

SEMINAIRE INTERNATIONAL

**"MENAGE ET FAMILLE EN AFRIQUE :**  
*Bilan, enjeux et perspectives de la recherche"*

Lomé, 4-9 Décembre 1995

-----

---

COMMUNICATION :

**SIDA EN COTE-D'IVOIRE :**  
**LE DEVENIR DE FAMILLES AFFECTEES**

Sylvie DELCROIX - CIE

Agnès GUILLAUME - ORSTOM / ISD

---

SEANCE N°4

*Dynamique des Ménages et Transformations Socio-économiques :*  
*vers de nouveaux modèles familiaux*

La forte prévalence du sida en Afrique, surtout de pays tels l'Ouganda, la Tanzanie, la Côte-d'Ivoire, la République Centrafricaine, le Zimbabwe... suscite beaucoup d'interrogations quant aux incidences de cette épidémie sur la croissance démographique, et plus généralement sur le développement économique et social de ces pays, mais également quant aux stratégies de lutte à mettre en oeuvre, de la prévention à la prise en charge des personnes infectées ou affectées.

Un paradoxe apparaît lorsque l'on analyse l'abondante littérature sur les conséquences du sida, qui est à la fois le nombre conséquent d'articles sur ce sujet et le peu d'études réellement menées sur le terrain : beaucoup de ces articles ne reposant que sur des spéculations purement théoriques.

La relative rareté des études de terrain sur les conséquences du sida est étroitement liée aux difficultés méthodologiques et éthiques rencontrées par les chercheurs pour leur mise en oeuvre. Etudier ces conséquences suppose non seulement de disposer d'informations sur le statut sérologique des individus enquêtés, mais aussi de les appareiller avec des données démographiques, économiques, sociales... Ces appariements s'avèrent particulièrement complexes à réaliser, quand la collecte de données se fait au niveau individuel ou familial, et posent d'importants problèmes éthiques. En effet, la réalisation de ces enquêtes ne doit pas être le prétexte à des dépistages à l'insu des individus, protocole trop souvent adopté par certains chercheurs et médecins. Cette procédure de dépistage n'est acceptable que si elle repose sur le consentement éclairé des individus, c'est-à-dire basé sur la compréhension réelle de la portée du test, condition qui requiert une « *information préalable et de bonne qualité sur la maladie, ses modes de transmission, les implications du test et la prévention.... Une fois ces conditions requises, le dépistage nécessite l'annonce de la séropositivité* » (Dozon, Guillaume, 1994), annonce qui doit être faite en garantissant la confidentialité des résultats d'une part mais aussi en s'assurant d'un soutien psychosocial pour les personnes atteintes et leur entourage. Ces « contraintes éthiques » expliquent que nombre d'enquêtes sur ces sujets aient été menées auprès de personnes recrutées via les centres de santé : tel est le cas des études menées en Côte-d'Ivoire.

Deux tendances générales se dessinent lorsque l'on étudie les méthodologies utilisées dans ces études : il s'agit d'une part de travaux menés d'un point de vue essentiellement quantitatif tels ceux sur les conséquences démographiques ou au niveau macro-économique, qui analysent les conséquences en terme d'indicateurs : taux de croissance de la population, évolution des indices de fécondité ou mortalité, indicateurs économiques et sanitaires. De telles investigations reposent bien souvent sur des modèles sophistiqués de projections, modèles basés parfois sur des hypothèses limitées du fait de la pauvreté des données statistiques disponibles. L'autre tendance est de mener des recherches de nature plus qualitative, sur des échantillons de taille restreinte, de populations spécifiques (malades, femmes enceintes...) pour analyser ces conséquences sur la famille, les comportements de santé, les systèmes de soins, la prise en charge des malades.... Deux approches indispensables et complémentaires mais qui présentent des échelles d'analyse souvent trop différentes pour pouvoir les mettre en relation.

Cet article présentera tout d'abord un état des connaissances relatives aux conséquences du sida en Afrique, conséquences démographiques mais aussi sur l'organisation familiale, économique et sociale des personnes touchées, les incidences sur leurs relations avec

l'entourage, et notamment sur les solidarités familiales. Nous analyserons ensuite plus spécifiquement, à partir d'une étude de cas menée en Côte-d'Ivoire, le devenir de familles affectées par la maladie, en particulier l'évolution de leurs structures familiales, les problèmes de prise en charge des enfants, ainsi que les modifications apparues dans les conditions économiques des ménages.

## Une maladie aux conséquences multiples : panorama général

### *La démographie africaine menacée ?*

Les discours relatifs aux conséquences démographiques du sida en Afrique ont arboré le plus souvent un ton catastrophiste en annonçant une dépopulation massive du continent à cause de l'épidémie ou, du moins, un fort ralentissement des taux de croissance. Actuellement ce discours a été révisé et l'on s'accorde pour dire que l'impact du sida se mesure davantage en terme qualitatif que quantitatif ; en effet la population atteinte est composée essentiellement d'individus jeunes en pleine période active et reproductive, affectant ainsi gravement le potentiel de développement économique et social des pays. Ainsi, d'après une étude menée en 1989 sur cinq pays africains fortement touchés (Tanzanie, Ouganda, Kenya, Rwanda, Zaïre), selon des projections « intermédiaires », faites à moyen terme, la population de ces pays serait en 2010 multipliée par 1,9 au lieu de 2,1 en l'absence de maladie (Vallin, 1994).

L'incidence immédiate du sida sur la population se mesure, surtout en terme d'impact, par l'augmentation de la mortalité infantile et celle des jeunes adultes liées à la transmission par voie materno-foetale et sexuelle, et par une réduction de l'espérance de vie. Le sida apparaît comme la principale cause de mortalité chez les adultes dans certaines villes africaines telles Abidjan et Kinshasa (Garenne et al., 1995, Nelson et al., 1991). L'espérance de vie pourrait, dans deux pays fortement touchés l'Ouganda et la Zambie, diminuer pour atteindre respectivement 31,5 ans en 2010 (alors qu'elle se situait à 37 ans en 1994) et 42,6 ans en 2002 (soit une baisse de 8,4 ans par rapport à 1990). Quant à la mortalité infantile, certaines études prévoient une augmentation d'un tiers à trois quart (US Bureau of the Census, 1994, Nunn et al., 1995, Nicoll et al., 1994), bien qu'à travers les Enquêtes Démographiques et de Santé des pays africains « *aucun ralentissement de la baisse en cours dans des pays comme l'Ouganda ou le Burundi* » n'apparaisse (Vallin, 1994). Par ailleurs, la maladie et le risque de décéder des parents affectent bien évidemment les conditions de vie des enfants.

L'impact de la maladie sur la fécondité n'a pas été réellement quantifié à travers les études. Si, comme pour la mortalité, il n'est pas très visible en terme de niveau, l'apparition de la maladie au sein des familles va modifier les comportements reproductifs. Le potentiel reproductif des familles se trouve atteint avec le décès des individus en âge fécond et des enfants en bas âge.

Le sida pourrait amener une modification de la valeur accordée à l'enfant et des idéaux en matière de procréation. Ainsi « *l'augmentation de la mortalité infanto-juvénile ... représente un facteur non négligeable de maintien d'une fécondité élevée puisque le décès d'enfant suscite un impérieux besoin de remplacement* » (Dozon, Guillaume, 1994) dans des pays où une forte fécondité répond à une nécessité économique ou à une demande sociale. Ainsi Rwegera (1995), à partir d'entretiens menés auprès de malades du sida en Côte-d'Ivoire, a pu observer « *un renforcement de l'enfant comme instrument de survie familiale* ». Cependant, le sida apparaît

dans un contexte où une baisse de fécondité est amorcée, pour certains pays ou groupes de population, et l'on peut se demander comment cette gestion de la fécondité va évoluer, d'autant plus que les méthodes préventives du sida, les préservatifs, ont également des vertus contraceptives. Ce rôle contraceptif pourrait d'ailleurs constituer un frein à leur utilisation pour les couples désirant avoir des enfants, même malgré la séropositivité d'un des conjoints. Mais le désir d'avoir des enfants peut aussi être remis en cause par la menace de les contaminer ou la peur qu'ils deviennent à plus ou moins brève échéance orphelins. L'apparition du sida pourra, selon les situations ou les personnes, entraîner un effet de renoncement ou au contraire de précipitation dans la constitution de la descendance. Même si les mesures demeurent imprécises, ces évolutions de la mortalité et de la fécondité auront d'importantes conséquences sur la constitution des familles et leur devenir.

### *L'organisation familiale perturbée*

L'apparition du sida survient dans un contexte de transformation des structures familiales, accentué par la crise économique actuelle, et ne va qu'exacerber les problèmes existants tant du point de vue social qu'économique. Ainsi McGrath (1993) pense que l'impact de l'épidémie sera accentué par les réponses sociales qui perturbent le fonctionnement normal du groupe social. La structure de la famille et son fonctionnement sont affectés par la présence d'un malade du sida aussi bien au niveau de la composition, de l'organisation du ménage, des décisions économiques, des relations sociales que de l'accès aux soins, répercussions qui se feront sentir sur la famille élargie.

Comme nous l'avons déjà mentionné, avec le sida, c'est tout le potentiel actif, productif et reproductif des familles qui se trouve atteint, modifiant ainsi les rôles assignés à chacun au sein de la famille, notamment concernant la prise en charge des enfants. L'impact de la maladie, variable selon le profil de la (ou des) personne(s) atteinte(s) dans le ménage, va toucher différemment les hommes et les femmes à cause des positions économique et sociale qu'ils y occupent ; le rôle de pourvoyeur de soins étant traditionnellement dévolu aux femmes qu'elles soient épouses, mères, soeurs ou filles du malade (Setongo et al., 1994, Foster, 1993, Seeley et al., 1995). Ce rôle de « soignant » qui incombe aux femmes alourdit considérablement leur charge de travail, affecte leur capacité productive et leur possibilité de s'occuper des tâches domestiques, et notamment des enfants. Au fur et à mesure que l'état de santé du malade se détériore, cette charge de soins devient de plus en plus lourde à supporter au niveau temps, mais aussi d'un point de vue physique et émotionnel (Danziger, 1994). Ainsi pour faire face à ces besoins, les femmes sont-elles parfois contraintes de confier certains enfants, d'abandonner certaines activités ou du moins de réorienter leurs activités productives (voir infra).

Déjà très touchées par la maladie dans leur vie économique et sociale, les femmes sont, par ailleurs, plus sujettes à la contamination puisque la probabilité d'infection d'une femme par un homme est plus élevée que l'inverse. Une étude récente menée en Côte-d'Ivoire a, de plus, montré qu'une femme, dont le mari était infecté par les deux virus (VIH1 et VIH2), avait une plus forte probabilité d'être infectée que celle dont le mari était porteur seulement du VIH1. Une fois de plus, le facteur de risque de leur contamination est le comportement sexuel du mari (Ghys et al., 1995) ; constatation importante quand on sait le faible pouvoir de négociation qu'elles ont parfois dans leurs relations sexuelles. A cela s'ajoute une remise en cause probable de leur rôle de mère du fait de la transmission materno-foetale, rôle qui leur assure souvent une meilleure assise sociale et insertion familiale.

Quand la maladie atteint une famille, sa structure se modifie, transformation qui peut se traduire par une disparition des familles de type nucléaire ou du moins leur évolution vers un modèle monoparental (voir infra). Elle peut également se modifier avec, souvent, un poids de plus en plus accru des inactifs, et des personnes âgées ou très jeunes, et conduire parfois au départ des enfants vers d'autres ménages (apparentés ou non) tels qu'ont pu le noter, dans leur étude menée à Kampala McGrath et al. (1993). L'analyse réalisée, en zone rurale dans le district de Rakai, en Ouganda, par Barnett et Blaikie (1992) décrit précisément ces évolutions familiales avec un modèle où l'on passe d'une famille nucléaire vers une situation où, au fur et à mesure que la maladie évolue ou se transmet, il ne reste dans le ménage que des enfants : décès successif des parents et de deux de leurs sept enfants, départ d'un enfant chez ses grands-parents, le ménage n'étant finalement composé que de quatre enfants survivants. Ces modifications ont, bien évidemment, des incidences sur l'activité économique des membres du ménage (notamment la déscolarisation des enfants) et leur production.

Ainsi, la mobilité intra-familiale s'accroît avec l'apparition de la maladie, qu'il s'agisse de la mobilité des enfants, pris en charge par leurs grands-parents, oncles et tantes ou même des amis, justifiée par l'incapacité physique ou financière qu'a la famille du malade de s'occuper d'eux (McGrath, 1993, Barnett et Blaikie, 1992, Foster, 1993...), mais également, la mobilité des malades qui peuvent rechercher une prise en charge par la famille, chez les parents ou chez les frères et sœurs, comme le déclare une malade à Kampala « *quand je suis tombée malade, je suis allée chez ma sœur qui maintenant me soigne* » (McGrath, 1993) ou simplement qui souhaitent se rapprocher des structures sanitaires. La maladie affecte donc directement la structure des familles, mais également la famille élargie, et ainsi les solidarités familiales.

#### *Les solidarités familiales éprouvées*

Les solidarités familiales, déjà mises à mal par la crise économique, sont avec le sida, sollicitées pour gérer une autre forme de crise, puisqu'on requiert d'elles d'apporter un soutien tant du point de vue économique (notamment pour assumer les coûts des soins) que psychosocial, mais aussi pour prendre en charge les enfants : la capacité des familles élargies est limitée dans les pays de forte prévalence du fait de l'importante sollicitation qu'elles subissent.

La prise en charge familiale par la famille nucléaire ou la famille élargie reste très dépendante de l'information dont le malade et son entourage disposent concernant la maladie mais aussi de l'annonce qui leur a été faite, et des possibilités de soutien par des structures de conseil qui leur sont offertes.

La question de l'annonce du diagnostic est en effet, un élément important dans les relations intra-familiales. L'annonce quant elle est faite<sup>1</sup>, s'adresse généralement au malade lui-même qui choisira ensuite qui en informer au sein de la famille. La crainte de la dépression, du suicide ou, cas extrême, de la volonté supposée du patient de vouloir disséminer la maladie peut justifier pour les médecins de « différer » cette annonce. Différentes raisons peuvent amener les malades à taire leur état : crainte du rejet, de la stigmatisation, de jeter l'opprobre sur la famille : « *la transmission par voie sexuelle, toujours citée comme mode de contamination est associée à l'infidélité, au « vagabondage sexuel », à la prostitution ; la transmission dite accidentelle (la contamination par le sang...) n'est jamais évoquée spontanément* » (Gruénais, 1994), sans tenir

<sup>1</sup> ce qui n'est pas, de la part des médecins, systématique (Collignon, Gruénais, Vidal, 1995)

compte des autres. Cette perception de la maladie et les craintes qu'elle suscite sont souvent liées aux savoirs erronés concernant les modes de transmission qui sont préjudiciables pour les relations familiales et risquent de jeter le discrédit sur le malade et sa famille avec toutes les conséquences qui s'ensuivent : risque de rupture, rejet, répudiation, abandon des enfants. La non-information de la famille par le malade peut aussi répondre à un désir de ne pas confronter la famille à des situations difficiles à assumer : crainte de la perte d'une personne aimée, charge économique et émotionnelle occasionnée par les soins, risque de laisser des enfants orphelins ou de veuvage, impossibilité de faire des plans d'avenir notamment pour la constitution de la famille (McGrath, 1994). La réaction familiale sera fonction de la « familiarité » avec la maladie, du niveau économique du ménage mais aussi des charges qu'elle représente : ainsi quand cette maladie devient plus fréquente dans la population, les craintes de contamination par les contacts quotidiens diminuent, et les conditions de prise en charge des malades s'améliorent.

Le rôle de la famille élargie a été largement étudié dans différents pays et les conclusions divergent quant aux possibilités de faire face à ces problèmes. Ainsi Campbell et Williams (1990) à propos d'une étude menée en Zambie concluent que « *dans le contexte des soins et de la prévention du sida, la famille est une force nationale* ». Par contre l'avis de Gruénais, à propos d'études menées au Congo sur ce sujet, diverge puisqu'il déclare « *quant à la solidarité familiale qui s'exprimerait à priori envers les malades selon nombre de médecins, elle est à bien des égards un mythe... La solidarité de la famille africaine est bien souvent davantage postulée que réelle* ». Cette mobilisation familiale reste dans bien des cas importante, surtout au moment du décès, mais essentielle surtout de la part des parents proches tant du point de vue affectif que financier (Poaty, 1993), et elle est surtout assurée par des femmes (épouses, mères, tantes ou sœurs) auxquelles le rôle de pourvoyeur de soins est traditionnellement dévolu, tout comme les tâches domestiques (Keogh et al., 1994).

Au compte des solidarités familiales, le système du lévirat est lui aussi discuté avec l'apparition du sida pour plusieurs raisons. En Ouganda, cette pratique a été dénoncée et son non-respect suggéré car elle peut « *propager le virus à travers l'ensemble de la famille étendue* » (Hunter, 1990). Au Mali également, certains médecins, à propos du sida, la considèrent comme « *une coutume dangereuse... (car) la famille va continuer à être endeuillée* » (Le Palec, 1995). Pourtant le lévirat, pourrait selon Le Palec (1995) « *peut-être représenter une de ces institutions facilitant la prise en charge des séropositives... Elle pourrait également permettre aux veuves de pouvoir continuer à vivre, si elles le désirent, au sein du lignage auquel elles ont donné des enfants, et donc de rester auprès d'eux* ». A travers ce système, elles peuvent maintenir leur insertion dans le réseau familial et ainsi bénéficier de son soutien. En effet, bien souvent, outre le traumatisme émotionnel lié à la disparition de leur conjoint, les femmes se trouvent parfois après le décès de leur mari dans des situations économiques précaires n'ayant peu ou plus accès aux moyens de production ou sources de revenus (Danziger, 1994), les procédures d'héritages leur étant souvent défavorables.

Un des sujets qui suscite des interrogations quant aux rôles des solidarités familiales est le problème de la prise en charge des « orphelins du sida ». Largement médiatisée, la question des « orphelins du sida » est l'une des conséquences familiales du sida la plus largement décrite, surtout dans des pays de forte prévalence tels l'Ouganda, la Tanzanie... Cette notion d'orphelin doit être relativisée car ne recouvre pas toujours les mêmes réalités selon les études, enfants de

moins de 15, 18 ou 20 ans, ayant perdu, un ou leurs deux parents : ces différentes situations ont des conséquences sur la prise en charge économique et sociale de ces enfants, qui n'ont pas les mêmes besoins. Ainsi en Ouganda, est considéré comme orphelin un enfant de moins de 18 ans qui a perdu au moins un de ses parents, et Hunter (1990) estime pour le district de Rakai en 1989 que 12,8 % des enfants sont « orphelins » et que parmi eux 23 % ont perdu leurs deux parents.

Ce problème des orphelins n'est pas nouveau en Afrique étant donné la faible espérance de vie des populations et l'écart d'âge, parfois important, entre parents et enfants, la prévalence de maladies à caractère souvent létal mais aussi l'importance de certains phénomènes tels les guerres, les sécheresses et famines... La spécificité du sida a donné plus d'acuité à cette question des orphelins puisque quand l'un des parents décède, l'autre a une forte probabilité d'avoir été infecté et que, dans les pays à forte prévalence, la maladie ne concerne pas seulement la famille proche mais aussi la famille étendue (Obbo, 1993). La prise en charge de ces enfants par la famille reste pratique courante comme ont pu le constater Barnett et Blaikie (1992) ..., rôle qui incombe le plus souvent aux grands-parents, oncles et tantes. Les grands-parents, qui antérieurement bénéficiaient du soutien de leurs enfants voient donc leur situation modifiée et ils se trouvent ainsi plus largement impliqués dans la prise en charge des petits-enfants et l'activité économique de la famille. Mais face aux difficultés économiques et à la crainte suscitée par la maladie, ces solidarités tendent à s'essouffler et l'accueil des enfants s'avère parfois problématique. Ainsi dans plusieurs pays des structures se mettent en place pour palier ces difficultés : orphelinat, familles d'accueil...

#### *Des économies familiales fragilisées*

Le sida intervient dans un contexte où les économies familiales sont fragilisées par la crise économique, la mise en place des plans d'ajustement structurels et la récente dévaluation du FCFA qui a amené à un renchérissement des coûts de la santé, les produits pharmaceutiques et le matériel médical étant en grande partie importés (Kaddar, 1994).

Les incidences du sida sur la productivité dans différents secteurs économiques ont largement été décrites au niveau des économies locales et nationales pour le secteur agricole, notamment en Ouganda, en Zambie et au Rwanda (Barnett, 1994, Foster, 1993, Gillepsie, 1989) mais aussi sur le secteur industriel, notamment le secteur minier en Afrique centrale et australe (Nkowane, 1989), et le secteur privé en Côte-d'Ivoire (Chevalier, 1994).

Au niveau micro-économique, le sida affecte tout particulièrement les familles dont les revenus dépendent essentiellement de leur capacité à mobiliser la force de travail familial, ce qui est le cas de la plupart des ménages agricoles. Les conséquences de la maladie sont aussi importantes lorsque les personnes atteintes sont celles sur lesquelles l'autonomie financière du ménage repose : absentéisme, baisse de productivité ou cessation d'activité concernent non seulement l'activité du malade mais également ceux qui doivent consacrer leur temps à le soigner.

Pour les familles, les conséquences se mesurent en terme de baisse de revenus mais également d'augmentation des charges financières pour soigner les malades et assumer le coût des funérailles. Les coûts des soins grèvent considérablement les budgets familiaux (Ankrah, 1991) ;



en l'absence de système de couverture sociale ou de prise en charge mutualiste<sup>2</sup>, et face à la réduction drastique des budgets de l'état, les populations ont à supporter des charges de plus en plus élevées pour leur santé, charges auxquelles s'agrègent souvent des coûts de déplacement pour accéder aux soins. Face à cette situation la réaction des familles peut consister, soit en un choix des individus qui pourront bénéficier, dans la famille, des soins tel que McGrath (1993) a pu le constater au Zaïre, soit en un refus d'engager de telles dépenses, comme a pu le noter Gruénais (1995) au Congo où *"il peut sembler inutile de dépenser de l'argent pour les soins d'un mort en sursis alors que la survie des vivants est déjà préoccupante"*. Assertion complétée par Poaty (1994), toujours au Congo, qui a pu constater que *« la modicité des moyens financiers de la famille force souvent les parents à attendre la solidarité africaine qui n'agira que le jour du décès »*.

Le coût des funérailles constitue pour les familles une charge financière importante. Ainsi Poaty (1994) mentionne au Congo que *« le décès reste l'occasion d'une ostentation sociale pour toute la famille »*. Par contre, dans d'autres pays tels l'Ouganda et le Zaïre, ces cérémonies funéraires ne suscitent plus une importante mobilisation aussi bien en terme de temps consacré qu'économique, leur fréquence répétée obligeant à un réaménagement de ces pratiques (Barnett, Blaikie, 1992).

Une des conséquences sur les budgets familiaux sera une diminution de certains postes de dépenses, dépenses alimentaires, vestimentaires ou scolaires (amenant à une déscolarisation précoce des enfants) et des possibilités d'épargne du ménage (Barnett, Blaikie, 1992, Danziger, 1994). Ces conséquences se manifestent souvent avec une plus grande acuité pour les femmes et les enfants pour qui le problème des moyens de subsistance se posent de façon accrue. En effet, en cas de décès du mari, elles se trouvent le plus souvent privées de l'héritage, en particulier de l'héritage foncier qui revient à leur belle-famille. Ainsi, en Zambie, une veuve peut être laissée sans moyens pour gagner sa vie ou même pour répondre à l'essentiel des besoins de la famille, la forçant à retourner avec ses enfants dans sa famille d'origine (Foster, 1993). Par contre, Barnett et Blaikie ont montré que lorsque ces veuves vivent à proximité de leurs beaux-frères, elles bénéficient d'une aide minimale, et parfois, elles peuvent rester dans leur maison. Certaines vont toutefois aussi migrer vers la ville, se remarier ou retourner dans leur famille d'origine.

Pour les ménages agricoles, la conséquence sur la productivité se manifeste par un moindre revenu, qui va limiter la capacité de recrutement de la main-d'oeuvre extérieure et donc entraîner un recentrage sur la main-d'oeuvre familiale, en particulier celles des enfants s'accompagnant parfois d'une déscolarisation précoce. La disponibilité en main-d'oeuvre familiale, est dans le même temps, amoindrie par la diminution ou cessation d'activité du malade ou de ceux qui le soignent. Ce changement dans le recrutement et la disponibilité de la main-d'oeuvre aura comme effet, comme l'ont montré Barnett et Blaikie (1992), le passage d'une production basée sur les cultures de rente vers une agriculture de subsistance : situation qui va contribuer à un amoindrissement des disponibilités monétaires et corrélativement des possibilités de recours aux soins.

La diminution des revenus agricoles s'accompagne également d'une limitation de la capacité de recours aux intrants, engrais et pesticides qui ne fait qu'accentuer la baisse de

---

<sup>2</sup> seules quelques caisses mutualistes existent dans certaines entreprises privées ou pour quelques fonctionnaires mais elles ne prennent en charge, le plus souvent, qu'une infime partie des dépenses de santé.



productivité et craindre, à terme, un moindre contrôle sur l'écosystème et donc un risque de résurgence de certaines maladies (notamment la trypanosomiase) (Hanson, 1992) et de prolifération des jachères. A travers cette baisse de la production agricole, se pose le problème de la sécurité alimentaire que ce soit au niveau des ménages par exemple au Rwanda (Gillepsie, 1989), ou au niveau national (Brown et al., 1994).

Cette brève revue des conséquences du sida illustre l'impact que la maladie peut avoir en termes économiques mais plus généralement sur le bien-être familial : éléments que nous allons reprendre à la lumière de données recueillies en Côte-d'Ivoire.

## **Le devenir de familles affectées par le sida en Côte-d'Ivoire**

### *Objectif et méthodologie de l'enquête<sup>3</sup>*

L'enquête menée dès 1992, en Côte-d'Ivoire, fait partie d'un programme de recherche multicentrique sur « le devenir socio-économique des enfants et familles touchés par l'infection à VIH / sida » qui a été conduit dans trois pays dont le Burundi et Haïti, choisis du fait de leur niveau de prévalence élevé. Ainsi en Côte-d'Ivoire, il était estimé à 10 % en 1993 à la Conférence de Consensus de Yamoussoukro, l'enquête de séroprévalence la plus récente (1994) auprès des femmes enceintes à Abidjan révèle un taux de 14 % (Sylla Koko *et al.*, 1995).

Cette recherche longitudinale avait pour objectif d'analyser le devenir de familles affectées, dont l'un au moins des adultes ayant à charge un enfant, était en début de maladie, et ceci afin de pouvoir orienter des politiques de soutien aux familles affectées. Une approche pluridisciplinaire, sociale, démographique et économique a été privilégiée.

Le recrutement de la population à enquêter a été guidé par plusieurs principes éthiques :

- n'inclure que des individus connaissant leur statut sérologique et informés des implications de ce statut : le recrutement a donc été effectué dans le cadre de structures sanitaires<sup>4</sup>,
- leur garantir la confidentialité quant à la nature de la maladie et aux objectifs de l'enquête,
- aider les centres de santé, collaborateurs de cette étude, par des dons de médicaments qui ont bénéficié à l'ensemble de leurs malades.

Cet échantillon n'est donc représentatif ni de la population générale, ni des malades du sida puisque ce type de recrutement a induit un biais important lié à l'accès aux structures de soins, accès tant géographique que social. L'objectif de cette recherche n'était pas d'isoler les

<sup>3</sup> Les données de cette étude proviennent d'une enquête multicentrique coordonnée par le Centre International de l'Enfance, et réalisée avec des chercheurs de l'Université de Côte-d'Ivoire, de l'ORSTOM, du laboratoire d'Economie Sociale de Paris I et financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et le Ministère Français de la Coopération et du Développement. Nous remercions N. Bechu et Bi Tah Nguessan pour la coordination de l'enquête sur le terrain et leur participation à l'analyse des données présentées ici.

<sup>4</sup> En Côte-d'Ivoire, le recrutement a eu lieu pour Abidjan, dans les centres anti-tuberculeux, le CHU de Treichville et pour Dabou, ville située en zone rurale à cinquante km d'Abidjan, à l'hôpital.

conséquences de la maladie sur la famille, mais bien d'identifier les problèmes rencontrés par les familles affectées, les mécanismes d'adaptation qu'elles développent pour faire face à la maladie afin de servir de base à une réflexion sur les solutions à apporter. Ainsi, toutes les évolutions décrites ne seront pas exclusivement reliées à l'apparition du sida, mais elles s'inscrivent dans une analyse situationnelle nécessaire pour définir des interventions ultérieures.

Dans chacun des pays, 200 malades ont été recrutés, dans un premier temps pour dresser un profil des familles atteintes et en sélectionner 120 qui ont fait, ensuite, l'objet d'un suivi pendant un an. Ce suivi, à raison d'un passage tous les deux mois, avait pour objectif de mettre en évidence les évolutions de leurs situations tant sur le plan de la structure de leur ménage, de l'organisation domestique, de la répartition des activités productives, de leur niveau de revenu et de dépenses que sur celui des relations qu'ils entretiennent avec la famille élargie, le voisinage et la communauté. En cas de décès du malade, la plupart des questions pouvaient être posées à un membre du ménage identifié par le malade, ainsi leurs familles ont pu être suivies.

Parmi les 120 familles retenues, 13 n'ont pu être suivies sur l'ensemble de la période (perdues de vue suite à un déménagement du malade et de sa famille), dans 78 familles, le malade a été présent sur l'ensemble de la période, dans cinq familles, il était absent lors du dernier passage et dans 24 cas, il est décédé. L'échantillon de malade est composé de 60 % d'hommes et de 40 % de femmes, rapport de masculinité qui peut s'expliquer par la sous-fréquentation des centres de santé par les femmes. C'est une population jeune (âgée en moyenne de 40 ans pour les hommes et 36 ans pour les femmes), comprenant une majorité d'Ivoiriens (3/4) et 16 % de Burkinabè.

Nous présenterons tout d'abord la structure des familles et leurs évolutions, le rôle et le statut des membres du ménage et l'importance des solidarités familiales et sociales.

### *Les structures familiales : les familles nucléaires, un modèle dominant*

Dans l'enquête, la structure familiale a été enregistrée à partir des liens de parenté exprimés par rapport au malade et non au chef de ménage comme cela est traditionnellement fait, mais dans les trois-quarts des cas, le malade ou son conjoint est le chef de ménage.

Les modèles familiaux sont assez variés et une typologie en cinq groupes a été définie :

- les familles nucléaires simples ou avec composants périphériques, c'est-à-dire avec des ascendants et/ou des collatéraux du malade et/ou des individus sans parenté avec le malade ; dans ces familles, le malade ou son conjoint est toujours le chef de ménage.

- les familles monoparentales simples (où le malade, ou son conjoint si ce dernier est décédé, est toujours le chef de ménage), ou « monoparentales avec des composants périphériques ». Cette dernière catégorie renvoie à des réalités différentes, puisqu'elle concerne des familles où le malade (ou son conjoint, si le malade est décédé) est chef de ménage (37 % des cas au 1er passage), et des familles où il vit chez ses parents, grands-parents ou chez une autre personne qui lui est apparentée ou non.

- et un cinquième groupe qualifié d'« autre » qui regroupe les autres modèles familiaux, c'est-à-dire des familles composées du malade ou de couples sans enfants biologiques, qui vivent avec des personnes apparentées ou non apparentées, ou d'enfants biologiques du malade qui vivent seuls ou avec des personnes apparentées ou non apparentées.

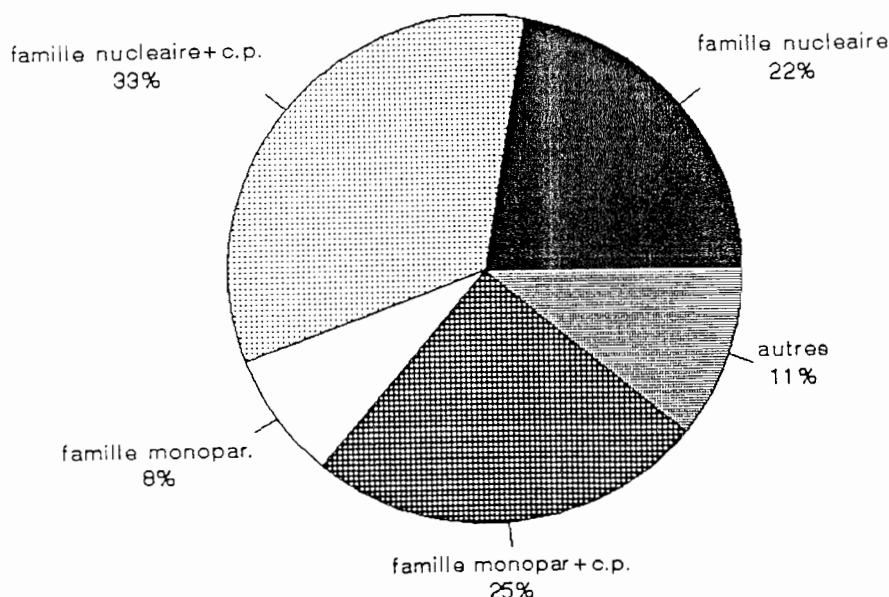
Cette typologie est analysée au début du suivi et un an après afin de mettre en évidence les changements de structures intervenus.

Le modèle dominant dans cette typologie (graphique 1), en début d'observation, est celui de la famille nucléaire qui regroupe plus de la moitié des familles (55 %) : bien qu'un des critères de recrutement des malades pour l'enquête était qu'ils aient des enfants à charge, cette proportion est équivalente à celle du recensement de la population en 1988. La composition de ces familles nucléaires ne se résume pas au noyau biologique puisque 60 % d'entre elles ont des composants périphériques.

Un quart des malades vit dans des « familles monoparentales avec composants périphériques » (25 %), familles où la présence d'aînés (parents, grands-parents), mais surtout d'autres parents est importante. Les familles monoparentales simples et « autres » familles sont plus faiblement représentées, 8 et 12 %.

La majorité des hommes malades (73 %) vit dans des familles nucléaires simples ou avec composants périphériques (30 et 43 %) alors que 39 % des femmes seulement (respectivement 18 et 21 %) résident dans des familles de ce type. Ces dernières se retrouvent plus fréquemment dans des familles monoparentales (53 % au lieu de 16 % pour les hommes). Ces différences renvoient à des situations matrimoniales contrastées : la moitié des femmes seulement sont en union, alors que la presque totalité des hommes (93 %) le sont. Près d'une femme sur cinq est veuve en début d'enquête (18 %), alors qu'aucun homme n'est dans cette situation : une des hypothèses pouvant justifier cet écart est le décès antérieur du conjoint qui aurait contaminé sa femme. Ainsi De Cock et *al.* (1991) ont montré pour la période 1983-1988, un rapport de masculinité entre 2.3 et 5.8 pour différents indicateurs ayant trait au sida parmi les adultes à Abidjan.

GRAPHIQUE 1 : TYPOLOGIE FAMILIALE AU PREMIER PASSAGE  
ENSEMBLE DES MALADES (107 CAS)



Cette répartition des familles connaît des changements durant l'année d'observation, l'importance des changements affectant différemment les types de familles.

### *Evolution des modèles familiaux*

Le décès du malade (24 cas au 6ème passage) est bien évidemment l'une des causes d'évolution des structures familiales, qui se traduit essentiellement par le glissement d'un modèle nucléaire vers un modèle monoparental (en fin d'observation, un tiers des familles sont des familles monoparentales simples et 22 % des familles monoparentales avec composants périphériques), ou de l'un de ces deux modèles, à une situation où les familles sont composées d'enfants du malade seuls ou avec d'autres parents (42 %). Cette importante proportion d'enfants seuls ou sans leurs parents biologiques pose à terme le problème de leur prise en charge par la famille, d'autres personnes ou éventuellement par des institutions.

Dans les familles où le malade est encore présent lors de la phase finale d'observation, les évolutions ne renvoient pas tout à fait au même schéma ; elles sont non seulement liées à des changements de situations matrimoniales mais aussi au départ de composants périphériques (graphiques en annexe).

Les évolutions dues à un changement d'état matrimonial affectent davantage les femmes que les hommes : durant cette période, des séparations conjugales interviennent pour 4.5 % d'hommes et 9 % de femmes et respectivement 2 et 9 % perdent leur conjoint. Ces évolutions se traduisent en fin de période par une augmentation du nombre de familles monoparentales, de familles composées de personnes apparentées ou non et éventuellement du malade (9 %), et enfin l'apparition d'une proportion non négligeable de malades vivant seuls (5 %), qui pourrait témoigner d'un affaiblissement des solidarités familiales.

Les familles nucléaires avec composants périphériques, type dominant en début d'observation (un tiers des familles), ne représentent ainsi plus qu'un quart des familles en fin d'observation. Ce modèle subit plus de changements quand le malade est un homme, seulement 37 % de ménages stables au lieu de 86 % pour les femmes. Un quart des ménages de ce type où le malade est un homme enregistre le départ de composants périphériques, et dans 16 % des cas le décès ou le départ de leurs épouses. En revanche, rares sont les évolutions vers ce modèle nucléaire avec composants périphériques aussi bien pour les familles monoparentales que pour les familles nucléaires simples, puisque seulement 4 % d'entre elles se recomposent sous cette forme, caractérisée à priori par une cohésion sociale et familiale plus forte.

La situation est différente pour les familles nucléaires simples : le modèle reste plus stable quand le malade est un homme (77 % de familles stables au lieu de 50 % pour les femmes) ; les évolutions sont alors essentiellement liées à des ruptures d'union par séparation ou veuvage.

Les familles monoparentales avec composants périphériques (28 % des familles au premier passage), représentent un modèle plus stable que le modèle nucléaire (88 % et 80 % sans changement pour les hommes et les femmes) ; ce modèle devient dominant au sixième passage

(30 % des cas) et la transition vers cet état répond essentiellement à la perte de conjoint dans les familles nucléaires.

Ces différentes évolutions des structures familiales révèlent donc une certaine déstructuration des familles, due à des ruptures d'union (16 % des familles sont touchées par ces ruptures d'union dont 9 % par séparation ou divorce), mais aussi au départ de « parents », départ qui a des incidences sur les conditions de vie des ménages aussi bien en terme de revenu que d'organisation domestique.

#### *Instabilité matrimoniale et cohésion familiale différente selon le sexe du malade*

Comme nous l'avons vu précédemment, les changements matrimoniaux affectent davantage les femmes. Notamment, les séparations deviennent plus fréquentes lorsque leur état de santé se dégrade : ainsi au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, la fréquence des ruptures d'unions augmente passant à 27 % pour les femmes et à 10 % pour les hommes. Cette plus grande fragilité des unions pour les femmes se retrouve lorsqu'on analyse les récits de vie établis lors de l'enquête où il a été déclaré : « *son état ne s'améliorant pas, il laisse la malade seule avec sa fille et va prendre une autre amie* », dans un autre cas, « *la femme est renvoyée avec son fils de la maison conjugale* », et dans un troisième « *il choisit de ne plus voir cette femme* », déclarations qui témoignent d'une plus grande précarité des conditions de vie des femmes. Cette instabilité matrimoniale est probablement liée au manque d'information sur cette maladie et la crainte qu'elle suscite, amenant à des rejets.

Les femmes les moins exposées à cette déstructuration sont celles qui vivent dans des ménages où sont présents des composants périphériques qu'il s'agisse de ménage de type monoparental ou nucléaire. En revanche, on ne constate pas le même phénomène pour les hommes puisque 21% des ménages d'hommes perdent leurs composants périphériques, cette proportion n'étant que de 7,5 % pour les femmes : la cohésion familiale des ménages avec composants périphériques où elles vivent semble plus forte.

Cette présence d'autres personnes dans le ménage se révèle non seulement un élément stabilisant au niveau familial, mais semble jouer un rôle important au niveau économique et pour la prise en charge des enfants.

#### *Rôle et statut des membres du ménage*

Cette variété de structures familiales révèle une présence différente des enfants biologiques comme des enfants confiés mais aussi des aînés, des autres parents et des individus sans parenté avec le malade, qui a bien évidemment des répercussions sur la taille des ménages (tableau I en annexe). Elle oscille entre 2 et 9 personnes (en début d'observation) et reste relativement stable sur la période : elle est toujours plus élevée dans le modèle nucléaire (aux alentours de 5 personnes pour le modèle simple et de 9 pour celui avec composants périphériques alors que pour le modèle monoparental elle est respectivement de 2 et 7 individus) attestant d'une plus grande présence des enfants biologiques dans les familles nucléaires. D'autre part, la

proportion des familles nucléaires qui accueillent des enfants confiés est deux fois plus importante que celle des familles monoparentales (77 vs. 41 %).

Les enfants, selon qu'ils sont biologiques ou confiés, n'occupent pas la même position économique et sociale dans ces familles. La sous-scolarisation des enfants confiés comparativement aux enfants biologiques est manifeste (50 au lieu de 78 % pour la scolarisation dans le primaire au premier passage), et est accentuée dans les familles monoparentales. Par ailleurs, une tendance à la baisse des taux de scolarisation des enfants confiés, se dessine entre le premier et le sixième passage, baisse plus marquée dans les familles nucléaires. Cette sous-scolarisation peut sembler surprenante dans la mesure où le placement des enfants est très fréquemment motivé par la scolarisation, surtout à Abidjan, mais peut s'expliquer par le fait que la majorité des enfants confiés au malade sont des filles et qu'elles sont généralement moins scolarisées que les garçons. En revanche, elles participent aux activités domestiques, situation déjà observée pour les jeunes filles confiées à Abidjan (Antoine, Guillaume, 1986). De plus, le niveau de scolarisation des enfants biologiques restant stable sur la période, on peut supposer que les difficultés économiques des ménages les amènent à privilégier la scolarisation de leurs propres enfants aux dépens de celle des enfants confiés.

Le nombre d'enfants présents n'est pas le seul élément qui distingue les familles nucléaires et monoparentales puisque la présence d'individus apparentés ou non y est aussi très variable.

La présence d'aînés (grands-parents, parents, oncles et tantes du malade) est très importante dans les familles monoparentales (environ 60 %) alors qu'elle est presque inexistante dans les familles nucléaires. En revanche, les individus sans parenté, très peu présents dans les familles monoparentales, se retrouvent dans 15 % des familles nucléaires.

Enfin, quelque soit le type de familles, les « autres parents » (frères, soeurs, neveux...) sont présents dans la majorité des cas (65 à 70 %).

Ces individus présents dans les ménages ne sont pas tous à la charge du malade, certains participent activement à la vie économique du ménage. Ainsi, plus de la moitié des aînés exercent une activité professionnelle et près d'un quart une activité domestique. Dans les ménages nucléaires où ces aînés sont rarement présents, les « autres parents », globalement plus âgés sont plus nombreux à exercer une activité professionnelle (63 % au lieu de 29 % dans les familles monoparentales).

Les individus sans parenté, relativement peu nombreux dans l'ensemble des ménages, sont autant producteurs que consommateurs.

La participation de ces individus à l'activité économique du ménage est particulièrement importante et peut même devenir déterminante pour leur avenir économique, puisqu'elle permet que les revenus du ménage ne dépendent pas exclusivement de ceux du malade.

Ainsi, 37% des ménages tirent l'essentiel de leurs revenus monétaires des revenus professionnels d'individus autres que le malade, cet apport est beaucoup plus conséquent pour les

ménages où le malade est une femme. Cette situation relativement favorable reste toutefois minoritaire, puisque 40% des ménages dépendent exclusivement des revenus professionnels du malade et 23% ne perçoivent aucun revenu professionnel.

La dépendance au seul revenu du malade est lourde de conséquence lorsque l'on sait que la maladie implique de fréquentes cessations d'activité, ainsi dans notre population, 42 % des malades qui exerçaient une activité professionnelle ont dû l'interrompre temporairement ou définitivement pour cause de maladie durant l'année d'observation.

5% des ménages ne perçoivent aucun revenu professionnel et ne disposent d'aucun revenu monétaire à la fin de l'enquête, constat inquiétant mais peut-être transitoire puisqu'une même proportion de ménages se trouvait dans cet état au début de l'observation et ne l'est plus actuellement. Dans ces conditions, la survie du ménage dépend des capacités d'emprunt mais aussi des transferts non monétaires (nourriture, achat des médicaments...) dont il peut bénéficier.

Enfin, 18% des ménages déclarent ne survivre que grâce aux transferts monétaires de la famille. Le rôle des transferts familiaux est encore plus marqué pour les ménages où le malade est déjà décédé, un tiers d'entre eux en dépendent totalement.

Cette forte dépendance aux seuls revenus du malade ou aux transferts familiaux soulève bien sûr de nombreuses questions quant à l'avenir de ces familles pour leur survie au quotidien, avenir qui s'avère encore plus problématique pour celles composées de nombreux individus inactifs en particulier des enfants.

#### *Un changement de vie important pour les enfants*

L'analyse de la littérature sur le sida a mis en évidence toutes les incidences de cette pandémie sur les conditions de vie des enfants, et la fréquence des « orphelins du sida » dans les pays de forte prévalence. Les difficultés rencontrées par les enfants apparaissent dans notre étude puisque dans 2 % des familles, les enfants sont déjà orphelins de père et mère et dans 31 % des cas un des parents est décédé, et la probabilité que l'autre parent soit contaminé est élevée : ainsi 83 enfants résidant dans le ménage risquent rapidement de devenir orphelins de père et mère. Ce chiffre ne révèle qu'une partie de l'étendue de ce problème puisque 40 % de ces parents isolés assurent également, au moins partiellement, la prise en charge financière de leurs autres enfants confiés à l'extérieur.

La question de la prise en charge de ces enfants, et notamment du rôle des solidarités familiales, se pose au fur et à mesure de l'évolution de la maladie : accueil au sein de la famille ou besoin de prise en charge extérieure ?

La situation de ces familles où les enfants sont déjà « orphelins » d'un de leur parent est préoccupante. Pour un peu plus de la moitié d'entre elles (52 %), la situation n'a pas encore subi de profondes modifications puisque les enfants vivent dans des familles monoparentales avec composants périphériques. Dans un cas sur deux, il s'agit de personnes susceptibles de prendre en charge les enfants en cas de décès de leur parent, d'aînés (grands-parents ou oncles et tantes dans 24 % des cas) et d'autres adultes apparentés (dans 29 % des cas). En revanche, pour l'autre moitié des familles (47 %) la situation économique et familiale est plus précaire puisque aucun autre adulte ne réside avec le malade qui par ailleurs accueille des enfants confiés.



Mais ces situations semblent à priori plus favorables que celles vécues par les autres enfants orphelins (48 % des cas) qui vivent seul avec leur dernier parent vivant (la moitié d'entre eux), ou qui ne résident plus avec lui.

Ainsi, la situation économique de ces familles où les enfants sont déjà « orphelins » d'un des parents s'avère problématique, puisque leur capacité productive est limitée du fait d'un nombre réduit de personnes actives (27 % n'ont aucun actif et 45 % un seul actif), et donc leur revenu est limité. Ainsi pour un peu plus d'un tiers des ménages, le revenu provient des transferts familiaux, 12 % des familles n'ont aucun revenu et 3 % un revenu dépendant uniquement du malade, ce qui illustre bien les difficultés économiques auxquelles elles seront confrontés et plus particulièrement les enfants. Quant aux enfants qui ne résident plus avec leur dernier parent, la dépendance est aussi très forte puisque la moitié vivent dans des ménages sans actif et 37 % dépendent d'un seul revenu professionnel.

La dégradation des conditions de vie des enfants amène aussi leur implication plus précoce dans les activités productives, tel est le cas par exemple de cette famille dans une situation extrême où « *l'aîné des orphelins devient chef de famille, va travailler aux champs et prend une activité secondaire avec l'aide des enfants plus âgés* ».

Cette analyse illustre bien la dégradation, déjà perceptible, de la situation des enfants qui ont perdu un de leurs parents et le risque d'aggravation dans l'avenir pour ces familles où la capacité productive repose sur un nombre limité de personnes, mais aussi où les possibilités de prise en charge familiale sont réduites. Il est vrai cependant que les solidarités familiales ne s'exercent pas uniquement à l'intérieur du cadre de vie quotidien mais peuvent jouer à travers des réseaux familiaux et sociaux plus larges. Ainsi les aînés qui ne résident pas dans le ménage jouent un rôle actif en accueillant leurs petits-enfants comme cela a pu nous être confirmé par les récits de vie. « *Lorsque la mère est décédée, la fille aînée et le plus jeune enfant part chez le grand frère du mari* » « *Compte tenu de ses difficultés (financières), il fait partir ses enfants chez sa mère au village où il ne se rend pratiquement pas* ».

La solidarité familiale se manifeste donc vis à vis des enfants, mais l'on peut s'interroger sur le souhait du malade face aux réseaux à mobiliser en cas de difficultés.

#### *Les réseaux de solidarité à l'épreuve ?*

Rejet, stigmatisation, soutien et prise en charge familiale, telles sont les réactions possibles décrites par les personnes atteintes, réactions variables selon les conditions de l'annonce, le degré de « familiarité » avec la maladie et l'information dont le malade et son entourage disposent. En effet, l'annonce à la famille (en particulier au conjoint) n'est pas systématiquement faite par les malades par crainte des réactions ; ainsi des malades déclarent « *j'étais très angoissé par le fait qu'on dise sida, jusqu'à présent, aucun de mes parents ne sait que je suis séropositif* », « *tout va bien, personne ne sait dans le quartier que j'ai le virus* », « *je crains l'éclatement des relations* ». Ces quelques éléments illustrent bien les difficultés que peuvent éprouver les malades dans leurs relations avec l'entourage mais aussi pour solliciter de l'aide dans ces conditions.

Pour appréhender l'état des relations entre le malade et l'entourage, des informations ont été recueillies sur les « personnes-ressources » auxquelles il s'adresserait pour bénéficier d'une aide matérielle ou d'un soutien moral : famille, voisinage ou acteurs de la communauté (associations, institutions spécialisées, personnel médical ou para-médical...).

Ainsi la principale source d'aide à laquelle les malades ou leurs conjoints aimeraient avoir recours est la famille, puisque plus des deux-tiers d'entre eux (en début d'observation) la mentionne, suivie de la communauté, puis du voisinage (tableau II en annexe). Mais cet engouement pour l'aide familiale tend à s'éroder au fil du temps (diminution de 14 points) au profit d'une aide émanant de la communauté (augmentation de 11 points), alors que la proportion de malades préférant avoir recours à des personnes extérieures à la famille, les amis et voisins, reste assez stable. Cette situation se vérifie pratiquement pour tous les types de familles, exceptées les familles monoparentales simples pour lesquelles le niveau de recours aux différentes sources reste équivalent entre les deux périodes ; les évolutions de tendance entre ces désirs de recours semblent moins marquées quand, dans le ménage, résident des composants périphériques. Ce souhait d'un moindre recours à l'aide familiale peut s'expliquer par deux types de considérations : un « essoufflement » des solidarités familiales constatées par le malade, mais aussi une volonté de sa part de moins solliciter ces réseaux par incapacité à faire face, en retour, à ses obligations.

L'adhésion à des associations révèle aussi un degré d'insertion dans des réseaux sociaux : associations villageoises, religieuses ou autres (anciens élèves, professionnelles, sportives, syndicats...). Ainsi l'adhésion la plus répandue est celle aux associations villageoises et cette tendance est plus marquée pour l'ensemble des familles nucléaires, signe d'une plus grande volonté d'intégration dans le groupe d'origine. Par ailleurs, ces familles sont également plus nombreuses à adhérer à plusieurs types d'organisations, signe d'une meilleure intégration sociale. Un recours plus marqué aux associations religieuses se dessine nettement pour les familles nucléaires avec composants périphériques et les familles monoparentales avec composants périphériques. Ces associations religieuses apportent une aide conséquente aux malades, non seulement psychologique, mais aussi financière « *en payant l'électricité, ponctuellement de la nourriture, des vêtements et fournitures scolaires* », ou comme le déclare un autre malade « *ce sont les frères de l'église où je prie qui m'ont apporté beaucoup d'aide, don d'argent, nourriture et transport à l'hôpital* ». Ces associations fonctionnant sur un mode caritatif, prennent le relais dans le soutien aux malades et à leurs familles.

Parmi les nouvelles formes de solidarités, le développement des associations de conseil et prise en charge, notamment d'associations de malades s'intensifie. Peu développées lorsque l'enquête a été réalisée, leur création était souhaitée par les personnes atteintes par le sida soucieuses de pouvoir, « *rencontrer et discuter avec d'autres malades et s'encourager mutuellement* ». Ces associations présentent l'avantage de fournir une aide sans impliquer leurs adhérents dans un système d'obligation à la différence du recours à la solidarité familiale. Emanant souvent d'initiatives des centres de santé eux-mêmes, elles provoquent une certaine remise en cause du système de santé, dont on n'attend plus qu'il se limite à un rôle de soignant mais qu'il assure un soutien psychosocial au malade et à son entourage.

## Conclusion

L'épidémie du sida intervient dans un contexte où les structures familiales sont en pleine évolution du fait de l'urbanisation, de la crise économique... et son apparition accentue ce phénomène. Outre les conséquences démographiques et économiques, l'ensemble des liens sociaux que le malade entretient avec son entourage se trouve parfois modifié par la « crise relationnelle » qu'amène le sida. Les familles affectées en Côte-d'Ivoire n'échappent pas à ces modifications, comme l'attestent les résultats présentés. Bien que la représentativité statistique des résultats soit limitée du fait des effectifs réduits, ils sont révélateurs du devenir de familles affectées et des besoins qu'elles ressentent.

Ainsi les ménages connaissent des évolutions non négligeables, essentiellement dans le sens d'une déstructuration, qui les rend plus vulnérables tant du point de vue de leur survie économique, que de la gestion de leur quotidien et de leur vie sociale.

Les membres du ménage les plus affectés par les conséquences de la maladie sont les femmes et les enfants. Les femmes se trouvent doublement exposées car d'une part, elles sont plus nombreuses à être parents isolés avec des revenus propres limités, et elles sont donc fortement dépendantes des autres membres du ménage ou de la famille élargie. D'autre part, lorsqu'elles sont en union, elles sont également plus exposées que les hommes à l'instabilité matrimoniale, en particulier aux ruptures d'union quand leur état de santé se dégrade, et au veuvage qui entraîne une précarisation de leur condition économique et un problème de prise en charge de leurs enfants. Les enfants se trouvent eux aussi doublement exposés, non seulement aux difficultés psychologiques dues à la maladie et au décès de leur(s) parent(s), mais aussi aux difficultés économiques que rencontrent les adultes avec qui ils vivent. En effet, la situation économique des ménages où vivent des enfants déjà « orphelins » d'au moins un de leurs deux parents, est préoccupante dans la mesure où leur survie dépend trop souvent du revenu du malade qui risque de cesser rapidement son activité ou des transferts familiaux, susceptibles de s'amoinrir au fil du temps du fait des problèmes économiques que rencontrent les familles et de la forte sollicitation dont elles font l'objet.

Plus largement la précarité des ménages ne risque que de s'aggraver notamment pour la proportion conséquente de ceux dont les sources de revenu reposent sur un nombre d'actifs limité en particulier sur le malade seulement, constat qui pose à terme la question de leur survie et de l'aide dont ils pourront bénéficier.

Si les solidarités familiales représentent encore une assistance substantielle pour les ménages, elles ne constituent plus la source privilégiée de recours. Il semble qu'il y ait un changement de représentation de la famille comme principal pourvoyeur de solidarités, et que d'autres réseaux soient sollicités pour combler ses lacunes. Ainsi le souhait d'une aide émanant de la communauté, d'amis, et de diverses associations en est une illustration. La famille, comme lieu de résolution de tous les problèmes devient une notion relative, l'apparition du sida peut précipiter ou révéler ce phénomène.

Au titre des réseaux d'entraide, la création d'associations de soutien aux malades répond à des besoins supplémentaires de soutien pour eux et leur entourage. Elles répondent dans un premier temps aux difficultés psychologiques liées au traumatisme de l'annonce du statut

sérologique qui trop souvent ne peut être partagée ni avec le conjoint ni avec la famille et ainsi amplifie le sentiment d'angoisse et de culpabilité que peut ressentir le malade. Elles permettent aux malades de confronter leur vécu de la maladie, de mieux définir leurs besoins, les formes d'intervention adaptées en mobilisant le réseau professionnel et associatif spécialisé, et en réactivant les solidarités familiales par un travail d'information adéquat. Elles présentent en outre l'avantage de ne pas générer le même système de droits et obligations que les réseaux familiaux. L'impossibilité en retour d'honorer leurs obligations étant certainement l'un des freins à la sollicitation des réseaux traditionnels de solidarité.

## ANNEXES

TABLEAU I : INDICATEURS DE LA COMPOSITION DES FAMILLES AUX 1ER (P1) ET 6EME (P6) PASSAGES

	fam. nucléaire simple		fam. nucléaire + comp. périph.		fam. monoparentale simple		fam. monoparentale + comp. périph.	
	P1	P6	P1	P6	P1	P6	P1	P6
Nb. moyen enfants biologiques	3	3.5	4	4	1	1	2	2
Nb. moyen enfants confiés	-	-	1.5	1	-	-	1	1
Taille du ménage	5.1	5.6	8.7	8.3	2.0	2.0	7.1	7.3
% de ménages avec des aînés	-	-	4	0	-	-	59	61
des autres parents	-	-	65	55	-	-	77	70
des sans parenté	-	-	15	15	-	-	4.5	4.5
des enfants confiés	-	-	77	80	-	-	41	39
Proportion d'actifs	28	30	26	26	50	43	30	29
Total	19	17	26	20	3	7	22	23

TABLEAU II : PROVENANCE DES AIDES SOUHAITEES ET PARTICIPATION A DES ASSOCIATIONS

	Recours à la famille		Recours aux voisins		Recours à la communauté	
	P1	P6	P1	P6	P1	P6
Typologie familiale						
- f. nucléaire	77	53	53	41	17	41
- f. nucléaire + c.p.	62	43	14	19	29	43
- f. monoparentale	54	54	15	15	46	46
- f. monoparentale + c.p.	66	53	19	22	31	38
- autre	65	70	15	15	15	30
- malade seul	50	50	25	25	50	50
Ensemble	68	54	23	22	28	39
	Association villageoise		Association religieuse		Autres association	
	P1	P6	P1	P6	P1	P6
Typologie familiale						
- f. nucléaire	59	59	59	59	24	24
- f. nucléaire + c.p.	60	65	25	30	20	20
- f. monoparentale	29	29	14	14	0	0
- f. monoparentale + c.p.	35	39	35	43	4	9
- autre	57	57	29	29	29	14
- malade seul	50	29	25	25	0	0
Ensemble	49	50	35	39	14	14

## Bibliographie

- Ankrah EM: **AIDS and the social side of health.** *Soc Sci Med* 1991, 32, (9):967- 980.
- Antoine P., Guillaume A., **Une expression de la solidarité familiale à Abidjan : enfants du couple et enfants confiés.** Les familles d'aujourd'hui : démographie et évolution récente des comportements familiaux, Colloque de Genève (17-20 septembre 1984), n°2, AIDELF, Paris, 1986 : 289-297.
- Barnett T, Blaikie P., **AIDS in Africa : its present and future impact,** London Belhaven Press, 1992, 193 p.
- Barnett T: **The effects of HIV/AIDS on farming systems and rural livelihoods in Uganda, Tanzania and Zambia.** TSS/1 Project, RAF/92/TO/A, *FAO* 1994.
- Brown LR, Webb P, Haddad L: **The role of labour in household food security: implications of AIDS in Africa.** *Food Policy* 1994, 19 (6).
- Campbell ID, Williams G., **AIDS management : an integrated approach Strategies for Hope,** No.3. Actionaid, Amref and World in Need. Oxford, 1990.
- Chevallier E: **Enquête en Côte d'Ivoire, SIDA et entreprises, Impact du SIDA dans le secteur privé 1er Volet.** Edited by Impact SIDA et Entreprises, 1994, 124 p.
- Collignon R., Gruénais M. E., Vidal L., **L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique.** *Psychopathologie africaine*, 1994, Vol. XXVI, n°2, 291 p.
- Danziger R, **The social impact of HIV/AIDS in developing countries,** *Soc. Sci. Med.* 1994, 39, (7):905-917.
- De Cock et al., **Mortality trends in Abidjan, Côte-d'Ivoire 1983-1988.** *Aids*, avril 1991 : 393-398
- Dozon J. P., Guillaume A., **Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du sida.** In "Populations africaines et sida". La Découverte / CEPED, Recherches, Jacques Vallin, éditeur, Paris, 1994 : 179-223
- Foster SD., **Maize production, drought and AIDS in Monze District, Zambia.** *Health Pol Plann* 1993, 8 : 247-254.
- Garenne M., Madison M., Tarantola D. et al., **Conséquences démographique du sida en Abidjan, 1986-1992.** Etudes du CEPED, n°10, CEPED, Paris, 1995, 198 p.
- Ghys P.D., Diallo M.O., Ettiegne-Traore V; et al., **Dual seroreactivity to HIV1 and HIV2 in female sexworkers in Abidjan.** *AIDS* 1995, vol 9, n°8 : 955-958.
- Gillespie S., **Potential impact of AIDS on farming systems : a case study from Rwanda,** *Land Use Policy* 1989, 6, (4) : 301-312.
- Gruénais M. E., **Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité au Congo.** In Dozon J. P., Vidal L. (éditeurs), "les sciences sociales face au sida, cas africain autour de l'exemple ivoirien". G.I.D.I.S. - C.I. (Groupement Interdisciplinaire en Sciences Sociales - Côte-d'Ivoire), O.R.S.T.O.M., Comité Sciences Sociales et Sida. Atelier de Bingerville (Côte-d'Ivoire), 15-17 mars 1993, Edition de l'ORSTOM, 1995 : 167-173.
- Gruénais M. E., **Qui informer au Congo : Malades, familles, tradipraticiens, religieux.** In Collignon R., Gruénais M. E., Vidal L. *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique.* Psychopathologie africaine, 1994, Vol. XXVI, n°2 : 189-210.

- Hanson K: **The economic impact of AIDS: an assessment of the available evidence.** Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1992.
- Hunter S., **Orphans as a window on the AIDS epidemic in sub-saharan : Africa initial results and implications of a study in Uganda.** *Soc Sci Med* 1990, 31, (6) : 681-690.
- Kaddar, M., F. CFA - **Dévaluation et santé : le choc d'hier... les choix d'aujourd'hui.** *Cahiers de santé*, AUPELF - UREF, Volume 4, n°1, janvier-février 1994 : 7-8
- Keogh P, Allen S, Almeda C, Temahagili B: **The social impact of HIV infection on women in kigali, a prospective study.** *Soc Sci Med*, 1994, 8 : 1047-1053.
- Le Palec A., **Bamako, taire le sida.** In Collignon R., Gruénais M. E., Vidal L. *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique.* Psychopathologie africaine, 1994, Vol. XXVI, n°2 : 211-234.
- McGrath JW, Ankrah EM, Schumann DA, *et al.*, **AIDS and the urban family : its impact in Kampala, Uganda.** *AIDS Care* 1993, 5 : 55-70.
- Nelson AM, Hassig SE, Kayembe M *et al.*: **HIV-1 seropositivity and mortality at University Hospital, Kinshasa, Zaire, 1987.** *AIDS* 1991, 5 : 583-586.
- Nicoll A, Timaeus I, Kigadye RM, *et al.*, **The impact of HIV-1 infection on mortality in children under 5 years of age in sub-Saharan Africa : a demographic and epidemiologic analysis.** *AIDS* 1994, 8 : 995-1005.
- Nkowane M., **The impact of human immunodeficiency virus infection and AIDS on a primary industry : mining (a case study of Zambia),** In : Fleming A.F., Carballo M., Fitz Simons D., Bailey M., Mann J. (Eds), *The global Impact of AIDS*, 1988, Alan R. Liss, New York, pp. 155-160.
- Nunn A, Wagner HU, Kamali A, *et al.* **Migration and HIV-1 seroprevalence in rural Ugandan population.** *AIDS* 1995, 9 : 503-506.
- Obbo, 1993. **La situation difficile des orphelins du sida** In *Société d'Afrique et sida*, n°2, octobre 1993 : 8-9.
- Poaty J. P., **La famille et le malade du sida à Brazzaville. Mode de suivi, itinéraires thérapeutiques et prise en charge financière. Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des maldes du sida au Congo.** Action Incitative ORSTOM Sciences Sociales et Sida. Rapport final. Gruénais M.E. (eds) et al. 1994, Paris, 19 p.
- Rwegera D. **Représentations et vécu des familles touchées par l'infection à VIH / sida en Côte-d'Ivoire.** *Atelier de synthèse des recherches menées en sciences de l'homme et de la société sur le sida en Afrique*, ANRS, ORSTOM, Paris, septembre 1995, 4 p.
- Seeley J, Kajura E, *et al.* **The extended family and support for people with AIDS in a rural population in South West Uganda : a safety net with holes ?** *AIDS Care*, 1993, 5, (1) : 117-122.
- Sentongo R, Sharpe U, Nanteza C, **Women as caretakers.** *X International Conference on AIDS. International Conference on STD.* Yokohama, 7-12 August 1994 [abstract PB0965].
- US Bureau of the Census, Center for International Research: **Population Trends, Uganda**, Washington, US Bureau of the Census, 1994.
- Vallin J., **Réflexions sur l'avenir de la population mondiale.** *Les Dossiers du CEPED* No. 26, CEPED, Paris, Mai 1994.
- Vimard P., N'cho S., **Conséquences sociales de la structure des ménages selon les groupe socio-économiques en Côte-d'Ivoire.** *XXIIème Congrès Général de la Population*, UIESP, Montréal, 1994, 13 p.