



**Université René Descartes
Laboratoire Popinter**

**Analyse de la situation
sociodémographique et
des pratiques de prise en
charge familiale des
orphelins en Zambie**

**Mémoire de recherche sous la
direction du Pr.Yves Charbit**

**Candice Audemard
Master 2 recherche
2005-2006**

Remerciements

Pour avoir contribué chacun à leur manière à la rédaction de ce mémoire, je tiens à remercier les personnes suivantes :

-

Monsieur le Professeur Yves Charbit et Monsieur le Professeur Jean Copans pour avoir dirigé ce travail

Annabel Degrées du Loû pour être l'initiatrice de ce projet, pour son soutien tout au long de l'année, pour avoir relu ce travail

Amadou Issifou, Pierre Khayati, Joseph Larmarange et Hermann Brou pour leurs encouragements, leur aide précieuse et leurs conseils

Toute l'équipe du laboratoire Popinter et notamment Lucas

Les amis et la famille pour être présent à chaque instant

Sommaire

AVANT PROPOS	9
---------------------------	----------

PARTIE 1 :	10
-------------------------	-----------

LE CONTEXTE DE LA ZAMBIE.....	10
--------------------------------------	-----------

I. LE CONTEXTE SOCIOECONOMIQUE DE LA ZAMBIE : ENTRE FAMINE, PAUVRETE ET DEPENDANCE A L'AIDE INTERNATIONALE	11
II. LE CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE DE LA ZAMBIE	14
1. UNE POPULATION GRANDISSANTE	14
La structure par âge et par sexe de la population	15
2. UN RALENTISSEMENT PROGRESSIF DE L'ACCROISSEMENT DEMOGRAPHIQUE	16
3. UNE LEGERE BAISSSE DE LA FECONDITE	16
4. UNE MORTALITE ELEVEE	18
III. LE CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH.....	20
1. UNE PREVALENCE ELEVEE A VIH/SIDA	20
2. LA ZAMBIE, UN DES PAYS DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE LE PLUS TOUCHE PAR L'EPIDEMIE DE SIDA.....	22
3. LE VIH/SIDA TOUCHE DAVANTAGE LES FEMMES QUE LES HOMMES.....	23
4. L'IMPACT DU VIH/SIDA SUR LE TAUX DE MORTALITE	24
Une prévalence à VIH et une mortalité différentielle selon le sexe et l'âge	25
Des disparités régionales	27
5. L'IMPACT DU VIH/SIDA SUR L'ESPERANCE DE VIE	28
6. UNE AUGMENTATION CROISSANTE DU NOMBRE D'ORPHELINS A CAUSE DU SIDA	29
L'évolution et l'ampleur du phénomène en Zambie	29
Une augmentation des orphelins de mère à cause du Sida	31
Une augmentation d'orphelins doubles	32
L'Afrique Australe, la zone la plus touchée du continent africain par l'orphelinage	33
Des projections alarmantes.....	34
Les orphelins vivent principalement en zone urbaine	36
L'impact du nombre croissant d'orphelins sur les familles	38
IV. CARACTERISTIQUES DE LA STRUCTURE DES MENAGES ZAMBIENS	39
Le ménage et la famille, des concepts différents	39
1. LES FAMILLES CARACTERISEES PAR LA FILIATION MATRILINEAIRE.....	40
2. LA COMPOSITION ET LA TAILLE DES MENAGES ZAMBIENS.....	41
Les ménages regroupent majoritairement des enfants et adolescents	41
Une augmentation des femmes chefs de ménage	41

<i>Une diminution de la taille des ménages</i>	42
--	----

PARTIE 2 **45**

METHODOLOGIE DE RECHERCHE **45**

I. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	46
1. <i>OBJET DE L'ETUDE</i> :	46
2. <i>PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE</i> :	47
3. <i>HYPOTHESES DE RECHERCHE</i> :	47
II. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	48
1. <i>SOURCE DE DONNEES</i>	49
<i>L'intérêt d'utiliser les données de type EDS pour la présente étude</i>	49
2. <i>LES INDICATEURS ET LES VARIABLES A EXAMINER</i>	50
<i>Comment repérer les enfants orphelins à travers les données EDS ?</i>	51
3. <i>DEFINITIONS OPERATIONNELLES</i>	52
4. <i>PLAN D'ANALYSE</i>	53
5. <i>L'ANALYSE DE DONNEES SECONDAIRES, LES PREMICES DE L'ANALYSE EXHAUSTIVE DE LA SITUATION DES ORPHELINS</i>	54
6. <i>LES LIMITATIONS DE L'ANALYSE DES DONNEES SECONDAIRES</i>	55

PARTIE 3 **56**

ANALYSE ET RESULTATS..... **56**

I. LA DEFINITION DE L'OBJET D'ETUDE	57
1. <i>L'AGE DES ENFANTS ETUDIES</i>	57
2. <i>LES TYPES D'ENFANTS ETUDIES</i>	58
3. <i>LES TYPES DE RESIDENCE DES ENFANTS AVEC LEUR PARENT</i> :	58
4. <i>LES TYPES DE MENAGE D'ACCUEIL DES ORPHELINS</i>	59
II. L'AMPLEUR DU PHENOMENE DE L'ORPHELINAGE EN ZAMBIE	60
1. <i>UNE AUGMENTATION DU NOMBRE D'ORPHELINS</i>	60
2. <i>UNE AUGMENTATION DES ORPHELINS DE PERE</i>	61
3. <i>UNE AUGMENTATION DES ORPHELINS DOUBLES</i>	63
4. <i>LE NOMBRE D'ORPHELINS PAR REGION</i>	64
III. LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES ORPHELINS	68
1. <i>L'AGE DES ORPHELINS</i>	68
2. <i>LE NOMBRE D'ORPHELINS PAR SEXE</i>	69
3. <i>LE NOMBRE D'ORPHELINS PAR LIEU DE RESIDENCE</i>	70
IV. LES ARRANGEMENTS RESIDENTIELS DES ORPHELINS : LES MECANISMES DE PRISE EN CHARGE DES MENAGES ZAMBIENS	72
1. <i>LA CONSTRUCTION D'UNE TYPOLOGIE PERMETTANT DE DISTINGUER LES DIVERSES SITUATIONS DE RESIDENCE DES ENFANTS EN FONCTION DE LEUR PROFIL</i>	72
2. <i>LA CONSTRUCTION D'UNE TYPOLOGIE PERMETTANT DE DISTINGUER LES DIVERS LIENS DE PARENTE ENTRE L'ENFANT ET LE CHEF DE MENAGE DANS LEQUEL IL VIT</i>	73
3. <i>LES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS NON ORPHELINS</i>	74
<i>La résidence des enfants non orphelins avec les deux parents</i>	74
<i>Lorsque les enfants non orphelins vivent avec un seul parent</i>	74

<i>Lorsque les enfants non orphelins ne vivent pas avec aucun de leurs parents</i>	75
<i>L'ampleur et l'évolution du confiage d'enfant en Zambie</i>	80
<i>Le lien de parenté entre les enfants confiés non orphelins et le chef de ménage d'accueil.....</i>	81
4. LES ORPHELINS SIMPLES SONT MAJORITAIREMENT PRIS EN CHARGE PAR LE PARENT SURVIVANT	
84	
<i>De plus en plus d'orphelins de père sont pris en charge par leur mère</i>	84
<i>Le lien de parenté entre l'enfant orphelin simple et le chef de ménage qui l'accueille.....</i>	87
<i>Lorsque les orphelins simples ne vivent pas avec le parent survivant.....</i>	90
5. LA PRISE EN CHARGE DES ORPHELINS DOUBLES	91
<i>Le rôle grandissant des grands parents dans l'accueil des orphelins doubles.....</i>	91
V. LES CARACTERISTIQUES DES MENAGES D'ACCUEIL DES ORPHELINS.....	95
1. LES TYPES DE MENAGES D'ACCUEIL DES ORPHELINS.....	95
2. UNE EVOLUTION VERS UNE PRISE EN CHARGE DES ORPHELINS PAR DES MENAGES DE MOINS EN MOINS ELARGI.....	96
3. DE PLUS EN PLUS DE MENAGE COMPRENANT PEU D'ADULTES PRENNENT EN CHARGE LES ORPHELINS	98
4. UN NOMBRE CROISSANT D'ORPHELINS DOUBLES EST PRIS EN CHARGE PAR LES MENAGES DIRIGES PAR UNE FEMME	101
5. DE PLUS EN PLUS D'ORPHELIN VIVENT DANS DES MENAGES DIRIGES PAR UN MEMBRE AGE DE PLUS DE 55 ANS	104
VI. L'IMPACT DU NOMBRE CROISSANT D'ORPHELINS SUR LES MENAGES.....	105
1. LA CRISE DES ORPHELINS PARTICIPE A LA SATURATION DU SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AU SEIN DES MENAGES	105
2. L'AGGRAVATION DE LA PAUVRETE AU SEIN DES MENAGES PRENANT EN CHARGE DES ORPHELINS	106
<u>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</u>	<u>108</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>110</u>
<u>ANNEXE 1.....</u>	<u>119</u>
<i>LORSQUE LES ENFANTS ORPHELINS NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR LA FAMILLE ELARGIE : LES CAS SPECIFIQUES DES ENFANTS CHEFS DE MENAGE ET DES ENFANTS DES RUES.....</i>	119
<i>Une augmentation des enfants chef de ménage en Afrique subsaharienne</i>	119
<i>Une augmentation des enfants des rues à Lusaka.....</i>	121

Liste des tableaux

<i>Tableau 1: L'évolution de la population de 1980 à 2000</i>	14
<i>Tableau 2 : La population de moins de 18 ans en 2004</i>	15
<i>Tableau 3: Evolution du taux annuel d'accroissement démographique de 1970 à 2004</i>	16
<i>Tableau 4 : Evolution du taux de fécondité de 1980 à 2000.....</i>	17
<i>Tableau 5: Evolution du taux brut de natalité de 1970 à 2004.....</i>	17
<i>Tableau 6: Evolution du taux brut de mortalité de 1970 à 2004 (‰)</i>	18
<i>Tableau 7: Evolution de l'espérance de vie de la population de 1970 à 2004</i>	18
<i>Tableau 8: Espérance de vie à la naissance par sexe en 1980, 1990, 2000</i>	19
<i>Tableau 9: Taux de mortalité adulte par tranche d'âge en 1996 et 2001/02 (‰).....</i>	19
<i>Tableau 10: Ampleur de l'épidémie à VIH en 2003.....</i>	21
<i>Tableau 11: Evolution du nombre d'orphelins maternels et doubles à cause du VIH/SIDA de 1990 à 2010 en Zambie (en milliers)</i>	29
<i>Tableau 12: Nombre d'orphelins à cause du Sida et toutes causes confondues en 2003 en Zambie</i>	30
<i>Tableau 13: Augmentation du nombre d'orphelins doubles de 1990 à 2010 en Afrique subsaharienne.....</i>	32
<i>Tableau 14 : La composition des ménages par âge et par sexe en 1996, 2002 (en %)</i>	41
<i>Tableau 15: Evolution du pourcentage de femmes chefs de ménage de 1992 à 2002</i>	42
<i>Tableau 16 : Taux de femmes chef de ménage par classe décennale en Zambie :</i>	42
<i>Tableau 17: Evolution du nombre moyen de personne par ménage de 1992 à 2002</i>	43
<i>Tableau 18 : Nombre et pourcentage d'enfants orphelins par type en 1996 et 2001/02.....</i>	60
<i>Tableau 19 : Répartition (en %) de tous les hommes et de toutes les femmes et de ceux/celles actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, 2001/02</i>	62
<i>Tableau 20: proportion d'orphelins par type et par région en 1996 et 2001/02.....</i>	64
<i>Tableau 21: Taux de mortalité adulte par région en 2001/02</i>	65
<i>Tableau 22: Nombre de réfugiés angolais et congolais en Zambie en 2002</i>	67
<i>Tableau 23: Le nombre d'orphelins par type et par âge en 2001/02 (Unité simple et pourcentage).....</i>	69
<i>Tableau 24 : Le nombre d'orphelins par type et par sexe en 2001-02 (unité simple et pourcentage).....</i>	70
<i>Tableau 25: Pourcentage du nombre d'orphelins par type et lieu de résidence en 2001-02 ..</i>	71
<i>Tableau 26: Les tendances des mécanismes de prise en charge des enfants non orphelins en rapport à la résidence des parents en 1996 et 2001/02</i>	76
<i>Tableau 27 : Evolution du pourcentage d'enfants confiés en Zambie de 1992 à 2002</i>	80
<i>Tableau 28: Lien de parenté entre les enfants non orphelins et le chef de ménage</i>	82
<i>Tableau 29: résidence des orphelin simple avec le parent survivant en 1996 et 2001/02</i>	84
<i>Tableau 30: Lien de parenté entre les enfants orphelins simples et le chef de ménage</i>	87
<i>Tableau 31: Le lien de parenté entre les orphelins simples et le chef de ménage en rapport avec la résidence de l'enfant avec le parent survivant :</i>	89
<i>Tableau 32: Le lien de parenté entre les orphelins doubles et le chef de ménage d'accueil en 1996 et 2001/02</i>	92
<i>Tableau 33 : La répartition des orphelins en fonction du nombre de membres par ménage en 1996 et 2001/02</i>	97
<i>Tableau 34: La répartition des orphelins (en %) en fonction des structures de relations observées dans les ménages d'accueil</i>	98

<i>Tableau 35: Situation matrimoniale et structure du ménage en 2001/02</i>	100
<i>Tableau 36: La répartition des orphelins (en %) en fonction du sexe du chef de ménage</i>	101
<i>Tableau 37: La répartition des orphelins simples par type (en %) en fonction du sexe du chef de ménage</i>	102
<i>Tableau 38: La répartition des orphelins simples par type (en %) en fonction de leur résidence avec le parent survivant et du sexe du chef de ménage.</i>	103
<i>Tableau 39: La prise en charge des orphelins en fonction de l'âge du chef de ménage</i>	104
<i>Tableau 40: Taux de dépendance en Zambie</i>	106

Liste des figures

<i>Figure 1: La pyramide des âges en 2001/02</i>	15
<i>Figure 2 : L'Afrique Australe, l'épicentre de l'épidémie du VIH</i>	22
<i>Figure 3: La prévalence du VIH parmi les 15 à 24 ans dans des pays choisis d'Afrique subsaharienne</i>	23
<i>Figure 4 : Courbe de la mortalité adulte (15-49) par tranche d'âge en 2001-2002 et 1996-1997</i>	24
<i>Figure 5 : Courbe de mortalité adulte par sexe en 1990-95</i>	26
<i>Figure 6: Les disparités de prévalence à VIH des 15-49 ans selon le lieu de résidence dans quelques pays d'Afrique subsaharienne</i>	27
<i>Figure 7: Espérance de vie à la naissance dans certains des pays les plus fortement touchés</i>	28
<i>Figure 8: 34 Millions d'enfants orphelins en Afrique subsaharienne (toutes causes confondues)</i>	33
<i>Figure 9 : Orphelins par région au sein de l'Afrique subsaharienne</i>	34
<i>Figure 10 : Projections du pourcentage d'orphelins d'ici 2010</i>	35
<i>Figure 11 : Pourcentage d'enfants orphelins par résidence en milieu urbain/rural</i>	36
<i>Figure 12: Répartition des orphelins par zone rurale/urbaine</i>	37
<i>Figure 13: Le lien de parenté entre l'enfant orphelin double et le chef de ménage en 1996 et 2001/02</i>	93
<i>Figure 14: La plupart des enfants vivant dans la rue à Lusaka sont orphelins</i>	122

Liste des encadrés

<i>Encadré 1: La crise humanitaire en Afrique Australe</i>	13
<i>Encadré 2 Le confiage d'enfant, une pratique répandue en Zambie, qui ne s'applique pas seulement aux enfants orphelins</i>	77
<i>Encadré 3 : La matrilinearité : stratégies de parenté et de filiation et effets sur la prise en charge des orphelins</i>	86
<i>Encadré 4 Les grands parents fortement sollicités dans la prise en charge des orphelins en Afrique subsaharienne</i>	94

ZAMBIA



Avant propos

Cette étude propose d'analyser la situation sociodémographique et les pratiques de prise en charge des enfants devenus orphelins en Zambie. Il est important de préciser que le pays enregistre un taux de mortalité adulte croissant et élevé, engendrant par conséquent une augmentation du nombre d'orphelins. L'épidémie de Sida qui frappe le pays depuis plusieurs décennies constitue le principal facteur provoquant ce phénomène.

L'objet de cette étude est de mesurer l'ampleur du phénomène par type d'orphelin et par région, de déterminer les caractéristiques démographiques des enfants orphelins, d'étudier les types de prise en charge familiale de ces enfants, d'étudier les caractéristiques des différents types de ménages d'accueil de ces enfants, et enfin de mesurer l'impact du phénomène sur les ménages (3eme partie).

Il s'agit là d'appréhender l'évolution dans le temps de ces différentes caractéristiques et pratiques, en se basant sur l'analyse de données de deux séries d'Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) effectuées en 1996 et 2001/02 en Zambie.

L'intérêt de l'étude est ainsi de comparer les données EDS à travers le temps afin de mesurer l'évolution de l'orphelinage et d'analyser la réaction des ménages face aux changements démographiques (taux de mortalité adulte élevé et augmentation du nombre d'orphelins).

Dans un premier temps, il s'avère indispensable de décrire au préalable les caractéristiques socioéconomiques, démographiques, les caractéristiques épidémiologiques de l'infection à VIH de la Zambie et leur évolution dans le temps, mais également les caractéristiques de la structure des ménages afin d'appréhender le contexte sociodémographique de la Zambie (1ere partie). La deuxième partie sera consacrée à la méthodologie de recherche mise en œuvre pour mener à bien cette étude. Enfin, la troisième partie présentera les résultats de l'analyse.

PARTIE 1 :
LE CONTEXTE DE LA ZAMBIE

I. Le contexte socioéconomique de la Zambie : entre famine, pauvreté et dépendance à l'aide internationale

La Zambie, pays enclavé de l'Afrique australe, s'étend sur une superficie d'environ 750 000 kilomètres carrés. Les pays limitrophes à la Zambie sont l'Angola, la République Démocratique du Congo, la Tanzanie, le Malawi, le Mozambique, le Zimbabwe, le Botswana et la Namibie.

Par rapport aux autres pays d'Afrique subsaharienne, la Zambie est très urbanisée car la moitié de sa population vit en zone urbaine¹.

Longtemps fondée sur l'exploitation du cuivre (65% des exportations - 2ème exportateur mondial) et du cobalt (3ème exportateur mondial), qui représentent ensemble 7% du PIB, l'économie zambienne peut également compter sur l'agriculture (maïs, coton, café, sucre, tabac) qui contribue désormais pour plus de 15% au PIB, notamment grâce à l'arrivée de fermiers du Zimbabwe et à l'action énergique du nouveau Ministre de l'Agriculture. Le potentiel agricole de la Zambie, dont 20% seulement des terres arables sont cultivées, reste très important. La Zambie recèle de vastes ressources terrestres encore inutilisées, qui permettraient une expansion de l'agriculture. Notons par ailleurs que le tourisme (23% du PIB) représente un secteur d'avenir (notamment avec la ville de Livingstone et les chutes de Victoria) qui, pour l'heure, profite essentiellement aux investisseurs sud-africains (Ambassade de France en Zambie, DREE, 2003)

Après la chute brutale des cours des matières premières en 1975, les programmes d'ajustements structurels des années 80, et vingt sept années de dictature du parti unique après les indépendances marquées ainsi par la mauvaise gouvernance et la corruption, la Zambie retrouve peu à peu le chemin de la démocratie avec l'instauration du multipartisme en 1991,

¹ La population urbaine de Zambie représente 49 % de la population totale, et la Zambie reste le pays le plus urbanisé d'Afrique australe, bien qu'un retour dans les campagnes s'opère actuellement en raison de la difficulté de vivre dans les villes. Taille des villes Lusaka, qui regroupe 10% de la population zambienne et les 4 villes les plus importantes : Kitwe, Ndola, Kabwe et Mufulira (Copperbelt) rassemblent 1,5 million d'habitants. ¼ de la population vit dans le Copperbelt.

mais également le chemin de la croissance grâce à la politique de diversification économique, conduite par le gouvernement Mwanawasa (élu en 2001) avec le soutien des bailleurs de fonds. Cette réforme économique a largement contribué à la régulation du taux de croissance du PIB, entravant à la fois la prestation des services sociaux (Jeune Afrique, L'intelligent, 2004). Malgré ces efforts sur le plan économique, la Zambie remonte difficilement la pente, et reste fortement dépendante de l'aide internationale ; la population subissant en première ligne les conséquences de ce marasme économique. .

La Zambie a également bénéficié d'un allègement de sa dette extérieure (passant de 6,4 Mrd\$ à 500 M \$), ait été élu par la communauté internationale pour bénéficier d'une « Facilité de Réduction de la Pauvreté et de Croissance » et d'une « Initiative Pays Pauvres Très Endettés » (IPPTE), cependant, les résultats économiques semblent inférieurs aux prévisions et la dépendance vis-à-vis des sources de financement extérieures des investissements reste considérable (Ambassade de France en Zambie, DREE, 2003).

Par conséquent, ces stratégies ne sont toutefois pas suffisantes pour réduire la pauvreté et permettre d'atteindre la plupart des objectifs du millénaire.

L'enclavement du pays, la pandémie du VIH/SIDA (taux de prévalence autour de 16%), la faiblesse du système éducatif et la pesanteur de la bureaucratie sont les principaux freins à la croissance économique du pays. La pauvreté reste ainsi élevée et constante. Le niveau de vie des Zambiens ne cesse de baisser: en 1980, le PNB par habitant était de 630 dollars E.-U., en 1996 il était estimé à 430 dollars E.-U. En 2003, 64 pour cent de population vit avec moins d'un dollar par jour (FAO, 2003). De plus, le pays est fortement marqué par l'insécurité alimentaire. L'agriculture, étant un des secteurs principaux de l'économie Zambienne, n'est pas épargnée par les catastrophes naturelles : les sécheresses à répétition contribuent à la paupérisation du pays. En 2001, l'ex président Chiluba faisait appel à la communauté internationale pour nourrir les deux millions de personnes (sur 10,8 millions de Zambiens) atteintes par la famine. Opération répétée un an plus tard. En 2003, environ la moitié des enfants de moins de 5 ans souffraient de dénutrition en Zambie (Unicef, 2006).

Encadré 1: La crise humanitaire en Afrique Australe

L'Afrique australe traverse une crise humanitaire sans précédent. Près de 14 millions de personnes, dont la moitié sont des enfants, risquent de mourir de faim dans six pays, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe.

La famine de 1992 était presque exclusivement due à la sécheresse. Cette fois-ci, chacun des pays touchés souffre de la pandémie de VIH/SIDA qui a réduit leur productivité agricole et leur sécurité alimentaire.

Le VIH/SIDA a encore aggravé le problème de la faim. Un foyer touché par le VIH peut voir ses revenus diminuer de près de 80 % et sa consommation alimentaire de 15 à 30 %. Dans la région, une personne sur cinq dans le groupe d'âge productif (15-49 ans) est séropositive.

Cela veut dire qu'un nombre croissant de personnes dépend d'un nombre réduit d'adultes et que ce sont les éléments les plus faibles et les plus marginalisés de la société, en particulier les femmes et les filles, qui se retrouvent à charge de famille. Désespérées, certaines adoptent des « stratégies de survie » à haut risque, comme de vendre leurs terres ou leur corps en échange de nourriture ou d'argent. Leur capacité à s'en sortir s'en trouve affaiblie et elles risquent de s'enfoncer à long terme dans la pauvreté.

En Zambie, plus précisément, depuis 2003, la situation est devenue critique. C'est l'un des pays les plus pauvres du monde, près de 86 pour cent de ses 10,3 millions d'habitants vivant en dessous du seuil de pauvreté.

Un mélange complexe de problèmes climatiques, économiques et sociaux a laissé des millions de gens sans ressources suffisantes en eau et en vivres. Plus de la moitié des provinces souffrent d'un rendement nettement réduit des cultures et des récoltes céréalières à la suite de périodes de sécheresse prolongée, mettant quelque 2,3 millions de personnes à la merci de l'aide d'urgence. Cependant, la crise humanitaire ne se limite pas à un problème alimentaire et est fortement renforcée par l'épidémie de Sida touchant gravement le pays.

(Source : UNICEF, 2006)

II. Le contexte démographique de la Zambie

1. Une population grandissante

Les recensements nationaux des années 1980, 1990, et 2000, estiment la population totale à 5.7 millions, 7.8 millions et 10.3 millions, respectivement. Ces chiffres indiquent ici une forte augmentation de la population, celle-ci ayant doublé en 20 ans.

Les estimations de 2000 révèlent un taux d'accroissement annuel de la population de 2.9%.

Tableau 1: L'évolution de la population de 1980 à 2000

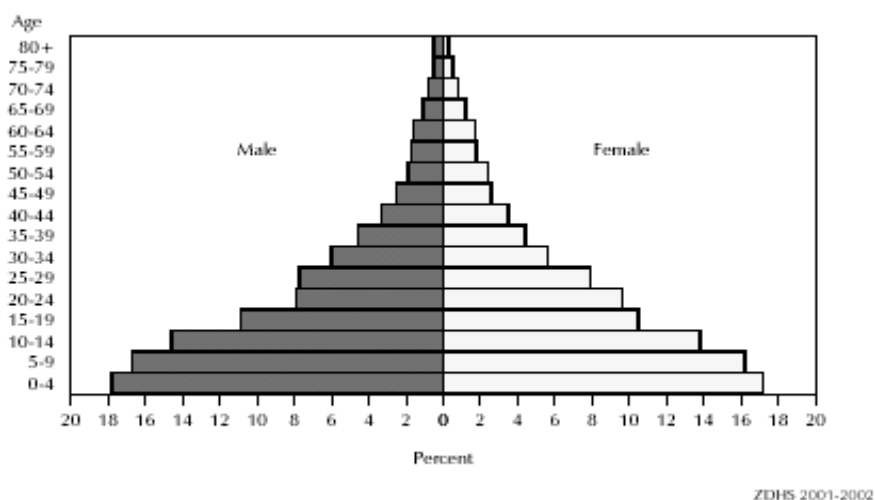
Population (millions)	Année de recensement		
	1980	1990	2000
	5.7	7.8	10.3

(Source: Central Statistical Office, Sélection d'indicateurs démographiques, Zambie, 1980, 1990, et 2001)

La structure par âge et par sexe de la population

La structure par âge de la population résulte très largement de sa fécondité et dans une mesure moindre de sa mortalité.

Figure 1: La pyramide des âges en 2001/02



Le taux de fécondité étant encore élevé en Zambie, la pyramide des âges issue de l'EDS de 2001-2002, reflète une forte population jeune. Le tableau ci dessous indique l'ampleur de la population de moins de 18 ans en 2004.

Tableau 2 : La population de moins de 18 ans en 2004

Population de moins de 18 ans (en milliers), 2004	6127
Population de moins de 5 ans (en milliers), 2004	1987

(Source : Unicef, 2004)

Nous notons également une plus grande proportion de femmes (51%) par rapport à celle des hommes (49%)

2. Un ralentissement progressif de l'accroissement démographique

Bien que la Zambie connaisse une diminution du taux d'accroissement démographique, comme l'indique le tableau ci-dessous, ce taux demeure élevé.

Tableau 3: Evolution du taux annuel d'accroissement démographique de 1970 à 2004

Taux annuel d'accroissement démographique (%), 1970 -1990	3.3
Taux annuel d'accroissement démographique (%), 1990 -2004	2.3

(Unicef, 2004)

On constate en outre des disparités régionales. En effet, les EDS montrent que le taux d'accroissement démographique varie selon les régions zambiennes et ce entre 1990 et 2000. Il correspond à 1.3 % dans la région de Copperbelt et à 4.3 % dans les régions du nord (DHS, 2001-2002)

3. Une légère baisse de la fécondité

La Zambie enregistre une baisse modeste mais réelle de la fécondité, qui peut révéler un début de transition de la fécondité. En revanche, le taux de fécondité reste encore élevé. Celui-ci a été estimé par les recensements de 1969 et de 1980, à environ 7 naissances/enfants par femme. Ce taux baisse à 6.7 naissances par femme en 1990 et à 6.0 en 2000, comme l'indique le tableau ci après :

Tableau 4 : Evolution du taux de fécondité de 1980 à 2000

Indicateur	Année de recensement		
	1980	1990	2000
Taux de fécondité total	7.2	6.7	6.0

(Source: Central Statistical Office, 1980, 1990, 2000)

D'autres données confirment le début de la transition de la fécondité à travers la diminution du taux brut de natalité :

Tableau 5: Evolution du taux brut de natalité de 1970 à 2004

Taux brut de natalité, 1970	51
Taux brut de natalité, 1990	46
Taux brut de natalité, 2004	41
Indice synthétique de fécondité, 2004	5.5

(Unicef, 2004)

A ce propos, une étude effectuée en Zambie en 1995 par C. Baylies, établit le lien entre l'épidémie de Sida et la maîtrise de la fécondité en vue d'une limitation des naissances. La peur de contracter le virus et le nombre croissant d'orphelins du sida à prendre en charge influe sur le choix d'avoir moins d'enfants. L'accès à la contraception participe également à ce changement de comportement (Baylies, 2000).

4. Une mortalité élevée

L'évolution du taux brut de mortalité en Zambie indique une augmentation considérable de celui-ci, depuis le début des années 90.

Tableau 6: Evolution du taux brut de mortalité de 1970 à 2004 (‰)

Taux brut de mortalité, 1970	17
Taux brut de mortalité, 1990	17
Taux brut de mortalité, 2004	23

(Source : Unicef, 2004)

On constate également une baisse constante de l'espérance de vie de la population zambienne à travers le tableau ci-dessous. Elle a baissé de 9 ans en 14 ans entre 1990 et 2004.

Selon F.Gendreau, dans 29 pays africains les plus touchés par le VIH/SIDA (la Zambie incluse), l'espérance de vie est inférieure de 7 ans à ce qu'elle aurait été en l'absence du Sida (Gendreau, 2001).

Tableau 7: Evolution de l'espérance de vie de la population de 1970 à 2004

Espérance de vie, 1970	49
Espérance de vie, 1990	47
Espérance de vie, 2004	38

(Source : Unicef, 2004)

Il est important de préciser que le taux de mortalité adulte est plus élevé chez les femmes que chez les hommes ; en effet, l'EDS de 2001-2002 indique 14.8 décès sur 1,000 femmes contre 13.9 sur 1,000 hommes (EDS, 2001/02).

En revanche, les femmes zambiennes vivent plus longtemps que les hommes de 4 ans, comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau 8: Espérance de vie à la naissance par sexe en 1980, 1990, 2000

Indicateur	Année de recensement		
	1980	1990	2000
Espérance de vie à la naissance			
Homme	50.4	46.1	47.5
Femme	52.5	47.6	51.7

(Source: Central Statistical Office, 1980, 1990, 2000)

Regardons enfin le taux de mortalité adulte par tranche d'âge en 1996 et 2001/02 à travers la lecture du tableau n°9.

Tableau 9: Taux de mortalité adulte par tranche d'âge en 1996 et 2001/02 (‰)

Tranche d'âge	Taux de mortalité en 1996	Taux de mortalité en 2001/02
15-19	4,0	4,3
20-24	7,5	8,1
25-29	14,3	14,5
30-34	18,2	22,3
35-39	21,8	27,3
40-44	20,9	26,2
45-49	20,5	21,5
15-49	12,2	14,3

(Source : EDS, Zambie, 1996, 2001/02)

La comparaison des estimations de la mortalité adulte entre 2001/02 et 1996 révèle un accroissement de ce taux de 15% pour la tranche d'âge adulte des 15-49 ans. Nous constatons que le taux de mortalité adulte augmente avec l'âge, et plus fortement à partir de 25 ans et plus.

La mortalité touche ainsi de jeunes adultes actifs ayant un rôle de production et de reproduction au sein de la société et de la famille. En décédant, ces adultes laissent derrière eux des enfants orphelins et une source de revenu en moins au sein des ménages. De plus, précisons qu'en règle générale, la mortalité influe peu sur la taille des ménages. Cependant, lorsqu'elle est liée à une épidémie ou à une guerre, celle-ci agit de manière plus importante sur la structure des ménages.

III. Le Contexte épidémiologique de l'infection à VIH

1. Une prévalence élevée à VIH/Sida

La Zambie se situe en Afrique Australe, la sous région du continent africain la plus fortement touchée par le VIH/SIDA.

La prévalence du VIH reste ainsi élevée en Zambie. En effet, le taux de prévalence chez les adultes s'élève à 16,5 en 2003 (Unicef, 2003).

Par ailleurs, la prévalence nationale moyenne du VIH chez les femmes enceintes adultes (15–44 ans) se situe à 18–20% depuis 1994. Cela signifie que le stade de l'épidémie est généralisée en Zambie, car le VIH s'est propagé bien au-delà de la sous population initiale soupçonnée d'avoir des comportements à haut risque, cette population étant maintenant fortement infectée. On peut également affirmer qu'une épidémie est généralisée lorsque la prévalence parmi les femmes en consultation prénatale en zone urbaine a atteint plus d'1%. Cela permet donc de dire que l'épidémie est fortement répandue en Zambie, et ne cesse de s'étendre (Onusida, 2004).

Les tendances à la hausse de la prévalence observée chez les femmes de 15 à 19 ans en consultations prénatales en 1998-2002 (notamment à Chilenje, Matero, Kasama, Kapiri Moposhi et Livingstone) suggèrent que de nouvelles infections continuent de se produire à des niveaux importants dans certaines régions du pays (Monze, 2004).

Les résidents des zones urbaines ont deux fois plus de risque d’être infectés par le VIH que les habitants des zones rurales, et les niveaux les plus élevés d’infection sont concentrés dans les villes situées sur les principales voies de transport – dont Kabwe, Kapiri Mposhi, Livingstone et Ndola, où 22–32% des femmes enceintes étaient séropositives au VIH en 2002 (National HIV/AIDS Council, Zambie, 2002) (Onusida, 2005).

Les estimations ci-dessous traduisent l’ampleur de l’épidémie en Zambie:

Tableau 10: Ampleur de l’épidémie à VIH en 2003

Taux de prévalence chez les adultes (15-49 ans) fin 2003, estimation	16.5
Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, 2003 (en milliers), Adultes et enfants (0-49 ans)	920
Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA (en milliers), 2003	
- estimation basse	730
- estimation haute	1100
Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, 2003 (en milliers), Enfants (0-14 ans)	85
Prévalence du VIH, Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, 2003 (en milliers), femmes (15-49) ans	470

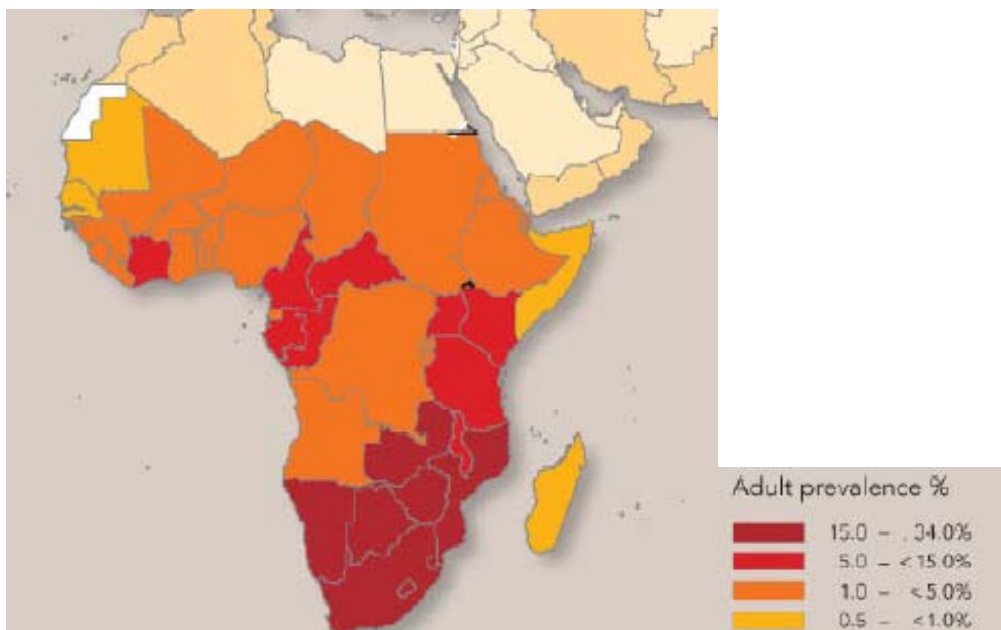
(Source : UNICEF, 2003)

2. La Zambie, un des pays de l'Afrique subsaharienne le plus touché par l'épidémie de Sida

La Zambie, située en Afrique australe reste un des pays du continent africain les plus touchés par l'épidémie de Sida, tel que nous l'indique la figure ci-dessous.

L'Afrique australe reste l'épicentre mondial de l'épidémie. Près du tiers des personnes infectées par le VIH vit dans cette sous région. Près de 43 % (860 000 [560 000–1,4 millions]) de tous les enfants âgés de moins de 15 ans et 52 % des femmes âgées de plus de 15 ans (6,8 millions [5,9 millions–7,7 millions]) qui dans le monde vivent avec le VIH se trouvent également en Afrique australe. (UNAIDS, 2006)

Figure 2 : L'Afrique Australe, l'épicentre de l'épidémie du VIH

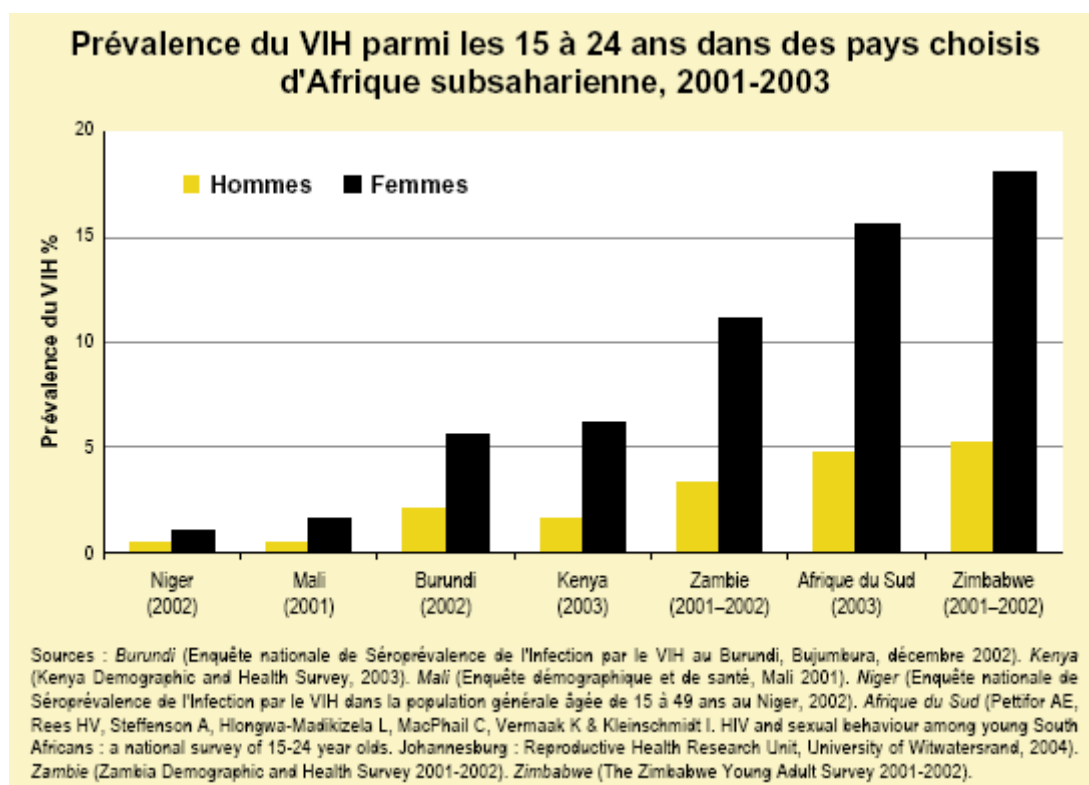


(UNAIDS, 2006)

3. Le VIH/Sida touche davantage les femmes que les hommes

Nous observons en Zambie une féminisation de l'épidémie, en effet la figure n° 2 nous montre que le taux de prévalence à VIH des 15-24 chez les femmes est de loin plus élevé que chez les hommes. Cette tendance est observée sur l'ensemble du continent africain, où 57% des infections chez l'adulte concernent les femmes, et où 75% des infections chez les jeunes touchent les femmes et les filles. Plusieurs facteurs sociaux sous-tendent cette évolution. Les jeunes africaines ont souvent des partenaires sexuels beaucoup plus âgés ; partenaires chez lesquels la probabilité d'infection à VIH risque d'être plus élevée que chez les hommes plus jeunes. Dans les pays où la prévalence de l'épidémie est élevée et où le statut social de la femme est faible, le risque d'infection à VIH lié à la violence sexuelle est élevé. Les rapports sociaux existant entre hommes et femmes rendent difficile la négociation de la protection des rapports sexuels (Unaid, 2004).

Figure 3: La prévalence du VIH parmi les 15 à 24 ans dans des pays choisis d'Afrique subsaharienne



(Source : Onusida, 2004)

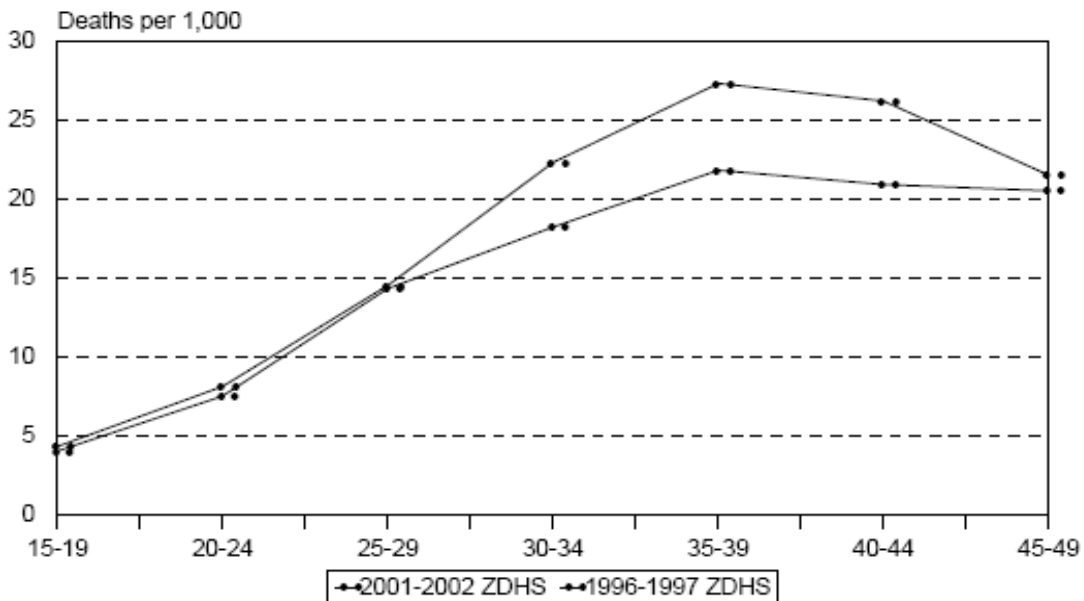
4. L'impact du VIH/SIDA sur le taux de mortalité

La Zambie constitue un contexte fort de VIH/Sida impliquant un taux de mortalité adulte élevé. Selon l'ONUSIDA, 89 000 personnes sont décédées à cause du VIH/Sida en 2003.

Les caractéristiques de la mortalité en Zambie correspondent à celles de l'épidémie de sida concernant l'âge et le genre de la population touchée.

On constate que le taux de mortalité adulte a augmenté de 15% chez les adultes âgés entre 15 et 49 ans, entre les EDS de 1996 et 2001/2002, et plus particulièrement chez les adultes âgés de 25 ans ou plus, comme l'indique le graphique ci-dessous (EDS, Zambie, 1996, 2001/02) :

Figure 4 : Courbe de la mortalité adulte (15-49) par tranche d'âge en 2001-2002 et 1996-1997



Une prévalence à VIH et une mortalité différentielle selon le sexe et l'âge

Les conséquences du VIH sur la mortalité des adultes sont particulièrement marquées pour les personnes âgées de 20 à 40 ans et proportionnellement plus marquées chez les femmes que chez les hommes. En effet, le VIH n'est pas également distribué au sein des populations nationales. Il touche en fait principalement les jeunes adultes, en particulier les femmes. Cela signifie que l'épidémie altère très profondément les structures démographiques et familiales des pays atteints.

Le taux de mortalité augmente avec l'âge autant chez les femmes que chez les hommes. Cependant, chez les jeunes, l'augmentation de ce taux est plus importante chez la femme que chez l'homme; alors que cette tendance s'inverse chez une population plus âgée (Unaid, 2004).

Cette tendance reflète les différences de genre propre à l'épidémie de Sida; en effet la prévalence des jeunes adultes est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, on constate l'inverse chez une population plus âgée. Cela s'explique par des rapports sexuels entre des hommes plus âgés et des femmes plus jeunes. Cet écart d'âge important entre les hommes et les femmes concernant les comportements sexuels s'observe plus généralement sur le continent africain.

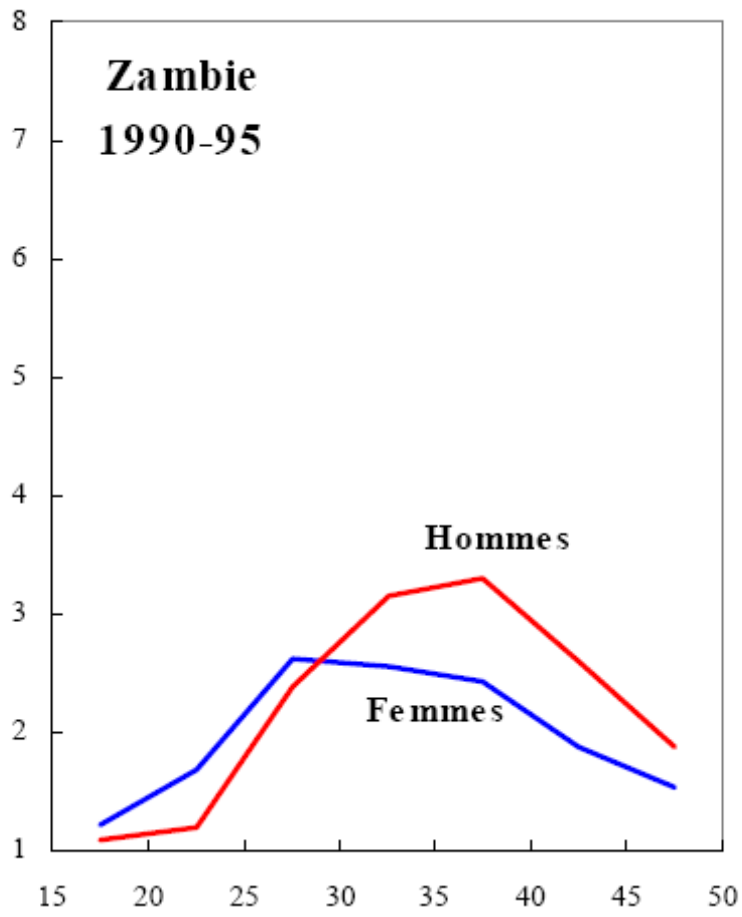
La Zambie faisant partie des pays les plus touchés par l'épidémie de Sida, il est ainsi clairement établi que le sida participe à l'augmentation de la mortalité en Zambie.

Une étude effectuée par l'INED sur la transition sanitaire, montre cette corrélation à travers la courbe de mortalité ci dessous et en affirmant que :

« La déformation de la courbe de mortalité est évidemment caractéristique des conséquences du sida qui frappe de manière privilégiée les adultes sexuellement actifs. On voit aussi la marque de la transmission hétérosexuelle du VIH dans le fait que la surmortalité par rapport aux modèles est sensiblement plus jeune chez les femmes que chez les hommes ». (Meslé.F, 2003).

Rapport

:



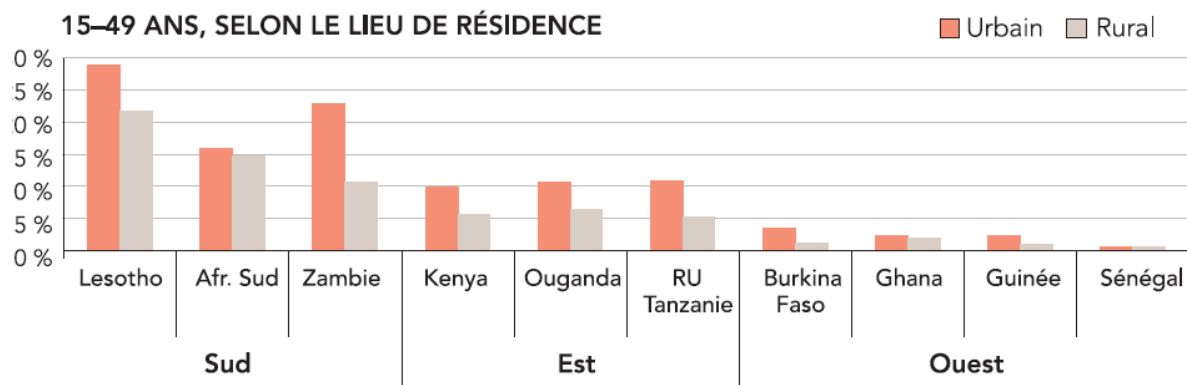
(Source : INED, 2003)

Des disparités régionales

La mortalité adulte est plus élevée de 25% dans les zones urbaines que dans les zones rurales. La figure ci-dessous nous montre les disparités de prévalence à VIH des 15-49 ans selon le lieu de résidence urbain/rural ; l'épidémie observée en Zambie est caractérisée par des prévalences très élevées en milieu urbain.

Les régions qui enregistrent les taux de mortalité les plus élevés, correspondent aux régions où le taux de prévalence à VIH est le plus éminent du pays. Il s'agit des régions de Lusaka, Copperbelt, et Southern. En effet, la mortalité adulte est plus élevée de 60% dans ces régions que dans les régions Northern et Northwestern et Luapula où les taux de prévalence à VIH sont les plus faibles du pays. (EDS, 2001/02).

Figure 6: Les disparités de prévalence à VIH des 15-49 ans selon le lieu de résidence dans quelques pays d'Afrique subsaharienne

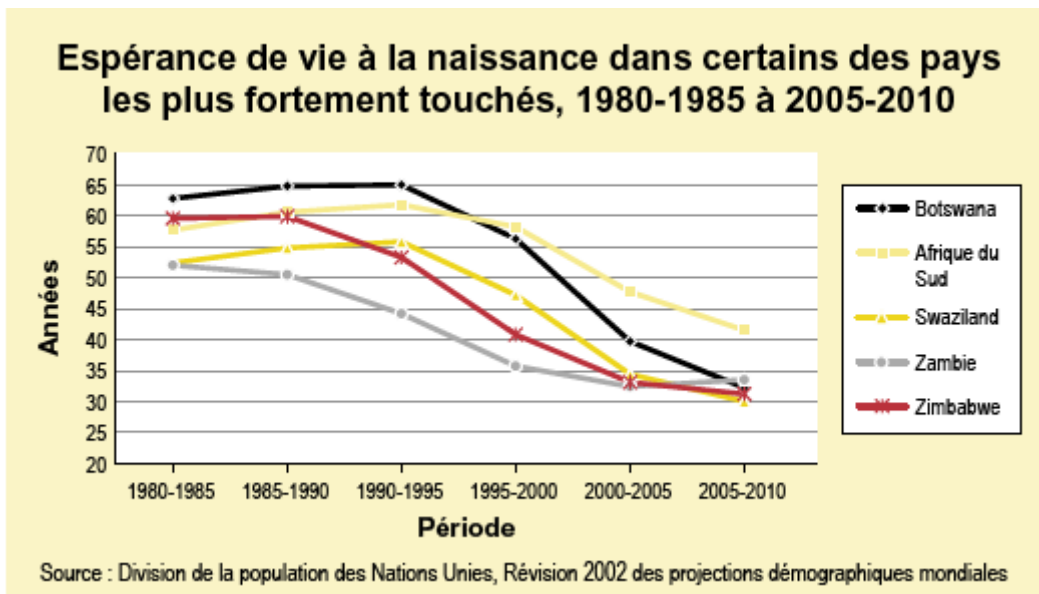


(Source : Rapport des Enquêtes Démographiques et Sanitaires : Lesotho, Afrique du Sud, Zambie, Kenya, Ouganda, RU Tanzanie, Burkina Faso, Ghana, Guinée, Sénégal, 2001/05)

5. L'impact du VIH/Sida sur l'espérance de vie

Ayant un fort impact sur la mortalité adulte, le VIH/Sida participe à une baisse considérable de l'espérance de vie à la naissance. La figure ci-dessous montre l'évolution des estimations en Zambie notamment, entre 1980 et 2010.

Figure 7: Espérance de vie à la naissance dans certains des pays les plus fortement touchés



L'espérance de vie ne va pas cesser de chuter dans les années à venir. Au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe, on estime que l'espérance de vie à la naissance de ceux qui naîtront dans la prochaine décennie tombera à 35 ans en l'absence de traitements antirétroviraux (Division de la Population des Nations Unies, 2003).

6. Une augmentation croissante du nombre d'orphelins à cause du Sida

L'évolution et l'ampleur du phénomène en Zambie

La forte mortalité et le VIH/Sida ont rendu de nombreux enfants orphelins en Zambie et en Afrique subsaharienne plus généralement.

En effet, le VIH/Sida a accru considérablement le nombre d'orphelins à cause du VIH/Sida depuis 1990, tel que nous pouvons le constater sur le tableau n°11. Par ailleurs, les projections indiquent que ces chiffres ne vont pas cesser de croître d'ici 2010.

L'UNICEF précise que « la crise des orphelins de l'Afrique subsaharienne ne fait que commencer. À mesure que les jeunes adultes seront de plus en plus nombreux à mourir, ils laisseront derrière eux un nombre croissant d'enfants orphelins. » (UNICEF, 2004).

La hausse la plus importante se produira dans les pays ayant les taux de prévalence du VIH les plus élevés, tels que la Zambie.

Tableau 11: Evolution du nombre d'orphelins maternels et doubles à cause du VIH/SIDA de 1990 à 2010 en Zambie (en milliers)²

Années	1990	1995	2000	2005	2010
Nombre d'orphelins (maternels et doubles) à cause du VIH/Sida (en milliers)	61,2	70,7	76,3	79,9	82,4

(Source: Unicef, Children on the brink, 2000)

² Notons que ces données sous estiment considérablement les estimations du nombre d'orphelins, car elles ne tiennent pas compte les orphelins paternels

Le nombre d'orphelins du sida correspond à plus de la moitié du nombre d'orphelins toutes causes confondues en 2003 tel que l'indique le tableau n°12:

Tableau 12: Nombre d'orphelins à cause du Sida et toutes causes confondues en 2003 en Zambie

Orphelins, Enfants (0-17 ans) Enfants rendus orphelins par le SIDA, 2003, estimation (en milliers)	630 (soit 57,3% des orphelins toutes causes confondues)
Orphelins, Enfants (0-17 ans) Orphelins, toutes causes confondues, 2003, estimation (en milliers)	1100 (soit 18,3% du nombre total d'enfants de moins de 18 ans)
Population mi 2003 (en milliers)	10900
Nombre total d'enfants de moins de 15 ans (en milliers)	5123
Nombre total d'enfants de moins de 18 ans (en milliers)	6000

(Source : Unicef, 2004)

Le rapport de l'EDS de 2001-2002 en Zambie met l'accent sur l'ampleur croissante du nombre d'enfants devenus orphelins de père, de mère ou des deux parents. Ce rapport précise que le Sida est le principal facteur ayant contribué à l'accroissement du phénomène (EDS, Zambie, 2001/02). Il est également important de préciser que la crise alimentaire qui touche la Zambie depuis quelques décennies, participe fortement à l'augmentation du nombre d'orphelin. En effet, selon l'UNICEF 17% des enfants sont orphelins à cause de problèmes de nutrition et d'insécurité alimentaire (Unicef, 2006). Les autres causes de l'orphelinage sont ainsi nombreuses. Il est également important de rappeler que l'existence d'un nombre important d'orphelins est un phénomène ancien et antérieur à l'épidémie du sida en Zambie et Afrique subsaharienne plus généralement; en effet, la faible espérance de vie, l'écart d'âge important entre les parents et les enfants, les crises (conflits armés, crise de subsistance, sécheresse...) ont rendus et rendent encore de nombreux enfants orphelins (Dozon et Guillaume, 1994).

Une augmentation des orphelins de mère à cause du Sida

Si l'on part de l'hypothèse que le VIH/SIDA constitue une des causes principale de mortalité adulte, on constate, sur l'ensemble du continent africain, que les orphelins de mère à cause du sida sont plus nombreux que les orphelins de père à cause du sida. On dénombre en effet 8,9 millions d'orphelins de mère contre 7,3 millions d'orphelins de père à cause du sida. (Les chiffres sur la Zambie indiquant le nombre d'orphelins maternels et paternels à cause du Sida n'existent pas à ce jour.)

Ainsi, la littérature existante sur le sujet, en Afrique Subsaharienne plus généralement, insiste davantage sur l'accroissement du nombre d'orphelin de mère à cause du Sida.

En revanche, les orphelins de père toutes causes confondues sont plus nombreux que les orphelins de mère.

Notons à ce propos que selon l'ONUSIDA, *en l'absence du VIH, les enfants risquaient davantage de perdre leur père*». En effet, en 1990, on comptait 19,1 millions d'orphelins de père contre 12,8 millions d'orphelins de mère toute cause confondue, et en 2003, les orphelins de père pour d'autres causes que le sida sont plus nombreux que les orphelins de mère, 20,9 millions contre 14,1 millions respectivement (UNICEF, et al, 2004).

En effet, la Zambie enregistre un nombre total d'orphelins maternels s'élevant à 547 000 contre 643 000 orphelins paternels en 2001, selon les estimations de l'UNICEF.

Les autres causes de l'accroissement du nombre d'orphelins peuvent être multiples, tel que nous l'avons précisé plus haut.

Une augmentation d'orphelins doubles

En 2003, le nombre d'orphelins doubles s'élève à 7,7 millions en Afrique subsaharienne, dont plus de 4,6 millions à cause du sida (UNICEF, et al, 2004). En Zambie, le nombre d'orphelins doubles s'élève à 316 000 selon les estimations de l'UNICEF; en revanche, les chiffres indiquant le nombre d'orphelins doubles à cause du Sida n'existent pas pour le Zambie.

Lorsque l'épidémie progresse dans un pays, le pourcentage d'orphelins doubles croît.

Tableau 13: Augmentation du nombre d'orphelins doubles de 1990 à 2010 en Afrique subsaharienne

1990	2000	2010
3,5 millions	6,4 millions	9,6 millions

(Source: Grassly and Timaeus, 2003; UNICEF et al., 2004)

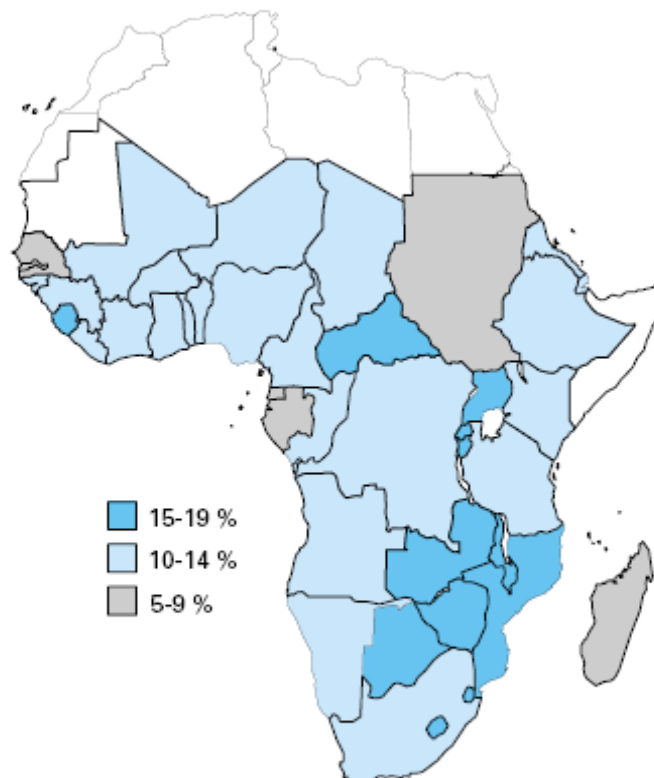
Les pays d'Afrique de l'Est et Australe les plus touchés par le VIH ont une prévalence élevée d'orphelins doubles (Grassly et Timaeus, 2003). C'est effectivement le cas de la Zambie.

L'Afrique Australe, la zone la plus touchée du continent africain par l'orphelinage

Le phénomène de l'orphelinage est largement observé sur l'ensemble du continent africain, la région la plus touchée au monde. En effet, la crise la plus importante se déroule en Afrique subsaharienne ; 12 millions d'enfants ont perdu l'un de leurs parents ou les deux à cause du Sida. D'ici à 2010, on prévoit que ce nombre passera à plus de 18 millions à l'échelle du continent africain. La Zambie, située en Afrique Australe, fait parti des pays qui compte la plus grande proportion d'orphelin (entre 15 et 19%) en Afrique subsaharienne tel que nous pouvons le constater à travers les figures suivantes.

Figure 8: 34 Millions d'enfants orphelins en Afrique subsaharienne (toutes causes confondues)

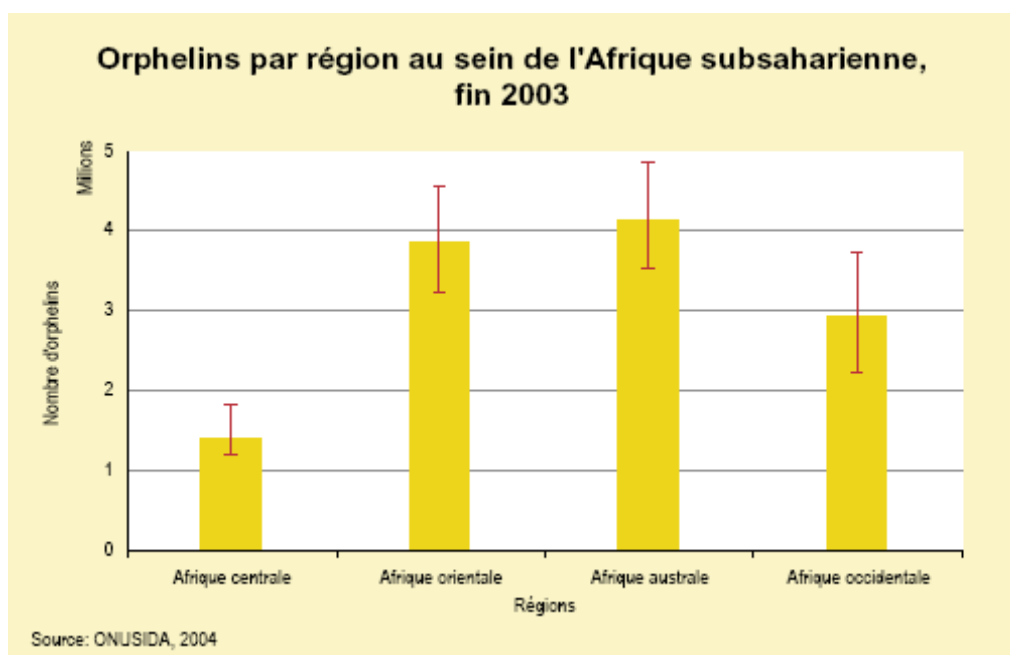
% estimatif d'orphelins de moins de 15 ans, 2001



Cette carte ne reflète aucune prise de position de l'UNICEF quant au statut juridique des pays ou territoires représentés ou au tracé des frontières.

Source : *Les enfants au bord du gouffre 2002.*

Figure 9 : Orphelins par région au sein de l'Afrique subsaharienne

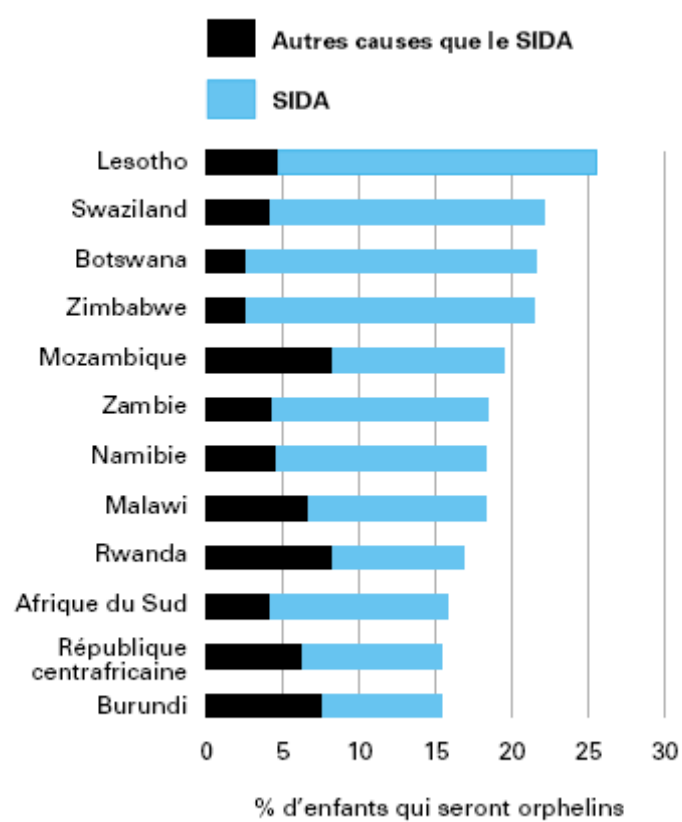


Des projections alarmantes

Les chiffres ne vont pas cesser de croître dans les années à venir. Les projections du nombre d'orphelins d'ici 2010 montrent l'accroissement du pourcentage d'orphelins pour cause de sida dans 12 pays d'Afrique subsaharienne et notamment en Zambie. Celles ci sont alarmantes comme l'indique la figure n°8.

Figure 10 : Projections du pourcentage d'orphelins d'ici 2010

En 2010, de 15 % à plus de 25 % de tous les enfants seront orphelins dans 12 pays d'Afrique subsaharienne

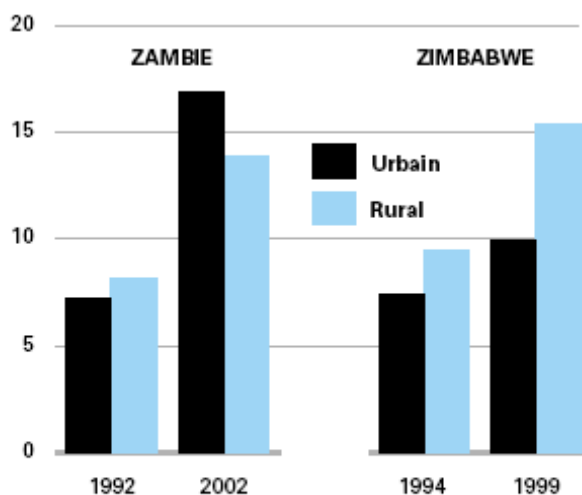


Source : *Les enfants au bord du gouffre 2002.*

Les orphelins vivent principalement en zone urbaine

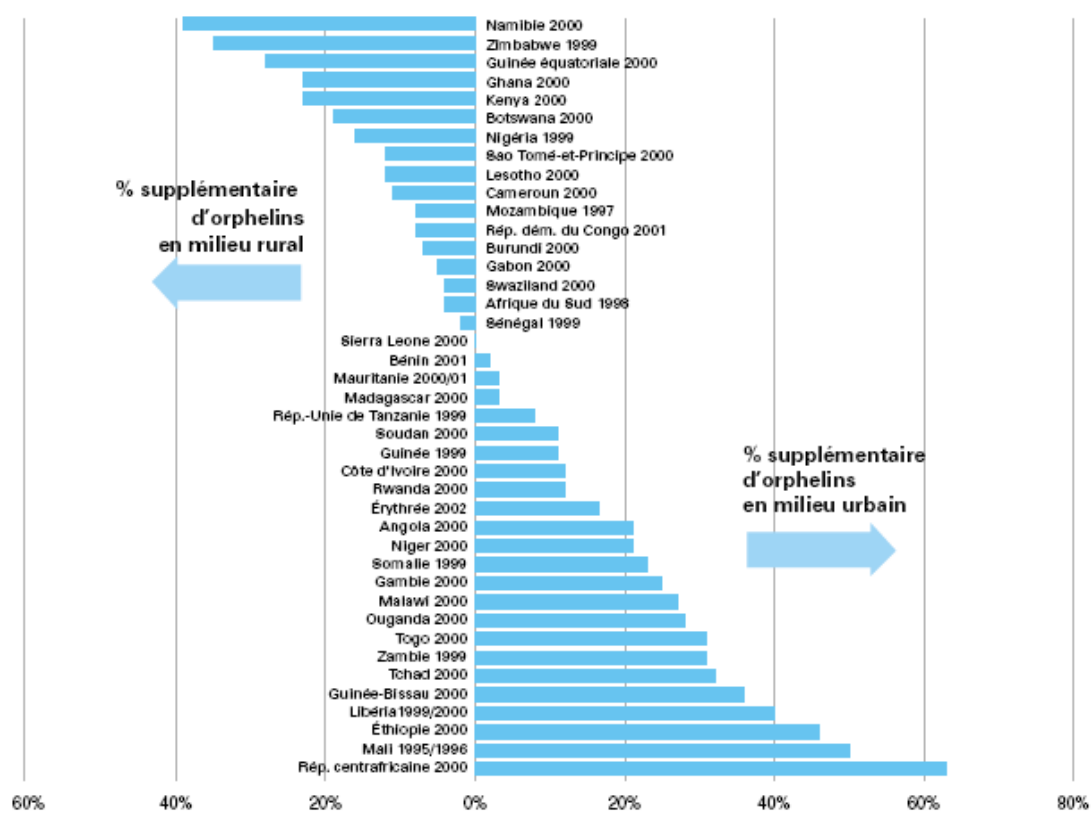
« Les orphelins ne sont pas toujours uniformément répartis au sein d'un même pays. Certaines régions ont des pourcentages plus ou moins élevés d'orphelins, qui dépendent en grande partie du taux de prévalence du VIH/SIDA. Dans de nombreux pays, comme l'Éthiopie et l'Ouganda, les taux de prévalence sont plus élevés en milieu urbain, ce qui pourrait expliquer la proportion plus importante d'orphelins dans les zones urbaines, représentée à la figure 10. Cependant, les maladies et les décès dus au VIH/SIDA ou à d'autres causes entraînent souvent des migrations depuis les zones urbaines jusqu'aux villages d'origine. Les parents atteints d'une maladie mortelle et vivant en milieu urbain peuvent décider de retourner mourir dans leur village et peuvent emmener leur famille avec eux, ce qui pourrait expliquer le pourcentage plus élevé d'orphelins dans les régions rurales de certains pays, dont le Zimbabwe (voir figure 9). Les migrations inverses compliquent également la situation : en milieu rural, le décès de l'homme de la famille peut obliger la mère et les enfants à aller chercher en ville du travail ou d'autres formes d'aide. » (UNICEF, 2004)

Figure 11 : Pourcentage d'enfants orphelins par résidence en milieu urbain/rural



sources : UNICEF-MICS, indicateur EDS, 1992-2002.

Figure 12: Répartition des orphelins par zone rurale/urbaine



Sources : UNICEF-MICS, Indicateur ED8, 1997-2002.

L'impact du nombre croissant d'orphelins sur les familles

La famille constitue le premier filet de sécurité pour les enfants devenus orphelins à travers la mise en œuvre des mécanismes de prise en charge.

L'accroissement du nombre d'orphelins a ainsi des impacts considérables sur les ménages zambiens qui assurent leur prise en charge. Une étude effectuée à Lusaka montre que l'on compte au moins un orphelin dans 37% des ménages interrogés. (Baggaley et al., 1999).

La famille élargie représente un système de sécurité sociale et économique et un soutien, en particulier pendant les périodes de crises (Foster et al., 1997). Mais, parce que « *les structures familiales sont la véritable armature des sociétés africaines* » (Locoh, 1993), elles sont aussi les premières à devoir faire face aux bouleversements et à en subir les effets ; ainsi, le VIH/SIDA et l'accroissement de la mortalité ont dévasté les structures familiales et ont engendré de profondes *déstructurations et recompositions familiales* (Pilon et Vignikin, 1996). Le réseau de solidarités intergénérationnelles au sein de la famille élargie a permis de survivre à de nombreuses tensions engendrées par des bouleversements sociaux ou par des crises et conflits armés dont nombreux pays d'Afrique subsaharienne sont touchés depuis plusieurs décennies. Cependant, les tensions provoquées par l'épidémie du sida semblent être pour la famille élargie trop difficiles à surmonter à long terme (Mukiza Gapere and Ntozi, 1995). Il semble pourtant que la famille élargie développe des mécanismes d'adaptation entre rupture et conservation des structures traditionnelles, entre individualisation et diversification des formes d'organisation familiale et de prise en charge, en réponse au fléau du VIH/SIDA. Marc Pilon et Kokou Vignikin parlent de « stratégies de survie » (Pilon et Vignikin, 1996). Pour Thérèse Locoh, « *là où l'on escomptait un éclatement des valeurs traditionnelles de solidarité, on les voit prendre une importance primordiale dans la situation de crise actuelle* » (Locoh, 1993).

On peut ainsi se demander quel est l'impact du nombre d'orphelins sur les mécanismes de prise en charge des enfants et sur la structure des ménages d'accueil. Avec qui vivent les enfants orphelins ? Dans quel type de ménage ? Quelles sont les conséquences de leur prise en charge au sein de ces ménages ? Autant de questions qui constituent l'objet de cette présente étude. L'analyse de ces pratiques est présentée à travers les chapitres suivants.

Afin de mieux appréhender l'impact de la crise des orphelins sur les structures familiales, commençons par décrire les caractéristiques de la structure des ménages zambiens.

IV. Caractéristiques de la structure des ménages zambiens

Avant d'exposer les caractéristiques des ménages zambiens, il est important de définir les concepts utilisés afin de ne pas confondre famille et ménage.

Le ménage et la famille, des concepts différents

Plusieurs critères définissent la famille : la parenté, la filiation, l'alliance, la résidence, la reconnaissance d'une autorité, l'unité de production économique... bien que le critère commun de la famille soit la parenté. Celle-ci peut être biologique ou peut s'apparenter à une construction sociale ou à un système de filiation. Ainsi, on peut distinguer la filiation patrilinéaire, et la filiation matrilineaire.

Dans la filiation patrilinéaire, la famille du père de l'individu est prépondérante. La reconnaissance de la filiation ne passe que par l'appartenance au groupe du père. Dans le système matrilineaire, la reconnaissance de la filiation ne passe que par l'appartenance au groupe de la mère. Cependant, la transmission du pouvoir ne s'effectue pas de mère en fille mais d'oncle maternel (frère de la mère) à neveu.

Contrairement au concept de famille à travers lequel la notion de parenté est essentielle, le concept de ménage se réfère à l'unité de résidence. Il s'agit d'un ensemble constitué par un petit groupe de personne apparentées ou non qui reconnaissent l'autorité d'une seule et même personne (chef de ménage) et qui se rattachent à un même lieu de résidence.

Le concept de ménage a été créé afin de disposer d'une unité de comptage opérationnelle c'est-à-dire de compter l'ensemble des individus une seule fois lors de collecte démographique tels que les recensements ou des enquêtes s'opposant fondamentalement aux études de la famille. Ainsi, selon H. Vanderwalle, la finalité de ce concept permet de douter de sa validité quant à l'appréhension du changement familial (Vanderwalle, 2001).

1. Les familles caractérisées par la filiation matrilineaire

La société zambienne se caractérise par la diversité ethnique. On compte 73 groupes tribaux³ mais il y a peu de différences culturelles. Les différences qui existent concernent les systèmes de parenté ou les formes d'organisation sociale, par exemple le système de filiation matrilineaire ou patrilinéaire. La plupart des groupes ethniques sont de filiation matrilineaires. La prédominance de ce système matrimonial est observée dans de nombreuses régions du pays telles que Luapula, Copperbelt, et les régions du Centre et du Nord Ouest, et dans la plupart des groupes ethniques représentés en Zambie, notamment les Bemba et les Tonga les ethnies dominantes. Les autres régions sont majoritairement marquées par le système patrilinéaire à travers notamment les ethnies des Ngoni dans la région de l'Est, les Lozi dans la région Ouest et des Ila dans la région du sud.

La famille est, dans la plupart des ethnies représentées, de type élargi, elle regroupe des individus apparentés par l'un des types de filiation (patri ou matrilineaire) en ligne verticale (avec des ascendants et des descendants), horizontale (avec des collatéraux) ou les deux parfois. Le confiage d'enfants est une pratique extrêmement répandue en Zambie dans la plupart des ethnies représentées. Une étude sur les ménages menée à Kitwe, la seconde ville du pays, montre que 14% des enfants de moins de 14 ans et 18% des enfants âgés entre 10 et 14 ans ne vivent pas avec leurs parents (Ahmed, 1996).

³ Les ethnies sont toutes d'origine bantoue. A ceci se rajoute la communauté des zambiens blancs issus de la colonisation pour la plupart, ainsi que des zambiens d'origine asiatique, qui constituent les uns comme les autres des groupes importants. La majorité des zambiens est chrétienne. Une proportion significative de musulmans et d'hindous est également présente. A ceci se superposent des sectes animistes très puissantes (secte Lumpa par exemple). Nous pouvons lire ci-dessous la plupart des ethnies présentes en Zambie.

Bemba	2.2 millions (régions rurales du nord de la Zambie)
Kaonde	200 000 (côté nord du parc national de Kafue)
Lozi	500 000 (province de l'Ouest et du Sud)
Luchazi	70 000 (ouest de la Zambie, plus petit dialecte parlé par moins d'1% de la population)
Lunda	230 000 (région du Copperbelt, et également près de l'Angola et de la R.D.C.)
Luvale	215 000 (provinces du Nord-ouest/Ouest)
Luyana	130 000 (seulement dans la province de l'Ouest)
Mabwe-Lungu	280 000 (nord-est de la province du Nord, sud du lac Tanganyika)
Mashi	25 000 (surtout parlé par des zambiens "nomades" dans le sud-ouest de la province de l'Ouest)
Mbunda	130 000 (nord du Barotseland and côté nord de l'Ouest zambien)
Nkoya et Mwela	80 000 (provinces du Sud et de l'Ouest)
Nsenga	330 000 (frontières Zimbabwe et Mozambique)
Nyanja	1 million (dans toute la Zambie)
Tonga	1 million sur 11% du territoire
Tumbuka	430 000 (partie Est du pays)

(Ambassade de France en Zambie, 2003)

2. La composition et la taille des ménages zambiens

Les ménages regroupent majoritairement des enfants et adolescents

La composition des ménages zambiens reflète largement la composition de la population par âge. En effet, en 2001/02, les enfants de moins de 15 ans constituent 48% de la population totale, alors que la tranche d'âge des 60 ans et plus reste largement minoritaire. Cela s'explique par une fécondité et une mortalité élevée (EDS, Zambie, 2001/02).

Tableau 14 : La composition des ménages par âge et par sexe en 1996, 2002 (en %)

Groupe d'âge	Sexe				Total	
	Homme		Femme		1996	2002
	1996	2002	1996	2002		
0-19 ans	59	60	57,8	57,7	58,5	58,8
20-59 ans	36,2	35,6	38,3	37,8	37,2	36,7
60 ans et plus	5	4,5	3,8	4,5	4,3	4,6

(Source : EDS, Zambie, 1996, 2002)

Une augmentation des femmes chefs de ménage

La composition des ménages se traduit notamment par le sexe du chef de ménage et la taille du ménage. Ces caractéristiques sont importantes, car elles sont associées aux conditions de vie des ménages. En effet, il est clairement établi que les ménages dirigés par une femme sont plus pauvres que les ménages dirigés par un homme. Les données de l'EDS de 2001-2002 montre une augmentation de la proportion des femmes chefs de ménage depuis 1992, tel que l'indique le tableau n°14.

Tableau 15: Evolution du pourcentage de femmes chefs de ménage de 1992 à 2002

Année EDS	Pourcentage de femmes chefs de ménage
1992	13%
1996	20%
2001-2002	23%

(Source : EDS, Zambie, 1992, 1996, 2001/02)

Selon H.Vanderwalle, la première situation pouvant amener une femme à devenir chef de ménage est le veuvage. Cette situation est assez fréquente du fait de la surmortalité des hommes aux âges élevés, l'espérance de vie des hommes étant moins élevée que celle des femmes.

Cela se traduit par l'augmentation du taux de chef de ménage féminin avec l'âge comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau 16 : Taux de femmes chef de ménage par classe décennale en Zambie :

15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus
2,4	13,0	24,5	31,4	41,8	48,1

(Source : EDS, 1992-1996)

Une diminution de la taille des ménages

La taille des ménages est déterminée par l'interaction des variables présentées précédemment et de l'interaction de facteurs sociologiques, économiques et démographiques.

Dans le contexte zambien, la taille s'explique également par l'existence de collatéraux, d'ascendants et encore non apparentés vivant avec la famille et faisant donc partie du ménage. Les caractéristiques concernant la taille des ménages sont très importantes car elles révèlent les conditions de vie des ménages. Les conditions de vie des membres des ménages de plus

grande taille sont généralement plus défavorables que celles observées dans les ménages plus petits, en raison du plus grand nombre de membres dépendants (EDS, Zambie, 2001/02).

L'enquête de 2001-2002 montre une diminution modeste de la taille des ménages depuis 1992, tel que l'indique le tableau n°16. Notons que la taille des ménages est plus grande dans les zones urbaines (5,5 personnes/ménage) qu'en zone rurale (5,1 personne/ménage) en 2001-2002.

Tableau 17: Evolution du nombre moyen de personne par ménage de 1992 à 2002

Année EDS	Nombre moyen de personne par ménage
1992	5,6
1996	5,4
2001-2002	5,2

(Source : EDS, 1992, 1996, 2001-2002)

Cependant, malgré une mortalité et une prévalence à VIH élevée, on ne remarque pas de changements majeurs concernant la taille des ménages entre 1996 et 2001/02. H.Vanderwalle explique que l'on a pu observer dans les pays africains touchés par l'épidémie de sida que l'impact de la mortalité sur la structure des ménages n'est pas simple à observer. On ne note pas forcément une diminution de la taille des familles car en période de crise, les solidarités familiales entrent en jeu. Ainsi, avec le décès des jeunes adultes, souvent les parents, les grands parents recueillent les jeunes enfants de ces personnes engendrant des recompositions familiales. Il est donc difficile de faire une relation entre la mortalité et la structure des ménages (Vanderwalle, 2001).

Cette partie présentant le contexte de la Zambie repose sur une recherche bibliographique ; celle-ci étant complétée par la revue de la littérature concernant les Orphelins et Enfants Vulnérables à cause du Sida en Afrique subsaharienne menée par Kokou Vignikin et Candice Audemard sous la direction d'Annabel Degrées du Loû, publiée par le CEPED en 2006, traitant d'une manière plus générale de ce phénomène à l'échelle du continent africain et ce d'un point de vue démographique, sociologique et anthropologique. Cette publication sous forme de Cdrom est jointe au présent rapport.

Les résultats de la recherche bibliographique sur la Zambie plus particulièrement nous ont permis de contextualiser ce phénomène à l'échelle nationale, et de mettre en relief ce que dit la littérature existante sur les structures familiales, sur l'impact du nombre croissant d'orphelins sur les ménages, sur les mécanismes de prise en charge, de définir et de conceptualiser l'objet d'étude en Zambie: le ménage, l'enfant, l'orphelin dans le contexte zambien.

Précisons enfin que les caractéristiques socioéconomiques, démographiques et épidémiologiques observées en Zambie ont influencé le choix de ce pays pour la présente étude ; en effet, la Zambie se situant en Afrique Australe est caractérisé par une mortalité élevée, un taux de prévalence à VIH fort, et par un nombre croissant d'orphelins. Ce choix a été renforcé par la disponibilité des données.

Nous allons dorénavant expliciter la problématique et la méthodologie de recherche utilisée ici pour mener à bien cette étude.

PARTIE 2
METHODOLOGIE DE
RECHERCHE

I. Problématique et hypothèses

1. Objet de l'étude :

L'objet de cette étude est :

- de mesurer l'ampleur du phénomène de l'orphelinage en Zambie
- d'étudier les caractéristiques démographiques des enfants orphelins
- d'analyser l'évolution des pratiques de prise en charge des enfants orphelins au sein des ménages zambiens.
- de distinguer les types de ménages d'accueil des orphelins
- de mesurer l'impact de l'accueil des orphelins au sein des ménages

L'objectif de cette étude consiste à appréhender l'évolution dans le temps de ces différentes caractéristiques et pratiques, en se basant sur l'analyse de données de deux séries d'Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) effectuées en 1996 et 2001/02.

L'intérêt de l'étude est ainsi de comparer les données EDS à travers le temps afin d'appréhender la réaction des ménages face aux changements démographiques (taux de mortalité adulte élevé et augmentation du nombre d'orphelins).

2. Problématique de recherche:

En fonction de l'objet de cette étude, une problématique s'impose :

Quelles sont les pratiques de prise en charge des enfants orphelins au sein des ménages zambiens?

Cette problématique peut s'affiner ainsi : Qui prends en charge ces enfants ? Quels sont les arrangements domestiques des orphelins ? Existe-t-il des différences de prise en charge entre les enfants orphelins et non orphelins ? Quelles sont les caractéristiques des ménages d'accueil de ces enfants? Quel est l'impact de l'accueil des orphelins au sein des ménages?

3. Hypothèses de recherche :

Suite à la problématique choisie, nous pouvons émettre les hypothèses suivantes :

- Les pratiques de prise en charge observées sont spécifiques aux enfants orphelins
- Le système matrilinéaire influe sur les pratiques de prise en charge
- De moins en moins de membres apparentés prennent en charge les orphelins
- Les orphelins sont de plus en plus pris en charge par des membres âgés
- l'accueil du nombre croissant d'orphelins accroît le rapport de dépendance au sein des ménages

II. Méthodologie de recherche

La méthode utilisée pour mener à bien cette étude est l'analyse de données secondaires issues des EDS effectuées en Zambie en 1996 et 2001/02.

L'analyse de données secondaires consiste à examiner les variables des jeux de données quantitatives et à déterminer si l'analyse des variables utilisées procurera des informations pour l'analyse descriptive de la situation des enfants orphelins et des pratiques de prise en charge mises en œuvres par les ménages zambiens. L'outil principal pour étudier les relations entre les variables est le tableau croisé indiquant la distribution des individus selon deux variables simultanément afin de mettre en évidence l'influence d'une variable sur une autre, ou plus simplement la dépendance d'une variable vis-à-vis d'une autre et de montrer ainsi l'existence d'interdépendance entre des phénomènes. La question à laquelle ce type de tableau répond est « dans quelle mesure tel phénomène ou caractéristique sociale dépend t'elle de tel autre phénomène ou caractéristique ? ». (Martin, 2004)

Le logiciel adapté à ce type d'analyse statistique et utilisé ici est SPSS, un logiciel que l'on peut qualifier d'universel concernant les usages qu'en ont couramment les sociologues ou statisticiens, souhaitant analyser des données d'enquêtes, sur des échantillons de quelques centaines à quelques milliers d'individus.

1. Source de données

Pour mener à bien ce type d'étude, plusieurs sources de données s'offrent aux chercheurs. En effet, de nombreux pays disposent d'un large éventail de sources d'informations, notamment les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, les EDS, les données de recensement, les enquêtes ménages sur les conditions de vie et les conditions post récolte, les enquêtes de nutrition nationales et autres données de niveau ministériel, et les données et rapports compilés par les ONG et les bailleurs de fonds. Les sources de données utilisées ici sont les EDS de 1996 et 2001/02 effectuées en Zambie.

L'intérêt d'utiliser les données de type EDS pour la présente étude

Il est important de rappeler que les EDS participent largement à mesurer l'ampleur du phénomène de l'orphelinage. En effet, les études du type EDS menées plus ou moins régulièrement dans un très grand nombre de pays en développement, fournissent de précieuses données sur l'état de la crise de l'orphelinage, des conditions de vie des foyers ruraux comme urbains, et sur la composition et la taille des ménages d'accueil de ces enfants. Elles sont d'ailleurs un point de référence pour le contrôle des estimations statistiques du phénomène de l'orphelinage et permettent d'en valider les résultats. Elles ne peuvent en revanche être suffisantes pour mesurer le degré de vulnérabilité de ces enfants et pour déterminer qui sont les enfants nécessitant une aide, quels sont les types d'aide dont ils ont besoin et combien doivent bénéficier de chaque type d'aide. C'est plus précisément des études de terrain qui s'avèrent indispensables, et plus exactement des études liées à des programmes et interventions, lesquelles permettront de se faire une idée beaucoup plus juste du nombre d'enfants nécessitant un soutien et du type de soutien adapté (Appaix et Dekens, 2005).

2. Les indicateurs et les variables à examiner

Cette étude se base sur un indicateur principal étant les enfants de moins de 15 ans et plus précisément le nombre (ou %) d'orphelins par type (simple et double).

Les variables étudiées sont issues des fichiers ménage des EDS utilisées. Cette étude s'intéresse ainsi à l'analyse des variables explicitées ci après :

Afin de mesurer l'ampleur du phénomène, et de décrire les caractéristiques démographiques des orphelins, nous nous intéressons aux variables suivantes:

- les enfants de moins de 15 ans
- la survie des parents
- les types d'orphelins (population d'enfants orphelins par type : simple ou double)
- les régions
- le lieu de résidence : zone urbaine et rurale
- l'âge et le sexe des membres du ménage (de moins de 15 ans)

Afin d'étudier les arrangements résidentiels des enfants orphelins et non orphelins, nous analyserons les variables suivantes :

- Les types d'orphelins
- La résidence des enfants avec leurs parents
- Le lien de parenté avec le chef de ménage

Afin de décrire les caractéristiques des ménages d'accueil des orphelins, nous étudierons les variables suivantes :

- Les types d'orphelins
- Le nombre de membres par ménage
- La structure des relations
- L'âge des membres du ménage
- La situation matrimoniale
- L'âge du chef de ménage
- Le sexe du chef de ménage

Afin de mesurer l'impact de la prise en charge des orphelins au sein des ménages sur la pauvreté (rapport de dépendance), nous nous intéressons aux variables suivantes :

- Le nombre de membres par ménage
- L'âge des membres du ménage

Afin d'affiner l'analyse, la création de variables spécifiques aux orphelins s'est avérée indispensable :

- type d'enfants : non orphelin, orphelin simple et orphelin double
- type d'orphelin simple : paternel, maternel
- type de résidence des orphelins simples avec le parent survivant

Comment repérer les enfants orphelins à travers les données EDS ?

Les EDS constituent actuellement la source de données démographiques la plus accessible, avec pour la plupart d'entre elles dans le questionnaire ménage des questions posées sur la survie et la résidence des parents de tous les enfants âgés de moins de 15 ans ; neuf modalités caractérisent ainsi le statut de résidence des enfants ainsi que la survie des parents:

- Vit avec les deux parents
- Vit avec la mère : père en vie (non résident), père décédé
- Vit avec le père : mère en vie (non résidente), mère décédée
- Ne vit avec aucun des deux parents : père et mère en vie (non résidents), père en vie (non résident), mère décédée, mère en vie (non résidente), père décédé, père et mère décédés

Cette catégorisation des enfants est intéressante. D'une part, elle présente l'avantage de reposer sur des questions simples, donc assez fiables : le père et la mère sont ils en vie ? Le père et la mère résident ils dans le même ménage ? D'autre part, la combinaison des réponses à ces deux questions permet de distinguer tous les types de situations familiales et d'enfants orphelins (de père, de mère, des deux parents). De surcroît, cette catégorisation des enfants peut être analysée selon le sexe et l'âge et le lien de parenté des enfants avec le chef de ménage au sein des ménages ; autant d'informations précieuses issues du fichier « ménage » des EDS afin de :

- mesurer l'ampleur du phénomène par type d'orphelin et par région
- déterminer les caractéristiques des enfants orphelins
- étudier les types de prise en charge familiale de ces enfants et les types de ménage d'accueil des enfants orphelins

Par ailleurs, il est clairement établi que les EDS ne nous permettent pas de distinguer les causes de l'orphelinage ; par exemple, les orphelins à cause du VIH/SIDA des autres. L'étude se focalise par conséquent sur les orphelins toutes causes confondues.

3. Définitions opérationnelles

Pour chaque jeu de données secondaires, les définitions utilisées pour les variables analysées (à savoir ménage, enfants, orphelins, chef de ménage, revenu) doivent être incorporées.

Il arrive souvent que les définitions de différents jeux de données varient, ce qui peut présenter des difficultés pour la compilation en un seul rapport composite d'information qui proviennent de sources différentes sur la variable considérée. Si possible, les divers jeux de données qui ont des éléments communs doivent être isolés. Suivant la manière dont les données sont codées, il est possible d'extraire des données des paramètres définis.

Cette présente étude se base principalement sur des données issues des EDS. Par conséquent ce problème de divergences de définition ne se pose pas ici.

Les définitions qui suivent ont été appliquées pour extraire et communiquer des données EDS et enquêtes par grappe à indicateurs multiples (les enfants dont on ne savait pas si les parents étaient en vie ou non ont été éliminés de l'analyse) :

- Orphelin maternel : enfant de moins de 15 ans dont la mère naturelle est décédée (orphelin simple)
- Orphelin paternel : enfant de moins de 15 ans dont le père naturel est décédé (orphelin simple)
- Double orphelin : enfant de moins de 15 ans dont la mère et le père sont tous décédés
- Total orphelins : nombre total des enfants de moins de 15 ans, dont la mère ou le père naturel, ou les deux, sont décédés
- Enfant confié : enfant de moins de 15 ans ne résidant pas avec ses parents ; cette catégorie inclue les orphelins simples et doubles.
- Ménage : (définition EDS) personne ou groupe de personnes qui habitent au même domicile et partagent la même source d'alimentation
- Rapport de dépendance : proportion des personnes à charge (nombre d'enfants de 0 à 14 ans plus nombre des personnes de 60 ans et plus) par rapport à la population en âge de travailler (nombre de personnes âgées de 15 à 59 ans) $\times 100$.

4. Plan d'analyse

Après s'être étendu sur les définitions et la sélection des variables de l'analyse de données secondaires, il s'avère indispensable de décider la manière de mesurer la variable concernant les personnes à charge (par exemple la capacité familiale). A cette fin, il est nécessaire de déterminer quelle sera la combinaison de variables provenant des sources de données secondaires à prendre en compte pour établir le plan d'analyse composite de la capacité familiale (par exemple composition du ménage, rapport de dépendance). Plusieurs données statistiques peuvent être utilisées pour examiner la relation entre la condition d'orphelin et les facteurs de bien être de l'enfant sélectionnés. Il peut être utile de commencer par conduire des séries de fréquences pour des variables différentes, puis de déterminer si, par exemple, la variance du taux de dépendance entre les ménages accueillant des orphelins et les ménages ne comptant pas d'orphelin, est significative sur le plan statistique.

5. L'analyse de données secondaires, les prémices de l'analyse exhaustive de la situation des orphelins

L'analyse de données secondaires constitue la première étape d'une analyse situationnelle des orphelins à l'échelle nationale dans un pays donné.

L'analyse situationnelle est nécessaire à l'élaboration de plans nationaux en faveur des orphelins car elle permet d'évaluer l'ampleur du phénomène et de le décrire au niveau national d'un point de vue autant quantitatif que qualitatif : évaluer le nombre d'orphelins (à cause du sida et toutes causes confondues), et l'impact du VIH/SIDA sur les enfants, définir les droits non respectés, identifier les acteurs, les structures de soutien et de prise en charge, faire des recommandations en vue de formuler une politique nationale à l'intention des orphelins. Notons que le gouvernement zambien a mené une analyse situationnelle ces dernières années.

Cette première phase consiste à recueillir les données existantes, à dégager les variables pertinentes, à déterminer les données à extraire. Des termes de références pour la poursuite du recueil de données à travers la mise en place d'une enquête de terrain, peuvent être préparés simultanément afin de combler les lacunes et d'approfondir la connaissance de la situation sur les enfants vulnérables et leurs familles. Les résultats productifs de l'analyse de données secondaires dépendent de l'existence des données disponibles et accessibles ; celles-ci étant issues principalement des enquêtes ménages de type EDS ou MICS. Il s'agit là d'une méthodologie utile et valide pour évaluer l'ampleur de certains problèmes au niveau de la population, bien qu'elle comporte des limites.

6. Les limitations de l'analyse des données secondaires

Malgré l'utilité des sources de données secondaires (à savoir EDS, MICS et enquêtes ménages), la plupart de ces sources sont limitées. Une limitation importante est le fait que les formulaires d'information standard sur la santé des parents (à savoir fréquemment malade, très malade, mourant) ne comportent pas de données sur les enfants âgés de moins de 15 ans. Par conséquent, les enfants vulnérables disposant de soins parentaux limités ne peuvent pas faire partie de l'analyse. Une autre limitation est le fait que les enquêtes fournissent des données sur les enfants des ménages uniquement et pas sur les enfants vivant dans la rue ou pris en charge par une institution ; le nombre total d'orphelins étant par conséquent sous estimé. De plus, les caractéristiques des orphelins sont biaisées et incomplètes dans la mesure où les caractéristiques des orphelins vivant dans un ménage seront fondamentalement différentes de celles des orphelins pris en charge par une institution ou vivant dans la rue. En outre, la plupart des données sur les orphelins concernent des enfants dont un ou les deux parents sont morts sans préciser la cause du décès, ce qui pose des problèmes lorsque l'on essaie de recenser le nombre d'enfants orphelins à cause du VIH/SIDA. Il est difficile d'analyser et de vérifier les données sur les conditions de migration, de nutrition, d'immunisation et d'état psychologique des enfants ou encore sur le travail des enfants ou la violence à l'égard des enfants, étant donné que les sources qui recueillent ces types d'information sont rares. Enfin, bon nombre d'enquêtes sont synchroniques, fournissant donc une mesure juste à point dans le temps de la situation des orphelins ; ces enquêtes ne couvrent pas les changements qui se produisent au fil des ans et peuvent donc donner une fausse impression des causes sous-jacentes des taux d'orphelins. Il est donc important d'accroître les données provenant des enquêtes ménages (par exemple EDS et enquêtes par grappes à indicateurs multiples) pour incorporer les enfants qui vivent en dehors du cadre familial. Ce type d'étude ne constitue pas l'objectif de la présente analyse, il s'agit là d'une recommandation.

Après avoir décrit le contexte socioéconomique, démographique et épidémiologique, les caractéristiques des ménages en Zambie, et enfin d'avoir défini une méthodologie de recherche, nous pouvons enfin rentrer dans le cœur de l'analyse.

PARTIE 3

ANALYSE ET RESULTATS

1. La définition de l'objet d'étude

1. L'âge des enfants étudiés

Les enfants constituant l'objet de cette étude sont les enfants âgés de moins de 15 ans des ménages enquêtés. Ce choix est imposé par les questionnaires des EDS utilisées, qui s'intéressent spécifiquement aux enfants de moins de 15 ans. Les enfants âgés de plus de 15 ans sont considérés comme des adultes. Jusqu'en 2004, la plupart des études et institutions travaillant sur les orphelins se basaient sur cette définition.

Cependant, définir un orphelin comme un enfant de moins de 15 ans pose problème car cela exclut les adolescents plus âgés, exposés à des risques spécifiques, notamment l'exploitation économique et sexuelle dont sont victimes en particulier les jeunes filles (Tarantola and Gruskin, 1998). Par ailleurs, selon la déclaration des droits de l'enfant, un orphelin est considéré comme un enfant de moins de 18 ans (United Nations and Assembly, 1989).

Les méthodes fondées sur cette première définition ont entraîné une sous estimation du nombre total d'orphelins. En effet, les définitions excluant la tranche d'âge 15-17 ans sous-estiment le nombre total d'orphelins de 25 à 35% (Foster and Williamson, 2000).

Ainsi le fait de réinclure la tranche d'âge 15-17 ans dans les statistiques, peut faire considérablement augmenter les estimations du nombre d'orphelins.

Ce n'est qu'en 2004 que l'ONUSIDA⁴ a inclus la tranche d'âge 15-17 ans dans la définition d'un orphelin. Cette récente définition correspond ainsi à la définition internationale de l'enfance et admet que les orphelins ne sont pas toujours de jeunes enfants, d'autant plus que selon les estimations, les adolescents représentent la majorité des orphelins dans tous les pays d'Afrique subsaharienne et que les problèmes qu'ils rencontrent persistent au delà de l'âge de 15 ans (Unicef, Unaid et al., 2004). Cependant, les EDS ont conservé la première définition considérant un enfant et un orphelin comme des membres de moins de 15 ans.

⁴ Groupe de référence dans la lutte contre le VIH/SIDA en terme d'estimations, modèles et projections rassemblant des spécialistes scientifiques et des chercheurs émanant de diverses institutions

2. Les types d'enfants étudiés

L'étude s'intéresse aux types d'enfants orphelins et non orphelins. Il importe cependant de rappeler les définitions utilisées :

- les enfants non orphelins sont les enfants de moins de 15 ans dont les deux parents sont en vie
- les enfants orphelins simples : les orphelins de mère sont les enfants de moins de 15 ans ayant perdu leur mère. Les orphelins de père sont les enfants de moins de 15 ans ayant perdu leur père.
- les enfants orphelins doubles sont les enfants ayant perdu leur père et leur mère
- les enfants confiés sont les enfants de moins de 15 ans ne résidant pas avec leurs parents, ceux-ci étant en vie ou décédés. Cette catégorie comprend ainsi les enfants non orphelins et orphelins.

3. Les types de résidence des enfants avec leur parent :

L'étude analyse les modes de résidence des enfants orphelins et non orphelins. Une typologie de ces arrangements résidentiels s'impose. Nous distinguons ainsi les catégories suivantes:

- l'enfant vit avec ses deux parents
- l'enfant vit avec un de ses parents, l'autre parent étant en vie
- l'enfant ne vit pas avec ses parents, alors qu'ils sont tous les deux en vie (enfant confié)
- l'enfant ne vit pas avec ses parents, alors qu'un de ses parents est en vie, l'autre étant décédé (orphelin simple)
- l'enfant ne vit pas avec ses parents, car ils sont décédés tous les deux (orphelin double)
- l'enfant vit avec le parent survivant, l'autre étant décédé (orphelin simple)

Il est important de préciser que cette étude tient compte des orphelins de père et de mère afin d'observer les différences de résidence selon le type d'orphelin simple.

4. Les types de ménage d'accueil des orphelins

L'étude se base sur une liste de caractéristiques propres aux ménages, certes non exhaustive. Il nous a semblé intéressant d'étudier le ménage en fonction des variables suivantes : le nombre de membre par ménage, la structure des relations au sein du ménage, la situation matrimoniale, le sexe et l'âge du chef de ménage, nous permettant de distinguer les ménages nucléaires, moyens et élargis, les femmes et hommes chefs de ménage, ainsi que leur âge.

Après avoir défini l'objet de la présente étude, nous nous attarderons à travers l'analyse des données EDS de 1996 et 2001/02 à :

- mesurer l'ampleur du phénomène par type d'orphelin et par région (chapitre 2)
- déterminer les caractéristiques démographiques des enfants orphelins (chapitre 3)
- étudier les types de prise en charge familiale de ces enfants (chapitre 4)
- étudier les caractéristiques des différents types de ménages d'accueil de ces enfants (chapitre 5)
- mesurer l'impact du phénomène sur les ménages (chapitre 6)

II. L'ampleur du phénomène de l'orphelinage en Zambie

Nous commencerons ce chapitre par la présentation des données issues des enquêtes EDS de 1996 et 2001/02 concernant le nombre et le pourcentage des orphelins par type et des enfants non orphelins. Ces données nous permettent en effet de mesurer l'ampleur du phénomène de l'orphelinage et d'en appréhender son évolution dans le temps entre 1996 et 2001/02.

1. Une augmentation du nombre d'orphelins

Le tableau n°18 illustre l'ampleur du phénomène de l'orphelinage à travers le nombre et la proportion croissante d'orphelins entre 1996 et 2002.

Tableau 18 : Nombre et pourcentage d'enfants orphelins par type en 1996 et 2001/02

<i>Type d'orphelin</i>	<i>Nombre d'orphelins</i>			
	1996		2002	
	<i>n</i>	Pourcentage valide	<i>n</i>	Pourcentage valide
<i>Orphelin simple :</i>	1843	10,1%	2162	12%
<i>Orphelin de mère</i>	522	28,3%	554	25,6%
<i>Orphelin de père</i>	1321	71,6%	1608	73,3%
<i>Orphelin double</i>	261	1,4%	512	2,8%
<i>Enfant non orphelin</i>	16169	88,3%	15344	84,8%
<i>Total effectif</i>	18319	100%	18084	100%

(Source : EDS, Zambie, 1996, 2001/02)

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. On constate une forte augmentation du nombre d'orphelins de moins de 15 ans entre 1996 et 2002. En effet, en 1996, le pourcentage du nombre d'orphelins s'élevait à 10,1%. Ce pourcentage passe à 12% en 2001/02.

Comme nous l'avons vu précédemment (dans la première partie « Contexte de la Zambie »), le VIH/SIDA participe largement à l'accroissement de ce phénomène, tel que le précisent les estimations de l'ONUSIDA et de l'UNICEF. Rappelons que celles-ci indiquent que la Zambie compte 630 000 orphelins (de moins de 18 ans) pour cause de Sida sur 1 100 000 orphelins toutes causes confondues en 2003. Le nombre d'orphelins pour cause de sida représentent ainsi plus de la moitié du nombre total d'orphelins. L'UNICEF affirmait même en 1999 qu' « après l'Ouganda, c'est la Zambie qui compte la plus grande proportion d'orphelins du sida au monde. A la fin de 1997, près de 360 000 enfants, soit 9% des moins de 15 ans, étaient orphelins du sida et leur nombre augmente rapidement. » (Unicef, 1999)

Cependant, les causes de l'orphelinage n'apparaissent pas dans les EDS. En revanche, nous pouvons lire dans les rapports de ces enquêtes l'explication suivante : « the AIDS epidemic is a major factor contributing to orphanhood. » (EDS, Zambia, 2001/02) confirmant ainsi cet état de fait.

Lorsque l'on s'intéresse plus précisément aux différents types d'orphelins, on observe une augmentation considérable des orphelins de père et d'orphelins doubles.

2. Une augmentation des orphelins de père

Le tableau n° 18 montre une augmentation plus considérable du nombre d'orphelins de père que d'orphelins de mère. En effet, on passe de 1321 enfants orphelins de père en 1996 (soit 71,6% des orphelins simples) à 1608 enfants en 2001/02 (soit 73,3% des orphelins simples). Concernant les orphelins de mère, l'augmentation reste moindre : l'EDS de 1996 indique 522 orphelins de mère (soit 28,3%), ce nombre s'élève à 554 enfants en 2001/02 (soit 25,6%). Pourtant, nous avons démontré dans la première partie (et plus précisément à travers le chapitre 1 : Le contexte démographique de la Zambie) que le taux de mortalité adulte est plus élevé chez les femmes que chez les hommes : en effet, l'EDS de 2001/02 indique 14,8 décès sur 1000 femmes contre 13,9 décès sur 1000 hommes (EDS, Zambia, 2001/02).

De plus, le VIH/SIDA contribue largement à l'accroissement du taux de mortalité chez les femmes tel que nous l'avons précisé précédemment.

Malgré les caractéristiques démographiques concernant la mortalité et la prévalence à VIH chez les hommes et les femmes en Zambie, nous constatons que les orphelins de père sont de loin plus nombreux que les orphelins de mère. Comment expliquer ce phénomène?

On peut émettre l'hypothèse suivante: la polygamie et les partenaires multiples peuvent constituer des facteurs explicatifs à ce phénomène.

Selon l'EDS de 2001/02, 19% des femmes mariées affirment être dans une union polygame. En revanche, les hommes mariés affirment avoir moins de femmes que peuvent le prétendent les femmes interrogées: seulement 9% des hommes mariés disent avoir 2 ou plus de femmes. Cette différence de résultat est certainement due au fait que par définition plus de femmes mariées que d'hommes sont dans des unions polygames. De plus, les femmes mariées considèrent davantage les partenaires multiples (hors union) de leur mari comme coépouse que ne l'affirment les hommes.

Regardons maintenant le taux de fécondité des femmes et des hommes dans ce type de mariage à travers le tableau ci-dessous :

Tableau 19 : Répartition (en %) de tous les hommes et de toutes les femmes et de ceux/celles actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, 2001/02

<i>Situation matrimoniale</i>	<i>Nombre d'enfants nés vivants par femmes</i>	<i>Nombre d'enfants nés vivants par hommes</i>
<i>Tous les hommes et les femmes</i>	3	3,1
<i>Actuellement en union</i>	3,97	5,2

(Source: EDS, 2001/02)

Nous constatons que le nombre d'enfants pour le nombre total d'homme (3,1 enfants) est similaire au nombre d'enfants pour la totalité des femmes (3 enfants).

Cependant, le nombre d'enfants par homme marié est plus élevé que le nombre d'enfants par femme mariée. Cela s'explique par la haute prévalence des mariages polygames en Zambie. Les hommes ont ainsi davantage d'enfants dans ce type de mariage que les autres hommes, car le fait d'avoir plus d'une femme accroît considérablement la probabilité qu'ils soient père d'un plus grand nombre d'enfants.

Ainsi, nous en concluons qu'en décédant, un homme laisse davantage d'enfants qu'une femme, dans la mesure où ce dernier a plusieurs femmes et plusieurs enfants avec chacune d'entre elles.

Par ailleurs, il est extrêmement important de préciser que la polygamie repose sur un fort écart d'âge entre les conjoints : les hommes sont plus âgés que les femmes. Ainsi, les pères ont plus de risque de décéder avant les mères. Il s'agit là d'une explication structurelle.

Ces facteurs peuvent ainsi expliquer pourquoi la Zambie enregistre un plus grand nombre d'orphelins de père que de mère, alors que le taux de mortalité est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

3. Une augmentation des orphelins doubles

Le tableau n°18 montre une augmentation considérable du nombre d'orphelins doubles. On passe en effet de 261 enfants orphelins doubles en 1996 à 512 en 2001/02, soit de 1,4% à 2,8%. Ainsi, le nombre d'orphelins doubles a doublé entre 1996 et 2001/02.

Ce phénomène est étroitement lié à un contexte fortement marqué par le VIH/SIDA. En effet, d'une manière générale en Afrique subsaharienne, le Sida fait augmenter le taux d'orphelins doubles car la probabilité que les deux parents soient infectés par le VIH et en meurent est forte ; ainsi, plus la prévalence VIH/SIDA est élevée, plus le nombre d'orphelins doubles augmente.

4. Le nombre d'orphelins par région

Comment sont répartis les orphelins à travers les différentes régions de la Zambie ?

On observe des disparités à l'échelle nationale. En effet, certaines régions sont plus touchées que d'autres par le phénomène. En 2001/02, les régions enregistrant le plus grand nombre d'orphelins sont les suivantes : Central (18,1% d'orphelins tous types confondus), Lusaka (17,2% d'orphelins), Southern (15,9% d'orphelins), Copperbelt (15,8% d'orphelins), et Western (15,2% d'orphelins). Les régions les moins touchées par le phénomène de l'orphelinage sont les suivantes : Luapula (13,5% d'orphelins), Northern (12,9 % d'orphelins), Northwestern (12,7% d'orphelins), Eastern (11,1% d'orphelins).

Tableau 20: proportion d'orphelins par type et par région en 1996 et 2001/02

Régions	Orphelins tous types confondus		Enfants non orphelins		Total des enfants des ménages enquêtés (en unité simple)					
	1996		2001/02		1996		2001/02			
	n	%	n	%	n	%	n	n		
Central	233	11,7	390	18,1	1729	88,1	1747	81,7	1962	2137
Copperbelt	328	13,6	311	15,8	2063	86,2	1642	84	2391	1953
Eastern	220	8,9	257	11,1	2392	91,5	2036	88,8	2612	2293
Luapula	245	12,7	184	13,5	1676	87,2	1163	86,3	1921	1347
Lusaka	273	13,4	314	17,2	1750	86,5	1505	82,7	2023	1819
Northern	226	11,5	400	12,9	1720	88,3	2409	85,7	1946	2809
North-Western	116	7,8	304	12,7	1349	92	2078	87,2	1465	2382
Southern	230	10,5	281	15,9	1934	89,3	1475	83,9	2164	1756
Western	233	12,9	233	15,2	1556	86,9	1289	83,9	1789	1522
Total	2104	100%	2674	100%	16169	100%	15344	100%	18319	18084

(Source : EDS, 1996 et 2001/02)

Nous observons que la répartition des orphelins à travers le pays correspond aux taux de mortalité adulte par région. En effet, les régions enregistrant des taux de mortalité élevés, comptent une plus grande proportion d'orphelins. Revenons ainsi sur les taux de mortalité adulte par région à travers le tableau ci-dessous.

Tableau 21: Taux de mortalité adulte par région en 2001/02

<i>Régions</i>	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>	<i>Total</i>
<i>Lusaka/Copperbelt/South</i>	17,4	15,1	16,2
<i>West/East/Central</i>	13,0	13,3	13,1
<i>North/Northwest/Luapula</i>	12,0	12,5	12,2

(Source : EDS, 2001/02)

Les régions de la Zambie ont été regroupées en trois catégories, afin d'avoir une lecture plus visible de la mortalité adulte dans ces différentes zones. Ces groupes ont été constitués en rapport avec les taux de prévalence à VIH de ces régions. En effet, tel que l'avons précisé dans les chapitres précédents, le VIH participe largement à l'accroissement du taux de mortalité. Le VIH constitue en ce sens une des causes majeures de la mortalité adulte.

L'EDS de 2001/02 indique que les régions de Lusaka, Copperbelt et Southern enregistrent les taux de prévalence à VIH les plus élevés du pays, contrairement aux régions telles que Northern, NorthWestern et Luapula étant les moins touchées de la Zambie par l'épidémie. Nous observons ainsi à travers le tableau n° 21 que les tendances de la mortalité adulte sont en totale corrélation avec les taux de prévalence à VIH observés. La mortalité adulte est plus élevée de 60% à Lusaka, Copperbelt et Southern que dans les régions telles que Northern, NorthWestern et Luapula.

Nous observons que les données concernant la forte mortalité sont en corrélation avec le nombre élevé d'orphelin dans les régions suivantes : Lusaka (17,2% d'orphelins), Southern (15,9%) et Copperbelt (15,8% d'orphelins).

Cependant, nous constatons que les régions moins touchées par la mortalité comptent une proportion d'orphelins non négligeable et constante : en effet Luapula, Northern et Northwestern enregistrent 13,5%, 12,9% et 12,7% respectivement. La proportion d'orphelins a considérablement augmenté dans la région de Northwestern passant de 7,8% à 12,7%.

Cela peut s'expliquer par le fait que les enfants devenus orphelins n'ont plus leurs parents pour s'occuper d'eux et circulent à travers le réseau de la parentèle élargie en étant pris en charge par un autre membre de la famille, vivant ailleurs que le lieu de résidence de l'enfant en Zambie. Les migrations des enfants à l'intérieur du pays peuvent ainsi constituer un facteur explicatif à ce phénomène.

Par ailleurs, notons que les orphelins peuvent venir d'ailleurs et ne sont pas tous des enfants de nationalité zambienne. Il est important de préciser que la migration des orphelins et des enfants en général peut provenir de l'extérieur des frontières de la Zambie. En effet, l'instabilité politique observée dans les pays limitrophes a engendré ces dernières années de nombreux conflits armés dans ces régions, notamment en République Démocratique du Congo et en Angola, pour ne citer que ceux là. Ces conflits ont entraîné des flux massifs de populations déplacées et réfugiées vers la Zambie. Celles ci, fuyant les conflits, comptent parmi elles de nombreux enfants et orphelins de guerre. Ces orphelins de guerre participent également à l'accroissement du phénomène de l'orphelinage en Zambie. Il s'agit là d'un facteur pouvant expliquer les disparités observées dans la répartition des orphelins à travers les régions de la Zambie, notamment dans la région de Northwestern, frontalière à la RDC et à l'Angola, où le nombre d'orphelins est élevé et croissant, malgré le faible taux de mortalité adulte enregistré dans cette zone.

Nous pouvons observer l'ampleur du nombre de réfugiés en Zambie selon les chiffres du UNHCR, à travers le tableau 22. Nous constatons que la proportion d'enfants de moins de 18 ans constitue plus de la moitié de la population totale réfugiée venant de l'Angola et de la RDC.

Tableau 22: Nombre de réfugiés angolais et congolais en Zambie en 2002

Principale origine / Type de population	Total dans le pays	Nb pers. assistées par l'UNHCR	% femmes	% < 18 ans
Angola (réfugiés)	188 400	90 500	48	59
RDC (réfugiés)	49 200	45 200	51	56
Rwanda (réfugiés)	5 030	4 500	51	-
Burundi (réfugiés)	1 580	1 390	51	-
Demandeurs d'asile	950	-	50	-
Somalie (réfugiés)	940	940	50	-

(Source : UNHCR, 2002)

III. Les caractéristiques démographiques des orphelins

Après avoir appréhendé l'ampleur du phénomène de l'orphelinage, il apparaît essentiel de décrire brièvement les caractéristiques démographiques des enfants devenus orphelins en répondant aux questions suivantes. Qui sont ils ? Quel âge ont ils ? Existe-t-il des disparités de sexe entre ces enfants ? Où résident ils ?

En revanche, les données issues de l'EDS de 1996 n'apparaissent pas dans ce chapitre car les caractéristiques démographiques des orphelins n'ont pas évolué vers un changement profond et n'apportent ainsi que peu d'intérêt à l'analyse descriptive.

1. L'âge des orphelins

Tel que l'indique le tableau 23, la proportion d'enfants orphelins augmente avec l'âge des enfants : les orphelins plus âgés sont nettement plus nombreux que les orphelins plus jeunes. On note par ailleurs une corrélation entre le type d'orphelin et l'âge de l'enfant : les orphelins doubles sont en général plus âgés.

Il est cependant regrettable que les EDS considèrent la tranche d'âge 15-18 ans comme étant des adultes et non comme des enfants, car devenant orphelins, ces enfants sont tout autant vulnérables que les autres enfants plus jeunes et doivent bien souvent assumer des responsabilités d'adultes en prenant en charge leurs frères et sœurs cadets, et ce, en devenant chef de ménage. Nous nous attarderons plus longuement sur l'accroissement du phénomène des enfants chefs de ménage plus loin dans l'analyse.

Par ailleurs, le fait que les EDS ne comptabilisent pas la tranche d'âge des 15-18 ans dans les estimations du nombre d'orphelins, sous estime considérablement l'ampleur de la crise de l'orphelinage, d'autant que, tel que nous venons de le préciser, la proportion d'enfants orphelins augmente avec l'âge.

Tableau 23: Le nombre d'orphelins par type et par âge en 2001/02 (Unité simple et pourcentage)

<i>Effectif du nombre d'orphelin par type</i>	<i>Tranches d'âge</i>							
	0-2 ans		3-5 ans		6-9 ans		10-14	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Orphelin simple</i>	126	3%	315	8,5%	665	13,5%	1056	19,8%
<i>Orphelin double</i>	4	0,09%	34	0,9%	156	3,1%	318	5,9%
<i>Enfant non orphelin</i>	4036	96,7%	3350	90,2%	4053	82,8%	3905	73,5%
<i>Total</i>	4172	100%	3713	100%	4890	100%	5309	100%

(Source : EDS, 2001/02)

2. Le nombre d'orphelins par sexe

A travers le tableau n° 24, nous n'observons pas de différences significatives dans la répartition du nombre d'orphelins par sexe et par type d'orphelins.

Ces caractéristiques peuvent se révéler extrêmement importantes lorsque l'on s'intéresse aux différents types de vulnérabilités, propres à chaque sexe, vécues par les enfants orphelins. En effet, il est clairement établi que les filles font face à davantage de risques et de vulnérabilités que les garçons tels que l'exploitation, les abus sexuels, la déscolarisation... ces risques étant renforcés par le statut d'orphelin qui prive les enfants d'une protection parentale.

Tableau 24 : Le nombre d'orphelins par type et par sexe en 2001-02 (unité simple et pourcentage)

<i>Sexe des enfants</i>	<i>Manquante</i>		<i>Orphelin simple</i>		<i>Orphelin double</i>		<i>Enfant non orphelin</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Garçons</i>	23		1095	12	265	2,9	7647	84,6	9030	49,9
<i>Filles</i>	43		1067	11,7	247	2,7	7697	85	9054	50
<i>Total</i>	66		2162	100%	512	100%	15344	100%	18084	100%

(Source : EDS, 2001/02)

3. Le nombre d'orphelins par lieu de résidence

Nous constatons à travers les tableaux ci-dessous que les orphelins ne sont pas uniformément répartis au sein de la Zambie et que des disparités entre zones urbaines et rurales apparaissent dans la répartition de ceux-ci.

Toutefois, il faut être extrêmement prudent dans l'analyse du nombre d'orphelins par lieu de résidence, car l'EDS de 2001/02 révèle un nombre total d'enfants par ménage plus élevé en zone rurale qu'en zone urbaine. En effet, sur 18084 enfants de l'ensemble des ménages enquêtés, 4999 vivent en zone urbaine (soit 27,6%) et 13085 résident en zone rurale (soit 73,3%). Cela s'explique par la plus forte fécondité en milieu rural que dans les zones urbaines. En effet, l'indice synthétique de fécondité de 2001/02 (15-49 ans) est de 4,3 enfants par femme en zone urbaine contre 6,9 enfants par femme en milieu rural.

En restant prudent face à ce constat, l'analyse nous permet de constater que par rapport au nombre total d'enfants des ménages enquêtés, les orphelins résident davantage en zone urbaine qu'en milieu rural. L'EDS de 2001/02 révèle que 17,4% d'orphelins (tous types

confondus) résident en zone urbaine contre 13,7% d'orphelins (tous types confondus) vivant en zone rurale. Les chiffres de l'EDS de 1996 reflètent cette même tendance.

Le taux de mortalité adulte est plus élevé en zone urbaine qu'en zone rurale, tel que nous l'avons précisé précédemment. En effet, le taux de mortalité adulte s'élève à 16,2 en zone urbaine contre 10,4 en zone rurale selon l'EDS de 2001/02. Ces chiffres révèlent ainsi un taux de mortalité adulte plus élevé de 25% en zone urbaine par rapport aux zones rurales.

Tableau 25: Pourcentage du nombre d'orphelins par type et lieu de résidence en 2001-02

<i>Lieu de résidence</i>	<i>Orphelin simple</i>		<i>Orphelin double</i>		<i>Non orphelin</i>		<i>Total des enfants des ménages enquêtés</i>	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Urbain</i>	692	13,8	183	3,6	4101	82	4999	27,6
<i>Rural</i>	1470	11,2	1470	2,5	11243	85,9	13085	73,3
<i>Total</i>	2162	100%	512	100%	15344	100%	18084	100%

(Source : EDS, Zambie, 2001/02)

La répartition du nombre d'orphelins par lieu de résidence est dans la plupart des cas liée aux taux de mortalité par zone de résidence, en revanche, il est important de signaler que les orphelins peuvent circuler à travers le réseau de la parentèle élargie après le décès de leurs parents et changer ainsi de zone de résidence. Les migrations de ces enfants vers les villes peuvent également s'effectuer pour les orphelins n'étant pas pris en charge par la famille constituant pour eux une stratégie de survie, dont l'objectif est de trouver du travail ou d'autres formes d'aide. Ceux-ci pouvant être accueillis par un ménage non apparenté.

IV. Les arrangements résidentiels des orphelins : les mécanismes de prise en charge des ménages zambiens

A travers ce chapitre, nous nous attarderons à analyser les différentes pratiques de prise en charge des enfants, et des orphelins plus particulièrement, et ce au sein des ménages zambiens. Il s'agit là de savoir avec qui vivent ces enfants en étudiant d'une part la résidence avec les parents, et d'autre part leur lien de parenté avec le chef de ménage d'accueil, et d'observer ainsi si ces enfants sont des membres apparentés ou non apparentés au chef de ménage. Il s'agit également d'effectuer une analyse comparative de ces pratiques entre 1996 et 2001/02 afin d'appréhender leur évolution dans le temps.

1. La construction d'une typologie permettant de distinguer les diverses situations de résidence des enfants en fonction de leur profil

Ainsi, dans le cadre de la présente analyse, la prise en compte de la résidence des différents profils d'enfants avec leurs parents ou pas nous a conduit à distinguer les situations suivantes:

L'enfant non orphelin

- vit avec ses deux parents
- vit avec un parent (le père ou la mère)
- ne vit avec aucun de ses parents

L'enfant orphelin simple

- vit avec le parent survivant (les orphelins de père résident avec la mère ou les orphelins de mère résident avec le père)
- ne vit pas avec le parent survivant

L'enfant orphelin double

- ne vit pas avec ses parents du fait qu'ils soient tous les deux décédés

2. La construction d'une typologie permettant de distinguer les divers liens de parenté entre l'enfant et le chef de ménage dans lequel il vit

Il convient désormais de tenir compte de l'existence ou non d'un lien de parenté avec le chef de ménage et d'établir les différents liens de parenté entre l'enfant et le chef de ménage d'accueil pour les catégories relatives aux enfants orphelins ne résidant avec aucun des deux parents. Les EDS proposent de distinguer les liens de parentés cités ci après. L'enfant apparaît ainsi comme étant :

- beau frère ou belle sœur du chef de ménage
- petit enfant du chef de ménage
- frère ou sœur du chef de ménage
- membre apparenté au chef de ménage étant un autre membre de la famille, celui-ci n'étant pas précisé à travers les EDS
- enfant confié ou adopté par le chef de ménage
- membre non apparenté au chef de ménage

Nous allons dans un premier temps étudier les différentes situations de prise en charge des enfants non orphelins afin d'appréhender notamment les pratiques de confiage des enfants en Zambie. Nous allons ensuite nous attarder sur la résidence ou pas des enfants orphelins simples avec le parent survivant. Puis, nous nous pencherons sur le cas des orphelins doubles en terme de prise en charge.

3. Les pratiques de prise en charge des enfants non orphelins

La résidence des enfants non orphelins avec les deux parents

Nous constatons à partir des données EDS que la proportion d'enfants de moins de 15 ans vivant avec leurs deux parents biologiques n'a pas changé entre 1996 et 2001/02. Cette proportion s'élève à 62%.

L'EDS de 2001/02 précise que la proportion d'enfants vivant avec leurs deux parents baisse avec l'âge ; en effet, $\frac{3}{4}$ des enfants de moins de deux ans vivent avec leurs deux parents alors que moins de la moitié des enfants issus de la tranche d'âge 10-14 ans résident avec leurs deux parents ; en 1996, $\frac{1}{4}$ des enfants âgés entre 10 et 14 ans ne vivaient pas avec leurs parents. Il s'agit là d'une différence considérable entre les arrangements résidentiels des enfants plus jeunes et plus âgés. Cette différence peut s'expliquer par la pratique du confiage d'enfants. Les familles confient généralement leurs enfants plus âgés dans le but de les scolariser ou d'apporter à la famille d'accueil une main d'œuvre supplémentaire.

Les régions à l'ouest du pays enregistrent la plus faible proportion d'enfants de moins de 15 ans vivant avec leurs deux parents (51%), alors que cette proportion représente 68% dans les régions au nord du pays.

Lorsque les enfants non orphelins vivent avec un seul parent

Nous observons que 11,7% des enfants non orphelins vivent seulement avec leur mère contre 2,9% résidant avec leur père seulement en 2001/02. Cette tendance se reflète à travers les données de 1996 ; en effet, 13,4% des enfants non orphelins vivaient seulement avec leur mère, alors que 3,3% de ceux-ci vivaient uniquement avec leur père, d'après l'EDS de 1996. Cette tendance reflète le système de société matrilineaire et matrilocale de la Zambie. En effet, ce système veut que traditionnellement les enfants soient pris en charge et résident principalement avec leur mère (ou au sein de la famille maternelle).

On note cependant une baisse de ces pratiques de prise en charge autant par le père que par la mère entre 1996 et 2001/02. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il s'agit là d'une des conséquences de la mortalité adulte élevée et croissante en Zambie.

Lorsque les enfants non orphelins ne vivent pas avec aucun de leurs parents

Nous observons que 8,1% des enfants non orphelins ne vivent avec aucun de leurs parents selon l'EDS de 2001/02. Ce pourcentage s'élève à 8,9% en 1996. Il n'y a donc pas de différences notoires dans la comparaison de ces données, du fait que cette proportion évolue de manière constante malgré une légère baisse observée en 2001/02.

Cela peut s'expliquer par la pratique du confiage des enfants à travers la famille élargie. Il s'agit d'une pratique ancienne et répandue en Zambie, tout comme à l'échelle du continent africain. Ce mécanisme de circulation des enfants ne s'applique pas seulement lorsque un des deux parents décède. Ainsi, nombreux sont les enfants, dont les parents sont vivants, qui ne résident pas avec eux. Il semble nécessaire de rappeler les fondements et les enjeux de cette pratique afin de mieux contextualiser l'objet d'étude et comprendre les situations de prise en charge étudiées ici, à travers la lecture de l'encadré n°2 ci après.

Résumons tout d'abord les tendances des mécanismes de prise en charge des enfants non orphelins par rapport à la résidence avec leurs parents (ou pas), à travers le tableau ci après.

Tableau 26: Les tendances des mécanismes de prise en charge des enfants non orphelins en rapport à la résidence des parents en 1996 et 2001/02

Caractéristiques des enfants non orphelins	Vit avec ses deux parents		Vit avec la mère et non avec le père (le père étant en vie)		Vit avec le père et non avec la mère (la mère étant en vie)		Ne vit avec aucun des deux parents (les deux étant en vie)		Nombre d'enfants des ménages enquêtés⁵	
	1996	2001/02	1996	2001/02	1996	2001/02	1996	2001/02	1996	2001/02
Age										
<i>0-1 ans</i>	75,3	75,2	18,9	20	0,8	0,3	1,6	1,1	4157	2737
<i>2-4 ans</i>	66,6	70,4	14,6	14,7	2,5	1,7	7,7	5,7	3732	3690
<i>5-9 ans</i>	58,9	61,1	12	9,8	4,6	3,5	10,8	8,9	4826	6096
<i>10-14 ans</i>	50,2	49	9,5	7,4	5,2	4,3	13,3	12,4	5596	5265
Sexe										
<i>Garçon</i>	61,6	62,2	13	11,5	3,5	3,1	8,1	7,2	9072	8878
<i>Fille</i>	61,4	61	13,7	11,9	3,1	2,6	9,6	8,3	9229	8910
Résidence										
<i>Urbain</i>	61,6	60,5	12,4	10,1	4,3	3,9	7,1	7,6	7040	6070
<i>Rural</i>	61,5	62,2	13,9	12,5	2,7	2,4	10	8,3	11271	11719
Total	61,5	61,6	13,4	11,7	3,3	2,9	8,9	8,1	18311	17789

(Source : EDS, Zambie, 1996, 2001/02)

⁵ Le total des enfants des ménages enquêtés comprend les enfants non orphelins (présentés dans le présent tableau), mais également les enfants orphelins simples et doubles. Ces enfants n'apparaissent pas dans ce tableau car celui-ci traite spécifiquement du cas des enfants non orphelins.

Encadré 2

Le confiage d'enfant, une pratique répandue en Zambie, qui ne s'applique pas seulement aux enfants orphelins

Afin de comprendre les logiques de la circulation des enfants, rappelons quelques principes régissant les systèmes familiaux en Afrique subsaharienne.

Les systèmes familiaux africains reposent sur trois caractéristiques majeures et convergentes concernant la place de l'enfant au sein de la famille, reflétant également la réalité du contexte zambien :

Le système familial africain est caractérisé par une forte fécondité, « objectif recherché par la plupart des sociétés africaines pour des raisons à la fois démographiques (réponse à la mortalité élevée), économiques (besoin de main d'œuvre, de sécurité pour le futur), politique (puissance du lignage, du clan), religieuses (culte des ancêtres)... » (Pilon et Vignikin, 1996)

La parenté se traduit pour les enfants par le fait qu'ils n'appartiennent pas seulement à leurs parents biologiques, mais aussi au reste de la parenté, paternelle ou maternelle, selon le système de société. « *Les enfants sont l'avenir de la famille au sens large et tous les adultes sont concernés par leur prise en charge et leur formation* » (Gueye, Paque-Margolis et al., 1993).

Les enfants circulent à travers les réseaux de parenté :

Plus généralement en Afrique subsaharienne, nombreux sont les enfants qui, temporairement ou dans le long terme, sont placés par leurs parents d'origine dans une autre famille, le plus souvent apparentée. Cette pratique n'est pas généralisée dans toutes les sociétés africaines et le pourcentage d'enfants confiés varie d'une région à l'autre, voire au sein de la même société, d'une famille à l'autre. Les publications issues des plus récentes enquêtes démographiques et de santé (EDS) fournissent quelques indications statistiques de l'ampleur du phénomène des enfants confiés, à travers la proportion des ménages accueillant au moins un enfant âgé de moins de 15 ans et dont ni le père, ni la mère ne sont présents. On voit que l'accueil d'enfants hors du foyer de leurs parents biologiques est une pratique courante, avec des différences qui peuvent être importantes d'un pays à un autre. Selon les pays, c'est tantôt en ville tantôt en milieu rural que les plus forts taux d'accueil sont observés. Par exemple, selon l'EDS de 1992 en Zambie, 24,5% des ménages accueillent un ou plusieurs enfants confiés de moins de 15 ans, dont 26% en zone urbaine et 23,3% en zone rurale. Il faut reconnaître que les enquêtes quantitatives ne peuvent pas toujours saisir avec précision les statuts réels des enfants. Il arrive que les parents nourriciers n'évoquent pas spontanément la présence d'enfants confiés. Le plus souvent, ils ne font pas de distinction d'attitudes ou de terminologie entre les enfants qu'ils accueillent et les leurs. Les systèmes d'appellations classificatoires traduisent bien cette appartenance collective des enfants.

Contrairement à l'idée admise en Occident, le placement d'enfants ne sert que rarement à adopter des orphelins ou à donner des enfants aux couples stériles. Les raisons invoquées pour accueillir ou confier un enfant varient selon les sociétés et les époques, elles vont de la nécessité à la commodité en passant par la convention sociale. La mobilité enfantine n'est jamais automatique, il faut qu'on ait envie ou besoin de cette présence enfantine pour la demander. Le même enfant peut être confié plusieurs fois pour des motivations différentes, mais toujours par sa famille d'origine. Les différents types de placements relèvent avant tout de la volonté de resserrer les relations de parenté et d'alliance.

En effet, tel que le précisent Agnès Guillaume et Philippe Antoine : « *Dans beaucoup de sociétés africaines, de nombreux enfants sont placés dans d'autres familles, soit par entente entre les deux familles, soit par décès ou absence prolongée ou divorce des parents biologiques de l'enfant. Cette mobilité des enfants entre familles qu'on appelle confiage, don ou prêt d'enfants ou parfois enfants adoptés, est très ancienne et assez répandue en Afrique (...) Le confiage des enfants était perçu comme une confirmation des alliances ou des amitiés entre deux familles, ou entre deux personnes. La famille adoptive percevait cela comme une faveur. La notion de père ou de mère renvoyait à un groupe d'individus chez lesquels l'enfant pouvait « circuler » » (Antoine et Guillaume, 1984). « *Il n'y avait presque pas de calcul économique dans cette mobilité* ». (Dabiré, 2001) .*

La pratique du confiage représente effectivement une pratique ancienne et fréquente en Afrique et constitue encore de nos jours une des formes de solidarité les plus courantes.

Il existe ainsi de nombreuses raisons de confiage d'enfants ; la prise en charge des orphelins ne représente qu'une seule raison parmi tant d'autres: Caldwell écrivait en 1997 « sur 90 millions d'enfants affectés par le Sida, 33 millions d'entre eux ont au moins déjà une fois vécu sans leurs parents et 15 millions n'ont vécu ni avec l'un ni avec l'autre » (Caldwell, 1997); il est alors important de rappeler que la pratique de confiage des enfants ne s'inscrit pas seulement dans des contextes de crise.

« *Parce que le confiage est ici enraciné dans les structures de parenté et les traditions, les enfants ne sont pas envoyés seulement en cas de crise familiale ou lorsqu'aucun des deux parents naturels ne peut, pour une raison quelconque, les élever. En fait, le placement d'enfants est pratiqué, à la fois par des familles stables et instables, par des mères mariées ou vivant seules, par des parents en bonne santé ou handicapés, par des ménages ruraux et urbains, par des parents riches et pauvres.* » (Isiugo-Abanihe, 1985).

Cependant, cette pratique subit des changements profonds face aux mutations socio-économiques telles que le développement et la crise des économies, l'urbanisation croissante, la scolarisation ou les migrations ; le mécanisme de circulation d'enfants s'est ainsi adapté à ces changements socio-économiques et s'est éloigné de son rôle traditionnel fondé sur des processus de socialisation.

Cette pratique persiste aujourd'hui principalement pour des raisons d'entraide économique, d'une part en réponse aux besoins de la famille d'accueil en terme de main d'œuvre par exemple, et d'autre part selon les besoins de la famille d'origine afin de l'alléger des responsabilités qu'elle ne peut assumer telle que la scolarisation des enfants par exemple.

En effet, selon JP. Dozon et A. Guillaume, cette pratique « *répond en partie à des nécessités économiques ou à des stratégies de capitalisation de dépendants ou encore au besoin de nouer ou de renforcer les liens politiques entre communautés locales (...) Nombre d'enfants servent ainsi de main d'œuvre dans le secteur agricole, dans les activités commerciales et artisanales ; ils peuvent aussi être employés pour des travaux domestiques auprès de parents installés en ville ou tout simplement dans des familles d'accueil, mais ils peuvent être aussi confiés afin de poursuivre normalement leur scolarisation* » (Dozon et Guillaume, 1994).

La crise économique a orienté le confiage d'enfants vers un échange de main d'œuvre, en effet, « sous l'emprise des difficultés, les réticences se font de plus en plus fortes à accueillir un enfant confié pour scolarisation par un parent » (Pilon et Vignikin, 1996). Parallèlement à la crise économique, l'apparition du VIH/SIDA a également transformé ces mécanismes de placement d'enfants et a suscité des modifications spécifiques:

D'une part, le VIH/SIDA a augmenté le nombre de décès parentaux et le nombre d'orphelins. D'autre part, la crainte de la maladie, de la contamination par les contacts quotidiens ont suscité des comportements de rejet et d'exclusion des malades et de leur famille au sein même du réseau de parenté. La saturation du système et la stigmatisation ont ainsi provoqué des situations de refus et d'incapacité de prise en charge et un affaiblissement profond des solidarités familiales, rendant les orphelins de plus en plus seuls et vulnérables.

L'ampleur et l'évolution du confiage d'enfant en Zambie

Après avoir effectué un bref rappel de la situation du confiage d'enfants plus généralement en Afrique subsaharienne, nous allons mesurer ce phénomène en Zambie à travers les données des EDS de 1996 et 2001/02. Afin de mieux appréhender l'évolution de cette pratique dans le temps, nous avons regardé le pourcentage d'enfants confiés issu de l'EDS de 1992.

Rappelons que les EDS considèrent les enfants confiés comme des enfants ne vivant avec aucuns de leurs parents biologiques. Cette catégorie comprend ainsi les enfants orphelins simples et doubles.

Le tableau n°27 montre une baisse considérable du pourcentage d'enfants confiés entre 1992 et 2002. Cela peut s'expliquer par les raisons énumérées ci-dessus concernant la réorientation de la pratique du confiage liée à la crise économique, à la pauvreté et au VIH/SIDA, des facteurs qui déstructurent les solidarités familiales, et par conséquent la prise en charge des enfants à travers le confiage.

Nous notons en revanche un léger accroissement du pourcentage d'enfants confiés entre 1996 et 2001/02 ; un constat qui pourrait être imputable à l'épidémie de VIH/Sida qui accroît le nombre d'orphelin, renforçant ainsi les recompositions familiales et les mécanismes de prise en charge de ces enfants.

Tableau 27 : Evolution du pourcentage d'enfants confiés en Zambie de 1992 à 2002

<i>Pourcentage</i>	<i>Années</i>		
<i>d'enfants confiés (de moins de 15 ans)</i>	1992	1996	2001/02
	24,5%	14%	16%

(Source : EDS, Zambie, 1992, 1996, 2001/02)

Le lien de parenté entre les enfants confiés non orphelins et le chef de ménage d'accueil

Nous nous attarderons ici à ne prendre en compte que les enfants non orphelins, car nous traiterons du cas des orphelins plus loin dans l'analyse.

Ainsi, concernant les enfants non orphelins, nous pouvons nous demander quelle est la relation de parenté avec le chef de ménage. Les enquêtes EDS nous permettent en effet de distinguer le lien de parenté entre l'enfant et le chef de ménage dans lequel il vit. En revanche, si le chef de ménage n'est pas le parent biologique de l'enfant, cela ne signifie pas qu'au moins un des deux parents ne réside pas au sein de ce ménage. Cela s'explique par le fait qu'un ménage peut regrouper plusieurs cellules familiales, d'où plusieurs membres apparentés ou pas.

Nous constatons tout d'abord à travers le tableau n° 28 que les enfants non orphelins sont majoritairement des membres apparentés au ménage.

Tableau 28: Lien de parenté entre les enfants non orphelins et le chef de ménage

Relation de parenté avec le chef de ménage	Répartition des enfants non orphelins			
	1996		2001/02	
	n	%	n	%
<i>Fils/Fille</i>	12300	76,07%	12043	78,5%
<i>Beau/belle fils/fille</i>	2	0,01%	5	0,03%
<i>Petit enfant</i>	2117	13,09%	1840	11,99%
<i>Frère/soeur</i>	141	0,8%	110	0,7%
<i>Autre membre apparenté</i>	1254	7,7%	1001	6,5%
<i>Enfant confié ou adopté</i>	271	1,6%	269	1,7%
<i>Non apparenté</i>	81	0,5%	76	0,5%
<i>Total</i>	16169	100%	15344	100%

(Source EDS, Zambie, 1996, 2001/02)

L'étude des liens de parenté entre l'enfant non orphelin et le chef de ménage nous permet de constater que ces enfants résident principalement avec :

Leurs parents, tel que nous venons le l'expliquer : en effet, en 1996, 76% des enfants non orphelins résidaient dans un ménage dirigés par un des deux parents, cette proportion passe à 78,5% en 2001/02.

Leurs grands parents, avec qui vivent 12% des enfants non orphelins en 2001/02.

D'autres membres apparentés, n'étant pas précisés dans les EDS. A titre d'exemple, nous pouvons citer l'oncle de l'enfant, qui joue un rôle fondamental dans l'éducation des fils de sa sœur à travers le système matrilineaire. Nous observons en effet qu'en 2001/02, 6,5% des enfants non orphelins vivent dans des ménages dirigés par un membre apparenté.

D'autres membres, apparentés ou pas. Ceux-ci n'étant pas précisés, car l'enfant est défini dans la relation de parenté comme étant un enfant confié ou adopté par le ménage. Cette variable permet de mesurer l'ampleur de la pratique du confiage d'enfant, mais ne nous indique pas le type de relation de parenté entre l'enfant et le chef de ménage.

En revanche, une faible proportion des enfants non orphelins vivent dans des ménages dirigés par leurs frères ou sœurs (0,7% en 2001/02).

Enfin, nous constatons à travers le tableau n°28 que les enfants non orphelin de moins de 15 ans non apparentés au ménage sont peu nombreux. En effet, ils représentent 0,5% autant en 1996 qu'en 2001/02.

Nous observons ainsi que les relations de parenté entre l'enfant non orphelin et le chef de ménage restent constantes au sein des ménages entre 1996 et 2001/02. Il s'agit là de décrire des tendances générales des liens de parenté des enfants non orphelins avec le chef de ménage.

Il est important de retenir que les enfants non orphelins vivent majoritairement avec leurs deux parents. S'ils résident avec un seul parent, il s'agit principalement de la mère. Et enfin, en observant les liens de parentés avec le chef de ménage, nous en concluons que les parents et grands parents jouent un rôle fondamental dans la prise en charge de leurs enfants et petits enfants.

Les caractéristiques des situations de résidence des enfants non orphelins et des logiques de confiage, que nous venons de développer, peuvent nous éclairer sur les mécanismes de prise en charge des enfants orphelins.

Nous pouvons désormais nous demander quelles sont les situations de résidence des orphelins, et quelles sont les similitudes avec les types de prise en charge observés chez les enfants non orphelins.

4. Les orphelins simples sont majoritairement pris en charge par le parent survivant

De plus en plus d'orphelins de père sont pris en charge par leur mère

Dans la plupart des cas (environ 60%), à la mort d'un des parents, les orphelins restent avec le parent survivant. Nous constatons qu'une partie importante des orphelins de père sont pris en charge par la mère ; à l'inverse, les orphelins de mère sont rarement pris en charge par leur père, tel que l'indique le tableau ci-dessous pour 2001/02 et 1996. En effet, en 2001/02, 50,1% des orphelins de père vivent avec leur mère, alors que 9,6% des orphelins de mère sont pris en charge par leur père.

Tableau 29: résidence des orphelin simple avec le parent survivant en 1996 et 2001/02

<i>Résidence des orphelins simples avec le parent survivant</i>	<i>Répartition des orphelins simples</i>			
	Fréquence		Pourcentage valide	
	1996	2001/02	1996	2001/02
<i>Orphelin de père vivant avec la mère</i>	895	1084	48,6%	50,1%
<i>Orphelin de père ne vivant pas avec la mère</i>	424	524	23%	24,2%
<i>Orphelin de mère vivant avec le père</i>	207	208	11,2%	9,6%
<i>Orphelin de mère ne vivant pas avec le père</i>	315	346	17,1%	16%
<i>Nombre total d'orphelin simple</i>	1841	2162	100,0%	100,0%

(Source : EDS, Zambie, 1996, 2001/02)

Les données issues de l'EDS de 1996 révèlent les mêmes tendances qu'en 2001/02 :

Nous observons à travers le tableau n° 29 que les orphelins de père sont majoritairement pris en charge par leur mère.

En effet, 48,6% des orphelins simples, dont le père est décédé, vivent avec leur mère biologique en 1996. Ce pourcentage s'élève à 50,1% en 2001/02.

On peut donc émettre l'hypothèse que le pourcentage d'orphelin de père pris en charge par leur mère a augmenté entre 1996 et 2001/02. Cette éventuelle évolution peut être liée à l'accroissement du nombre d'orphelin paternel, ayant renforcé ce mécanisme de prise en charge.

En revanche, les orphelins de mère sont faiblement pris en charge par leur père : 11,2% des orphelins simple (dont la mère est décédée), vivent avec leur père en 1996. Ce pourcentage passe à 9,6% en 2001/02.

Nous pouvons par conséquent observer que l'évolution des pratiques résidentielles du parent survivant avec l'enfant orphelin se traduisent ainsi : de plus en plus d'orphelins de père sont pris en charge par leur mère et de moins en moins d'orphelins de mère sont pris en charge par leur père.

La filiation matrilineaire et le type de résidence matrilocal qui caractérisent la plupart des ethnies présentes en Zambie peuvent expliquer la prise en charge plus répandue par les mères. En revanche, ces caractéristiques ne peuvent pas expliquer l'éventuelle évolution de cette pratique entre 1996 et 2002.

Nous avons affirmé que les pratiques de prise en charge par la mère sont traditionnellement répandues hors contexte d'orphelinage en Zambie. Au vu des chiffres sur la résidence de l'enfant non orphelin avec sa mère, il n'est donc pas étonnant que ce mécanisme soit fréquent chez les enfants orphelins.

Il semble important de s'arrêter sur ce constat et d'expliquer pourquoi et comment les stratégies de parenté et de filiation ont des effets sur la prise en charge des orphelins.

Encadré 3 :

La matrilinearité : stratégies de parenté et de filiation et effets sur la prise en charge des orphelins

La société zambienne repose principalement sur le système matrilineaire. Le pays compte 73 groupes ethniques étant pour la plupart de filiation matrilineaire.

Il semble ainsi essentiel de rappeler brièvement les traits caractéristiques des principales formes du lignage matrilineaire, dans le but d'expliquer le choix fait par la société zambienne pour assurer la prise en charge des orphelins.

Quel est donc le statut de l'épouse et des enfants selon le lignage matrilineaire ?

Dans ce type de société, la dot est versée à la famille de l'épouse, et les enfants sont affiliés à la famille de leur mère. Ils sont placés sous la responsabilité directe du frère aîné de leur mère : l'oncle maternel est le père social des enfants. C'est lui qui prend les grandes décisions pour leur avenir, il est interpellé par la mère des enfants pour régler un conflit qui les concerne, il a le devoir de sanctionner les mauvais comportements, car il représente l'autorité, et c'est de lui qu'hériteront les enfants. Le père biologique est présent dans le quotidien de l'enfant, mais il est lui-même père social des enfants de ses sœurs.

Lorsqu'une mère meurt, c'est à la branche maternelle que revient le devoir de s'occuper des enfants : c'est l'oncle, les tantes et/ou la grand-mère qui s'occuperont d'eux.

Lorsqu'un père décède, ses héritiers sont ses neveux, ce qui a pour effet de soustraire la veuve et les enfants au droit d'hériter. Ces derniers héritent de leur oncle et ne peuvent pas s'opposer à la restitution des biens du défunt à sa famille. Ses sœurs et leurs enfants sont les bénéficiaires traditionnels de l'héritage. Ce type d'organisation sociale se trouve particulièrement mis à mal par la pandémie de sida qui provoque de vives tensions au sein des familles.

(Appaix et Dekens, 2005)

Le lien de parenté entre l'enfant orphelin simple et le chef de ménage qui l'accueille

Nous pouvons désormais nous demander avec qui vivent les orphelins simples s'ils ne sont pas pris en charge par le parent survivant en étudiant le lien de parenté entre l'enfant et le chef de ménage.

Tableau 30: Lien de parenté entre les enfants orphelins simples et le chef de ménage

<i>Lien de parenté avec le chef de ménage</i>	<i>Répartition des orphelins simples (en unité simple et en pourcentage)</i>			
	Fréquence		Pourcentage valide	
	1996	2001/02	1996	2001/02
<i>Fils/Fille</i>	760	879	41,2%	40,6%
<i>Beau fils/belle fille</i>	0	2	0%	0,09%
<i>Petit enfant</i>	509	645	27,6%	29,8%
<i>Frère/Soeur</i>	81	50	4,3%	2,3%
<i>Autre membre apparenté</i>	384	423	20,8%	19,5%
<i>Enfant confié ou adopté</i>	98	137	5,3%	6,3%
<i>Membre non apparenté</i>	10	26	0,5%	1,2%
Total	1848	2162	100%	100%

(Source : EDS, Zambie, 1996, 2001/02)

A travers le tableau n°30, nous constatons qu'une majeure partie des enfants orphelins simples vit dans des ménages dirigés par le parent survivant (40,6% en 2001/02).

En revanche, nous constatons que la proportion d'orphelins simples vivant dans des ménages dirigés par leurs grands parents est importante. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette proportion augmente entre 1996 et 2001/02, passant de 27,6% à 29,8%.

Nous observons également l'accroissement de cette proportion dans les ménages dirigés par un membre non apparenté à l'enfant. Cette proportion reste faible, elle pourrait cependant être croissante, passant de 0,5% en 1996 à 1,2% en 2001/02. Cette évolution reste faible et n'est pas forcément significative. Elle peut cependant refléter l'incapacité des familles à prendre en charge les orphelins.

Notons enfin que les autres membres apparentés à l'enfant jouent un rôle important dans l'accueil des orphelins : 19,5% des orphelins simples résident dans un ménage dirigé par un membre lui étant apparenté en 2001/02.

En revanche, ce tableau ne nous permet pas de savoir si le parent survivant vit dans le ménage s'il ne le dirige pas. Pourtant, la prise en compte de cet élément s'avère indispensable pour comprendre les mécanismes de prise en charge des enfants orphelins simples à travers la famille. Ainsi, nous avons affiné l'analyse dans ce sens par la création du tableau n° ci-dessous, nous permettant de savoir si un des parents réside dans le ménage d'accueil de l'enfant orphelin ou pas.

Tableau 31: Le lien de parenté entre les orphelins simples et le chef de ménage en rapport avec la résidence de l'enfant avec le parent survivant :

<i>Résidence des enfants avec leurs parents</i>	<i>Orphelin de père vivant avec la mère</i>		<i>Orphelin de père ne vivant pas avec la mère</i>		<i>Orphelin de mère vivant avec le père</i>		<i>Orphelin de mère ne vivant pas avec le père</i>	
	1996	2001/02	1996	2001/02	1996	2001/02	1996	2001/02
<i>Fils/Fille</i>	62,5%	64,2%			94,2%	92,3%	0,3%	
<i>Beau fils/belle fille</i>		0,09%						0,3%
<i>Petit enfant</i>	18,3%	16,9%	42,9%	50%	3,4%	3,8%	48,9	55,2%
<i>Frère/Soeur</i>	3,01%	0,2%	8,2%	5,5%	0,9%		5,4%	5,2%
<i>Autre membre apparenté</i>	7,2%	7,1%	45%	39,7	1,4%	3,8%	39,6%	37,5%
<i>Enfant confié ou adopté</i>	8,5%	11,8%	1,4%	1,5%			5%	0,3%
<i>Membre non apparenté</i>	0,3%	0,3%	1,1%	3,2%			0,6%	1,4%
<i>Total (en unité simple)</i>	895	1084	424	524	207	208	315	346

(Source : EDS, Zambie, 1996, 2001/02)

Ce tableau nous permettant de croiser les variables concernant le lien de parenté entre l'enfant et le chef de ménage et la résidence des enfants avec le parent survivant, participe à une meilleure compréhension des caractéristiques, explicitées ci après, spécifiques aux arrangements résidentiels des orphelins simples.

Lorsque les orphelins simples vivent avec le parent survivant, il est important de retenir les observations suivantes :

Lorsque les orphelins de père vivent avec leur mère, celles-ci sont pour la plupart chef de ménage : cela concerne 62,5% des orphelins de père vivant avec la mère en 1996; cette proportion s'élève à 64,2% en 2001/02.

Nous constatons également que 18,3% des orphelins de père vivant avec leur mère résident chez leur grand parent, chef de ménage en 1996. Cette proportion s'élève à 16,9% en 2001/02.

Nous observons enfin que 11,8% des orphelins de père vivant avec leur mère sont considérés comme enfant confié au sein du ménage d'accueil en 2001/02, ce constat paraît étonnant dans la mesure où par définition un enfant confié ne vit avec aucun de ses parents.

Concernant les orphelins de mère vivant avec leur père, la majeure partie d'entre eux (94,2% en 1996 et 92,3% en 2001/02) vit chez leur père, celui-ci étant chef de ménage

Lorsque les orphelins simples ne vivent pas avec le parent survivant

Lorsque les orphelins simples ne vivent pas avec le parent survivant, nous constatons que 48,9% des orphelins de mère ne vivant pas avec leur père sont pris en charge par leur grand parent en 1996. Ce pourcentage s'élève à 55,2% en 2001/02. Nous observons également que 39,6% d'entre eux vivent chez un autre membre apparenté en 1996 contre 37,5% en 2001/02

Par ailleurs, concernant les orphelins de père ne vivant pas avec leur mère, nous observons une nouvelle fois le rôle majeur des grands parents. En effet, 49,9% de ces enfants vivent avec leur grand parent en 1996. Ce pourcentage passe à 50% en 2001/02. Nous constatons enfin que 45% d'entre eux résident chez un autre membre apparenté en 1996. Ce pourcentage baisse à 39,7% en 2001/02.

Nous constatons enfin que de plus en plus d'orphelins de père (ne vivant pas avec leur mère) résident chez un membre non apparenté. En effet, il s'agit de 1,1% d'entre eux en 1996 contre 3,2% en 2001/02.

En conclusion, notons le rôle fondamental et grandissant des grands parents dans la prise en charge de leurs petits enfants orphelins simples, mais également celui des mères en ce qui concerne les orphelins paternels. Une étude précise à ce propos que dans les régions rurales de la Zambie, les grands-parents assurent au premier chef la prise en charge des orphelins dans plus du tiers des cas (Deininger et al., 2003).

5. La prise en charge des orphelins doubles

Le rôle grandissant des grands parents dans l'accueil des orphelins doubles

Nous constatons à la lecture du tableau n°32 qu'une majeure partie des orphelins doubles sont de plus en plus pris en charge par leurs grands parents. En effet, c'est le cas de 35,2% d'entre eux en 1996. Ce pourcentage augmente considérablement en 2001/02 et s'élève 46,5%.

Nous observons également que d'autres membres apparentés jouent un rôle important dans l'accueil des orphelins doubles. Il est cependant regrettable que ces personnes ne soient pas identifiées. Nous observons cependant que la proportion d'orphelins doubles pris en charge par un membre apparenté baisse considérablement entre 1996 et 2001/02.

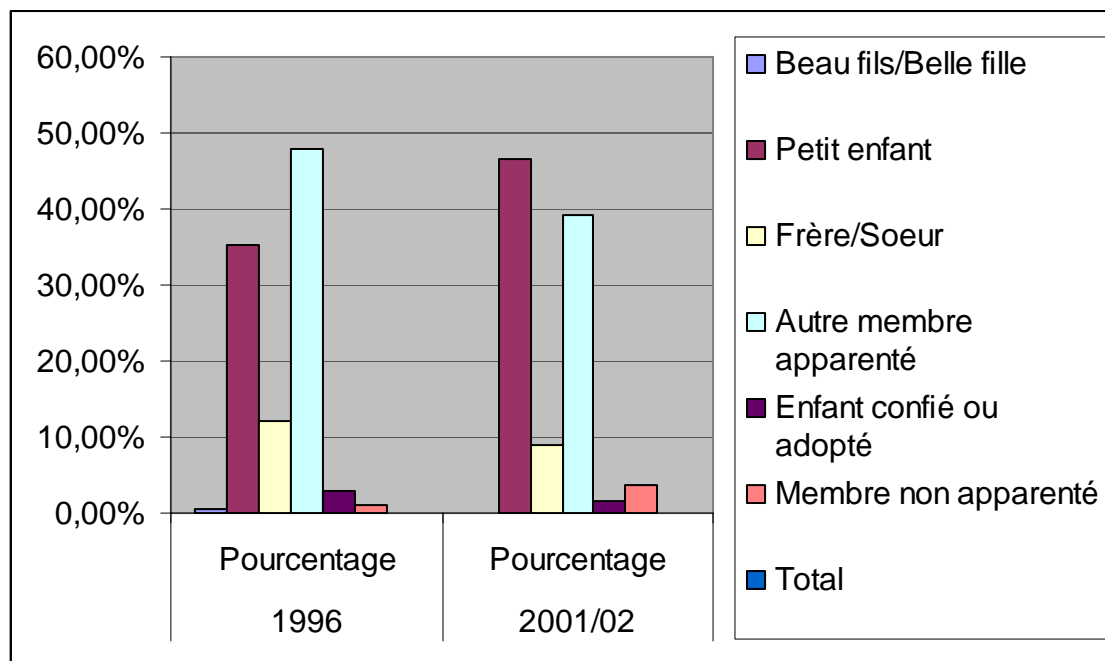
Enfin, nous constatons que de plus en plus d'orphelins doubles sont pris en charge par des membres non apparentés. En effet, l'augmentation de la proportion est considérable entre 1996 et 2001/02, elle passe de 1,1% à 3,7%.

Ces constats traduisent le phénomène de saturation des mécanismes de prise en charge des orphelins doubles par la famille, ceux-ci étant de plus en plus pris en charge par leurs grands parents et par des membres non apparentés.

Tableau 32: Le lien de parenté entre les orphelins doubles et le chef de ménage d'accueil en 1996 et 2001/02

Lien de parenté avec le chef de ménage	% d'orphelin double			
	1996		2001/02	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
<i>Beau fils/Belle fille</i>	1	0,4%		
<i>Petit enfant</i>	92	35,2%	238	46,5%
<i>Frère/Soeur</i>	32	12,2%	46	8,9%
<i>Autre membre apparenté</i>	125	47,9%	201	39,2%
<i>Enfant confié ou adopté</i>	8	3%	8	1,5%
<i>Membre non apparenté</i>	3	1,1%	19	3,7%
Total	261		512	

Figure 13: Le lien de parenté entre l'enfant orphelin double et le chef de ménage en 1996 et 2001/02



La figure ci-dessus met en valeur le rôle croissant des grands parents dans l'accueil des orphelins doubles, mais également l'incapacité grandissante des membres apparentés à prendre en charge les orphelins doubles et ce entre 1996 et 2001/02. Cette figure souligne enfin que de plus en plus d'orphelins doubles sont pris en charge par un membre non apparenté.

Au terme de cette analyse sur les mécanismes de prise en charge mis en œuvre pour accueillir les enfants orphelins (simples et doubles), nous devons retenir la responsabilité croissante des parents survivants et surtout des grands parents.

Il semble alors important de s'arrêter un instant sur le rôle grandissant des grands parents et de sortir des frontières de la Zambie, car cette tendance est observée sur l'ensemble du continent africain, et soulignée par la littérature existante à ce sujet.

Encadré 4

Les grands parents fortement sollicités dans la prise en charge des orphelins en Afrique subsaharienne:

« Les grands parents qui antérieurement bénéficiaient du soutien de leurs enfants, voient donc, du fait de la mortalité des jeunes adultes, leur situation modifiée et ils se retrouvent ainsi plus largement impliqués dans la prise en charge de leur petits enfants et dans l'activité économique de la famille » (Locoh, 1997).

Le nombre d'orphelins doubles a considérablement augmenté ces dernières décennies, principalement à cause du VIH/SIDA. En effet, la spécificité du VIH/SIDA reste la probabilité élevée que les deux parents soient infectés et meurent en laissant derrière eux un nombre croissant d'orphelins doubles.

Les orphelins doubles sont pris en charge par la famille élargie, principalement par les grands parents et plus précisément par les grands parents maternels ; pratiques de prise en charge en rupture avec les droits coutumiers au sein de lignages patrilineaires. En effet, Foster et al. insistent sur cette inversion des flux intergénérationnels à travers une étude au Zimbabwe au sein du groupe ethnique des Shona, traditionnellement fondé sur un système patrilineaire à travers lequel la responsabilité de la prise en charge incombait à la famille du père. Ils observent dans cette ethnie que les orphelins sont davantage pris en charge par la famille maternelle que paternelle. Compte tenu du nombre croissant d'orphelins et du nombre de plus en plus restreint de familles d'accueil et de tuteurs potentiels, les orphelins vivent de plus en plus dans des ménages de plus grande taille dirigés par des membres de leur famille plus âgés (Monasch et Boerma, 2004). Il est ainsi fréquent selon C.Obbo de voir des grands parents ayant perdu 3 à 4 enfants et ayant à leur charge 7 à 20 petits enfants orphelins (Obbo, 1993). En Namibie, la proportion d'orphelins pris en charge par leurs grands parents est passée de 44% à 61% entre 1992 et 2000 ; probablement parce que beaucoup des autres membres de la famille sont eux-mêmes en train de mourir du VIH/SIDA ou en sont déjà morts (Foster et Williamson, 2000). Au Zimbabwe, les foyers dirigés par des grands parents sont en nombre croissant : dans la zone du Manicaland, 125 foyers d'orphelins sur 292 enquêtés soit 43% étaient dirigés par des grands parents. (Foster et al., 1997). Selon Olivier Appaix et Sandrine Dekens, 30% des orphelins parrainés par l'association Orphelins du Sida International, au centre Solidarité Action Sociale (SAS) de Bouaké en Côte d'Ivoire, résident chez leur grande mère (Appaix et Dekens, 2005). En Zambie, d'après une enquête nationale menée en 1996, 38% des orphelins étaient pris en charge par leurs grands parents (Deininger, et al., 2003). Une étude menée en Tanzanie indique que 80% des orphelins à l'échelle nationale sont pris en charge par leurs grands parents (Caldwell, 1997). Autant d'exemples qui montrent le rôle déterminant des grands mères dans la prise en charge des orphelins. Les femmes sont plus impliquées que les hommes dans l'accueil et la protection des orphelins et ce tout au long de leur vie. Des études menées en Ouganda et au Kenya soulignent ce phénomène et le nombre croissant de foyers dirigés par les grands mères (Ntozi et al., 1999 ; Nalugoda, 1997 ; Nyambedha et al., 2001 ; Madhavan, 2004); ces foyers sont sévèrement touchés par une vulnérabilité économique car ils regroupent deux tranches d'âge de la population non active: les enfants et les personnes âgées, ce qui accroît le taux de dépendance économique.

V. Les caractéristiques des ménages d'accueil des orphelins

Nous étudierons à travers ce chapitre les caractéristiques des ménages d'accueil des orphelins et ce à travers l'analyse des variables suivantes : la taille et la structure des ménages, le sexe et l'âge du chef de ménage. Nous analyserons enfin l'impact de la prise en charge d'un nombre croissant d'orphelin dans ces types de ménages.

1. Les types de ménages d'accueil des orphelins

L'étude se base sur une liste de caractéristiques propres aux ménages, certes non exhaustive.

Il nous a semblé intéressant d'étudier le ménage en fonction des variables suivantes : le nombre de membre par ménage, la structure des relations au sein du ménage, le sexe et l'âge du chef de ménage, nous permettant de distinguer les ménages de petite taille, moyens et élargis, les femmes et hommes chefs de ménage, ainsi que leur âge.

Il s'agit ensuite de mesurer la fréquence de prise en charge des enfants orphelins par ces différents types de ménage et d'appréhender l'impact du phénomène de l'orphelinage sur ces ménages en terme de capacité d'accueil.

2. Une évolution vers une prise en charge des orphelins par des ménages de moins en moins élargi

Les orphelins sont ils davantage pris en charge par des ménages de petite taille, de type moyen ou élargi ? Nous distinguons ces types de ménage en fonction du nombre de membres par ménage.

Afin d'avoir une lecture plus visible de la taille des ménages, nous les avons classé en fonction du nombre de membre par ménage de la manière suivante :

- moins de trois personnes : ménage de petite taille
- entre 4 et 8 personnes : ménage moyen
- plus de 9 personnes : ménage élargi

Le tableau ci après nous permet de constater que la plupart des orphelins simples et doubles vivent majoritairement dans des ménages de type moyen regroupant entre 4 et 8 membres. De plus, nous pouvons supposer que la proportion d'orphelins simples et doubles a augmenté dans ce type de ménages entre 1996 et 2001/02. La proportion d'orphelins simples dans les ménages de type moyen est passée de 59,6% en 1996 à 65,1% en 2001/02. Par ailleurs, en 1996, ce type de ménage regroupait 58% d'orphelins doubles; en 2001/02, cette proportion s'élève à 63,5%. On observe cette même tendance chez les enfants non orphelins.

Tableau 33 : La répartition des orphelins en fonction du nombre de membres par ménage en 1996 et 2001/02

Nombre de membre par ménage	Orphelin simple (%)				Orphelin double (%)				Non orphelin (%)			
	1996		2001/02		1996		2001/02		1996		2001/02	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Moins de 3</i>	153	8,2	146	6,7	22	8,4	43	8,3	835	5,1	794	5,1
<i>Entre 4 et 8</i>	1104	59,6	1412	65,1	152	58	326	63,5	10179	62,7	10542	68,5
<i>9 et plus</i>	586	31,8	604	27,9	87	33,3	143	27,9	5155	31,8	4008	26,1
<i>Total</i>	1843	100%	2162	100%	261	100%	512	100%	16169	100%	15344	100%

(Source : EDS, Zambie, 1996, 2001/02)

Nous constatons également qu'une part importante des orphelins simples (27,9% en 2001/02) et doubles (27,9% en 2001/02) vivent dans des ménages élargis. On peut cependant émettre l'hypothèse que cette proportion baisse entre 1996 et 2001/02. Cette baisse éventuelle pourrait s'expliquer par la saturation des familles à prendre en charge le nombre croissant d'orphelins. Les ménages de petite taille accueillent le moins fréquemment les orphelins (tous types confondus). En effet, 6,7% des orphelins simples et 8,3% des orphelins doubles vivent dans ce type de ménages en 2001/02 contre 5,1% des enfants non orphelins. On observe cette même tendance en 1996.

Il semble dorénavant intéressant de regarder de plus près la composition de ces ménages d'accueil à travers notamment les structures de relations observées en leur sein.

3. De plus en plus de ménage comprenant peu d'adultes prennent en charge les orphelins

Quelle est la composition des ménages d'accueil des orphelins? Avec combien d'adultes vivent les orphelins ? Et quelles sont les caractéristiques de ces adultes ? Nous répondrons à ces questions à travers l'analyse de la structure des relations au sein des ménages.

Nous approfondirons cette réflexion en nous intéressant à la situation matrimoniale observée au sein de ces ménages, afin d'établir un parallèle entre la taille du ménage et le statut matrimonial des adultes présents dans le ménage. Est-ce que le fait que le ménage soit monoparental, marital ou autre influence la fréquence de la prise en charge des orphelins ?

Tableau 34: La répartition des orphelins (en %) en fonction des structures de relations observées dans les ménages d'accueil

<i>Structure des relations</i>	<i>Orphelin simple</i>		<i>Orphelin double</i>		<i>Non orphelin</i>	
	<i>(%)</i>		<i>(%)</i>		<i>(%)</i>	
	1996	2001/02	1996	2001/02	1996	2001/02
<i>Pas d'adulte</i>	0,05%	0,2%			0,01%	0,07%
<i>Un adulte</i>	11%	14,1%	8,4%	10,9%	3,9%	3,9%
<i>Deux adultes de sexe opposé</i>	22%	19,8%	24,5%	21,8%	37,8%	40,1%
<i>Deux adultes de même sexe</i>	9%	8,8%	6,9%	6,2%	2,4%	2,3%
<i>Trois adultes + adultes apparentés</i>	52,9%	51,5%	55,1%	55,2%	52%	49,3%
<i>Adulte non apparenté</i>	4,9%	5,3%	4,9%	5,6%	3,7%	4,07%
<i>Total (en unité simple)</i>	1843	2162	261	512	16169	15344

(Source : EDS, Zambie, 1996, 2001/02)

Le tableau ci dessus nous permet d'observer que la plupart des enfants orphelins et non orphelins vivent majoritairement au sein de ménages de type moyen comprenant trois adultes et d'autres adultes apparentés. C'est le cas de 52,9% d'orphelins simples, et de 55,2% d'orphelins doubles en 2001/02. Ces proportions n'ont pas sensiblement évolué depuis 1996.

Nous constatons ensuite que le type de ménage qui accueille une grande proportion d'orphelins comprend deux adultes de sexe opposé de type nucléaire. Ce type de ménage accueille en effet 19,8% d'orphelins simples et 21,8% d'orphelins doubles en 2001/02. Les enfants non orphelins vivent également fréquemment dans ce type de ménage ; c'est le cas de 40,1% d'entre eux en 2001/02. Nous pouvons cependant émettre l'hypothèse que les orphelins (tous types confondus) sont de moins en moins accueillis par ce type de ménage dans la mesure où l'on suppose une éventuelle baisse de cette pratique entre 1996 et 2001/02, tel que l'indique le tableau n°.

Un autre type de ménage joue un rôle croissant dans l'accueil des orphelins. Il s'agit des ménages comprenant un adulte. Nous pouvons supposer que le pourcentage d'orphelins simples et doubles augmente dans ce type de ménage entre 1996 et 2001/02 de 11% à 14,1% pour les orphelins simples et de 8,4% à 10,9% pour les orphelins doubles.

En revanche, ce n'est pas le cas pour les enfants non orphelins. Notons que les enfants non orphelins vivent moins fréquemment dans ce type de ménage : seulement 3,9 d'entre eux en 1996 et 2001/02.

Nous observons également que les ménages regroupant deux adultes de même sexe accueillent une part non négligeable d'orphelins : 8,8% d'orphelins simples et 6,2% d'orphelins doubles vivent dans des ménages regroupant deux adultes de même sexe en 2001/02. Ce n'est pas le cas des enfants non orphelins ; seulement 2,3% d'entre eux résident dans ce type de ménage en 2001/02.

Enfin, nous constatons que les ménages comprenant un adulte non apparenté accueille 5,3% d'orphelins simples et 5,6% d'orphelins doubles en 2001/02. Nous observons également que les orphelins ne vivent que très peu dans des ménages ne comprenant pas d'adultes.

Au terme de cette analyse, nous remarquons des différences dans la répartition des enfants orphelins et non orphelins dans les ménages enquêtés en fonction de leurs structures de relation. Ce constat nous amène à supposer que la prise en charge des orphelins est spécifique dans les ménages caractérisés par les diverses structures de relations explicitées ici.

Les orphelins vivent avec moins d'adultes que les enfants non orphelins. Ce constat révèle l'incapacité croissante des familles à faire face à l'accueil des orphelins. Nous pouvons aller plus loin dans l'analyse en étudiant les situations matrimoniales observées dans ces types de ménages.

Tableau 35: Situation matrimoniale et structure du ménage en 2001/02

Statut matrimonial actuel	Structures des relations au sein des ménages										
	Un adulte		Deux adultes, sexe opposé		Deux adultes, de même sexe		Trois adultes et autres adultes apparentés		Adultes non apparentés		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Jamais marié(e)	374	33,3%	1088	15,8%	383	49,2%	6950	48,6%	695	53,8%	9490
Marié(e) Vivent ensemble	118	10,5%	5536	80,3%	67	8,6%	5870	41%	471	36,5%	12068
Veuf/veuve	11	0,9%	42	0,6%	3	0,3%	63	0,4%	13	1%	132
Divorcé(e)	281	25%	121	1,7%	162	20,8%	661	4,6%	50	3,8%	1275
Ne vivent pas ensemble	289	25,7%	86	1,2%	142	18,2%	640	4,4%	53	4,1%	1211
Total	48	4,2%	13	0,1%	21	2,6%	100	0,7%	8	0,6%	190
Total	1121	100%	6886	100%	778	100%	14284	100%	1290	100%	24366

(Source : EDS, Zambie, 2001/02)

A travers la lecture de ce tableau, il est important de retenir que les ménages ne comprenant qu'un adulte sont principalement dirigés par des personnes veuves ou divorcées ; en effet 25% de ces ménages ont à leur tête un(e) veuf/veuve. Nous venons de constater que ce type de ménage joue un rôle croissant dans l'accueil des orphelins spécifiquement. De plus, 80% des ménages qui comprennent deux adultes de sexe opposé sont dirigés par un couple marié. Nous avons vu que ce type de ménage regroupe davantage d'enfants non orphelins que d'orphelins. Enfin, nous constatons que 48,6% des ménages comprenant trois adultes et d'autres adultes apparentés sont dirigés par des personnes non mariées. Ce type de ménage accueille la majeure partie des orphelins. Nous pouvons apporter quelques pistes d'interprétations concernant la composition de ce type de ménage. Il peut s'agir de ménages regroupant des personnes seules et isolées ayant fait l'objet de recombinaison familiale.

4. Un nombre croissant d'orphelins doubles est pris en charge par les ménages dirigés par une femme

Cette analyse nous permet d'étudier la fréquence de la prise en charge en rapport avec le sexe du chef de ménage.

Tableau 36: La répartition des orphelins (en %) en fonction du sexe du chef de ménage

<i>Orphelin par type</i>	<i>Homme chef de ménage</i>		<i>Femme chef de ménage</i>	
	1996	2001/02	1996	2001/02
<i>Orphelin simple</i>	50,2%	50,2%	49,7%	49,7%
<i>Orphelin double</i>	74,3%	67,3%	25,6%	32,6%
<i>Non orphelin</i>	84,6%	85,8%	15,3%	14,1%

(Source : EDS, Zambie, 1996, 2001/02)

Les enfants orphelins simples vivent autant dans des ménages dirigés par un homme que par une femme. En effet, nous ne constatons pas de différences significatives concernant la

répartition des orphelins en fonction du sexe du chef de ménage: 50,2% des orphelins simples vivent dans des ménages dirigés par un homme et 49,7% d'entre eux résident dans des ménages dirigés par une femme en 2001/02.

En revanche, les orphelins doubles vivent davantage dans des ménages dirigés par un homme ; c'est le cas de 67,3% d'entre eux en 2001/02. Nous pouvons cependant supposer que cette proportion baisse de 74,3% en 1996 à 67,3% en 2001/02 et que le pourcentage d'orphelins doubles augmente dans les ménages dirigés par une femme entre 1996 et 2001/02 ; cette proportion passe de 25,6% en 1996 à 32,6% en 2001/02, révélant ainsi le rôle croissant des femmes chefs de ménage dans l'accueil des orphelins doubles.

Nous constatons en revanche que les enfants non orphelins vivent moins fréquemment dans des ménages dirigés par une femme. Il s'agit en effet de 14,1% d'entre eux en 2001/02.

Nous pouvons ainsi affirmer qu'il s'agit d'une caractéristique de résidence spécifique aux enfants orphelins et que de plus en plus de femmes chef de ménage prennent en charge des orphelins. Cette pratique de prise en charge s'observe plus nettement chez les orphelins de père.

Tableau 37: La répartition des orphelins simples par type (en %) en fonction du sexe du chef de ménage

<i>Orphelin simple par type</i>	<i>Homme chef de ménage</i>		<i>Femme chef de ménage</i>	
	1996	2001/02	1996	2001/02
<i>Orphelin de père</i>	39,6%	41%	60,3%	59%
<i>Orphelin de mère</i>	77,2%	77%	22,8%	22,9%

(Source : EDS, 1996, 2001/02)

Nous observons que la plupart des orphelins simples vivant dans des ménages dirigés par une femme sont des orphelins de père : en effet, c'est le cas de 59% des orphelins de père en 2001/02. En revanche, les orphelins de mère vivent majoritairement dans des foyers dirigés par un homme : 77% d'entre eux en 2001/02. On note peu d'évolution de ces tendances entre 1996 et 2001/02. Afin d'affiner ce constat, le tableau ci-dessous établit le lien entre la résidence des orphelins simples avec le parent survivant et le sexe du chef de ménage.

Tableau 38: La répartition des orphelins simples par type (en %) en fonction de leur résidence avec le parent survivant et du sexe du chef de ménage.

<i>Résidence des orphelins simples avec les parents</i>	<i>Homme chef de ménage</i>		<i>Femme chef de ménage</i>	
	1996	2001/02	1996	2001/02
<i>Orphelin de père vivant avec la mère</i>	24,6%	26,8%	75,3%	73,1%
<i>Orphelin de père ne vivant pas avec la mère</i>	71,2%	70,4%	28,7%	29,5%
<i>Orphelin de mère vivant avec le père</i>	97,5%	95,6%	2,4%	4,3%
<i>Orphelin de mère ne vivant pas avec le père</i>	63,8%	65,9%	32,2	34,1%

(Source : EDS, Zambie, 1996, 2001/02)

Nous constatons ainsi que les orphelins de père vivant avec leur mère résident majoritairement dans des ménages dirigés par des femmes. On peut penser que ces femmes chefs de ménages sont les mères biologiques de ces enfants. Tel que nous l'avons précisé précédemment, les mères veuves prennent largement en charge leurs enfants devenus orphelins. En revanche, lorsque les orphelins de père ne vivent pas avec leur mère, 70,4% d'entre eux en 2001/02 résident dans des ménages dirigés par un homme. C'est également le cas des orphelins de mère qui vivent avec leur père ; 95,6% d'entre eux en 2001/02 vivent dans des ménages dirigés un homme. On peut ainsi supposer que dans ces cas, l'homme chef de ménage est le père de l'enfant orphelin. On peut supposer cependant qu'une proportion croissante de femmes chef de ménage prenne en charge autant les orphelins de père que de mère entre 1996 et 2001/02.

5. De plus en plus d'orphelins vivent dans des ménages dirigés par un membre âgé de plus de 55 ans

Il s'agit là d'étudier la fréquence de la prise en charge des orphelins en rapport avec l'âge du chef de ménage.

Tableau 39: La prise en charge des orphelins en fonction de l'âge du chef de ménage

<i>Age du chef de ménage</i>	<i>Orphelin simple</i>		<i>Orphelin double</i>		<i>Non orphelin</i>	
	1996	2001/02	1996	2001/02	1996	2001/02
<i>moins de 18 ans</i>	0,1%	0,04%	0,7%		0,1%	0,02%
<i>18 – 34 ans</i>	23,1%	21,7%	31,4%	23%	30,9%	31,6%
<i>35 – 54 ans</i>	46,2%	47,2%	32,1%	32,8%	49,9%	51,5%
<i>55 ans et plus</i>	30,4%	30,9%	35,6%	44,1%	26,9	16,7%

(Source : EDS, Zambie, 1996, 2001/02)

Nous observons que 44,1% des orphelins doubles vivent dans des ménages dont le chef est âgé de plus de 55 ans en 2001/02. Cette proportion augmente considérablement entre 1996 et 2001/02. Ce résultat reflète le mécanisme de prise en charge des orphelins par les grands parents, tel nous l'avons observé précédemment. Nous constatons par ailleurs qu'il s'agit d'une pratique spécifique aux orphelins, car la proportion des enfants non orphelins vivant dans des ménages dont le chef est âgé de plus de 55 ans est beaucoup plus faible que celle des enfants orphelins. De plus, cette proportion baisse considérablement entre 1996 et 2001/02 de 26,9% à 16,7%. Concernant les orphelins simples, cette proportion reste moindre, elle s'élève malgré tout à 30,9% en 2001/02 et n'a pas vraiment évolué depuis 1996. Nous observons par ailleurs que les adultes issus des tranches d'âge 18-34 et 35-54 ans jouent un rôle important dans l'accueil des orphelins. Enfin, les données concernant les chefs de ménage de moins de 18 ans ne sont pas suffisamment significatives pour nous éclairer sur le phénomène des enfants chef de ménage (Annexe 1°).

VI. L'impact du nombre croissant d'orphelins sur les ménages

1. La crise des orphelins participe à la saturation du système de prise en charge des enfants au sein des ménages

Suite à la série d'analyse que nous venons d'interpréter, un constat s'impose : le nombre croissant d'orphelin participe à la saturation du système de prise en charge des enfants au sein des ménages. En Zambie, les familles élargies n'arrivent plus à faire face à la situation lorsqu'elles doivent s'occuper d'enfants orphelins supplémentaires. Etant donné la hausse rapide du nombre d'enfants à protéger et à prendre en charge et la mortalité des parents qui croit, beaucoup de réseaux familiaux sont tout simplement à bout de forces. Nous avons constaté tout au long de l'analyse que le nombre de familles ayant à leur tête une femme ou des grands parents connaît une forte hausse, ces foyers finissent souvent par ne plus pouvoir répondre adéquatement aux besoins des enfants qui sont à leur charge.

Précisons également que la saturation du système de prise en charge par la famille a accru le nombre d'orphelins livrés à eux-mêmes devenant chef de ménage ou enfant des rues. Ces cas spécifiques sont traités en annexe.

2. L'aggravation de la pauvreté au sein des ménages prenant en charge des orphelins

Les ménages s'occupant d'orphelins risquent davantage de s'appauvrir encore plus. Cela est principalement dû à l'augmentation du rapport de dépendance dans ces ménages, les revenus d'un nombre réduit d'adultes font vivre un nombre croissant de personnes à charge. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, les plus durement touchés (la Zambie incluse) par le phénomène de l'orphelinage, les ménages s'occupant d'orphelins ont des rapports de dépendance plus élevés que ceux regroupant des enfants non orphelins.

En Zambie, plus spécifiquement, la pauvreté reste élevée au sein de la société et touche la majorité de la population. En effet, nous avons déjà précisé que 64% des zambiens vivent avec moins d'un dollar (US) par jour. L'accueil d'un nombre d'orphelins réduit la capacité matérielle des ménages. Nous allons ainsi calculer le taux de dépendance au sein des ménages prenant en charge des orphelins, et le comparer à celui observé dans les ménages ne regroupant pas d'orphelins afin de confirmer ce constat.

Rappelons que le taux de dépendance correspond à la proportion des personnes à charge (nombre d'enfants de 0 à 14 ans plus nombre des personnes de 60 ans et plus) par rapport à la population en âge de travailler (nombre de personnes âgées de 15 à 59 ans) $\times 100$.

Tableau 40: Taux de dépendance en Zambie en 2001/02

Les ménages avec des orphelins ont plus de personnes à charge et un taux de dépendance plus élevé

<i>Taux de dépendance</i>	<i>Ménages avec orphelins</i>	<i>Ménages sans orphelins</i>
	1,57	1,08

(EDS, Zambie, 2001/02)

Nous constatons en effet que le rapport de dépendance est plus élevé au sein des ménages prenant en charge des orphelins en Zambie. Nous pouvons ainsi observer un accroissement de la pauvreté au sein de ceux-ci. Ce constat nous permet d'émettre les hypothèses suivantes concernant le respect des intérêts supérieurs des enfants:

- le bien être des enfants orphelins est entravé
- leurs besoins primaires ne sont pas pleinement assurés (alimentation, habillement...)
- l'accès aux services sociaux, notamment les services de santé est réduit
- l'accès à l'éducation est restreint entraînant une déscolarisation ou une non scolarisation des orphelins.
- ce contexte de crise accroît le travail et l'exploitation des enfants
- les conséquences psychosociales des enfants orphelins sont considérables

Conclusion et recommandations

Cette étude a permis de mesurer l'ampleur du phénomène de l'orphelinage en Zambie, de dégager les tendances générales des situations de prise en charge familiales des orphelins, de distinguer les caractéristiques des ménages d'accueil et enfin d'étudier l'impact du nombre croissant d'orphelins sur les ménages. Celle-ci nous a permis de d'observer les évolutions récentes (1996-2001/02) de leur prise en charge, qui apparaît ici comme spécifique. L'étude a montré en effet une plus grande prise en charge par les grands parents, dans le cas précis des orphelins doubles, mais aussi une sollicitude des membres extérieurs à la famille accrue en 2002.

En Zambie, une réalité à laquelle les familles élargies doivent faire face est en effet la prise en charge des enfants orphelins. Etant donné leur nombre croissant, de plus en plus de ménages du cercle familial se voient dans l'incapacité de les accueillir. En effet, on observe une saturation des mécanismes de prise en charge de ces enfants. La pratique familiale de prise en charge ou d'hébergement des enfants orphelins par la parenté atteint ses limites, en raison de leur nombre croissant et de la mortalité accrue des adultes actifs. Une étude effectuée au Kenya révèle un extrait d'un entretien résumant la situation de ces familles : *« Autrefois, les gens s'occupaient des orphelins et les entouraient d'affection, mais aujourd'hui ils sont tellement nombreux et une grande partie des personnes qui auraient pu les aider sont mortes, et le fait d'être orphelin est donc un phénomène courant, qui n'a rien d'étrange. Les quelques personnes qui restent en vie ne peuvent pas subvenir à leurs besoins »* une veuve d'une cinquantaine d'année, Kenya (Nyambedha, et al., 2003).

La famille élargie a des difficultés à faire face à ce nombre croissant d'orphelins: ces familles comprennent en leur sein de moins en moins d'adultes survivants, un facteur qui entrave les capacités de ces familles à prendre en charge des orphelins car les individus survivants et composant ces familles sont trop âgés, trop jeunes, ou trop faibles si un des membres est malade.

La mortalité touchant principalement les parents et les personnes actives, a engendré une mutation du système de prise en charge; une proportion croissante d'orphelins est dorénavant pris en charge soit par les plus vieux, soit par les plus jeunes.

Ainsi, dans un grand nombre de sociétés africaines et en Zambie plus précisément, ce sont les grands-parents qui sont sollicités pour cet accueil. Nous avons effectivement observé tout au long de l'étude le rôle croissant des grands parents dans la prise en charge des orphelins en Zambie. De plus en plus de ménages comprennent en leur sein des enfants et des personnes âgées, renforçant ainsi le rapport de dépendance, la pauvreté et la vulnérabilité des grands parents et de leurs petits enfants orphelins.

La traditionnelle solidarité familiale est certes confrontée à ses limites : « *la rupture du système de la famille étendue, atteint ses limites en raison du fardeau de la prise en charge* » (Hunter, 1990). Cependant, le système traditionnel de prise en charge, bien qu'affaibli, n'a pas disparu, il change et s'adapte aux mutations de la société (Foster et al., 1995), comme nous venons de le montrer. *Ces changements montrent la force, l'élasticité et l'adaptabilité des mécanismes de prise en charge de la famille élargie* (Foster et al., 1995), comme nous avons pu le constater par l'analyse des différentes pratiques de prise en charge observée en Zambie.

Par ailleurs, notons enfin que la saturation des systèmes de prise en charge a accru le nombre d'enfants livrés à eux-mêmes devenant chef de ménage, ou enfants des rues. Ces phénomènes sont observés en Zambie, et en Afrique subsaharienne plus généralement (Annexe 1). Cependant, les enfants qui vivent hors du cercle familial ne sont pas pris en compte dans les EDS. Pourtant, il s'agit là d'un phénomène croissant et inquiétant en raison du manque de soutien et de la vulnérabilité élevée de ces enfants.

Ainsi, en terme de recommandation, il semble essentiel d'encourager la mise en œuvre d'études de terrain concernant les enfants n'étant pas pris en charge par les familles, mais également de renforcer les études spécifiques concernant l'impact du phénomène sur les enfants et les ménages.

BIBLIOGRAPHIE

Afaque Ahmed. (1996). Fostering of children in Zambia. M.A. Thesis. Department of sociology, University of North Texas, Denton, TX.

Ambassade de France en Zambie. (2003). La situation économique et financière de la Zambie, DREE

Antoine, P. and A. Guillaume (1984). Une expression de la solidarité familiale a 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). AIDELF. Paris, France: 289-298.

Appaix, O. and S. Dekens (2005). Pour un plan d'action en faveur des orphelins et enfants vulnérables. Volume 1: Analyse de situation. Paris, France, Orphelins Sida International.

Ashworth, TG. (1998). Family demography in a remote rural community in Zambia, Public Health, 112, 313-316

Baggaley Rachel et al. (1999). Le VIH, source de stress dans les écoles primaires en Zambie

Banda, J. (1989). Value of Children, well being and family size in Zambia, Ann Arbor, Michigan, University Microfilms International

Baylies Carolyn. (2000). The impact of HIV on family size preference in Zambia, Reproductive Health Matters, vol.8, n° 15, mai 2000

Baylies Carolyn. (2002). The impact on AIDS on rural households in Africa: a shock like any other? *Development and Change*; 33 (4): 611-632

Caldwell, J. C. (1997). "The impact of the African AIDS epidemic." *Health Transition Review* 7 Suppl 2: 169-88.

Central Statistical Office of Zambia. (2004). Zambia 2001-2002: results from the Demographic and Health Survey, *Studies in family planning*, 35(3):212-216

Central Statistical Office of Zambia. (1998). Zambia 1996: results from the Demographic and Health Survey, *Studies in family planning*

Central Statistical Office of Zambia. (1994). Zambia 1992: results from the Demographic and Health Survey, *Studies in family planning*

Centre International pour l'Enfance (1991). Devenir socio- économique des enfants et familles touchés par l'infection à VIH/Sida dans les pays en développement, étude multicentrique. Paris, CIE.

Clark, S. et al. (1995). Ten thousand Tonga : a longitudinal anthropological study from southern Zambia, 1956-1991, *Population Studies*, 49 (1) :91-109

Dabiré, B. (2001). Le confiage des enfants, alternative à une transition de crise. *Transitions démographiques des pays du Sud, Actes des troisièmes Journées scientifiques du réseau " Démographie " de l'AUF, Rabat (Maroc), 9-12 décembre 1998.* F. Gendreau and M. Poupard. Paris, France, AUF, ESTEM: 407-421.

Deininger, K., M. Garcia, et al. (2003). "AIDS-induced orphanhood as a systemic shock: magnitude, impact, and program interventions in Africa." *World Development* 31(7): 1201-1220.

Dozon, J.-P. and A. Guillaume (1994). Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du Sida. *Populations africaines et Sida.* J. Vallin. Paris, France, La Découverte, CEPED: 179-223.

FAO (2003). *Malgré de meilleures récoltes, plus de 65 millions de personnes en Afrique Australe ont encore besoin d'aide agricole*, Salle de presse, Rome, juillet 2003

Foster, G., R. Shakespeare, et al. (1995). "Orphan prevalence and extended family care in a peri-urban community in Zimbabwe." *AIDS Care* 7(1): 3-17.

Foster, G., R. Drew, et al. (1995). "Am I my brother's keeper? Orphans, AIDS and the extended family's choice of caregiver." *Sociétés d'Afrique et SIDA* 10: 14-6.

Foster, G., C. Makufa, et al. (1997). "Factors leading to the establishment of child-headed households: the case of Zimbabwe." *Health Transition Review* 7 Suppl 2: 155-68.

Foster, G., C. Makufa, et al. (1997). "Perceptions of children and community members concerning the circumstances of orphans in rural Zimbabwe." *Aids Care* 9(4): 391-405.

Foster, G. and J. Williamson (2000). "A review of current literature on the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa." *Aids* 14 Suppl 3: 275-84.

Gendreau, F. (2001), *Les transitions démographiques des pays du sud*, Ed. Aupel-UREF et Ed. ESTEM, Paris.

Grassly, N. C. and I. M. Timaeus (2003). *Orphans and AIDS in Sub-Saharan Africa*. Workshop on HIV/AIDS and Adult mortality in developing countries 8-13 September 2003. New York, UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs: 16 p.

Gueye, M., S. Pacque-Margolis, et al. (1993). *Family structure, education, child fostering and children's work in the Kayes and Yelimane circles of Mali: results of "focus groups"*. Working Paper No. 10. Bamako, Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Developpement (CERPOD): 34 p.

Hosegood, V., N. McGrath, et al. (2004). "The impact of adult mortality on household dissolution and migration in rural South Africa." *Aids* 18(11): 1585-1590.

Hunter, S. and J. Williamson (2000). *Children on the Brink, Updated Estimates and Recommendations for Intervention*. Washington, DC, Synergie Project, USAID: 39 p.

Hunter, S. 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* 31(6): 681-90.

Isiugo-Abanihe, U. C. (1985). "Child fosterage in West Africa." *Population and Development Review* 11(1): 53-73.

Jeune Afrique, l'intelligent. (2004). *L'état de l'Afrique 2004, hors série n°6*

Kapwepwe, M. (2001). *The OVC Situation in Zambia*, in First national Conference on Orphans and Vulnerable Children, Windhoek, Namibia, 8-10 May 2001. Full report edited by Perri Caplan. Windhoek, Namibia, Ministry of Health and Social Services

Konde-Lule, J. K., M. Wawer, et al. (1995). *The HIV epidemic and orphanhood, Rakai district, Uganda*. Paper presented at the IX International conference on AIDS and sexually transmitted diseases in Africa, Kampala.

Locoh, T. (1993). "Les familles africaines face a la crise." *Afrique Contemporaine* 166: 3-14.

Locoh, T. (1997). *Structures familiales: l'apport de la demographie. Menages et familles en Afrique: approches des dynamiques contemporaines*. M. Pilon, T. Locoh, E. Vignikin and P. Vimard. Paris, CEPED. *Les Etudes du CEPED* No. 15: 11-29.

Locoh, T. et Vallin, T. (1998). *Afrique noire : la baisse de la fécondité*, *Population et sociétés*, n°338, septembre 1998, INED

Madhavan, S. (2004). "Fosterage patterns in the age of AIDS: continuity and change." *Social Sciences and Medicine* 58(7): 1443-54.

Martin Olivier (2005). *L'enquête et ses méthodes: l'analyse de données quantitatives*, Armand Collin Ed, Paris

- Mashumba, S. (1994). "AIDS orphans burden extended families. Zimbabwe survey finds that relatives struggle to care for surviving children." *Sante Salud* 9.
- Mataka, E. (2001). Supporting orphans and vulnerable children in Zambia, *Sexual Health exchange*; (1):2-4
- Mather, D. et al. (). A cross analysis of household responses to adult mortality in rural subsaharan Africa : implication for HIV/AIDS mitigation and rural development policies
- Meslé, France. (2005). *La transition sanitaire, progrès et résistances en Afrique*, INED, 2003
- Monasch, R. and J. T. Boerma (2004). "Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries." *Aids* 18 Suppl 2: 55-65.
- Monze M (2004). Evidence for declines in HIV incidence: Zambia. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 Novembre. Harare.
- Mogensen, HO. (1995). *AIDS is a kind of Kahungo that kills. The challenge of using local narratives when exploring AIDS along the Tonga of southern Zambia*. Copenhagen, Denmark, Scandinavian University Press
- Mukiza-Gapere, J. and J. P. Ntozi (1995). "Impact of AIDS on the family and mortality in Uganda." *Health Transition Review* 5 Suppl: 191-200.
- Nalugoda, F. e. a. (1997). "HIV infection in rural households, Rakai district, Uganda." *Health Transition Review* Vol. 7 Suppl 2: 127-140.
- National HIV/AIDS Council Zambia (2002). *ANC Sentinel surveillance of HIV/AIDS trends in Zambia, 1994–2002*. National HIV/AIDS Council, Sida, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Tropical Diseases Research Center. Lusaka.

Ngwisha, KJ. (1978). Urbanization and family structure: a study of the family on the Copperbelt of Zambia, Brandeis University, Florence Heller Graduate School for advanced studies in social welfare, Waltham, Mass, United States, 463p

Ntozi, J. P. M., F. E. Ahimbisibwe, et al. (1999). Orphan care: the role of the extended family in northern Uganda. The continuing HIV / AIDS epidemic in Africa: responses and coping strategies. J. Caldwell, I. O. Orubuloye and J. P. Ntozi. Canberra, Health Transition Centre, National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University: 225-236.

Ntozi, J. P. M. and S. Zirimenya (1999). Changes in household composition and family structure during the AIDS epidemic in Uganda. The Continuing African HIV/AIDS Epidemic: responses and coping strategies. J. Caldwell, I. O. Orubuloye and J. P. Ntozi. Canberra, Health Transition Centre, National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University: 193-209.

Nyambedha, E., S. Wandibba, et al. (2003). "Retirement lost"-the new role of the elderly as caretakers for orphans in Western Kenya." *J Cross Cult Gerontol.* 18(1): 33-52.

Nyambedha, E. O., S. Wandibba, et al. (2001). "Policy implications of the inadequate support systems for orphans in western Kenya." *Health Policy* 58(1): 83-96.

Nyambedha, E. O., S. Wandibba, et al. (2003). "Changing patterns of orphan care due to the HIV epidemic in western Kenya." *Social Sciences and Medicine* 57(2): 301-11.

Obbo, C. (1993). "Les orphelins en Ouganda et en Tanzanie." *Sociétés d'Afrique et Sida* 2: 8-9.

Ohadike, PO. et al. (1975). The population of Zambia, Committee for International Coordination of National Research in Demography, 181p, Cicred Serie

Pilon, M. and K. Vignikin (1996). Stratégies face à la crise et changement dans les structures familiales. Crise et population en Afrique. Crises économiques, politiques d'ajustement et

dynamiques démographiques. J. Coussy and J. Vallin. Paris, CEPED. Les Etudes du CEPED n°13: 471-494.

Poewe, K. (1978). "Matriliny in the Throes of Change, Kinship, Descent, and Marriage in Luapula Zambia." *Africa* 48: 353-367

Preble, E. A. (1990). "Impact of HIV/AIDS on African children." *Social Sciences and Medicine* 31(6): 671-80.

Republic of Zambia, C. S. O. and P. Organisation Internationale du Travail (1999). *Zambia 1999 Child Labour Survey Country Report*. Lusaka, Republic of Zambia, Central Statistical Office, International Labour Organisation, International Programme for the Elimination of Child labour: 135.

Richards, A.I. (1969). *Bemba Marriage and Present Economic Conditions*. Manchester, UK: Manchester University Press

Ruiz-Casares, M. (2005). Renforcer la compétence des ménages dirigés par des enfants ou des jeunes afin de satisfaire leurs besoins: une étude des réseaux sociaux. Communication présentée à la 3eme Conférence Africaine pour la recherche sur les aspects sociaux du VIH/SIDA, Dakar.

Saoke, P., R. Mutemi, et al. (1996). Another song begins: children orphaned by AIDS. *AIDS in Kenya: socioeconomic impact and policy implications*. S. Forsythe, B. Rau, N. Alrutzet al. Arlington, Family Health International (FHI), AIDS Control and Prevention Project (AIDSCAP): 45-64.

Schuster, I.M.G. (1979). *New Women of Lusaka*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing

Tarantola, D. and S. Gruskin (1998). "Children confronting HIV AIDS: charting the confluence of rights and health." *Health and Human Rights*. 3(1): 60-86.

Topouzis, D. (1994). Uganda: the socio-economic impact of HIV AIDS on rural families with an emphasis on youth. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO): 67 p.

UNAIDS (2000). "AIDS epidemic update : December 1999." AIDS Analysis Africa. 10(5): 2.

UNAIDS (2002). AIDS epidemic update. Geneva, UNAIDS: 40 p.

UNAIDS (2004). 2004 report on the global AIDS epidemic. 4th global report. Geneva, UNAIDS: 228.

UNAIDS (2006). 2006 report on the global AIDS epidemic. 5th global report. Geneva, UNAIDS

UNICEF (2002). Evaluation rapide des enfants des rues de Lusaka. Lusaka, Zambie, UNICEF.

UNICEF (2003). Africa's orphaned generations. New York, UNICEF, UNAIDS: 52.

UNICEF and UNAIDS (1999). Children orphaned by AIDS. Front-line responses from Eastern and Southern Africa. New York, UNICEF, UNAIDS: 36 p.

UNICEF, UNAIDS, et al. (2002). Children on the brink 2002: a joint report on orphan estimates and program strategies. Washington, DC, UNICEF, UNAIDS, USAID: 40 p.

UNICEF, UNAIDS, et al. (2004). Children on the brink 2004: a joint report of new orphan estimates and a framework for action. New York, UNICEF, UNAIDS, USAID: 42 p.

UNICEF, UNAIDS, et al. (2006). Les générations orphelines et vulnérables d'Afrique : Les enfants affectés par le SIDA, New York, UNICEF, UNAIDS, PEPFAR : 42 p.

United Nations and G. Assembly (1989). Convention on the rights of the child.

USAID/Zambia. (2002). Results of the orphans and vulnerable children head of household baseline survey in four districts in Zambia, USAID/Zambia, displaced children and orphans fund, SCOPE-OVC/Zambia, Family Health International.

Vanderwalle, H. (2001). La famille et les structures familiales, in La population des pays en développement, sous la direction d'Yves Charbit, La documentation française

Vimard, P. et al. (2002). Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne, Série Santé de la reproduction, fécondité et développement. Document de recherche n°2. Laboratoire Population- Environnement- Développement. Marseille. 29p

Vimard, P. (1995). Transition démographique et familiale: des theories de la modernisation aux modèles de crise, Laboratoire Population- Environnement- Développement. Marseille.

Webb, D. (1996). Zambia's AIDS orphans will change the structure of society, AIDS Analysis Africa; 6 (3):10-1

Messan, 2002, Le placement des enfants dans un contexte de crise au Togo, Communication présentée au colloque international de Dakar, Enfants d'aujourd'hui, diversité des contextes, pluralités des parcours, 10-13 décembre 2002, Dakar

Jonkers, 1997, Les enfants confiés, in Ménages et Familles en Afrique : Approches et dynamiques contemporaines, Les Etudes du Ceped n°15, CEPED, ENSEA, ORSTOM, URD, 408 p.

ANNEXE 1

Lorsque les enfants orphelins ne sont pas pris en charge par la famille élargie : les cas spécifiques des enfants chefs de ménage et des enfants des rues

La saturation du système de prise en charge familiale, et l'accroissement de la pauvreté au sein des ménages, participent à l'incapacité croissante de ceux-ci à accueillir les orphelins, les rendant de plus en plus seuls et vulnérables. Cette réalité a ainsi accru le nombre d'enfants chefs de ménage et d'enfants des rues.

Une augmentation des enfants chef de ménage en Afrique subsaharienne

Le VIH couplé à la pauvreté reste le principal facteur de l'apparition de foyers dirigés par les enfants eux-mêmes. Au Zimbabwe (Foster et al., 1997) et au Kenya (Nyambedha et al., 2001), il a en effet été observé que la principale raison du refus de prendre en charge des orphelins était la pauvreté, et que cette pauvreté était responsable de l'émergence des foyers dirigés par des enfants. Ce phénomène peut également s'expliquer par la stigmatisation autour du VIH, certains membres de la famille pouvant avoir peur de prendre en charge un enfant dont les parents sont morts du sida, car ils suspectent les orphelins d'être séropositifs et ont peur pour eux mêmes et leurs enfants de les prendre en charge par risque de contamination ; même s'ils les prennent en charge, les orphelins restent bien souvent isolés au sein même de

la famille (Nyambedha et al., 2001). Une étude menée dans le Nord de l'état du KwaZulu Natal en Afrique du Sud révèle que le décès d'un ou plusieurs adultes dans les ménages engendraient un risque de dissolution des familles quatre fois supérieur à ce qu'il est habituellement (Hosegood, McGrath, 2004). Des études réalisées au Kenya et en Ouganda soulignent enfin le lien étroit entre l'émergence croissante des foyers dirigés par des enfants et l'éloignement et l'éclatement des familles élargies du fait des flux migratoires élevés, ainsi que le refus des orphelins eux-mêmes d'être placés dans un foyer loin de la maison d'origine et d'être séparés de leurs frères et sœurs (Nyambedha, 2001) (Mukiza-Gapere, Ntozi, et al., 1995). D'ailleurs une étude réalisée au Zimbabwe confirme ce cas de figure : les enfants préfèrent rester ensemble entre frères et sœurs dans leur résidence familiale plutôt que de se séparer et changer de foyer, d'école, quitter leurs amis, leur maison, leurs voisins, même s'ils doivent assumer des responsabilités d'adultes trop tôt (Foster et al., 1997). Enfin, il arrive parfois que les membres d'une famille ne reconnaissent pas un enfant comme légitime dans le cas par exemple où une femme a eu des enfants hors mariage, ou si la dot est impayée, cela peut justifier un refus de prise en charge des enfants de la part de leur famille à la mort de leur mère (Foster et al., 1995). La plupart des ces enfants sont des orphelins doubles. Une étude menée au Zimbabwe a observé que la plupart de ces foyers menés par des orphelins reçoivent des visites régulières ainsi qu'un soutien de la part des membres de la famille (Foster et al., 1997). Cependant, le constat inverse a été fait en Namibie, où Monica Ruiz a pointé l'absence de visites et de soutien familial reçus par ces ménages tenus par des enfants (Ruiz-Casares, 2005). Ce phénomène observé dès le début des années 90 a été confirmé par des études menées en Ouganda par Topouzis (Topouzis, 1994), Konde-Lule (Konde-Lule, 1995) et Ntozi (Ntozi, et al., 1999), au Zimbabwe par Foster (Foster et al., 1997), au Kenya par Nyambedha et al. (Nyambedha, 2001). Foster *et al.* ont estimé que la proportion de ménages dirigés par des enfants de moins de 18 ans est de moins de 1% dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, et l'ont décrit comme un phénomène qui concerne davantage les frères et sœurs aînés âgés en général de 18 ans et plus, ayant pris l'habitude de s'occuper de leurs frères et sœurs cadets pendant la maladie de leurs parents et étant devenus chef de famille à la mort de ces derniers (Foster et al., 1997). Une étude récente menée en Afrique Australe (Zimbabwe, Afrique du Sud, Namibie) tendrait à montrer que ce pourcentage peut être plus élevé, et qu'une proportion non négligeable de ménages ont à leur tête un enfant de 6 à 14 ans (Human Science Research Council, communication à la IIIème conférence africaine pour la recherche sur les aspects sociaux du VIH/Sida, Dakar, 2005). Ces ménages tenus par des enfants ont bien évidemment des besoins spécifiques. En particulier un fort besoin de soutien

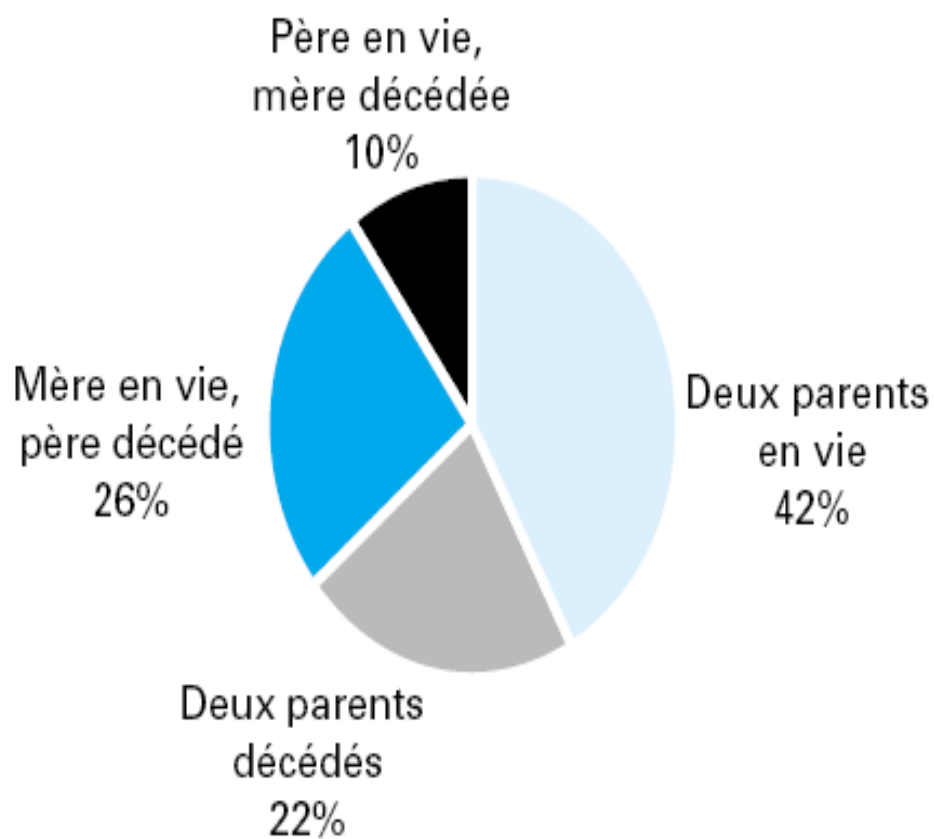
économique mais aussi psychologique. L'étude menée en Namibie a montré la fréquence des idées suicidaires chez les enfants vivant dans de tels ménages (Ruiz-Casares, 2005).

Une augmentation des enfants des rues à Lusaka

Bien que l'analyse de données issues des EDS ne nous permettent pas de mesurer l'ampleur du nombre d'enfants orphelins et non orphelins n'étant pas pris en charge par un ménage d'accueil, il semble indispensable de souligner également le phénomène croissant des enfants des rues à travers d'autres sources de données.

« La pression croissante exercée sur les familles, la crise économique, la raréfaction des familles élargies (surtout en milieu urbain) et la crainte que suscite l'infection à VIH sont les facteurs qui jouent largement en défaveur du maintien de ces enfants dans le cercle familial (Centre International pour l'Enfance, 1991) » (Pilon, 1996) accrut le nombre d'enfants sans foyer, vivant dans la rue. Ce contexte de crise a en effet conduit de nombreux orphelins dans la rue, livrés à eux-mêmes. Que ce soit par exclusion ou abandon, ce phénomène reflète l'incapacité des familles à prendre en charge le nombre croissant d'orphelins, et surtout l'absence d'autres alternatives (Preble, 1990); ce phénomène renvoie aux conditions économiques actuelles et aux situations de précarité des ménages qui se développent dans les villes africaines. Depuis l'apparition du VIH/SIDA le nombre d'enfants des rues s'est considérablement accru. On ne dispose à ce jour d'aucune estimation fiable du nombre ou du pourcentage d'enfants orphelins à cause du VIH/SIDA qui vivent dans la rue mais on peut émettre l'hypothèse que le nombre d'enfants des rues augmente dans de nombreuses villes d'Afrique subsaharienne, vraisemblablement à cause du nombre croissant d'orphelins à cause du VIH/SIDA (Unicef, Unaid et al., 2004). A Lusaka en Zambie, la majorité des enfants des rues sont orphelins (Republic of Zambia and ILO, 1999) tel que l'indique le graphique n° 14. Ainsi, parmi les enfants vivant dans les rues de Lusaka, 10% sont orphelins de mère, 26% orphelins de père, 22% sont orphelins doubles et 42% ont leurs deux parents en vie.

Figure 14: La plupart des enfants vivant dans la rue à Lusaka sont orphelins



Source : *Évaluation rapide des enfants des rues de Lusaka*, Concern/UNICEF, mars 2002.