CHAPITRE 17

LE DEVENIR DE FAMILLES AFFECTÉES PAR LE SIDA : UNE ÉTUDE DE CAS EN CÔTE-D'IVOIRE

Sylvie DELCROIX
Chargée de projet au Centre international de l'enfance et de la famille, Paris
et
Agnès GUILLAUME
Chercheur à l'ORSTOM, ETS, ISD-Paris[1]

Introduction

La forte prévalence du sida en Afrique, surtout dans des pays tels que 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. En affectant les enfants et les individus jeunes, c'est en effet le potentiel reproductif et productif qui se trouve atteint et, ainsi, la structure des familles et leur organisation économique et sociale.

Cet article présente, dans une première partie, un état des connaissances relatives aux conséquences du sida en Afrique : conséquences sur la démographie des familles mais aussi sur les relations économiques et sociales des personnes touchées, et notamment sur les solidarités familiales entre ces personnes atteintes et leur entourage. Dans une seconde partie, l'article analyse 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 leur structure, de la prise en charge des

[1] ETS : Équipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction.
ISD : Institut santé et développement.

enfants, ainsi que les modifications apparues dans les conditions économiques de vie des ménages.

1. Une maladie aux conséquences familiales multiples

a) La démographie africaine menacée ?

Les discours relatifs aux conséquences démographiques du sida en Afrique ont souvent adopté un ton "catastrophiste", annonçant une dépopulation massive du continent ou, du moins, un fort ralentissement de sa croissance. Actuellement ce discours a été révisé et l'on s'accorde à dire que les conséquences du sida se mesurent davantage en termes qualitatifs que quantitatifs ; en effet, du fait que la population atteinte est composée essentiellement d'individus jeunes en pleine période active et reproductive, les capacités de développement économique et social des pays sont gravement affectées. Ainsi, d'après des projections réalisées en 1989 sur cinq pays africains fortement touchés (Tanzanie, Ouganda, Kenya, Rwanda, Zaïre), *"si l'on fait la moyenne des résultats 'intermédiaires'... on obtient d'ici à 2010 une multiplication de la population des cinq pays par 1,9 au lieu de 2,1 sans sida"* (Vallin, 1994).

L'incidence immédiate du sida sur la population liée à la transmission par voie materno-foetale et sexuelle se mesure par l'augmentation de la mortalité infantile et des jeunes adultes, et se traduit par une réduction de l'espérance de vie. Le sida apparaît comme la principale cause de mortalité chez les adultes dans certaines villes africaines comme 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 et 42,6 ans en 2020 (soit une baisse de 5,5 ans par rapport à 1994 et de 8,4 ans par rapport à 1990). Quant à la mortalité infantile, certaines études prévoient une augmentation d'un tiers à trois quarts (US Bureau of the Census, 1994 ; Nunn *et al.*, 1995 ; Nicoll *et al.*, 1994), bien qu'à travers les enquêtes démographiques et de santé (EDS) des pays africains "*aucun ralentissement de la baisse en cours dans des pays comme l'Ouganda ou le Burundi*" n'apparaisse (Vallin, 1994).

Les conséquences de la maladie sur la fécondité n'ont pas été réellement quantifiées par les études. Comme pour la mortalité, elles sont peu visibles en terme de niveau, mais l'apparition de la maladie au sein des familles retentit néanmoins sur les comportements reproductifs. Le potentiel reproductif des familles se trouve atteint par les décès des individus en âge fécond et des enfants en bas âge. Le sida risque de modifier les attitudes vis-à-vis de la reproduction, la valeur accordée à l'enfant et les idéaux en matière de procréation. Ainsi, "*la perspective d'une*

augmentation de la mortalité infanto-juvénile ... [risque d'être] *un facteur non négligeable de maintien d'une fécondité élevée puisque le décès d'enfant suscite un impérieux besoin de remplacement"* (Dozon et Guillaume, 1994). Damien 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*". Dans certains pays ou groupes de population, le sida apparaît dans un contexte où une baisse de fécondité est amorcée, et l'on peut se demander comment cette gestion de la fécondité va évoluer, car les méthodes de prévention du sida, notamment les préservatifs, ont également des vertus contraceptives. Cette fonction contraceptive peut d'ailleurs constituer un frein à leur utilisation pour les couples souhaitant avoir des enfants, même malgré la séropositivité d'un des conjoints. Mais ce désir d'enfants peut également être remis en cause par la menace de les contaminer ou la peur qu'ils ne deviennent, à plus ou moins brève échéance, orphelins. L'apparition du sida pourra, selon les situations ou les personnes, avoir un effet de renoncement ou au contraire d'accélération dans la constitution de la descendance. Ces évolutions de la mortalité et de la fécondité auront d'importantes conséquences sur la constitution des familles et leur devenir.

b) L'organisation familiale perturbée

L'apparition du sida survient dans un contexte de transformation des structures familiales, accentué par la crise économique actuelle, et exacerbe les problèmes existants tant du point de vue social qu'économique. Ainsi Janet McGrath *et al.* (1993) pensent que l'impact de l'épidémie sera accentué par les réponses sociales qui perturbent le fonctionnement normal des communautés. La structure de la famille et son fonctionnement sont affectés par la présence d'un malade du sida, qu'il s'agisse de la composition et de l'organisation du ménage, de sa survie économique ou de ses relations avec son entourage ; éléments qui se répercutent sur le fonctionnement des familles.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le potentiel productif et reproductif des familles se trouve atteint par la diffusion du sida et les rôles assignés à chacun au sein de la famille, concernant notamment la prise en charge des enfants, sont modifiés. Les effets de la maladie, variables selon le profil de la (ou des) personne(s) atteinte(s) dans le ménage, touchent différemment les hommes et les femmes, en fonction des positions économique et sociale qu'ils y occupent. Le rôle de pourvoyeur de soins est traditionnellement dévolu aux femmes qu'elles soient épouses, mères, sœurs 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 prise en charge des soins devient de plus en plus lourde à supporter, quant au temps à y consacrer, mais aussi

d'un point de vue physique et émotionnel (Danziger, 1994). Ainsi pour faire face à ces besoins, les femmes sont parfois contraintes de confier certains de leurs enfants, d'abandonner diverses tâches ou du moins de réorienter leurs activités productives. Déjà très affectées par la maladie dans leur vie quotidienne, elles sont également davantage sujettes à la contamination puisque la probabilité d'infection d'une femme par un homme est plus élevée que l'inverse. 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. À cela s'ajoute, du fait de la transmission materno-fœtale, une remise en cause probable de leur rôle de mère, dont dépend très souvent leur reconnaissance par la famille et la société.

Quand la maladie atteint une famille, sa structure se modifie. Cette transformation peut se traduire par une disparition des familles nucléaires ou leur évolution vers un modèle monoparental (voir infra). Certaines familles connaissent un accroîssement du nombre des inactifs, des personnes âgées ou très jeunes, et le départ des enfants vers d'autres ménages (apparentés ou non) comme cela a pu être constaté dans une étude menée à Kampala (McGrath *et al.*, 1993). L'analyse réalisée en zone rurale dans le district de Rakaï, en Ouganda, par Tony Barnett et Piers Blaikie (1992), décrit précisément ces évolutions familiales où, au fur et à mesure que la maladie se transmet, une famille nucléaire se transforme en un ménage composé exclusivement d'enfants : décès successif des parents, 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 et leur production.

Avec l'apparition de la maladie, la mobilité intra-familiale s'accentue. Celle des enfants, pris en charge par leurs grands-parents, oncles et tantes ou même des amis, est justifiée par l'incapacité physique ou financière des familles des malades à s'occuper d'eux (McGrath *et al.*, 1993 ; Barnett et Blaikie, 1992 ; Foster, 1993). Celle des malades procède de la recherche d'une prise en charge par la famille (les parents, les frères et sœurs, etc.), tel le cas de cette malade à Kampala qui déclare *"quand je suis tombée malade, je suis allée chez ma sœur qui maintenant me soigne"* (McGrath *et al.*, 1993) ou simplement d'un souci de se rapprocher des structures sanitaires. La maladie affecte donc directement la structure des familles nucléaires, mais également celle des familles élargies et met à l'épreuve les solidarités familiales dans leur ensemble.

c) Les solidarités familiales éprouvées

Les solidarités familiales, déjà mises à mal par la crise économique sont, avec le sida, confrontées à la gestion d'une autre crise. Il faut apporter aux malades et à

leur famille un soutien économique (notamment pour assumer les coûts des soins) et psychosocial, mais aussi pour subvenir aux besoins des enfants.

La prise en charge du malade par la famille nucléaire ou la famille élargie reste très dépendante de l'information dont le malade et son entourage disposent sur 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, quand elle est faite[2], s'adresse généralement au malade qui choisira ensuite qui en informer au sein de sa famille. La crainte de la dépression, du suicide ou, cas extrême, de la volonté supposée du patient de vouloir disséminer la maladie, est citée par les médecins comme des motifs pour "différer" cette annonce. Différentes raisons peuvent amener les malades à taire leur état : la peur du rejet, de la stigmatisation, de l'opprobre ainsi projetée 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). Cette non-information de la famille peut aussi répondre à un désir de ne pas la confronter à des situations difficiles à assumer : angoisse 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 *et al.*, 1993). Les savoirs erronés concernant les modes de transmission suscitent des perceptions de la maladie et des craintes qui sont préjudiciables pour les relations familiales et peuvent jeter le discrédit sur le malade et sa famille, avec toutes les conséquences qui s'ensuivent : rupture, rejet, répudiation, abandon des enfants. La réaction familiale sera fonction de la "familiarité" avec la maladie, du niveau économique du ménage mais également des charges qu'elle représente : 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 à ses capacités à 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 Marc-Éric Gruénais (1994), à partir d'études réaliséesmenées au Congo sur ce sujet, diverge : "*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 cependant dans bien des cas importante, tant du point de vue affectif que financier (Poaty, 1994), surtout au moment du décès. Elle émane essentiellement des parents proches et

[2] Ce qui n'est pas, de la part des médecins, systématique (Collignon, Gruénais et Vidal, 1995).

surtout des femmes (épouses, mères, tantes ou sœurs) auxquelles les soins aux malades, tout comme les tâches domestiques (Keogh *et al.*, 1994), sont traditionnellement dévolus.

Avec l'apparition du sida, le système du lévirat est lui aussi remis en question. En Ouganda, cette pratique a été dénoncée et son abandon suggéré car elle peut "*propager le virus à travers l'ensemble de la famille étendue*" (Hunter, 1990). Au Mali également, certains médecins la considèrent comme "*une coutume dangereuse... (car) la famille va continuer à être endeuillée*" (Le Palec, 1995). Pourtant le lévirat pourrait, selon Annie 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*". À travers ce système, les femmes peuvent maintenir leur insertion dans le réseau familial et bénéficier de son soutien. En effet, bien souvent, outre le traumatisme émotionnel lié à la disparition de leur conjoint, elles se trouvent parfois après le décès de leur mari dans des situations économiques précaires n'ayant peu ou plus accès aux moyens de production et aux sources de revenus (Danziger, 1994), les procédures d'héritage 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, cette question est l'une des conséquences familiales du sida le plus fréquemment décrite, surtout dans des pays de forte prévalence tels l'Ouganda et la Tanzanie. La notion d'orphelin doit être relativisée car elle ne recouvre pas toujours les mêmes réalités selon les études[3] : ces différentes situations ont des conséquences sur la prise en charge économique et sociale de ces enfants, qui n'ont pas tous les mêmes besoins. 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 des maladies à caractère souvent létal mais aussi l'importance de certains phénomènes tels les guerres, les sécheresses et les 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 (Obbo, 1993). La prise en charge de ces enfants par la famille reste pratique courante comme ont pu le constater Tony Barnett et Piers Blaikie (1992) et ce rôle 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

3 Sont considérés comme orphelins les enfants de moins de 15, 18 ou 20 ans, ayant perdu, un ou leurs deux parents : en Ouganda, un orphelin est un enfant de moins de 18 ans qui a perdu au moins un de ses parents, et Hunter (1990) estime pour le district de Rakaï en 1989 que 12,8 % des enfants sont "orphelins" que parmi eux 23 % ont perdu leurs deux parents.

plusieurs pays des structures se mettent en place pour pallier ces difficultés : orphelinat, familles d'accueil...

d) Des économies familiales fragilisées

Le sida intervient dans un contexte où les économies familiales sont fragilisées par la crise économique, les plans d'ajustement structurels et la récente dévaluation du franc CFA 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 été largement décrites au niveau des économies locales et nationales pour le secteur agricole, notamment en Ouganda, en Zambie et au Rwanda (Barnett, 1994 ; Foster, 1993 ; Gillespie, 1989) mais aussi sur le secteur industriel, notamment le secteur minier en Afrique centrale et australe (Nkowane, 1988), et le secteur privé en Côte-d'Ivoire (Chevallier, 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 également 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 de 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[4], et confrontées 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 dans la famille, des individus qui pourront bénéficier des soins tel que McGrath *et al.* (1993) ont pu le constater au Zaïre, soit en un refus d'engager de telles dépenses, comme a pu le noter Marc-Éric 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 Jean-Paul Poaty (1994), toujours au Congo, qui a pu remarquer que "*la modicité des moyens financiers de la famille force souvent les parents à attendre la solidarité africaine*

[4] 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.

qui n'agira que le jour du décès". Le coût des funérailles constitue pour les familles une charge financière importante. Ainsi Jean-Paul Poaty (1994) mentionne qu'au Congo "*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 en terme de temps consacré comme en terme financier, leur fréquence répétée obligeant à un réaménagement de ces pratiques (Barnett et Blaikie, 1992).

Une des conséquences sur les budgets familiaux est une diminution de certains postes de dépenses : alimentaires, vestimentaires ou scolaires (amenant à une déscolarisation précoce des enfants) et des possibilités d'épargne du ménage (Barnett et Blaikie, 1992 ; Danziger, 1994). Ces problèmes de subsistance se manifestent souvent avec une plus grande acuité pour les femmes et les enfants. En effet, en cas de décès du mari, celles-ci 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 ; elle est ainsi contrainte de retourner avec ses enfants dans sa famille d'origine (Foster, 1993). Par contre, Tony Barnett et Piers Blaikie (1992) ont montré que lorsque ces veuves vivent à proximité de leurs beaux-frères, elles bénéficient d'une aide minimale, et peuvent parfois rester dans leur maison. Certaines vont toutefois migrer vers la ville, se remarier ou retourner dans leur famille d'origine.

Dans les ménages agricoles, la diminution de la productivité peut amputer les revenus, ce qui va limiter la capacité de recrutement de main-d'œuvre extérieure et donc entraîner un recentrage sur la main-d'œuvre familiale, en particulier celle des enfants, motif supplémentaire d'une déscolarisation précoce. La disponibilité en main-d'œuvre familiale est, dans le même temps, amoindrie par la diminution ou la cessation d'activité du malade ou de ceux qui le soignent. Ce changement dans le recrutement et la disponibilité de la main-d'œuvre peut entraîner, comme l'ont montré Tony Barnett et Piers Blaikie (1992), le passage d'une production basée sur les cultures de rente à 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 productivité et craindre, à terme, un moindre contrôle sur l'écosystème ; il y a là un risque de résurgence de certaines maladies, notamment la trypanosomiase (Hanson, 1992), et de multiplication des jachères. À travers cette baisse de la production agricole, se pose le problème de la sécurité alimentaire, que ce soit au niveau des ménages, au Rwanda (Gillespie, 1989), ou au niveau national (Brown *et al.*, 1994).

Cette brève revue des conséquences du sida illustre les conséquences de la maladie sur l'économie des familles et plus généralement sur leur bien-être :

éléments que nous allons discuter à la lumière de données recueillies en Côte-d'Ivoire.

2. Le devenir de familles affectées par le sida en Côte-d'Ivoire

a) Objectif et méthodologie de l'enquête[5]

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, et une enquête de séroprévalence auprès des femmes enceintes en zone urbaine révèle un taux de 16,2 % en 1992 (PNLS, 1994). Cette recherche longitudinale portant sur un suivi de 120 familles 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, afin de pouvoir orienter des politiques de soutien aux familles affectées. Une approche pluridisciplinaire, articulant les approches sociologique, démographique et économique, a été privilégiée.

Nous présenterons tout d'abord l'évolution de la structure des ménages, le rôle et le statut des membres du ménage et l'importance des solidarités familiales et sociales.

b) La structure des ménages et son évolution dans le temps

La structure des ménages a été reconstituée à partir des liens de parenté exprimés par rapport au malade et non au chef de ménage comme cela est traditionnellement fait. Dans les trois-quarts des cas, le malade ou son conjoint est le chef de ménage. Cette structure est variée, une typologie en cinq groupes a été définie :

---

[5] Cette enquête a été 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'Économie 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 Nathalie Bechu et Bi Tah Nguessan pour la coordination de l'enquête sur le terrain et leur participation à l'analyse des données présentées ici. Pour plus de détail sur la méthodologie de l'enquête, voir Bechu *et al.*, 1995.

- les familles nucléaires simples composées du malade, de son conjoint et leurs enfants ;
- les familles nucléaires avec composants périphériques, c'est-à-dire avec des ascendants ou des collatéraux du malade ou des individus sans parenté avec le malade ; dans ces deux types de familles, le malade ou son conjoint est toujours le chef de ménage ;
- les familles monoparentales simples, où le malade ou le conjoint du malade décédé, est toujours le chef de ménage ;
- les familles "monoparentales avec 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 premier 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 familles, c'est-à-dire des familles composées du malade ou de couples sans enfants biologiques, qui vivent avec des personnes apparentées ou non, ou d'enfants biologiques du malade qui vivent seuls ou avec des personnes apparentées ou non apparentées.

L'analyse de cette typologie familiale au début de l'observation et après un an de suivi révèle un certain nombre de changements dans la composition des familles dus au départ ou à l'arrivée d'individus dans le ménage, mais surtout à des décès et à des ruptures d'unions. L'importance des changements affecte différemment les types de familles. Le modèle nucléaire simple ou avec composants périphériques caractérise plus de la moitié des familles en début d'observation (55 %) mais seulement un tiers au sixième passage où le modèle monoparental domine (42 % des familles) (figure 1).

Les évolutions de ces structures familiales divergent selon le devenir du malade. Le décès du malade (24 cas durant la période) est bien évidemment l'une des causes de leur évolution. Elle se traduit essentiellement par le glissement d'un modèle nucléaire vers un modèle monoparental simple (22 % des cas) ou monoparental avec composants périphériques dans un tiers des cas, mais aussi d'une transformation de l'un de ces deux modèles, vers une situation où les familles sont composées d'enfants du malade vivants seuls ou avec d'autres parents. 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.

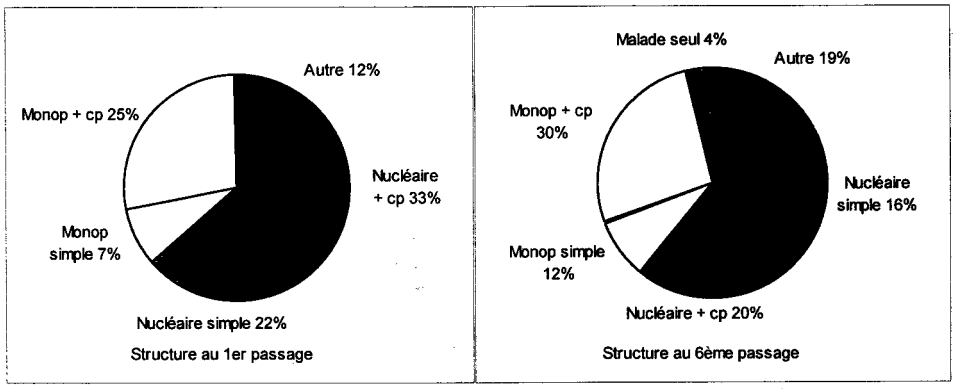

Figure 1. Typologie familiale aux premier et sixième passages
(ensemble des malades – 107 cas)

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, puisqu'elles sont liées essentiellement à des changements de situations matrimoniales et au départ des composants périphériques. En début d'observation, la structure dominante est la famille nucléaire, simple ou avec composants périphériques, qui regroupe plus de la moitié (57 %) des familles observées. À ce stade, la majorité des hommes malades vivent dans des familles nucléaires simples ou avec composants périphériques (30 et 43 %) alors qu'un peu plus d'un tiers des femmes seulement (respectivement 18 et 21 %) résident dans des familles de ce type (figure 2 et 3). Ces familles n'évoluent pas de la même façon selon que le malade est une homme ou une femme. Ces différences renvoient à des situations matrimoniales contrastées : en début d'observation, la moitié des femmes seulement sont en union, alors que la presque totalité des hommes (93 %) le sont.

Le modèle de la famille nucléaire avec composants périphériques (figure 3) subit plus de changements quand le malade est un homme : 63 % de ménages seulement restent 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, caractéristique *a priori* d'une cohésion familiale plus forte. Par contre, la situation est différente pour les familles nucléaires simples, le modèle restant plus stable quand le malade est un homme (77 % de familles stables au lieu de 50 % pour les femmes) ; les évolutions sont essentiellement liées à des ruptures d'union par séparation ou veuvage.

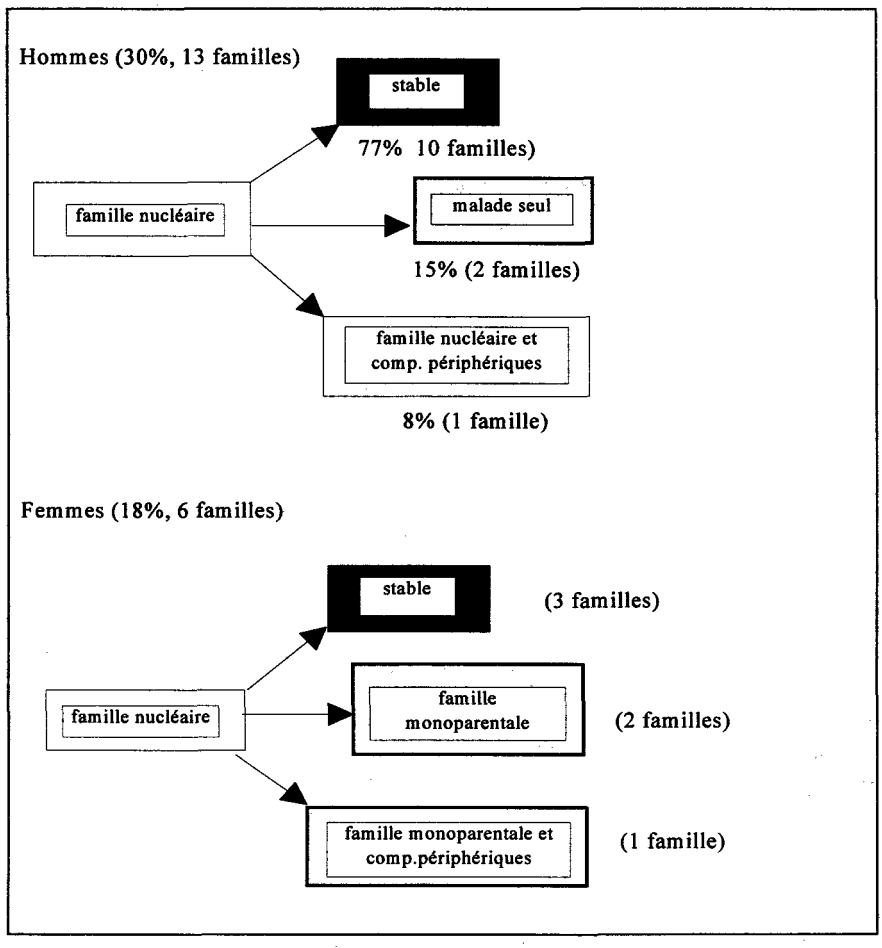

Figure 2. Évolution de la structure des familles nucléaires entre le premier et le sixième passage
(malades présents au sixième passage)

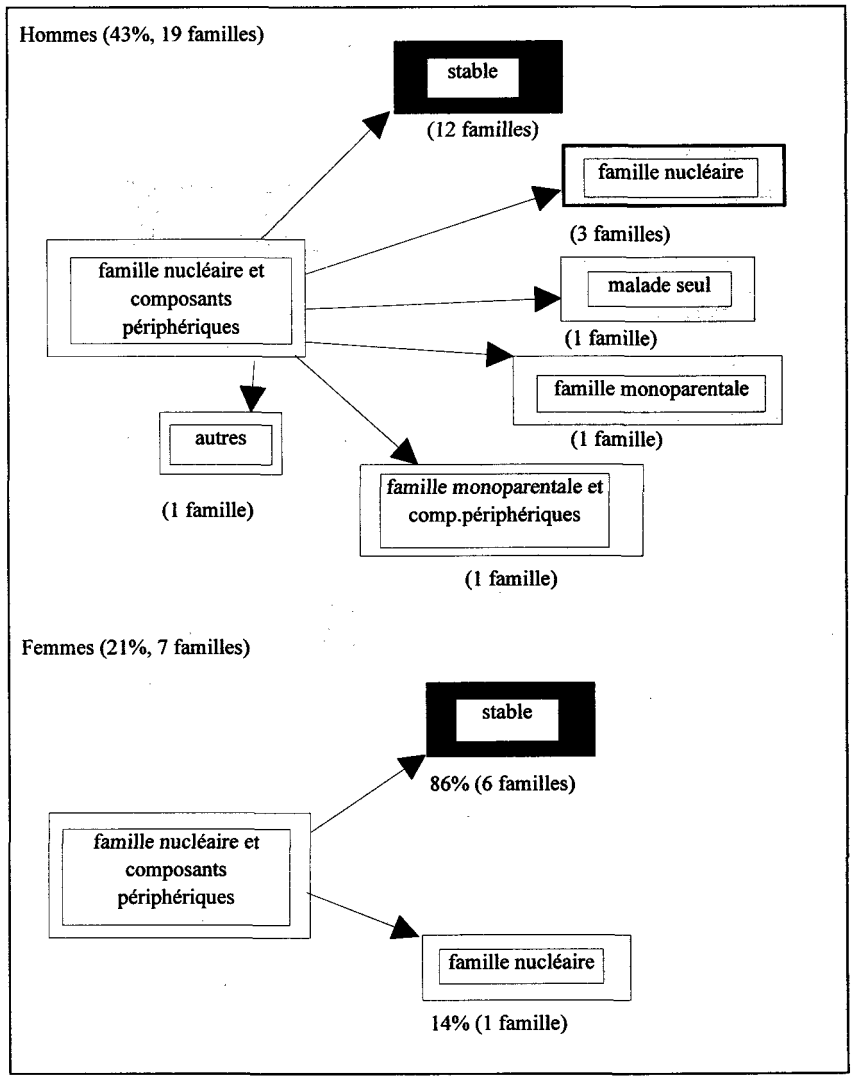

Figure 3. Évolution de la structure des familles nucléaires avec composants périphériques entre le premier et le sixième passage

L'évolution des familles monoparentales (figure 4), dans lesquelles une majorité de femmes vit au premier passage (53 % au lieu de 16 % pour les hommes), est plus limitée : ces différences renvoient à des situations matrimoniales contrastées. Les familles monoparentales avec composants périphériques (28 % des familles au premier passage) représentent un modèle plus stable que le modèle nucléaire puisque 88 % et 80 % pour les hommes et les femmes ne subissent aucun changement. Ce modèle devient dominant au sixième passage où il représente 30 %

des ménages, et la transition vers cet état répond essentiellement à la perte de conjoint dans les familles nucléaires, par décès ou séparation.

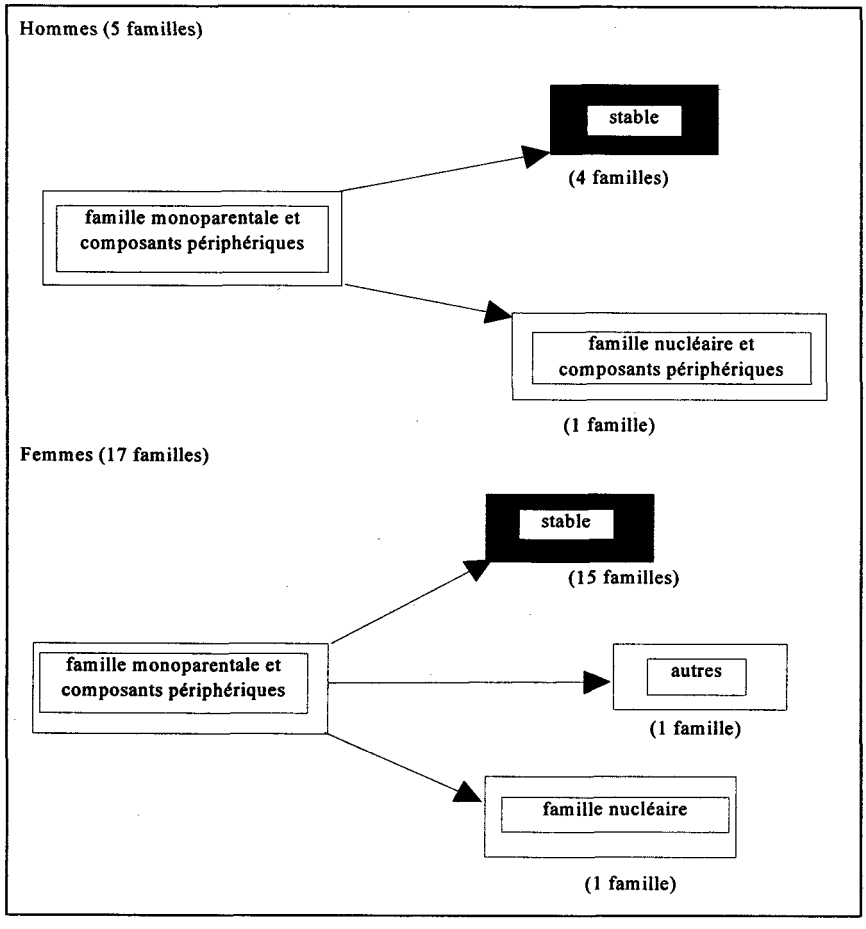

Figure 4. Évolution de la structure des familles monoparentales entre le premier et le sixième passage
(malades présents au 6ème passage)

c) Instabilité matrimoniale et cohésion familiale différente selon le sexe du malade

Les évolutions dues à un changement d'état matrimonial affectent davantage les femmes que les hommes. 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. Kevin De Cock *et al.* (1991) ont ainsi observé, 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. Entre les deux observations, des séparations conjugales affectent 4,5 % des hommes et 9 % des femmes, et 2 % des hommes et 9 % des femmes perdent leur conjoint. Elles se traduisent en fin de période par une augmentation du nombre de familles monoparentales, mais aussi de celles composées de personnes apparentées ou non et éventuellement du malade (9 %). Une dernière catégorie de famille apparaît dans une proportion non négligeable, signe d'un affaiblissement des solidarités familiales : il s'agit de malades vivant seuls (5 %).

Les séparations conjugales sont plus fréquentes lorsque le malade est une femme et que son état de santé se dégrade : 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 dans les récits de vie[6] : "*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 amène à des rejets. Les femmes les moins exposées à cette déstructuration familiale sont celles qui vivent dans des ménages, de type monoparental ou nucléaire, où des composants périphériques sont présents. 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 qui les abrite semble plus forte.

Cette présence d'autres personnes dans le ménage est un élément stabilisant du cadre familial, mais elle joue également un rôle important dans le domaine économique et pour la prise en charge des enfants.

d) Rôle et statut des membres du ménage

La variété des structures familiales correspond à une présence différente des enfants biologiques comme des enfants confiés mais aussi des personnes âgées, des autres parents et des individus sans parenté avec le malade, ce qui a bien évidemment des répercussions sur la taille des ménages (tableau 1). Celle-ci oscille entre 2 et 9 personnes (en début d'observation) et reste relativement stable sur la

6 Les citations en italiques sont issues des récits de vie recueillis lors de l'enquête.

période ; elle est toujours plus élevée dans le modèle nucléaire (environ 5 personnes pour le modèle simple et 9 pour celui avec composants périphériques), où résident des enfants biologiques que dans le modèle monoparental (respectivement de 2 et 7 individus). La proportion des familles nucléaires qui accueillent des enfants confiés est beaucoup plus importante que celle des familles monoparentales (77 % contre 41 %).

Tableau 1. Indicateurs de la composition des familles aux premier (P1) et sixième (P6) passages

Indicateurs	Famille nucléaire simple		Famille nucléaire + c. p.		Famille mono parentale simple		Famille mono parentale + c. p.	
	P1	P6	P1	P6	P1	P6	P1	P6
Nombre moyen d'enfants								
- biologiques	3	3.5	4	4	1	1	2	2
- confiés	-	-	1,5	1	-	-	1	1
Taille moyenne du ménage	5,1	5,6	8,7	8,3	2,0	2,0	7,1	7,3
Proportion (%) 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
Ensemble (%)	24	22	33	26	4	9	28	30

La position économique et sociale des enfants biologiques et des enfants confiés est différente dans ces familles. Les enfants confiés sont sous-scolarisés par rapport aux enfants biologiques (50 % au lieu de 78 %, au premier passage), surtout dans les familles monoparentales. Par ailleurs, leur taux de scolarisation diminue entre le premier et le sixième passage, particulièrement dans les familles nucléaires. Cette sous-scolarisation peut sembler surprenante dans la mesure où le placement des enfants est 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 qui sont généralement moins scolarisées que les garçons. En revanche, elles participent davantage aux activités domestiques, situation déjà observée à la fin des années 1970 pour les jeunes filles confiées à Abidjan (Antoine et Guillaume, 1986). Le niveau de scolarisation des enfants biologiques, stable sur la période, laisse 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 avec les familles nucléaires. En revanche, les individus sans parenté, peu nombreux dans les familles monoparentales, se retrouvent dans 15 % des familles nucléaires. Les "autres parents" (frères, sœurs, neveux...) sont présents dans la majorité des familles, quel que soit leur type (65 % à 70 %).

Les individus présents dans les ménages ne sont pas tous à la charge du malade, certains participent activement à la vie économique du ménage. Leur présence est importante, car ainsi les revenus des ménages ne dépendent pas exclusivement de ceux du malade : dépendance lourde de conséquence puisque la maladie implique de fréquentes cessations d'activité. Ainsi, durant l'année d'observation, 42 % des malades qui exerçaient une activité professionnelle ont dû l'interrompre temporairement ou définitivement à cause de la maladie. Plus de la moitié des aînés exercent une activité professionnelle et près d'un quart une activité domestique. Dans les ménages nucléaires, les "autres parents" sont nombreux à exercer une activité professionnelle (63 % au lieu de 29 % dans les familles monoparentales). Les individus "sans parenté" sont producteurs autant que consommateurs.

Plus d'un tiers des ménages (37 %) 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 du malade et 23 % n'en perçoivent aucun. À la fin de l'enquête, 5 % des ménages sont dans cette situation et ne disposent d'aucune autre source de revenu monétaire ; constat inquiétant mais peut-être transitoire puisqu'une proportion identique 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, etc.) dont il peut bénéficier. 18 % des ménages déclarent ne survivre que grâce à des transferts monétaires en provenance de la famille. Cette dépendance est encore plus marquée dans les ménages où le malade est déjà décédé ; un tiers d'entre eux en dépendent totalement.

La fréquence des ménages qui dépendent des seuls revenus du malade ou des transferts familiaux soulève de nombreuses questions quant à leur avenir, surtout ceux d'entre eux qui abritent de nombreux individus inactifs, en particulier des enfants.

e) Un changement de vie important pour les enfants

À Abidjan, les difficultés rencontrées par les enfants sont particulièrement ressenties : dans 2 % des familles suivies, les enfants sont déjà orphelins de père et mère et dans 31 % des cas l'un de leurs parents est décédé, la probabilité que leur autre parent soit contaminé étant élevée. D'autre part, 40 % de ces parents isolés assurent aussi, au moins partiellement, la prise en charge financière de certains de leurs enfants déjà confiés à l'extérieur.

La situation des enfants orphelins d'au moins un de leur parents est préoccupante : si plus de la moitié d'entre eux vivent dans des familles monoparentales avec composants périphériques (52 %), les autres se retrouvent en revanche seuls avec leur parent survivant ou ne résident déjà plus avec lui.

Dans la majorité de ces familles monoparentales avec composants périphériques (53 %), un adulte (grand-parent, oncle et tante) ou un adulte n'appartenant pas à la famille est susceptible de prendre en charge ces enfants en cas de décès du parent. En revanche, pour les autres (47 %) le devenir des enfants risque d'être beaucoup plus aléatoire puisqu'ils ne vivent qu'avec un seul parent et des enfants confiés à ce parent isolé.

Globalement, ces familles où vivent des enfants orphelins d'au moins un parent sont dans des situations économiques difficiles. En effet, leur capacité productive est réduite car leur nombre d'individus actifs y est limité : 27 % n'ont aucun actif et 45 % en ont un seulement (qui dans 12 % des cas est le malade). Les revenus de ces ménages sont donc précaires et les transferts familiaux prennent toute leur importance (pour 36 % des ménages, ils sont la principale source des revenus).

Quant aux enfants qui ne résident plus avec leur dernier parent, la dépendance économique est aussi très forte puisque la moitié vivent dans des ménages sans aucun actif et 37 % dépendent d'un seul revenu professionnel. La dégradation des conditions de vie des enfants conduit à leur implication précoce dans les activités productives ; tel est le cas de cette famille dans une situation extrême où "*l'aîné des orphelins devient le chef de famille, va travailler aux champs et prend une activité secondaire avec l'aide des ses frères et sœurs les 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 dont la capacité productive repose sur un nombre limité de personnes, et 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 au travers de 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 partent*

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".

f) 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, par crainte des réactions, l'annonce à la famille (en particulier au conjoint) n'est pas systématiquement faite par les malades ; certains 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 citations illustrent bien les difficultés que les malades éprouvent dans leurs relations avec l'entourage mais aussi pour solliciter de l'aide.

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 paramédical). 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) les mentionnent, vient ensuite la communauté, puis le voisinage (tableau 2). Mais cette préférence 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, excepté les familles monoparentales simples pour lesquelles le recours aux différentes sources reste équivalent entre les deux périodes. 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.

Tableau 2. Provenance souhaitée des aides (%) aux premier et sixième passages selon le type de ménage du malade
(malade présent au sixième passage)

Typologie familiale	Recours à la famille		Recours aux voisins		Recours à la communauté	
	P1	P6	P1	P6	P1	P6
- famille nucléaire	77	53	53	41	17	41
- famille nucléaire + composants périphériques	62	43	14	19	29	43
- famille monoparentale	54	54	15	15	46	46
- famille monoparentale + composants périphériques	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

L'adhésion à des associations (tableau 3) révèle le degré d'insertion à divers réseaux sociaux : associations villageoises, religieuses ou autres (anciens élèves, professionnelles, sportives, syndicats, etc.). L'appartenance aux associations villageoises est la plus répandue et elle est plus marquée pour l'ensemble des familles nucléaires, signe d'une plus grande volonté d'intégration dans le groupe d'origine. Ces familles sont également plus nombreuses à adhérer à plusieurs types d'organisation, ce qui révèle une meilleure intégration sociale. Un recours plus marqué aux associations religieuses se dessine nettement pour les familles nucléaires et monoparentales avec composants périphériques. Ces associations apportent une aide conséquente aux malades, non seulement sur le plan psychologique, mais aussi financier *"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"*. Fonctionnant sur un mode caritatif, elles prennent le relais dans le soutien aux malades et à leurs familles. Parmi les nouvelles formes de solidarités, le développement d'associations de conseil et de 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 du sida soucieuses de pouvoir *"rencontrer et discuter avec d'autres malades et s'encourager mutuellement"*.

Tableau 3. Participation aux premier et sixième passages à des associations selon le type de ménage du malade
(malade présent au sixième passage)

Typologie familiale	Association villageoise		Association religieuse		Autres associations	
	P1	P6	P1	P6	P1	P6
- famille nucléaire	59	59	59	59	24	24
- famille nucléaire + composants périphériques	60	65	25	30	20	20
- famille monoparentale	29	29	14	14	0	0
- famille monoparentale + composants périphériques	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

Conclusion

L'épidémie du sida intervient dans un contexte où les structures familiales sont en pleine évolution du fait de l'urbanisation et de la crise économique, et son apparition accentue cette transformation. 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 en Côte-d'Ivoire les résultats présentés attestent de l'ampleur de ces modifications sur le devenir de familles affectées et les besoins qu'elles ressentent.

Les ménages connaissent des évolutions non négligeables, essentiellement dans le sens d'une déstructuration familiale, 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 femmes et les enfants sont les plus affectés par les conséquences de la maladie. Les femmes se trouvent doublement exposées car, d'une part, elles sont plus nombreuses à être "parents isolés" avec des revenus propres limités, donc fortement dépendantes des autres membres du ménage ou de la famille élargie ; d'autre part, lorsqu'elles sont mariées, elles sont également plus exposées que les hommes aux ruptures d'union et au veuvage qui entraînent une précarité de leur condition économique et de la prise en charge de leurs enfants. Les enfants se trouvent eux aussi doublement exposés, aux difficultés psychologiques dues à la maladie et au décès de leur(s) parent(s), mais aussi aux difficultés que rencontrent les adultes avec qui ils résident. En effet, la situation économique des ménages où vivent ces enfants déjà orphelins d'au moins un de leurs deux parents est préoccupante. Leur survie dépend trop souvent du revenu du malade qui risque de

cesser rapidement son activité, ou des transferts familiaux, susceptibles de s'amoindrir au fil du temps du fait des problèmes de revenu que rencontrent les familles et de la forte sollicitation dont elles font l'objet.

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 d'aide et que d'autres réseaux soient sollicités pour combler ses lacunes. Le souhait d'un soutien de la communauté, d'amis et de diverses associations en est une illustration : la conviction que la famille est le lieu de résolution de tous les problèmes s'estompe. L'apparition du sida précipite cette prise de conscience. Au titre des réseaux d'entraide, la création d'associations de soutien aux malades répond à des besoins supplémentaires d'appui pour eux et leur entourage. Ces associations répondent dans un premier temps aux difficultés psychologiques liées au traumatisme de l'annonce du statut sérologique qui, trop souvent, ne peut être partagé ni avec le conjoint ni avec la famille, ce qui 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, car l'impossibilité d'honorer leurs obligations est certainement l'un des freins à la sollicitation des réseaux traditionnels de solidarité.

Références bibliographiques

ANKRAH EM, 1991. – "AIDS and the social side of health", *Social Science and Medicine,* vol. 32, n° 9, p. 967-980.

ANTOINE Philippe et GUILLAUME Agnès, 1986. – *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, p. 289-297.

BARNETT Tony et BLAIKIE Piers, 1992. – *AIDS in Africa : its present and future impact.* – London, Belhaven Press, 193 p.

BARNETT Tony, 1994. – *The effects of HIV/AIDS on farming systems and rural livelihoods in Uganda, Tanzania and Zambia.* – TSS/1 Project, RAF/92/TO/A, *FAO.*

BECHU Nathalie, CHEVALLIER Éric, GUILLAUME Agnès et BI TAH N'Guessan, 1995. – "Les conséquences socio-économiques du sida dans les familles africaines (Burundi et Côte-d'Ivoire). Premiers jalons, premières réflexions", *in :* DOZON Jean-pierre, VIDAL Laurent (éds.). *Les sciences sociales face au sida, cas africains autour de l'exemple ivoirien.* (Atelier de Bingerville (Côte-d'Ivoire), 15-17 mars 1993, G.I.D.I.S. - C.I., O.R.S.T.O.M., Comité Sciences Sociales et sida. Collection Colloques et Séminaires). – Paris, ORSTOM, p. 219-233.

BROWN LR, WEBB P, HADDAD L., 1994. – The role of labour in household food security: implications of AIDS in Africa. *Food Policy* vol. 19, n° 6.

CAMPBELL ID et WILLIAMS G., 1990. – "AIDS management : an integrated approach Strategies for Hope", *Actionaid, Amref and World in Need,* n° 3.

CHEVALLIER Évelyne, 1994. – Enquête en Côte-d'Ivoire : sida et entreprises, *in : Impact du sida dans le secteur privé 1er Volet.* – Impact sida et Entreprises, 124 p.

COLLIGNON René, GRUÉNAIS Marc-Éric et VIDAL Laurent, 1994. – "L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique", *Psychopathologie africaine*, vol. XXVI, n° 2, 291 p.

DANZIGER R, 1994. – "The social impact of HIV/AIDS in developing countries", *Social Science and Medicine,* vol. 39, n° 7, p. 905-917.

DE COCK Kevin *et al.,* 1991. – "Mortality trends in Abidjan, Côte-d'Ivoire 1983-1988". *Aids,* april 1991, p. 393-398.

DOZON Jean-Pierre et GUILLAUME Agnès, 1994. – "Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du sida", *in :* Jacques VALLIN, (éd.), *Populations africaines et sida.* – Paris, (collection recherche). La Découverte / CEPED, p. 179-223.

FOSTER Susan, 1993. – "Maize production, drought and AIDS", *in :* Monze District, Zambia. *Health Policy Planning*, n° 8, p. 247-254.

GARENNE Michel, MADISON Maria, TARANTOLA Daniel, ZANOU Benjamin et DOGORE Raymond, 1995. – *Conséquences démographiques du sida en Abidjan, 1986-1992.* – Paris, Les études du CEPED, n° 10, 198 p.

GHYS P.D., DIALLO M.O., ETTIEGNE-TRAORE V. *et al.*, 1995. – "Dual seroreactivity to HIV1 and HIV2 in female sexworkers in Abidjan. *AIDS"*, vol. 9, n° 8, p. 955-958.

GILLESPIE S., 1989. – "Potential impact of AIDS on farming systems : a case study from Rwanda", *Land Use Policy,* vol. 6, n° 4, p. 301-312.

GRUÉNAIS Marc-Éric, 1995. – "Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité au Congo", *in :* DOZON Jean-Pierre et VIDAL Laurent (éds.), *Les sciences sociales face au sida, cas africains autour de l'exemple ivoirien*". – GI.DIS/CI/ORSTOM, Comité Sciences Sociales et Sida, Edition de l'ORSTOM, 1995, p. 167-173, (Atelier de Bingerville (Côte-d'Ivoire), 15-17 mars 1993).

GRUÉNAIS Marc-Éric, 1994. – Qui informer au Congo : Malades, familles, tradipraticiens, religieux, *in :* COLLIGNON René, GRUENAIS Marc-Eric., VIDAL Laurent *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique*. Psychopathologie africaine, 1994, Vol. XXVI, n° 2, p. 189-210.

HANSON K, 1992. – *The economic impact of AIDS : an assessment of the available evidence. Health Economics and Financing Programme.* – London School of Hygiene and Tropical Medicine.

HUNTER S., 1990. – "Orphans as a window on the AIDS epidemic in Sub-Saharan : Africa initial results and implications of a study in Uganda", *Social Science and Medicine,* vol. 31, n° 6, p. 681-690.

KADDAR Miloud, 1994. – "F. CFA - Dévaluation et santé : le choc d'hier... les choix d'aujourd'hui", *Cahiers de santé*, AUPELF/UREF, vol. 4, n° 1, janvier-février 1994, p. 7-8

KEOGH P, ALLEN Susan, ALMEDA C. et TEMAHAGILI B., 1994. – "The social impact of HIV infection on women in Kigali, a prospective study", *Social Science and Medicine*, vol. 8, p. 1047-1053.

LE PALEC Annie, 1994. – "Bamako, taire le sida", *in :* COLLIGNON René, GRUÉNAIS Marc-Éric, VIDAL Laurent, *"L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique". Psychopathologie africaine*, vol. XXVI, n° 2, p. 211-234.

MCGRATH Janet W., ANKRAH E.M., SCHUMANN D.A., NKUMBI S., LUBEKA M., 1993. – "AIDS and the urban family : its impact in Kampala, Uganda", *AIDS Care*, n° 5, p. 55-70.

NELSON Ann Marie, HASSIG S.E., KAYEMBE M. *et al.,* 1991. – "HIV-1 seropositivity and mortality at University Hospital, Kinshasa, Zaire, 1987", *AIDS*, n° 5, p. 583-586.

NICOLL A., TIMAEUS I., KIGADYE R.M. *et al.*, 1994. – "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*, n° 8, p. 995-1005.

NKOWANE M., 1988. – "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. et MANN J. (éds), *The global Impact of AIDS,* , Alan R. Liss. – New York, p. 155-160.

NUNN A., WAGNER H.U., KAMALI A. *et al.,* 1995. – "Migration and HIV-1 seroprevalence in rural Ugandan population", *AIDS*, n° 9, p. 503-506.

OBBO Christine, 1993. – "La situation difficile des orphelins du sida", *in : Sociétés d'Afrique et sida,* n°2, octobre 1993, p. 8-9.

POATY Jean Paul, 1994. – *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 malades du sida au Congo. Action Incitative ORSTOM Sciences Sociales et Sida. Rapport final, *in :* GRUÉNAIS Marc Eric (éds) *et al.*. – Paris, 19 p.

Programme National de Lutte contre le Sida de Côte-d'Ivoire (PNLS), 1994. – *Plan stratégique du programme national de lutte contre le sida en Côte-d'Ivoire 1994-1998.* – Côte-d'Ivoire, 39 p.

RWEGERA Damien, 1995. – "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 Janet, KAJURA E. *et al.,* 1993. – "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), p. 117-122.

SENTONGO R., SHARPE U., NANTEZA C., 1994. – *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, 1994. – *Population Trends.* – Uganda, Washington, US Bureau of the Census.

VALLIN Jacques, 1994. – *Réflexions sur l'avenir de la population mondiale.* – Paris, CEPED, 28 p., (*Les Dossiers du CEPED* n° 26).

Les Études du Ceped n° 15

Sous la direction de

Marc PILON
Thérèse LOCOH
Émilien VIGNIKIN
Patrice VIMARD

MÉNAGES ET FAMILLES EN AFRIQUE

Approches des dynamiques contemporaines

CePeD

ENSEA INS ORSTOM URD

1997