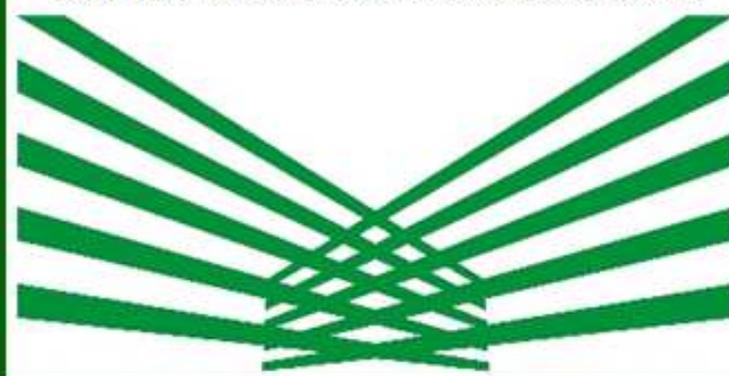


PERSPECTIVES PHILOSOPHIQUES

REVUE IVOIRIENNE DE PHILOSOPHIE ET DE SCIENCES HUMAINES



Volume V - Numéro 9

Juin 2015

ISSN : 2313-7908

PERSPECTIVES PHILOSOPHIQUES

Revue Ivoirienne de Philosophie et de Sciences Humaines

Directeur de Publication : Prof. Doh Ludovic FIÉ

Boîte postale : 01 BP V18 ABIDJAN 01

Tél : (+225) 03 01 08 85

(+225) 03 47 11 75

(+225) 01 83 41 83

E-mail : administration@perspectivesphilosophiques.net

Site internet : [http:// perspectivesphilosophiques.net](http://perspectivesphilosophiques.net)

ISSN : 2313-7908

Perspectives Philosophiques n°009, Premier semestre 2015

Directeur de publication : **Prof. Doh Ludovic FIÉ**, Professeur des Universités
Rédacteur en chef : **M. N'dri Marcel KOUASSI**, Maître de Conférences
Rédacteur en chef adjoint : **M. Assouma BAMBA**, Maître de Conférences
Secrétaire de rédaction : **Dr Blé Silvère KOUAHO**, Maître-Assistant

COMITÉ DE REDACTION

: **M. Abou SANGARÉ**, Maître de Conférences
: **M. Donissongui SORO**, Maître de Conférences
: **M. Kouassi Edmond YAO**, Maître de Conférences
: **Dr Alexis KOFFI KOFFI**, Maître-Assistant
: **Dr Kouma YOUSOUF**, Maître-Assistant
: **Dr Lucien BIAGNÉ**, Maître-Assistant
: **Dr Nicolas Kolotioloma YEO**, Maître-Assistant
: **Dr Steven BROU**, Maître-Assistant

Trésorier : **Dr Grégoire TRAORÉ**, Maître-Assistant
Responsable de la diffusion : **M. Antoine KOUAKOU**, Maître de Conférences

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Prof. Aka Landry KOMÉANAN, Professeur des Universités, Philosophie politique, Université Alassane OUATTARA
M. Antoine KOUAKOU, Maître de Conférences, Métaphysique et Éthique, Université Alassane OUATTARA
Prof. Ayénon Ignace YAPI, Professeur des Universités, Histoire et Philosophie des sciences, Université Alassane OUATTARA
Prof. Azoumana OUATTARA, Professeur des Universités, Philosophie politique, Université Alassane OUATTARA
Prof. Catherine COLLOBERT, Professeur des Universités, Philosophie Antique, Université d'Ottawa
Prof. Daniel TANGUAY, Professeur des Universités, Philosophie Politique et Sociale, Université d'Ottawa
Prof. David Musa SORO, Professeur des Universités, Philosophie ancienne, Université Alassane OUATTARA
Prof. Doh Ludovic FIÉ, Professeur des Universités, Théorie critique et Philosophie de l'art, Université Alassane OUATTARA
Prof. Henri BAH, Professeur des Universités, Métaphysique et Droits de l'Homme, Université Alassane OUATTARA
Prof. Issiaka-P. Latoundji LALEYE, Professeur des Universités, Épistémologie et Anthropologie, Université Gaston Berger, Sénégal
Prof. Jean Gobert TANOÛH, Professeur des Universités, Métaphysique et Théologie, Université Alassane OUATTARA
M. Kouassi Edmond YAO, Maître de Conférences, Philosophie politique et sociale, Université Alassane OUATTARA
Prof. Lazare Marcellin POAMÉ, Professeur des Universités, Bioéthique et Éthique des Technologies, Université Alassane OUATTARA
Prof. Mahamadé SAVADOGO, Professeur des universités, Philosophie morale et politique, Histoire de la Philosophie moderne et contemporaine, Université de Ouagadougou
M. N'Dri Marcel KOUASSI, Maître de Conférences, Éthique des Technologies, Université Alassane OUATTARA
Prof. Samba DIAKITÉ, Professeur des Universités, Études africaines, Université Alassane OUATTARA
Prof. Yahot CHRISTOPHE, Professeur des Universités, Métaphysique, Université Alassane OUATTARA

SOMMAIRE

1. La société digitale et les racines de la cybercriminalité, Tiéba KARAMOKO.....	1
2. Lecture spinoziste de l'idéal panafricain de Kwame NKRUMAH, Nathalie DON.....	20
3. De l'idée d'une philosophie africaine à la problématique de l'africanité, Donyo Koffi AGBENOKO	38
4. Système capitaliste et déconstruction de la famille, Django KOUAME.....	50
5. Le fondement kantien des mathématiques, Bernard Yao KOUASSI	64
6. Statut de chef de ménage et a-parentalité au Bénin : les OEV du SIDA en intégration, Gilles Expédit GOHY.....	84
7. La "confucianisation" de l'environnement sociopolitique chinois depuis 1978, un modèle de système politique applicable aux tiers- monde, Irié Severin ZAN BI.....	118
8. Les marchés de Libreville: situation socio-géographique et typologie générale. Pour une application de la méthode d'observation, René Casimir Zoo EYINDANGA.....	136
9. Le renouveau de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Côte d'Ivoire (1992-2008), Tanoh Raphaël BEKOIN.....	158
10. La rhétorique des passions dans le livre biblique de Job, Loukou Fulbert KOFFI.....	179
11. L'emphase dans le récit : une vue de la diaphore et de la PFP dans <i>Eve et L'enfer</i> de Houévi Georgette TOMÈDÉ, N'GUESSAN KOUADIO.....	195
12. Héroïsme épique et représentation de la figure féminine : la femme et le destin de SOUNDJATA dans <i>L'épopée mandingue</i> de Djibril Tamsir NIANE, Jacques Raymond Koffi KOUACOU.....	216
13. Quand l'Afrique voyage, l'Europe se "provincialise". Esquisse d'une historiographie de l'exotisme à rebours dans la littérature viatique africaine, Jean Francis EKOUNGOUN.....	232

LIGNE ÉDITORIALE

L'univers de la recherche ne trouve sa sève nourricière que par l'existence de revues universitaires et scientifiques animées ou alimentées, en général, par les Enseignants-Chercheurs. Le Département de Philosophie de l'Université de Bouaké, conscient de l'exigence de productions scientifiques par lesquelles tout universitaire correspond et répond à l'appel de la pensée, vient corroborer cette évidence avec l'avènement de *Perspectives Philosophiques*. En ce sens, *Perspectives Philosophiques* n'est ni une revue de plus ni une revue en plus dans l'univers des revues universitaires.

Dans le vaste champ des revues en effet, il n'est pas besoin de faire remarquer que chacune d'elles, à partir de son orientation, « cultive » des aspects précis du divers phénoménal conçu comme ensemble de problèmes dont ladite revue a pour tâche essentielle de débattre. Ce faire particulier proposé en constitue la spécificité. Aussi, *Perspectives Philosophiques*, en son lieu de surgissement comme « autre », envisagée dans le monde en sa totalité, ne se justifie-t-elle pas par le souci d'axer la recherche sur la philosophie pour l'élargir aux sciences humaines ?

Comme le suggère son logo, *perspectives philosophiques* met en relief la posture du penseur ayant les mains croisées, et devant faire face à une préoccupation d'ordre géographique, historique, linguistique, littéraire, philosophique, psychologique, sociologique, etc.

Ces préoccupations si nombreuses, symbolisées par une kyrielle de ramifications s'enchevêtrant les unes les autres, montrent ostensiblement l'effectivité d'une interdisciplinarité, d'un décloisonnement des espaces du savoir, gage d'un progrès certain. Ce décloisonnement qui s'inscrit dans une dynamique infinitiste, est marqué par l'ouverture vers un horizon dégagé, clairsemé, vers une perspective comprise non seulement comme capacité du penseur à aborder, sous plusieurs angles, la complexité des questions, des préoccupations à analyser objectivement, mais aussi comme probables

horizons dans la quête effrénée de la vérité qui se dit faussement au singulier parce que réellement plurielle.

Perspectives Philosophiques est une revue du Département de philosophie de l'Université de Bouaké. Revue numérique en français et en anglais, *Perspectives Philosophiques* est conçue comme un outil de diffusion de la production scientifique en philosophie et en sciences humaines. Cette revue universitaire à comité scientifique international, proposant études et débats philosophiques, se veut par ailleurs, lieu de recherche pour une approche transdisciplinaire, de croisements d'idées afin de favoriser le franchissement des frontières. Autrement dit, elle veut œuvrer à l'ouverture des espaces gnoseologiques et cognitifs en posant des passerelles entre différentes régionalités du savoir. C'est ainsi qu'elle met en dialogue les sciences humaines et la réflexion philosophique et entend garantir un pluralisme de points de vues. La revue publie différents articles, essais, comptes rendus de lecture, textes de référence originaux et inédits.

Le comité de rédaction

**STATUT DE CHEF DE MÉNAGE ET A-PARENTALITÉ AU BÉNIN :
LES OEV DU SIDA EN INTÉGRATION**

Gilles Expédit GOHY

Université d'Abomey-Calavi (UAC)

RÉSUMÉ :

*L'Étude sur l'Impact Socioéconomique du VIH/Sida sur l'Éducation et l'Agriculture au Bénin*¹ pointe la vulnérabilité sociale des orphelins et enfants vulnérables (OEV) du sida, en montrant les logiques en intégration dans leurs ménages. Le sida perturbe la scolarité des enfants infectés ou affectés et bouleverse la perception et le statut du chef de ménage dont le schéma traditionnel de spectre dominant est éprouvé par la pandémie. Dans une perte précoce d'identité corrélative à une déstabilisation de repères sociaux, l'OEV voit sa biographie socioprofessionnelle bouleversée. Démuni et de faible pouvoir économique, il est un chef de ménage fragile, donc vulnérable en stratégie de survie, un adapté en intégration, dans l'isolement du manque.

Ce statut de chef de ménage en falsifie la perception, dans des paradigmes mutants à conséquences multiples sur la vie familiale et la constitution de ménages. Réactions de désespoir, les aménagements résidentiels générés par la convivialité et l'instinct de survie drainent des dynamiques différenciées qui muent en fraternité une convivialité de crise, une famille autrement recomposée à liens *a-parentaux* ou *a-consanguins*. Cette a-parentalité est porteuse d'une forte solidarité fraternelle qui permet, par un vivre-ensemble et un faire-commun, une gestion consensuelle des solitudes et angoisses initiales. Ces dynamiques différenciées apparaissent ainsi comme des réponses sociétales, des mécanismes d'ajustement à des logiques d'exclusion spécifiques : l'Individu éprouvé réagit au Groupe affecté en ébranlant les fondements primaires de solidarité communautaire face aux grands enjeux

¹ CNLS Bénin, *Etude d'impact socio-économique du VIH/SIDA/IST sur le secteur de l'éducation*, Rapport d'étude, Cotonou, Caci, Mars 2011.

collectifs. Issu d'un certain creuset familial, l'OEV en intégration en invente ainsi un autre, dans son rôle et ses fonctions de chef de ménage.

Mots clés : A-parentalité, Bénin, Famille, Ménage, Sida, Vulnérabilité.

ABSTRACT :

The *Beninese Study on the Impact of AIDS/HIV on Education and Agriculture* shows the social vulnerability of the AIDS orphans and children. It arises the integrating logical in their households. The Aids upsets their schooling and disrupts either the initial perception and status of the head of household which traditional diagram of dominant spectrum is perturbed by the pandemic or the orphan's socio professional biography, vulnerable head of household always in survival strategy.

This status of head falsifies its' perception in some mutant paradigms with diverse consequences on the familial life and households' building. As reactions of despair, the residential arranging generated by the conviviality and the survival instinct of self-conservation drain differentiated dynamics that change into brotherhood a crisis conviviality, a family otherwise recomposed with no-parental or no half-brother/sister link. Those differentiated dynamics appear as societal responses, adjustments mechanisms with specific exclusion logical. The proven Individual reacts on the affected Group by upsetting the primary foundations of the communal solidarity facing to the issues relating to communities within society. From a certain family crucible, the integrated AIDS' orphan or child invents another one, facing the head of household's rule and function.

Keywords : AIDS-HIV, Benin, Family, Household, No kinship, Vulnerability.

INTRODUCTION

Ménages ruinés ; entreprises en proie à l'absentéisme, à la perte des compétences, aux frais de santé et d'obsèques ; secteurs dépouillés de leurs forces vives, les économistes qui ne s'accordent pas sur l'impact à long terme du VIH/SIDA² sur la croissance des pays africains, trouvent manifestes et incontestables ces conséquences micro-économiques de l'épidémie. Le VIH/SIDA aggrave les fragilités préexistantes, compromet la transmission du capital humain, réduit à néant les efforts faits pour permettre l'émancipation des femmes, détruit les avancées en termes d'éducation et modifie la prise en charge sanitaire des populations³.

La revue de la littérature effectuée par Ouédraogo a montré au Burkina Faso, la scolarité différentielle des enfants selon la présence ou non du VIH/SIDA dans leur environnement familial⁴. La fragmentation sociale due au sida, bien élaborée par Moser⁵, a été bien contextualisée dans le cas de la Côte d'Ivoire par Kablan & al.⁶. Cette fragmentation sociale renforcée par le VIH s'est généralement traduite par une rupture des liens sociaux qui unissaient les personnes infectées à leur environnement, provoquant ainsi leur désocialisation et les affectant dans leur bien-être. Elle a aussi conduit à une recomposition sociale dont la manifestation la plus évidente est l'émergence d'associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les dimensions

² VIH/SIDA, VIH/Sida, SIDA et sida seront indifféremment utilisés dans l'étude.

³ ONUSIDA, « Principes directeurs applicables aux études de l'impact social et économique du VIH/SIDA », in *OMS Reports*, Genève, 2011, p. 40.

⁴ OUEDRAOGO, Amadou, « VIH/SIDA et le secteur de l'éducation au Burkina Faso : Revue des politiques et de la recherche, 1999-2002 », in *ROCARE – Burkina Faso*, mai 2004.

⁵ MOSER, Caroline. 1998. «The asset vulnerability framework: Reassessing urban poverty reduction strategies » in *World Development* 26, 1-19. DOI : 10.1016/S0305-750X(97)10015-8 On y montre notamment que la fragmentation sociale provoquée par une plus grande hétérogénéité sociale et économique, liée à de plus grands choix distributionnels des revenus, des opportunités, de l'accès à l'infrastructure, aux services et à l'influence politique entraîne un affaiblissement des réseaux de confiance, de collaboration et conduit à l'exclusion sociale.

⁶ KABLAN, Cléopâtre, OBRIST, Brigit, CISSE, Guéladio, WYSS, Kaspar, TOURE, Ismaïla & TANNER, Marcel, « VIH/SIDA, genre et vulnérabilité », in *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement* [En ligne], Hors-série 3 | décembre 2006, mis en ligne le 01 décembre 2006, consulté le 09 juin 2015. URL : <http://vertigo.revues.org/1844> ; DOI : 10.4000/vertigo.1844.

médicales et épidémiologiques abondent également dans cette littérature qui, pourtant, fait lourdement impasse sur les aménagements institutionnels et les arrangements résidentiels induits par la présence du sida dans les ménages africains comme ceux du Bénin.

Depuis plus de trois décennies que le premier cas de VIH/SIDA est apparu dans ce pays, la pandémie qui s'y rattache y est devenue un enjeu de développement important, ne serait-ce qu'à cause de son impact socioéconomique sur les familles et les ménages. La prégnance du sida sur les communautés familiales eut ainsi un début de littérature (PNUD, 1998) qui n'accorde presque point de place à l'une de ses conséquences déstabilisatrices : les orphelins et enfants vulnérables (OEV) du sida devenus, malgré eux, chefs de ménages, dans la perte précoce d'une identité infanto-juvénile, pubertaire ou adolescente à peine entamée et brusquement interrompue par l'irruption du sida dans leur vie. Pourtant, faire le bébé à sa génitrice en se blottissant dans ses bras accueillants, les yeux humectés de larmes, pour en tirer le maximum de tendresse, d'affection ou de gâteries ; passer une adolescence épanouie sous le regard amusé et satisfait de ses géniteurs qui l'aident à atteindre l'âge adulte sans handicaps ou catastrophes ; grandir dans un environnement familial sécurisé (besoins essentiels⁷ satisfaits dans une atmosphère saine) pour envisager l'avenir avec sérénité ; ce sont des rêves légitimes de tous les enfants ou de tous les adolescents. Leur désarroi devient immense quand des bris ou des obstacles apparaissent dans ce parcours linéaire souhaité. Alors privés de ce privilège qui fait l'identité de l'Enfant (ou de l'Adolescent), du fait du sida, beaucoup d'OEV n'eurent point cette identité dont la brutale perte perturbe et marque de façon indélébile leur équilibre social et émotionnel global.

Le ménage dont le chef est malade du VIH/SIDA est effectivement affecté de multiples manières : chute de revenus due à la perte du revenu du ménage auquel l'adulte souffrant ne peut plus contribuer ; déclin de productivité économique des adultes bien portants qui assurent les soins du malade ; forte

⁷ Se loger, se vêtir, s'éduquer, se nourrir, se soigner et avoir des loisirs périodiques.

augmentation des dépenses du ménage affecté, en raison des soins médicaux à assumer et perturbation du cycle de vie des enfants du ménage affecté par l'infection de son chef (alimentation, scolarité, loisirs, santé..).

Le choc du décès parental consommé, la nécessité de gérer l'acuité de l'orphelinat qui ébranle le vécu des orphelins du sida et accroît leur vulnérabilité socioéconomique, s'impose, dans l'ostracisme des uns et la méfiance des autres. La crise des solidarités africaines traditionnelles n'offre plus les cadres sociétaux amortisseurs des difficultés individuelles. Le groupe communautaire effrité ne supporte plus l'individu indigent obligé de se débrouiller, dans l'indifférence des pairs. L'individualisme se généralise.

Ecartant résolument le suicide comme option ultime d'un creuset social qui alloue préférentiellement ses ressources à soi et à ses proches parents, comment les OEV du sida envisagent-ils au Bénin la vie sans leurs géniteurs ? Quels mécanismes opérationnalisent-ils pour vivre et/ou quels arrangements déploient-ils pour survivre dans cet environnement hostile ? Comment s'intègrent-ils dans un corps social transformé ou intègrent-ils la dynamique sociale d'un corpus potentiellement violent, dans l'isolement du manque ? L'objectif principal de cette étude est d'analyser les contraintes auxquelles ces OEV sont soumis au Bénin capable d'ostracisme et de rejet, pour apprécier leurs capacités de réaction et les mécanismes déployés pour gérer ces contraintes. La gestion des risques manifeste ici les réponses apportées par ces OEV à l'environnement hostile et ostracisant qu'ils doivent affronter pour exister, dans le dénuement matériel.

Cette étude qui montre les interactions sociologiques entre la pandémie du sida et les OEV chefs de ménages au Bénin, comporte quatre parties. Après les informations nécessaires sur la méthodologie et le point de la situation démographique et épidémiologique du Bénin, l'analyse statue d'une part, sur les arrangements résidentiels et les nouvelles dynamiques familiales dus au sida et leurs implications multidimensionnelles, d'autre part.

I- SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET DÉMO ÉPIDEMIOLOGIQUE DU BÉNIN

1- Brève présentation de la taille et de la structure de la population béninoise

Pays du golfe de Guinée, la République du Bénin⁸ est un Etat de la sous-région ouest-africaine qui présente d'importantes disparités régionales du sud au nord⁹. Avec une population estimée à plus de 10 millions d'habitants résidents des deux sexes en 2013¹⁰, et sa situation géographique, le Bénin est un pays de services et de migrations conséquemment exposé aux diverses maladies transactionnelles.

La structure par sexe et âge de sa population est celle d'une population jeune. À dominance féminine (51,2%), elle montre des rapports de masculinité favorables au sexe masculin jusqu'à 15 ans avant de se renverser à 15-64 ans (0,97 homme/femme) pour devenir 0,69 homme/femme après 65 ans. L'espérance de vie à la naissance est de 54,2 ans en 2013, avec un différentiel favorable aux femmes : 66,06 ans et 62,67 ans pour les hommes. La répartition par grands groupes d'âges de cette population montre que les moins de 15 ans représentent 46,7% ; ceux des 15-64 ans révolus constituent 50,5% de la population totale¹¹.

Cette population est passée de 3,4 millions d'habitants en 1980 à 4,7 millions en 1990 et elle était estimée se situer à quelque 6,2 millions en 1999. Le rythme de croissance annuelle de la population estimé à environ 3,2 % a conduit à une population de près de 10 millions d'habitants en 2010. Du fait des effets conjugués des programmes de santé et de planification familiale, de la baisse de la force de la mortalité, des maladies traditionnelles (paludisme, rougeole, tuberculose, ...) toujours combattues résolument, des épidémies (choléra), des pandémies (sida) et des maladies émergentes (maladies non transmissibles, par exemple) constamment affrontées avec des succès relatifs,

⁸ ex-Dahomey et "le Bénin" dans tout le document.

⁹ En zone septentrionale : Alibori : 20 habitants/km², Atacora : 27 habitants/km² et en zone méridionale relativement surpeuplée : Ouémé : 570 habitants/km², Littoral : 8419 habitants/km².

¹⁰ INSAE, *4^{ème} Recensement de la Population et de l'Habitation du Bénin*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2015.

¹¹ INSAE, op.cit.

le taux de croissance de la population béninoise est estimée en 2005 à 2,73% et à 3,3% en 2014. Cette croissance démographique révèle que la population béninoise continuera de croître, légèrement de moins en moins jeune, du fait des effets conjugués de l'évolution de la pandémie du sida et du recul toujours ambiant du recul de l'âge à la première naissance.

2- Situation démo épidémiologique du VIH/SIDA au Bénin

La prévalence du VIH/SIDA y oscille autour de 2% depuis 2002. Le pourcentage des personnes infectées croîtra donc régulièrement du fait de la persistance des comportements à risques qui sont indéniablement un facteur de risque d'extension de la maladie et un indicateur de la moindre prégnance des dynamiques de sensibilisation sur les communautés concernées. S'y ajoutent la prévalence élevée des autres infections sexuellement transmissibles (IST) relativement banalisées par rapport au VIH/SIDA et la forte mobilité des populations (migrations internes et externes) qui ont pour vue de propager la transmission de l'infection¹².

Un élément inquiétant est que les zones rurales sont devenues un milieu à risque élevé comme le milieu urbain du fait des interactions sociales et des brassages démographiques catégoriels qui bouleversent parfois les habitudes traditionnelles, et les mauvaises pratiques dans la gestion communautaire du VIH/SIDA¹³. La pandémie du VIH/SIDA atteint ainsi les populations de plus en plus jeunes de ces deux milieux de vie désormais confrontés aux modes de vie urbains, sans toujours disposer de l'arsenal nécessaire pour éviter les comportements à risques du VIH/SIDA. Il s'ensuit un important cortège d'orphelins et d'actifs adultes infectés (enseignants, élèves et actifs économiques) qui alourdit la charge des familles et des communautés dont il

¹² CNLS Bénin, *Impact du VIH au Bénin*, Cotonou, Caci, Mai 2007.

¹³ Malgré les efforts significatifs fournis par les partenaires techniques et financiers comme la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement, l'ONUSIDA – la liste n'est pas exhaustive – les communautés rurales animées de bonne volonté dans la compréhension et la lutte contre le VIH/SIDA ne bénéficient pas toujours de l'appui et de l'assistance nécessaires dont elles ont besoin des ONG payées et commises à cette tâche.

précarise la vie quotidienne¹⁴. Si la tendance ne s'infléchit point, il est à craindre que l'extension du fléau affecte de manière durable les potentialités éducatives et économiques des communautés béninoises, multipliant les stratégies de survie qui demeurent en dernière instance des stratégies de désespoir d'une communauté de personnes désemparées, dans la stigmatisation du vécu.

Le sida est un défi majeur pour la famille et l'école béninoises, deux institutions de base et de pérennisation de la société humaine. A court terme, le désarroi est redoutable et c'est en tant que contrainte exogène que la démographie, tenant compte du sida, pèse sur le système familial béninois. Le nombre d'enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH/SIDA de 1980 à 1991 au Bénin n'était que de 270. Ce nombre connut un accroissement rapide pour atteindre environ 5200 en 2001. Ce nombre d'enfants de 0 à 14 ans porteur de VIH/SIDA dépassa 7000 en 2011 en cas d'épidémie contrôlée et plus de 8000 en cas d'épidémie non contrôlée¹⁵. Un plus grand nombre d'enfants pourrait encore être infecté au-delà de cette date et les nouveaux cas pourraient aisément dépasser les 1300, si des mesures énergiques ne sont pas prises pour juguler l'épidémie. En fait, ces nouveaux cas désorganiseront inexorablement les ménages et exerceront fatalement une pression considérable sur les services de santé déjà confrontés à de nombreux problèmes.

L'évolution de la population béninoise est bien perturbée du fait de l'épidémie du VIH/SIDA. La réalité telle que présentée dans les paragraphes précédents pourrait être inférieure aux chiffres de sida présentés dans la mesure où le taux de croissance annuel du Bénin s'établit en 2014 à 3,3% et la pandémie du sida intervient dans le pays comme un déstabilisateur non négligeable des secteurs producteurs de main d'œuvre et/ou porteurs de l'économie jusqu'en 2015 ; ce qui accroît continûment le nombre d'orphelins du sida dans le pays.

¹⁴ CNLS Bénin, *Etude d'impact socio-économique du VIH/SIDA/IST sur le secteur de l'éducation*, Rapport d'étude, op.cit. p. 142.

¹⁵ CNLS Bénin, *Impact socioéconomique du VIH/SIDA sur les secteurs de l'éducation et de l'agriculture au Bénin*, op.cit. p. 144.

La tendance est la même, quelque soit le sexe du parent décédé du fait du sida. Ainsi, les deux courbes des orphelins de mère ou de père s'accordent parfaitement dans la même tendance¹⁶.

À cause du statut polémique de la femme dans les sociétés béninoises, on note *une féminisation du fléau*: en 2007, sept cas notifiés de sida sur dix sont enregistrés dans les tranches d'âges de 20 à 44 ans¹⁷ et le rapport de masculinité révèle globalement une prédominance féminine. Celle-ci est bien remarquée pour les tranches d'âges de 15-19 ans, 25-29 ans (4 femmes pour 01 homme) et 20-24 ans (02 femmes pour 01 homme) mais il reste une prédominance à partir de 35 ans.

Les jeunes personnes des deux sexes sont la couche sociale la plus vulnérable parce qu'elles (i) manquent d'informations sur le VIH/SIDA ; (ii) ont de plus en plus une sexualité précoce et (iii) se marient de plus en plus tardivement ; ce qui allonge leur temps d'exposition à l'infection du VIH. En fait, les patients de 25 à 50 ans représentent plus des deux tiers des cas de sida notifiés au cours de l'année 2005 et 01 malade sur 10 a moins de 20 ans. Quel que soit le sexe, les cas notifiés sont surtout enregistrés dans la tranche d'âges de 20 à 39 ans, celle qui est emblématique de branche active devant prendre la relève pour la création de la richesse nationale¹⁸.

Une cartographie des sites d'accueil des orphelins et enfants vulnérables (OEV) a révélé une proportion de plus en plus élevée d'OEV du fait du sida qui a entretemps frappé dans leurs communautés¹⁹. On estime ainsi à 258000 environ le nombre d'orphelins en 2011, s'il n'y a pas d'épidémie de sida. Ce nombre irait à 307000 du fait de cette épidémie, soit un écart considérable de 49000 orphelins. La même tendance pour 2015 s'observe chez les orphelins de père²⁰.

Outre certaines pratiques socioculturelles qui les exposent plus spécifiquement (lévirat, sororat, mariage forcé, excision, ...) et augmentent le

¹⁶ CNLS Bénin, *Impact du VIH au Bénin*, Cotonou, Caci, op.cit. p. 90.

¹⁷ CNLS Bénin, *Impact du VIH au Bénin*, Cotonou, Caci, op.cit. p. 90.

¹⁸ CNLS Bénin, *Étude d'impact socio-économique du VIH/SIDA/IST sur le secteur de l'éducation*, Rapport d'étude, op.cit. p. 144.

¹⁹ MFFE & UNICEF Bénin, *Document de Politique de Protection de l'Enfant*, Cotonou, 2007.

²⁰ INSAE, *4^{ème} Recensement de la Population et de l'Habitation du Bénin*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2015.

risque de transmission de l'infection, les filles et les femmes souffrent plus particulièrement des effets pervers du sida dans les communautés. Ce sont elles en effet qui portent plus la charge des soins aux personnes malades, avec de nombreuses conséquences socioéconomiques, notamment : non scolarisation des filles et réduction du temps consacré par les femmes à leurs activités économiques, les exposant à la pauvreté.

Leurs jeunes enfants, adultes de demain, emportés tôt par le VIH/SIDA, les parents deviennent rapidement des personnes âgées invalides sans soutien, donc à la charge d'une communauté certes éventuellement solidaire, mais déjà confrontée à d'importants problèmes quotidiens de survie, du fait de la prégnance de la grande force de mortalité occasionnée par le VIH/SIDA. La prise en charge n'est généralement pas garantie.

II- CADRE THÉORIQUE

Cette étude est une contribution originale à l'analyse de l'altération du statut du chef de ménage au Bénin, du fait de la prégnance du VIH/Sida sur les ménages. Fort de cet objet, notre problématique se dégage de la manière suivante : *la prévalence du sida ne perturbe-t-elle pas gravement la structure sociale des ménages et les formes traditionnelles de solidarités et de prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV) au Bénin ?*

Il se dégage de cette problématique l'hypothèse suivante : l'impact socioéconomique du VIH/SIDA sur les communautés familiales béninoises induit les arrangements résidentiels et les aménagements institutionnels des nouveaux ménages nécessaires à la reproduction sociale. On s'attend ainsi à ce que le relâchement ou la défaillance des structures familiales traditionnelles hypothèque la prise en charge de ces enfants, les obligeant en réaction, à adopter de nouvelles stratégies de survie, même au niveau résidentiel, dans le bouleversement des schèmes traditionnels d'actions et de réflexions.

1- Approche théorique

Les cinq approches majeures disponibles dans la littérature sur le sida pointent davantage les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA, avec une focalisation sur la féminisation de l'infection au VIH/SIDA. L'*approche biologique* statue sur la vulnérabilité plus grande des femmes du fait de leur morphologie et de leur physiologie comme facteur favorable à l'infection. L'*approche socioculturelle* apprécie les interactions entre la sous-scolarisation des filles, la sexualité dans la société considérée, les pratiques culturelles et le faible statut social des femmes comme le fond de la prégnance du sida, quand l'*approche économique* pointe plutôt la dépendance économique des femmes et leurs conditions de vie comme les meilleurs facteurs explicatifs. L'*approche institutionnelle* considère la législation en matière de mariage, prostitution et divorce d'une part, et l'accessibilité aux informations et structures sanitaires, d'autre part, comme l'importante dimension explicative de la prévalence du sida. Quant à l'*approche sociodémographique*, elle identifie plutôt les mouvements migratoires, l'accroissement de la population et l'explosion urbaine comme les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA. On constate alors que si la féminité de la pandémie du sida a beaucoup retenu l'attention dans la littérature, avec la femme comme élément nodal de la prévalence de la pandémie, celle concernant les réponses des personnes éprouvées par le VIH/SIDA n'est point autant fournie. Notre étude constitue une avancée dans le domaine.

La description du cadre étudié ci-dessus appelle pour ces réponses une approche finaliste. Celle que nous privilégions ici est l'*approche par l'ajustement au contexte social*. Selon leur potentiel social (ressources en intégration sociale), les individus et les ménages réagissent différemment aux crises ou aux agressions comme le sida. Les ménages qui ont des ressources économiques diversifiées affrontent avec moins de douleurs la situation. Le cas échéant, réduction de consommation alimentaire, emprunts d'argent à des taux de remboursement souvent usuraires, liquidation d'épargne et élimination des dépenses perçues comme non essentielles (frais de scolarité et dépenses de santé non urgentes), vente ou bradage de biens meubles (objets

ou outils du ménage, bétail, ...) ou immeubles (bâtisses, parcelles/terre, ...) animent, dans un cercle infernal, le vécu des membres du ménage affecté par le VIH/SIDA.

C'est une approche socio-anthropologique de l'adaptation à la pandémie par les éprouvés du sida, en posture contrainte, qui est privilégiée dans cette étude. En statuant sur les réactions individuelles et communautaires face au sida et analysant les aménagements institutionnels et les arrangements résidentiels déployés, elle postule que, face à l'agression du sida et les bouleversements subséquents dans leur vie, les personnes éprouvées par la pandémie y répondent en ajustant leur vie sociale, dans des stratégies issues des logiques d'intégration conséquentes. A la menace d'élimination portée par cette pandémie, les acteurs en situation réagissent par des dispositions favorables à des aménagements structurels, dans une dynamique nouvelle de recentrage des pôles affectifs et de réallocation des ressources. Elle pointe un changement de paradigme qui élargit le champ traditionnel de considérations et de connaissances sur les dynamiques familiales en crise existentielle. Elle pose l'adaptation contextuelle comme un aménagement dynamique du vécu quotidien à valences différenciées.

2- Clarification conceptuelle

Les concepts utiles à cette étude sont définis dans les prochaines lignes.

a- Ménage et chef de ménage

- Ménage

Le ménage dont il s'agit ici est ordinaire. C'est un ensemble de personnes vivant seules ou non, apparentées ou non, à ressources et dépenses communes pour la satisfaction des besoins vitaux, habitant sous un même toit, une même cour ou une même concession, mais reconnaissant l'autorité d'un même individu appelé "*chef de ménage*".

- Chef de ménage

Le chef de ménage est ainsi le référentiel dominant, figure asexuée (indifféremment mâle ou féminin), qui exerce le leadership nécessaire à l'évolution du ménage et à la stabilité émotionnelle de ses membres.

b- Enfant et enfant chef de ménage

- *Enfant*

Étymologiquement, le terme "enfant" vient du latin *infans* qui signifie "celui qui ne parle pas"²¹. Chez les Romains, ce terme désignait l'enfant dès sa naissance, jusqu'à l'âge de 7 ans. Cette notion évolua beaucoup à travers les siècles et les cultures, pour finalement désigner l'être humain, de sa naissance jusqu'à l'âge adulte. Cette conception de l'enfant était large et l'âge de la majorité variait d'une culture à une autre. Comme la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant de 1989, l'enfant est défini ici comme « [...] tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable »²². Est prise comme telle dans cette étude, toute personne de sexe masculin ou féminin qui n'avait pas 18 ans exacts à l'enquête.

- *Enfant chef de ménage*

Un garçon ou une fille de moins de 18 ans à l'enquête, célibataire, avec ou sans enfant, et subvenant seul (e) à ses besoins essentiels (se loger, se nourrir, se vêtir, se soigner, s'amuser, ...) ou à ceux d'autres personnes, est un "*enfant chef de ménage*". Il arrive que de jeunes adultes soient ainsi traités, par abus de langage : l'*enfant* de Tel devient le *fil*s de Tel ! En fait, l'existence de l'enfant chef de ménage modifie substantiellement le modèle séculaire de la figure dominante (celle de l'Ascendant (homme ou femme)) comme chef de ménage.

²¹ LAROUSSE, « Dictionnaire de la langue française », Paris, Lexis, 2001, p. 634.

²² Convention Internationale de l'ONU sur les droits de l'enfant, in [www.un.org /fr /rights / conventions.Shtml](http://www.un.org/fr/rights/conventions.Shtml), consulté le 20/06/2015.

c- Orphelins et enfants vulnérables (OEV)

Ce sont des enfants appréhendés par rapport à leur vulnérabilité due au sida. Infectés ou affectés par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), ces enfants subissent les divers bouleversements induits par l'impact de la pandémie sur leur vie et précédemment cités : perturbation ou arrêt brusque de scolarité, bouleversement de cadres de vie.

Un groupe d'orphelins et enfants vulnérables (OEV) du sida, réunis sous un même toit, sous l'autorité consensuelle de l'un d'eux, est un ménage ordinaire d'OEV. Le lien de parenté est souvent inexistant, dans une vie en commun qui n'en fait pas un ménage collectif²³.

d- A-parentalité

Est parent, « toute personne avec qui l'on a des liens de parenté »²⁴. Le parent a "des liens familiaux plus ou moins étroits avec quelqu'un" ²⁵. La parenté ou "fonction de parent, s'appréhende notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel" ²⁶. Si la parentèle est « l'ensemble des parents reliés entre eux aussi bien par les hommes que par les femmes (parenté cognatique) »²⁷, l'a-parentalité manifeste l'absence des liens familiaux traditionnels plutôt suppléés par leur fonctionnalité virtuelle. Sont donc en a-parentalité, des individus qui se comportent et vivent dans un ménage comme des parents, sans se prévaloir d'un quelconque lien familial qui déterminerait la fraternité en leur sein.

e- Impact du sida

Une solide référence pour envisager empiriquement le concept "impact du sida" demeure l'ONUSIDA qui part du principe selon lequel cet impact

²³ On le définit comme un groupe de personnes généralement sans lien de parenté, mais vivant en commun dans un établissement pour des raisons de discipline, de voyage, de santé, d'études ou de travail. Il ne s'agit pas d'orphelinats qui sont des institutions formalisées à finalités bien spécifiées.

²⁴ LAROUSSE, Op. cit., p. 1448.

²⁵ Ibidem.

²⁶ Ibidem.

²⁷ Ibidem.

s'appréhende aussi à l'aune de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité précoces qu'il entraîne. Cette structure des Nations Unies appréhende cet impact

« comme un coup porté au système existant de sources de revenus aux niveaux national, régional, communal et familial, qui réduit le niveau et les perspectives de vie et de bien-être. Il peut impliquer la dissolution de l'unité sociale de base et la perte de certains individus pour des raisons liées à la pauvreté plutôt que par la conséquence directe des maladies ou des décès liés au VIH/SIDA. Il s'agit en fait d'une série de modifications lentes mais complexes dans le système social et économique, due aux effets d'une série de causes identifiables (maladies et décès liés au VIH/SIDA) »²⁸.

III- DONNÉES ET MÉTHODE D'ANALYSE

1- Données

Les informations utilisées sont principalement issues de l'étude d'impact du PALS-BAD, l'EDSB III et de la littérature pertinente disponible. *L'Etude sur l'Impact Socioéconomique du VIH/Sida sur l'Education et l'Agriculture au Bénin* a été réalisée en 2011 par le Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le Sida (SP-CNLS) Bénin, sur financement du Projet d'Appui à la Lutte contre le Sida – Banque Africaine de Développement (PALS-BAD). Elle a essentiellement porté, au plan national, sur les différentes catégories de cibles suivantes : les *enseignants*, les *apprenants* et les *ménages*, c'est-à-dire les familles des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH). Aussi, l'analyse a-t-elle été faite sur les principales dimensions de la vie des ménages. La non possession de la base de données de cette étude PALS-BAD n'a pas permis d'envisager des analyses multivariées de causalités ou d'interactions. Quant à l'EDSB-III réalisée en 2006, seul son rapport publié a servi de source de triangulation possible. Les récentes données de la Banque Mondiale et celles des publications de *Perspectives Monde* et de *The World Factbook & CIA* ont souvent été privilégiées, fussent-elles des estimations, pour leur fiabilité et leur actualité incontestables, comme celles du RGPH4 en cours d'analyse approfondie.

²⁸ ONUSIDA, « Principes directeurs applicables aux études de l'impact social et économique du VIH/SIDA », in *OMS Reports*, Genève, 2011, p. 40.

2- Méthode d'analyse

La méthode utilisée pour cette étude est l'analyse quantitative et qualitative de données primaires et secondaires qui a permis d'apprécier l'interaction entre la prévalence du sida et la perception du chef de ménage chez les OEV béninois. Les divers *verbatim* ont permis une bonne compréhension des changements de paradigmes bien notables.

L'analyse descriptive des données disponibles a rendu compte de la situation au Bénin, pour envisager des discussions multidimensionnelles. Les informations qualitatives ont renforcé les résultats quantitatifs suivants.

IV- APPRÉCIATION MULTIDIMENSIONNELLE

1- Impact social du VIH/SIDA dans les ménages

a- Caractéristiques sociodémographiques des ménages enquêtés

97,3% des 1021 ménages ont été enquêtés, avec 993 chefs de ménages. Leur répartition par sexe donne 87,5% d'hommes contre 12,5% de femmes. Les 36 ménages restants sont représentés par les conjointes, les fils ou les filles. La répartition par sexe et par tranche d'âges des chefs de ménages enquêtés se présente comme suit :

Tableau I: Répartition par sexe et par tranches d'âges exacts des chefs de ménage enquêtés.

Age	0-15 ans	16-20 ans	21-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	61ans +	Total
Sexe								
Masculin	83,3	90	85,6	79,6	81,4	85,4	88,7	83,1
Féminin	16,7	10	14,4	20,4	18,6	14,6	11,3	16,9
Total	100% (18)	100% (40)	100% (153)	100% (304)	100% (258)	100% (123)	100% (97)	100% (N= 993)

Source : Données de CNLS (2011). Les effectifs sont entre parenthèses dans le tableau

Ce tableau montre que 2% des chefs de famille sont des enfants de moins de 16 ans, et 4% ont entre 16 et 20 ans : *06% des chefs de famille sont donc âgés de moins de 21 ans*. Toutes choses égales par ailleurs, cette proportion était de moins de 1% au RGPH II de 2001²⁹.

La répartition des personnes enquêtées révèle que 66,4% sont chrétiens, 22,3% musulmans et 10% de religions endogènes. La situation matrimoniale est telle que l'échantillon donne 62,4% de ménages monogames; 16,6% de ménages célibataires; 8,9% de veufs ; 8,4% de polygames et 2,9% de divorcés.

En ce qui concerne le niveau d'instruction des enquêtés, 41% ont déclaré avoir le niveau secondaire achevé et supérieur, tandis que 18,2% n'ont jamais été scolarisés, ce qui n'a pas été un handicap à leur participation à l'enquête.

b- Connaissance du VIH/SIDA dans les ménages enquêtés

Sur 947 répondants, 0,4% n'ont guère entendu parler du VIH/SIDA; 0,3% n'ont pu donner de réponse. Les 99,3% restants en ont entendu parler et leurs sources d'informations à ce propos se présentent comme il suit.

➤ *Sources d'informations*

Dans les ménages qui ont entendu parler du VIH/SIDA, leurs sources d'informations sont variées : la radio (32,4%) constitue la première source d'information sur le VIH/SIDA, les ONG viennent en deuxième position (17,1%) et en troisième position, la télévision (2%).

➤ *Voies de transmission*

C'est la *voie sexuelle lors des rapports non protégés* qui vient en première position avec 58,7% des répondants. Le *partage des objets tranchants* occupe la deuxième place avec 22,7% des répondants. La *transfusion sanguine* vient en troisième position avec 8% des répondants.

➤ *Modes de prévention*

60,5% des enquêtés ont cité le port du préservatif et 24,6%, l'abstinence.

²⁹ NSAE, *Annuaire statistique du Bénin*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2011.

➤ *Modes de transmission mère/enfant*

Selon 8 personnes sur 10 enquêtées (79,5%), une mère vivant avec le virus d'immunodéficience humaine (MVVIH) peut transmettre ce virus (VIH) à son enfant pendant la grossesse. Par contre, 85,4% ont affirmé que la transmission du VIH peut se faire de la mère VVIH à l'enfant pendant l'accouchement. Aussi, 81,9% ont-ils affirmé que la transmission peut se faire au cours de l'allaitement.

➤ *Dépistage*

71,6% des personnes interrogées déclarent avoir fait le dépistage (685/957)³⁰. A cet effet, 28,4% ont révélé avoir été reconnus positifs au VIH lors du test, tandis que 41,4% ont déclaré avoir été jugés négatifs. Les 30% restants n'ont pas répondu.

c- Situation des malades enquêtés dans les ménages

➤ *Membres des ménages souffrant de maladies/symptômes graves*

Les informations relatives aux maladies ont révélé que sur 8.613 personnes interrogées dans les ménages, 600 ont déclaré avoir été malades pendant les 12 mois précédant l'enquête, soit 7% de l'effectif. L'analyse des informations fournies par l'enquête sur le nombre de malades et la durée de la maladie montre que, au nombre des maladies dont les patients déclarés ont eu à souffrir au cours des 12 précédents mois, le VIH/SIDA vient en *deuxième position*. Les maladies les plus récurrentes rencontrées sont : le *paludisme* (56,4% des cas) suivi du *sida* (5,3%), de la *fièvre typhoïdique* (3,6%), et la pneumonie. On note en fait que le VIH/SIDA continue de frapper ou de sévir, dans un environnement où pourtant, l'on parle inlassablement de prévalence stabilisée à 2%³¹! Les ruptures d'antirétroviraux (ARV) signalées au cours des dernières

³⁰ Ce pourcentage 71,6% va à 73,3% quand on soustrait des 957 les 22 cas indéterminés.

³¹ Le fait que la prévalence rende compte d'une moyenne ne diminue rien à ce constat.

années³² et/ou une certaine recrudescence des mauvais comportements (comportements à risques d'infections) due au déni du sida ou à la banalisation de la pandémie seraient-elles des raisons explicatives de cette situation ?

➤ *Traitement des maladies*

Sur les 600 patients ayant répondu à *la question relative à la recherche ou non de traitement*, 89,7% ont recherché un traitement tandis que 9,2% (près d'un malade sur 10) ne s'en sont pas préoccupés. Les raisons pour lesquelles certains patients n'ont pas fait de traitement sont : 27,3% pour manque d'argent, 43,6% pour autotraitement, et 21,8% pour achat des médicaments au marché. On note ainsi que pour 49,1%, soit près d'un malade sur deux, l'indigence dont une dimension importante est l'incapacité à se faire soigner en cas de maladie, est un important facteur dirimant aux soins en cas de maladies au Bénin. De même, l'autotraitement ou l'automédication qui est parfois considérée comme une des faillites du système de soins ou la forte prégnance de l'ignorance dans les processus décisionnels en matière de soins de santé, montre que, plus de 4 malades sur 10 n'ont pas foi – ou ne peuvent accéder – aux soins de santé modernes. Il y a peut-être lieu d'*envisager une nouvelle pédagogie de l'information en matière de soins de santé modernes au Bénin*.

➤ *Décès dans les ménages au cours des douze derniers mois*

À propos des décès survenus au cours des 12 derniers mois, 717 répondants ont signalé 53 décès, soit 7,4% comprenant 28 hommes et 24 femmes. Leur ventilation selon l'âge connu montre que si 37,6% et 31,2% des décès sont respectivement compris dans les tranches d'âges actifs et scolaires "*36 à 49 ans*" et "*1 à 15 ans*", au moins 50% de ces décès surviennent avant 50 ans ; ce qui permet de constater que l'impact social du VIH/SIDA porte un sérieux coup à la structure par sexe et âge de la population béninoise, tout en affaiblissant de façon significative les possibilités de croissance économique de

³² Pour diverses raisons obscures, les associations de PVVIH manifestèrent de façons répétées, leur mauvaise humeur au Président de la République et au Ministre de la Santé, depuis 2009-2010.

développement. Il s'étend aux tranches d'âges normalement porteuses d'activité économique génératrice de richesse. *Peut-on objectivement être optimiste pour le développement du pays dans de pareilles conditions de prédation sur les forces productives par le VIH/SIDA, ou simplement se soucier ou froncer les sourcils?*

La répartition des décès selon le sexe et le statut dans le ménage montre que les chefs de ménages de sexe masculin sont décédés dans la même proportion que les conjointes de chefs de ménages, soit 25,5%. Soulignons que les 8% de la modalité "Autres" incluent aussi bien les orphelins et enfants vulnérables (OEV) du fait du sida qu'autres décès.

➤ *Survie et résidence des parents des enfants de moins de 15 ans*

Parmi les 1085 personnes ayant répondu sur la survie des mères vivant dans les ménages, 92,8% sont vivantes et 6,4% sont décédées. Parmi les mères vivantes, 98,6% résident dans leur ménage et 8,2% vivent en dehors de leur ménage. Les 71 mères de familles ne vivant plus sont toutes décédées à la suite d'une maladie.

89,6% des pères de familles sont vivants et 11,4% sont décédés. Parmi eux, 81% sont morts des suites d'une maladie opportuniste du sida et 11%. Pour les 8% restants, la cause des décès n'a pu être déterminée.

d- Caractéristiques des ménages selon leur statut sérologique et impact du VIH/SIDA

➤ *Répartition des chefs de ménages par sexe et statut sérologique*

Il y a une différence nettement significative entre la proportion des femmes chefs de ménages chez les hommes vivant avec le VIH/SIDA (HVVIH) et celle des femmes chefs de ménages témoins (χ^2 de Pearson, $p= 10^{-4}$). On en déduit que *l'affection du VIH/SIDA a un impact plus important sur le décès des hommes.*

- *Répartition des chefs de ménages par tranche d'âge et selon le statut sérologique*

La répartition par tranche d'âge des ménages affectés a montré que 2% des chefs de ménages chez les PVVIH sont des enfants de moins de moins de 16 ans. Par contre, *il n'y a pas de chefs de ménage ayant moins de 15 ans chez les témoins*. Il en résulte que l'impact de l'épidémie du VIH/SIDA sur le statut social des chefs ménages de PVVIH, est important (voir tableau II).

Tableau II: Répartition par tranches d'âge des chefs de ménages PVVIH et chefs de ménages témoins

Répartition par tranches d'âge des chefs de ménages PVVIH								
0-15 ans	16-20 ans	21-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	61ans s +	NSP	Total
8	11	47	128	144	60	56	16	470
(01,7)	(02,3)	(10)	(27,2)	(30,6)	(12,8)	(11,9)	(3,4)	(100%)
Répartition par tranches d'âge des chefs de ménages témoins.								
3	3	57	88	51	35	25	11	273
(01,1)	(01,1)	(12,1)	(32,2)	(18,7)	(12,8)	(09,2)	(04)	(100%)

Source : CNLS (2011). (Les pourcentages sont entre parenthèses).

- *Répartition des ménages par niveau d'instruction et selon le statut sérologique.*

Le statut sérologique selon le niveau d'instruction laisse apparaître des écarts légers chez les PVVIH et les témoins, sauf au niveau de l'enseignement supérieur où l'écart est plus grand : 20% chez les PVVIH contre 39% chez les témoins. Cette différence est statistiquement significative (χ^2 de Pearson, $p=10^{-4}$). L'analyse de ces écarts donne à comprendre que l'impact social du VIH/SIDA est inversement proportionnel au niveau d'instruction.

2- Impact social du VIH/SIDA sur les apprenants des secteurs public et privé

L'impact social du VIH/SIDA sur les apprenants (secteurs public et privé) a été analysé en tenant compte de : (i) la scolarisation des enfants rendus

orphelins par le VIH/SIDA et (ii) la déscolarisation des enfants orphelins du fait du VIH/SIDA.

Les personnes interrogées sont presque unanimes à affirmer que la scolarisation des enfants rendus orphelins par le VIH/SIDA est entièrement prise en charge par des ONG, des associations, des centres sociaux et d'autres structures confessionnelles caritatives intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA : les structures familiales en sont donc bien absentes.

Certaines personnes interrogées ont soutenu que l'effectif des déscolarisés augmente du fait des enfants dont les parents sont malades du VIH/SIDA ou qui sont rendus orphelins par le VIH/SIDA. Cela entraîne *l'augmentation du nombre des enfants de rues qui ne se distinguent pas souvent des enfants mendiants*. Le décès des parents malades du VIH/SIDA ou la maladie des parents atteints par le VIH/SIDA, a ainsi engendré une augmentation du nombre de déscolarisés et, conséquemment, le nombre d'enfants orphelins ou vulnérables (OEV) du sida. L'effritement des structures traditionnelles de solidarités, comme la famille ou le lignage, est largement responsable, du fait du recentrage des priorités des autres ménages.

3- Impact social du VIH/SIDA sur les mécanismes de prise en charge et les ménages de PVVIH

En tenant compte des indicateurs de l'ONUSIDA, deux paramètres ont été analysés ici : (i) l'augmentation du nombre d'échecs et des difficultés de prise en charge des orphelins et (ii) le type de structure de prise en charge.

a- Echecs et difficultés de prise en charge des orphelins

96% des personnes interrogées ont reconnu l'augmentation du nombre d'échecs et des difficultés de prise en charge des orphelins, ce qui traduit l'échec et les difficultés des mécanismes traditionnels de prise en charge à affronter l'agression du VIH/SIDA dans les ménages et son impact sur la scolarité des enfants. *Une étude spécifique qui recense tous ces cas permettra certainement au ministère en charge de la famille ou de la solidarité nationale d'envisager une politique de prise en charge convenable.*

b- Type de structure de prise en charge

Pour les responsables d'association de PVVIH, *les structures chargées de la prise en charge des personnes vulnérables sont essentiellement non familiales.* Pour eux, la famille s'est transformée et refuse désormais de prendre en charge les enfants et les personnes âgées rendues vulnérables par le VIH/SIDA. Et cette mutation de la famille béninoise se mesure à l'aune du recentrage des ressources allouées préférentiellement aux siens ou aux proches parents. On constate ainsi, de façon générale, la nécessité d'envisager une nouvelle dynamique de la prise en charge des PVVIH ; une dynamique qui envisage des interventions ciblées selon les spécificités catégorielles des familles concernées, avec une attention particulière aux malades des secteurs porteurs de l'économie.

c- Impact social du VIH/SIDA sur les ménages des PVVIH

Les facteurs-clés analysés au niveau de l'impact social sur les ménages des PVVIH du secteur de l'éducation portent sur : (i) *le démantèlement de l'ordre social ; (ii) les troubles sociaux ; (iii) l'augmentation du nombre des orphelins et des décès ; (iv) les modifications des pratiques funéraires ; (v) l'assistance aux personnes malades du VIH/SIDA, (vi) le statut social du chef de ménage ; (vii) le niveau d'instruction des membres des ménages PVVIH.*

- *Le démantèlement de l'ordre social*

98% des PVVIH interrogées ont déclaré que le sida a véritablement engendré un *démantèlement de l'ordre social* dans la mesure où elle a provoqué dans plusieurs cas : la dislocation familiale, la perte des valeurs traditionnelles de solidarités, le renvoi des PVVIH des familles, le divorce, le suicide, l'abandon des enfants, le changement de religion, la stigmatisation.

- *Les troubles sociaux*

La quasi-totalité des PVVIH interrogées (93%) a déclaré que le VIH/SIDA a plusieurs conséquences sur le plan social dont notamment: les conflits entre les familles, les mésententes conjugales, le manque de solidarité, l'insécurité

sanitaire, la peur de mourir, la pauvreté et la famine. Le VIH/SIDA est aussi instigateur des états suivants : peur, suicide, divorce, dislocation des relations entre familles, perte d'emploi, discrimination et stigmatisation, dégradation des liens communautaires, bouleversement des mœurs, haine de l'Autre, ostracisme des pairs et déni de préséance.

- *L'augmentation du nombre des orphelins et des décès*

Les informations recueillies à ce sujet attribuent largement l'accroissement des décès et l'augmentation des orphelins au VIH/SIDA. Les causes probables ainsi évoquées sont, entre autres, *la sorcellerie et le VIH/SIDA*³³. Toutefois, le niveau de cet impact n'est pas statistiquement significatif, au seuil de 5%.

V- ANALYSE

1- Le statut social du chef de ménage tenant compte du sida

À cause du VIH/SIDA, le chef de ménage traditionnellement porteur de vie, de prospérité, de production de richesse et de reproduction sociale est désormais perçu comme nocif puisque détenteur et dispensateur d'angoisses, de soucis et de mort dans la structure familiale et la sphère domestique. Il est celui par qui la maladie et la mort auront introduit le désarroi, le deuil et la haine dans la famille ou la sphère domestique. Les stigmates jetés sur la famille d'origine se mesurent à l'aune du discrédit reçu (ou perçu) par la belle-famille qui ne voit pas quoi faire avec les enfants de celui (ou de celle) par qui la maladie incurable est venue détruire. Le degré de ressentiment varie considérablement, selon le niveau d'instruction des membres des ménages. L'enquête a montré un plus grand dépassement d'esprit, selon que les critiques sont de niveau d'instruction supérieur. Les récriminations contre les tiers enflent autrement ! Comme si l'ouverture d'esprit envers la maladie ou sa perception est fonction de la capacité de discernement que procure généralement l'instruction élevée ou l'information pertinente. *Le chef de*

³³ Dans les représentations de la maladie au sein des cosmogonies béninoises, certaines formes de maladies opportunistes, curieuses et bizarres, inexplicables au demeurant, sont d'office cataloguées comme des manifestations diaboliques ou sorcières.

ménage est d'office générateur de sentiments ambigus, d'états d'âmes mortifères et de contingences funestes. Distributeur de tristesse et de ruine, il est le Souci incarné.

On assiste effectivement à un changement structurel de la perception du statut social du chef de ménage malade du sida. Le chef de ménage initialement pourvoyeur de denrées et de ressources, donc, le distributeur de vivres et d'affections, en est désormais le prédateur ou le consommateur, le plus grand consommateur parasite ou l'âme damnée des grandes angoisses, du fait de sa maladie. Il est perçu comme l'utilisateur absolu des ressources productives de son ménage. Auparavant respecté et/ou vénéré parce que figure dominante du ménage, le chef de ménage malade est désormais, sinon pathétique du moins pitoyable, parce que vulnérable du fait du VIH/SIDA. De même, auparavant source de sécurité pour les siens parce que garant de prospérité et de munition, ce chef de ménage malade n'est plus que source d'insécurité, de précarité et d'indigence, parce que frappé par le sida. *Et contrairement au fauve de la jungle blessé au flanc qui s'empresse de se mettre sous la protection des siens pour guérir et se remettre³⁴, le chef de ménage malade du sida devient plutôt un important facteur de la déstabilisation de l'ambiance et de l'ordre régnants.*

Marginalisé, il n'est pas le patriarche cacochyme qui jouit paisiblement d'une sorte d'assurance-vieillesse bien méritée et à qui l'on doit assistance et vénération comme la récompense bien méritée d'un parcours exemplaire à la tête et au profit du ménage ou du clan qui le lui rend bien. Vestige sinistre d'un passé révolu, il est plutôt devenu l'ombre d'une autorité qui ne s'affirme plus aux confins du ménage, à la lisière de la sphère domestique, mais qui s'infirmes plutôt à l'orée d'une déchéance irréversible induite par la maladie : *pour tout le monde, le VIH/SIDA est pervers.* Et quand ils sont plongés dans leurs pensées angoissées ou stressées, les membres de sa famille (y compris ceux de son ménage) qui n'indexent pas une quelconque manifestation karmique, se disent souvent que grandeur et décadence riment à diapason et

³⁴ Le fauve de la savane, moins fort, recourra à des solutions ou vengeances mesquines, souvent inefficaces.

constituent chez l'Homme les deux facettes d'une même réalité : la vie de l'Homme sur terre !

On assiste ainsi à un avatar de préséance, donc à une recomposition de la structuration du ménage ainsi infecté et affecté par le VIH/SIDA. Le chef de ménage démissionnaire malgré lui, est d'emblée suppléé par un autre "chef" beaucoup plus jeune, donc de faible capital social et conséquemment vulnérable, non nécessairement préparé à assumer sa charge et ses nouvelles responsabilités (donc, de faible pouvoir économique), dans une incontestable altération de l'image ou de la perception de l'ancien chef de ménage.

2- Impact socioéconomique du VIH/SIDA sur le statut des enfants chefs de ménages : les OEV en intégration

L'information qualitative disponible montre que les enfants chefs de ménages mènent leurs propres activités, n'ayant vraiment pas le choix. 79% des personnes enquêtées affirment ainsi que l'enfant chef de ménage a ses propres activités de production et 54% des personnes interrogées soutiennent que ces activités sont bien gérées et bien gardées. Le VIH/SIDA a rendu très tôt responsables (dans le sens de la production), les enfants devenus, à leur corps défendant, chefs de ménages "adultes"³⁵ responsabilisés par les contingences. Ceci induit d'office des *aménagements fonctionnels des nouveaux types de ménages qui n'ont aucune garantie quant à la poursuite de la scolarité ou de l'apprentissage de ces enfants, pour une meilleure vie sociale future.*

La sous-population d'enfants chefs de ménages à l'*Etude sur l'Impact Socioéconomique du VIH/Sida sur l'Education et l'Agriculture au Bénin (2011)* ne rend pas entièrement compte de la situation des enfants orphelins du VIH/SIDA au Bénin. En effet, quand ils ne sont pas chefs de ménages, les enfants orphelins n'ont qu'un choix parmi les trois trajectoires suivantes : (i) vivre chez des adultes de plus de 55 ans (généralement leurs grands-parents) ; ou (ii) chez des aînés (frères ou sœurs plus âgés) ou enfin (iii) dans la rue où

³⁵ La dynamique interne des sphères domestiques béninoises montre que l'âge n'intervient plus quand des responsabilités d'adultes sont assumées. L'acteur en situation est traité comme tel.

ils vont grossir le nombre de jeunes délinquants, des criminels potentiels ou des victimes collatérales de criminels dangereux en mal de sensations fortes. On note ainsi que *le VIH/SIDA induit de nouveaux arrangements résidentiels à issues incertaines : le confiage ou la délinquance potentielle dans la rue.*

En outre, les ménages des enfants chefs de ménages ont fatalement des besoins spécifiques dont un soutien psychologique et économique permanent. Leur enfance et leur adolescence leur ont été volées par l'immixtion du sida dans leur vie. *Comment espérer qu'ils en bénéficient dans un contexte social comme le leur où la stigmatisation et le déficit de structures de prise en charge ou de soutien y ont leurs lits bien établis ?* A défaut, il est fort à craindre que ces enfants versent dans la consommation de substances psychotropes ou autres, nocives à leur santé (drogues ou succédanés) ou vivent simplement d'expédients qui en font des criminels potentiels. Ils sont dès lors plus enclins à des comportements suicidogènes ou erratiques, ou prédisposés à des idées suicidaires, devenant du coup, des proies faciles pour des adultes pervers, mal intentionnés et prédateurs d'enfants sans défense, donc vulnérables à de nombreux points de vues (sexuel, matériel, psychologique, ...). Des problèmes sociaux en perspective !

Ces enfants chefs de ménages dont la scolarité a des lendemains incertains, sont généralement des orphelins doubles (décès des deux géniteurs) ou des orphelins simples (décès d'un seul géniteur) dont la santé ou la précarité du géniteur vivant ne permet pas d'assurer une prise en charge conséquente, d'envisager ou de susciter la prise en charge sociale appropriée. Solidarité, oui mais, répartition des ressources recentrées préférentiellement en direction des siens, tel semble être le credo ! On n'a pas de raisons de penser que la solidarité des structures familiales traditionnelles éprouvées par l'impact socioéconomique du sida puisse infléchir le cours des égoïsmes qui se cristallisent davantage à l'aune des réactions communautaires à la crise économique générale. Ces égoïsmes livrent plutôt les personnes infectées et affectées du sida à elles-mêmes, sans préparation initiale ; sans grande possibilité d'apprendre un métier ou d'aller à l'école. *L'éducation pour tous "EPT" n'a-t-elle pas potentiellement du plomb dans l'aile ?*

Comme conséquences plausibles de l'impact socioéconomique du VIH/SIDA sur les ménages, il y a donc eu des arrangements résidentiels ou des aménagements fonctionnels des nouveaux types de ménages. De façon générale, on note que le ménage voit sa dimension traditionnelle se transformer et il devient pour ces victimes innocentes du VIH/SIDA une sorte de *famille sociale ou sociétale* qui privilégie la gestion d'angoisses identiques et légitime la convivialité. Le ménage est alors un creuset de vie collective (ou communautaire) exempté de lien de parenté, de consanguinité ou de filiation, mais à travers lequel les personnes concernées se sentent pourtant "*en famille*", parce que admises/acceptées, aimées et intégrées.

Comme le nom du célèbre feuilleton ivoirien, "*... C'est ma famille !*", clament facilement ces personnes rassemblées pour la circonstance en communauté par la vie et pour la vie en famille, dans ce référentiel de vie auquel elles doivent leur survie et leur intégration sociale spécifique. Il n'est pas nécessaire de s'interroger sur le contenu qu'elles donnent au concept "*famille*" ici aussi contextuellement bourré de sens et de puissance³⁶. En fait, rejetés par les leurs (ou une société violente déshumanisée), ces enfants se considèrent désormais comme des *enfants du monde*, sans parents biologiques ou consanguins, des rejetons d'une dynamique ostracisante, des rejets d'un monde de moindre humanité. De sorte que, avec une attache sentimentale quasiment nulle, ils sont plus enclins à se déplacer plus librement et à s'expatrier plus résolument. Sans nécessairement être des parias potentiels, ce sont des gens qui ne s'émeuvent point des détresses d'un pays qu'ils ignorent crânement, pour les avoir ignorés.

En fait, sans *famille biologique* au sens traditionnel, ils estiment ne rien devoir (ou avoir) qui les retienne dans une communauté qui ne les retient point. Ainsi formatés à la sécheresse affective et au narcissisme, ces jeunes sont

³⁶ Entité socialement construite et constituée de personnes qui reconnaissent l'autorité d'une figure dominante (chef du ménage), qu'elles soient affiliées (ménage/famille nucléaire) ou non (ménage/famille nucléaire élargi aux apparentés ou aux alliés), le ménage devient ainsi une réalité sociale de membres (êtres humains vivant les outrages du temps et les vicissitudes de la vie) qui décrètent souverainement leur propre fraternité pour vivre.

différemment sentimentaux et s'auto-protègent dans l'égoïsme, sorte de carapace contre l'égoïsme d'un monde sans humanité probante. Avec leurs référentiels psychologiques différents, ils ne s'émeuvent pas facilement comme leurs pairs, dans la cote de l'insensibilité. Le fait de porter des noms de familles identifiables dans la société béninoise, ne les rend en rien redevables envers les autres personnes de même nom : le clan n'existe plus ! *"Ils m'ont rejeté, je ne les reconnais plus !"* (*Eprouvé du sida, 15 ans, niveau primaire*). On remarque ainsi un déni de parentèle consécutif à l'amertume de la déception et de la radicalisation de posture. Ce clivage de référentiel éponymique ou totémique remet en cause la perception initiale de la famille élargie. Il bat en brèche la prégnance du lignage (ou du clan) sur l'individu, le primat du Tout clanique sur l'individualisme singulier. Le fils, sorte de gynécée que le clan protégeait, n'existe plus, chacun ne devant compter que sur soi ! *Il y a ainsi une accentuation de l'hétérogénéité sociale, une fragmentation du corpus initial³⁷, dans un pays africain (le Bénin) où la solidarité mécanique, au sens de Durkheim, gît désormais au musée des souvenirs, et/ou se consume au temple des nostalgies³⁸.*

La présente étude qui revisite autrement les concepts fondamentaux de ménage et de famille, apporte de nouveaux éléments d'analyse sur les arrangements résidentiels et les aménagements institutionnels induits par l'impact du VIH/SIDA sur les ménages béninois. De nouveaux arrangements résidentiels qui drainent une nouvelle gestion des circonstances et des solidarités ; une gestion qui mue en fraternité ce qui au départ n'était que convivialité de crise. A force de partager les mêmes angoisses, d'ingérer les mêmes servitudes ou des pulsions similaires et de digérer les mêmes contingences, cette fraternité exsude une familiarité nouvelle, sorte de *famille autrement recomposée* (cadre de relations spécifiques) dont les membres ont certes des liens *a-parentaux* (hors alliances) ou *a-consanguins* (hors filiation) mais se perçoivent comme des frères et sœurs, dans une institution sociétale en intégration. Cette a-parentalité est porteuse d'une forte solidarité fraternelle

³⁷ Comme la fragmentation sociale due au sida, au sens de Moser (1998).

³⁸ Une étude spécifique sur les trajectoires des OEV au décès de l'un ou des deux parents sociaux (biologiques ou non) fournira certainement des données intéressantes sur les solidarités communautaires africaines actuelles.

qui permet, par un vivre-ensemble et un faire-commun, une gestion consensuelle des solitudes et angoisses initiales. Ces types de ménages sont exempts (ou privés) des transferts intergénérationnels et des différents soutiens/assistances (monétaires, entre autres) caractéristiques des ménages traditionnels (ou des membres de famille étendue).

Cette a-parentalité dure pour ces OEV le temps de nouvelles fortunes pour se séparer à la lisière des départements du pays, l'avènement de nouvelles opportunités pour se disperser aux quatre coins du monde, comme des oiseaux migrateurs en quête permanente de cieux prometteurs, d'oasis rétentrices. Sans attache parentale pérenne, ils sont en quête permanente de sédentarité affective qu'ils finissent par trouver dans le reformatage de leurs structures mentales pour une nouvelle appréciation de la société humaine. C'est donc de stratégies de survie dont il s'agit fondamentalement ici ; elles se manifestent comme un rejet de l'ostracisme qu'une communauté voulut leur imposer. Vivre résolument la différence dans l'innovation pour soi d'abord et pour les autres ensuite, tel est leur crédo ; tel est le mode opératoire des OEV ostracisés. Stratégies de survie pour les personnes en situation, ces arrangements, sortes de situations familiales de fait, apparaissent ainsi comme des réponses individuelles à une menace collective, une réaction à un enjeu de vie. Les dynamiques différenciées apparaissent ainsi comme des réponses sociétales, des mécanismes d'ajustement à des logiques d'exclusion spécifiques : l'Individu éprouvé réagit au Groupe affecté en ébranlant les fondements primaires de solidarité communautaire face aux grands enjeux collectifs. Issu d'un certain creuset familial, l'OEV en intégration en invente un autre, dans son rôle et ses fonctions de chef de ménage.

CONCLUSION

Cette étude socio-anthropologique d'une conséquence du sida dans les structures familiales est pionnière. Aucun travail précédent n'ayant traité de notre thématique, nos analyses n'ont pu confronter des points de vue d'autres espaces (culturel, scientifique, géographique, ...). Cette relative faiblesse est pourtant l'une des grandes forces de l'étude qui vient certainement combler un grand vide.

Fait social transversal de la vie des communautés africaines depuis plus de trois décennies, le sida crée et impulse au Bénin de nouvelles dynamiques sociales, dans des logiques individuelles différenciées. Après ses facettes médicales et épidémiologiques largement répandues dans la littérature et son impact économique également abordé, l'étude note que la trajectoire bibliographique relative aux dimensions socio anthropologiques de la prégnance du sida dans les familles et ménages africains reste limitée. Du fait de la prégnance du VIH/SIDA sur les communautés béninoises, la représentation de la famille n'est plus ce qu'elle était. Les éléments d'analyse sur les arrangements résidentiels et les aménagements institutionnels induits par l'impact du VIH/SIDA sur les ménages béninois ont permis de revisiter les concepts fondamentaux de ménage et de famille, pour de nouvelles perspectives.

Appréciant les informations disponibles, l'étude qui s'est intéressée aux interactions sociologiques entre le sida et les OEV au Bénin, a montré comment, pour des personnes durement éprouvées par la vie – donc, dérégées ou doublement réglées – la famille n'est plus nécessairement faite de liens de sang ou de consanguinité ; elle est plutôt la manifestation d'un faisceau de fortes solidarités d'essence fraternelle, à la limite, religieuses, ou d'une constellation de convivialités agissantes et mutantes. Il y a donc utilité à envisager une étude-témoin approfondie par une conséquente analyse démographique des ménages à incidence OEV, ne serait-ce que pour mieux apprécier, par exemple, l'âge moyen des chefs de ménages OEV. Une autre dynamique de prise en charge des orphelins peut alors être préconisée par une sécurité sociale plus humaine ou des filets de sécurité sociale efficaces pour chacun et pour tous.

BIBLIOGRAPHIE

Assemblée Parlementaire de la Francophonie et ONUSIDA, Les Parlementaires s'engagent. Partenariat international contre le sida en Afrique, juillet 2000.

Banque Mondiale, *The World Factbook & CIA*, Washington, D.C., 2006.

BOLLINGER, Lori et STOVER, John, Impact économique du sida au Bénin, Résultats d'un examen de la littérature, septembre 1999.

BOLLINGER, Lori et STOVER, John, Impact économique du sida au Burkina Faso, Résultats d'un examen de la littérature, septembre 1999.

CNLS Bénin, Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST (2007-2011), Cotonou, Caci, 2011.

CNLS Bénin, Etude d'inventaire des ONG intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA au Bénin, Cotonou, Caci, 2011.

CNLS Bénin, Etude d'impact socio-économique du VIH/SIDA/IST sur le secteur de l'éducation, Rapport d'étude, Cotonou, Caci, Mars 2011

CNLS Bénin, Rapport National de Situation Bénin (à l'intention de UNGASS Bénin), Cotonou, Caci, 2010.

CNLS Bénin (2010), Revue des progrès pour le passage à l'échelle de l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien au Bénin, 2010.

CNLS Bénin, Rapport général d'activités du Comité National de Lutte contre le sida, Cotonou, Caci, 2008.

CNLS Bénin, Rapport National de Situation à l'Intention de UNGASS Bénin, Cotonou, Caci, 2008.

CNLS Bénin, Rapport général d'activités du Comité National de Lutte contre le sida, Cotonou, Caci, 2007.

CNLS Bénin, *Impact du VIH au Bénin*, Cotonou, Caci, Mai 2007.

CNLS Bénin, Revue du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Bénin, 2001-2005, Cotonou, Caci, 2006.

DEDY Séri & TAPE, Gozé, Sida et procréation en Côte d'Ivoire : le cas d'Abidjan. Projet National de Lutte contre le Sida, Document du PNL/CNLS Côte d'Ivoire, Abidjan, 1995.

GAGNE, David, « Le rôle des personnes atteintes du VIH/sida en Afrique dans les centres de soins et dans l'action communautaire : des succès et des obstacles » in *Sciences Sociales et SIDA en Afrique : Bilan et Perspectives*, colloque international, Dakar, 4 -8 Novembre. 1996, pp.823-825.

GOHY, Gilles Expédit, *Impact socioéconomique du VIH/SIDA sur le secteur éducatif au Bénin*, communication présentée à la 6^{ème} Conférence Africaine sur la Population, Ouagadougou, 05-09 décembre 2011. 35 pages + tableaux.

HASSOUN Jacques, « La solidarité familiale et communautaire à l'épreuve du sida. Résultats d'une enquête auprès des femmes malades du sida à

Abidjan » in *Sciences Sociales et SIDA en Afrique : Bilan et Perspectives*. Colloque international, Dakar, 4 –8 Novembre 1996, pp. 697-710.

INSAE, *Annuaire statistique du Bénin*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2011

INSAE, 4^{ème} Recensement de la Population et de l'Habitation du Bénin, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2015.

KABLAN, Cléopâtre, OBRIST, Brigit, CISSE, Guéladio, WYSS, Kaspar, TOURE, Ismaïla & TANNER, Marcel, « VIH/SIDA, genre et vulnérabilité », in *Vertigo - la revue électronique en sciences de l'environnement* [En ligne], Hors-série 3 | décembre 2006, mis en ligne le 01 décembre 2006, consulté le 09 juin 2015. URL : <http://vertigo.revues.org/1844> ; DOI : 10.4000/vertigo.1844

LAROUSSE, *Dictionnaire Larousse*, Paris, Larousse, 2001.

Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MFFE) & UNICEF Bénin, *Document de Politique de Protection de l'Enfant*, Cotonou, 2007.

MOSER, Caroline. 1998. «The asset vulnerability framework: Reassessing urban poverty reduction strategies » in *World Development* 26, 1-19.DOI : 10.1016/S0305-750X(97)10015-8.

ONUSIDA, « Principes directeurs applicables aux études de l'impact social et économique du VIH/SIDA », in *OMS Reports*, Genève, 2011.

ONUSIDA, « Le point sur l'épidémie » in *ONUSIDA Reports*, Genève, 2005

OUEDRAOGO, Amadou, « VIH/SIDA et le secteur de l'éducation au Burkina Faso : Revue des politiques et de la recherche, 1999-2002 », in *ROCARE – Burkina Faso*, mai 2004.

PNLS Bénin, *Rapport de Surveillance de l'Infection par le VIH et de la Syphilis au Bénin*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2004.

PNLS Bénin, *Rapport de Surveillance de l'Infection par le VIH et de la Syphilis au Bénin*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2005.

PNLS Bénin, *Rapport de Surveillance de l'Infection par le VIH et de la Syphilis au Bénin*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2006.

PNLS Bénin, *Rapport de Surveillance de l'Infection par le VIH et de la Syphilis au Bénin*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2007.

PNLS Bénin, *Rapport de Surveillance de l'Infection par le VIH et de la Syphilis au Bénin*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2008.

PNLS Bénin, *Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST, 2001-2005*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2006.

PNLS Bénin, *Cartographie des sites de CDV, PTME et Prise en charge, 2005&2009*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2009.

PNLS Bénin et INSAE, *Enquête Démographique et de Santé (EDS)*, Calverton & IRD Macro Inc., 2006.

PNLS Bénin, *Enquête de Surveillance des Comportements à risque d'infection à VIH/SIDA/IST au Bénin*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2001.

PNLS Bénin, *Enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/SIDA au Bénin*, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2005 ;

PNLS Bénin, *Enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/SIDA au Bénin*, Tome1 : Travailleuses de sexe, Routiers et Clients de travailleuses, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2008.

PNLS Bénin, *Enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/SIDA au Bénin*, Tome2 : Adolescents, jeunes scolaires et travailleurs non mariés de 15à 24 ans, Cotonou, Imprimerie Whannou, 2008.

PNUD (2009), *Progrès vers l'atteinte des OMD*, Cotonou, Imprimerie Whannou, Cotonou.

PNUD Bénin (1998), « Impact du VIH/SIDA sur les secteurs porteurs de l'économie au Bénin » in *Tableau de bord social du Bénin*, Cotonou, Whannou, 1998.

PNUD, *Rapport sur le développement humain 2010*, Edition du 20^{eme} anniversaire, Cotonou, Imprimerie Whannou, Cotonou, 2011.

PUTNAM, Robert, 1993. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press: Princeton, NJ., 1993.