et des mouvements de solidarité de lutte contre le SIDA à Ouagadougou (Burkina Faso).** Mémoire de DESS (Paris I Panthéon-Sorbonne), CNLS-ORSTOM, Paris 1994.

Aventin L. **Le sida en entreprise: position professionnelle du médecin d'entreprise, secret médical et logique économique.** *Sociétés d'Afrique et sida* 1995, 10: 788.

Aventin L. **Appréhension du VIH/SIDA dans le secteur privé à Abidjan : Stratégies d'entreprises et médecins du travail.** *Journal des Anthropologues* 1996, 66-67: 211-223.

Aventin L, Gnabeli RY. **Organisation de la prise en charge médicale dans les entreprises abidjanaises.** Colloque *Santé en capitales*, Côte d'Ivoire, Abidjan 12-16 février 1996.

Aventin L. **Discrimination à l'égard des employés séropositifs dans l'entreprise abidjanaise: dépistages illicites du VIH et licenciements abusifs, 1995-1996.** *Sciences Sociales et Santé* 1997, 15(3): 69-96.

Aventin L, Huard P. **HIV/AIDS and manufacturing in Abidjan, 1995-1996.** *Aids Analysis Africa* 1997 (Southern Africa Edition), 7(6):10-12.

Aventin L, Huard P. **Reactions of african firms to the impact of HIV/AIDS on their functioning: reflections based on certain observations made in Abidjan, Côte d'Ivoire.** Soumis au *Journal of African Economies* en juin 1997.

Arnold D.O. **Dimensional sampling: an approach for studying a small number of cases.** *American Sociologist* 1970, vol. 5: 147-150.

Azam JP. **The Côte d'Ivoire model of endogenous growth.** *European Economic Review* 1993, 37(2/3): 566-576.

Baggaley R, Godfrey-Faussett P, Msiska R, et al. **How have Zambian businesses reacted to the HIV epidemic ?** *Occupational and Environmental Medicine* 1995, 52: 565-569.

Baker D. **The health and social effects of shift work.** Health Marxist Organization, Packet n°5, Work and Health, New York 1979.

Baldwin J. **The dynamics of industrial competition.** Cambridge University Press, Cambridge 1995.

Baldwin M, Johnson WG. **Labor market discrimination against men with disabilities.** *The Journal of Human Resources* 1994, 29(1): 1-19.

Banque Mondiale. **Rapport sur le développement dans le monde: investir dans la santé.** Banque Mondiale, Washington 1993.

Banque Mondiale. **Rapport sur le développement dans le monde: le monde du travail dans une économie sans frontières.** Banque Mondiale, Washington, 1995.

Barnett T, Haslwimmer M. **The estate sector.** In: *The effects of HIV/AIDS on farming systems in eastern Africa.* F.A.O, Chapter 5, Rome 1995: 113-140.

Barrère B, Hernandez EM. **Démographie des entreprises en Côte d'Ivoire.** *Revue Française de Gestion* 1991, 83: 29-39.

Barreyre PY. **L'impartition : politique pour une entreprise compétitive.** Ed. Hachette, Paris 1968.

Bates T, Nucci A. **An analysis of small business size and rate of discontinuance.** Center for Economic Studies Discussion Paper H90-2. US Bureau of the census, USA 1990.

Bazin L, Gnabéli RY. **Les "dépenses sociales" et le rapport salarial dans les entreprises ivoiriennes.** Rapport d'enquêtes, ORSTOM / GIDIS-CI, Abidjan 1996.

Béchu N, Delcroix S, Guillaume A. **Devenir socio-économique des enfants et familles affectés par le VIH/SIDA dans les pays en développement: le cas de la Côte d'Ivoire.** Rapport final pour l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida, Paris 1997.

Becker CM. **The demo-economic impact of the AIDS pandemic in Sub-Saharan Africa.** *World Development* 1990, 18(12):1599-1619.

Blibolo AD. **Le SIDA en entreprise.** Compte rendu du Forum organisé par DRH Conseil et C.M. Santé 2000. Hôtel Ibis Plateau, Côte d'Ivoire, Abidjan le 21 décembre 1994.

Bolot-Gittler A, Daniel C, Mouton P. **Rapport d'audit de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale de Côte d'Ivoire, analyse.** Inspection Générale des Affaires Sociales, Abidjan 1990.

Bourdieu P. **Le sens pratique.** Editions de Minuit, Paris 1980.

Boyadjan C. **La nuit des machines.** Les Presses d'Aujourd'hui, Paris 1978.

Braun M, Mamadou T, Damet G, et al. **HIV-1, HIV-2 and tuberculosis (TB) in Abidjan, Côte d'Ivoire.** *Vth International Conference on AIDS.*, Canada, Montréal 4-9 june 1989, MGP 24.

Broda J. **Charge psychique salariale et mobilisation psychique.** *Connexions* 1987, 49: 119-137.

Brousseau E. **Les théories de contrats: une revue.** *Revue d'Economie Politique* 1993, 103(1): 1-82.

Brown JS, Duguid P. **Organizational learning and communities-of-practice: toward a unified view of working, learning and innovation.** *Organization Science* 1991, 2(1): 40-57.

Brunet-Jailly J. **Peut-on faire l'économie du Sida ?** Colloque *Sciences Sociales et SIDA en Afrique, Bilan et Perspectives.*, Sénégal, Sali-Portudal 4-8 novembre 1996, vol.1: 229-241.

Brunet-Jailly J. **Le SIDA et les choix de stratégie sanitaire: l'exemple de la Côte d'Ivoire.** *Xème Conférence sur les MST/SIDA en Afrique.* Abidjan, Côte d'Ivoire 7-11 décembre 1997, C.003: 1.

Buvé A, Foster SD. **HIV infection in a rural district in Zambia: prevalence and socioeconomic factors associated with seropositivity.** *IX International Conference on AIDS*, Germany, Berlin 6-11 june 1993, PO-D28-4231: 923.

Caldwell JC, Orubuloye IO, Caldwell P. **Underreaction to AIDS in sub-saharan Africa.** *Social Science and Medicine* 1992, 34(11):1169-1182.

Camacho A. **Adaptation costs, coordination costs and optimal firm size.** *Journal of Economic Behavior and Organization* 1991, 15: 137-149.

Caprara A, Seri D, De Gregorio GC, et al. **The perception of AIDS in the Bété and Baoulé of the Ivory Coast.** *Social Science and Medicine* 1993, 36(9): 1229-1235.

Cassassuce P. **Travail posté et organisation du temps de travail: enjeux économiques et conséquences sociales.** *Prévenir* 1983, 8: 33-44.

Cassassuce P. **La flexibilité de l'emploi et du travail dans les entreprises industrielles.** In: *Les stratégies d'entreprises face aux ressources humaines.* Dir: F. Stankiewicz. Economica, Paris 1988: 139-148.

Chandler AD. **Strategy and structure, Chapters in the history of the industrial enterprise.** The MIT Press, Cambridge 1962.

CNLS de Côte d'Ivoire. **Surveillance épidémiologique de l'infection à VIH : rapport de notification des cas de SIDA.** Note interne, Abidjan 1995, 3 p.

CNPS. **Guide de l'assuré social.** République de Côte d'Ivoire, Abidjan 1989, 41 p.

CNPS. **Rapport d'activité de l'exercice 1993.** Rapport interne, Abidjan 1994, 109 p.

Coffi JP, Ouattara N. **Droit et SIDA en Côte d'Ivoire.** In: *Droit et Sida, comparaison internationale.* Dir: J Foyer, L Khaiat. CNRS Editions, Paris 1994.

Cohen D. **L'impact économique de l'épidémie d'infections par le VIH.** Eclairage n°2, PNUD, Programme VIH et Développement, New-York 1993.

Cohen MD. **Organizational routines are stored as procedural memory: evidence from a laboratory study.** *Organization Science* 1994, 5(4): 554-567.

Coriat B, Weinstein O. **Les nouvelles théories de l'entreprise.** Le Livre de Poche n°519, Paris 1995.

Cuddington JT. **Modeling the macroeconomic effects of AIDS, with an application to Tanzania.** *The World Bank Economic Review* 1993(a), 7(2): 173-189.

Cuddington JT. **Further results on the macroeconomic effects of AIDS: the dualistic, labor surplus economy.** *The World Bank Economic Review* 1993(b), 7(3): 403-417.

Cyert RM, March JG. **A behavioural theory of the firm.** Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1963.

Davis SJ, Haltiwanger JC, Schuh S. **Gross job flows in U.S. Manufacturing.** U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census, Center for Economic Studies. The MIT Press, Boston M.A 1996.

Davis-Blake A, Uzzi B. **Determinants of employment externalization : a study of temporary workers and independent contractors.** *Administrative Science Quarterly* 1993, 38(2): 195-223.

DCGTX. **Statistiques macro-économiques.** DCGTX, Unité de macro-économie et statistiques, République de Côte d'Ivoire, Abidjan 1996.

De Cock KM, Odehour K, Moreau J, et al. **Rapid emergence of AIDS in Abidjan, Ivory Coast.** *Lancet* 1989, August: 408-410.

De Cock KM, Odehour K, Colebunders RL, et al. **A comparison of HIV-1 and HIV-2 infections in hospitalized patients in Abidjan, Côte d'Ivoire.** *AIDS* 1990, 4 (5): 443-448.

De Cock KM, Barrere B, Lafontaine MF, et al. **Mortality trends in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1983-1988.** *AIDS* 1991, 5(4): 393-398.

De Cock KM, Soro B, Coulibaly IM, et al. **Tuberculosis and HIV infection in Sub-Saharan Africa.** *JAMA* 1992, 268(12): 1581-1587.

Dédy S. **Sécurité sociale, Sida et médecine du travail en Côte d'Ivoire.** Colloque International *Sciences Sociales et sida en Afrique, bilan et perspectives*, PNLS-ORSTOM-CODESRIA, Sénégal, Sali-Portudal 4-8 novembre 1996, vol 2: 619-633.

Deniaud F, Vautrin-Soares E, De Ceita A. **Perceptions et pratiques chez les jeunes en matière de prévention du sida en Côte d'Ivoire urbaine et rurale.** In: *Le sida en Afrique, recherches en sciences de l'homme et de la société*. Collection Sciences Sociales et SIDA, ANRS / ORSTOM, Paris 1997: 43-50.

Denis F, Gershly-Damet G, Lhuillier M, et al. **Prevalence of human T-Lymphotropic retroviruses type III (HIV) and type IV in Ivory Coast.** *Lancet* 1987, february: 408-411.

De Gagné D. **L'impact de la pandémie VIH sur la vie économique.** *Transcriptase* 1995, 39: 11-13.

Desaunay G. **Les relations humaines dans les entreprises ivoiriennes.** *Revue Française de Gestion* 1987, 64: 95-101.

Diagou J. **Les assurances maladies pour les salariés d'entreprises en Côte-d'Ivoire.** *Notes et Travaux du GIDIS-CI* 1994, 6: 42-45.

Diallo MO, Ettiegne-Traoré V, Maran M, et al. **Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infections in women attending an antenatal clinic in Abidjan, Côte d'Ivoire.** *International Journal of STD & AIDS* 1997(a), 8: 636-638.

Diallo AA, Diaw PO, Dieng Sar A, et al. **Surveiller, comprendre et expliquer le faible niveau de séroprévalence au Sénégal.** Xeme Conférence Internationale sur les MST/SIDA en Afrique. Abidjan, Côte d'Ivoire 7-11 décembre 1997(b), B.047: 18.

D'Iribarne A. **Ateliers flexibles, organisation du travail et qualification.** *Revue Française de Gestion* 1984, 46: 31-36.

D'Iribarne P. **L'enracinement culturel de la gestion des entreprises.** In: *L'esprit d'entreprise*, Ed. AUPELF-UREF, John Libbey Eurotext, Paris 1993: 55-60.

Djomand G, Greenberg AE, Sassan-Morokro M, et al. **The epidemic of HIV/AIDS in Abidjan, Côte d'Ivoire: A review of data collected by projet RETRO-CI from 1987 to 1993.** *Journal of AIDS and Human Retrovirology* 1995, 10: 358-365.

D'Oruz-Grote D. **Prevention of HIV infection in developing countries.** *Lancet* 1996, 348: 1071-74.

Dosi G, Freeman C, Nelson R, et al. **Technical change and economic theory**. Pinter Publishers, 1988.

Dosi G, Teece D, winter S. **Les frontières des entreprises: vers une théorie de la cohérence de la grande entreprise**. *Revue d'Economie Industrielle* 1990, 51: 238-254.

Dosi G, Malerba F, Marsili O, et al. **Industrial structures and dynamics: Evidence, interpretations and puzzles**. *Industrial and Corporate Change* 1997, 6(1): 3-24.

Doz Y. **Les dilemmes de la gestion du renouvellement des compétences clés**. *Revue Française de Gestion* 1994, 97: 92-104.

Dubresson A. **Villes et industries en Côte d'Ivoire, pour une géographie de l'accumulation urbaine**. Ed. Karthala, Paris 1989.

Dubresson A. **Crise et peuplement des villes en Afrique au sud du Sahara**. In : *Crise et population en Afrique*. Dir. J. Coussy et J. Vallin, les études du CEPED n°13, Paris 1996: 375-406.

Farastier DA. **La GRH au service de la capacité d'adaptation de l'entreprise**. *Revue Française de Gestion* 1995, 103: 43-55.

Fargas. **Yannick Dombi ou le choix de vivre**. Ed. SIED, Abidjan 1993.

Farnham PG. **Defining and measuring the costs of the HIV epidemic to business firms**. *Public Health Reports* 1994, 109(3): 311-318.

Favereau O. **Marchés internes, marchés externes**. *Revue Economique* 1989, 40(2): 273-328.

Fisher GN. **Espace industriel et liberté**. Presses Universitaires de France, Paris 1980.

Forsythe S, Roberts M. **Evaluation de l'impact du VIH sur le secteur commercial africain**. *Sidalerte* 1994, 38: 11-12.

Foster S, Lucas S. **Socioeconomic aspects of HIV and AIDS in developing countries: a review and annotated bibliography.** Health Policy Unit, Dpt of Public Health and Policy, PHP Departmental Publication n°3, London 1991.

Foster S. Study of adult disease in Zambia. Final report preliminary version, ODA, Lusaka 1995, Zambia.

Foster S, Godfrey-Faussett P, Porter J. Modelling the economic benefits of tuberculosis preventive therapy for people with HIV: the example of Zambia. *AIDS* 1997, 11: 919-925.

Fottorino E. **Une économie sidéenne.** Le Monde, Paris le 10 novembre 1994: 4.

Freysenet M. **Division du travail, taylorisme et automatisation. Confusions, différences et enjeux.** In: *Le Taylorisme: Actes du colloque international sur le taylorisme - Université de Paris XIII*, dir: De Montmollin M, Pastré O. Ed. La Découverte, Paris 1984.

Friedman G. **Où va le travail humain ?** Ed. Gallimard, Paris 1950.

Garenne M, Madison M, Tarantola D, et al. **Conséquences démographiques du sida en Abidjan, 1986-1992.** Les études du CEPED n°10, Paris 1995.

Garenne M. **Impact démographique du sida en Afrique: données et interprétation.** Colloque international "Sciences Sociales et SIDA en Afrique, Bilan et perspectives", Sénégal, Sali-Portudal 4-8 novembre 1996, vol.1: 243-253.

Garenne M. **La mortalité liée au sida à Abidjan.** *Le journal du sida* 1996, 86-87: 30-31.

Garenne ML, Madison M, Tarantola D, et al. **Mortality impact of AIDS in Abidjan, 1986-1992.** *AIDS* 1996, 10(11): 1279-1286.

Garenne M, Friedberg F, Zanou B. **Reconstructing the dynamics of the HIV/AIDS epidemic in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1986-1995.** Paper for the IUSSP seminar on the *Socio-Demographic Impact of AIDS in Africa*. Durban 3-6 february 1997.

Garenne M. **Dynamique de l'épidémie de SIDA à Abidjan: 1986-1995.** *Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique*, Côte d'Ivoire, Abidjan 7-11 décembre 1997, B443: 172.

Gershy-Damet GM, Koffi K, Soro B, et al. **Seroepidemiological survey of HIV-1 and HIV-2 infections in the five regions of Ivory Coast.** AIDS 1991, 5 (4): 462-463.

Glance NS, Hogg T, Huberman BA. **Training and turnover in the evolution of organizations.** Organization Science 1997, 8(1): 84-96.

Gorsky RD. **A method to measure the costs of counseling for HIV prevention.** Public Health Report 1996, 111(sup.1): 115-122.

Greenberg A, Coulibaly IM, Kadio A, et al. **Trends in the HIV-1 epidemics in Abidjan, Côte d'Ivoire: 11 years of HIV serosurveillance at Projet Retro-Cl.** Xth International Conference on AIDS and STD in Africa, Côte d'Ivoire, Abidjan 7-11 december 1997, B.041: 15.

Grosskurth H, Mosha F, Todd J, et al. **Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial.** Lancet 1995, 346: 530-536.

Guetzkow H, Gyr J. **An analysis of conflict in decision-making groups.** Human relations 1954, 7: 367-381.

Hamel J, Dufour S, Fortin D. **Case study methods.** Qualitative research methods, vol. 32, Sage Publications, Montréal 1993.

Hamblin J. **Role de la loi dans les politiques en matière de VIH et de SIDA.** Eclairage n°11, Programme VIH et développement, PNUD, New York 1993(a).

Hamblin J. **Personnes vivant avec le VIH: Le droit, l'éthique et la discrimination.** Eclairage n°4, Programme VIH et développement, PNUD, New York 1993(b).

Hassig SE, Perriëns J, Baende E, et al. **An analysis of the economic impact of HIV infection among patients at Mama Yemo Hospital, Kinshasa, Zaire.** AIDS 1990, 4: 883-887.

Henry A. **Les entreprises en Afrique: des progrès méconnus.** Problèmes Economiques 1993, 2351: 16-21.

Hopenhain HA. **Entry, exit and firm dynamics in long run equilibrium.** *Econometrica* 1992, 60(5):

Jackson DJ, Rakwar JP, Richardson BA, et al. **Decreased incidence of sexually transmitted diseases among trucking company workers in Kenya: results of a behavioural risk-reduction programme.** *AIDS* 1997, 11: 903-909.

Jacobson LP, Kirby AJ, Polk S, et al. **Changes in survival after Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): 1984-1991.** *American Journal of Epidemiology* 1993, 138: 952-964.

Jensen JB, McGuckin RH. **Firm performance and evolution: empirical regularities in the US microdata.** *Industrial and Corporate Change* 1997, 6(1): 25-47.

Joras M. **VIH: Inquiétante augmentation des contaminations hétérosexuelles aux Etats-Unis.** *Le Quotidien du Médecin*, 28 janvier 1997, 5994: 4.

Kaldor N. **The equilibrium of the firm.** *The Economic Journal* 1934, 173: 60-76.

Kanki PJ, De Cock K. **Epidemiology and natural history of HIV-2.** *AIDS* 1994, 8 (suppl 1): S85-S93.

Kaplan JE, Hu DJ, Holmes KK, et al. **Preventing opportunistic infections in human immunodeficiency virus-infected persons: implications for the developing world.** *Am. J. Med. Hyg.* 1996, 55(1): 1-11.

Kassim S, Wiktor SZ, Maurice C, et al. **Prevalence of HIV infection among women attending urban antenatal clinics in Côte d'Ivoire, 1997.** *Xth International Conference on AIDS and STD in Africa*, Côte d'Ivoire, Abidjan 7-11 december 1997, B.042: 16.

Kawamura M, Yamazaki S, Ishikawa K, et al.. **HIV 2 in west Africa in 1966.** *Lancet* 1989, 8634: 385.

Kilumbi SN, Isingo R, Boerma JT. **Direct medical costs of HIV infection: a prospective study of factory workers in Tanzania.** *IX International Conference on AIDS and STD in Africa*, Kampala, Ouganda 1995, TuD661, p. 297.

Klouda T. **Planning familial et programmes MST: une alliance contre nature ?** *Le Journal du SIDA* 1996, 86/87: 85-86.

Kogut B, Zander U. **What firms do ? Coordination, identity, and learning.** *Organization Science* 1996, 7(5): 502-518.

Lamptey P, Williamson N. **Report of the workshop on "Lessons learned from Family Planning for AIDS prevention.** Agency for International Development, AIDSTECH and AIDSCOM, Washington DC 1989.

Lamptey P, Goodridge G. **Condom issues in AIDS prevention in Africa.** *AIDS* 1991, 5 (suppl 1): S183-S191.

Landier H, Vieux N. **Le travail posté en question.** Ed. CERF, Paris 1976.

Lane JI, Isaac AG, Stevens DW. **Firm heterogeneity and worker turnover.** *Review of Industrial Organization* 1996, 11: 275-291.

Lassalle C, Padilla S, Rapine C. **La prise en charge sociale des patients infectés par le VIH.** *Revue de Presse SIDA* 1996, VII(9): 601-605.

Legislateur. **Code du travail, partie législative.** Série Codes et lois de Côte d'Ivoire, loi n°95-15 du 12 janvier 1995 portant Code du Travail. Juris-Editions, Abidjan 1995.

Legislateur. **Convention Collective Interprofessionnelle de Côte d'Ivoire.** Série Code et Lois de Côte d'Ivoire, loi du 19 juillet 1977. Juris-Editions, Abidjan 1977.

Le Goff JP. **La difficile réconciliation de l'entreprise moderne et de la démocratie.** *Problèmes économiques* 1995, 2412: 15-20.

Leigh JP, Lubeck DP, Farnham PG, et al. **Hours at work and employment status among HIV-infected patients.** *AIDS* 1995(a), 9: 81-88.

Leigh JP, Lubeck DP, Farnham P, et al. **Potential and actual workdays lost among patients with HIV.** *Journal of AIDS and Human Retrovirology* 1995(b), 8: 392-398.

Lenz EA. **Flexible employment: positive work strategies for the 21st century.** *Journal of Labor Research* 1996, 17(4): 555-566.

Leplège A, Rude N. **Quelle évaluation de la qualité de vie ?** *Transcriptase* 1995, 32: 2-4.

Levinthal D. **Organizational adaptation and environmental selection: interrelated processus of change.** *Organization Science* 1991, 2(1): 140-145.

Lopez-Escartin N. **Données de base sur la population: Côte d'Ivoire.** Les Dossiers du CEPED n° 18, Paris 1992.

Low-Bear D, Stoneburner RL, Mukulu A. **Empirical evidence for the severe but localized impact of AIDS on population structure.** *Nature Medicine* 1997, 3(5): 553-557.

Lurie P, Hintzen P, Lowe RA. **Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: the roles of the International Monetary Fund and the World Bank.** *AIDS* 1995, 9: 539-546.

Malkin JE. **Etude de faisabilité d'une stratégie de prophylaxie antituberculeuse en Afrique.** *Transcriptase* 1995, 39: 5-6.

Mangum G, Mayall, Nelson K. **The temporary help industry: a response to the dual internal labor market.** *Industrial and Labor Relations Review* 1985, 38(4): 599-611.

March J. **Exploration and exploitation in organizational learning.** *Organization Science* 1991, 2(1): 71-87.

March JG, Simon HA. **Organisations.** Blackwell Publishers, Cambridge, Massachusetts 1993, (1ere ed. 1958).

March J. **L'avenir de la gestion vu par . . . .** *Revue Française de Gestion* 1994, 100: 22-28.

Marengo L. **Coordination and organizational learning in the firm.** *Journal of Evolutionary Economics* 1992, 2: 313-326.

Markova I, Foppa K. **The dynamics of dialogue.** Harvester Wheatsheaf, New York 1990.

Marshall A. **Principles of economics.** Macmillan, Londres 1969 (1ere ed. 1920).

Maurice M. **Méthode comparative et analyse sociétale.** *Sociologie du Travail* 1989, 31(2): 175-191.

Maurice M. **Qu'est-ce que "l'analyse sociétale" apporte à la connaissance de l'entreprise et du système productif ?** Colloque Franco-Japonais: *Organisation et Gestion du Système Productif: Tendances Récentes en France et au Japon*, Japon, Tokyo 27-29 avril 1994.

Mayo E. **Democracy and Freedom.** MacMillan, 1929.

Mburano R. **Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du Sida en Afrique subsaharienne: une synthèse.** Colloque international *Sciences Sociales et SIDA en Afrique*, Sénégal, Sali Portudal 4-8 novembre 1996, vol. 1: 289-303.

Ménard C. **L'économie des organisations.** Ed. La Decouverte, coll. Repères 86, Paris 1995.

Mercier C. **La gestion des métiers.** In: *Les stratégies d'entreprises face aux ressources humaines.* Dir. F. Stankiewicz, Economica, Paris 1988: 93-100.

Midler C. **Evolution des règles de gestion et processus d'apprentissage.** In: Analyse économique des conventions. Dir: A. Orléan, Ed. PUF, Collection Economie, Paris 1994.

Ministère de la Santé Publique de Côte d'Ivoire. **Rapport de l'atelier sur le VIH/SIDA en entreprise (5 décembre 1996).** PNLS/MST/TUB - ONUSIDA, Abidjan, Côte d'Ivoire 1997.

Mintzberg H. **L'essence de la structure.** In: *Structure et dynamique des organisations.* Les Editions d'Organisation, Paris 1982: 17-31.

Mintzberg H. **Le pouvoir dans les organisations.** Les Editions d'Organisation, Paris 1986.

Mnyika KS, Klepp KI, Kvale G, et al. **Prevalence of HIV-1 infection in urban, semi-urban and rural areas in Arusha region, Tanzania.** AIDS 1994, 8: 1477-1481.

Moussé J. **Ethique et profit aujourd'hui.** *Revue Française de Gestion* 1997, 112: 52-58.

Montagnier L. **SIDA - Les faits, l'espoir.** Institut Pasteur, MED Editions, Paris 1992.

Musuamba N. **Ethique, droit et VIH en milieu du travail au Zaïre.** *IXème Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique.* Ouganda, Kampala 1995, WeD845: 345

Musuamba N. **Ethique, Droit et VIH/SIDA dans le milieu de travail au Zaïre.** *Sociétés d'Afrique et SIDA* 1997, 15: 8-9.

Mutabazi E. **Formation au management dans l'environnement culturel ACP: cas de l'Afrique noire francophone.** Séminaire *Rencontres ACP-CEE*, France, Marseille mai 1990.

Ndilu M, Sequeira D, Hassig S, et al. **Medical, social, and economic impact of HIV infection in a large african factory.** *4th International Conference on AIDS*, Sweden, Stockholm 12-16 june 1988, 9583: 429.

Nelson RR, Winter SG. **An evolutionary theory of economic change.** Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge 1982.

Nonaka I. **A dynamic theory of organizational knowledge creation.** *Organization Science* 1994, 5(1): 14-37.

Ollivier A, De Maricourt R. **Marketing et sociétés africaines.** In : *Pratique du marketing en Afrique*, Ed. Aupelf-Uref, Paris 1990: 35-39.

Olomo PR. **Comment concilier tradition et modernité dans l'entreprise africaine.** *Revue française de Gestion* 1987, 64: 91-94.

OMS/BIT. **Programme mondial de lutte contre le SIDA. Consultation sur le SIDA et le lieu de travail.** Déclaration de Genève, 27-29 juin 1988.

OMS. **Projet de protocole pour identifier les discriminations à l'encontre des personnes infectées par le VIH.** WHO/GPA/TCOSEF/94.1 - Section 8, décembre 1994.

**OMS. SIDA - Données au 30 juin 1997.** *Relevé Epidémiologique Hebdomadaire* 1997(a), 72(27): 197-204.

**OMS. Surveillance mondiale du SIDA.** *Relevé Epidémiologique Hebdomadaire* 1997(b), 72(49): 365-368.

O'Reilly III CA, Caldwell DF. **The impact of normative social influence and cohesiveness on task perceptions and attitudes: a social-information processing approach.** *Journal of Occupational Psychology* 1985, 58: 193-206.

Over M. **The macroeconomic impact of AIDS in sub-saharan Africa.** Technical working paper n°3, Population and Human Resources Department, The World Bank 1992.

Paché G. **Stratégies d'adaptation de la petite entreprise.** *Revue Française de Gestion* 1990, 78: 52-60.

Paché G, Paraponaris C. **L'entreprise en réseau.** Presses Universitaires de France, Collection Que Sais-je, Paris 1993.

Panos Institute. **Endiguer l'épidémie.** In: *Le vrai coût du Sida, un nouveau défi au développement.* Ed. L'Harmattan, Paris 1993: 173-196.

Pape JW, Jean SS, Ho JL, et al. **Effect of isoniazid prophylaxis on incidence of active tuberculosis and progression of HIV infection.** *Lancet* 1993, 342: 268-272.

Pelled LH. **Demographic diversity, conflict, and work group outcomes: an intervening process theory.** *Organization Science* 1996, 7(6): 615-631.

Ponson B. **Individualisme ou communauté: quelques implications managériales pour l'entreprise en Afrique.** In: *L'entrepreneuriat en Afrique francophone,* Ed. AUPELF-UREF, John Libbey Eurotext, Paris 1990: 15-25.

Price JL, Mueller CW. **Handbook of organisational measurement.** MA: Ballinger, Cambridge 1986.

Price JL. **The impact of turnover on the organization.** *Work and occupations* 1989, 16(4): 461-473.

Quigley M, Munguti K, Grosskurth H, et al. **Sexual behaviour patterns and other risk factors for HIV infection in rural Tanzania: a case-control study.** *AIDS* 1997, 11: 237-248.

Régnier F. **Connaissances tacites: un rôle stratégique dans l'entreprise.** *Revue Française de Gestion* 1995, 105(special): 127-133.

Reix R. **Savoir Tacite et savoir formalisé dans l'entreprise.** *Revue Française de Gestion* 1995, 105(special): 17-28.

Rerat F. **La polyvalence comme méthode d'organisation du travail.** La Documentation Française n°14: Formation-Emploi, Paris 1986.

Reynaud JD. **Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale.** Ed. Armand Colin, Paris 1989.

Robbins SP. **Organization Theory.** Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1990 (3e ed.).

Roberts MJ, Tybout JR. **Producer turnover and productivity growth in developing countries.** *The World Bank Research Observer* 1997, 12(1): 1-18.

Ross RS. **Small groups in organizational settings.** Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1989.

(RPED) Regional Program on Enterprise Development. **Côte d'Ivoire: an agricultural export-led growth with low industrialization.** CERDI, University of Auvergne, France, Clermont Ferrand 1996.

Ryder RW, Ndilu M, Hassig SE, et al. **Heterosexual transmission of HIV-1 among employees and their spouses at two large businesses in Zaire.** *AIDS* 1990, 4(8): 725-732.

Sailly JC, Lebrun T. **Enjeux économiques et questionnements éthiques dans le domaine de la santé. Réflexions d'économistes.** *Cahier de Sociologie et de Démographie Médicale* 1988, 28(4): 379-393.

Sainsaulieu R. **L'identité au travail.** Presses de la FNSP, Paris 1977.

Schein EH. **Culture: the missing concept in organization studies.** *Administrative Science Quarterly* 1996, 41(2): 229-240.

Schneider H. **Ajustement et équité en Côte d'Ivoire. Série "Ajustement et équité dans les PVD.** dir: Morrisson C, Ed. Centre de Développement de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques, Paris 1992.

Schrage M. **Shared minds: the new technologies of collaboration.** John Brockman, New York 1990.

Searle JR. **Speech acts: an essay in the philosophy of language.** Cambridge University Press, Cambridge 1969.

Sedgo F (Père). **Mon livret SIDA.** Ed. non mentionné, Burkina Faso 1993.

Seidel G. **The competing discourses of HIV/AIDS in Sub-saharan Africa: discourses of rights and empowerment vs discourses of control and exclusion.** *Social Science and Medicine* 1993, 36(3): 175-194.

Serre A. **Prostitution: succès et impasses de la prévention.** *Transcriptase* 1996, 49: 22-24.

Serwala D, Wawer MJ, Musgrave SD, et al. **HIV risk factors in three geographic strata of rural Rakai district, Uganda.** *AIDS* 1992, 6(9): 983-989.

Simon H. **Administrative behavior: A study of decision making processes in administrative organizations.** Free Press, New-York 1947.

Sindzingre AN. **Etat, développement et rationalité en Afrique: contribution à une analyse de la corruption.** Centre d'Etude d'Afrique Noire, coll. Travaux et documents, I.E.P / Université de Bordeaux I, 1994.

Solomon CM. **Keeping hate out of the workplace.** *Personnel Journal* 1992: 30-36.

Soro BN, Gershy-Damet GM, Coulibaly A, et al. **The present and future course of the AIDS epidemic in Côte d'Ivoire.** *Bulletin of WHO* 1992(a), 70 (1): 117-123

Soro BN, Coulibaly A, Koffi D, et al. **Surveillance du SIDA et de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire.** *Pub. Méd. Afr.* 1992(b), 113: 7-13.

Staw BM. **The consequences of turnover.** *Journal of Occupational Behavior* 1980, 1: 253-273.

Staw BM, Sandelands LE, Dutton JE. **Threat-rigidity effects in organisational behavior: a multilevel analysis.** *Administrative Science Quarterly* 1981, 26: 501-524.

Stein J, Steinberg M. **Response of the mining sector to the HIV/AIDS epidemic in Southern Africa.** Report to the Human Resources Development Division, Economic Development Institute, World Bank and Policy and Planning Co-ordination Unit, GPA, WHO, BS 699, september 1995.

Sylla-Koko F, Ezoua-Ehui C, Traoré-Anaky MF, et al. **Séroprévalence de l'infection à VIH dans les consultations prénatales d'Abidjan, Côte d'Ivoire.** *IXeme Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique*, Ouganda, Kampala 10-14 décembre 1995, TuC626: 289.

Tano Bian A, Amadi N, Brunet-Jailly J, et al. **Projet Santé Abidjan 1992-1996.** Rapport du Ministère Français de la Coopération et du Développement et du Ministère Ivoirien de la Santé et de la Protection Sociale, Abidjan 1992.

Tarantola D. **Trends of the HIV/AIDS epidemic in Africa.** *Xth International Conference on AIDS and STD in Africa*, Côte d'Ivoire, Abidjan 7-11 december 1997, SPO5 (Program).

Taylor FW. **Scientific Management.** Harper and Row, 1947 (1ere ed. 1911).

Taylor G. **Health and insurance costs - how to avoid crisis management when the crisis comes.** *Aids Analysis Africa* 1994, 4(4): 12-13.

Thébaud A, Lert F. **Absentéisme et santé: une revue critique de la littérature.** *Sciences Sociales et Santé* 1983, (2): 7-24.

Thuderoz C. **Du lien social dans l'entreprise.** *Revue Française de Sociologie* 1995, 36(2): 325-355.

Tindball B, Tillett G. **HIV-related discrimination.** *AIDS* 1990, 4(Sup.1): S251-S256.

Todd J, Balira R, Grosskurth H, et al. **HIV-associated adult mortality in a rural Tanzanian population.** *AIDS* 1997, 11: 801-807.

Toure B, Koffi NG, Sika GL. **Enquête sur les conditions de vie et les recours aux soins dans la commune de Yopougon.** Rapport final, Mission de Coopération Française, Adjan 1993.

Trebilcock AM. **Le SIDA et le lieu de travail, les orientations que suggèrent les normes de l'O.I.T..** *Revue Internationale du Travail*, 128(1): 33-51.

UNESCO. **SIDA et milieu de travail.** UNESCO, Paris, rapport du 25-26 avril 1990.

Vaillancourt M. **Pour une amélioration des conditions de travail: une politique-SIDA dans l'entreprise.** *Archives des Maladies Professionnelles* 1995, 56(5): 359-368.

Vareldzis BP, Grosset J, De Kantor I, et al. **Drug-resistant tuberculosis: Laboratory issues.** *Tubercle and Lung Disease* 1994, 75: 1-7.

Velimirovic B. **AIDS as a social phenomenon.** *Social Science and Medicine* 1987, 6: 541-552.

Villeval MC. **Fermerture d'entreprise et gestion de la mobilité de la force de travail.** In: *Les stratégies d'entreprises face aux ressources humaines.* Dir. F. Stankiewics, Economica, Paris 1988: 201-210.

Walsh JR, Ungson GR. **Organizational memory.** *The Academy of Management Review* 1991, 16: 57-91.

Watchel T, Piette J, Mor V, et al. **Quality of life in persons with HIV infection: measurement by the medical outcomes study instrument.** *Annals of Internal Medicine* 1992, 116: 129-137.

Wawer MJ, et al. **Dynamics of spread of HIV-1 infection in a rural district of Uganda.** *British Medical Journal* 1991, 303: 1303-1306.

Webb D. **The socio-economic impact of HIV/AIDS in Zambia.** *Safaids News* 1996, 4(4): 2-10.

Weiss D. **L'absentéisme.** *Revue Française des Affaires Sociales* 1979, 10-12(4): 49-95.

Williams G, Ray S. **Au travail contre le SIDA, initiatives anti-SIDA sur le lieu de travail au Zimbabwe.** Stratégies pour l'espoir N°8, ACTIONAID, Londres 1993.

Wood G. **AIDS and the insurance industry.** *AIDS Analysis Africa* 1994 (Southern Africa Edition), 4(4):1.

World Bank. **World Tables 1992.** The Johns Hopkins University for the World Bank, 1992.

World Bank. **Tanzania, AIDS assessment and planning study.** A World Bank Country Study, Washington D.C. 1992.

World Bank. **World tables.** The World Bank, Washington D.C. 1994(a)

World Bank. **Côte d'Ivoire, private sector assessment.** World Bank, Washington D.C. 1994(b).

World Bank. **African development indicators 1994-95.** World Bank, Washington D.C. 1995.

World Bank. **Confronting AIDS, public priorities in a global epidemic.** A World Bank Policy Report, Oxford University Press, Whashington D.C. 1997.

Wu AW, Lamping DL. **Assessment of quality of life in HIV disease.** *AIDS* 1994, 8 (supl.1): S349-S359.

Yao N'dré P. **Les discriminations liées au SIDA en matière d'emploi en Côte d'Ivoire.** Bureau International du Travail, *Séminaire sous régional tripartite sur la promotion de l'égalité des chances et de traitement en matière d'emploi pour les pays francophones d'Afrique.* Côte d'Ivoire, Abidjan 26-30 octobre 1992.

Zeguela B. **Des droits à la loupe.** *Kissi* 1996, numéro spécial: 6-7.

Zajac P. **La responsabilité civile et pénale du médecin du travail.** *Archives des Maladies Professionnelles* 1995, 56 (6): 457-466.

Zajonc RB. **Social facilitation.** *Science* 1965, 149: 269-274.

# **ANNEXES**

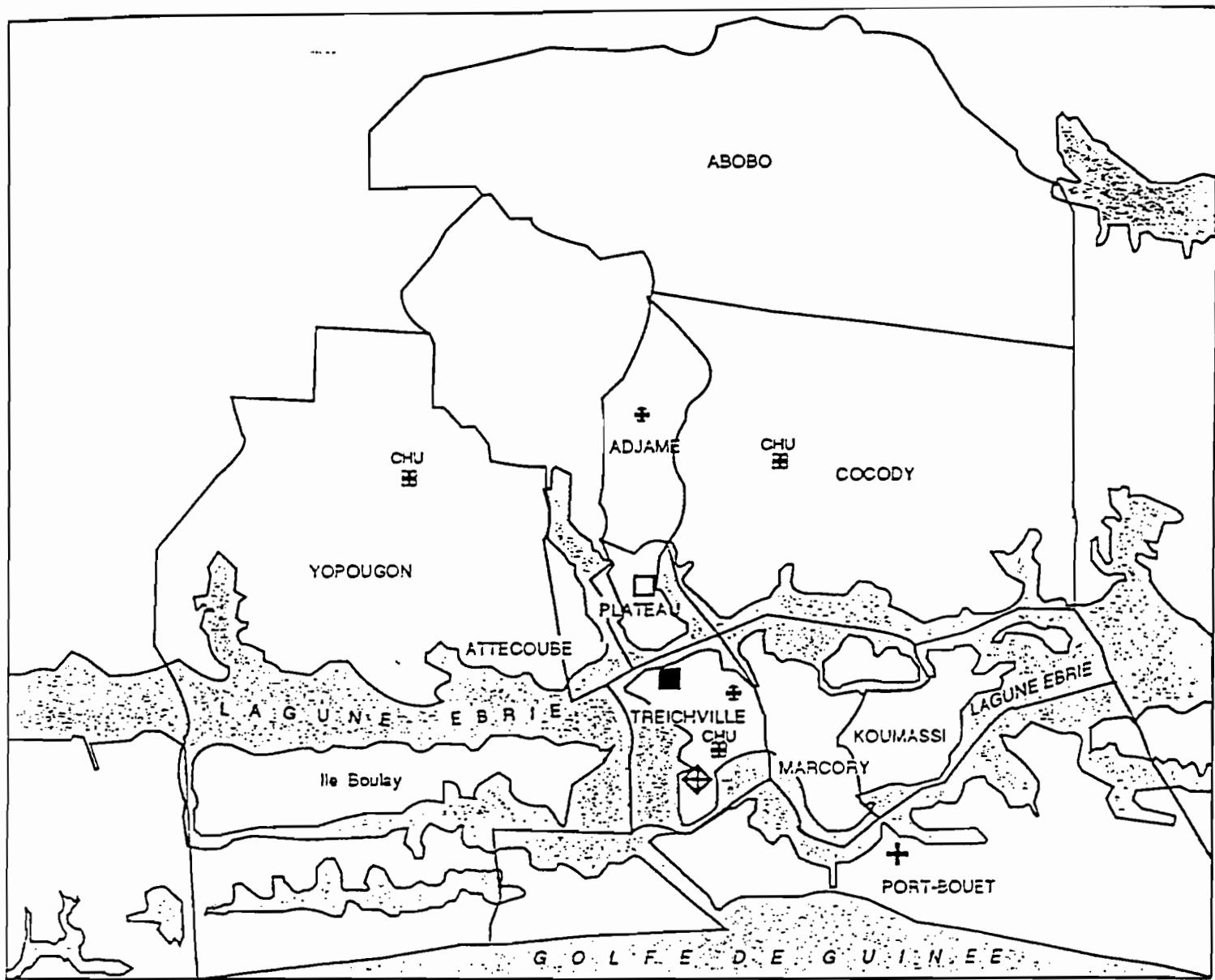


**ANNEXE 1: Localisation de la Côte d'Ivoire et de la ville d'Abidjan sur le continent africain**

**LOCALISATION GEOGRAPHIQUE DE L' ETUDE**



**ANNEXE 2: Géographie d'Abidjan et localisation des structures sanitaires**



Etudié par : L VIDAL ORSTOM Petit-Bassam 1954

Dessin: B. GROJPRESSIE

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| ◆ Centre National de Transfusion Sanguine       | ■ Centre Hospitalier Universitaire |
| □ Centre d'Information et de Prévention du Sida | ✚ Hopital                          |
| ■ Programme National de Lutte contre le Sida    | ◐ Centre Anti-Tuberculeux          |

### **ANNEXE 3: Indicateurs socio-économiques de la Côte d'Ivoire**

**Tableau 1: Indicateurs de base de la Côte d'Ivoire**

<b>Indicateurs de base - Côte d'Ivoire</b>	<b>Données chiffrées</b>
Population 1993 (en millions d'habitants)	13,3
Superficie (milliers de Km <sup>2</sup> )	322
Espérance de vie à la naissance en 1993 (en années)	51
Analphabetisme des adultes (% en 1990)	60
	-> Femmes
	-> Hommes
Population active 1993 (en millions d'habitants)	5
Taux net de scolarisation primaire (en % de la population totale)	52
Population urbaine 1993 (en % de la population totale)	42
Population d'Abidjan 1990 (en % de la population totale)	18

Source : (Banque mondiale, 1995)

**Tableau 2: Indicateurs économiques de la Côte d'Ivoire**

<b>Indicateurs économiques - Côte d'Ivoire</b>	<b>Données chiffrées</b>
Population active 15/64 ans en 1995 (en milliers)      -> Hommes	3.314
	-> Femmes
PNB par habitant (en \$ et en 1993)	630
PIB par habitant (en \$ et en 1993)	N.C
1966-82: Croissance PIB / habitant (en % annuel)	2,27
Evolution des salaires (secteur manufacturier en % annuel)	0,66
Inflation annuelle (en %)      -> 1970-80	13
	-> 1980-93
Consommation privée (croissance an. moy. en %)      -> 1970-80	6,6
	-> 1980-93
Invest.. intérieur brut (croissance an. moy. en %)      -> 1970-80	10,1
	-> 1980-93
Aide publique au développement (en \$/hab. en 1993)	57,5
Dette extérieure totale (en millions de \$ - 1993)	19.146

Source : (Banque mondiale, 1995)

**ANNEXE 4:** Questionnaire destiné à l'étude du dispositif de santé de 30 entreprises abidjanaises et formelles tous secteurs confondus.

**SYSTEME DE SANTE ET DE PRISE EN CHARGE DES ENTREPRISES**  
**Questionnaire d'enquête**

\*Nom de l'entreprise : Date :

\*Nom et fonction de l'interlocuteur :

- Directeur Ressources Humaines
- Responsable du service social
- Autre

\*Activité de l'entreprise :

\*Nombre d'employés :

\*Localisation -      Adresse :  
                          Coordonnées Tel. :

\*Bénéficiez-vous d'un médecin d'entreprise ?

- Consultation interne :
- Consultation externe :
- Consultation auprès du médecin du travail (si passage) :

\*Existe-t-il un dispensaire ou une infirmerie dans l'entreprise ? Quelles fonctions assure-t-il ? (médicaments d'urgence ...)

\*Existe-t-il un comité d'hygiène dans l'entreprise ?

- si oui : rôle et fonctionnement ?
- si non : Qui s'occupe de l'hygiène ?

\*Avez-vous instauré des actions de prévention en santé ou des programmes de vaccination au bénéfice des employés ?

\*L'entreprise bénéficie-t-elle d'un système d'assurance médicale pour ses employés ?

- Si Oui

- **Compagnie d'assurance externe :**
- **Système d'assurance interne :**

- Type de contrat - Individuel :  
De groupe :

- Bénéficiaires et niveau de couverture :

- . Cadres
- . Agents de maîtrise
- . Ouvriers
- . Autres

- Participation :

- . Salariés (% du salaire ou part)
- . Entreprise

- Les remboursements sont-ils sélectifs en fonction de la gravité de la maladie ?

- . Prise en charge de l'hospitalisation (en %)
- . Plancher de remboursement
- . Plafond de remboursement

- **Autres** : Systèmes d'achat à crédit de médicament ou bon de consultation gratuit en clinique ou ouverture de fonds social pour prêt sur ordonnance ...

- Divers

- Si Non

- Pourquoi ? (l'entreprise a-t-elle abandonné son système de santé ?)...

**ANNEXE 5:** Organigramme du personnel de la firme 1 et structure de l'établissement par département.

Il y a en tout 292 salariés au 1er janvier 1995 et la répartition que nous présentons ci-dessous détaille la position du personnel de l'usine en fonction du sexe, du statut socioprofessionnel, du département et du service auxquels ils collaborent:

SECTEURS	TOTAL fixe		CADRES		MAÎTRISES		EMPLOYÉS OUVRIERS	
	H	F	H	F	H	F	H	F
DIR. FABRIQUE	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>				<b>1</b>	
DÉPT PERSONNEL	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>			<b>2</b>		<b>4</b>
DÉPT ADMINISTRA	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>2</b>			<b>9</b>	<b>1</b>	
DÉPT ASSUR. QUALITÉ	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>			<b>5</b>
DÉPT FORMATION	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>			<b>1</b>		
DÉPT MÉDICAL	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>				<b>2</b>	
DÉPT PRODUCTION	<b>158</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>135</b>	<b>0</b>
bureau	1	1	1			1		
fab. produit 1	<b>54</b>	<b>0</b>	<b>1</b>		<b>9</b>		<b>44</b>	
cond. produit 1	<b>72</b>	<b>0</b>	<b>1</b>		<b>7</b>		<b>64</b>	
fab. et cond. pdt 2	<b>10</b>	<b>0</b>			<b>2</b>		<b>8</b>	
Maga. mat. premi.	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>1</b>		<b>1</b>		<b>19</b>	
DÉPT TECHNIQUE	<b>92</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>2</b>	<b>56</b>	<b>0</b>
bureau et projet	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	
ent. fabrication	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>1</b>		<b>4</b>		<b>8</b>	
ent. conditionnem.	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>1</b>		<b>4</b>		<b>7</b>	
services généraux	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>1</b>		<b>5</b>		<b>10</b>	
atelier central	<b>20</b>	<b>0</b>			<b>5</b>		<b>15</b>	
elec. et automatis.	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>1</b>		<b>7</b>		<b>7</b>	
magasin technique	<b>5</b>	<b>0</b>			<b>3</b>		<b>2</b>	
sécurité chauffeurs	<b>6</b>	<b>0</b>			<b>1</b>		<b>5</b>	
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>281</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>64</b>	<b>7</b>	<b>200</b>	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>292</b>		<b>18</b>		<b>71</b>		<b>203</b>	

**ANNEXE 6:** Organigramme du personnel de la firme 2 et structure de l'établissement par département.

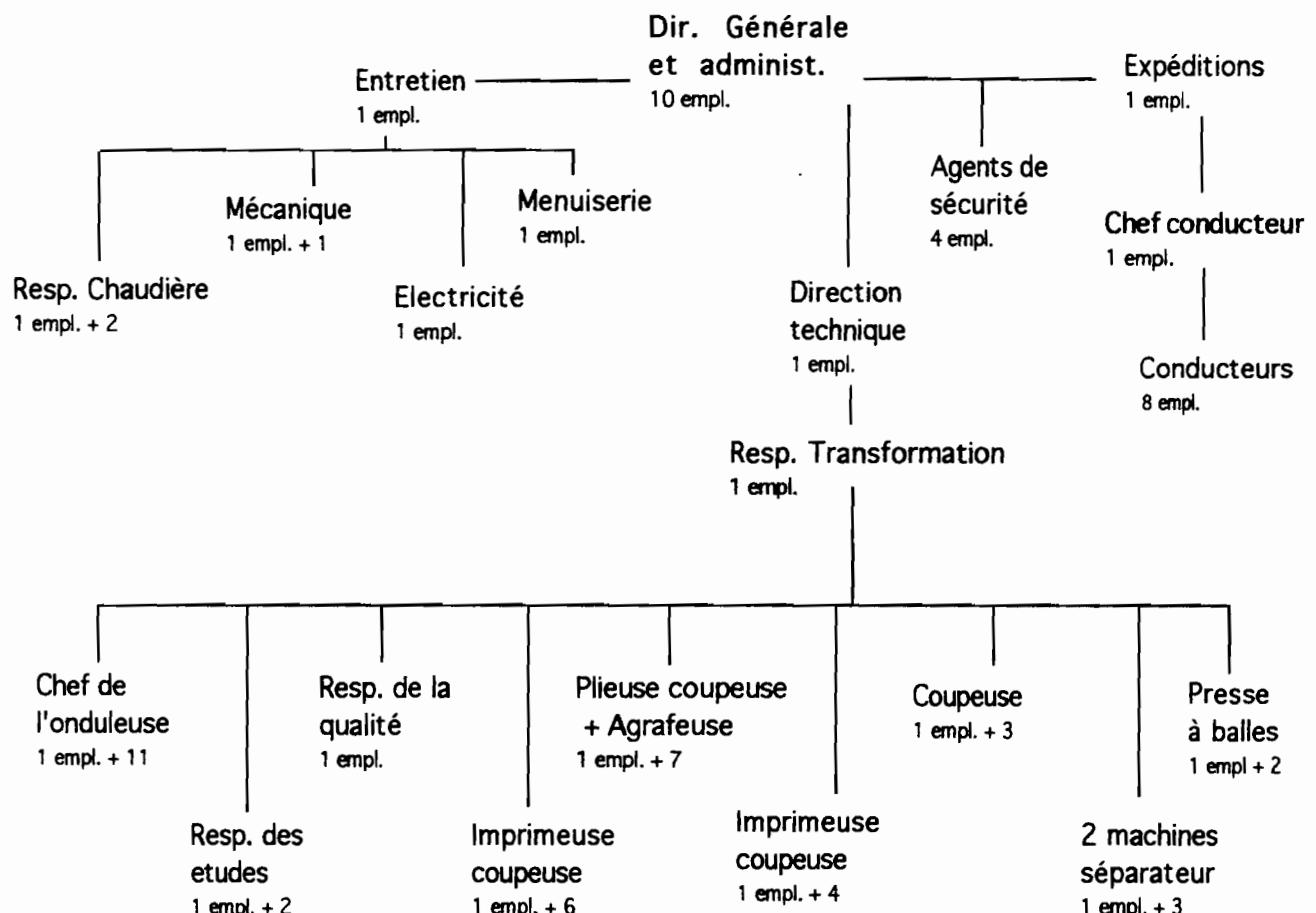
Présentation de la répartition des employés par usine, direction et statut professionnel au 2 février 1996.

FIRME 2	Permanents	Contractuels	Temporaires / Journaliers	Stagiaires	TOTAUX
Usine Fil	127	15	1	0	143
Usine jute	694	229	13	0	936
Usine synthétique	289	174	76	0	539
Direction générale	4	2	0	1	7
Direct. financière	22	1	1	1	25
Direct. comm Jute	7	5	0	0	12
Direct. comm. PP	17	0	2	0	19
Direct. adminis.	24	6	16	0	46
Direct. personnel	16	5	0	0	21
<b>TOTAUX</b>	<b>1200</b>	<b>437</b>	<b>109</b>	<b>2</b>	<b>1748</b>

## **ANNEXE 7: Organigramme du personnel de la firme 3 et structure de l'usine.**

Cet organigramme présente la répartition du personnel dans la firme 3.

### **ORGANIGRAMME DE LA FIRME 3 (1995), Effectif total : 81 personnes**



Répartition Hommes / Femmes: 78 H. / 3 F.

## **ANNEXES CHAPITRE 2**

**ANNEXE 1: Protocole d'accord sur les salaires conventionnels en Côte d'Ivoire, convention du 1er juin 1995**

Protocole d'accord entre

**LES CENTRALES SYNDICALES :**

- . Union Générale des Travailleurs de Côte d'Ivoire (UGTCI)
- . La Fédération des Syndicats Autonomes de Côte d'Ivoire (FESACI)
- . La Centrale des Syndicats Libres de Côte d'Ivoire (DIGNITE)

**LES EMPLOYEURS, représentés par**

- . La Fédération Nationale des Industries de Côte d'Ivoire
- . Le Syndicat des Producteurs Industriels du Bois

Il a été arrêté pour le secteur industriel (Mécanique générale, industries extractives et prospection minière, industries du bois, industries textiles, industries alimentaires, industrie des corps gras, industries chimiques, transports) que la nouvelle grille conventionnelle ci-après est applicable au 1er juin 1995.

**EMPLOYÉS**

CATÉGORIES	Salaire mensuel actuel	% augmentation	Nouveau salaire mensuel
1 (smig)	36 607		
2	52 243	15	60 079
3	56 534	9	61 622
4	62 944	7	67 350
5	76 524	6	81 115
6	87 555	5	91 933
7A	88 471	5	92 895
7B	96 869	4	100 744

**AGENTS DE MAITRISE, TECHNICIENS ET ASSIMILES**

CATÉGORIES	Salaire mensuel actuel	% augmentation	Nouveau salaire mensuel
MNP	85 428	4	88 845
M1	96 903	4	100 779
M2	103 697	4	107 845
M3	123 848	4	128 802
M4	134 741	4	140 131
M5	145 972	4	151 811

Le salaire moyen toutes catégories confondues (à l'exclusion des salaires "ingénieurs, cadres et assimilés) s'élève donc à: **96 873 FCFA** (moy. salaires catégorie 1 à 7B et MNP à M5).

**ANNEXE 2:** Détail des frais de soins de la firme 1 sur la période 1991-1995

Tableau 1 (annexe 2): Détail des frais de soins du personnel infecté par le VIH pris en charge par la firme 1, 1991-1995.

<b>CAS</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>Total</b>	<b>Moy./an</b>
<b>1</b> 1991	107 484	57 408	76 508	44 800	157 712	443 912	71 550
<b>2</b> 1992		55 144	84 072	54 608	236 052	429 876	85 975
<b>3</b> 1991	58 896	48 020	84 344	117 304	15 204	323 768	77 141
<b>4</b> 1991	96 972	81 580	77 180	56 552	143 448	455 732	78 071
<b>5</b> 1991	68 164	5 616	39 512	219 756	229 940	562 988	112 597
<b>6</b> 1992		72 224	134 260	201 012	171 164	578 660	115 732
<b>7</b> 1991	125 588	287 788	50 500	154 956	136 940	755 772	151 155
<b>8</b> 1991	90 116	312 712	36 772	185 468	187 436	812 504	162 501
<b>9</b> 1991	129 436	291 267	113 736	106 876	179 448	820 763	164 153
<b>10</b> 1991	159 846	354 624	264 000	334 384	719 210	1 832 064	366 413
<b>11</b> 1992		295 504	235 968	577 064	917 954	2 026 490	405 298
<b>12</b> 1991	147 876	798 720	169 265	268 430	495 353	1 879 644	375 929
<b>13</b> 1991	417 085	213 036	716 573	361 220	515 144	2 223 058	444 612
<b>14</b> 1991	234 052	658 540	161 704	873 804	993 675	2 921 775	584 355
<b>15</b> 1991	145 536	183 040	203 084	2 357 732	228 752	3 118 144	623 629
<b>Total interm. 1</b>	<b>1 781 051</b>	<b>3 715 223</b>	<b>2 447 478</b>	<b>5 913 966</b>	<b>5 327 432</b>	<b>19 185</b>	
							<b>150</b>

La colonne des "cas" indique l'année du dépistage VIH du personnel notifié par le médecin.

Tableau 2 (annexe 2): Détail des frais de soins pris en charge par la firme 1, cas dépistés positifs au VIH et cas VIH+ décédés sur la période 1991-1995 (suite tableau 1).

<b>CAS</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>Total</b>	<b>Moy./an</b>
<b>16</b> 1991	60 672					60 672	/
<b>17</b> 1992		20 820	270 132			290 952	/
<b>18</b> 1992		51 252	135 720			186 972	/
<b>19</b> 1993			6 000			6 000	/
<b>20</b> 1995					1 488 437	1 488 437	/
<b>21</b> 1995					2 887 752	2 887 752	/
<b>22</b> 1995					740 792	740 792	/
<b>23</b> 1995					225 176	225 176	/
<b>Total interm. 2</b>	60 672	72 072	411 852	0	5 342 157	5 886 753	
<b>Total global 1+2</b>	1 841 723	3 787 295	2 859 330	5 913 966	10 669 589	<b>25 071 903</b>	/

Note tableau 2: Présentation par employé à partir de 1991. Les cas numérotés de 1 à 15 sont seulement concernés et évoluent de 91 à 95 (suivi). De 16 à 23, il s'agit de cas dépistés ou/et décédés dans la période décrite.

### **ANNEXE 3: Détail des calculs du coût des mises en invalidité des employés infectés par le VIH - firme 1 .**

Calcul de la prime de licenciement selon les termes de la Convention Collective de Côte d'Ivoire:

- . 30 % du salaire pour les cinq premières années
- . 35 % pour la période allant de la 6e à la 10e année incluse
- . 40 % pour la période s'étendant au-delà de la 10e année

Les employés qui ont bénéficié de la mise en invalidité font partie de la catégorie des privilégiés et d'après nos entretiens, ce sont des employés qui avaient de l'ancienneté et des salaires au-dessus de la moyenne, c'est la raison pour laquelle, nous ne choisissons pas le salaire moyen de 225 000 FCFA pour faire cette évaluation, mais un salaire un peu plus élevé de 300 000 FCFA plus proche de la réalité. Donc nous avons, pour un cas d'invalidité (hypothèse ancienneté = 16 ans, salaire moyen de ces employés = 300 000 FCFA), une dépense moyenne de :

$$300.000 \times 30\% \text{ (5 premières années)} = 90 000 \text{ FCFA}$$

$$300.000 \times 35\% \text{ (5 années suivantes)} = 105 000 \text{ FCFA}$$

$$300 000 \times 40\% \text{ (6 dernières années)} = 120 000 \text{ FCFA}$$

---

Total indemnité de licenciement:      315 000 FCFA

Pour les quatre mises en invalidité nous obtenons une indemnité de licenciement de :

$$315 000 \times 4 = 1 260 000 \text{ FCFA.}$$

Dans un deuxième temps, les employés en invalidité continuent de percevoir environ 75% de leur salaire jusqu'à leur décès.

- Le premier a perçu une pension d'invalidité pendant 5 ans en moyenne, soit :  
 $(5 \times 12 \times 300 000) 75\% = 13.500.000 \text{ FCFA.}$
- Le deuxième a perçu une pension d'invalidité pendant 1 an en moyenne, soit :  
 $(1 \times 12 \times 300 000) 75\% = 2.700.000 \text{ FCFA.}$
- Le troisième a perçu une pension d'invalidité pendant 1 an en moyenne, soit :  
 $1 \times 12 \times 300 000) 75\% = 2.700.000 \text{ FCFA.}$
- Le troisième a perçu une pension d'invalidité pendant 3 ans en moyenne, soit :  
 $(3 \times 12 \times 300 000) 75\% = 8 100 000 \text{ FCFA}$

Au total, pour les versements en invalidité, nous comptabilisons sur la période 1989/1994 une somme de  $13.500.000 + 2.700.000 + 2.700.000 + 8.100.000 = \mathbf{27.000.000 \text{ FCFA}}$ .

Enfin, le coût total de la mise en invalidité de ces quatre employés, calculée au prorata temporis ci-dessus, représente  $27.000.000 + 1.260.000 = \mathbf{28.260.000 \text{ FCFA}}$ .

**ANNEXE 4:** Détail de l'évaluation des jours d'arrêts de maladie du personnel infecté par le VIH des firmes 1 et 3

• **Firme 1:**

Pour l'année 1994, seuls les 11 premiers mois ont été répertoriés. Le mois de décembre est perdu.

Tableau 1 (annexe 4): Arrêts de maladie des employés infectés par le VIH, nombre et durée en jours pour les années 1994 / 1995

1994 1995	Nombre d'arrêt de maladie des employés séro+		Nombre d'arrêt de maladie de tous les employés		Nombre de jours d'arrêt de maladie pour les employés séro+		Nombre de jours d'arrêt de maladie de tous les employés	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995
Janvier	5	5	26	44	10,5	12	87	128
février	1	6	4	36	16	30	31	100
mars	5	3	31	42	32	7,5	147	151
avril	5	3	25	34	19,5	7,5	161	163
mai	1	1	35	34	3	15	132	134
juin	1	5	41	25	2	24	123,5	140
juillet	1	6	43	52	2	70	146	229
août	1	0	13	32	5	0	105,5	114
septembre	4	4	25	30	28	44	76	122,5
octobre	1	NC	33	NC	1	NC	117	NC
novembre	3	5	38	23	5,5	59	116	145,5
décembre	NC	5	NC	31	NC	54	NC	158
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>43</b>	<b>314</b>	<b>383</b>	<b>124,5</b>	<b>323</b>	<b>1242</b>	<b>1585,5</b>

Note: les mois de décembre 1994 et octobre 1995 ne nous ont pas été communiqués (NC), nous avons donc réalisé une moyenne sur 11 mois en 1994 et 1995.

1994 :  $(28 / 314) \times 100 = 8,9 \%$ .

$(15 / 292) \times 100 = 5,1\%$

8,9 % des arrêts de maladie concernent 5,1% du personnel que sont les employés diagnostiqués séropositifs. En 1995, sur la même base de calcul, le rapport est de 11,2% pour 6,5%.

1994 :  $(124,5 / 1242) \times 100 = 10\%$ .

En terme de jours d'arrêts de maladie, cela représente 10 % du total, toujours pour un rapport de 5,1 % d'employés diagnostiqués séropositifs. En 1995, le rapport est de 20,4% pour 6,5%. L'augmentation des jours d'arrêts est significative et démontre, outre une légère augmentation du nombre d'employés infectés, une détérioration de la santé de l'ensemble de ces employés pour la plupart infectés avant 1991.

On peut donc à partir des jours d'arrêt de maladie évaluer le coût de l'absentéisme pour l'entreprise. Le salaire moyen étant de 225.000 FCFA par mois, sur 22 jours de travail dans le mois, on obtient une moyenne de 10 227 FCFA par jour ( $225\,000 / 22$ ).

Le calcul des jours d'arrêt de maladie étant réalisé sur 11 mois, nous estimerons le 12e mois de 1994 et 1995 à 11,3 jours ( $124,5 / 11$ ) et 29 jours ( $123 / 11$ ) d'arrêt de maladie pour nos employés séropositifs. Cela fait un total de 135,8 jours ( $124,5 + 11,3$ ) pour l'année 1994 et 352 jours ( $323 + 129$ ) pour 1995.

Coût estimé de l'absentéisme en 1994 :  $135,8 \times 10\,227 = 1\,388\,827$  FCFA.

Coût estimé de l'absentéisme en 1995 :  $352 \times 10\,227 = 3\,599\,904$  FCFA.

• **Firme 3:**

Tableau 2 (annexe 4): Arrêts de maladie notifiés en nombre de jours : personnes infectées par le VIH et décédées.

	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>TOTAL</b>
<b>K 1</b>	1	/	13	51 (DCD)		65
<b>K 2</b>	64	2	2	20 (DCD)		88
<b>K 3</b>	3	/	37	(DCD)		40
<b>K 4</b>	2	/	3	101	(DCD)	106
<b>K 5</b>	37	(DCD)				37
<b>K 6</b>	65	8 (DCD)				73
<b>K 7</b>	13	8	30	Retraite (DCD)		51
<b>K 8</b>	/	/	/	4	30(DCD)	34
<b>K 9</b>	/	/	33	22 (DCD)		55
<b>TOTAL</b>						<b>549</b>

**Remarque :** les nombres de jours d'arrêt de maladie indiqués dans ces tableaux sont ceux qui ont été notifiés par le médecin d'entreprise et conservés jusqu'en décembre 1995. Ils n'incluent pas les notifications perdues, ni celles qui n'ont pas été établies.

**Tableau 3 (annexe 4): Arrêts de maladie notifiés en nombre de jours : personnes infectées par le VIH en activité.**

	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>TOTAL</b>
Employé 1	/	/	/	3	13	16
Employé 2	/	/	/	/	4	4
Employé 3	/	2	/	1	2	5
Employé 4	/	/	/	15	4	19
Employé 5	/	/	/	4	30	34
<b>TOTAL</b>						<b>78</b>

Total du nombre de jour d'arrêt de maladie de 1991 à 1995 : 549 + 78 = **627** jours

**Tableau 4 (annexe 4): Evaluation du coût de l'absentéisme (arrêts de maladie) : personnes infectées par le VIH et décédées.**

	Dernier salaire brut	Salaire / jour (: 30)	Coef. jours	Sal. jour x coef.
<b>K 1</b>	998 849	33 295	65	2 164 175
<b>K 2</b>	696 257	23 209	88	2 042 392
<b>K 3</b>	533 224	17 774	40	710 960
<b>K 4</b>	962 132	32 071	106	3 399 526
<b>K 5</b>	635 659	21 189	37	783 993
<b>K 6</b>	378 256	12 609	73	920 457
<b>K 7</b>	445 005	14 834	51	756 534
<b>K 8</b>	607 763	20 258	34	688 772
<b>K 9</b>	382 441	12 748	55	701 140
<b>TOTAL (FCFA)</b>				<b>12 167 949</b>

**Tableau 5 (annexe 4): Evaluation du coût de l'absentéisme (arrêts de maladie) : personnes infectées par le VIH en activité.**

	Dernier salaire brut	Salaire / jour (: 30)	Coef. jours	Sal. jour x coef.
Employé 1	90 471	3 016	16	48 256
Employé 2	215 786	7 193	4	28 772
Employé 3	110 804	3 693	5	18 465
Employé 4	135 116	4 504	19	85 576
Employé 5	131 407	4 380	34	148 920
<b>TOTAL</b>				<b>329 989</b>

Note: La différence de salaire que l'on peut constater dans la même entreprise (tableau 4 et 5) entre les salariés décédés et les salariés vivants s'expliquent par une ancienneté plus élevée des salariés décédés. Le K1 et le K4 travaillaient par exemple dans l'établissement depuis sa date de création, ce qui explique les salaires élevés par rapport à d'autres 10 fois inférieurs. Ces "K" n'ont pas forcément une formation théorique plus importante que les salariés plus récemment embauchés mais leur expérience leur a permis d'obtenir les postes les plus techniques et les mieux rémunérés.

**ANNEXE 5: Coût des absences médicales des employés en fin de maladie - Firme 3.**

Tableau 1 (annexe 5): Evaluation du coût des absences médicales non notifiées (personnes infectées par le VIH et décédées), 1991-1995

	Dernier salaire brut	Salaire / jour (: 30)	Coef. jours	Sal. jour x coef.
<b>K 1</b>	<b>998 849</b>	<b>33 295</b>	<b>15</b>	<b>499 425</b>
<b>K 2</b>	<b>696 257</b>	<b>23 209</b>	<b>15</b>	<b>348 135</b>
<b>K 3</b>	<b>533 224</b>	<b>17 774</b>	<b>15</b>	<b>266 610</b>
<b>K 4</b>	<b>962 132</b>	<b>32 071</b>	<b>15</b>	<b>481 065</b>
<b>K 5</b>	<b>635 659</b>	<b>21 189</b>	<b>15</b>	<b>317 835</b>
<b>K 6</b>	<b>378 256</b>	<b>12 609</b>	<b>15</b>	<b>189 135</b>
<b>K 7</b>	<b>445 005</b>	<b>14 834</b>	<b>15</b>	<b>222 510</b>
<b>K 8</b>	<b>607 763</b>	<b>20 258</b>	<b>15</b>	<b>303 870</b>
<b>K 9</b>	<b>382 441</b>	<b>12 748</b>	<b>15</b>	<b>191 220</b>
<b>TOTAL (FCFA)</b>				<b>2 819 805</b>

Soit un coût évalué à **2 820 000 FCFA** de 1991 à 1995.

## **ANNEXE 6: Evaluation du coût des délégations funéraires du personnel décédé du SIDA**

### **• Firme 2:**

Sachant que le calcul concerne 25 cérémonies d'obsèques (il n'y a pas eu de délégation funéraire de l'entreprise pour les 6 personnes qui ne travaillaient plus dans l'établissement au moment du décès) et que la délégation était composée de 10 personnes jusqu'à la fin de l'année 1995, elle est ensuite réduite à 7 personnes (6 pour porter le cercueil et une personne disponible pour compléter la délégation en situation d'imprévu). D'après l'adjoint au responsable du personnel, leur rôle consiste dans le transfert du corps, la levée et l'enterrement du défunt. "Ils sont appelés à passer la journée dans le village. Ils reviennent en général le lendemain. Donc il faut payer les repas, la nuit d'hôtel et le transport". Il existe un forfait mais il est variable en fonction de la distance à parcourir. Le détail est présenté ci-dessous :

- repas = 500 FCFA, soit 1500 FCFA/jour. Sur 2 jours : 3000 FCFA (selon le service du personnel).

- nuit d'hôtel : 3500 à 4000 FCFA.

- transport par le bus = 6000 FCFA A/R en moyenne pour se déplacer dans le pays. Cependant, les funérailles qui se déroulent à Abidjan implique un coût moins élevé (moitié moins en taxi) pour le transport et nul pour l'hébergement de nuit.

Nous savons par ailleurs qu'environ 14 cérémonies ont eu lieu à Abidjan (92-94) contre 11 au village.

#### **Village (pour une délégation de 10 personnes)**

repas =  $3000 \times 10 = 30\,000$

Nuitée =  $3500 \times 10 = 35\,000$

transport =  $6000 \times 10 = 60\,000$

---

Total 125 000 FCFA

**125 000 FCFA x 11 = 1 375 000 FCFA**

#### **Abidjan (pour une délégation de 10 personnes)**

repas =  $3000 \times 10 = 30\,000$

nuitée = 0

transport =  $1000 \times 10 = 10\,000$

---

Total 40 000 FCFA

$$40\,000 \text{ FCFA} \times 14 = \mathbf{560\,000 \text{ FCFA}}$$

$$\text{Estimation coût total} = 1\,375\,000 + 560\,000 = \mathbf{1\,935\,000 \text{ FCFA.}}$$

On évalue approximativement le même coût que celui communiqué par le médecin d'entreprise qui est de 1 800 000 FCFA. Nous pouvons donc valider la charge de 1 800 000 FCFA (cette somme étant calculée avec des paramètres plus précis que la démonstration précédente tel que le nombre exact de personnes par délégation et la durée des funérailles dont il est arrivé qu'elle dépasse 4 jours). Notons que les heures d'absence au travail lors des jours normalement travaillés ne sont pas payés.

• **Firme 3:**

Tableau 1(annexe 6): Détail des délégations funéraires des employés décédés du SIDA, 1991-1995

	Nbre délégués + nature dépense	Nombre de jours (estimation) + lieu	Frais engagés (FCFA)
<b>K 1</b>	3 employés	5 jours - Ghana	87 600
<b>K 2</b>	1 employé	3 Jours - village	48 000
<b>K 3</b>	8 employés (transport du corps)	1 jour - Abidjan	40 000
<b>K 4</b>	5 employés (transport du corps)	1 jour - Abidjan	25 000
<b>K 5</b>	4 employés	2 jours - Daloa (CI)	60 000
<b>K 6</b>	3 employés	2 jours - Divo (CI)	45 000
<b>K 7</b>	/	0 jours, parti en retraite anticipée	0
<b>K 8</b>	2 employés	5 jours - Burkina Faso	60 000
<b>K 9</b>	2 employés	5 jours - Burkina Faso	80 000
<b>TOTAL (FCFA)</b>			<b>445 600</b>

Bien souvent nous ne connaissons pas le nombre de jours d'absence de la délégation utile au calcul des pertes de salaire pour l'employeur, nous faisons donc une estimation sur des bases simples, à Abidjan les frais sont de 40 000 FCFA. Pour 8 délégués et pour une journée estimée, soit 5000 FCFA par délégué (K4). Le délégué du K2 a bénéficié de 48 000 FCFA, on peut

supposer qu'il s'agit de plusieurs jours au regard de la somme allouée, 3 jours au minimum pour des funérailles au village dont nous ne connaissons pas la situation géographique. Si cela n'est pas précisé sur les documents internes au service comptabilité, c'est bien qu'il s'agit de funérailles en Côte d'Ivoire selon le responsable du personnel. En revanche le K7 est exceptionnel car c'est le seul qui proche de la retraite a demandé l'anticipation de celle-ci. L'employeur a accepté et lui a versé une prime de départ de 450 600 FCFA que nous prendrons en compte dans le paragraphe "indemnité de départ et de licenciement" (cf. section 2.4.1).

Au total, nous obtenons environ un coût de **446 000 FCFA** pour les seuls frais de déplacement des délégations.

Pour évaluer le coût des pertes de salaire, nous devons estimer le salaire réel moyen des employés de la firme 3 sur la période 1989-1995. Nous disposons pour cela du nombre d'employés et de la masse salariale. C'est donc sur cette base que nous évaluerons le salaire moyen.

Tableau 2 (annexe 6): détermination du salaire moyen annuel de l'ensemble du personnel de la firme 3 sur la période 1991-1996 (en FCFA).

Année	Effectif total en fin d'exercice	Masse salariale (FCFA)	Salaire annuel moyen sur l'année
1991	81	174 992	2 160 400
1992	82	158 633	1 934 500
1993	87	163 678	1 881 400
1994	84	204 571	2 435 400
1995	83	203 783	2 455 200
Total salaires moyens			10 866 900

- Salaire mensuel moyen sur la période 1991-1992 :  $10\ 866\ 900 / 60 \text{ mois} = 181\ 115$   
soit un salaire journalier moyen de :  $181\ 115 / 22 = 8233 \text{ FCFA}$

Le nombre de jours d'absence des employés composant la délégation comptabilise les jours non travaillés, incluant au moins le week-end. Nous évaluons donc le coût de la perte au-delà du deuxième jour d'absence pour exclure le week-end (cf. tableau 1). La perte de salaire s'élève donc à :

$$8233 \times (3 \times 3 + 1 \times 1 + 3 \times 2 + 3 \times 2) = 181\ 126 = \mathbf{181\ 000\ FCFA}$$

$$446\ 000 + 181\ 000 = \mathbf{627\ 000\ FCFA}$$

## **ANNEXE 7: Evaluation des indemnités de départ des employés infectés par le VIH ayant quitté leur emploi pour raison médicale**

### **• Firme 2:**

Il s'agit en fait du montant de l'indemnité de licenciement que l'employeur acquitte aux personnes gravement malades qui souhaitent quitter l'entreprise. L'article 39 de la Convention Collective Interprofessionnelle de Côte d'Ivoire précise que "cette indemnité (de licenciement) est représentée pour chaque année de présence accomplie dans l'entreprise, par un pourcentage déterminé du salaire global mensuel moyen de douze mois d'activité qui ont précédé la date de licenciement". La composition de la prime de licenciement est la suivante :

- . 30 % du salaire pour les cinq premières années
- . 35 % pour la période allant de la 6e à la 10e année incluse
- . 40 % pour la période s'étendant au-delà de la 10e année

Plutôt que de faire une évaluation avec des données théoriques, nous avons la possibilité de la faire à partir des informations données par le médecin d'entreprise. Il nous a fourni le montant moyen des primes de licenciement de 25 personnes décédées en 1995 et 1996 toutes causes confondues. A partir de ces résultats, nous obtiendrons une moyenne de ces 25 cas que nous appliquerons aux six agents qui ont négocié leur départ avec la direction sachant que l'indemnité de licenciement(ainsi nommée dans le code du travail ivoirien) se calcule de la même façon pour un décès que pour un licenciement.

K1 = 162 237 FCFA	K14 = 226 022 FCFA
K2 = 226 022	K15 = 177 410
K3 = 169 517	K16 = 226 022
K4 = 226 022	K17 = 169 517
K5 = 226 022	K18 = 386 875
K6 = 169 517	K19 = 226 022
K7 = 257 915	K20 = 169 517
K8 = 175 557	K21 = 257 915
K9 = 163 797	K22 = 163 797
K10 = 162 234	K23 = 226 237
K11 = 163 797	K24 = 162 237
K12 = 239 889	K25 = 163 797
K13 = 386 875	

En moyenne, nous obtenons une indemnité de  $5\ 284\ 769 / 25 = 211\ 390$  FCFA

Soit pour les six agents qui ont quitté l'entreprise, un montant évalué à :

$6 \times 211\ 390 = 1\ 268\ 340$  FCFA = **1 268 000 FCFA**

## **ANNEXE 8: Calcul des frais d'obsèques des employés décédés du SIDA à la charge des établissements**

### **• Firme 1:**

La durée moyenne de présence dans l'entreprise est comprise entre 10 et 15 ans, donc pour une base de salaire moyen de 96 873 FCFA, nous obtenons une indemnité décès moyenne de :

$$96\,873 \times 6 \text{ (coef. ancienneté)} = 581\,238 \text{ FCFA}$$

L'employeur, dans le cadre de la politique sociale de l'entreprise, paye une fois et demi le montant de cette somme, soit  $581\,238 \times 1,5 = 871\,857 \text{ FCFA}$ .

Au total sur la période 1989-1995, le coût des primes de décès pour les employés s'élève à :

$$21-4 \text{ mises en invalidité} = 17 \times 871\,857 = 14\,821\,569 \text{ FCFA}$$

$$= 14\,822\,000 \text{ FCFA}$$

Indemnité de "licenciement" :

$$\cdot 30\% \times 225\,000 \text{ FCFA} = 67\,500 \text{ FCFA}$$

$$\cdot 35\% \times 225\,000 \text{ FCFA} = 78\,750 \text{ FCFA}$$

$$\cdot 40\% \times 225\,000 \text{ FCFA} = 90\,000 \text{ FCFA}$$

---

$$236\,250 \text{ FCFA}$$

soit un montant global des indemnités de licenciement de:  $17 \times 236\,250 = 4\,016\,250 \text{ FCFA}$

$$\text{Au total : } 14\,822\,000 + 4\,016\,250 = 18\,838\,250 \text{ FCFA}$$

$$= 18\,838\,000 \text{ FCFA}$$

A cela s'ajoute une prime versée à la famille du défunt par la caisse d'entraide de l'entreprise auquel les employés et l'employeur participent. Cette prime est de 500 000 FCFA pour tous les employés et de 100 000 lorsqu'il s'agit du décès d'un membre de la famille. La participation de 20% de l'employeur s'élève respectivement à :

- $(500\ 000 \times 20\%) \times 17 = 1\ 700\ 000$  FCFA pour les employés
- $(100\ 000 \times 20\%) \times 4 = 80\ 000$  FCFA pour les familles d'employés.

Total : **1 780 000 FCFA**

Total frais d'obsèques :  $18\ 838\ 000 + 1\ 780\ 000 = 20\ 618\ 000$  FCFA de 1989 à 1995.

• **Firme 2:**

Le principe du calcul est le même que pour la firme 1, bien qu'il s'avère plus précis. Le responsable du personnel nous a communiqué la méthode de calcul que le service appliquait dans l'entreprise pour définir les frais funéraires.

Il existe deux types de salariés qui bénéficient des primes de décès: les agents bénéficiants d'un Contrat à Durée Indéterminée (CDI) et ceux bénéficiant d'un Contrat à Durée Déterminée (CDD). Donc pour les CDD, le taux horaire est calculé sur la base de 40 heures / semaine, 52 semaines / an sur 12 mois.

$(52 \times 40) / 12 = 173,33$ . C'est le nombre d'heures moyen effectué par mois et ce nombre représente la base mensuelle des salariés mensualisés. Il est évident que ce taux horaire fait parti d'un programme de flexibilité de l'entreprise qui ne paye que le nombre réel d'heures effectuées: moins de 30 heures / employé en période creuse et plus de 50 heures lors d'une forte activité.

Donc dans les règles, le calcul s'effectue de la façon suivante :

X = taux ou salaire catégoriel

k = coefficient d'ancienneté dans l'entreprise (3, 4 ou 6)

Frais d'obsèques = 1 FCFA x 173,33 x X x k

En ce qui concerne les CDI, ils sont soumis à un nombre d'heures et un salaire régulier. Il s'agit essentiellement du personnel administratif et des cadres. Le calcul des frais d'obsèques s'effectue ainsi :

Y = salaire catégoriel

k = coefficient d'ancienneté dans l'entreprise (3, 4 ou 6)

Frais d'obsèques = 1 FCFA x Y x k

Rappel : Le salaire mensuel catégoriel moyen sur lequel nous nous appuyons (96 873 FCFA) nous permet d'évaluer le taux horaire moyen qui serait d'environ 555 FCFA ( $555 \times 40$  heures/semaines x 4,33 semaines/ mois = 96 126 FCFA).

Afin de simplifier les calculs et ne connaissant pas l'appartenance catégorielle des défunt, nous travaillerons, comme pour la firme 1, sur la base d'un salaire conventionnel moyen:

soit :  $96\,873 \text{ FCFA} \times 25 \text{ décès} \times 4 = \mathbf{9\,687\,000 \text{ FCFA}}$  de 1993 à 1995

Le choix du coefficient 4 d'ancienneté repose sur le fait que l'embauche a été très importante dans cette entreprise pendant les années 90 (crée en 1965). Nous évaluons l'ancienneté moyenne du personnel à 8 ans.

Indemnité de "licenciement" : le calcul ne se fait plus sur la base du salaire catégoriel mais sur celui du salaire réel estimé à 160 000 FCFA.

$$- 30\% \times 160\,000 \text{ FCFA} = 48\,000 \text{ FCFA}$$

$$- 35\% \times 160\,000 \text{ FCFA} = 56\,000 \text{ FCFA}$$

---

$$\qquad\qquad\qquad 104\,000 \text{ FCFA}$$

Soit un montant global des indemnités de licenciement :  $25 \times 104\,000 \text{ FCFA} = \mathbf{2\,600\,000 \text{ FCFA}}$

Montant global :  $9\,687\,000 + 2\,600\,000 = \mathbf{12\,287\,000 \text{ FCFA}}$

#### • Firme 3:

Nous bénéficions comme pour la firme 2 de deux modes de calcul pour ce coût. Nous avons notifié les coûts de chaque cas de décès, nous savons cependant qu'il y a des documents comptables et des factures qui ne nous ont pas été fournies parce qu'ils n'ont pas toujours été rédigés ou simplement parce qu'ils ont été perdus. Nous ferons figurer ces charges dans la colonne évaluation 2 (tableau 1) alors que l'évaluation 1 se fera sur la base du salaire moyen évalué, soit 96 873 FCFA avec le niveau d'ancienneté des employés que nous connaissons.

Nous pouvons préciser les durées de présence dans l'entreprise des 9 cas décédés de l'infection à VIH; donc pour une base de salaire moyen de 96 873 FCFA, nous obtenons une indemnité moyenne de :

Tableau 1 (annexe 8) : Evaluation des frais d'obsèques des employés décédés du SIDA - Firme 3

	Ancienneté + coef. d'ancienneté	salaire de base moyen	coef x salaire base moyen (a)	Evaluation 1 (a) + indem licenciem.*	Evaluation 2**
<b>K 1</b>	6 ans - coef 4	96 873	387 492	491 492	247 617
<b>K 2</b>	11 ans - coef 6	96 873	581 238	749 238	1 124 738
<b>K 3</b>	13 ans - coef 6	96 873	581 238	749 238	447 412
<b>K 4</b>	7 ans - coef 4	96 873	387 492	491 492	560 315
<b>K 5</b>	9 ans - coef 4	96 873	387 492	491 492	456 321
<b>K 6</b>	14 ans - coef 6	96 873	581 238	749 238	517 609
<b>K 7</b>	14 ans - coef 6	96 873	581 238	749 238	139 214
<b>K 8</b>	8 ans - coef 4	96 873	387 492	491 492	138 666
<b>K 9</b>	8 ans - coef 4	96 873	387 492	491 492	384 688
<b>TOTAL (FCFA)</b>			4 262 412	<b>5 454 412</b>	<b>4 016 580</b>

\* Rappel: Indemnité de licenciement:

- . 30% x 160 000 FCFA = 48 000 FCFA (1: ancienneté de 1 à 5 ans)
- . 35% x 160 000 FCFA = 56 000 FCFA (2: ancienneté de 5 à 10 ans)
- . 40% x 160 000 FCFA = 64 000 FCFA (3: ancienneté de + 10 ans)

Dans le tableau 1, lorsque l'ancienneté est comprise entre 5 et 10 ans, nous additionnons les indemnités 1 et 2 (104 000), lorsque l'ancienneté est supérieure à 10 ans, nous additionnons les indemnités 1, 2 et 3 (168 000 FCFA).

\*\* Evaluation 2 : Nous nous sommes procuré le paiement par l'entreprise des droits pour chaque employé décédé. Nous savons que ces données sont incomplètes mais elles permettent dévaluer grossièrement le montant global de ces dépenses dans une hypothèse basse. Elle vient d'ailleurs confirmer le résultat de l'évaluation 1 si l'on considère les dépenses manquantes. Nous ne connaissons pas le montant des frais funéraires pour les K 7 et 8 (seules apparaissent les indemnités de licenciement), il est assurément incomplet pour les K 1 et 3.

Ainsi nous tiendrons compte de l'évaluation 1 que nous considérons plus proche de la réalité pour les raisons que nous venons d'exposer, soit environ **5 454 000 FCFA** de 1991 à 1995.

**ANNEXE 9: Evaluation de la part d'augmentation du coût de l'assurance maladie des employés (à la charge de l'employeur) induite par le coût des soins alloués au personnel infecté par le VIH.**

• **Firme 1:**

Coût de l'augmentation de la participation de l'employeur à l'assurance médicale :

Soit une masse salariale de 1,183 milliards de FCFA pour l'exercice 1993/1994. La hausse de 2,6 points correspond à un montant de  $(5\% - 2,4\%) \times 1\ 183\ 000\ 000 = 30\ 758\ 000$  FCFA.

Comme nous l'avons fait précédemment, nous considérerons une partie de ce coût dans cette étude au prorata des dépenses de santé relatives aux 33 cas notifiés.

Dépenses de santé:

- exercice 1989-1990 : 52 011 000 FCFA
- exercice 1990-1991 : 53 942 000 FCFA
- exercice 1991-1992 : 64 741 000 FCFA
- exercice 1992-1993 : 99 917 000 FCFA
- exercice 1993-1994 : 88 835 000 FCFA
- exercice 1994-1995 : 107 322 000 FCFA

- moyenne annuelle des dépenses de santé des employés notifiés infectés par le VIH de 1989 à 1995 :  $32\ 273\ 000$  FCFA / 7 ans = 4 661 000 FCFA.

- moyenne des dépenses de santé totales de 1991 à 1995 :  $(52\ 011\ 000 + 53\ 942\ 000 + 64\ 741\ 000 + 99\ 917\ 000 + 88\ 834\ 755 + 107\ 322\ 000) / 6$  ans = 77 795 000 FCFA.

En moyenne sur la période étudiée, les dépenses des personnes infectées par le VIH représentent 6% des dépenses de santé. Nous appliquerons ce taux à la valeur de l'augmentation des primes pour l'entreprise. La charge de l'employeur pour l'assurance médicale est de :

- 1994 : 46 millions de FCFA
- 1995 : 56,5 millions de FCFA

Avant juin 1994, date de l'augmentation des cotisations, l'entreprise avait déjà payé un déficit sur les quatre dernières années qui s'élevait à 80 millions. Il faut savoir qu'à la fin de l'année

1994, elle comptabilisait un bénéfice de 21 millions grâce à l'augmentation des cotisations. A la fin de l'année 1995 le bénéfice n'est plus que de 18 millions. Donc si nous considérons, d'une part la dette payée par l'entreprise sur la période 1989-1995 et d'autre part l'augmentation de la prime à la charge de l'entreprise, nous avons :

. Paiement dette : 80 millions - 18 millions = 62 millions de dette. A hauteur de 6%, le coût indirectement induit par les employés infectés par le VIH est estimé à **3 720 000 FCFA**.

. Augmentation de la cotisation entreprise :

- 1994 : de juillet à décembre, l'augmentation correspond à environ 46 millions / 3 = 15 333 000 FCFA
- 1995 : 56,5 millions / 2 (le montant de la cotisation ayant été doublé) = 28 250 000 FCFA

soit  $6\% \times (15\,333\,000 + 28\,250\,000) = \mathbf{2\,615\,000 FCFA}$

Au total, nous évaluons ce coût à  $3\,720\,000 + 2\,615\,000 = \mathbf{6\,335\,000 FCFA}$ .

ANNEXE 10: Exemples de calculs réels des pensions de réversion aux veuves et/ou orphelins dans la firme 1.

NOM & PRENOMS : EAS N°1 (Marié, 4 enfants à charge)

Exemple 1

1/ - D O N N E E S

- Salaire annuel assuré :  $225000 + 1000 \times 13 = 3055000$
- Age : 35 (épouse : 35 ans)
- Ancienneté : 10 ans Ancienneté à 55 ans : 30 ans
- Nombre d'enfants : 4
- Indemnité de départ : 763 750
- Taux de pension de retraite : 70 %, 50 %, 40 %.
- Pension de retraite théorique complète :

70 % de	<u>1 300 000</u>	=	910 000
50 % de	<u>1 755 000</u>	=	877 500
40 % de	<u>                  </u>	=	<u>                  </u>
			1 787 500

2/ - C A L C U L

Pas de

- Réduction pour ..... années de service manquantes :  
 $\underline{\hspace{2cm}} \times \dots \dots \dots \% = \dots \dots \dots \%$
- Pension d'orphelin : 60 % de 1 787 500 = 1 072 500
- Pension de veuve : 60 % de 1 787 500 = 1 072 500
- Pas de réduction pour différence d'âge entre les époux

3/ - DECOMPTE FINAL

- Pension d'orphelin = 1 072 500
- Pension nette d'orphelin =  $1 072 500 - [15: 12870 + EN: 390] = 1 055 730$
- Pension mensuelle =  $\frac{1 055 730}{12} = 879,78 \text{ soit } 21,995 \text{ par enfant}$
- Prise en compte de l'indemnité de décès =  
 $763 750 \div 14 = 54 554 \dots \dots \dots$

Pension définitive de veuve :  $1 072 500 - 54 554 = 1 017 946 \text{ FCFA}$

- La pension mensuelle est comprise  fois dans l'indemnité de décès, son paiement sera différé de  mois.

- Pension nette de veuve :

$$1 017 946 - [15: 12215 + EN: 3240] = 1.002 491 \text{ FCFA / an}$$

TOTAL/an Veuve + orphelin :  $1 002 491 + 1 055 730 = \underline{\hspace{2cm}} 2 058 221 \text{ FCFA}$

Exemple 2 (annexe 10, chap. 2)

1°) DONNEES CAS N°2 (Marié, pas d'enfants à charge)

- Salaire annuel assuré : 403 551 + 39 413  $\times 13 = 5'758\ 53$
- age 51 ans (épouse : 51 ans)
- Ancienneté : 30 ans ancienneté à 55 ans : 34 ans
- Indemnité de départ : 4'383 345
- Taux de pension de retraite : 70 %, 50 %, 40 %.
- Pension de retraite théorique complète :  

70 % de	1'300 000	=	910 000
50 % de	3'900 000	=	1'950 000
40 % de	558 532	=	<u>223 413</u>
			3'083' 413

2°) CALCUL

~~pas de~~ Réduction pour . . . années de service manquantes :

X %

- Pension de retraite théorique de . . . =
- Pension équivalente à l'indemnité de départ 4'383 345  $\div 12,4 = 4018$
- Pension Nestlé réduite 3'083 413 - 4018 = 2'681'53  
De ce montant seront déduits les 100 % de la pension CNPS
- Pension C N P S approximative = 1'021 503

% de =

3°) DECOMPTE FINAL

- Pension Nestlé réduite = 2 681 531
- Part C N P S = - 1 021 503
- Pension complémentaire = 1'660 028
- Pension NETTE = [EIS 19 920 + CN = 10 920] = 1'629
- Pension mensuelle = 1'629 188 = 135 765

Exemple 3 (annexe 10, chap. 2)

NOM & PRENOMS : MAS N°3 (Divorcé, célibataire ou concubinage avec 4 enfants à charge)

1/ - DONNEES

- Salaire annuel assuré : 225 000 + 10 000 x 13 = 3 055 000 FCFA

- Age : 35 ans

- Ancienneté : 10 ans

Ancienneté à 55 ans : 30 ans

- Nombre d'enfants : 4

- Indemnité de départ : 763 750

- Taux de pension de retraite : 70 %, 50 %, 40 %.

- Pension de retraite théorique complète :

70 % de 1 300 000 = 910 000

50 % de 1 755 000 = 877 500

40 % de \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

1 787 500

2/ - CALCUL

pas de

- Réduction pour ..... années de service manquantes :

\_\_\_\_\_ x ..... % = ..... %

- Pension d'orphelin : 60 % de 1 787 500 = 1 072 500 FCFA

3/ - DECOMPTE FINAL

- Pension d'orphelin = 1 072 500

- Pension nette d'orphelin = 1 072 500 - [15 = 1 287 0 + 39 000] = 1 055 730

- Pension mensuelle = 1 055 730 / 12 = 87 978 Soit 21 995 FCFA / enfant,

- Prise en compte de l'indemnité de décès =

763 750 / 87 978 = 8.6 ≈ 9

.....  
.....  
.....

- La pension mensuelle est comprise ..9.. fois dans l'indemnité de décès,  
son paiement sera différé de 9 mois.

Total versement annuel après 9 mois: 1 055 730 FCFA

## **ANNEXE CHAPITRE 3**

ANNEXE 1: Circulaire N° 53/95 de Côte d'Ivoire -> Recommandations de l'OMS sur le SIDA

7/8 = ~~28.1.95~~ 28.1.95

SCIPEX  
01 SP 3722  
ABIDJAN 01  
Tél. : 32-54-27  
32-75-91

Abidjan, le 14 Août 1995

CIRCULAIRE N° 53/95

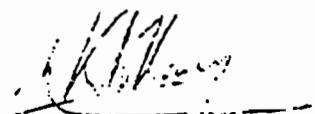
RECOMMANDATIONS DE L'OMS SUR LE SIDA

Messieurs,

Nous reproduisons ci-après, quelques recommandations de l'OMS sur le SIDA que vient de nous transmettre le CNPI et qui provient du Ministère du Travail, Service de l'Inspection Médicale, ainsi qu'une note de la Direction de la Médecine du Travail, sur les infections à VIH en milieu professionnel.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Secrétaire Général



K. KOFFI

Abidjan, le 8 Mars 1995

LE MEDECIN INSPECTEUR DU TRAVAIL

A MONSIEUR LE SECRETAIRE GENERAL

C.N.P.I.

ABIDJAN

Dans le souci de protéger les droits des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA et de renforcer le respect des droits de l'homme et de la dignité humaine lorsqu'il s'agit de ces personnes, l'OMS a fait des recommandations qui doivent être rigoureusement observées par tous les pays membres des Nations Unies en attendant leur prise en compte dans les législations et les réglementations nationales.

Parmi ces recommandations, certaines, ci-dessous énumérées, concernent le milieu du travail :

- 1- Aucun test ou dépistage systématique ne doit être pratiqué sur les candidats à l'embauche, ni sur les salariés de la Société.
- 2- Tout dépistage doit requérir le consentement libre et éclairé de celui qui le subit.
- 3- L'accès des sera-positifs à tout emploi sans discrimination.
- 4- La confidentialité des épreuves de dépistage du VIH au niveau du personnel médical et para-médical sous peine de poursuites judiciaires.
- 5- En cas de consentement, l'information, l'éducation et la prise en charge sanitaire, sociale et psychique des sero-positifs.

Veuillez agréer, Monsieur le Secrétaire Général, l'assurance de ma très haute considération.

Dr. KOUNANDI COULIBALY  
Médecin Inspecteur du Travail

- Utiliser exclusivement que des seringues et aiguilles à usage unique ;
- Ne jamais plier ou replacer les aiguilles dans leur gaine d'origine ; ne pas dégager les aiguilles des seringues ou des systèmes de prélèvement sous vide à la main ;
- Jeter immédiatement les aiguilles et autres instruments piquants ou coupants dans un conteneur spécial, imperméable ;
- Décontaminer immédiatement les instruments utilisés et les surfaces souillées par du sang ou un autre liquide biologique avec de l'eau de Javel fraîchement diluée à 10 % ou un autre désinfectant efficace ;
- Placer les matériels à éliminer dans des emballages étanches marquées d'un signe distinctif ;
- En laboratoire d'analyses biologiques, les précautions déjà citées doivent être prises systématiquement pour tous les prélèvements ; ceux-ci doivent être transportés dans des tubes ou flacons hermétiques, sous emballage étanche ; il est interdit de pipetter "à la bouche".

N.B. : Le respect scrupuleux de ces précautions est primordial pour la sécurité du personnel sanitaire. Cependant, les matériels de sécurité se multipliant, il convient donc de s'informer à ce sujet./-

# **ANNEXES CHAPITRE 5**

## **ANNEXE 1: Sélection des 30 entreprises de l'échantillon étudié**

Tableau 1 : Présentation des 30 entreprises abidjanaises sélectionnées - Abidjan 1995.

Raison sociale	Nombre d'employés	Type d'activité
CAS 1	5041	Hévéaculture
CAS 2	1300	Fabrication & distribution d'électricité
CAS 3	2100	Production & Commercial. de Pdts lipochimiques
CAS 4	700	Collecte des ordures ménagères
CAS 5	500	Bonnererie
CAS 6	739	Industrie Agro-alimentaire
CAS 7	800	Sécurité, gardiennage
CAS 8	303	Fabrication d'emballages métalliques
CAS 9	300	Fabrication & commercialisation de pain
CAS 10	200	Importateur articles librairie / Librairie
CAS 11	270	Industrie de l'acier et aluminium
CAS 12	140	Industrie textile et des matières plastiques
CAS 13	194	Production & commerce. parfums & pdts cosmétiques
CAS 14	116	Entreprise de taxis
CAS 15	166	Fabrication parfums et produits cosmétiques
CAS 16	140	Vente biens de petit équipement
CAS 17	80	Remorquage, assistance véhicules routiers
CAS 18	143	Recherche hévéacole
CAS 19	118	Gestion stocks de produits pétroliers
CAS 20	120	Consultations, hospitalisations, soins
CAS 21	110	Fabrication de gaz industriels & médicaux
CAS 22	180	Fabrication de ciments et bétons
CAS 23	120	Fabrication articles de mercerie
CAS 24	152	Boulangerie, pâtisserie
CAS 25	85	Fabrications & vente d'emballages cartons
CAS 26	11 000	Agro-industrie : palmier huile, cocotier
CAS 27	1250	Gestion et contrôle port d'Abidjan
CAS 28	220	Société immobilière : fabrication & vente
CAS 29	60	Transit / Shipping - Industrie portuaire
CAS 30	1 800	Compagnie aérienne

**ANNEXE 2: Classement des entreprises en ce qui concerne les moyens minima imposés en matière de personnel médical et sanitaire.** (d'après le décret n° 65-210 Du 17 juin 1965, fixant les modalités d'exécution de l'obligation faite à l'employeur d'assurer un service médical ou sanitaire à ses travailleurs).

Les établissements sont classés en cinq catégories compte tenu de l'effectif des travailleurs:

1ère catégorie:	1000 travailleurs et plus
2e catégorie :	750 à 999 travailleurs
3e catégorie :	250 à 749 travailleurs
4e catégorie :	100 à 249 travailleurs
5e catégorie :	moins de 100 travailleurs

- 1ère catégorie: Service permanent d'un médecin et de deux infirmiers et d'un infirmier supplémentaire par tranche de 500 travailleurs au-dessus de l'effectif de 1000 employés.
- 2e catégorie: Service permanent d'un médecin et de deux infirmiers. Si l'établissement est situé à moins d'une heure de trajet d'un centre médical, l'établissement peut être classé en 3e catégorie.
- 3e catégorie: Concours périodique d'un médecin et service permanent d'un infirmier.
- 4e catégorie: Concours permanent d'un infirmier.
- 5e catégorie; Concours périodique d'un infirmier.

# **LISTE DES ANNEXES**

## **Liste des annexes**

### • CHAPITRE 1

annexe 1:	Localisation de la Côte d'Ivoire et de la ville d'Abidjan sur le continent africain	294
annexe 2:	Géographie d'Abidjan et localisation des structures sanitaires	295
annexe 3:	Indicateurs socioéconomiques de la Côte d'Ivoire	296
annexe 4:	Questionnaire destiné à l'étude du dispositif de santé de 30 entreprises abidjanaises et formelles tous secteurs confondus	297
annexe 5:	Organigramme du personnel de la firme 1 et structure de l'établissement par département	299
annexe 6:	Organigramme du personnel de la firme 2 et structure de l'établissement par département	300
annexe 7:	Organigramme du personnel de la firme 3 et structure de l'usine	301

### • CHAPITRE 2

annexe 1:	Protocole d'accord sur les salaires conventionnels en Côte d'Ivoire, convention du 1er juin 1995	303
annexe 2:	Détail des frais de soins de la firme 1 sur la période 1991-1995	305
annexe 3:	Détail des calculs du coût des mises en invalidité des employés infectés par le VIH - firme 1	307
annexe 4:	Détail de l'évaluation des jours d'arrêts de maladie du personnel infecté par le VIH des firmes 1 et 3	309
annexe 5:	Coût des absences médicales des employés en fin de maladie - Firme 3.	313
annexe 6:	Evaluation du coût des délégations funéraires du personnel décédé du SIDA	314
annexe 7:	Evaluation des indemnités de départ des employés infectés par le VIH ayant quitté leur emploi pour raison médicale	317
annexe 8:	Calcul des frais d'obsèques des employés décédés du SIDA à la charge des établissements	319
annexe 9:	Evaluation de la part d'augmentation du coût de l'assurance maladie des employés (à la charge de l'employeur) induite par le coût des soins alloués au personnel infecté par le VIH	323
annexe 10:	Exemples de calculs réels des pensions de réversion aux	

veuves et/ou orphelins dans la firme 1	325
• CHAPITRE 3	
annexe 1: Circulaire N° 53/95 de Côte d'Ivoire -> Recommandations de l'OMS sur le SIDA	329
• CHAPITRE 5	
annexe 1: Sélection des 30 entreprises de l'échantillon étudié	333
annexe 2: Classement des entreprises en ce qui concerne les moyens minima imposés en matière de personnel médical et sanitaire	334

# **LISTE DES SCHEMAS**

## **Liste des schémas**

### • CHAPITRE 1

Schéma 1	Impact des facteurs socioprofessionnels sur l'organisation du travail dans une entreprise en Afrique sub-saharienne.	29
----------	--	----

### • CHAPITRE 2

Schéma 1	Firme 3: Nombre de jours d'arrêt de maladie par an des employés (connus) infectés par le VIH	94
Schéma 2	Firme 1: Comparaison du nombre de jours d'arrêts de maladie entre la totalité des agents et ceux infectés par le VIH, 1994-1995	95
Schéma 3	Comparaison de l'évolution du coût global des soins à celui des agents notifiés VIH+, Firme 1	97

### • CHAPITRE 3

Schéma 1	Arbre des choix décisionnels appliqués aux politiques de dépistage VIH du personnel d'entreprise	118
Schéma 2	Estimation des coûts entraînés par le retard du démarrage d'un programme efficace de lutte contre le VIH	135
Schéma 3	Mesures compensatoires aux coûts provoqués par le VIH/SIDA en entreprise	143

### • CHAPITRE 4

Schéma 1	Modèle réactualisé de Price (1977) concernant l'impact du turnover sur les organisations	154
Schéma 2	Relation taille de l'entreprise, organisation du travail et productivité face au changement (induit par le VIH/SIDA)	160
Schéma 3	Conséquences du VIH/SIDA sur la transmission des savoir-faire des personnes les plus qualifiées	166
Schéma 4	Triangle des coûts invisibles	173

• CHAPITRE 5

Schéma 1	Détermination de la perte de productivité dans la phase "décès d'un employé infecté par le VIH / formation d'un nouvel employé lui succédant"	200
Schéma 2	Courbe d'évolution du coût de la désorganisation du travail provoqué par le VIH	202

• CHAPITRE 6

Schéma 1	Tendance de la mortalité des adultes âgés de 15 à 59 ans dans la ville d'Abidjan, 1973-1995	218
Schéma 2	Distribution hypothétique des infections à VIH, des cas de SIDA et des décès par SIDA, 1980-2026	221
Schéma 3	Classification des coûts observés et hypothétiques de l'infection à VIH en entreprise	222
Schéma 4	Mesure des conséquences observées et hypothétiques de l'impact économique du VIH (en entreprise)	224
Schéma 5	Linéarité et cumul des coûts dans leur ordre d'apparition dans le temps	226
Schéma 6	Comparaison dynamique de l'épidémie / étapes des effets du VIH/SIDA en entreprise	229
Schéma 7	Impact du turnover (induit par le VIH/SIDA) sur l'organisation du travail	231
Schéma 8	Détermination de la perte de productivité d'un employé malade du SIDA	234
Schéma 9	Détermination de la perte de productivité entre le décès / départ ou licenciement d'un employé et l'embauche d'un salarié lui succédant	235
Schéma 10	Détermination de la perte de productivité dans la phase d'apprentissage d'un employé	237
Schéma 11	Vulnérabilité des entreprises face à leur besoin en personnel	239
Schéma 12	Evaluation de la résistance structurelle d'une entreprise au VIH/SIDA	243

# **LISTE DES TABLEAUX**

## Liste des tableaux

### • CHAPITRE 1

Tableau 1	Recensement des cas de SIDA en Côte d'Ivoire	18
Tableau 2	Présentation des trois établissements étudiés et situés à Abidjan	40

### • CHAPITRE 2

Tableau 1	Nombre d'employés recensés infectés par le VIH d'après le service médical de chaque entreprise	50
Tableau 2	Proportion d'employés recensés infectés par le VIH par rapport au nombre total d'employés	52
Tableau 3	Coûts médicaux et de prévention (FCFA)	54
Tableau 4	Coûts des soins pris en charge par la firme 1 (FCFA)	55
Tableau 5	Evaluation du montant de la masse salariale du personnel médical correspondant au temps consacré aux employés infectés par le VIH - Firme 1 (FCFA)	61
Tableau 6	Evaluation du montant de la masse salariale du personnel médical correspondant au temps consacré aux employés infectés par le VIH - Firme 2 (FCFA)	62
Tableau 7	Evaluation du montant de la masse salariale du personnel médical correspondant au temps consacré aux employés infectés par le VIH - Firme 1 (FCFA)	64
Tableau 8	Coûts relatifs aux absences pour raison médicale (FCFA)	66
Tableau 9	Coûts relatifs à la gestion des ressources humaines (FCFA)	72
Tableau 10	Autres coûts (FCFA)	82
Tableau 11	Pourcentage des dépenses (en 000 de FCFA) par poste et par entreprise sur les périodes d'étude	89
Tableau 12	Classement des coûts les plus élevés pour chaque entreprise sur les périodes étudiées	90
Tableau 13	Coût annuel de l'infection à VIH par entreprise sur les périodes étudiées (en 000 FCFA)	91
Tableau 14	Comparaison du coût moyen annuel de l'infection à VIH avec la masse salariale pour chaque établissement (en 000 FCFA)	92
Tableau 15	Coûts de l'infection à VIH ramenés aux prévalences de 10 et 15% parmi le personnel des trois entreprises	93

• CHAPITRE 4

Tableau 1	Evolution des dépistages et des décès VIH sur la période étudiée, firme 1 (1989-1995)	151
Tableau 2	Evolution des dépistages et des décès VIH sur la période étudiée, firme 2 (1993-1995)	152
Tableau 3	Evolution des dépistages et des décès VIH sur la période étudiée, firme 3 (1991-1995)	152

• CHAPITRE 6

Tableau 1	Projections de l'incidence et du nombre cumulés d'infections à VIH, de cas de SIDA et de décès attribuables au SIDA au cours des années 1993-2004, Abidjan	220
Tableau 2	Exemple de présentation des cas de décès/départs (VIH) selon la CSP et le niveau de compétence des employés	233
Tableau 3	Tableau d'évaluation des risques des entreprises confrontées au VIH/SIDA, l'exemple des firmes 1, 2 et 3	252
Tableau 4	Présentation de l'adéquation des stratégies d'entreprise selon leurs objectifs	259

# **LISTE DES PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS**

## **Liste des publications et communications**

### **PUBLICATIONS**

---

Aventin L. **Le sida en entreprise : Position professionnelle du médecin d'entreprise, secret médical et logique économique.** *Sociétés d'Afrique & Sida*, n° 10, octobre 1995. 7-8.

Aventin L. **Stratégies d'entreprises et gestion du VIH/sida : discrimination à l'égard des employés infectés par le VIH à Abidjan, Côte-d'Ivoire.** *Le Journal de l'Anthropologue* 1996, 66-67 : 211-223

Aventin L. **Discrimination a l'égard des employés séropositifs dans l'entreprise abidjanaise : dépistages illicites du VIH et licenciements abusifs - 1995/1996.** *Sciences Sociales et Santé*. 1997, 15(3): 69-96.

Aventin L, Huard P. **The economic impact of HIV/AIDS on the manufacturing sector in Abidjan - Côte d'Ivoire 1995-1996.** *Aids Analysis Africa* 1997 (Southern Africa Edition), 7(6): 10-12.

Aventin L, Huard P. **Reactions of african firms to the impact of HIV/AIDS on their functioning: reflections based on certain observations made in Abidjan, Côte d'Ivoire.** Soumis au "Journal of African Economies" en juin 1997.

Aventin L, Huard P. **VIH/SIDA et entreprise en Afrique: une réponse socio-médicale à l'impact économique ? l'exemple de la Côte d'Ivoire.** A paraître dans le format "MOST PAPER" de l'UNESCO (français/anglais).

Aventin L. **Stratégies d'entreprises dans le dépistage et le licenciement des employés vivants avec le VIH/SIDA, Abidjan - Côte d'Ivoire.** A paraître en français et en anglais, ouvrage collectif.

Aventin L, Guichaoua Y. **Les dispositifs de prise en charge médicale des salariés dans les entreprises, l'exemple d'Abidjan.** A paraître, ouvrage collectif.

## **COMMUNICATIONS**

---

Aventin L. **Impact économique et coût du sida en entreprise. L'exemple d'une entreprise internationale implantée à Abidjan, Côte-d'Ivoire - 1995.** *IX International Conference on AIDS and STD in Africa*. Ouganda, Kampala. Décembre 1995. TuD 663, p. 298.

Aventin L, Msellati P. **Politique d'organisation et craintes face à l'infection par le VIH dans l'entreprise : l'exemple d'une entreprise internationale implantée à Abidjan. Côte-d'Ivoire, 1995.** *IX International Conference on AIDS and STD in Africa. Ouganda, Kampala*. Décembre 1995. MoD 518, p. 260.

Aventin L, Gnabéli RY. **Organisation de la prise en charge médicale dans les entreprises abidjanaises.** Colloque international "Santé en Capitales", Abidjan, Côte d'Ivoire. 12-16 février 1996.

Aventin L. **Identification of economic costs relative to HIV infection in some companies - Abidjan, Ivory Coast. 1995-1996.** *XI International Conference on AIDS*, Vancouver, Canada. 8-14 juillet 1996. Th.D.4984, p. 404.

Aventin L. **Stratégies d'entreprises dans le dépistage et le licenciement des employés infectés par le VIH, Abidjan - Côte-d'Ivoire.** Colloque International CODESRIA-CNLS Sénégal-ORSTOM : *Sciences sociales et sida en Afrique*, Bilan et perspectives. 4-8 novembre 1996, Saly Portudal (Sénégal).

Aventin L, Huard P. **Is an allowance for AIDS employees, who are medically unable, possible ? the exemple of Côte d'Ivoire.** *X International Conférence on AIDS and MST in Africa*. Abidjan, Côte d'Ivoire, 7-11 december 1997. C.O62, p.23.

Aventin L, Huard P. **Organisational impact of HIV/AIDS in some plants in Abidjan, Côte d'Ivoire.** *X International Conférence on AIDS and MST in Africa*. Abidjan, Côte d'Ivoire, 7-11 december, 1997. C.058, p.22.

Aventin L, Garenne M. **Conséquences pour le secteur industriel de la morbidité et de la mortalité par VIH/SIDA: étude de cas dans trois entreprises d'Abidjan.** Présentation pour l'atelier "Sciences Sociales et Santé: Gérer les risques, maîtriser les pratiques", Marseille, 3-4 juin 1998.

Aventin L, Huard P. **Model of simulation to estimate productivity losses relatives to HIV/AIDS in companies, the example of Abidjan (Côte d'Ivoire).** *XIIth World AIDS Conference*, Geneva, June 28 - July 3 1998. Forthcoming.

## **Conséquences de l'infection à VIH sur le fonctionnement des entreprises à Abidjan: réponses organisationnelles et orientations stratégiques**

A partir de l'étude des cas diagnostiqués et des décès induits par le VIH/SIDA parmi le personnel de trois entreprises industrielles d'Abidjan en Côte d'Ivoire, nous proposons d'une part de déterminer les contraintes du VIH/SIDA sur le fonctionnement des entreprises, d'autre part de fournir des solutions pour restreindre ces contraintes. Ces trois entreprises comptent en moyenne 1508 employés au cours de la période examinée (1989-1995). Soixantequinze pour-cent des décès du personnel sont attribués au SIDA et des coûts surviennent en entreprise, ils sont essentiellement dus aux arrêts de maladie, aux soins payés par l'entreprise, aux funérailles, aux pertes de productivité des employés malades, à l'embauche et la formation de nouveaux salariés, à la prévention sur le lieu de travail... . Ces coûts ("visibles" car mesurables) varient de 0,8% à 3,4% de la masse salariale des entreprises. L'élargissement de l'étude à d'autres établissements a montré que certains employeurs, dans le but de se protéger contre les contraintes du VIH/SIDA, font dépister le personnel et licencient abusivement les agents porteurs du VIH/SIDA. Ces mesures provoquent une rotation anormale du personnel (turnover).

Le turnover est un élément essentiel des contraintes posées par le VIH/SIDA aux entreprises. Nous suggérons l'apparition d'un ensemble de perturbations sur l'organisation du travail: la transmission des savoir-faire est menacée si les employés malades décèdent, les routines sont perturbées et la cohésion du travail n'est plus maintenue. Ces malfonctions génèrent des coûts (invisibles) qu'il est difficile de mesurer. Il s'agit donc de privilégier la codification des connaissances tacites qui régulent les routines, de former des employés polyvalents capables de remplacer les salariés en arrêt médical ou d'organiser la prise en charge médicale des employés avec la participation de l'entreprise. Les prévisions sur la dynamique de l'épidémie en Côte d'Ivoire ne permettent pas d'espérer une diminution significative des décès de la population adulte à moyen terme.

**Mots clés:** VIH/SIDA, entreprise, coûts, Abidjan, Côte d'Ivoire, discrimination, organisation du travail, routines, apprentissage, savoir-faire, stratégies.

## **Consequences of HIV infection on functioning of companies in Abidjan: organisational management and strategic ways**

The objective of this study is to measure the impact of HIV/AIDS on functionning in three industrial companies located in Abidjan and to identify some solutions to minimise constraints caused by HIV/AIDS in companies. An average of 1508 employees were studied over a seven years period (1989-1995) in three different plants. Seventy five percent of employees dead are caused by AIDS resulting in additional costs which are mainly related to sick leave, medical care, funerals, productivity losses, recruitment and training of new employees, AIDS prevention on workplace. These "visible costs" represent 0,8% to 3,4% of plants wage bill. The extension of the study to other plants showed that some employers screen employees to HIV and unfairly dismiss seropositive agents. This policy cause an unexpected turnover of personnel.

Turnover of personnel is an essential limiting factor to the functioning of companies because transfer of knowledge is interrupted, routines and workforce cohesion are disrupted. These malfunctions lead to "invisible costs" which are difficult to quantify. To overcome these difficulties, tacit knowledges which regulate routines have to be codified, some employees have to be trained to be functionally flexible and able to replace sick agents, plant medical services and health insurance for employees have to be brought in. Predictions on the dynamics of the HIV epidemic in Côte d'Ivoire do not indicate a significant decrease of deaths in the adult population.

**Key words:** HIV/AIDS, plant, costs, Abidjan, Côte d'Ivoire, discrimination, work organisation, routines, professional staging, know-how, strategy.