

# POUR UN PLAN D'ACTION EN FAVEUR DES ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES

Cartographie de la situation et des différentes prises en charge  
des orphelins et enfants vulnérables dans le contexte de l'épidémie de SIDA

**VOLUME 1**

## Analyse de Situation

Olivier APPAIX  
Sandrine DEKENS

Mai 2005





Ce document a été réalisé grâce au soutien financier de la Mairie de Paris, et des laboratoires pharmaceutiques Glaxo-Wellcome et Boehringer.

Il a été coécrit par Olivier APPAIX<sup>1</sup>, socio-économiste de la santé et du développement, chef du projet « Plan d'Action en faveur des Orphelins et Enfants Vulnérables », et Sandrine DEKENS<sup>2</sup>, spécialiste en sciences sociales (psychologie clinique et ethnopsychiatrie), référente de l'action de Orphelins Sida International en Côte d'Ivoire.

Il a bénéficié des précieuses contributions de Elise GUILLERMET, doctorante en anthropologie, spécialiste des questions d'orphelinage, connaissant bien le Bénin où elle travaille actuellement, ainsi que de Myriam MERCY, présidente de l'association Orphelins Sida International, cofondatrice de Solidarité Enfants Sida, qui nous a aidé à garder le cap dans ce travail de longue haleine.

## Orphelins Sida International - **OSI**

4 rue de Belfort 75011 Paris – France

Tél./Fax : 00 33 1 47 97 54 94 –

Mail : [contact@orphelins-sida.org](mailto:contact@orphelins-sida.org) – Site : <http://www.orphelins-sida.org/> – Blog : <http://osi.bouake.free.fr>

---

<sup>1</sup> [olivierappaix@cs.com](mailto:olivierappaix@cs.com)

<sup>2</sup> [sandrine.dekens1@libertysurf.fr](mailto:sandrine.dekens1@libertysurf.fr)

# Sommaire

<b>Avant-Propos .....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>Situation d'ensemble .....</b>	<b>10</b>
<b>Qui sont les orphelins et les enfants en situation de grande vulnérabilité ? .....</b>	<b>19</b>
<b>1 - Identifier les orphelins .....</b>	<b>19</b>
1 – 1 – Définitions de base .....	19
1 – 2 – Une réalité complexe à l'aune des relations de parenté et de l'organisation sociale .....	22
1 – 3 – Les « quasi-orphelins » ou « orphelins de fait » .....	27
1 – 4 – Les orphelins « de force » .....	31
<b>2 - L'impact spécifique du VIH/SIDA .....</b>	<b>32</b>
2 – 1 – La vulnérabilisation de l'enfance .....	34
2 – 2 – Classer pour mieux comprendre et mieux agir .....	34
<b>Combien sont-ils ? .....</b>	<b>38</b>
<b>1 – L'ampleur démographique actuelle de l'orphelinage .....</b>	<b>40</b>
<b>2 – Inclure les autres catégories d'enfants rendus très vulnérables.....</b>	<b>48</b>
<b>3 – Projections .....</b>	<b>49</b>
<b>Orphelinage et VIH/SIDA : une étreinte mortelle .....</b>	<b>52</b>
<b>Les conséquences de l'orphelinage .....</b>	<b>58</b>
<b>1 - Conséquences socio-économiques pour les enfants .....</b>	<b>58</b>
<b>2 – Conséquences psychosociales.....</b>	<b>61</b>
<b>3 – Effets spécifiques de l'épidémie de VIH/SIDA.....</b>	<b>63</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>67</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>68</b>
<b>Annexes :</b>	
<b>1 - Principales catégories de situation de l'enfant orphelin ou en grande vulnérabilité .....</b>	<b>75</b>
<b>2 - Matrilinearité et patrilinéarité : stratégies de parenté et de filiation et effets sur la prise en charge des orphelins .....</b>	<b>80</b>
<b>3 - Risques et conséquences auxquels sont exposés et soumis les orphelins.....</b>	<b>87</b>
<b>4 - Relations de cause à effet entre le cycle de pauvreté, l'épidémie de VIH/SIDA et l'orphelinage de masse. ....</b>	<b>92</b>
<b>5 - Indicateurs statistiques pays .....</b>	<b>93</b>
<b>6 - Fiche Bénin.....</b>	<b>94</b>
<b>7 - Médecins D'Afrique (MDA) .....</b>	<b>98</b>

# Liste des abréviations

AFXB	Association François-Xavier Bagnoud
ARV	Anti-rétroviraux (médicaments contre le sida)
CHIN	Children In Need (« Enfants dans le besoin »), réseau d'associations zambiennes
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Agriculture et l'Alimentation
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
IST	Infection(s) Sexuellement Transmissible(s)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies contre le SIDA
OSI	Orphelins Sida International
PAM	Programme Alimentaire Mondial (fait partie de la FAO)
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA (et souvent aussi les IST)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA	Parité de Pouvoir d'Achat (mesure du PIB/habitant)
RIOEV	Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (Mali)
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence de Coopération Internationale du gouvernement fédéral des Etats-Unis d'Amérique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

# Avant-Propos

## « Orphelinage »

En l'absence, dans la langue française, d'un mot distinct décrivant la notion générale du fait d'être orphelin – le mot « orphelinat » ne faisant référence qu'à un type d'institution dans lequel sont placés des orphelins – nous avons décidé de forger un mot qui, s'il n'est pas forcément le plus joli de la langue française, nous permet en tout cas de mener plus facilement à bien notre travail : il s'agit d'« orphelinage », ou état d'être orphelin, ou existence de ce fait. Il s'agit en vérité d'une re-création car ce mot était en usage au XIX<sup>ème</sup> siècle<sup>3</sup>.

Face à l'explosion du nombre d'enfants ayant perdu l'un ou les deux parents sous l'effet de l'épidémie de VIH/SIDA et du nombre de ceux qui subissent indirectement les conséquences de cette énorme vague d'**orphelinage** (voir note linguistique ci-dessus), nous avons voulu contribuer, avec nos compétences, à l'aide qui leur est apportée.

A l'origine du projet *Pour un Plan d'Action en faveur des Orphelins et Enfants Vulnérables* est le constat que l'on manque d'outils pour une action massive et que l'on sait finalement peu de choses sur l'efficacité des réponses apportées au défi de l'orphelinage de masse dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA. On constate par exemple que l'analyse sociologique du phénomène de l'orphelinage dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA part souvent de postulats ou de référentiels en décalage avec la complexe réalité du terrain. On dispose certes de documents alertant sur la gravité de la crise et décrivant la condition des enfants affectés. On dispose aussi de propositions pour des lignes directrices d'action. Mais le lien entre les deux n'est pas clairement établi et surtout, l'effet des actions sur la condition des enfants et leur avenir n'est pas mesuré. Les besoins d'ensemble ne sont pas non plus évalués. L'un des objectifs principaux du projet est donc d'envisager quelles stratégies sont les mieux à même de répondre aux besoins des enfants, de quelles ressources elles ont besoin pour atteindre leurs objectifs.

Le projet *Pour un Plan d'Action en faveur des Orphelins et Enfants Vulnérables* comporte deux volets principaux et devrait s'étendre sur environ deux ans. Le premier volet de ce projet consiste à établir une cartographie de la situation de l'orphelinage massif et de l'enfance vulnérabilisée et des différentes modalités de prises en charge des enfants affectés. La première étape de ce travail a consisté à établir une analyse de situation de l'orphelinage et de l'enfance vulnérabilisée dans son sillage, particulièrement dans le cadre de l'épidémie de VIH/SIDA. On peut parler d'orphelinage et de vulnérabilisation de masse. Ce sont les fruits de cette recherche qui sont présentés dans ce premier volume. Les premiers jalons de la seconde étape, qui consiste donc à identifier les catégories d'actions, de stratégies et d'interventions existantes pour faire face à ce phénomène, ont

---

<sup>3</sup> Monnier A, Pennec S : *Le nombre d'orphelins : une inconnue démographique*. Papier présenté au 11<sup>ème</sup> colloque de l'Association Internationale des Démographes de Langue Française, Dakar, 10-13 décembre 2002.

d'ores et déjà été posés. Ce deuxième volume devrait inclure une discussion et, probablement, des propositions.

Si le premier volet du projet d'ensemble repose sur une revue aussi large que possible des documents publiés ou accessibles pour faire le point sur les connaissances accumulées, l'autre volet du projet concerne l'étude sur le terrain d'un certain nombre de cas. Ceux-ci devraient correspondre aux grandes catégories de réponses telles qu'identifiées dans la seconde partie du premier volet. Ces études devraient être prochainement lancées, notamment au Bénin. Elles permettront de documenter l'impact des actions entreprises, leur contexte, les ressources dont elles disposent et dont elles ont besoin. Ce travail servira, avec d'autres qui ont été conduits récemment, à affiner la connaissance des actions menées et à notamment à mieux évaluer les besoins d'ensemble d'une réponse généralisée à l'orphelinage et à la vulnérabilisation massive de l'enfance.

Les maîtres mots qui guident l'ensemble du projet sont : compréhension, constat, analyse, action.

L'objet de ce premier volume est donc la compréhension de qui sont les enfants affectés, des conditions qui sont les leurs, des environnements dans lesquels ils vivent, des mécanismes sociaux et culturels prévus pour leur prise en charge. Sans cette compréhension il paraît en effet difficile de définir des interventions au profit des enfants qui répondent au mieux à leurs besoins et qui puissent être étendues.

La prétention du présent rapport n'est certes pas d'établir une analyse définitive de telle ou telle situation ni de proposer un traité de la meilleure façon d'aborder les questions posées. Mais elle est à la fois d'alerter, par l'illustration de cas concrets et documentés, sur la diversité et la complexité de la situation de ces enfants, et d'encourager à effectuer l'analyse de base avant d'établir un programme ou d'encourager une stratégie. Car les a priori ne résistent souvent pas à l'analyse détaillée et les préconceptions ou les théories sont souvent contredites par la réalité.

Nous avons eu l'ambition de fournir des outils, des blocs de construction, pour aider à la compréhension, à la réflexion et à l'action des acteurs de terrain, des chercheurs, et des décideurs qui, selon leurs modalités et leur engagement propres, traitent de ces questions. De ce fait un nombre important d'annexes fournissent plus en détail ces outils ou éléments évoqués dans le corps principal du texte.

L'analyse multifactorielle (associant des éléments d'économie, de démographie, de sociologie, d'anthropologie et de psychologie), qui a guidé le travail présenté dans ce volume, amène en définitive à proposer une approche à la fois quantitative et qualitative d'un phénomène complexe, un « fait social total » pourrait-on dire<sup>4</sup>.

## *Confidentialité*

Afin de respecter la confidentialité des personnes dont les témoignages portant sur une situation vécue sont utilisés dans ce rapport, nous avons soit modifié soit tronqué leur nom (par exemple en ne gardant que le prénom), y compris lorsque ces témoignages sont tirés de publications où les noms sont cités extensivement.

---

<sup>4</sup> Pour reprendre l'expression proposée par l'anthropologue Marcel Mauss (Mauss M (1947), *Manuel d'ethnographie*, Payot, Paris, 211 pp.)

# Introduction

Motivées par le désir de venir en aide aux millions d'enfants victimes de la guerre, de la pauvreté, qui ont perdu leurs parents, qui vivent dans de très précaires conditions notamment là où le VIH/SIDA décime les adultes, une multitude d'initiatives se sont faites jour à travers le monde. Elles émanent d'une très grande variété d'acteurs locaux, nationaux, internationaux, publics et privés. Elles agissent dans d'innombrables domaines, montent des orphelinats, payent les frais de scolarité d'enfants qui ne pourraient sans cela recevoir d'éducation, apportent une aide alimentaire aux familles dépourvues, vaccinent, soignent, conseillent, soutiennent la création d'activités génératrices de revenus ou apportent un soutien psychologique ou légal. Mais comme il est assez naturel dans le cadre des activités humaines, toutes ces initiatives n'obtiennent pas de bons résultats, toutes ne répondent pas aux besoins, sans compter qu'elles ne sont, en général, pas coordonnées entre elles. Et beaucoup de besoins ne sont pas couverts.

L'intérêt pour le phénomène de l'orphelinage et de l'enfance précaire en général a augmenté depuis quelques années avec la forte croissance de la masse d'enfants affectés à la suite de la surmortalité adulte générée par l'épidémie de VIH/SIDA. De fait, le VIH/SIDA a non seulement provoqué une crise d'orphelinage aux proportions effarantes, mais, de plus, il a créé ou accentué des conditions particulièrement difficiles à vivre pour les enfants affectés, en Afrique sub-saharienne tout d'abord, et, depuis peu, dans d'autres parties du monde (Caraïbes, sous-continent indien voire Europe Orientale).

Devrait-on pour autant distinguer les orphelins et les enfants mis en péril pour cause de VIH/SIDA des autres ? Il ne s'agit pas de créer une catégorie à part. Car ils sont des orphelins comme les autres, des enfants comme les autres. La guerre et d'autres maladies affectant particulièrement les adultes sont aussi des facteurs majeurs d'orphelinage. En vérité, le fait de distinguer les orphelins pour cause de VIH/SIDA ne prend sens que si on replace cette question dans le contexte du VIH/SIDA et de l'orphelinage en général :

- le VIH/SIDA a provoqué, là où il est particulièrement prévalant, une surmortalité adulte telle que le nombre global d'orphelins explose, alors même que sans cela il aurait été en régression ;
- par ailleurs, les enfants rendus orphelins de mère, de père ou des deux, ou qui sont en situation d'abandon familial du fait du décès de l'un ou des deux parents pour cause de VIH/SIDA, ou parce que ceux-ci sont infectés par le virus de l'immunodéficience humaine ou malades du sida, sont dans les faits davantage rejetés que les autres ; la discrimination à leur égard est beaucoup plus évidente, plus effective dès lors que le statut de séropositivité des parents a été dévoilé ou est suspecté ;
- enfin, une certaine proportion de ces enfants sont eux-mêmes infectés par le virus et risquent donc d'entrer en phase terminale avant l'âge adulte, en tout cas dès l'âge reproductif.

Ces raisons ne sont assurément pas négligeables pour inciter à effectuer une distinction du statut d'orphelin pour cause de sida. Mais identifier ces facteurs de distinction ne peut être fait que pour des raisons de compréhension de qui sont ces enfants, d'où ils viennent, quelle est leur histoire personnelle, pourquoi ils se trouvent dans la situation dans laquelle ils sont, pourquoi, par exemple, alors que la famille élargie pourrait les prendre en charge, ils ne le sont pas dans de nombreux cas. Pour le reste, ils sont des enfants comme les autres, des orphelins comme les autres. D'ailleurs, si elle a eu de notables conséquences sur les sociétés les plus touchées – comme rappelé dans la première partie de ce volume –, l'apparition du VIH/SIDA s'est néanmoins produite dans des contextes socioculturels préexistants. Le statut des orphelins pour cette cause est dès lors envisagé dans chaque société en fonction de ces contextes. Et la cause de l'orphelinage – la maladie – est

interprétée au travers des grilles d'appréhension de la réalité en usage. Ceci a amené par exemple à la stigmatisation des séropositifs reconnus comme tels et de leurs enfants. L'infection par le VIH peut en effet être interprétée comme une malédiction, un sort ou une sanction. Il en résulte, dans certains contextes, que les enfants sont rejetés.

En principe, dans la plupart des cas, les orphelins sont pris en charge par d'autres membres de la famille étendue (oncles et tantes, grands-parents essentiellement), mais la très forte mortalité consécutive à l'épidémie et la stigmatisation qui frappe les familles affectées par le sida rend la situation beaucoup plus difficile à présent. Ces facteurs ont bousculé les capacités d'absorption des orphelins ou remis en cause les modalités de leur prise en charge.

L'épidémie de VIH/SIDA, du fait de la profondeur de son impact démographique, socio-économique et culturel, a aussi largement contribué à l'apparition ou à l'explosion du nombre de catégories d'enfants rendus plus vulnérables, vivant dans des conditions très précarisées, même si ces enfants n'ont pas nécessairement perdu leurs parents. L'épidémie a aussi aggravé la condition des enfants rendus orphelins pour d'autres causes.

Si l'épidémie de VIH/SIDA est responsable d'une montée en masse de l'orphelinage, il n'en demeure pas moins que, quelle que soit la cause, tous les orphelins subissent les effets dramatiques de leur condition. Mais ces effets sont divers, souvent plus prononcés là où le VIH/SIDA est prévalant, ce qui incite à tenir compte de ces conditions et contextes tant dans l'analyse de situation que dans la définition des stratégies d'aide.

On dispose pour le moment de relativement peu de documentation systématique concernant tant la situation réelle des enfants que la compréhension des mécanismes amenant à ces situations, et même souvent concernant l'étiologie de la mortalité qui affecte leurs parents. Une certaine confusion règne encore dans ces domaines, bien que les outils d'analyse existent et s'affinent. De plus, du fait de la rareté des documents, y compris pour l'Afrique, le continent le plus touché, on est tenté d'extrapoler à l'ensemble des situations à partir de ce qui a pu être observé, ponctuellement, ici ou là. Ceci conduit à des évaluations erronées de l'ampleur du phénomène ou de ses caractéristiques, comme les exemples récents de la prévalence du VIH/SIDA et du nombre d'orphelins pour cause de VIH/SIDA l'ont montré. Nous revenons d'ailleurs sur ces questions de toutes façons essentielles.

Quelques études dans quelques pays (un peu toujours les mêmes – Ouganda, Malawi, Afrique du Sud, Zimbabwe) ont jusqu'ici servi de base à la compréhension d'un phénomène éminemment complexe pour l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne et au-delà. Cela renvoie au débat concernant le général par rapport au particulier, ou le théorique par rapport au pratique, ou encore la grille de lecture par rapport à la réalité (forcément plus complexe). Il ne s'agit pas de rejeter toute grille de lecture, tout système de compréhension ou d'appréciation (par exemple les échelles de vulnérabilité comme celle développée lors d'études réalisées au Congo<sup>5</sup>), car ils ont leur utilité, et l'on sait bien qu'il n'existe pas de système d'analyse parfait. Des outils d'interprétation et même de classification sont d'ailleurs discutés et proposés dans le présent rapport. Mais il est nécessaire, dans le cadre de ce travail, de faire mention des limites de l'analyse et de la connaissance et du fait que davantage doit être su, notamment dans une optique d'identification des stratégies les plus prometteuses et de définition de futurs programmes.

Pour répondre à ces défis et illustrer la diversité des situations, ce premier volume revient tout d'abord sur la façon dont sont définies les notions d'enfance et d'orphelinage à travers le monde.

---

<sup>5</sup> Association Internationale de Développement ; Programme Sida Multi pays ; Ministère de la Santé et de la Population, République du Congo. Projet de lutte contre le VIH/sida, orphelins et autres enfants vulnérables – Analyse de situation et propositions. Rapport final. Credes, juin 2003.

Ceci permet de poser les bases de l'analyse multifactorielle qui enrichit notre compréhension des phénomènes abordés. Pour ce faire, nous avons recours à une variété de sources bibliographiques ainsi qu'à l'expérience d'experts sur ces questions, mais aussi aux témoignages d'acteurs de terrain comme de personnes vivant les situations évoquées. Car un travail purement bibliographique ou académique passerait probablement à côté de la dimension profondément humaine – et souvent douloureuse ou éprouvante – de l'orphelinage et de l'enfance vulnérabilisée en conséquence. Malgré cela il n'est pas possible de prétendre à l'exhaustivité dans le cadre ici défini, même si elle est implicitement recherchée. Car l'objectif est avant tout pragmatique : comment permettre l'identification des enfants dans le besoin (sous toutes ses formes : psychologique, social, économique) et leur fournir un soutien efficace.

Il ressort de l'analyse menée qu'il est difficile de définir un cadre unique pour la compréhension d'un phénomène éminemment complexe. Les quelques études pour le moment disponibles indiquent que les modèles d'interprétation jusqu'ici utilisés sont encore insuffisants pour analyser les caractéristiques et même les mécanismes de l'orphelinage ou du quasi-orphelinage, les modalités de la prise en charge et les enjeux pour les sociétés affectées. Une étude récente au Bénin<sup>6</sup>, par exemple, montre que l'interprétation par la société béninoise du fait d'être malade du sida, ou d'être orphelin de l'un ou des deux parents pour cause du sida renvoie à une vision magique du monde difficilement compréhensible au travers des filtres scientifiques ou rationnels en vigueur ailleurs. Pourtant, il est clair que cette vision est très prégnante et qu'elle est légitime. Il faut donc en tenir compte au risque d'entretenir une impression illusoire d'unicité du système d'interprétation, et, pire encore, de vouer à l'échec les politiques d'aide aux orphelins et aux enfants repoussés vers les marges de leur société.

Ces remarques militent pour une approche pays par pays et même pour une approche « société par société », tant il est vrai que, même au sein d'un pays donné, la diversité des sociétés (c'est à dire des conventions sociales, des langues, des règles d'organisation communautaire) peut être grande. Il est certes probable que l'observation du phénomène et de ses caractéristiques, ses mécanismes d'apparition et de développement, dans un lieu donné du continent africain puisse fournir des indices utiles à la compréhension du même phénomène ailleurs, en Afrique ou même sur d'autres continents. On sait par exemple qu'un facteur tel que la structure de parenté, particulièrement le système de filiation, permet de prédire relativement facilement qui, dans la famille étendue, est susceptible de prendre en charge les orphelins. Mais ce n'est pas suffisant comme il est illustré dans le premier chapitre où il est fait recours à l'analyse sociologique et anthropologique. Car même les systèmes de parenté évoluent et sont affectés par la crise de l'orphelinage de masse. Circonscrire l'analyse à des entités géographiques et culturelles plus restreintes est probablement un gage de plus grande fiabilité. Il ne s'agit pas de dire que les situations ne se ressemblent pas, et que, par conséquent, on ne peut rien tirer d'une observation faite ici pour comprendre ce qui se produit là-bas, mais plutôt d'illustrer la diversité des environnements, ce qui amène à faire correspondre davantage les interventions aux contextes dans lesquels elles prennent place.

L'approche multidisciplinaire qui a été adoptée ici conduit à penser qu'il n'existe pas de modèle unique d'interprétation, et que chaque lieu présente un contexte particulier qu'il est nécessaire de connaître préalablement avant d'envisager les stratégies à mettre en œuvre pour apporter efficacement le soutien dont les enfants peuvent avoir besoin. Cette démarche devrait, en principe, permettre aux programmeurs comme aux analystes et aux décideurs politiques de travailler avec une multiplicité d'outils et de critères tout en les encourageant à procéder à des analyses préalables avant de définir et d'appliquer des actions ponctuelles à mener ou des stratégies de prise en charge. Des efforts dans ce sens ont déjà été effectués, comme par exemple ceux résumés dans la

---

<sup>6</sup> Guillermet E. *Une enfance ambiguë, analyse anthropologique des trajectoires des enfants placés en orphelinat au Bénin* ; Mémoire de DEA, Lyon II, 2004, 144 p.

publication conjointe de l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'USAID, *Les enfants au bord du gouffre*<sup>7</sup>. Des pistes de définition de stratégies y sont proposées. Néanmoins, leur présentation donne l'impression qu'il s'agit là de l'unique méthode pour aborder la question, pour estimer le nombre d'enfants affectés ou déterminer les meilleures réponses à apporter<sup>8</sup> (alors même que l'on dispose encore de très peu de données là-dessus).

Les recherches que nous avons déjà entreprises, et qui feront l'objet du deuxième volume, montrent les limites de la mise en œuvre de programmes de prise en charge principalement conçus par des acteurs extérieurs, même avec la meilleure volonté et la plus grande générosité. La prudence s'impose donc dans le choix des initiatives. Par ailleurs, des acteurs locaux de la venue en aide aux orphelins indiquent eux-mêmes que de nombreuses associations ad hoc se sont créées dans le but principal de capter les fonds venus de pays riches mais que ceux-ci ne sont pas véritablement ou entièrement utilisés dans le but qui leur était assigné dans l'esprit des donateurs. En revanche, de nombreux acteurs de terrain, souvent issus des sociétés civiles locales, se sont mis au travail avec les seules ressources disponibles localement, ce qui signifie qu'ils en sont largement dépourvus. Ils s'emploient, avec leurs moyens, souvent sous forme de volontariat, à apporter une réponse au défi posé, aussi modeste soit-elle. Et comme le dit l'un d'entre eux : « *nous on se dit qu'on va travailler pour faire le plus possible et que si après des bonnes volontés passent et voient ce que l'on fait, elles verront qu'elles peuvent avoir confiance parce qu'on les a pas attendues.* »<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Les enfants au bord du gouffre 2004 ; rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action*. Juillet 2004.

<sup>8</sup> Le rapport « Les enfants au bord du gouffre 2004 » indique par exemple, page 5 : « Le présent rapport donne également un aperçu du Cadre d'action pour la protection, les soins et le soutien des orphelins et enfants vulnérables vivant dans un monde avec le VIH et le SIDA. Ce Cadre d'action constitue le meilleur espoir qui existe d'éloigner du gouffre les orphelins et autres enfants vulnérables. Il est maintenant considéré comme une norme de base permettant de répondre aux besoins de plus en plus urgents du nombre croissant d'orphelins et d'enfants vulnérables et de protéger leurs droits. Il a été approuvé par tous les organismes des Nations Unies qui constituent l'ONUSIDA et a été accueilli favorablement par un grand nombre des partenaires internationaux qui s'emploient à remédier aux répercussions complexes et profondes du VIH/SIDA sur des millions d'enfants et d'adolescents. » Parmi les 5 grandes stratégies du « cadre d'action » présenté comme « meilleur espoir » et « norme de base » le cadre « communautaire » prend le pas sur l'Etat et l'action de celui-ci n'est envisagée que pour appuyer les actions « communautaires ». Autrement dit, dans la ligne de ce qui est de plus en plus poussé par des politiques d'ajustement structurel déguisées sous forme de décentralisation et de déconcentration, notamment au travers du recours aux « communautés », on souhaite cantonner l'action de l'Etat au seul domaine législatif. Le terme « communauté », très largement utilisé par les organismes internationaux de nos jours, est une traduction approximative du terme anglais « community » qui recouvre en fait autant la « communauté » telle qu'on l'entend en français – une organisation sociale ou culturelle autonomisée dans un ensemble plus vaste – que l'idée de « local » telle que traduite par le village, le quartier, la ville.

<sup>9</sup> Guillermet E. *La situation des « orphelins et enfants vulnérables » au Bénin*. Juin 2004. Rapport de travail ethnographique. Non publié.

# 1. Situation d'ensemble

En ce début de 21<sup>ème</sup> siècle, on estime qu'environ 16 millions d'enfants (de 0 à 17 ans) deviennent orphelins chaque année dans les pays à faibles revenus<sup>10</sup>. 44.000 par jour. Au total, un enfant sur douze vivant dans les 93 pays recouverts par cette statistique aurait perdu sa mère, son père ou ses deux parents géniteurs : 143 millions d'enfants. Et ceci ne tient pas compte des millions d'enfants dont l'un ou les deux parents sont toujours en vie mais se trouvent éloignés d'eux pour diverses raisons que nous allons évoquer dans cette partie.

Les disparités sont très grandes entre sous-régions et pays. Ainsi, le taux d'orphelinage est estimé à 12,3% dans les 43 pays d'Afrique sub-saharienne, soit le double du taux estimé pour les 27 pays d'Amérique Latine et des Caraïbes inclus dans ces statistiques. Au total 41 pays auraient au moins 10% d'enfants orphelins, mais quatre seulement en-dehors de l'Afrique sub-saharienne (Afghanistan, Corée du Nord, Laos, Haïti). Parmi ceux-ci, 12 pays auraient au moins 15% d'enfants orphelins, tous dans la moitié sud du continent africain, hormis Haïti.

Les causes de l'orphelinage sont multiples. La maladie, et dans une moindre mesure la guerre, sont les principales. Parmi les maladies, une bonne part de la mortalité des adultes dans les pays à faible revenu, qui sont ceux couverts par ces statistiques, est due aux maladies infectieuses, surtout la tuberculose et le VIH/SIDA. Ce dernier, apparu au début des années 1980, tue désormais davantage que les autres maladies infectieuses, et a relancé ces dernières du fait que le virus du VIH détruit le système immunologique. Ainsi les taux d'incidence et de prévalence<sup>11</sup> de la tuberculose sont repartis à la hausse là où le VIH/SIDA est largement répandu, alors même qu'ils étaient en baisse partout depuis plusieurs décennies. En Afrique du Sud, par exemple, le taux d'incidence de la tuberculose était estimé à 438 nouveaux cas par an par tranche de 100.000 habitants en 1998. En 2001, le taux d'incidence était estimé à 556 pour 100.000, soit une hausse de 27% en trois ans. On estime ainsi qu'il y a 243.000 nouveaux cas de tuberculose par an dans ce pays à l'heure actuelle<sup>12</sup>. Au Botswana, pays où la prévalence du VIH/SIDA est la plus élevée au monde (plus de 35% des adultes seraient infectés), le taux d'incidence de la tuberculose a augmenté de plus de 40% dans la même période. Au total, sur le continent africain, 21% de l'ensemble des décès seraient dûs au VIH/SIDA, la tuberculose comptant pour 3,4%. 250.000 femmes y meurent également chaque année des suites de la grossesse ou de l'accouchement<sup>13</sup>.

Au total, le VIH/SIDA a induit, dans les régions où sa prévalence est élevée, une très forte surmortalité adulte. Les taux de mortalité des 15-59 ans ont doublé voire triplé en une dizaine

---

<sup>10</sup> Ces statistiques ne couvrent que 93 pays de trois régions du monde, regroupant 73% de la population mondiale : Afrique sub-saharienne, Asie (hors Asies Mineure et Centrale et Russie) Pacifique (hors Australie, Nouvelle Zélande, Polynésie, Micronésie), et Amérique Latine - Caraïbes. Elles sont tirées de la publication : *Les enfants au bord du gouffre 2004. Rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action*. ONUSIDA, UNICEF, USAID. Juillet 2004.

<sup>11</sup> L'incidence mesure le nombre de nouveaux cas dans une période donnée (l'année en général) et la prévalence mesure le nombre moyen de cas latents présents à n'importe quel moment d'une période donnée (le « stock » de cas en cours en quelque sorte).

<sup>12</sup> Données tirées des rapports 2000 et 2003 de l'OMS sur la lutte contre le contrôle la tuberculose dans le monde (*Global tuberculosis control : surveillance, planning, financing*. WHO Report 2000 et 2003, Organisation Mondiale de la Santé, Genève).

<sup>13</sup> Les données de mortalité sont tirées de : Organisation Mondiale de la Santé ; *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*. OMS, Genève, 2000.

d'années dans les pays les plus affectés par la pandémie<sup>14</sup>. En Afrique du Sud, le sida est la cause de la moitié des décès d'adultes et la probabilité de décéder entre 15 et 60 ans en 2000 aurait atteint le taux de 75% pour les hommes et 58% pour les femmes<sup>15</sup>. L'espérance de vie a reculé de 10 à 20 ans en Afrique australe. Au Botswana elle serait passée de 63,3 à 39,5 ans en l'espace d'une décennie<sup>16</sup>.

Du fait des modes de transmission, le VIH/SIDA tue proportionnellement moins d'enfants que d'adultes. Ainsi, sur environ 3 millions de décès annuels attribués au VIH/SIDA en 2001, L'ONUSIDA estime qu'environ 20% ont concerné des enfants de moins de 15 ans<sup>17</sup> alors qu'ils représentent de 40 à 50% de la population dans les pays les plus touchés par l'épidémie<sup>18</sup>. 80% des décès concernent la frange de la population entre 15 et 49 ans. Ce sont donc près de 2,4 millions de personnes en charge de famille ou participant aux charges familiales qui meurent chaque année, pour la grande majorité en Afrique sub-saharienne. Les enfants perdant père ou mère, ou les deux, pour cause de VIH/SIDA, se comptent ainsi par millions chaque année.

Le nombre d'enfants orphelins pour cause de VIH/SIDA est aujourd'hui en débat. L'ONUSIDA l'estimait à 14 millions en 2001 dont 11 millions en Afrique sub-saharienne (enfants de 0 à 14 ans, orphelins de mère ou des deux parents) ; mais de plus récentes estimations portant seulement sur l'Afrique sub-saharienne, et couvrant les enfants de 0 à 17 ans ayant perdu soit le père, soit la mère soit leurs deux parents géniteurs, font état de 12,3 millions d'enfants concernés<sup>19</sup>. La révision à la baisse des taux de prévalence du VIH/SIDA dans de nombreux pays explique en grande partie ces chiffres moins élevés, mais toujours aussi inquiétants.

Ces statistiques ne couvrent cependant qu'une partie d'une réalité en fait plus complexe et qu'il est nécessaire de dépeindre ici si l'on veut mesurer l'ampleur du phénomène, notamment là où l'épidémie de VIH/SIDA est très répandue. Plus généralement, la population jeune affectée comprend les enfants en situation de « grande vulnérabilité ». Ces enfants n'ont peut être pas perdu leurs parents, mais la maladie de ceux-ci, ou l'ostracisme dont ils sont eux-mêmes victimes du fait d'une séropositivité au VIH, et d'autres facteurs encore, créent des situations où les enfants se retrouvent en situation de quasi-orphelinage ou en tout cas dans un état de précarité équivalent à celui vécu par leurs congénères orphelins. Des millions d'autres enfants se trouvent dans cette situation aujourd'hui.

Appréhender cette complexité est, pour l'essentiel, l'objet de cette première partie, où nous cherchons à dépeindre la situation d'ensemble – à dresser la cartographie – des enfants affectés par l'orphelinage ou en situation de grande vulnérabilité, plus particulièrement là où le VIH/SIDA et son cortège de mort et de peur a créé ou accentué des situations dramatiques pour de vastes masses d'enfants. Les sociétés affectées sont en grave péril. Leurs fondements sont remis en cause, leur avenir hypothéqué. La survie de certaines d'entre elles est même en question. Une ancienne directrice du programme de lutte contre la tuberculose d'Haïti rappelait, il y a quelques années, que « l'on a vu des peuples disparaître » en évoquant la situation de son pays où tuberculose, VIH/SIDA et autres maladies pourtant guérissables et prévenables font des ravages.

---

<sup>14</sup> Voir par exemple une étude transversale sur les taux de mortalité infanto-juvénile et adulte en Afrique sub-saharienne : *Impact of the HIV epidemic on mortality in sub-Saharan Africa: evidence from national surveys and censuses*. Timaeus IM. AIDS ; 1998;12 Suppl 1:S15-27.

<sup>15</sup> Hosegood V, Vanneste AM, Timaeus IM. *Levels and causes of adult mortality in rural South Africa: the impact of AIDS*. AIDS ; 2004 March 5;18(4):663-71.

<sup>16</sup> Selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé.

<sup>17</sup> ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*. ONUSIDA, Genève, Juillet 2002.

<sup>18</sup> Hormis pour l'Afrique du Sud où les moins de 15 ans représentent 34% de la population. Cette proportion est de 51% en Ouganda. Les données utilisées ici sont tirées des statistiques démographiques de l'Institut National de Démographie (INED) à la mi-2003.

<sup>19</sup> ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Les enfants au bord du gouffre 2004 ; rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action*. Juillet 2004.

Pour bien saisir l'ampleur véritable et les conséquences de l'orphelinage et de la vulnérabilité de l'enfance, il nous faut tout d'abord comprendre qui sont ces enfants, ce que suppose d'être enfant et orphelin en situation de précarité dans les pays et les cultures où ils se situent.

Ceci est une étape indispensable dans la perspective de l'analyse et de la définition de stratégies destinées à leur venir en aide. Il nous faut en particulier aborder la question des limites d'âge des enfants et des orphelins car cette question se pose dès lors qu'il s'agit de déterminer des critères aux bénéficiaires d'actions de terrain. Définir ce qu'est un enfant et jusque quel âge les orphelins sont des enfants, a des conséquences directes en matière d'accès à l'aide. Les programmes internationaux et nationaux d'aide aux enfants se concentrent traditionnellement sur les tout-petits (soins post-nataux, prévention de la maladie, nutrition), car en dessous d'un certain âge, les risques de mortalité sont importants et les carences peuvent avoir des effets irréversibles sur le développement de l'enfant. La logique de l'aide est dans ce cas, que plus les enfants grandissent, plus ils s'autonomisent et moins ils ont besoin d'être soutenus. Mais cela reflète aussi une certaine difficulté des gouvernements à s'adresser à la population adolescente, soit parce qu'ils sont craints (ils sont nombreux et potentiellement turbulents) soit parce qu'on connaît mal leurs besoins.

Ainsi, lorsque l'on parle d'« orphelins mineurs et chefs de famille », et qu'il s'agit de devoir cibler les bénéficiaires, la question de l'âge des enfants ayant besoin d'être aidés devient centrale. Le contexte de la prise en charge des orphelins vivant dans des pays à forte prévalence au VIH nous contraint à une compréhension en profondeur du phénomène, ainsi qu'à la prise en compte des risques encourus par les enfants.



## A propos de « vulnérabilité »

Reconnaissant le fait que les orphelins ne sont pas les seuls enfants potentiellement en situation de grande précarité, les organismes spécialisés, tel l'UNICEF, ont inclus dans leurs analyses – mais pas dans leurs statistiques – les enfants qui sont aussi dans cette situation sans toutefois être techniquement parlant des orphelins. Ces enfants sont en général qualifiés de « vulnérables » dans les publications récentes. Dans l'ensemble, les enfants apparaissant comme les plus nécessiteux se retrouvent dans la catégorie « Orphelins et Enfants Vulnérables », souvent écrite « OEV ». Nous prenons ici le parti de ne pas employer ce sigle, non seulement parce qu'il schématise trop et déshumanise le problème complexe qu'il est censé désigner, mais aussi parce que la vulnérabilité n'est pas seulement le fait des enfants se trouvant dans une situation de quasi-orphelinage sans pour autant avoir perdu leurs parents, mais concerne des strates beaucoup plus vastes des enfants dans de nombreuses parties du monde. La pauvreté, la malnutrition, l'impossibilité de l'accès à l'éducation de base, la mise au travail précoce, la maladie (un cinquième à un quart des enfants des pays pauvres meurent avant l'âge de 5 ans), font que la proportion des enfants qui vivent en situation de vulnérabilité est très élevée. Les orphelins ne sont d'ailleurs pas toujours les enfants les plus vulnérables et les facteurs conduisant à la précarité des enfants affectés par le VIH/SIDA, qu'ils soient orphelins ou non, sont pour partie aussi des facteurs expliquant la vulnérabilité de tous les autres enfants. Il nous fallait donc centrer davantage la définition afin de mieux cerner les enfants dont il est ici question. C'est un aspect majeur du développement de cette première partie du document.

Par commodité mais aussi donc pour refléter le caractère spécifique de la situation de ces enfants, nous emploierons ici le terme de « grande vulnérabilité » du fait que les enfants auxquels est consacré ce travail associent tant les facteurs classiques de vulnérabilité que les facteurs liés à l'orphelinage et aux conséquences sur leur vie de la maladie qui affecte leurs parents.

Il convient de noter le fait que la définition de la vulnérabilité, comme celle de l'enfant ou de l'orphelin – également abordées dans cette première partie – varie notablement d'un lieu à l'autre. On peut citer quelques exemples de définitions retenues pour des motifs programmatiques :

- en **Afrique du Sud**, l'enfant est estimé vulnérable, par certaines populations, s'il est orphelin, négligé, indigent ou abandonné, si l'un de ses parents (biologiques ou non) souffre d'une maladie incurable, s'il a une mère adolescente ou célibataire, si l'adulte responsable du foyer n'a pas de revenus, s'il est victime de mauvais traitement de la part d'un beau-parent ou d'un parent, s'il est infirme ;
- en **Zambie**, pour l'identification des bénéficiaires du soutien de l'assistance publique, l'enfant défini comme vulnérable est orphelin de père ou de mère, ne fréquente pas l'école, est dans une famille dirigée par une femme ou une personne âgée infirme, a des parents malades, n'a pas suffisamment à manger ou vit dans une demeure en mauvais état.
- Au **Botswana**, sont vulnérables les enfants de la rue, la main d'œuvre infantile, ceux victimes d'abus sexuels, qui sont négligés, ont des handicaps ou vivent dans des régions isolées ou dans des minorités autochtones.
- Au **Rwanda**, la définition retenue est « enfants de moins de 18 ans exposés à des conditions qui ne leur permettent pas de jouir des droits fondamentaux pour leur développement harmonieux ». Ceci inclut le fait d'être affecté ou infecté par le VIH/SIDA et les enfants mariés avant l'âge de la majorité, ou ceux vivant dans des familles très pauvres.

Exemples tirés de Rose SMART, *Politiques pour les orphelins et enfants vulnérables : un cadre pour progresser*, USAID, Futures Group International (Policy Project), Juillet 2003

## 2. L'enfance en question

### Qu'est-ce qu'un enfant ?

La question peut paraître incongrue parce que l'on se fait tous une idée assez précise de ce qu'est un enfant, quoique avec l'adolescence notre sens de la définition soit un peu bousculé. Mais en vérité la définition que nous adoptons de ce qu'est un enfant varie considérablement d'une culture ou d'un pays à l'autre. Elle est une construction sociale et historique, bien qu'elle soit élaborée à partir de caractéristiques physiologiques universelles. Dans la préoccupation qui est la nôtre ici, nous nous attarderons seulement sur les définitions qui permettent de cerner la problématique posée : l'orphelinage et la vulnérabilité ou la précarité pour les plus jeunes d'entre nous, particulièrement là où le VIH/SIDA bouleverse les fondements sociétaux du fait de son ampleur. Car les limites attribuées à l'enfance conditionnent la façon dont les populations confrontées au décès des parents abordent la question de la prise en charge des enfants. Le VIH/SIDA crée cependant des situations nouvelles, notamment du fait de la stigmatisation qui l'accompagne souvent et de la masse d'enfants concernés. Les définitions et les pratiques traditionnelles sont alors bousculées.

A l'heure actuelle la définition de l'enfant retenue par les agences de l'Organisation des Nations Unies (ONU) traitant des questions liées à l'enfance (telles l'UNICEF et l'OMS) considèrent que l'on est enfant jusqu'au 15<sup>ème</sup> anniversaire. Ainsi, les statistiques concernant la mortalité, la morbidité ou la prévalence de telle ou telle maladie sont données pour les catégories d'âge 0-14 ans, et au-delà de 15 ans. Dans le cas du VIH/SIDA, la catégorie « adulte » ne couvre même que la tranche d'âge 15-49 ans du fait que l'on estime que la mortalité pour cause de VIH/SIDA est très réduite au-delà de 50 ans (et même de 35 ans pour les femmes).

La définition de l'enfance varie cependant considérablement selon les cultures ou les pays. Cette définition a trait à des aspects divers des activités humaines. Ainsi l'âge du droit de vote est souvent aujourd'hui de 18 ans dans beaucoup de pays recourant au système électoral. Il a été même de 21 ans dans certains pays où il est aujourd'hui à 18. C'est aussi l'âge à partir duquel, dans nombre de sociétés, le service militaire est obligatoire ou accessible. C'est souvent donc considéré comme l'âge de transition vers l'âge adulte (et vers la virilité)<sup>20</sup> et on pourrait estimer que le service militaire agit en l'occurrence comme un passage initiatique. Néanmoins, l'âge auquel le port d'arme est autorisé est fixé à 17 ans aux Etats-Unis, pays dans lequel on peut obtenir un permis de conduire dès 16 ans. C'est d'ailleurs l'âge de la majorité à Cuba. En Ethiopie un testament peut être rédigé dès l'âge de 15 ans<sup>21</sup>, en Afrique du Sud un enfant peut donner son consentement au traitement médical sans l'aval de ses parents dès l'âge de 14 ans<sup>22</sup>. A cela s'ajoute le fait que les limites et définitions officielles se juxtaposent à des pratiques locales associées au droit coutumier, tels que les rites d'initiation ou encore les mariages célébrés en deçà de l'âge légal (voir encadré n°2).

---

<sup>20</sup> Honwana A. « Innocents et coupables. Les enfants-soldats comme acteurs tactiques », in *Enfants, jeunes et politique*, Politique Africaine n°80, 2000, pp 58-78.

<sup>21</sup> Smart R. *Politiques pour les orphelins et enfants vulnérables : un cadre pour progresser*. USAID, Futures Group International (Policy Project). Juillet 2003.

<sup>22</sup> Section 39 de la loi n°74 de 1983 sur les soins infantiles en Afrique du Sud.

### Les rites du passage de l'enfance à l'âge adulte dans les sociétés dites traditionnelles

Le mariage, surtout pour les filles, n'est pas toujours la marque du passage à l'âge adulte ou « responsable ». Dans de nombreuses traditions il est possible d'être marié tout en étant enfant. Il n'est pas rare que l'engagement soit pris dès la naissance, et le mariage lui-même peut être prononcé alors que l'épousée est encore une enfant. Dans ce cas, la mariée est autorisée à rester dans sa famille jusqu'à ce qu'elle atteigne un certain âge, souvent celui de la puberté, à partir duquel le mariage sera associé à une communauté de vie des époux.

Pour les hommes par contre, le mariage est souvent associé à une autonomisation financière, et c'est l'association de ces deux critères qui les propulse dans l'âge adulte. Dans leur cas, l'autonomie financière est le principal indicateur de la sortie de l'enfance : gagner seul sa propre vie, c'est avoir les moyens de se marier et d'assumer la charge d'une famille, et c'est avant tout le signe que l'enfant est devenu un adulte. Le passage à l'âge adulte par l'autonomie financière explique pourquoi en Afrique des adultes de 25 ou 30 ans, souvent des hommes, continuent de se définir comme orphelins et peuvent se retrouver parmi les bénéficiaires de petits programmes locaux. C'est le cas des aînés de fratries d'orphelins, qui se consacrent à leurs frères et sœurs sans pouvoir commencer leur propre vie d'adulte, et qui continuent d'être pris en charge par des programmes de soutien (comme à Bouaké, en Côte d'Ivoire).

De plus, dans les sociétés d'inspiration traditionnelle, les différents âges de l'enfance étaient la plupart du temps délimités par les initiations adressées aux « groupes d'âge », auxquels correspondaient un statut et une fonction sociale des jeunes initiés. En Afrique de l'Ouest, ces initiations peuvent correspondre à des cycles de vie (sur le même modèle que la petite enfance, l'adolescence, l'âge adulte, ou la vieillesse en Occident) d'une durée de 7 ans, et qui se succèdent durant toute la vie (7, 14, 21 ans etc.). Garçon ou fille, le passage d'un âge à un autre est la plupart du temps marqué par une initiation (A ce sujet, lire par exemple : Amadou Hampâté Ba, *Amkoulell, l'enfant peul*. Actes Sud, Paris, 1991).

Outre que ses limites varient beaucoup d'un pays à l'autre, l'enfance n'est pas une catégorie rigide dans laquelle les questions sont uniformes et les réponses uniques. On peut y déceler diverses étapes, au moins sur le plan physiologique et physique. Il est clair que les capacités, l'autonomie, les besoins d'un enfant de 3 mois, de 8 ans ou de 15 ans sont notablement différents, en dehors des besoins de base valables pour tout être humain. La question se complique avec la catégorie « adolescence », concept inconnu en Europe avant l'ère industrielle, c'est à dire l'âge de transition ou d'émancipation progressive entre l'enfance et l'âge adulte. La figure 1 (schéma du « cycle de vie ») illustre l'utilisation des étapes physiologiques et de développement (vu au travers de la scolarité) dans l'analyse sanitaire. Cette approche est utilisée par la Banque Mondiale notamment. Pour bien faire il faudrait même distinguer dans ce schéma les genres. Car le développement physiologique et même intellectuel des garçons et des filles ne suit pas les mêmes trajectoires, la puberté intervenant par exemple plus tôt chez les filles que chez les garçons. L'âge du mariage, à travers les âges et les cultures, a d'ailleurs pu refléter ces constatations, comme au Moyen Age en Europe Occidentale. Au Niger, l'âge du mariage actuellement autorisé est de 14 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons, mais la possibilité d'une modification de ces âges a été évoquée depuis quelques années notamment dans un but de contrôle de la natalité<sup>23</sup>.

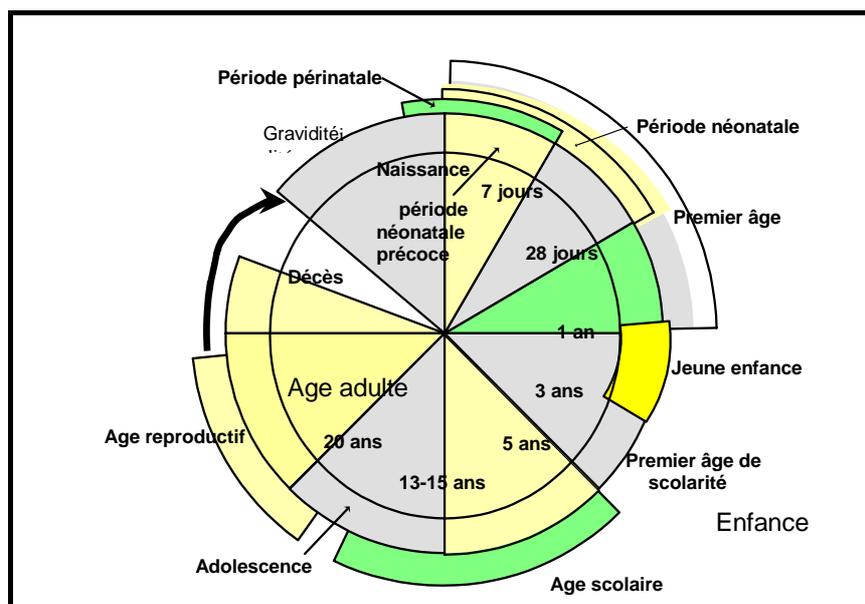
Le choix du 15<sup>ème</sup> anniversaire fait par l'ONU peut apparaître un peu en déphasage avec les lois aujourd'hui en vigueur dans de très nombreux pays du monde. Mais l'âge de 15 ans n'est pas pour autant tout à fait disqualifié. Une étude rapporte par exemple que des enfants éthiopiens à qui l'on proposait d'aller dans une famille l'ont souvent refusé lorsqu'ils avaient plus de 15 ans<sup>24</sup>. Ils préféreraient alors l'autonomie : « une vie de citoyen indépendant ». C'est en réalité une situation assez fréquente chez les adolescents qui ont longtemps vécu dans la rue. Après leur expérience d'autonomie, ils ont du mal à s'envisager de nouveau avec des parents, au sein d'une famille. Mais l'adolescence est-elle pour autant à exclure des programmes dirigés vers les enfants, notamment dans le contexte de l'orphelinage et de la grande vulnérabilité alimentés par l'épidémie de VIH/SIDA ?

---

<sup>23</sup> Le Niger a un indice synthétique de fécondité de 7,5 enfants par femme et un taux de croissance démographique annuel de 3,1%, ce qui en fait le pays du monde où la croissance de la population est la plus rapide, avec un doublement tous les 23 ans environ. Il est par ailleurs également l'un des plus pauvres du monde.

<sup>24</sup> Gebru M, Atnafou R. *Quand la prise en charge des orphelins passe de l'orphelinat à la communauté : l'expérience de la Jerusalem Association Children's Homes en Ethiopie*. In *Alerte Orphelins : perspectives internationales pour les enfants abandonnés par l'épidémie du virus VIH et du SIDA* ; pp 29-31. Association François-Xavier Bagnoud. Juillet 2000.

Figure 1: l'approche par le cycle de vie (pour la santé)



Source: Belli P, Appaix O. The economic benefits of investing in child health. HNP discussion paper ; Banque Mondiale, 2003. Adapté de « Poverty Reduction Strategy Sourcebook, health, nutrition and population », Banque Mondiale, 2001.

Les épreuves de la survie, l'orphelinage, la vie dans la rue sont autant de facteurs qui bousculent les définitions repoussant les limites socialement et historiquement construites, dans un sens comme dans l'autre d'ailleurs. Ainsi, une étude de l'*International Rescue Committee* portant sur les enfants des rues de Brazzaville précise que bien que la loi nationale définisse comme enfant les moins de 18 ans, les chercheurs ont choisi d'inclure dans leurs statistiques les 18-21 ans, considérant que « dans le contexte congolais, on est souvent considéré comme enfant ou adolescent jusqu'à ce que l'on soit marié et chef de famille »<sup>25</sup>. Pourtant, dans cette enquête, il apparaît que certains enfants se sentent trop vieux pour retourner à l'école et disent préférer une aide pour accéder à un apprentissage professionnel pour pouvoir fonder une famille (témoignage de Fil de Fer, 13 ans). Seuls 5,9% des enfants interrogés souhaiteraient une aide pour retourner à l'école, contre 28,4% qui souhaiteraient une aide pour trouver un emploi. Par ailleurs, si on se réfère aux pratiques des enfants concernant leur survie ou leur sexualité, elles semblent davantage s'apparenter à celles des adultes : prostitution, alcool (42% des « enfants des rues », 61,5% chez les filles), mendicité. Des témoignages de quelques grands enfants des rues ont permis de constater que ces « enfants » menant une vie d'adulte depuis parfois un temps assez long, se sentent étrangers au monde de l'enfance et ont, parfois très jeunes, des aspirations d'adulte. Le projet d'avenir partagé par nombre d'entre eux est de trouver un travail et de fonder une famille.

On retrouve ces phénomènes chez des enfants ayant traversé des épreuves particulièrement marquantes, comme chez les orphelins ayant longuement assisté des parents malades, prenant en charge la vie de la maison, chargés de responsabilités précoces, ou exposés à la souffrance et à la mort de leurs parents, chez lesquels on trouve des rôles sociaux (pourvoyeur d'argent, de soins et d'éducation) ou des traits psychologiques (sens des responsabilités, protection de la famille, garants de la mémoire des parents) traditionnellement attribués à l'âge adulte.

Cette dichotomie entre l'âge affiché et l'expérience de vie est parfois vécue comme violente par les orphelins. Et elle n'est d'ailleurs pas propre aux seuls pays pauvres.

<sup>25</sup> Rencontre des rues. Recensement et enquête sur les enfants de la rue, Brazzaville Pointe-Noire, IRC, janvier 2003, p4.

Saint-Denis, en région parisienne. Lors d'une consultation psychologique consacrée aux problèmes de sa famille, Emeline<sup>26</sup>, 16 ans, fond en larmes : « Vous dites que je suis une enfant ! J'aimerais bien être une enfant, mais ça fait longtemps que je ne le suis plus ! Mon père est mort, ma mère... Regardez dans quel état elle est ! A la maison, c'est moi qui fait tout : les courses, les repas, remplir les papiers, payer les factures, surveiller mon frère... ». Emeline a certes 16 ans, mais son père est mort d'un diabète après des années d'invalidité, sa mère est gravement malade, son frère aîné est suivi en psychiatrie. Pas question de la considérer comme n'importe quelle enfant de 16 ans : elle demande aux psychologues de reconnaître sa spécificité. Mais il convient de rappeler que le cas d'Emeline se place dans un contexte où il est très rare pour une personne de son âge de se trouver dans une telle situation. Elle est hors normes.

Brazzaville au Congo. Le père de Justin est mort du sida quand il avait 14 ans, puis quelques temps plus tard son beau-père est également décédé du sida ; sa mère est aujourd'hui sidéenne, souvent hospitalisée. Il a deux petits frères de 8 et 10 ans, et il est lui-même père d'un bébé de 6 mois. De l'âge de 14 ans à celui de 15, il a été Cobra (milice armée pro-gouvernementale), possédait une arme : c'était une époque où « sa tête était mise à prix » dans son quartier, suite à divers problèmes de drogue et de délinquance. Justin a aujourd'hui 17 ans et est apprenti-mécanicien dans un garage, il prépare ainsi « son avenir de chef de famille »<sup>27</sup>. Le cas de Justin, contrairement à celui d'Emeline, peut être considéré comme relativement courant dans le contexte qui est le sien.

Ces quelques exemples illustrent la diversité de ce que l'on entend par « enfant » dans le monde. Ceci est nécessaire pour envisager de bien saisir la réalité complexe d'un phénomène, l'orphelinage et la grande vulnérabilité, certes général mais aux particularités nombreuses. Les interventions de terrain se doivent de prendre en compte la subjectivité du regard porté sur l'âge des enfants, car on « comprend » l'autre à partir de sa propre situation, de ses propres référents.

Doit-on néanmoins fixer une limite à l'enfance, doit-on arrêter une définition unique de l'enfant ou bien laisser cette définition ouverte ? Fixer des limites uniques facilite assurément la tâche d'identification et notamment de recensement des enfants susceptibles d'être l'objet de programmes de soutien. Mais c'est au risque d'exclure des jeunes adultes ou adolescents qui sont largement démunis du fait du décès de leurs parents et de leur manque de ressources et de préparation pour la prise en charge de la fratrie par exemple (cas très fréquent). C'est aussi au risque de porter un regard équivalent sur des enfants d'un même âge mais ayant vécu des expériences extrêmement diverses, et donc ayant des besoins très différents. De plus, comme la définition de l'enfant est donc largement le produit d'une construction sociale et historique, nous adopterions par conséquent une position ancrée dans une culture particulière et l'on risquerait d'exclure des individus qui, adultes selon la définition retenue, seraient encore « enfants » selon certaines perceptions locales. Lorsque l'on aborde la question du recensement, à l'échelle mondiale, on est certes obligé de se fixer une limite sans laquelle cet exercice serait extrêmement complexe et beaucoup plus coûteux. Mais même la limite de l'enfance fixée par l'ONU a été remise en cause dans les dernières estimations du nombre d'orphelins effectuées par ses agences (repoussée de 3 ans) comme on va le voir ci-dessous. Il est donc nécessaire de se fixer des limites, mais tout autant de garder à l'esprit qu'elles sont artificielles, qu'elles ne correspondent jamais tout à fait à la réalité tant des perceptions que des pratiques sociales et que cette limite doit pouvoir être modifiée partout où elle ne rend pas bien compte de ces réalités.

---

<sup>26</sup> Ce témoignage est tiré d'une consultation d'ethnopsychiatrie datant de juillet 2004. Les prénoms des personnes dont les cas sont cités ici ont été modifiés pour raisons de confidentialité.

<sup>27</sup> Dekens S., Charruau A.-L., *Projet de lutte contre le VIH/SIDA, Orphelins et Enfants Vulnérables, Analyse de situation et propositions*, CREDES, juin 2003, p34.

# 3. Qui sont les orphelins et les enfants en situation de grande vulnérabilité ?

Pour mieux cerner la population qui est l'objet de ce rapport, il nous faut à présent explorer la définition et la réalité de l'orphelinage et de l'enfance en grande vulnérabilité, notamment dans le contexte des pays où le VIH/SIDA fait exploser le nombre d'enfants affectés et bouleverse les fondements des sociétés. Comme dans le cas de l'enfance, cette définition, et par conséquent la compréhension de l'étendue du phénomène de l'orphelinage et de l'enfance vulnérable, varie beaucoup selon les environnements. Illustrer la diversité des situations apparaît comme un passage nécessaire afin de pouvoir définir des stratégies efficaces de soutien, voire de simple sauvetage, qui tiennent compte des conditions et contextes socio-économiques et culturels dans lesquels vivent ces enfants.

Passer en revue les diverses définitions, perceptions et situations de l'orphelinage et de l'enfance précaire ou en grande vulnérabilité conduit à envisager une classification des enfants concernés selon leur statut, leur condition, leurs besoins. Des classifications existent déjà, comme celles proposées par certains programmes de prise en charge des enfants dans le besoin, orphelins ou non, du fait même des impératifs de ces programmes. Nous faisons le point de ces classifications, dans la mesure où elles aident à la fois à connaître les enfants qui sont l'objet de ce rapport et dans la mesure où elles permettent justement d'identifier les stratégies de prise en charge et les actions les mieux à même de répondre à leurs besoins.

## 3.1 - Identifier les orphelins

### 3.1.1 – Définitions de base

L'orphelin est « l'enfant qui a perdu son père et sa mère, ou l'un des deux » selon le Petit Larousse. Pourtant cette définition n'est pas universelle. Elle excède par exemple celle longtemps adoptée par l'ONU. De plus, cette définition semble prise en défaut par la réalité vécue par des millions d'enfants, notamment là où le VIH/SIDA crée un contexte nouveau.

Un orphelin selon l'ONU était jusqu'à présent un enfant (de moins de 15 ans) qui a perdu sa mère ou ses deux parents. La raison pour laquelle le décès du père n'était pas inclus est essentiellement statistique : on supposait qu'il était beaucoup trop difficile d'estimer le nombre d'enfants dont les pères étaient décédés, parce qu'il est parfois impossible de savoir si le père manquant est véritablement mort<sup>28</sup>. A Bouaké, en Côte d'Ivoire, les pères de certains enfants pris en charge par des programmes de parrainage sont signalés comme « inconnus » ou « disparus de la circulation ». Si la mère de ces enfants décède, ils sont alors considérés comme « orphelins complets » par ces programmes. Mais que le parent soit décédé ou absent ne change pas en définitive pas grand-chose pour l'enfant au moins en termes psychologiques et éducationnels, voire économiques.

---

<sup>28</sup> Monk N. *Enumerating children orphaned by HIV/AIDS: counting a human cost*. In Alerte Orphelins ; Association François-Xavier Bagnoud. 2002.

Ces définitions générales sont aussi à mettre en rapport avec les définitions officielles (donc retenues le cas échéant pour la mise en œuvre de programmes nationaux) par les pays. En Ethiopie un orphelin n'est désigné comme tel que s'il a perdu les deux parents. En revanche, au Botswana comme en Namibie, on est orphelin dès lors que l'on a perdu soit l'un soit les deux parents, qu'ils soient biologiques ou adoptifs.

Tenant compte de la réalité vécue par les enfants, la définition adoptée par les organismes internationaux évolue depuis peu. Dans la dernière livraison (2004) de la publication conjointe de l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'USAID *Les enfants au bord du gouffre*<sup>29</sup>, où apparaissent les dernières estimations sur le nombre d'orphelins, les orphelins de père ont été inclus et l'âge maximal des enfants orphelins a été repoussé à 17 ans (c'est à dire jusqu'au 18ème anniversaire). Dans de nombreux pays, notamment parmi ceux qui sont les plus touchés par l'épidémie de VIH/SIDA, l'âge officiel maximum des enfants orphelins est d'ailleurs de 18 ans. C'est par exemple le cas en Ouganda<sup>30</sup> ou en Ethiopie<sup>31</sup>. Dans une étude menée à Brazzaville (Congo), portant sur 3.377 enfants ayant perdu au moins un parent pour cause de sida, un tiers de ceux-ci (1.129) avaient de 15 à 17 ans. On voit ici l'impact démographique de l'inclusion de cette tranche d'âge dans la définition de l'orphelinage et des actions qui y sont menées pour y faire face.

Le fait de faire correspondre les limites d'âge de l'orphelinage à celles de l'enfance, ce qui semble au premier abord la chose la plus logique, peut être contredit par la réalité vécue, notamment par les adolescents et les jeunes adultes (selon les acceptions de la définition de l'enfance). En effet, certains notent que la période de dépendance peut être plus longue pour les orphelins<sup>32</sup>. Il n'est pas rare de trouver des adolescents et de jeunes adultes encore scolarisés en primaire<sup>33</sup>. A Bouaké par exemple, en Côte d'Ivoire, dans une famille comportant une veuve et 4 enfants de 10 à 20 ans, les deux enfants de 15 et 17 ans sont encore en primaire. Dans cette ville, où l'association Orphelins Sida International contribue au parrainage d'orphelins pour cause du sida, la corrélation entre l'âge des enfants parrainés et leur niveau scolaire est quasiment impossible. A titre d'exemple, en 2<sup>ème</sup> année d'école primaire (CP2), les enfants ont entre 7 et 12 ans, en dernière année de primaire (CM2) ils ont de 11 à 14 ans<sup>34</sup>. Rares sont cependant les adolescents de 17 ans encore scolarisés parce qu'en général ils quittent l'école pour essayer de trouver un petit « gombo » (boulot). Mais ce phénomène se situe dans un contexte où il est assez courant qu'un enfant, orphelin ou non, soit déscolarisé pendant quelques mois, voir une ou plusieurs années, faute de moyens et qu'il reprenne l'école après cette coupure au niveau où il l'avait laissé. Parfois, les enfants sont scolarisés très tard en âge, faute de moyens des parents. Ce qui explique sans doute l'hétérogénéité rencontrée en classe de CP2 (classe où on apprend les bases : lire et écrire). Mais ce phénomène assez général semble encore plus accentué pour les orphelins.

Nombreux sont aussi ceux qui considèrent que certains jeunes adultes se trouvent dans des situations aussi précaires que celles de personnes plus jeunes du fait de la perte de l'un ou des deux parents.

Pour tenir compte de ces réalités, certains programmes ont d'ailleurs créé des sous-catégories d'orphelins qui excèdent la définition ou l'âge limite de l'enfance généralement retenue. Au Congo,

---

<sup>29</sup> ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Les enfants au bord du gouffre 2004 ; rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action*. Juillet 2004.

<sup>30</sup> Wakhweya A, Kateregga C, Konde-Lule J, Mukyala R, Sabin L, Williams M, Heggenhougen HK. *Situation analysis of orphans in Uganda*. Ministère du Genre, du Travail et du Développement Social, Gouvernement de l'Ouganda, Uganda AIDS commission, 2002.

<sup>31</sup> Organisation de l'Enfance, de la Jeunesse et du Bien-être Familial. Ethiopie. 2002. Cité par Smart R (opus cité).

<sup>32</sup> Du Boisrouvray A in : *Alerte Orphelins*, Association François-Xavier Bagnoud, juillet 2000.

<sup>33</sup> Monk N. *Enumerating children orphaned by HIV/AIDS: counting a human cost*. In *Alerte Orphelins ; Association François-Xavier Bagnoud*. 2002.

<sup>34</sup> Calculs établis sur la base de 19 enfants actuellement parrainés par OSI à Bouaké, Côte d'Ivoire.

un programme de Médecins d’Afrique, qui visait initialement près de 3400 orphelins de moins de 18 ans, comporte une catégorie « orphelin chef de famille » pour laquelle il n’y a pas d’âge limite<sup>35</sup>.

### *Ibrahima, orphelin chef de famille*

Ibrahima a 14 ans, il est né en 1990 à Bouaké (Côte d’Ivoire). Il est l’aîné d’une fratrie de 4 enfants (2 filles et 2 garçons). Ils vivaient en famille avec leur père et leur mère, tous 2 infectés par le VIH. Pendant les événements de guerre de septembre 2002, les conditions de vie de la famille se sont brusquement dégradées : l’approvisionnement en nourriture est devenu difficile, l’eau potable s’est raréfiée pendant un temps, les coupures d’électricité se sont multipliées. La santé du père des enfants s’est dégradée rapidement, et il est mort. Ibrahima a interrompu définitivement sa scolarité pour aider sa mère, elle-même affaiblie par la maladie, et contribuer aux besoins de la famille. Depuis lors, Ibrahima organise la vie de la famille comme il peut, grâce à son petit commerce. Malgré l’aide du Centre SAS, la famille est très fragilisée car privée d’entourage, très isolée socialement. Un oncle et une tante vivent à Korhogo dans le nord du pays, mais la route est coupée et les contacts rendus impossibles.

En 2004, la mère des enfants est décédée à son tour dans un grand dénuement. Ibrahima et ses frères et sœurs ont décidé de rester ensemble dans la maison de 2 pièces laissée par leurs parents. Ibrahima travaille dur pour payer le loyer. Les autres enfants ont cessé d’aller à l’école, et Aminata, 12 ans, la plus grande des filles, s’est mise à vendre au marché les ignames que les enfants cultivent sur le bout de terrain derrière la maison.

Mais éclairer la question de l’âge ne suffit pas à rendre compte d’une réalité en fait plus complexe. La réalité de l’orphelinage varie en effet considérablement selon les régions et les circonstances. La définition de l’orphelinage et, au-delà, de la vulnérabilité des enfants, du fait du décès de leurs parents, est en fait aussi à envisager à la lumière des règles de parenté et des rôles traditionnellement attribués à l’entourage pour socialiser, protéger, nourrir et soigner l’enfant. Il n’est pas exceptionnel par exemple que plusieurs femmes de l’entourage d’un enfant jouent le rôle de mères : sa mère biologique, sa grand-mère à qui il a pu être confié et qui l’élève, la sœur de sa mère qui donne de l’argent à la grand-mère pour les soins médicaux, et une marraine qui vit à l’étranger et qui paie sa scolarité : toutes ces femmes sont les mères de cet enfant. Mais chacune d’entre elles joue un rôle distinct, remplit une fonction relativement spécifique de ce que dans d’autres circonstances et d’autres cultures on entend par « mère ». Il en résulte qu’être orphelin, perdre son parent, n’a pas le même sens selon la manière dont la société pense les liens de parenté et la filiation.

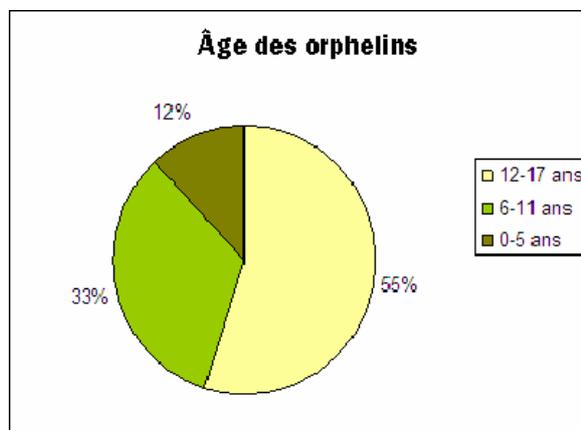
Au Swaziland, par exemple, les enfants des parents décédés n’étaient pas considérés comme orphelins à proprement parler<sup>36</sup>. La culture Swazi, comme il est courant sur le continent africain, prévoit en effet que les enfants ayant perdu l’un ou les deux parents biologiques puissent être pris en charge par la famille étendue. Car l’enfant est le fruit de l’alliance entre deux familles. Le décès des parents ne modifie en principe pas fondamentalement l’exercice de la responsabilité autour de l’enfant. Mais la famille étendue est décimée par l’épidémie de VIH/SIDA, et les enfants n’ont plus

<sup>35</sup> Dekens S, Charruau AL. Rapport final sur le *Projet de lutte contre le VIH/SIDA ; orphelins et autres enfants vulnérables – Analyse de situation et propositions* en République du Congo. Pour le compte de l’Association Internationale de Développement (IDA – Banque Mondiale), Programme SIDA multi-pays (MAP), Ministère de la santé et de la population de la république du Congo. Credes International, Paris, juin 2003.

<sup>36</sup> Wines M, LaFranière S. A hollowed city ; plunge in life expectancy : hut by hut, AIDS steals life in a Southern Africa Town. *New York Times*, 28 novembre 2004.

que le choix entre des grands-parents appauvris et incapables de leur payer les frais de scolarité, et la rue. Maintenant on parle d'orphelins.

**Figure 2 :** En Afrique subsaharienne, en Asie et en Amérique latine et dans les Caraïbes, plus de la moitié des orphelins sont des adolescents.



Source : *Children on the brink, UNICEF, 2008*

Au regard de la complexité de la réalité et de la diversité des environnements sociaux dans lesquels vivent les enfants dont il est question dans ce rapport, nous consacrons donc quelques pages à un regard sociologique et anthropologique de ces environnements et de leurs conséquences en termes de condition de prise en charge pour ces enfants. Ceci doit nous permettre d'approfondir notre compréhension de qui sont les orphelins et les enfants en situation de grande vulnérabilité et de pourquoi ils sont dans telle ou telle situation, quelles sont les réponses apportées culturellement par leur environnement face à la perte de leurs parents ou à l'indigence.

### 3.1.2 – Une réalité complexe à l'aune des relations de parenté et de l'organisation sociale

Un élément essentiel dans la distinction de qui est orphelin et, plus encore, de la situation dans laquelle se trouve l'enfant ayant perdu l'un de ses parents ou les deux est donc le type de société ou le contexte social dans lequel il vit. Plus particulièrement, les règles de parenté et le mode de filiation influencent de façon déterminante les effets de l'orphelinage sur la condition de l'enfant. Selon que la société soit patri ou matrilineaire<sup>37</sup>, la perception de l'enfant orphelin et les modalités de sa prise en charge varient sensiblement. L'Annexe II présente de façon plus systématique les caractéristiques de la matrilinearité et de la patrilinearité et les implications de celles-ci pour la prise en charge des enfants, et plus particulièrement des orphelins. Nous ne retiendrons ici que l'essentiel et son illustration, à savoir que les règles de parenté et de filiation jouent un rôle majeur dans cette prise en charge, mais qu'elles évoluent et s'adaptent en fonction des situations, quoique l'épidémie de VIH/SIDA les mette sérieusement à mal.

Dans de très nombreuses sociétés africaines, par exemple, prévaut aujourd'hui le système de patrilinearité, ce qui n'a pas été toujours le cas (voir Annexe II). Dans ce cas la règle veut que l'enfant « appartienne » au groupe du père. En conséquence, en cas de décès de ce dernier, et si la

<sup>37</sup> Matrilinearité : « Se dit d'un mode de filiation dans lequel seule l'ascendance par les femmes est prise en compte pour la transmission du nom, des statuts, de l'appartenance à une unité sociale (le clan par exemple), et pour le choix du groupe dans lequel on doit se marier » (en opposition à patrilinearité). *Dictionnaire des peuples. Sociétés d'Afrique, d'Amérique, d'Asie et d'Océanie*, Larousse, Paris, 1998. Voir Annexe II pour de plus amples détails.

mère est renvoyée auprès de sa famille d'origine ou se remarie, elle se voit retirer la garde des enfants qui sont confiés alors à un membre de la famille paternelle. Ainsi, des études en Ouganda réalisées à dix ans d'intervalle<sup>38</sup>, dans des populations où prédomine la patrilinéarité, ont montré qu'un quart des enfants dont le père était décédé se trouvaient placés sous la garde de la famille paternelle et de fait retirés de celle de leur mère.

Au Congo, après que l'homme soit mort du sida, la veuve et les enfants sont fréquemment chassés et dépouillés. L'héritage est attribué aux enfants de la tante paternelle. Mais les grand-mères maternelles sont également souvent très impliquées dans la prise en charge des orphelins, parfois l'oncle.

En revanche, en société matrilineaire, les enfants sont affiliés à la famille de leur mère. Le frère aîné de celle-ci est même très impliqué dans la vie des enfants de sa sœur. Il en est, en quelque sorte, le « père social ». Il exerce une autorité à leur égard, intervient dans les conflits les concernant. C'est de lui qu'héritent les enfants. Le père biologique est certes présent dans le quotidien de l'enfant, mais il est lui-même père social des enfants de ses sœurs. En cas décès de celui-ci, l'oncle maternel contribue aux dépenses liées à l'éducation et peuvent se charger de l'éventuel placement des enfants dans d'autres familles. à Brazzaville, les parents Kongos, malades du sida et rendus incapables de s'occuper de leurs enfants, sollicitent le placement d'un ou de plusieurs de leurs enfants chez leur oncle maternel<sup>39</sup>. Si l'oncle est également décédé, ce qui est fréquent dans les zones particulièrement affectées par le VIH/SIDA, on comprend que la situation d'un enfant orphelin de père est d'autant plus difficile.

Parallèlement, dans le système matrilineaire, lorsque qu'un père meurt, la famille de celui-ci peut estimer qu'elle n'a plus rien à voir avec la veuve et ses enfants, et les chasser. Chez les Kongos par exemple, la femme doit donner tous ses biens à sa belle-famille, pour en sortir libérée et pouvoir se remarier<sup>40</sup>. Théoriquement, la veuve doit retourner dans sa famille et garder avec elle ses enfants. Après le décès du père, et davantage encore dans le cas du sida, les biens sont confisqués par la belle-famille, les enfants et elles sont chassés de la parcelle, accusés d'avoir « mangé » l'époux/père en sorcellerie. C'est autour de ces logiques de sorcellerie et d'intérêt matériel, que peut s'articuler la stigmatisation des orphelins, particulièrement forte dans le cas du sida, dans cette société matrilineaire.

Dans un contexte où les morts se multiplient et où la misère infiltre toutes les familles – sur fond de guerre civile qui plus est – subvenir aux besoins d'une veuve, fut-elle sa sœur, et de ses enfants, s'avère souvent insurmontable. A Brazzaville comme ailleurs, en l'absence d'autre solution, les grands-mères sont aux premières lignes de la solidarité, elles recueillent souvent leurs filles veuves ou divorcées. Ce sont encore elles qui, de plus en plus, se trouvent en première ligne pour recueillir leurs petits-enfants devenus orphelins pour cause de sida, comme l'indiquent les rapports de l'UNICEF et de l'ONUSIDA (voir figure 3 et encadré n°3) et comme le rapportent de multiples acteurs sur le terrain. Au Centre Solidarité Action Sociale (SAS) de Bouaké (Côte d'Ivoire), par exemple, 30% des orphelins parrainés par Orphelins Sida International résident chez leur grand-mère, 20% chez leur tante.

---

<sup>38</sup> Hunter S. *Orphans as a window on the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa : initial results and implications of a study in Uganda*. Social Science and Medecine, 1990, vol.31 (6), pp. 681-690. Et : Monk N. *Orphans of the HIV/AIDS pandemic : a study of orphaned children and their households in Luweero district, Uganda*. Rapport de recherche pour l'Association François-Xavier Bagnoud, 2000.

<sup>39</sup> Dekens S., Charruau A.-L., *Etude qualitative sur l'impact du VIH/SIDA dans la vie des personnes infectées et affectées au Congo Brazzaville*, CREDES, février 2004, p36.

<sup>40</sup> Lire Nathan T, Lewertowski C. « Thérèse, manger n'est pas tuer », *Soigner. Le virus et le fétiche*, Odile Jacob, Paris, 1998. Cas clinique relatant entre autre, la spoliation des biens de Thérèse, séropositive de culture kongo, par sa belle-famille après que son mari soit mort du sida.

### Les grand-mères en première ligne

**En Afrique du Sud :** Au Kwazulu Natal, à 64 ans, Ennie s'occupait de 15 petits-enfants dont le plus âgé avait 12 ans, après le décès de ses filles pour cause de sida.

*Le Progrès des Nations 1999, UNICEF.*

**En Argentine :** Marcela, Luciana et Fernando vivent chez leur grand-mère à Salta, dans le nord du pays, avec quatre de leurs cousins après le décès de leur mère du sida et d'un oncle assassiné.

*Fondation Algarrobo, Orphelins-Sida International, juin 2003.*

**En Côte d'Ivoire :** Awa est une grand-mère de 55 ans, veuve et sans aucune ressource. Deux de ses enfants sont morts du sida ces dernières années et c'est elle qui accueille les orphelins. Elle a à sa charge 8 petits-enfants et arrière-petits-enfants, âgés de 9 mois à 15 ans. Ils vivent tous ensemble dans un quartier pauvre de Bouaké (Côte d'Ivoire). Avec l'aide du Centre SAS, et grâce à son dynamisme, elle est parvenue jusque-là à scolariser les 5 plus grands.

*Centre SAS de Bouaké, Orphelins-Sida International, février 2005.*

**En Inde :** Dans un village du district de Jaipur, dans l'état du Rajasthan (Inde), un orphelin de père a été confié par sa mère à ses grands-parents alors qu'elle s'est remariée. Les grands-parents sont indigents et l'enfant est mal nourri.

*Cité par Neil Monk : Household orphan study : Jaipur district. In Alerte Orphelins n°2 (Les enfants de l'épidémie de VIH/SIDA : le défi pour l'Inde), AFXB, 2002.*

**En Ouganda :** Une femme de 60 ans, Honodita, s'occupait à la fin des années 1990 de 42 petits-enfants, âgés de quelques mois à 13 ans, à la suite du décès de 7 de ses enfants.

*Le Progrès des Nations 1999, UNICEF.*

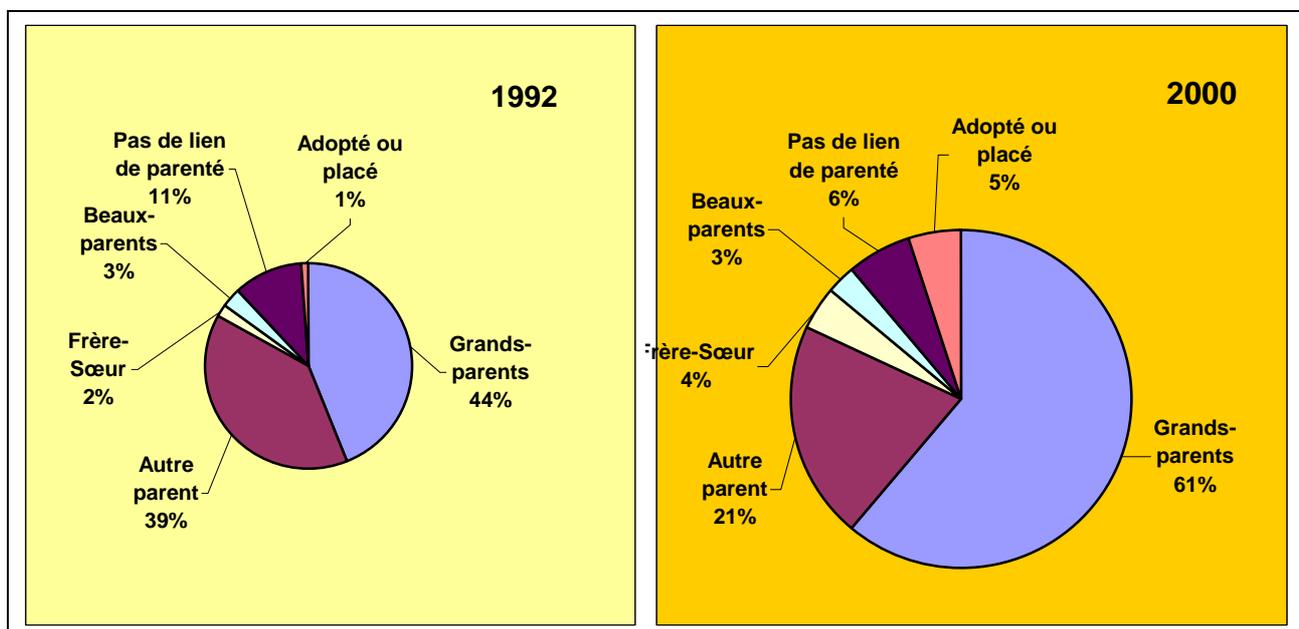
Dans le village de Lusenke, Mutesa (88 ans) et sa femme (37 ans) s'occupent de 9 enfants dont deux orphelins. Mutesa a vu 6 de ses enfants (adultes) mourir du sida. De ce fait il a 53 petits-enfants orphelins d'au moins l'un de leur parent. Ils sont pris en charge par le reste de la famille. Mais comme certains de ces autres parents sont eux-mêmes malades du sida, Mutesa s'attend à recueillir davantage d'enfants dans sa maison déjà bondée.

*Cité par Neil Monk : Enumerating children orphaned by HIV/AIDS: counting a human cost, in Alerte Orphelins. Association François-Xavier Bagnoud, 2002.*

**En Zambie :** Elizabeth (79 ans) qui s'occupait de trois arrière-petits-enfants depuis que sa petite-fille a succombé au sida, déclarait : « les autres personnes de mon âge disent la même chose : j'ai perdu mes trois enfants, le premier avait trois enfants, le deuxième en avait six... ».

**Figure 3 : rôle grandissant des grands-parents : exemple de la Namibie**

Note : les données ci-dessus indiquent, pour les doubles orphelins et orphelins d'un seul parent ne vivant pas avec le parent survivant, le lien familial de ces enfants avec le « chef de famille » de leur foyer d'accueil.



(tiré de : Rapport ONUSIDA 2004, p.65).

En Zambie, d'après une enquête nationale, en 1996, 38% des orphelins étaient pris en charge par leurs grands-parents<sup>41</sup>. Des données sur la Tanzanie, datant de 1997, indiquaient que jusqu'à 80% des orphelins dans ce pays étaient pris en charge par leurs grand-mères<sup>42</sup>.

Si la distinction entre sociétés matrilineaires et patrilineaires est nécessaire pour comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les pratiques de circulation des enfants et leur prise en charge, il faut néanmoins relativiser l'importance ou la systématisation des mécanismes de dépouillement et de perte de responsabilité associés à tel ou tel type de pratiques sociales. Par exemple, dans de nombreuses sociétés dites patrilineaires les femmes des défunts ne sont pas forcément écartées. Ainsi, aux côtés du patrilineage, on trouve parfois aussi les pratiques de lévirat qui consistent à garder la veuve au sein du groupe en lui faisant épouser un frère du défunt et cela pour l'aider à subvenir aux besoins des enfants (voir Annexe II). Cette pratique est cependant dénoncée en cas de décès du père dû supposément au sida pour les risques de propagation de l'infection au frère, la veuve étant alors rejetée.

Au Bénin l'âge des enfants joue également un rôle dans l'attribution de la garde de l'orphelin. Même dans les sociétés patrilineaires béninoises la mère conserve tout de même un rôle auprès de l'enfant pour le rendre fort, humain, sociable, et cela notamment par l'allaitement. Si le père vient à disparaître mais que les enfants sont en bas âge ils resteront à la charge de la mère jusqu'au sevrage.

En Côte d'Ivoire il ne semble pas y avoir de différence dans le traitement du sort de l'enfant orphelin de père entre les ethnies patrilineaires (Djula) et les ethnies matrilineaires (Baoulé) : c'est le plus souvent (dans l'ordre) la mère (quand elle est vivante), la grand-mère maternelle et parfois la co-épouse du père (jusqu'à ce que la dernière meure) qui s'occupent des enfants.

<sup>41</sup> Deininger K, Garcia M, Subbarao K; *AIDS-induced orphans as systemic shock: magnitude, impact and program intervention in Africa*. World Development, 2003, 31(7), 1201-1220.

<sup>42</sup> Caldwell J; *The impact of the African AIDS epidemic* ; Health Transition Review, 1997, 7 (supplément 2): 169-188.

De même, la nature des liens scellés entre les familles joue un rôle non négligeable dans la prise en charge des enfants en cas de décès des parents. Au Bénin, d'après des constatations récentes, un facteur important dans la décision de prise en charge est le type des relations entre familles. Ainsi selon que l'union ait été célébrée ou non par le don de la dote ou « du prix de la fiancée », les enfants seront plus ou moins acceptés par l'un ou l'autre groupe et cela selon les relations que la mère entretenait avec ses parents. Au Bénin apparaît aussi l'importance des conflits exprimés en termes de sorcellerie. L'enfant étant entre les deux groupes il apparaît, pour les uns et les autres, difficile de garder ce représentant du groupe qui a « tué » (en sorcellerie) ou accusé. Certains assistants sociaux cherchent à temporiser ces conflits pour qu'un groupe accepte finalement l'enfant.

Les pratiques évoquées jusqu'ici semblent soumises à présent à des modifications probablement en relation avec le poids démographique de l'orphelinage dû à l'épidémie de VIH/SIDA. Au Zimbabwe, concernant la prise en charge par le groupe du père<sup>43</sup>, il semblerait que les mères et leurs familles soient davantage sollicitées, indiquant des changements dans les structures familiales.

Il faut aussi évoquer le fait que de nombreux conjoints ou parents d'adultes décédés des suites du sida se suicident, soit parce qu'ils pensent être eux-mêmes infectés, soit parce qu'ils ne peuvent envisager de faire face au rejet de la famille dont ils risquent de pâtir. C'est une tendance rapportée au Swaziland, par exemple, par des organisations de personnes séropositives<sup>44</sup>.

Les liens traditionnels sont bien souvent très éprouvés dans les sociétés des pays pauvres confrontés à un haut niveau d'épidémie de sida. Les nombreux morts du sida mais aussi les migrations de populations (vers l'étranger et vers les grandes agglomérations urbaines), compromettent souvent le maintien de certaines traditions de solidarité (hébergement, garde d'enfants, aide matérielle en nourriture, visites aux malades, collectes d'argent...). Avec le sida, femme et enfants sont souvent rejetés, quel que soit le système de filiation. La guerre accentue le désastre, avec son lot de violences et de déplacements parfois massifs de population, en provoquant la mort de victimes directes et indirectes, parmi lesquelles de nombreux vieillards ne survivant pas à des conditions de vie devenues insupportables. La mort des anciens, la fragilisation des structures familiales traditionnelles, la perte des dispositifs de régulation des relations sociales et des dispositifs thérapeutiques préexistants, vulnérabilisent le statut et la situation générale des enfants survivants. Ils se trouvent souvent livrés à eux-mêmes ou au sein de foyers dirigés par le plus âgé d'entre eux, proies faciles pour les prédateurs sociaux, telles les milices armées ou les adultes abusifs de leur entourage, et se trouvent plus exposés à la maltraitance et aux abus (sexuels et économiques). Enfin, dans de très nombreux cas, les enfants ayant perdu leurs parents ou qui ne peuvent plus être pris en charge par eux sont répartis à travers la famille étendue ou ailleurs, sans demeurer ensemble. La rupture des fratries a été observée avec une très haute fréquence dans des pays comme la Zambie et le Congo. En Zambie, dans une étude portant sur 4 départements<sup>45</sup>, on a constaté que 56% des enfants orphelins pris en charge l'étaient de façon dispersée. Qui plus est, la fréquence des retrouvailles entre frères et sœurs d'une même fratrie, une fois dispersée, est extrêmement faible (voir Figure 4). Au Congo, dans une étude portant sur 3.377 enfants dont un ou les deux parents étaient décédés du sida, 63% ne se trouvaient plus avec tous leurs frères et sœurs<sup>46</sup>.

---

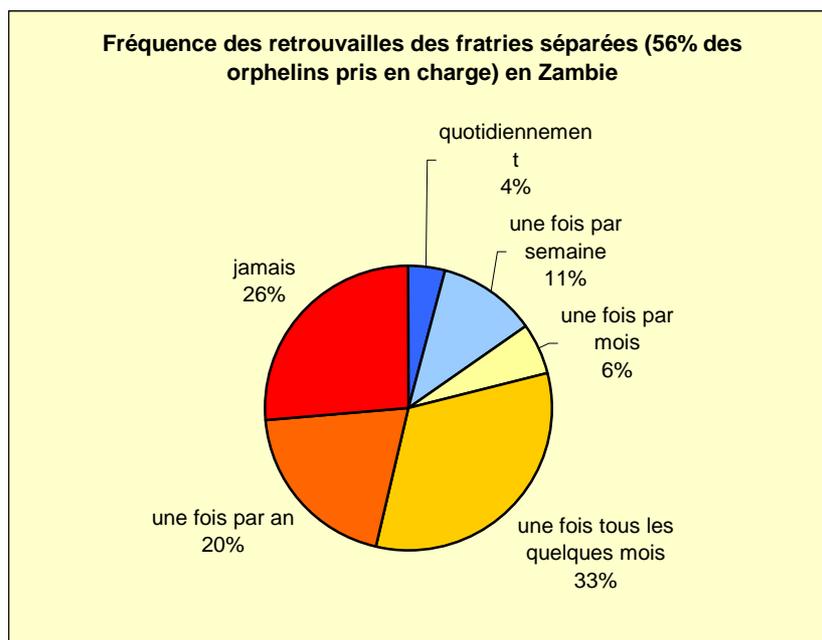
<sup>43</sup> « Suis-je le gardien de mon frère ? les orphelins, le SIDA et le choix d'un tuteur parmi la famille élargie », in *Sociétés d'Afrique et SIDA*, n°10, octobre 1995, pp. 14-15.

<sup>44</sup> Donnelly J. *Africa and its children – 3 stories*. Boston Globe, 23 novembre 2004.

<sup>45</sup> *Results of the Orphans and Vulnerable Children Head of Household Baseline Survey in Four Districts in Zambia*, USAID, SCOPE-OVC, Zambie, et Family Health International, 2002.

<sup>46</sup> Mboussou F, Makaya J : *Evaluation du retentissement psychosocial du sida chez les orphelins à Brazzaville* ; papier présenté au 11<sup>ème</sup> colloque de l'Association International des Démographes de Langue Française, Dakar, 10-13 décembre 2002.

**Figure 4 : Fréquence des retrouvailles des fratries séparées (56% des orphelins pris en charge) en Zambie.**



Tiré de : *Results of the Orphans and Vulnerable Children Head of Household Baseline Survey in Four Districts in Zambia*, USAID, SCOPE-OVC, Zambie, et Family Health International, 2002. cité par UNICEF, novembre 2003.

### 3.1.3 – Les « quasi-orphelins » ou « orphelins de fait »

Les limites de la définition de l'orphelinage, même étendues, ne rendent cependant toujours pas compte de l'amplitude et de la diversité du problème de la grande vulnérabilité et même de l'orphelinage de fait. Nous avons déjà signalé la réalité du double orphelinage lorsque, dans certaines sociétés patrilinéaires, le décès du père écarte la mère de la garde des enfants. On pourrait ajouter la migration qui force, pour des raisons économiques, les pères à migrer pour gagner leur vie – et celle de la famille – comme par exemple les Burkinabés en Côte d'Ivoire (du moins jusqu'au début de la guerre civile dans ce pays) ou les hommes des provinces du sud du Mozambique qui vont travailler dans les mines sud-africaines. Certes, dans ces cas, les pères sont en principe toujours vivants, et leur soutien économique reste vital pour la famille, mais leur absence prolongée laisse aux seules mères et au reste de la famille le soin de l'éducation et du soutien psychologique. Par ailleurs, beaucoup de ces pères émigrés reviennent au pays séropositifs, ayant souvent contracté l'infection auprès de prostituées sur leur lieu de travail, répandant de la sorte le VIH dans leur lieu d'origine, comme à Gaoua au Burkina Faso<sup>47</sup>.

On se trouve aussi face à des situations où de nombreux enfants sont « orphelins de fait ». Le tableau n°1, par exemple, présente les résultats d'une enquête menée dans plusieurs départements (districts) d'Ouganda<sup>48</sup>. Elle indique notamment que plus de la moitié des orphelins de mère ne vivaient pas avec leur père et que 38% des orphelins de père ne vivaient pas avec leur mère. Dans une autre étude menée en Ouganda, dans le district de Muweero en 2000, il a été constaté que 50% des orphelins de père n'étaient pas avec leur mère, mais qu'également 50% des orphelins de père

<sup>47</sup> Gaoua – *une approche populaire du VIH/SIDA : ce que la population de Gaoua dit et fait*. Février 2000.

<sup>48</sup> Wakhweya A et al. *Situation analysis of orphans in Uganda*. 2002. Opus cité, p.25.

n'étaient pas non plus avec leur mère<sup>49</sup>. Psychologiquement, les enfants déjà très fragilisés par la perte de l'un des deux parents – qu'ils ont vu dépérir sous leurs yeux la plupart du temps et qui sont souvent l'objet de discriminations associées au VIH/SIDA – souffrent doublement alors même que leur autre parent est toujours en vie.



### Tableau n°1 : Répartition d'orphelins ougandais selon le mode et le lieu de prise en charge

Note : Chiffres tirés d'une enquête menée auprès de 326 foyers répartis dans 8 districts d'Ouganda, comprenant au total 1553 enfants. Ces foyers ont été retenus parce qu'ils comprenaient des orphelins ou enfants éloignés de leurs parents pour cause de VIH/SIDA. Les enfants vivant dans ces foyers ont été répartis selon le statut de leur parent (connu / inconnu, vivant / décédé) et le mode de prise en charge (vivant avec parent / vivant ailleurs).

Orphelins de mère vivant avec père	5,5% (86)
Orphelins de mère ne vivant pas avec père	6,5% (101)
Orphelins de père vivant avec mère	27,6% (429)
Orphelins de père ne vivant pas avec mère	16,8% (261)
Orphelins de père et mère	18,7% (290)
Deux parents vivants	24,5% (381)
Etat des parents inconnu	0,3% (5)
Total	100% (1553)

Source : adapté de Wakhweya A et al. *Situation analysis of orphans in Uganda*. 2002.

<sup>49</sup> Monk N. *L'ampleur sous-estimée d'une épidémie ancienne : les dynamismes de l'orphelinat et de l'adoption en Ouganda rural*. In *Alerte Orphelins*, p.9-16. Association François-Xavier Bagnoud, juillet 2000.

Dans de nombreux cas également, alors qu'un seul des parents est décédé, le second est malade, en plus que d'être très affaibli économiquement. Les exemples abondent d'enfants prenant soin d'une mère ou d'un père encore en vie mais si affaibli qu'il ne peut plus subvenir aux besoins de la famille. Ces enfants se trouvent de fait dans des situations psychologiques et économiques très similaires à celles d'orphelins.

### *Thandeka, 13 ans, enfant du Swaziland*

Thandeka, 13 ans, enfant du Swaziland, s'est vue progressivement attribuer le rôle de mère pour ses deux frères plus jeunes (elle a aussi un frère âgé) tandis que sa mère agonisait sous l'emprise du sida. Devant prendre seule soin de sa mère, alors que les pères des enfants vivaient avec d'autres femmes, elle a manqué de nombreuses semaines d'école. Personne dans la famille étendue n'a voulu s'occuper des enfants. Lorsque ceux-ci ont été placés chez l'arrière-grand-mère âgée de 94 ans, celle-ci a toujours reproché à Thandeka le fait de devoir les accueillir, tout en culpabilisant ses parents décédés. Thandeka doit non seulement s'occuper de ses frères mais aussi de la maison et des activités agricoles pour le foyer. Depuis le décès de sa mère, elle n'en peut plus, pleure tous les jours sous les diatribes de son arrière-grand-mère. Finalement, et avec l'assentiment des deux anciennes de la famille, dont la grande-tante – mais à condition de ne plus revenir – elle part vivre chez une amie dont les parents, désireux d'offrir un avenir décent aux enfants dans sa situation, lui ont offert de venir vivre chez eux. Mais ses deux jeunes frères ne sont pas autorisés à la suivre. Ils sont atterrés. Thandeka part, la joie et la peine mêlées dans son cœur. Trois jours plus tard sa grand-tante meurt dans un accident de tracteur. Ses deux jeunes frères se retrouvent sans aide. On lui conseille de revenir. Le dirigeant de l'Association des Personnes Séropositives du Swaziland comptait venir parler aux protagonistes pour les aider à trouver une solution<sup>50</sup>.

Dans d'autres cas, des enfants sont éloignés de leur parent survivant non pas parce que celui-ci est malade mais parce que les règles sociales en usage le supposent. A Abomey, au Bénin, parmi les enfants d'un orphelinat, certains n'ont pas perdu leurs deux géniteurs, mais ont tout de même été envoyés là parce que leurs mères sont considérées par leur communauté comme souffrant de troubles mentaux. On les estime incapables de s'occuper de leur enfant et notamment d'allaiter car on pense que leurs maux pourraient être transmis par le sein. Tout comme les nourrissons orphelins de mère, les « enfants de folle » comme les appellent les Aboméens, manqueront alors, aux yeux de leur entourage, du composant considéré comme nécessaire pour être humanisé, pour devenir sociable : le lait maternel. Dans ce contexte, l'impact du VIH/SIDA est rendu visible par le refus de demander à une nourrice d'allaiter l'enfant par crainte qu'elle soit porteuse du virus<sup>51</sup>, le choix se porte alors sur les religieuses qui tiennent l'orphelinat, réputées pour avoir le lait artificiel.

On retrouve le fait que les enfants placés en orphelinat n'ont pas nécessairement perdu leurs parents un peu partout. C'est par exemple le cas en Inde, où une étude menée dans la capitale de l'état de Mizoram (le long de la frontière avec le Myanmar) montre que le décès des parents ne concerne qu'un quart des enfants dans les orphelinats de la ville (tableau n°2)<sup>52</sup>. 47% d'entre eux avaient été placés en institution pour cause de divorce, 15% parce qu'ils étaient nés hors mariage.

<sup>50</sup> Boston Globe, 23.11.2004.

<sup>51</sup> Desclaux A, Taverne B. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala, 2000.

<sup>52</sup> Chakraborty J, Christie M, Zomingthanga J. *Une crise imminente : les orphelins en Inde avant l'impact du VIH/SIDA*. In *Alerte Orphelins*, pp.22-28. Association François-Xavier Bagnoud, juillet 2000.

## Tableau n°2 : Raisons de l'admission en orphelinat, Aizawl, Etat de Mizoram (Inde)

Note : Les données sur lesquelles ces statistiques sont basées concernent 130 enfants choisis au hasard dans deux orphelinats d'une capacité totale de 430 enfants, sur un total estimé de 500 orphelins dans la ville de Aizawl répartis dans cinq institutions.

Perte des parents	25,4%
Divorce des parents	46,9%
Naissance hors mariage	14,6%
Pauvreté extrême	6,9%
Cause inconnue	6,2%
Total	100%

Par ailleurs, toujours à Aizawl, l'insanité mentale de la mère était invoquée comme cause du placement en orphelinat dans 8% des cas.

En Afrique Centrale, de nombreux enfants des rues trouvent refuge auprès de pasteurs/prophètes des églises charismatiques et autres. En République Démocratique du Congo, et spécialement à Kinshasa, les différents ordres religieux<sup>53</sup> et églises accueillent à plein temps des enfants, qui ne sont pas tous des orphelins. L'urbanisation démesurée, l'enfoncement dans la misère économique, le développement des sectes religieuses, la dévastation par le sida et la guerre, sont autant de facteurs aggravant la situation des enfants de Kinshasa. Orphelins ou pas, le point commun des centaines d'enfants recueillis dans chacune de ces maisons d'accueil d'un nouveau genre, est le fait d'être accusés de sorcellerie. Les orphelins pour cause de sida y sont très représentés. Parmi les enfants dont les parents sont vivants on trouve des ex-enfants des rues, enfants en errance, des enfants prostitués<sup>54</sup>.

Le placement des enfants, n'est pas forcément, en soi, un élément de vulnérabilité car il peut constituer une façon de sortir l'enfant d'une situation désespérée et aussi parce que la circulation et les échanges d'enfants sont ancrés dans les pratiques de très nombreuses cultures. Vivre éloigné de son parent n'est un facteur de fragilisation que si d'autres éléments de contexte viennent s'ajouter à cette situation, comme par exemple les mauvais traitements où la pauvreté préexistante dans la famille ou la structure d'accueil. La motivation des parents à confier leur enfant est le plus souvent une mesure de protection pour celui-ci.

En Ouganda on estime qu'un ménage sur quatre accueille des orphelins et que ces familles comportent en moyenne deux membres de plus que les autres (7 contre 5)<sup>55</sup>. A Lavumisa, une petite ville du Swaziland, 10% de l'ensemble de la population sont des orphelins<sup>56</sup>. En outre, les enfants deviennent orphelins « de facto » bien avant que leurs parents, porteurs du virus, ne soient décédés, ce qui aggrave encore l'ampleur du phénomène. Une étude en Ouganda<sup>57</sup> dans une région où l'épidémie est à un stade avancé, montre que de nombreux enfants sont confiés à d'autres membres

<sup>53</sup> Salésiens, Spiritins, etc.

<sup>54</sup> voir notamment : D'Haeyer A. *Enfants sorciers, entre magie et misère* ; Editions Labor, Bruxelles, 2004 (sur Maman Putu, le Pasteur Staline, et le Père Eric, qui accueillent les enfants sorciers de Kinshasa).

<sup>55</sup> Wakhweya A, Kateregga C, Konde-Lule J, Mukyala R, Sabin L, Williams M, Heggenhougen HK. *Situation analysis of orphans in Uganda*. Ministère du Genre, du Travail et du Développement Social, Gouvernement de l'Ouganda, Uganda AIDS commission, 2002.

<sup>56</sup> New York Times, 28.11.04.

<sup>57</sup> Monk N. *Orphans of the HIV/AIDS pandemic : a study of orphaned children and their households in Luweero district, Uganda*. Rapport de recherche pour l'Association François-Xavier Bagnoud, 2000.

de la famille étendue alors que leurs parents sont toujours en vie mais séropositifs. C'est une situation très difficile sur le plan psychologique pour toute la famille. L'auteur de l'étude note d'ailleurs que « pour beaucoup d' 'orphelins du sida' le véritable point de départ de l'orphelinage peut se situer avant le décès des parents. » De plus, la prise en charge des enfants livrés à eux-mêmes par d'autres membres de la famille suppose également une baisse du niveau de vie pour les enfants de ces parents et donc une vulnérabilité accrue. Le cas de cette famille du village de Butuntumala, au Swaziland, cité ci-dessous, illustre le mécanisme qui finit par créer des orphelins de fait, ou en tout cas des enfants placés dans des situations de grande vulnérabilité, dont l'environnement peu à peu se dérobe sous eux. Ces situations laissent donc penser que les enfants des familles d'accueil, surtout là où l'épidémie de VIH/SIDA est très répandue, se trouvent eux aussi dans des situations critiques, et sont, de fait, des enfants grandement affectés par l'épidémie.

### *Dans le village de Butuntumala*

Dans le village de Butuntumala, au Swaziland, un jeune couple avec deux enfants en bas âge (1 et 3 ans) vit dans une pièce louée. Il accueille également une nièce et un neveu du mari, de 7 et 9 ans respectivement, dont le père est mort du sida et dont la mère est malade. A six dans une pièce, il leur faudrait trouver un logement plus vaste. Mais avec le coût de la scolarisation des deux orphelins un tel effort financier est devenu impossible<sup>58</sup>.

### 3.1.4 – Les orphelins « de force »

Il y a aussi les orphelins « de force » pourrait-on dire, ceux qui n'ont pas nécessairement perdu leurs parents, mais qui se trouvent dans des situations où le délabrement des structures sociales et familiales est tel que de nombreux enfants sont livrés à eux-mêmes. Dans les régions où la guerre civile fait rage, ils sont alors une proie facile pour les chefs de bandes armées ou de milices qui les enrôlent de force ou non dans leurs rangs. Ils peuvent même être enlevés de leur sein familial ou du foyer (autre famille ou institution) dans lequel ils vivent par ces mêmes bandes armées qui trouvent là un moyen de gonfler leurs rangs. On estime qu'ils sont 120.000 enfants soldats en Afrique subsaharienne<sup>59</sup>. On ne sait pas combien d'entre eux sont orphelins, mais les témoignages disponibles semblent placer les orphelins en première ligne des enfants appartenant à ces bandes armées<sup>60</sup>. Dans de nombreux pays, ces milices recrutent des enfants-soldats en grand nombre : Ouganda, Mozambique, Sierra Léone, Angola, Soudan, Rwanda, RDC, Congo, Libéria... Dès l'âge de 6 ans, ils sont parfois en majorité au sein de l'armée ou de la milice (60% au Mozambique au temps de la guerre civile). Dans certains cas les enfants sont enrôlés de force par razzia dans les villages (Ouganda, Mozambique) ou les écoles (Ouganda, Soudan). Ils sont contraints par le recours aux mauvais traitements, aux sévices, aux drogues ou à la faim. D'autres enfants ayant été victimes d'exactions et de destructions, ou les orphelins livrés à eux-mêmes, sont les plus faciles à recruter et sont parfois volontaires pour s'engager dans une milice. Transformés en véritables machines à tuer, ils meurent eux-mêmes en masse au combat ou à cause de conditions de vie épouvantables. En

<sup>58</sup> Exemple tiré de : Monk N. *L'ampleur sous-estimée d'une épidémie ancienne : les dynamismes de l'orphelinat et de l'adoption en Ouganda rural*. In *Alerte Orphelins*, p.9-16. Association François-Xavier Bagnoud. 2000.

<sup>59</sup> *Démobilisons les enfants-soldats*, Rapport du comité français de l'UNICEF, juin 2004.

<sup>60</sup> Honwana A. *Innocents et coupables. Les enfants-soldats comme acteurs tactiques* ; in *Enfants, jeunes et politique. Politique Africaine* n°80, 2000, pp 58-78 ; Cheuzeville H. *Kadogo : enfants des guerres d'Afrique Centrale. Soudan, Ouganda, Rwanda, RDC*, L'Harmattan, 2003 ; Kourouma A. *Allah n'est pas obligé*. Paris, Le Seuil, 2000 (roman) ; Mankell H. *Comedia Infantil (1995)*, Seuil, Paris, 2003 (roman).

Angola, on estime que 500.000 parmi le million d'orphelins et d'enfants séparés de leurs familles et enrôlés dans la guerre y sont morts<sup>61</sup>.

### *Marula commença l'entraînement militaire*

« À l'âge de 10 ans, Marula a été enlevé par les rebelles de la Renamo lors d'une attaque contre son village, situé dans la province de Gaza au sud du Mozambique. Marula, son père, sa jeune sœur et les autres villageois également enlevés pendant l'attaque, ont rejoint le camp de la Renamo après trois jours de marche en transportant sur leur dos le matériel militaire et le butin du village. Au camp, la famille fut séparée. Marula rejoignit le groupe des jeunes garçons, tandis que le père fut envoyé dans le quartier des hommes et la petite sœur dans le secteur des femmes. Plusieurs semaines plus tard, Marula commença l'entraînement militaire. Il n'avait pas le droit de voir son père ni sa sœur, mais la famille a pu se retrouver en cachette à plusieurs reprises. Lors de l'une de ces rencontres secrètes, ils décidèrent de mettre en place un plan d'évasion. La tentative échoua et ils furent capturés. Les rebelles ordonnèrent à Marula de tuer son propre père, ordre que le jeune garçon exécuta. Ce fut son premier meurtre ».<sup>62</sup>

Certains parviennent à s'échapper et à rentrer dans leur foyer ou errent sans but. Parfois la guerre civile s'éteint (comme au Mozambique après les accords de paix de 1992) et de très nombreux enfants demeurent profondément marqués.

Tous ces cas de figure, dont la définition est peut-être assez aisée à établir mais ont la réalité reste difficile à cerner, amènent à étendre le concept d'orphelin à celui d'orphelin et/ou enfant en situation de grande vulnérabilité. Ceci rend plus compliqué le décompte des enfants affectés, mais cette catégorisation a le mérite de refléter la profondeur de l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA dans le tissu social. Et elle reflète la réalité de l'enfance victime directe ou indirecte du VIH/SIDA et d'autres causes.

## **3.2 - L'impact spécifique du VIH/SIDA**

L'épidémie de VIH/SIDA, du fait de la profondeur de son impact (voir 1.4) provoque donc non seulement une gigantesque vague d'orphelinage, mais étend ses funestes conséquences aussi sur les enfants qui ne sont pas orphelins et sur les familles de ces enfants. L'épidémie modifie en outre les caractéristiques de l'orphelinage. Tout d'abord, elle en augmente l'ampleur (comme décrit dans la partie 1.3). Ensuite elle provoque l'augmentation de la proportion d'orphelins doubles parmi l'ensemble des orphelins du fait que les parents sont souvent tous deux infectés par le VIH au travers des rapports sexuels (voir également partie 1.3). Elle change également les caractéristiques de genre. Le rapport *Les enfants au bord du gouffre 2004* note d'ailleurs : « Le sida modifie les caractéristiques des orphelins en Afrique subsaharienne, région où les orphelins de mère sont maintenant plus nombreux que les orphelins de père dans cinq des pays les plus durement touchés. En l'absence du VIH/SIDA, les enfants risquaient davantage de perdre leur père. Mais dans les pays d'Afrique subsaharienne, aujourd'hui, le taux de VIH/SIDA est plus élevé chez les femmes que

<sup>61</sup> Honwana A. Opus cité, pp 58-78.

<sup>62</sup> Honwana A. Innocents et coupables. Les enfants-soldats comme acteurs tactiques ; in *Enfants, jeunes et politique*. Politique Africaine n°80, 2000, p 58.

chez les hommes<sup>63</sup>, et les enfants sont plus nombreux à avoir perdu leur mère à cause du sida que leur père. Dans les pays d'Afrique australe les plus durement touchés, 60 % des orphelins ont perdu leur mère, contre 40 % en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes »<sup>64</sup>. Enfin l'épidémie de VIH/SIDA affecte les tissus sociaux, bouscule les structures traditionnelles et la capacité des familles à prendre en charge les orphelins.

La stigmatisation qui affecte fréquemment les personnes infectées par le VIH, et que l'on retrouve dans le monde entier, affecte également les enfants de parents séropositifs ou décédés des suites de l'infection par le VIH/SIDA. Ceci aggrave d'autant la situation des orphelins ou des enfants vivant avec des parents malades. Elle les rend encore plus vulnérables.

Cette stigmatisation s'inscrit dans les contextes culturels pré-existants. Il est nécessaire de les identifier car on ne peut aborder cette question sans savoir de quelle façon cette stigmatisation s'exprime ni quelles sont ses sources.

Au Bénin, par exemple, la stigmatisation s'inscrit dans une vision traditionnelle qui envisage dans certaines situations l'intervention de l'esprit sorcier. Dans ce pays, les Peuls, par exemple, considèrent que l'enfant dont la mère est morte du sida – mais aussi dont les premières dents sont sorties sur la mâchoire supérieure – est « sorcier » et qu'il doit donc être « éliminé » (ce qui peut signifier « éloigné »)<sup>65</sup>.

Au Zimbabwe, dans une zone rurale, l'explication fournie par la population pour l'infection par le VIH était qu'il s'agissait d'une forme de revanche activée par un acte sorcier<sup>66</sup>. Ces interprétations d'un phénomène inconnu et dévastateur rappellent les réactions en Europe au 14ème siècle lors de la Grande Peste qui tua près de la moitié de la population. L'ignorance du phénomène infectieux conduisait alors aux préjugés, à la stigmatisation et à la mystification<sup>67</sup>.

Une autre conséquence de l'épidémie de VIH/SIDA sur l'orphelinage est le fait que les mécanismes traditionnels de prise en charge par la famille étendue sont bousculés. Là où les pratiques traditionnelles des sociétés patrilinéaires, par exemple, supposent que l'enfant ayant perdu son père soit pris en charge par un oncle paternel, le fait que des fratries entières d'adultes en charge de famille sont décimées par le sida compromet le recours à cette pratique. Ceci amène souvent à placer les enfants chez les grands-parents. Mais les capacités des personnes âgées à faire face tant économiquement que physiquement sont réduites, surtout dans les pays pauvres où les systèmes de sécurité sociale se résument tout simplement à la solidarité familiale. Avec le décès de leurs enfants elles perdent le peu de soutien économique et psychologique dont elles disposaient. Le poids de la prise en charge des petits enfants, voire des petits-neveux et petites-nièces devient quasiment insurmontable. L'encadré n°3 donne un aperçu des difficultés rencontrées par ces grands-parents, lesquels ont en plus à supporter le poids psychologique énorme de la perte de leurs propres enfants dont ils récupèrent la progéniture.

---

<sup>63</sup> D'après l'ONUSIDA (*Rapport mondial sur l'épidémie de VIH/SIDA*, 2004) 57% des séropositifs en Afrique subsaharienne seraient désormais des femmes. Cette proportion est estimée à 29% en Asie, 36% en Amérique Latine et à un peu plus de 49% dans les Caraïbes.

<sup>64</sup> ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Les enfants au bord du gouffre* 2004. Opus cité.

<sup>65</sup> Témoignage d'animateur de radio locale du Bénin sur Radio France Internationale, 8.11.04.

<sup>66</sup> *AIDS in the context of development* – p.34.

<sup>67</sup> Le Roy Ladurie, *Territoire de l'Historien*

### 3.2.1 – La vulnérabilisation de l'enfance

La mortalité massive à laquelle conduit l'épidémie de sida parmi les adultes en âge d'avoir des enfants et d'être économiquement productifs a des répercussions néfastes sur de très nombreux autres enfants, non orphelins, comme observé dans le point suivant. Ainsi les limites traditionnelles de l'orphelinage s'estompent.

Avec la crise de l'orphelinage massif, et du quasi-orphelinage, apparaissent de nouvelles situations pour les enfants affectés. La perte de l'encadrement familial expose davantage les enfants à toutes sortes de risques. Outre les conséquences socio-économiques et psychologiques sur les familles, qui sont détaillées dans la partie 1.5, les enfants ont aussi à pâtir d'un manque d'encadrement solide dans des contextes souvent volatiles. Là où des guerres civiles plus ou moins larvées menacent de faire basculer ou plongent carrément des régions entières dans le chaos, comme dans la moitié nord de l'Ouganda, en Côte d'Ivoire ou dans le sud de la région des Grands Lacs (est de la République Démocratique du Congo, Burundi, Rwanda), les enfants sont des proies faciles pour les abus en tous genres : la spoliation des biens, les abus sexuels, le trafic d'enfants, l'enlèvement, l'embrigadement dans des milices armées. De plus, livrés à eux-mêmes et dépourvus de ressources solides, ils ont parfois recours au banditisme. La vie dans la rue, pour les enfants des villes, est leur seul recours lorsque rien ni personne ne peut leur venir en aide.

Et même dans des contextes où la sécurité règne la magnitude démographique de l'orphelinage conduit de très nombreux enfants à vivre dans la rue ou la campagne, sans réelle attache. A Lagos, capitale économique du Nigéria, des enfants, orphelins ou quasi-orphelins, vivent dans des bidonvilles, partageant entre eux de maigres ressources, notamment tirées de la prostitution pour les jeunes filles. Elles rêvent d'aller à l'école, mais les coûts de scolarisation sont prohibitifs<sup>68</sup>. Au Swaziland, des volontaires servant des repas pour les orphelins dans des zones rurales rapportent que bon nombre de ceux qui viennent à eux sont des vagabonds qui vivent dans la brousse<sup>69</sup>.

Enfin, la stigmatisation dont sont victimes les enfants de parents affectés par le VIH/SIDA ou étant décédés comme conséquence de leur infection tend à précariser davantage encore leur situation.

### 3.2.2 – Classer pour mieux comprendre et mieux agir

Pour répondre aux besoins des programmes et interventions en faveur des orphelins et des enfants en situation de grande vulnérabilité des catégories ont été élaborées qui permettent de mieux marquer la diversité des situations et donc des réponses à apporter. Nous avons tenté de faire part de ces classifications et d'en proposer une synthèse (voir tableau n°3 et Annexe I). Le fait de créer des catégories pour les orphelins et les enfants vulnérables s'est concrétisé dès lors que l'on a identifié l'orphelinage pour cause de sida comme une catégorie à part de l'orphelinage, à la fois parce que l'on s'est aperçu de l'impact dévastateur de l'épidémie sur les enfants, les autres victimes d'une plaie des temps modernes qui ne laisse pas que des morts dans son sillage, et aussi parce que cet impact a fait exploser, numériquement, le nombre d'orphelins alors qu'il était en diminution. Et on s'est également aperçu du fait que le VIH/SIDA créait des conditions spécifiques pour ces enfants. Par ailleurs on a identifié le fait que le VIH/SIDA accentuait fortement la vulnérabilité d'autres

---

<sup>68</sup> L'équivalent d'une centaine d'Euros par an, à comparer avec un PIB par habitant d'environ 700 Euros par an (il s'agit du PIB/habitant en parité de pouvoir d'achat qui reflète mieux la capacité économique des individus que le traditionnel PIB/hab calculé comme la division du PIB global d'une année par le nombre d'habitants). Tiré de : *Africa and its children*. Boston Globe, 22.11.2004 (série sur le sort d'orphelins en Ouganda, Nigéria et Swaziland).

<sup>69</sup> *Africa and its children*, 23.11.2004 ; opus cité.

enfants, pas nécessairement orphelins eux-mêmes, d'où la notion communément employée d'enfants vulnérables. De leur côté, les programmes, en travaillant sur ces populations particulières, se sont rendus compte de la diversité des situations. Etre enfant des rues n'est pas équivalent à être orphelin chef de famille dans une zone rurale. Etre orphelin dans une société matrilineaire induit des conséquences en terme de prise en charge et de la façon dont on est perçu différentes de celles qui attendent l'enfant orphelin dans une société de type patrilineaire. Autant de distinctions qu'il convient donc de prendre en compte dans l'analyse de la situation des enfants affectés par l'orphelinage et la précarité notamment là où le VIH/SIDA est très prévalent.

Les catégorisations d'enfants orphelins ou en situation de grande vulnérabilité utilisées dans ce rapport et présentées en synthèse dans le tableau n°3 et en détail dans l'Annexe I ont pour objectif final de guider dans la détermination des besoins spécifiques des enfants et de les faire bénéficier de programmes ou de stratégies de prise en charge correspondants. Pour cela il s'agit donc d'identifier les enfants dans le besoin, de savoir qui ils sont, dans quelles conditions ils vivent, de quoi ils manquent, quels sont les risques majeurs pour leur développement et leur avenir. Tous les orphelins ne sont pas en danger, tous ne se trouvent pas abandonnés s'ils ont perdu leurs deux parents. Mais les stratégies de prise en charge ne sont pas toujours à même de combler les besoins fondamentaux des enfants. La question est alors de savoir comment classer : si par lieu de résidence ou type de prise en charge (avec un oncle, des grands-parents, dans un orphelinat, par soi-même, etc.), par condition socio-économique et psychologique ou selon d'autres critères encore.

Par ailleurs la question devient plus compliquée dès lors qu'on inclut dans la classification les enfants qui ne sont pas techniquement des orphelins, mais des quasi-orphelins ou orphelins de facto, et les enfants qui sont rendus vulnérables par le phénomène de l'orphelinage là où il est numériquement d'une très vaste ampleur.

Chaque classification répond donc à des besoins précis ou à des visions particulières. Ainsi, les programmes du RIOEV au Mali ont identifié 22 catégories d'orphelins et enfants vulnérables<sup>70</sup>, lesquelles peuvent être regroupées en cinq grands groupes :

- enfants infectés et affectés par le VIH
- enfants dans et de la rue
- enfants déficients mentaux et handicapés
- enfants victimes d'abus sexuels
- enfants en conflit avec la loi

Il est noté que « ces enfants, dans la majorité, se caractérisent par une très grande pauvreté et sont privés de leurs droits humains fondamentaux, ce qui les rend encore plus vulnérables au VIH/SIDA ». Il apparaît donc que le VIH/SIDA crée de nouvelles catégories d'enfants marginalisés, placés en situation de détresse et d'abandon, et alimente celles existantes. Mais ces nouvelles catégories sont plus difficiles à cerner, plus stigmatisées aussi parce que le VIH/SIDA est souvent vu comme une malédiction.

Les classifications proposées dans ce volume s'efforcent de recouvrir l'ensemble des situations dans lesquelles se trouvent ces enfants, telles qu'exposées dans la revue de faits effectuée jusqu'ici. Ces classifications se basent sur les lieux de résidence des enfants et sur la forme de prise en charge lorsqu'elle existe spécifiquement. Les conditions de vie, les facteurs de vulnérabilité associés à ces situations sont également rappelées car elles renseignent sur la condition courante des enfants. Comme indiqué plus haut, un enfant orphelin n'est pas nécessairement dans le plus grand des besoins. Un enfant adopté ou confié à une famille ayant suffisamment de ressources peut se trouver dans de meilleures conditions socio-économiques et même psychologiques que lorsqu'il se trouvait

---

<sup>70</sup> Kerouedan D et al. Proposition technique et financière du Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables dans le cadre des activités du Fonds Mondial. Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (au Mali). Credes. Janvier 2004.

dans le sein d'un foyer en voie de destruction ou dans le plus total dénuement. Aucune classification ne colle parfaitement à la réalité, mais elle permet de s'en faire une idée assez détaillée et de guider le travail de ceux qui sont chargés de définir les actions à mettre en œuvre selon le type de situations rencontrées. Dans la mesure du possible nous avons indiqué des situations intermédiaires, ou variantes de la situation envisagée dans le libellé principal.

Le tableau n°3 ci-dessous résume dans les grandes lignes les classifications proposées, lesquelles sont détaillées dans l'Annexe I.



## Tableau n° 3 : classification des orphelins et enfants en situation de grande vulnérabilité

### Orphelins

#### Qui sont-ils ?

Pour l'essentiel, des enfants de moins de 18 ans (mais parfois au-delà dans certains cas reconnus par les programmes même) ayant perdu l'un ou les deux parents.

#### Où les trouve-t-on ?

**Un seul des parents est décédé**, l'enfant peut être :

- avec le parent survivant
- chez un oncle ou une tante (parce que l'autre parent ne peut pas ou ne veut pas s'en occuper)
- chez un grand-parent (parce que les autres membres de la famille élargie ne peuvent ou ne veulent pas le prendre en charge)
- confié à une personne hors la famille ou à une institution (parce que personne dans la famille élargie ne peut ou ne veut le prendre en charge)

**Les deux parents sont décédés**, l'enfant peut être :

- au sein de la fratrie qui demeure dans la maison familiale et s'efforce de vivre avec les moyens à sa disposition
- chez un membre de la famille élargie (oncle, tante, ou grand-parent)
- chez une tierce personne (adoption, chez un habitant de la région qui recueille les enfants abandonnés)
- dans une institution ou une organisation (orphelinat, foyer, village d'enfants)
- ou livré à lui-même :
- dans la rue (parce qu'il n'a plus de foyer, ou parce qu'il est maltraité là où il a été accueilli)
- enrôlé dans l'armée ou une milice (y compris après enlèvement)
- en prison

*Note : dans les trois cas où l'enfant est placé (famille, tierce personne, institution), il peut tout aussi bien être avec le reste de ses frères et sœurs que séparés d'eux, cas très fréquent.*

### Non-orphelins (en situation de grande vulnérabilité)

#### Qui sont-ils ?

Enfants n'ayant perdu aucun de leurs parents, mais dont l'environnement et la situation personnelle rend très précaire leur condition et qui sont vulnérables aux facteurs dégradant la santé, la situation économique, l'état psychologique, la participation sociale, la place dans la société, l'avenir de développement individuel.

#### Où les trouve-t-on ?

- Ils s'occupent de parents malades voire mourants (fréquent dans zones affectées par l'épidémie de VIH/SIDA)
- Ils sont dans des camps de réfugiés (suite à des troubles tels la guerre civile ou la sécheresse)
- Ils sont orphelins « de fait » (parce que placés chez d'autres membres de la famille du fait de la détresse économique, psychique ou sanitaire de leurs parents, ou bien parce que discriminés par leurs proches ou chassés de leur famille pour diverses raisons, notamment la séropositivité)
- Ils sont livrés à eux-mêmes (parce qu'abandonnés ou chassés de leur famille ou parce qu'enrôlés de force ou volontairement dans des milices armées)
- enfants des familles accueillant des orphelins ou des enfants que leurs parents ne peuvent plus prendre en charge (les conditions économiques et psychologiques du foyer peuvent être fortement dégradées par l'arrivée des enfants nouvellement pris en charge, surtout un problème pour les foyers aux faibles ressources)

## 4. Combien sont-ils ?

De même que l'identification des enfants en situation de grande vulnérabilité et des orphelins est nécessaire ne serait-ce que pour savoir qui a besoin de quoi et comment cibler les réponses au phénomène grandissant dont il est ici question, savoir combien sont ces enfants est tout aussi nécessaire. C'est d'ailleurs clairement exprimé par de nombreux acteurs de terrain qui cherchent à apporter une aide à ces enfants comme, par exemple, les programmes en cours de mise en œuvre au profit du Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (RIOEV) au Mali<sup>71</sup>. Un tel réseau, qui regroupe une quarantaine d'associations, intervient dans des domaines aussi divers que l'éducation, la génération de revenus et les centres d'accueil (voir chapitre II et fiche descriptive). Il a besoin de savoir qui et combien sont les enfants susceptibles de bénéficier de leurs interventions, ce qui détermine aussi le coût de celles-ci.

La connaissance de l'ampleur du phénomène est également un élément essentiel des besoins d'analyse politique, sociale et économique des pays. Car l'avenir de sociétés entières, des peuples parfois, est en jeu.

Pourtant, si l'on sait, au moins statistiquement, que le phénomène se situe à une échelle probablement sans précédents, il n'en demeure pas moins que les enfants identifiés comme tels par les autorités des pays les plus touchés sont encore relativement peu nombreux. Au Bénin par exemple, moins de 3.000 enfants ont été identifiés comme orphelins pour cause de sida, soit moins de 10% d'un nombre total estimé à environ 34.000<sup>72</sup>, on évalue le nombre total d'orphelins dans ce pays de 7 millions d'habitants à 340.000<sup>73</sup>. Une étude de recensement doit justement être lancée en 2005 par l'UNICEF. La faiblesse de la personnification de l'orphelinage, du moins d'un point de vue des autorités nationales, tient notamment au fait que beaucoup d'enfants ayant perdu leurs parents sont confiés à d'autres foyers. Ceci rend évidemment plus difficile l'estimation de leur nombre, l'identification de leur situation et de leurs besoins, et, en définitive, la définition des stratégies susceptibles de leur venir en aide.

En tout état de cause, le dénombrement ou le recensement des orphelins est un exercice complexe, même si l'on retient une définition claire de qui est un orphelin, y compris dans les pays qui ont une longue histoire d'études démographiques comme la France. Les auteurs d'un papier récent sur le sujet<sup>74</sup> notent à ce propos que le relatif désintéret vis à vis de l'orphelinage (dont ils rappellent que le mot même – en usage au 19<sup>ème</sup> siècle – a disparu), est probablement à relier au fait qu'il s'agit d'une catégorie d'enfants « dont on présume, à tort ou à raison puisqu'on ne sait pas combien ils sont, ni comment leur nombre total évolue, qu'elle est marginale et en voie d'extinction ». Peu de données existent en effet, même dans les pays industriels avancés, sur l'ampleur de l'orphelinage. Et établir des estimations n'est pas aisé. Mais dans le cadre de l'amplification évidente du phénomène du fait notamment de l'épidémie de VIH/SIDA, il est évident qu'il ne s'agit en rien d'un « phénomène marginal et en voie d'extinction » dans une grande partie du monde et que la nécessité de mesurer l'ampleur de ce phénomène est d'autant plus aigu aujourd'hui.

<sup>71</sup> Proposition technique et financière du Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables dans le cadre des activités du Fonds Mondial. Janvier 2004.

<sup>72</sup> Guillermet E, *Les « orphelins du sida » en Afrique : les enjeux d'une identification et les défis d'une prise en charge plurielle à partir d'un exemple béninois*. 2004.

<sup>73</sup> Données démographiques de l'INED et du nombre d'orphelins tirées de : ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Les enfants au bord du gouffre 2004 ; rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action*. Juillet 2004.

<sup>74</sup> Monnier A, Pennec S : *Le nombre d'orphelins : une inconnue démographique*. Papier présenté au 11<sup>ème</sup> colloque de l'Association Internationale des Démographes de Langue Française, Dakar, 10-13 décembre 2002.

## Le contexte démographique du VIH/SIDA

La crise de l'orphelinage et de l'enfance vulnérable s'inscrit pour l'essentiel dans celle provoquée par l'épidémie de VIH/SIDA, or celle-ci a pris des proportions gigantesques. La pandémie du VIH/SIDA est en passe de devenir la plus grande catastrophe humaine de tous les temps historiques, si ce n'est en proportion de la population affectée, du moins en nombre. En Afrique australe, elle est déjà comparable, y compris en proportion, à la Grande Peste de 1347-1352 qui décima environ la moitié de la population européenne<sup>75</sup>. L'épidémie de grippe de 1918-1919 est considérée comme l'évènement de santé contemporain le plus meurtrier avec une vingtaine de millions de morts dans le monde. A titre de comparaison, le sida a tué environ 3 millions de personnes en 2001, dont 2,3 millions d'Africains<sup>76</sup> et est ainsi devenue la première cause de mortalité parmi les maladies infectieuses. Selon des estimations récentes établies pour 5 pays<sup>77</sup>, l'Inde pourrait compter de 20 à 25 millions de séropositifs au VIH en 2010 et la Chine de 10 à 15 millions. Ils seraient respectivement de 4 à 5 millions aujourd'hui en Inde et 1 à 2 millions en Chine sur un total d'une quarantaine de millions dans le monde. Si en Inde le vecteur de transmission est essentiellement sexuel, en Chine, il correspond aussi aux contaminations provoquées par les ventes de sang des paysans pauvres. Le scandale a soudainement mis en lumière l'ampleur d'une épidémie jusque là minimisée par les autorités, comme elle l'avait d'ailleurs été en Inde. Si les prévisions sont justes – et toutes les précédentes ont été dépassées – il faut donc s'attendre à plus de 100 millions de séropositifs dans le monde à la fin de la décennie, essentiellement dans les pays les plus pauvres d'Afrique et d'Asie. Le Nigéria et l'Ethiopie, mais aussi la Russie et l'Ukraine, sont également sur le chemin d'épidémies désastreuses. L'épidémie semble en revanche céder du terrain dans certains pays comme l'Ouganda et le Burkina Faso.

Le VIH/SIDA a induit, dans les régions où sa prévalence est élevée, une très forte surmortalité adulte. Ainsi, les taux de mortalité des adultes (de 15 à 59 ans dans l'étude citée) ont doublé voire triplé entre les années 1980 et le milieu de la décennie 1990-2000 dans certains pays tels l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe<sup>78</sup>. En Afrique du Sud, le sida est devenue la première cause de mortalité (48% des causes) pour les adultes, même si on exclut la tuberculose – première infection opportuniste chez les sidéens – et la probabilité de décéder entre 15 et 60 ans en 2000 avait atteint le taux de 75% pour les hommes et 58% pour les femmes<sup>79</sup>.

Ces tendances lourdes ont aussi été observées ailleurs en Afrique de l'Est et Centrale, et à des niveaux encore assez modérés en Afrique de l'Ouest. L'augmentation de cette mortalité s'est concentrée chez les jeunes adultes. Les hommes ont été plus affectés durant cette période que les femmes (sauf en Ouganda), mais l'infection touche désormais autant les femmes (48% des séropositifs) que les hommes, et même plus en Afrique selon les statistiques de l'ONUSIDA (57%)<sup>80</sup>. En Afrique sub-saharienne, les jeunes femmes auraient désormais une probabilité d'être infectées trois fois supérieure à celle des jeunes hommes<sup>81</sup>.

L'espérance de vie, qui augmentait partout, a chuté de dix à vingt ans dans les pays les plus touchés par l'épidémie de VIH/SIDA où elle a été ramenée à la fin des années 1990 à ce qu'elle était 35 ans plus tôt et parfois même un siècle (voir figure 5 et Annexe V). Au Botswana, où entre 35 et 40% des adultes sont séropositifs (deuxième taux mondial), ce sont plus de 20 ans qui ont été perdus. L'espérance de vie y est retombée à 39 ans – et 32 pour les années de vie en bonne santé. Au Swaziland, premier pays affecté en taux (39%), l'espérance de vie aurait perdu 20 ans en 15 ans, et on prévoit qu'elle ne soit plus que de 30 ans en 2010.

<sup>75</sup> Voir Le Roy Ladurie E, *Le territoire de l'historien (II)*, Bibliothèque des Histoires, Editions Gallimard, Paris, 1978.

<sup>76</sup> Source : *Le point sur l'épidémie de SIDA*, décembre 2001, ONUSIDA, OMS.

<sup>77</sup> Rapport du National Intelligence Council pour la CIA, septembre 2002.

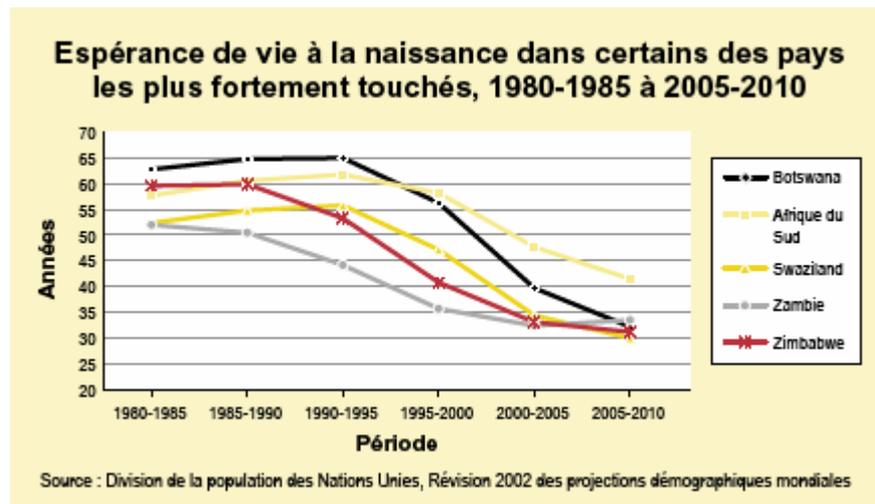
<sup>78</sup> Voir par exemple une étude transversale sur les taux de mortalité infanto-juvénile et adulte en Afrique sub-saharienne : Timaeus IM. *Impact of the HIV epidemic on mortality in sub-Saharan Africa: evidence from national surveys and censuses*. AIDS ; 1998;12 Suppl 1:S15-27.

<sup>79</sup> Hosegood V, Vanneste AM, Timaeus IM. Levels and causes of adult mortality in rural South Africa: the impact of AIDS. AIDS ; 2004 Mar 5;18(4):663-71.

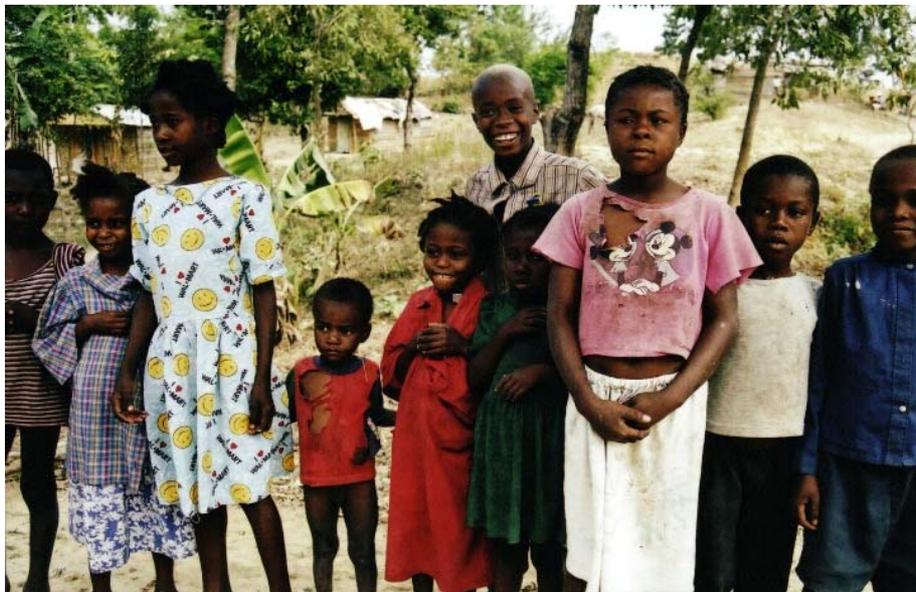
<sup>80</sup> ONUSIDA, 2004.

<sup>81</sup> ONUSIDA. Comprendre les dernières estimations concernant l'épidémie mondiale de SIDA (*Understanding the latest estimates of the global AIDS epidemic*), juillet 2004.

**Figure 5 : La chute vertigineuse de l'espérance de vie du fait de l'épidémie de VIH/SIDA**



Source : Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2004, ONUSIDA (p.42).



Haïti, Plateau Central, 2004. Une zone ravagée par les maladies infectieuses et la pauvreté.

## 4.1 – L'ampleur démographique actuelle de l'orphelinage

Estimer le nombre d'enfants rendus orphelins par décès d'un ou des deux parents est une entreprise fort complexe, surtout là où les statistiques démographiques sont éparpillées et les études peu fréquentes. Ceci est le cas d'une grande partie des pays les plus affectés par l'épidémie de VIH/SIDA. Par conséquent, l'estimation du nombre de ces enfants, et plus encore du nombre de ceux que l'on a désigné comme « enfants en situation de grande vulnérabilité », fait l'objet de nombreuses controverses.

Jusqu'il y a peu les organismes de l'ONU (dont l'ONUSIDA et l'UNICEF) ne comptabilisaient les enfants que jusqu'à 14 ans et ne tenaient pas compte des orphelins de père ni n'incluaient d'estimation pour des pays aussi importants que l'Inde. Avec cela, le nombre d'orphelins du sida était estimé à environ 14 millions pour l'an 2000 et les projections envisageaient une quarantaine de

millions en 2010<sup>82</sup>. Les estimations plus récentes proposées par l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'USAID incluent les enfants de 15 à 17 ans ainsi que les orphelins de père. En revanche elles sont restreintes à la seule Afrique sub-saharienne parce que c'est dans cette région que l'on disposerait des estimations les plus fiables et où la prévalence du phénomène de l'orphelinage pour cause de VIH/SIDA serait suffisante pour valider les modèles statistiques d'évaluation développés pour le moment<sup>83</sup>. L'encadré n°5 revient sur les difficultés d'estimation et leur évolution.

Selon ces estimations, il y aurait, en 2003, 12,3 millions d'orphelins pour cause de VIH/SIDA dans cette partie du monde, dont 8,9 millions d'orphelins de mère, 7,3 millions d'orphelins de père et 4,6 millions d'orphelins doubles (également comptabilisés parmi les orphelins de père ou de mère). Ces estimations sont d'ailleurs entachées d'une importante marge d'erreur dans la réconciliation des calculs<sup>84</sup>. Celle-ci reflète sans doute les difficultés à effectuer des évaluations à partir d'un ensemble très restreint de données et l'imperfection des modèles utilisés pour en tirer parti. Approximations méthodologiques mises à part, ceci est à rapprocher du nombre estimé d'orphelins toutes causes confondues qui serait de l'ordre de 43,4 millions en Afrique sub-saharienne (soit 12,3% de l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans). Ainsi les enfants orphelins pour cause de VIH/SIDA représenteraient environ 28% de l'ensemble des orphelins en Afrique sub-saharienne. Cette proportion était pratiquement nulle il y a seulement quinze ans (voir tableau n°4).

**Tableau n° 4. Part des orphelins pour cause de VIH/SIDA dans le total estimé des orphelins en Afrique sub-saharienne**

Chiffres en milliers et %	Nombre total d'enfants (0-17 ans sauf 2001 : 0-14 ) (en milliers)	Nombre total d'orphelins (en milliers)	Nombre d'orphelins pour cause de VIH/SIDA (en milliers)	Proportion des enfants qui sont orphelins	Proportion des orphelins qui le sont pour cause de VIH/SIDA
1990	260.000	28.400	550	10,9%	1,9%
1995	290.000	32.500	3.000	11,2%	9,2%
2000	330.000	39.200	8.500	11,9%	21,7%
2001	288.418	34.300	11.000	11,9%	32,1%
2003	350.000	43.400	12.300	12,3%	28,3%
2010	400.000	50.000	18.400	12,5%	36,8%

Sources : Pour toutes les années sauf 2001 : ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Les enfants au bord du gouffre 2004*. Pour 2001 : UNICEF. *Africa's orphaned generations*. 2003.

Pour l'ensemble des 93 pays couverts par les statistiques de l'UNICEF dans le rapport *Les enfants au bord du gouffre 2004* le nombre total d'orphelins s'élèverait à 143 millions. Toujours selon ces estimations, quelques 16,1 millions d'enfants seraient devenus orphelins en 2003, toutes causes confondues, dans les 93 pays à revenus faibles et moyens couverts par les évaluations. Parmi ceux-ci, 5,2 millions d'enfants seraient en Afrique sub-saharienne, soit un tiers du total.

L'épidémie de VIH/SIDA a assurément provoqué l'explosion du nombre d'orphelins. Chaque jour ce sont environ 8.000 personnes qui meurent du sida (sans compter ceux qui décèdent d'autres causes favorisées par la faiblesse des défenses immunologiques), dont 80% d'adultes. A l'heure actuelle, quarante quatre mille enfants de moins de 18 ans deviendraient orphelins chaque jour dans le monde, toutes causes confondues, dont un tiers pour la seule Afrique. La Zambie en compterait 1,1 million sur 10,9 millions d'habitants, et le Zimbabwe 1,3 million sur 12,6 millions d'habitants. Dans ces deux pays un enfant sur cinq est un orphelin (au sens strict du terme) et 60 à 80% des orphelins le sont pour cause de sida (plus de 600.000 en Zambie, près d'un million au Zimbabwe) –

<sup>82</sup> ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA. ONUSIDA, Genève, Juillet 2002.

<sup>83</sup> ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Les enfants au bord du gouffre 2004 ; rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action*. Juillet 2004.

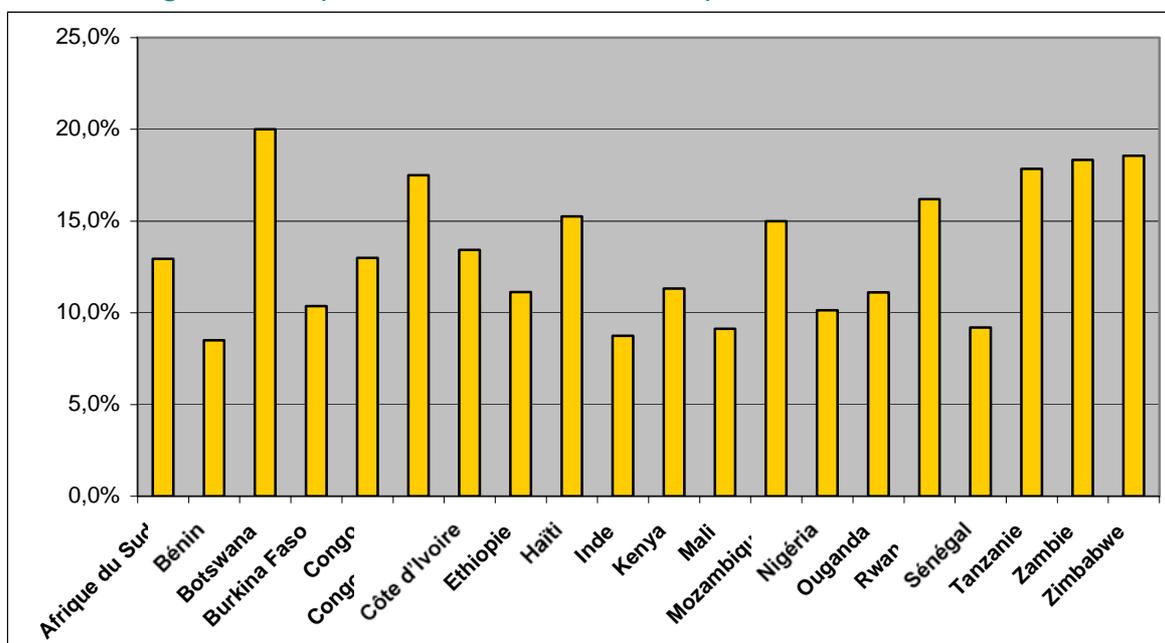
<sup>84</sup> La somme des trois catégories, lorsque l'on décompte les orphelins doubles des deux premières catégories, n'atteint que 11,6 millions, contre 12,3 millions annoncés au total.

voir tableau n°6. En Afrique du Sud, pays le plus touché par l'épidémie de VIH/SIDA, après le Botswana, 2,2 millions d'enfants seraient aujourd'hui orphelins (13% de l'ensemble des enfants), dont la moitié à cause du sida. On s'attend d'ailleurs à ce que dans ce pays le tiers des enfants soient orphelins à l'horizon 2010<sup>85</sup>. Sans l'épidémie de VIH/SIDA, ces pays compteraient donc probablement moins de moitié moins d'orphelins (car il faut aussi compter les décès de parents dûs à la tuberculose et autres infections opportunistes relancées par le VIH/SIDA). Au Sénégal, où l'on estime que seuls 4% des orphelins le sont pour cause de sida, la proportion des enfants de moins de 18 ans qui seraient aujourd'hui orphelins est de 9%, moitié moins que dans les pays où l'épidémie fait les plus gros ravages.

L'ampleur du fléau est en outre mal connue dans des pays aussi démographiquement importants que l'Inde et la Chine. Les chiffres de décès et d'orphelins dûs au sida en Inde n'apparaissent même pas dans les statistiques de l'ONUSIDA. Mais devant les dernières informations disponibles, notamment en provenance de régions rurales, on s'attend à une explosion de leur nombre dans ces pays. Déjà dans certaines régions rurales d'Inde, des taux de séropositivité chez les femmes enceintes de 15 % ont été repérés. Sur les 100 millions d'adultes séropositifs attendus dans le monde en 2010, 20 à 25 millions seraient indiens et 10 à 15 millions chinois (voir encadré n° 4). L'Europe orientale et les pays issus de l'Union Soviétique subissent également l'épidémie de plein fouet.

La divergence des évaluations globales reflète autant la difficulté d'identification des enfants que la complexité d'un phénomène où la délimitation de l'orphelinage et de la vulnérabilité est variable selon les régions et les interprétations utilisées. En Ouganda, par exemple, les estimations vont de 1,1 à 2,35 millions d'enfants rendus orphelins pour toutes causes, selon les calculs. La dernière estimation en date fait état de 1,65 millions d'orphelins pour toutes causes dont 940.000 pour cause de sida<sup>86</sup>.

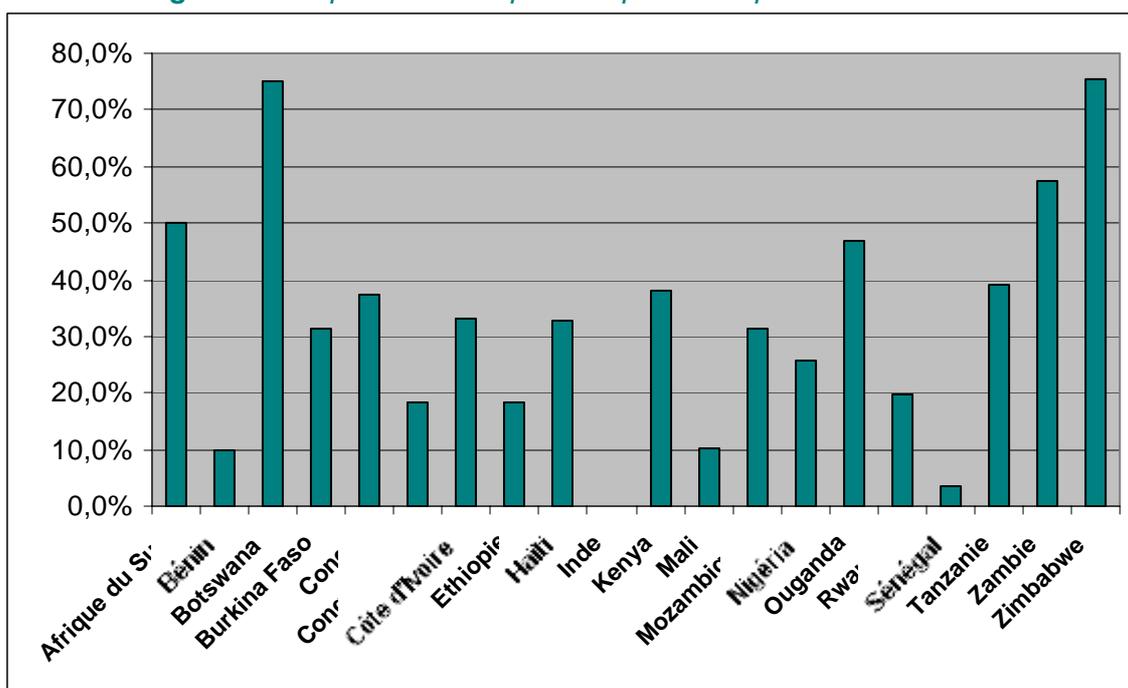
**Figure 6 : Proportion des enfants rendus orphelins à travers le monde**



<sup>85</sup> Hunter S, Williamson J. *Children on the brink : updated estimates and recommendations for intervention*. Synergy project / USAID. Washington DC ; 2000.

<sup>86</sup> Wakhweya A, Kateregga C, Konde-Lule J, Mukyala R, Sabin L, Williams M, Heggenhougen HK. *Situation analysis of orphans in Uganda*. Ministère du Genre, du Travail et du Développement Social, Gouvernement de l'Ouganda, Uganda AIDS commission, 2002. Et ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Les enfants au bord du gouffre 2004 ; rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action*. Juillet 2004.

Figure 7 : Proportion des orphelins qui le sont pour cause de sida



Source : voir données de base dans le tableau n°6 et l'annexe statistique

### Tableau n°5. Estimations du nombre d'orphelins pour cause de VIH/SIDA selon diverses sources

Le tableau n°5 présente un résumé de la situation telle qu'évaluée à l'heure actuelle par diverses sources. Il reflète aussi l'évolution des estimations et l'incertitude les entourant (voir aussi l'encadré n°5), ce qui renvoie à la nécessité exprimée par de nombreux acteurs dans le domaine de l'aide aux orphelins de mieux comprendre le phénomène, de mieux identifier les enfants vulnérables, leur nombre, leur situation.

Source	Définition retenue	Nombre de pays couverts (1)	Année	Nombre (milliers)	Projections	
					Horizon	Nombre (milliers)
ONUSIDA (2)	Enfants de moins de 15 ans, orphelins de mère ou des deux parents	78 (répartis dans le monde entier)	2001	14.000		
Bureau du Recensement des Etats-Unis d'Amérique (3)	Enfants de moins de 15 ans, orphelins de mère, de père ou des deux parents	87 (répartis en Afrique sub-saharienne, Asie, Amérique Latine et Caraïbes)	1990	903	2005	20.106
			1995	4.523	2010	25.296
			2001	13.440		
Neil Monk / AFXB (4)	Enfants de moins de 18 ans, orphelins de mère, de père ou des deux parents, quasi-orphelins, enfants affectés	Extrapolations à partir des données publiées dans « Children on the brink 2000 »	2001	40.000	2010	100.000
Bureau du Recensement des Etats-Unis d'Amérique (5)	Enfants de moins de 18 ans, orphelins de mère, de père ou des deux parents	39 (tous en Afrique sub-saharienne)	1990	550	2010	18.400
			1995	3.000		
			2000	8.500		
			2003	12.300		

(1) Correspond aux pays pour lesquels des statistiques sur le nombre d'orphelins ont été produites par ces sources.

(2) Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juillet 2002.

(3) ONUSIDA, UNICEF, USAID. Children on the Brink 2002.

(4) Monk N. Enumerating children orphaned by HIV/AIDS: counting a human cost. AFXB, 2002.

(5) ONUSIDA, UNICEF, USAID. Les enfants au bord du gouffre 2004, juillet 2004.

**Tableau n° 6. Situation dans un échantillon de 20 pays (2003)**

Note : données en milliers de personnes (sauf proportions : en %)

Pays	Population (mi-2003) (1)	Nb total d'enfants (- de 15 ans) (1)	Nb total d'enfants (- de 18 ans) (3)	Nb total d'orphelins (- de 18 ans)	% des enfants qui sont orphelins (- 18 ans)	Nb d'orphelins pour cause de sida (- 18 ans)	% des orphelins qui le sont pour cause de sida
Afrique du Sud	44 000	15 400	17 000	2 200	12.9%	1 100	50.0%
Bénin	7 000	3 290	4 000	340	8.5%	34	10.0%
Botswana	1 600	656	800	160	20.0%	120	75.0%
Burkina Faso	13 200	6 468	8 000	830	10.4%	260	31.3%
Congo	3 700	1 702	2 000	260	13.0%	97	37.3%
Congo (RDC)	57 000	24 510	24 000	4 200	17.5%	770	18.3%
Côte d'Ivoire	17 000	7 820	7 000	940	13.4%	310	33.0%
Ethiopie	70 700	31 108	35 000	3 900	11.1%	720	18.5%
Haïti	7 500	3 000	4 000	610	15.3%	200	32.8%
Inde	1 068 600	384 696	400 000	35 000	8.8%	<i>n.d</i>	0.0%
Kenya	31 600	13 904	15 000	1 700	11.3%	650	38.2%
Mali	11 600	5 452	8 000	730	9.1%	75	10.3%
Mozambique	17 500	7 875	10 000	1 500	15.0%	470	31.3%
Nigéria	133 900	58 916	69 000	7 000	10.1%	1 800	25.7%
Ouganda	25 000	12 750	18 000	2 000	11.1%	940	47.0%
Rwanda	8 300	3 569	5 000	810	16.2%	160	19.8%
Sénégal	11 000	4 840	5 000	460	9.2%	17	3.7%
Tanzanie	35 400	15 930	14 000	2 500	17.9%	980	39.2%
Zambie	10 900	5 123	6 000	1 100	18.3%	630	57.3%
Zimbabwe	12 600	5 040	7 000	1 300	18.6%	980	75.4%
TOTAUX (20 pays)	1 588 100	612 049	658 800	67 540	10.3%	10 313	15.3%
Estimations sur 93 pays (4)	4 634 570	1 504 500	1 700 000	143 400	8.4%	12 500	8.7%
% 20 / 93	34.3%	40.7%	38.8%	47.1%		82.5%	
Afrique sub-saharienne seule	695 000	307 000	350 000	43 400	12.4%	12 300	28.3%
% ASS sur 93 pays	15.0%	20.4%	20.6%	30.3%		98.4%	

(1) Chiffres tirés des statistiques de l'Institut National de Démographie (INED), 2004.

(2) Chiffres de l'ONUSIDA.

(3) Les pays d'Afrique, Asie et Amérique Latine et Caraïbes inclus dans les estimations de l'ONUSIDA.

## Les estimations démographiques liées à l'épidémie de VIH/SIDA en débat

Les estimations concernant le nombre d'orphelins et notamment d'orphelins pour cause de VIH/SIDA ont été revues et affinées depuis peu. La révision de ces estimations s'inscrit plus généralement dans le débat concernant les estimations de la prévalence du VIH/SIDA, de la mortalité due au VIH/SIDA et sur les projections de l'épidémie à court et moyen terme. En effet, en l'absence de données longitudinales ou d'enquêtes nationales sur la situation des enfants, surtout en Afrique sub-saharienne, Afrique du Sud mise à part, l'évaluation de l'impact démographique du VIH/SIDA se fait à l'aide du recoupement de données partielles et de l'utilisation de modèles généraux qui tentent de tenir compte de certaines spécificités de l'épidémie. Le calcul du nombre d'enfants orphelins pour cause de VIH/SIDA est globalement induit des estimations de l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA en termes de mortalité sur la population adulte (de 15 à 49 ans)<sup>87</sup> auxquels sont combinés le taux de fertilité et le taux de survie des enfants<sup>88,89</sup>.

Deux modèles pour le calcul de la prévalence du VIH/SIDA ont été établis<sup>90</sup> en fonction de l'état de l'épidémie de VIH/SIDA : selon qu'elle est « généralisée », c'est à dire qu'elle concerne au moins 1% des adultes et que les relations hétérosexuelles sont le mode principal de transmission du VIH, ou selon qu'elle est « concentrée », c'est à dire que l'épidémie est encore limitée et concerne surtout les trois principales populations à risque :

<sup>87</sup> On limite la population adulte à 49 ans (c'est à dire jusqu'au 50ème anniversaire) car on considère que c'est la tranche de population la plus affectée par le VIH/SIDA, là où la prévalence est la plus forte, surtout parmi les adultes jeunes. Au-delà, elle est supposée être très faible du fait notamment d'une activité sexuelle réduite, notamment chez les femmes. D'ailleurs la mortalité due au SIDA se concentre elle aussi dans la tranche d'âge des 15-49 ans, surtout au-delà de 25 ans, du fait du temps d'incubation de la maladie et du temps, faible, de survie à partir du moment où la personne infectée tombe malade. On estime à 9 ans le temps de survie à partir du début de l'infection en Afrique sub-saharienne où prévaut surtout la souche de VIH-1.

<sup>88</sup> voir « Méthodes d'estimation et de projection des effets du VIH/SIDA sur le nombre d'enfants orphelins », annexe 2, pages 35-38 de : ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Les enfants au bord du gouffre 2004*. Rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action, juillet 2004.

<sup>89</sup> La formule de base utilisée pour le calcul du nombre d'orphelins de mère est : (Nb décès de femmes de 15 à 49 ans) x (taux net de fécondité) – (décès d'enfants pour toutes causes) = Nb d'orphelins de mère au moins. Pour les orphelins de père on estime également un taux de fécondité et un taux de décès par tranche d'âges. On estime par ailleurs que les décès des parents ne sont pas entièrement indépendants et que, par conséquent, le nombre d'orphelins doubles est supérieur à la somme des ... Pour plus de précision, voir l'annexe 2 du rapport conjoint ONUSIDA, UNICEF et USAID *Les enfants au bord du gouffre 2004*, opus cité, pp.35-38.

<sup>90</sup> ONUSIDA. Comprendre les dernières estimations concernant l'épidémie mondiale de SIDA (*Understanding the latest estimates of the global AIDS epidemic*), juillet 2004.



toxicomanes usant des seringues, homosexuels et prostituées. Les évaluations du nombre de personnes porteuses du virus de l'immunodéficience humaine ont été récemment revues à la baisse – de 42 millions en 2002 à 38 millions à 2003<sup>91</sup> – non pas parce que le nombre de séropositifs a véritablement diminué, mais parce que les évaluations précédentes ont été jugées trop élevées en raison de modèles épidémiologiques essentiellement fondés sur des données urbaines, alors que les dernières enquêtes disponibles, en milieu rural, ont montré des taux d'infection plus faibles que prévus, notamment au Burundi, en Ethiopie, au Kenya, au Rwanda et en Zambie<sup>92</sup>. Au Burkina Faso, les taux de prévalence ont été revus à la baisse régulièrement depuis 1997. Ils sont passés de 7,2% à 4,1% en 2003 voire 1,9% selon les toutes dernières enquêtes<sup>93</sup>. Les dernières données, dans l'ensemble des pays, tiennent comptes d'études faites dans les zones rurales pour lesquelles on avait encore peu d'information jusqu'à une date récente. Or, les taux de prévalence y apparaissent plus faibles qu'anticipé. Ainsi, les estimations faites par l'ONUSIDA sur le nombre de personnes séropositives dans le monde à la fin de 2001, qui avait été évalué à 40 millions dans le *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002*, ont été révisées rétrospectivement à la baisse (35 millions) dans les dernières estimations<sup>94</sup>. L'épidémie continue donc de progresser et le nombre de séropositifs est en croissance constante.

A définition constante, ces nouvelles évaluations ont eu pour conséquence de réviser mécaniquement à la baisse le nombre d'orphelins pour cause de VIH/SIDA. Cependant, la définition de l'orphelinage a changé entre le second rapport des *Enfants au bord du gouffre* (version de 2002) et le troisième rapport, celui de juillet 2004. Dans ce dernier, les enfants de 15 à 17 ans ont été intégrés, ce qui a automatiquement enflé les statistiques par rapport au précédent rapport. Malgré cela – et on estime que le nombre d'enfants dans cette tranche d'âge correspond en moyenne à 20% de l'ensemble des individus de 0 à 14 ans ou 16,7% des enfants de 0 à 17 ans – le nombre d'orphelins pour cause de VIH/SIDA n'aurait augmenté que de 11 millions fin 2001 à 12,3 millions fin 2003, alors qu'en ajoutant la tranche d'âge des 15-17 ans on aurait pu s'attendre à un chiffre de l'ordre de 13 à 14 millions.

<sup>91</sup> ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, juillet 2004.

<sup>92</sup> ONUSIDA. Comprendre les dernières estimations concernant l'épidémie mondiale de SIDA, opus cité.

<sup>93</sup> Le niveau de séroprévalence a reculé régulièrement selon les données sur les femmes enceintes et sites sentinelles de l'OMS/ONUSIDA. Il était estimé à 7,2% en 1997 (parmi les 15-49 ans), 6,5% en 2001 et 6,1% en 2002. Ce taux est maintenant estimé à 4,1%. Cette baisse des taux reflète essentiellement le fait que les taux passés ont pu être surestimés, notamment parce que la situation dans les zones rurales où vit 80% de la population était encore assez mal connue. Les dernières données de l'Enquête de Démographie et Santé (EDS 2003) placent le niveau de la séroprévalence à 1,9% (femmes de 15-49 ans et hommes de 15-59 ans). L'EDS indique une prévalence de 3,7% dans les zones urbaines (4,4% à Ouagadougou) – ce qui est proche des taux observés sur les sites sentinelles – et d'1,3% dans les zones rurales. Données tirées de : Appaix O. *Rapport sur la mise en œuvre des Objectifs de Développement du Millénaire en matière de santé au Burkina Faso*. Credes. Octobre 2004.

<sup>94</sup> ONUSIDA. Comprendre les dernières estimations concernant l'épidémie mondiale de SIDA, opus cité.

Les méthodes statistiques, si elles présentent l'avantage très appréciable de permettre des estimations en l'absence de recensement précis, comportent néanmoins des inconvénients importants, notamment dans le cas de l'évaluation du nombre d'enfants en situation de détresse. On a vu dans la partie 1.2 combien était diverse la population de ces enfants et aussi le fait qu'elle débordait largement les limites restrictives des définitions traditionnelles de l'orphelinage. Il nous faut donc envisager des estimations prenant en compte ces caractéristiques. Il n'en existe malheureusement pas encore de précise. A notre connaissance il n'y a eu pour le moment qu'une seule tentative pour évaluer à grande échelle combien d'enfants sont véritablement concernés<sup>95</sup>. Et encore cette évaluation demeure-t-elle très générale et se base tout de même sur les chiffres publiés par l'ONUSIDA qu'elle extrapole en tenant compte d'études de terrain menées seulement dans une région d'Ouganda (voir tableau n°5).

**Figure 8 : Relation entre les enfants que le sida a rendu orphelins de mère, de père et des deux parents et la situation des parents (d'après le Groupe de référence de l'ONUSIDA, 2002.)**

		MÈRE			
		Décédée		En vie	
		SIDA	Autre cause		
PÈRE	Décédé	SIDA	Orphelin double à cause du sida	Orphelin double à cause du sida	Orphelin de père à cause du sida
		Autre cause	Orphelin double à cause du sida	Orphelin double non causé par le sida	Orphelin de père non causé par le sida
	En vie		Orphelin de mère à cause du sida	Orphelin de mère non causé par le sida	

Source : Les enfants au bord du gouffre 2004.

C'est précisément d'études de terrain dont nous avons besoin, et plus précisément d'études liées à des programmes et interventions, lesquelles permettront de se faire une idée beaucoup plus juste du nombre d'enfants nécessitant un soutien. Les études du type « Enquêtes Démographiques et de Santé » (EDS) menées plus ou moins régulièrement dans un très grand nombre de pays pauvres fournissent de précieuses données sur l'état de la crise de l'orphelinage et des conditions de vie des foyers ruraux comme urbains<sup>96</sup>. Elles sont d'ailleurs un point de référence pour le contrôle des estimations statistiques et permettent d'en valider les résultats<sup>97</sup>. Elles ne peuvent en revanche être suffisantes 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. La demande pour des études liées à des stratégies d'aide existe et se fait jour désormais. C'est le cas par exemple au Mali avec le Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (RIOEV).

Dans les régions durement touchées par le VIH/SIDA, la proportion d'orphelins double augmente du fait que la probabilité qu'un parent soit infecté par le VIH si l'un l'est déjà est élevée. L'Afrique

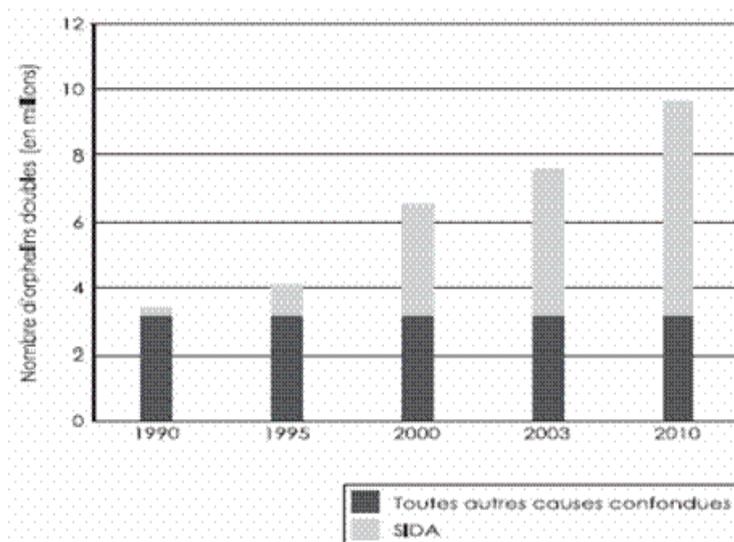
<sup>95</sup> Monk N. *Enumerating children orphaned by HIV/AIDS: counting a human cost (a critique of statistical accounts of the HIV/AIDS orphan crisis)*. In Alerte Orphelins ; Association François-Xavier Bagnoud. 2002.

<sup>96</sup> Les Enquêtes Démographiques et de Santé sont menées selon une méthodologie développée et pilotée par Macro International avec l'appui financier de l'USAID, agence bilatérale de développement et de coopération internationale des Etats-Unis.

<sup>97</sup> Annexe 2 du rapport *Les enfants au bord du gouffre 2004*, opus cité, p 37.

sub-saharienne compte ainsi pratiquement autant d'orphelins doubles que l'Asie, avec quatre fois moins d'enfants et deux fois moins d'orphelins<sup>98</sup>.

**Figure 9 :** En Afrique subsaharienne, le nombre d'orphelins doubles augmente à cause du sida.



Source : ONUSIDA, UNICEF, USAID (*Les enfants au bord du gouffre* 2004)

## 4.2 – Inclure les autres catégories d'enfants rendus très vulnérables

Bien entendu, la définition retenue de ce qu'est un orphelin influence directement la nature et la dimension du problème exposé. De ce fait les estimations démographiques concernant l'orphelinage provoqué par le VIH/SIDA varient du simple au quadruple selon la définition proposée. Néanmoins, dans les pays où l'épidémie de VIH/SIDA est très développée la variation du nombre des orphelins en fonction de la définition retenue ne change pas grand-chose à la réalité de l'ampleur du phénomène : il est énorme et remet en cause l'avenir et l'existence même des sociétés affectées.

La réalité de l'orphelinage décrite dans la sous-partie précédente fait notamment état des orphelins doubles de fait, ceux dont les deux parents ne sont pas nécessairement décédés mais qui sont éloignés du parent survivant ou qui doivent s'occuper d'un mourant. Dans l'étude de Monk en Ouganda, dans le district de Muweero en 2000, 50% des orphelins de père n'étaient pas avec leur mère et 50% des orphelins de mère n'étaient pas non plus avec leur père<sup>99</sup>. De ce fait, le nombre d'orphelins effectifs des deux parents est démultiplié.

A ces orphelins de fait ou « quasi-orphelins », il faudrait ajouter d'autres enfants en situation de grande vulnérabilité bien que n'ayant pas nécessairement perdu leurs parents. C'est par exemple le cas des enfants des foyers de la famille étendue ou d'autres familles qui accueillent des orphelins. Nombre de ces enfants se retrouvent dans des conditions psychologiques et socio-économiques très similaires à celles des orphelins accueillis dans leur foyer, soit parce que leurs propres parents sont malades, soit parce que les conditions de vie sont détériorées par le fait de devoir partager de très maigres ressources entre un plus grand nombre de personnes. On estime qu'un foyer sur quatre

<sup>98</sup> *Les enfants au bord du gouffre* 2004. Opus cité, p.12.

<sup>99</sup> Monk N. *L'ampleur sous-estimée d'une épidémie ancienne : les dynamismes de l'orphelinat et de l'adoption en Ouganda rural*. In *Alerte Orphelins*, p.9-16. Association François-Xavier Bagnoud. Juillet 2000.

accueil des orphelins en Ouganda et que le nombre moyen d'enfants dans ces foyers est passé de 5 à 7 (une augmentation de 40%).

Sur la base des recherches qu'il a menées en Ouganda dans le district de Muweero en 2000, Monk estime ainsi que les nombres d'orphelins publiés par les agences de l'ONU jusqu'au début des années 2000 devaient probablement être multipliés par près de 9 pour refléter la réalité de l'enfance orpheline et vulnérable<sup>100 101</sup>. En incluant certaines catégories d'enfants vulnérables et de quasi-orphelins, le nombre d'orphelins pour cause de VIH/SIDA passait ainsi de 155 selon la définition proposée à l'époque par l'ONUSIDA à 1.386, en incluant les enfants rendus vulnérables par voie de conséquence de l'épidémie, pour l'ensemble des foyers étudiés. Il est clair que l'ampleur du phénomène, déjà énorme, prend une dimension toute différente sous ce jour et que le calibrage et l'efficacité des actions à mener au profit de ces enfants sont directement affectés par l'étendue que l'on accorde à la définition des enfants à inclure.

### 4.3 – Projections

Faire des projections vers l'avenir est évidemment très difficile, d'autant que la mise sous contrôle de l'épidémie de sida ne se traduit pas immédiatement par une stabilisation puis une réduction du nombre d'enfants rendus orphelins à la suite du décès de parents. En effet, le temps d'incubation de la maladie est relativement long (de l'ordre de dix ans dans le cas de la souche VIH-1, la plus répandue en Afrique), ce qui signifie que les effets démographiques de la mise sous contrôle de l'épidémie, tant en ce qui concerne la mortalité que les conséquences en termes d'orphelinage, ne se font sentir que des années après le début de la réduction des taux de transmission de l'infection.

Les projections effectuées jusqu'à présent n'excèdent en général pas 2010 (tableaux n°4 et 7). Pourtant, il serait particulièrement nécessaire d'envisager aussi bien l'évolution démographique de la population en général (et de sa structure) – comme on le fait déjà – que de la proportion des orphelins, toutes causes confondues, au sein de cette structure. Cela permettrait de mieux planifier les réponses apportées notamment par les programmes nationaux, les mieux à même, en principe, de couvrir les besoins de l'ensemble de la population. Mais ces projections ne sont pas encore disponibles, et celles proposées pour le moment divergent assez considérablement selon la définition retenue pour l'orphelinage, l'inclusion ou non d'autres catégories d'enfants affectés en particulier par l'épidémie de VIH/SIDA (les quasi-orphelins et les enfants affectés par l'épidémie sans être orphelins eux-mêmes).

Les projections proposées par l'ONUSIDA<sup>102</sup> font état de 50 millions d'orphelins, toutes causes confondues, en Afrique sub-saharienne à l'horizon 2010. Le sida serait alors responsable de 18,4 millions d'orphelins pour cette partie du monde, soit 37% du total contre 28% en 2003. Pour l'ensemble du monde hors pays industriels, le nombre d'orphelins (jusqu'à 17 ans) avoisinerait 142 millions en 2010, soit une stagnation par rapport à l'estimation de 143 millions pour 2003. Ces statistiques doivent cependant être considérées avec prudence car elles sont basées sur des données très partielles et des modèles très généraux. Et elles sont dépendantes des estimations du nombre de personnes séropositives et des projections démographiques, lesquelles sont également entachées de zones importantes d'incertitude (voir encadré n°5).

---

<sup>100</sup> Monk N. *Underestimating the magnitude of a mature crises : dynamics of orphaning and fostering in rural Uganda*. In Orphan Alert, International perspectives on children left behind by HIV/AIDS. Association François-Xavier Bagnoud.

<sup>101</sup> Monk N. *Enumerating children orphaned by HIV/AIDS: counting a human cost*. In Alerte Orphelins ; Association François-Xavier Bagnoud. 2002.

<sup>102</sup> *Les enfants au bord du gouffre 2004. Opus cité.*

Reprenant les données collectées en Ouganda, Monk propose une projection pour les seuls orphelins pour cause de sida, incluant également les orphelins jusqu'à 17 ans, mais incluant aussi un certain nombre de pays non couverts par les statistiques de l'ONUSIDA, tels l'Inde, la Chine, les pays d'Europe Orientale et d'Asie Centrale. Il parvient à une estimation grossière d'une centaine de millions d'orphelins pour cause de sida à l'horizon 2010. Mais cette projection se basait, entre autres limitations, sur les estimations de séroprévalence et de nombre d'orphelins pour cause de sida fournies alors par l'ONUSIDA. Or ces estimations ont été depuis revues à la baisse de même que celles concernant le nombre d'enfants rendus orphelins d'au moins un de leurs parents pour cause de sida. Par ailleurs, elles incluent les catégories d'enfants qui, bien que pas orphelins à proprement parler, sont affectés par l'orphelinage de masse, notamment les enfants des foyers accueillant des orphelins.

Si l'on reprend les statistiques les moins pessimistes projetant un nombre d'orphelins toutes causes confondues de l'ordre de 142 millions en 2010, dont 18,4 millions d'orphelins pour cause de VIH/SIDA dans la seule Afrique sub-saharienne, et en ajoutant les pays non inclus dans les dernières statistiques de l'ONUSIDA, on pourrait s'attendre à un nombre total d'orphelins pour cause de sida de l'ordre d'une quinzaine de millions dès à présent, et de vingt à vingt cinq millions à l'horizon 2010<sup>103</sup>. Pour l'ensemble des causes, le nombre d'orphelins atteindrait probablement un minimum de 150 millions en 2010 (voir tableau n°7). Toutes les projections concernant le VIH/SIDA ayant été démenties jusqu'à présent, en général en pire, il convient d'être très prudent concernant ces projections très globales, lesquelles proposent d'ailleurs plutôt une fourchette qu'un nombre unique, lequel sera de toute façon pris en défaut par la réalité.

Et ceci n'inclut pas les quasi-orphelins ni les autres enfants en situation de grande vulnérabilité pour lesquels on ne dispose pas de statistique ni de définition suffisamment ferme et universelle pour les dénombrer de façon globale. Pour ces catégories, seules les études de terrain pourront permettre de se faire une idée un peu plus précise de la masse d'enfants pris dans les rets de la grande vulnérabilité. Si l'on se risque néanmoins à une estimation grossière du nombre d'enfants orphelins pour cause de sida ou affectés par l'orphelinage de masse pour cause de sida, c'est à dire si l'on applique une définition étendue du phénomène (par rapport à une définition restrictive ou contenue de l'orphelinage), on peut, pour cela, reprendre les observations de terrain faites rapportées par de nombreux acteurs et analystes. Les estimations de Monk, par exemple, peuvent être utiles à cet effet. Sur ces bases, on peut s'attendre à un doublement, environ, du nombre d'enfants affectés et se trouvant en situation de grande vulnérabilité. On aboutirait ainsi à une fourchette de l'ordre de 30 à 40 millions d'enfants dès à présent, et peut être 40 à 50 millions en 2010.



---

<sup>103</sup> Rien que pour Haïti, on peut estimer à 200.000 le nombre actuel d'orphelins pour cause de SIDA et à 300.000 ce nombre d'ici la fin de la décennie. L'Inde pourrait compter probablement un à deux millions d'orphelins d'ici là. On arriverait ainsi à un minimum de 20 millions d'orphelins pour cause de SIDA en 2010.

**Tableau n°7. Estimations du nombre total d'orphelins et part des orphelins pour cause de VIH/SIDA avec projections (toutes régions couvertes par estimations disponibles – orphelins de père, mère, doubles, de 0 à 17 ans)**

Chiffres en milliers et en pourcentages

	Régions couvertes par les statistiques	Nombre total d'enfants (en milliers)	Nombre total d'orphelins (en milliers)	Proportion des enfants qui sont orphelins	Nombre d'orphelins pour cause de VIH/SIDA (en milliers)	Proportion des orphelins qui le sont pour cause de VIH/SIDA
1990	93 pays (ASS, Asie, AML, Caraïbes)	1.600.000	138.400	8,7%	550 (1) 903	0,7 %
1995	93 pays	1.600.000	140.300	8,8%	3000 (1) 4.523	3,2 %
2001	Monde entier	1.700.000	142.200 (2)	8,4%	13.440 14.000	9,5 – 9,8 %
2003	93 pays	1.700.000	143.400	8,4%	12.300 (1)	-
2005	93 pays	1.750.000	143.000	8,2%	15.000 20.000	10,5 – 14,0 %
2010 (a)	93 pays	1.800.000	142.100	7,9%	18.400	8,0 %
2010 (b)	93 pays	1.800.000	150.000	8,3 %	20.000 25.000	13,3 – 16,7 %

Sources : tiré et adapté de : ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Les enfants au bord du gouffre 2004*. ; ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Children on the Brink 2002* ; ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA* ; juillet 2002.

(1) Afrique sub-saharienne seulement.

(2) enfants de 0 à 14 ans seulement, monde entier.

(a) projections proposées dans *Les enfants au bord du gouffre 2004*

(b) projections incluant une estimation grossière du nombre de « quasi-orphelins » et d'enfants affectés par le VIH/SIDA et l'orphelinage de masse. L'augmentation du nombre total d'orphelins toutes causes, par rapport à (a), est entièrement attribuée ici à l'augmentation estimée dans la colonne 'nombre d'orphelins pour cause de VIH/SIDA', par rapport à (a).

## 5. Orphelinage et VIH/SIDA : une étreinte mortelle

L'épidémie de VIH/SIDA, dont l'ampleur a été rappelée dans la sous-partie précédente, s'inscrit dans un contexte socio-économique le plus souvent très déprimé. Le manque d'information, le contexte culturel et social dans lequel s'inscrit la maladie, ainsi que les pratiques qui en découlent, peuvent également favoriser l'expansion de l'épidémie et aggraver son impact.

Bien souvent, le VIH/SIDA est une calamité supplémentaire qui est venue s'ajouter à celles – nombreuses déjà – qui affectent des régions souvent très pauvres. Il vient, par exemple, remettre en cause les résultats de décennies de lutte contre la maladie et les causes de mortalité et de morbidité. La pandémie affaiblit les populations et leurs institutions, favorisant le terrain des guerres civiles (comme en Afrique centrale, au Congo et en Ouganda notamment), détruisant aussi l'économie déjà fragile de ces régions. Le sida, de part son ampleur, touche toutes les activités économiques en Afrique sub-saharienne. La production agricole, principale activité économique en Afrique sub-saharienne, est touchée par la mortalité accrue des agriculteurs. On estime par exemple que 20 % des agriculteurs du Burkina Faso ont réduit leur production ou même quitté leur exploitation à cause du sida<sup>104</sup>. Le VIH contribue à la hausse des coûts de production : nombreuses sont les entreprises qui doivent redoubler leurs efforts d'embauche et de formation. Les masses de malades et les taux de décès sont tels que les entreprises s'inquiètent de savoir comment elles peuvent maintenir leurs effectifs et se voient contraintes, notamment en Afrique du Sud, d'embaucher beaucoup plus de personnel qu'il n'y a de postes ouverts<sup>105</sup>. De récentes études estiment que les pays dont au moins 20% des adultes sont séropositifs perdent entre 2 et 4% de croissance économique annuelle.

**Tableau n° 8. Démographie, Données générales sur l'épidémie de VIH/SIDA (pour quelques pays)**

	Afrique du Sud	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Haïti	Ouganda	RD Congo	Zimbabwe
Population (2003, millions)	44,0	13,2	17,0	7,5	25,0	57,0	12,6
Espérance de vie (2002)	50,7 ans	41,7 ans	45,3 ans	43,8 ans	49,3 ans	43,5 ans	37,9 ans
Perte d'espérance de vie depuis le début des années 1990	> 10 ans	~ 6 ans	~ 7 ans	> 10 ans	(gain de 3 ans)	~ 8 ans	> 20 ans
Prévalence estimée du VIH parmi les 15-49 ans (en 2003)	21,5 % (18-25)	4,2 % (2-7)	7,0 % (5-10)	6,0 % (3-12)	4,1 % (3-7)	4,2 % (2-10)	24,6 % (22-28)
Nombre estimé de décès dûs au sida (en 2003)	370.000	29.000	47.000	24.000	78.000	100.000	170.000
Nombre estimé d'enfants vivants orphelins pour cause de sida (0-17 ans)	1.100.000	260.000	310.000	200.000 (2001)	940.000	770.000	980.000
En % du nombre total d'orphelins	48 %	32 %	32 %	33 %	48 %	18 %	78 %
En % du nombre total des moins de 18 ans (2003)	6,5 %	3,3 %	4,4 %	5 %	5 %	3,2 %	14 %

Sources : INED, ONUSIDA, OMS, PNUD, UNICEF, Banque Mondiale, calculs des auteurs.

Note : l'annexe statistique fournit des données pour un plus grand nombre de pays.

<sup>104</sup> ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de SIDA*, déc. 2001

<sup>105</sup> Les entreprises commencent d'ailleurs à prendre en charge le traitement anti-rétroviral de leurs employés malades du SIDA car elles ont fait un calcul économique qui montre que cette politique est moins coûteuse que l'absentéisme et le recrutement permanent de personnels non formés et surnuméraires.

Du fait de son ampleur, on ne considère le VIH/SIDA plus seulement comme une maladie, mais comme une question de développement. On pourrait, pour paraphraser Mauss, qui parlait de « phénomène social total »<sup>106</sup>, dire du VIH/SIDA qu'il est devenu une « question de développement totale ». Car la profondeur de ses implications dépasse largement le seul domaine de la santé. Le système sanitaire est certes en première ligne dans la réponse apportée à la maladie qu'est le sida – et aux infections opportunistes que celui-ci facilite – mais il n'est pas le seul qui puisse bâtir une ligne de défense contre l'épidémie et venir en aide à ses victimes, adultes souffrant comme enfants de ceux-ci. De plus, la maladie qu'est le VIH/SIDA, comme toutes les maladies endémiques, affecte tous les aspects de la société (économiques, sociaux, politiques et culturels), mais à une échelle démultipliée qui bouleverse les modalités de réponse jusque là employées dans le cas d'autres plaies.

Outre l'impact démographique que nous venons de passer en revue, le VIH/SIDA affecte profondément les économies et le tissu social des sociétés où sa prévalence est élevée.

D'un point de vue macro-économique (c'est à dire au niveau de l'économie d'un pays considérée dans ses grands agrégats), on estime qu'il induit une réduction significative de la croissance économique. Ainsi, on a évalué que la croissance économique du Botswana était minorée de 0,8 à 1,9% annuellement à la fin des années 1990<sup>107</sup>. Des estimations pour l'Afrique du Sud varient de 0,3-0,4% annuellement à la fin des années 90 à une projection de moindre croissance économique de l'ordre de 22% au total sur la décennie 2000-2010<sup>108</sup>. Pour la Tanzanie, l'impact serait de l'ordre de 0,6 à 1,2% annuels. Sur l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne, la réduction du taux de croissance économique annuel due à l'épidémie de VIH/SIDA serait de l'ordre de 1% sur la période 1990 à 2025. Cela ne paraît peut être pas très parlant ni très élevé, mais dans une région où le taux de croissance par habitant a peine pour être positif au cours des 20 dernières années, c'est un impact majeur en vérité. Parallèlement, l'impact démographique du sida fait que les pays affectés vont également voir leur population progresser beaucoup moins rapidement qu'en l'absence de l'épidémie. On estime ainsi que la population des pays où la prévalence du VIH/SIDA dépasse aujourd'hui 20% des personnes de 15 à 49 ans sera inférieure d'un tiers à ce qu'elle aurait été sans cela d'ici à 2025<sup>109</sup>. On pourrait croire, partant de ces projections statistiques, que les survivants vont, potentiellement, bénéficier d'un meilleur niveau de vie. Mais ce serait appliquer un calcul trop mécanique pour qu'il puisse refléter une réalité trompeuse. En effet, les projections de moindre croissance économique ne tiennent en général pas compte du coût pour les sociétés de la prise en charge des orphelins et enfants très vulnérables, ni l'impact de long terme de l'éducation réduite et des problèmes nutritionnels et développementaux rencontrés par ces centaines de milliers d'enfants. On peut en réalité s'attendre à un appauvrissement au moins des plus pauvres, qui sont légions. Et de toute façon, même si la croissance démographique se ralentit, elle ne s'arrête pas pour autant.

L'agence agricole et alimentaire des Nations Unies (FAO) indique que dans les 9 pays les plus touchés par l'épidémie de VIH/SIDA, la production agricole va probablement diminuer de 13% (Tanzanie) à 26% (Namibie) d'ici à 2020<sup>110</sup>. Ceci est le résultat de la diminution de la main-d'œuvre agricole du fait de l'épidémie. Cette diminution devrait être de 20% au Mozambique. L'enquête menée par la FAO montre que « 45% des familles dont l'un des membres est touché par le VIH/SIDA sont forcées de réduire la superficie des terres cultivées et 60 % d'entre elles déclarent

---

<sup>106</sup> Mauss M (1947), *Manuel d'ethnographie*, Payot, Paris, 211 pp.

<sup>107</sup> Botswana Institute for Development Policy Analysis. *Impact of HIV/AIDS on poverty and income equality in Botswana* (impact du VIH/SIDA sur la pauvreté et l'égalité de revenu au Botswana). Août 2000.

<sup>108</sup> De Waal (2001).

<sup>109</sup> Division de la Population des Nations Unies, 2003.

<sup>110</sup> Communiqué de la FAO, 23 août 2004.

avoir diminué le nombre des variétés cultivées »<sup>111</sup>. Cette réduction de la diversité agricole est due au fait que de la mortalité élevée parmi la population active agricole réduit les possibilités de transmission du savoir. C'est inquiétant car les variétés locales de cultures sont en général mieux adaptées aux conditions climatiques et permettent par exemple des récoltes même en période de sécheresse.

Confirmant les estimations et les prévisions macroéconomiques, les études microéconomiques indiquent une forte dégradation d'ensemble de la situation des familles dans les pays les plus touchés par le VIH/SIDA. Avant même le décès, la maladie provoque l'appauvrissement des familles. En Côte d'Ivoire on estime que les coûts de santé d'une famille comprenant un malade du sida sont quadruplés. Concomitamment, les revenus moyens des foyers ivoiriens comprenant un malade du sida diminuent de plus de moitié (52 à 67% selon l'étude) tandis que la consommation alimentaire chute de 41%<sup>112</sup>.

Le décès de l'un au moins des parents accentue encore la dégradation de la situation socio-économique de la famille. Les familles comportant des orphelins ont, en moyenne, des revenus nettement inférieurs à ceux des familles n'en comportant pas. Une étude conduite à Welkom, en Afrique du Sud, a ainsi montré que le revenu moyen mensuel par tête était plus faible d'au moins 50% dans une famille avec orphelins que dans les autres (335 rands contre 741 rands)<sup>113</sup>. Des exemples similaires ont été relevés dans de nombreux pays comme le Zimbabwe où, dans des foyers ruraux observés en 2002, les revenus étaient inférieurs de 31% chez ceux comprenant des orphelins par rapport à ceux n'en comprenant pas<sup>114</sup>. La même chose a été observée en Zambie en 2002 où, de plus, dans les foyers comportant des orphelins, le revenu moyen était deux fois plus faible si le foyer était dirigé par une femme que par un homme<sup>115</sup>. En Ouganda, les femmes dont les maris sont décédés travaillent de 2 à 4 heures supplémentaires par jour, aidées par les enfants qui travaillent eux aussi davantage. En raison de ces situations de pauvreté accrue, les besoins essentiels des familles sont beaucoup plus difficilement couverts. Une étude en Tanzanie montre que ce n'est effectivement pas le cas pour 40% des foyers avec orphelins en matière de nourriture, d'habillement, de santé et d'éducation<sup>116</sup>.

Dans une étude menée dans cinq villages du district de Jaipur (état du Rajasthan) en Inde, il a été montré que le décès du père entraîne une brutale chute de revenus pour la famille, alors même qu'une pratique répandue en Inde est que la femme reprenne le travail du mari défunt<sup>117</sup> (voir vignette ci-dessous).

---

<sup>111</sup> Tiré d'une enquête menée par l'Institut International de Recherche sur les Cultures en Zones Tropicales Semi-Arides, menée fin 2003 dans l'arrondissement de Chokwe. Environ 90 hommes et femmes de trois communautés de cet arrondissement ont été inclus à l'enquête.

<sup>112</sup> UNICEF, ONUSIDA. *Les orphelins du SIDA : réponses de la ligne de front en Afrique de l'Est et en Afrique australe*. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, Décembre 1999.

<sup>113</sup> Booysen F, Bachman M. *HIV/AIDS, poverty and growth : evidence from a household impact study conducted in the Free State province, South Africa*. 2002. Cité par : UNICEF, ONUSIDA : *Africa's Orphaned Generations* ; Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, novembre 2003.

<sup>114</sup> Zimbabwe National Vulnerability Assessment Committee. *Zimbabwe emergency food security and vulnerability assessment ; report n°3*. Harare, avril 2003.

<sup>115</sup> Family Health International. *Results of the orphans an vulnerable children head of household baseline survey in four districts in Zambia*. USAID, Strengthening community partnerships for the empowerment of orphans and vulnerable children, Zambia, et Family Health International. 31 octobre 2002.

<sup>116</sup> Whitehouse A. *A situation analysis of orphans and other vulnerable children in Mwanza region, Tanzania*. Catholic Relief Services, Dar es-Salaam, et Association des Droits de la Femme de Kivulini, Mwanza. Avril 2002.

<sup>117</sup> Monk N. *Household orphan study : Jaipur district*. In *Alerte Orphelins n°2* (Les enfants de l'épidémie de VIH/SIDA : le défi pour l'Inde), AFXB, 2002.

## *L'indigence accrue de la veuve et des orphelins*

Dans un village du district de Jaipur, état du Rajasthan (Inde), une veuve s'occupe de 5 enfants âgés de 4 à 11 ans, trois garçons et deux filles (dont l'une est l'aînée). Au décès de son mari, la femme a repris le travail de celui-ci mais on la paye seulement la moitié du salaire que lui percevait. La fille aînée a abandonné l'école pour prendre soin des tâches domestiques tandis que ses deux frères les plus âgés vont à l'école publique. Mais le coût des uniformes et des fournitures constitue désormais un fardeau financier pour la famille. L'éducation scolaire des filles n'est apparemment pas prévue et celle des garçons est compromise. C'est l'avenir de toute la famille qui est ainsi hypothéqué.

*(tiré de : Monk N. Household orphan study : Jaipur district. In Alerte Orphelins n°2 (Les enfants de l'épidémie de VIH/SIDA : le défi pour l'Inde), AFXB, 2002.*

L'impact économique de la perte de l'un ou des deux parents sur les foyers concernés a des répercussions sur l'ensemble des économies des pays touchés. Elle augmente le coût du travail<sup>118</sup>, réduit les capacités productives et contribue à l'appauvrissement général. Au Zimbabwe, on estime que le revenu par tête des familles va baisser de 8 à 10% en dix ans (d'ici à 2010) tandis que la proportion des foyers vivant dans la pauvreté augmenterait de 5 points de pourcentage.

Cet appauvrissement est aussi valable pour les foyers accueillant des orphelins. Dans le cas de la prise en charge des enfants par les grands-parents, soit probablement de l'ordre de 40% des cas, ceux-ci se trouvent largement démunis puisque dans des sociétés souvent dépourvues de système de protection sociale à l'échelle nationale, ils étaient eux-mêmes à la charge de leurs enfants. Ceux-ci décédés, ils se retrouvent livrés à eux-mêmes. On imagine les difficultés rencontrées par cette femme ougandaise de 60 ans, dont sept des enfants sont morts, et qui se retrouve à s'occuper de 42 petits-enfants âgés de 0 à 13 ans<sup>119</sup>. Au Zimbabwe (0,8 à 1,5 million d'orphelins selon les estimations), la majorité des adultes ayant des orphelins dans leur foyer ont plus de 50 ans. En Ouganda, on estime qu'une famille sur quatre accueille des enfants orphelins et que le nombre moyen d'enfants dans ces familles est ainsi passé de 2,7 à 4,3 et le nombre total de personnes dans le foyer de 4,9 à 6,8<sup>120</sup>. Ceci implique une plus grande difficulté à nourrir, à soigner, à éduquer, chacun de ces enfants, les ressources de ces foyers n'ayant pas augmenté pour autant, au contraire : dans l'étude ougandaise citée ci-dessus, le revenu par tête dans les foyers comprenant des orphelins était 26% inférieur à ce qu'il était dans les foyers n'en comptant pas.

Le VIH/SIDA déprime aussi les capacités d'entrepreneuriat et de développement des facteurs économiques. Devant l'augmentation du nombre de décès parmi les personnels des entreprises, celles-ci doivent recruter parfois deux personnes pour le même poste, prendre en charge les coûts des soins de leurs employés pour les maintenir en vie et productifs, d'autant qu'il est extrêmement difficile de trouver de la main d'œuvre, surtout quand elle est qualifiée. Dans une enquête menée au Swaziland, les entrepreneurs d'une petite ville où le VIH/SIDA fait des ravages indiquaient qu'ils

<sup>118</sup> Les entreprises subissent des taux de rotation de personnel de plus en plus élevés, en plus d'un absentéisme démultiplié du fait de la maladie. Elles doivent pourvoir de plus en plus aux soins de leurs employés affaiblis, et dans certains cas doivent embaucher deux personnes par poste pour tenir compte de la probabilité que l'un d'entre eux soit malade du SIDA et susceptible de décéder rapidement.

<sup>119</sup> Le progrès des nations. PNUD, 1999.

<sup>120</sup> Wakhweya A, Kateregga C, Konde-Lule J, Mukyala R, Sabin L, Williams M, Heggenhougen HK. *Situation analysis of orphans in Uganda*. Ministère du Genre, du Travail et du Développement Social, Gouvernement de l'Ouganda, Uganda AIDS commission, 2002.

ne pensaient pas ouvrir un nouveau commerce alors qu'il n'est plus possible de constituer une base stable de personnel<sup>121</sup>.

Le VIH/SIDA accentue le phénomène de cercle vicieux engendré par la maladie ou la destitution économique. Parce qu'il décime avant tout les adultes en âge d'être productifs – davantage encore que la tuberculose – il provoque l'appauvrissement brutal des survivants. Avec la chute des revenus les foyers vendent leurs biens pour pouvoir maintenir un niveau de vie minimum de simple survie. Mais ceci affaiblit encore plus leurs possibilités économiques. La prostitution augmente là où les jeunes femmes appauvries peuvent tirer quelque revenu de la commercialisation de leur sexe, comme par exemple sur les lieux de passage des transports routiers, ou dans les grandes villes. Incidemment, cette pratique entretient d'autant plus activement l'épidémie, accentuant le cercle vicieux.

Les personnels des services publics comme privés ne sont pas épargnés par l'épidémie. Les services de santé voient leurs effectifs permanents diminuer, soit par décès ou maladie, soit parce qu'ils doivent assister aux funérailles de membres de leur famille. Dans les services de santé, la raréfaction du personnel est concomitante à l'augmentation du nombre de patients provoqué par le VIH/SIDA et les infections opportunistes. Le nombre de visites au seul médecin d'une région du Swaziland a ainsi triplé en cinq ans, tandis que le nombre de visites à la clinique augmentait d'un cinquième en trois ans<sup>122</sup>.

La pression exercée par la prise en charge des malades du sida sur des services de santé déjà mal équipés peut devenir effarante. Au Zimbabwe, la proportion des lits d'hôpitaux utilisés par des patients malades du sida est passée de 5% en 1990 à près des deux-tiers en 2000<sup>123</sup>. Parallèlement, l'épidémie de VIH/SIDA décime les personnels de santé. Dans un hôpital de Zambie le nombre de décès parmi le personnel médical a été multiplié par 13 au cours des années 1990, essentiellement du fait du sida<sup>124</sup>.

Dans nombre de pays d'Afrique sub-saharienne, la lutte contre le VIH/SIDA accapare une énorme proportion des ressources des systèmes de santé (voir tableau n°9). C'est le cas en Tanzanie<sup>125</sup> par exemple (taux d'infection par le VIH de 9% parmi les adultes de 15 à 49 ans) où la moitié des dépenses de santé étaient consacrées au traitement et à la prévention du VIH/SIDA à la fin de la décennie 1990-2000. Pourtant, l'infection était, au milieu des années 90, responsable de 6% des décès dans le pays, et de 6,3% des années de vie perdues, soit encore trois fois moins que le paludisme, seconde cause de morbidité et de mortalité. Si une part disproportionnée des ressources du secteur de la santé est absorbée par la prévention et la prise en charge des cas de sida, c'est parce que, selon une estimation effectuée en Tanzanie<sup>126</sup>, le coût de cette prise en charge revenait à 290 dollars US pour un adulte et à 195 dollars US pour un enfant<sup>127</sup>, sur l'ensemble de leur durée de vie, hors anti-rétroviraux (ARVs), ce qui est largement supérieur au coût du traitement anti-paludique, des maladies diarrhéiques ou des infections des voies respiratoires, autres causes majeures de morbidité et de décès dans cette partie du monde. Au Zimbabwe (taux d'infection des adultes de 25%) environ un tiers des ressources du secteur de la santé étaient absorbées par la maladie en

---

<sup>121</sup> New York Times, 28.11.04.

<sup>122</sup> New York Times, 28.11.04.

<sup>123</sup> *Impact socio-économique du SIDA en Afrique* ; ONUSIDA, 2000.

<sup>124</sup> *Rapport mondial sur l'épidémie de VIH/SIDA*. ONUSIDA, Juin 2000.

<sup>125</sup> Selon une estimation de la Banque Mondiale (1992 et 1999).

<sup>126</sup> Selon le rapport *Tanzania : Social Sector Review* de 1999 (Banque Mondiale)

<sup>127</sup> Chiffres de la fin des années 1990, qui, convertis en Euros de 2005 correspondent respectivement à 246 € par an pour un adulte et 146 € pour un enfant.

1998. En Zambie, cette proportion atteignait 40% en 1997 <sup>128</sup>. Au Rwanda, selon l'ONUSIDA <sup>129</sup>, les 2/3 des dépenses publiques de santé y seraient consacrées.

**Tableau n° 9 : Santé et Economie**

	Afrique du Sud	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Haiti	Ouganda	RD Congo	Zimbabwe
PIB/hab. (2003 en PPA et en Euros) (1)	7 727	895	1 087	1 241	1 069	447	1 572
Dépenses de santé totales en % du PIB (2001)	8,6 %	3,0 %	6,2 %	5,0 %	5,9 %	3,5 %	6,2 %
Dépenses de santé / hab / an (Euros, PPA) (2)	665	27	67	62	63	16	97
Part publique des dépenses de santé	41,4 %	60,1 %	16,0 %	53,4 %	57,5 %	44,4 %	45,3 %
Part dépenses de santé dans budget de l'Etat	10,9 %	8,1 %	6,0 %	14,1 %	16,4 %	10,3 %	8,0 %
Part des dépenses publiques de santé consacrées au VIH/SIDA	Les données éparses indiquent que de 25% à plus de 50% des ressources des systèmes de santé sont consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays les plus affectés par l'épidémie.						

Sources : ONUSIDA, OMS, PNUD, UNICEF, Banque Mondiale

Comme le dit le responsable du Conseil National de Réponse d'Urgence contre le VIH/SIDA du Swaziland en parlant du virus et de la maladie qu'il provoque : « c'est l'agent d'appauvrissement le plus efficace que l'on puisse trouver ; il siphonne toutes les ressources, tout simplement. » <sup>130</sup>

<sup>128</sup> Selon une estimation fournie par le ministère de la santé zambien (in *HIV/AIDS in Zimbabwe, background projections, impact interventions*, Juillet 1998).

<sup>129</sup> ONUSIDA, juin 2000, opus cité.

<sup>130</sup> New York Times, idem.

## 6. Les conséquences de l'orphelinage

Afin de parachever la revue de la condition d'orphelin et de grande vulnérabilité dans un contexte de forte prévalence du VIH/SIDA, il nous faut passer en revue les conséquences de ces conditions, tant sur les plans psychiques, que socio-économiques et même politiques. Ceci est une étape fondamentale dans la compréhension du phénomène étudié ici. Elle doit être entreprise dans l'optique de la définition des politiques et stratégies à mettre en œuvre pour la venue en aide aux enfants affectés par l'orphelinage et la grande vulnérabilité, particulièrement dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA.

Comme avec la Grande Peste du 14<sup>ème</sup> siècle en Europe, la surmortalité des adultes et la multiplication du nombre d'orphelins sont dramatiques pour le présent comme pour l'avenir de ces enfants et des sociétés dans lesquelles ils vivent. L'Europe du 14<sup>ème</sup> siècle mit au moins trois siècles pour retrouver le niveau démographique précédant l'épidémie de peste<sup>131</sup>.

### 6.1 - Conséquences socio-économiques pour les enfants

Outre les effets économiques directs de la perte d'un ou des deux parents, telles que revus dans le point 1.4, il existe un ensemble d'autres répercussions sur l'enfant et ses possibilités socio-économiques à moyen et long terme qu'il convient d'évoquer ici.

Il est évident que l'orphelinage impose à l'enfant des conditions de vie plus difficiles, une plus grande précarité, que pour l'enfant qui a encore ses parents. Dans nombre de sociétés, qui plus est, l'enfant qui perd ses parents ne dispose d'aucun droit en propre. C'est ainsi que la spoliation des biens familiaux par d'autres membres de la famille étendue est une pratique assez courante qui a d'ailleurs amené certains à lutter pour que les Etats des pays où ces pratiques sont répandues garantissent par la voie législative la protection des biens, de l'héritage. La précarité des conditions de vie et la vulnérabilité de l'enfant s'accroissent bien entendu d'autant plus quand de telles circonstances prévalent.

L'une des conséquences les plus évidentes de la précarisation des enfants affectés par la perte de parents ou la vulnérabilisation de leur environnement, est la chute de la scolarisation. Livrés à eux-mêmes ou pris en charge par des familles appauvries, ils désertent souvent les écoles. Au Kenya, la moitié des enfants orphelins ne sont plus scolarisés, alors que cette proportion n'est que de 2 % pour les non-orphelins. Ce phénomène est valable autant dans les zones urbaines que rurales. En Zambie une étude a montré que 32% des orphelins vivant en milieu urbain n'étaient pas inscrits à l'école contre 25% pour les autres enfants<sup>132</sup>.

A cela s'ajoute l'effet de la pandémie sur les systèmes éducatifs : de nombreux enseignants sont victimes de la maladie. En République Centrafricaine la forte progression de la mortalité parmi les enseignants (85 % des décès d'enseignants entre 1996 et 1998 ont été dûs au sida) a entraîné la

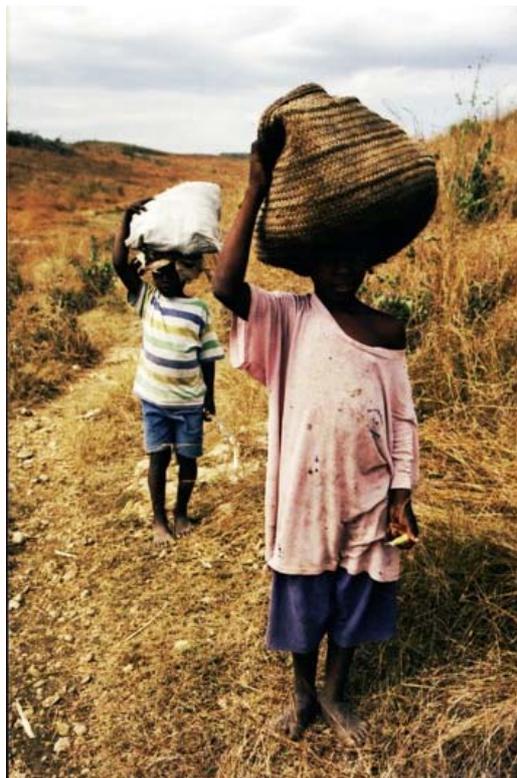
---

<sup>131</sup> Le Roy Ladurie E. *Le territoire de l'historien (II)*. Editions Gallimard, Paris, 1978.

<sup>132</sup> UNICEF, ONUSIDA : *Les orphelins du SIDA : réponses de la ligne de front en Afrique de l'Est et en Afrique australe* ; Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, Décembre 1999.

fermeture de plus de la moitié des écoles<sup>133</sup>. De quoi enfermer ces pays dans leur situation de pauvreté, laquelle résulte largement du manque d'éducation de base.

Dans certaines régions de l'Inde, où les dettes sont encore transmises de génération en génération, les créanciers exigent le remboursement des dettes après le décès des pères sans attendre l'arrivée à l'âge adulte des enfants. Ceux-ci sont ainsi contraints de travailler plus tôt, y compris comme prostituées pour les filles, abandonnant l'école qui aurait pu leur permettre d'envisager de meilleurs revenus et conditions de vie à l'avenir.



Haïti, Plateau Central, 2004. Les enfants aux champs dans un paysage dévasté par la déforestation.

Comme noté au point 1.2.1.1, la période de dépendance des enfants orphelins peut être plus longue. Il n'est pas rare de trouver des adolescents et de jeunes adultes encore scolarisés en primaire. A Bouaké par exemple, en Côte d'Ivoire, dans une famille comportant une veuve et 4 enfants de 10 à 20 ans, les deux enfants de 15 et 17 ans sont encore en primaire. Dans cette ville, où l'association Orphelins Sida International contribue au parrainage d'orphelins pour cause du sida, la corrélation entre l'âge des enfants et leur niveau scolaire est quasiment impossible. A titre d'exemple, en 2<sup>ème</sup> année d'école primaire (CP2), les enfants parrainés ont entre 7 et 12 ans, en dernière année de primaire (CM2) les enfants ont de 11 à 14 ans<sup>134</sup>. Mais il s'agit là d'enfants recevant un appui économique et psychologique. Pour les autres la situation est plus dramatique, d'autant qu'elle se place dans un contexte de paupérisation de l'économie ivoirienne du fait du conflit ivoirien et de l'indigence chronique du système éducatif national qui affecte tous les enfants<sup>135</sup>. Les orphelins et enfants en situation de grande vulnérabilité en pâtissent d'autant plus.

<sup>133</sup> Données provenant du rapport de juin 2000 de l'ONUSIDA : *Report on the global HIV/AIDS epidemic*.

<sup>134</sup> Sur la base de 19 enfants actuellement parrainés par OSI à Bouaké, Côte d'Ivoire.

<sup>135</sup> Il n'est pas rare qu'un enfant soit déscolarisé pendant quelques mois, voir une ou plusieurs années, faute de moyens et qu'il reprenne l'école après cette coupure au niveau où il l'avait laissé. Parfois, les enfants sont scolarisés très tard en âge, faute de moyens des parents. Ceci explique également l'hétérogénéité rencontrée en classe de CP2 (classe où on apprend les bases : lire et écrire).

Le retard scolaire des orphelins a été également constaté lors d'études menées en Afrique de l'Est (Kenya, Tanzanie, Zimbabwe)<sup>136</sup> qui ont montré que la probabilité d'être au niveau scolaire attendu en fonction de l'âge diminue avec l'âge et selon la situation familiale suivante, dans l'ordre décroissant de cette probabilité :

- les deux parents sont en vie
- le père seul est décédé
- la mère seule est décédée
- les deux parents sont décédés

La dépendance accentuée des orphelins peut aussi être alimentée, paradoxalement, par leur mise au travail. Travailler précocement, moyen potentiel d'autonomie, ne va en fait pas nécessairement de pair avec une indépendance financière et sociale. Les enfants peuvent travailler et être dépendants : bien souvent ils sont exploités et effectuent des travaux aliénant qui permettent tout juste un niveau minimal de survie, bien éloigné de l'autonomie espérée. Paupérisation et dépendance s'alimentent mutuellement de la sorte.

Si certains orphelins sont encore scolarisés en primaire à des âges où ils seraient normalement déjà au moins en école secondaire, il n'en demeure pas moins que l'effet principal de l'orphelinage en termes d'éducation est le recul de la scolarisation déjà constaté plus haut. Avec l'appauvrissement des familles qui résulte du décès de l'un ou des deux parents, la prise en charge des frais scolaires devient un problème souvent insurmontable. A Lagos par exemple, la capitale économique du Nigéria, le coût de l'année scolaire est d'une centaine d'Euros, ce qui est exorbitant pour les familles pauvres et encore plus pour les enfants livrés à eux-mêmes. Dans les zones où les orphelins doubles sont nombreux, il est très courant que les aîné(e)s abandonnent l'école pour s'occuper de leurs sœurs et frères plus jeunes, pour s'occuper de la maison, travailler dans les champs, y compris pour subvenir aux besoins de base des grands-parents qui n'ont plus d'enfants valides pour les aider (voir figure 10). Or, de nombreuses études ont relié la durée de scolarisation avec le niveau des revenus futurs, y compris dans l'agriculture.

A cela s'ajoute aussi la détérioration de l'état nutritionnel des enfants. Avec le recul du revenu des foyers où l'un au moins des parents est décédé ou bien qui accueillent des orphelins, et pire encore, avec l'effondrement de la capacité productive et de la diversité des cultures (voir au point 1.4), les fondements d'une alimentation suffisante, régulière et équilibrée disparaissent. Or, là aussi, des études ont montré le lien existant entre le niveau nutritionnel et les revenus futurs (via l'indice pondéral par exemple)<sup>137</sup>, ces derniers étant positivement corrélés au premier.

Souvent l'état nutritionnel et l'arrêt de la scolarisation sont associés, comme illustré par une étude sur l'impact du VIH/SIDA à Brazzaville<sup>138</sup>. L'étude a montré que les enfants :

- étudient dans des conditions de malnutrition et/ou quittent prématurément l'école ;  
*« Seule la benjamine continue d'aller à l'école. Les 6 autres ont décroché. Je ne pouvais plus soutenir leur scolarité. Je n'ai plus les moyens financiers. Les enfants ne sont pas compliqués. Lorsqu'on trouve à manger, ils sont contents. Lorsqu'on a rien aussi, ils comprennent. La benjamine me fait beaucoup plaisir, même affamée, elle va à l'école sans problème. »*
- sont mis en apprentissage précoce pour anticiper sur leurs capacités d'autonomie en prévision du décès des parents ;

---

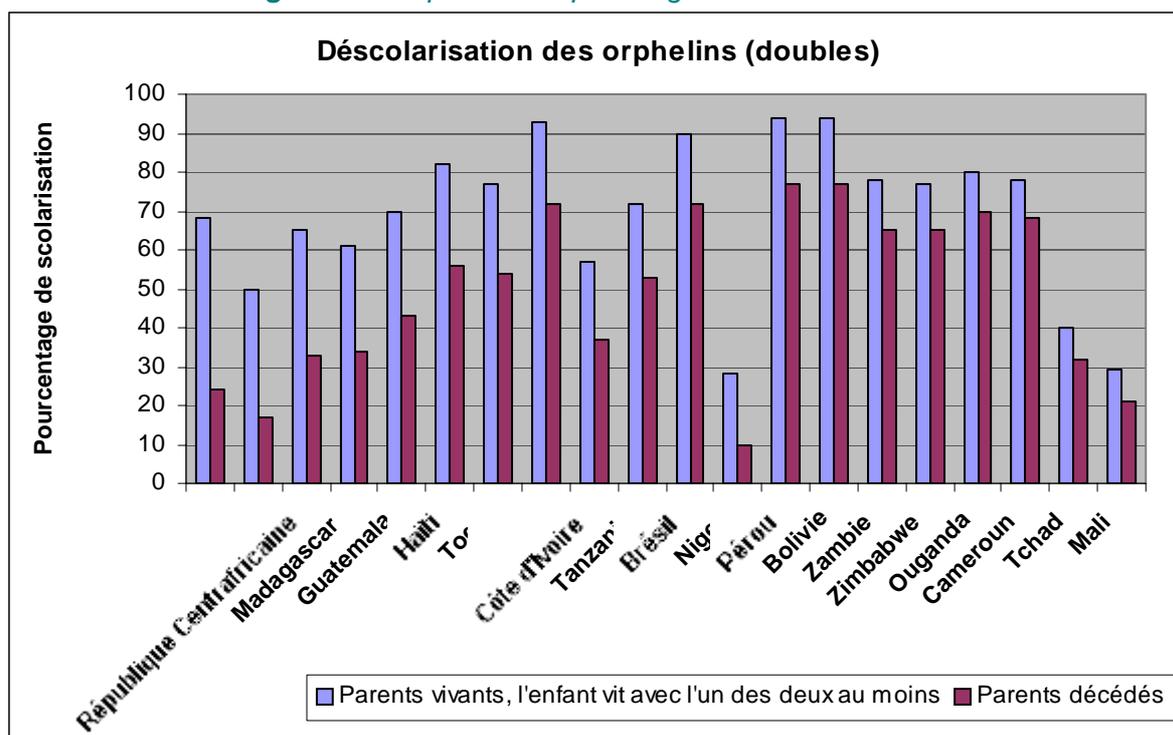
<sup>136</sup> Bicego G, Rutstein S, Johnson K : *Dimensions of the emerging orphan crisis in sub-Saharan Africa*; Social Science and Medicine, vol.56, n°6, mars 2003, pp.1235-1247.

<sup>137</sup> Belli P, Appaix O : *The economic benefits of investing in child health*; Banque Mondiale ; Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington DC, 31.03.2003.

<sup>138</sup> Dekens S, Charruau A-L : *Etude qualitative sur l'impact du VIH/SIDA dans la vie des personnes infectées et affectées au Congo Brazzaville* ; CREDES, février 2004.

« Dès que mon fils aîné a su ma maladie, il a quitté l'école. De toute façon je n'avais plus de quoi à m'occuper de sa scolarité. Quelqu'un de bonne volonté lui a appris la photographie et lui a confié la gestion de son studio. Je sais qu'on ne le traite pas toujours correctement. Il a 500 FCFA par jour. Cela suffit juste pour sa survie... Il voulait devenir chauffeur, mais pour cela il me faut lui trouver 50 000 FCFA mais où les trouver ? Comment faire ? S'il travaille bien, je sais qu'il va me soutenir. Ma fille a 15 ans, elle est en 6<sup>ème</sup> ; mais sa scolarité dégringole de plus en plus. Je n'ai plus les moyens pour la soutenir. Je voulais la placer en apprentissage dans un salon de coiffure. Je me suis renseignée ; mais il faut au moins 60 000 FCFA »

Figure 10 : Impact de l'orphelinage sur la scolarisation.



Tiré de : Le Progrès des Nations 2000, PNUD.

## 6.2 – Conséquences psychosociales

Les effets psychologiques et sociaux de l'orphelinage sont également très importants et doivent être replacés dans le contexte sociétal spécifique.

Avec la précarisation des conditions de vie engendrées par la maladie puis le décès des parents, les enfants sont de plus en plus indigents et livrés à eux-mêmes, sauf s'ils se retrouvent dans des conditions adéquates sur le plan affectif et économique (dans un foyer de la famille étendue ou une bonne institution par exemple). Dans une étude menée dans le nord de l'état du KwaZulu Natal (Afrique du Sud), entre janvier 2000 et octobre 2002, il s'est avéré que le décès d'un ou plusieurs adultes dans les foyers induisait un risque de dissolution de la famille quatre fois supérieur à ce qu'il est sans cela<sup>139</sup>.

S'ils se trouvent livrés à eux-mêmes, les enfants sont davantage susceptibles d'être amenés à la délinquance, voire la criminalité – surtout pour les garçons – notamment dans les zones urbaines où

<sup>139</sup> Hosegood V, McGrath N, Herbst K, Timaeus IM. Impact de la mortalité adulte sur la dissolution des foyers et la migration dans une zone rurale d'Afrique du Sud (*The impact of adult mortality on household dissolution and migration in rural South Africa*). AIDS. 2004, 23 juillet; 18(11):1585-1590.

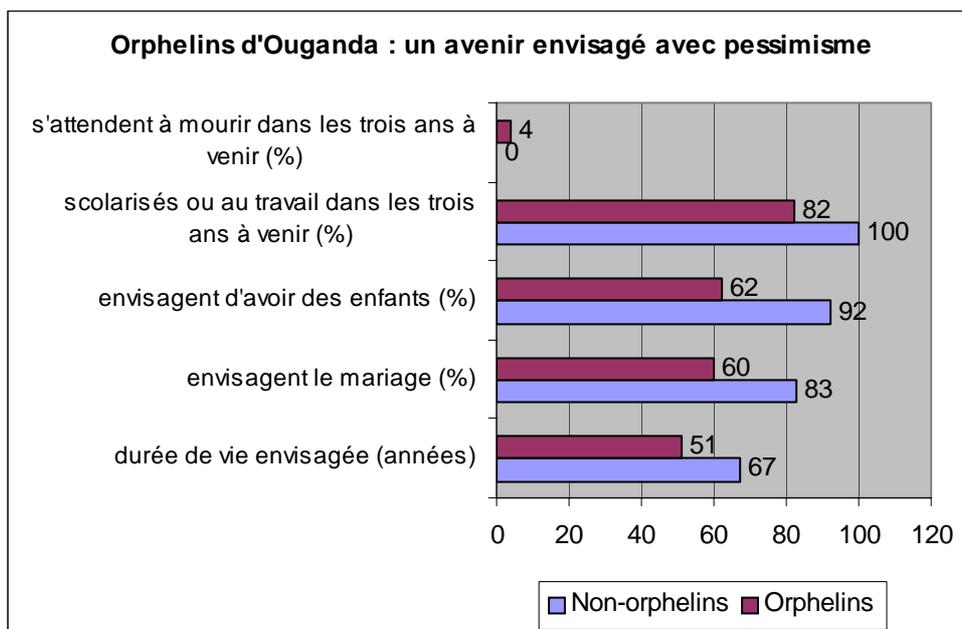
l'environnement est plus dur pour l'enfance. Dans les zones rurales des pays où sévissent des conflits armés, les garçons – et même les filles – sont susceptibles d'être enrôlés de force par (ou de rejoindre volontairement) des bandes armées, comme on l'a vu ces dernières années au Libéria, en Sierra Leone, en Ouganda et dans l'est de la République Démocratique du Congo (ex Zaïre).

Cette marginalisation sociale se répercute sur l'état psychologique de l'enfant qui a le sentiment d'être abandonné, repoussé. C'est par exemple ce qu'expriment les orphelins d'Abomey, au Bénin où la notion d'être « de trop », le sentiment d'être jugé ou d'être victime revient constamment dans leur discours<sup>140</sup>. En Ouganda, une étude indique que les orphelins sont beaucoup plus pessimistes sur leur avenir que les autres enfants. Ils envisagent une durée de vie plus courte, une vie sociale plus incertaine (voir figure 11).

Lorsque l'événement qui a provoqué la perte d'un parent ou des deux est violent et particulièrement traumatique (comme dans le cas de la guerre, d'un génocide accompagné de viols y compris de fillettes, de torture ou de déplacement forcé de population), l'impact psychologique peut être dévastateur et marquer profondément les enfants. En voyant le comportement des adultes, qui sont pour eux les modèles de référence, ils peuvent développer le sentiment qu'il n'y a donc pas de justice, et qu'ils devront eux-mêmes appliquer ces lois brutales pour survivre plus tard. Ainsi, les guerres d'hier font-elles le lit de celles de demain.

La prostitution et l'exploitation sexuelle des enfants augmentent aussi avec l'orphelinage tant parce que les orphelins et les enfants livrés à eux-mêmes ne disposent pas de revenus suffisants que parce qu'ils sont plus vulnérables à l'appétit vénal d'adultes mal intentionnés. Ces pratiques enferment les enfants ou adolescents dans des conditions dont il leur sera par la suite extrêmement difficile et même périlleux de sortir. En outre elles entretiennent le cercle vicieux de la pandémie de VIH/SIDA là où la prévalence est élevée parmi les professionnelles du sexe et leurs clients. Ceci entretient ainsi le cercle infernal décrit dans la figure 12.

**Figure 11 : Des orphelins d'Ouganda (zone rurale) envisagent leur avenir avec pessimisme.**



Tiré de : les générations orphelines d'Afrique (UNICEF, nov 2003).

<sup>140</sup> Guillermet E. Notes de terrain, Abomey, Bénin, 2004. Non publié.

Les facteurs de la vulnérabilité, comme on l'a vu dans la partie 1.2, diffèrent d'un mode sociétal à l'autre. Il en est de même, par conséquent, pour les effets de cette vulnérabilité.

L'Annexe III reprend plus en détail les différentes caractéristiques de l'impact psychosocial auquel sont confrontés les orphelins. Elle s'attache à l'identification systématique des risques auxquels sont exposés les orphelins et des conséquences qu'ils subissent.

### 6.3 – Effets spécifiques de l'épidémie de VIH/SIDA

L'impact du VIH/SIDA, qui induit une surmortalité effrayante dans certaines parties d'Afrique, a tendance à aggraver les phénomènes décrits plus haut. Les orphelins dont au moins un des parents est mort du sida ont un vécu spécifique et sont davantage exposés que les autres à certains risques.

Avec la démultiplication des épisodes de maladie puis de décès d'adultes, les enfants sont confrontés à la déliquescence progressive et douloureuse de leur famille. S'occuper d'un parent malade est le lot de nombre d'entre eux, comme l'illustre le cas de Thandeka évoqué au point 1.2.1.3. Déjà rendu fragile, le cadre psychologique de ces enfants est d'autant plus ébranlé que leurs parents et les adultes de leur entourage proche meurent. Les enfants sont exposés à une succession des deuils, et sont parfois pris en charge successivement par plusieurs tuteurs au fur et à mesure que ceux-ci tombent malades et décèdent.

#### *Basile, trois fois orphelin*

Basile a perdu sa mère du sida alors qu'il était tout bébé. Sa tante s'est alors occupée de lui, mais peu de temps après, elle aussi meurt du sida. Basile a 3 ans, et c'est sa grand-mère qui le recueille, malgré les rumeurs du quartier disant que cet enfant est un sorcier qui tue sa famille. Lorsque sa grand-mère meurt à son tour du sida, Basile est emporté par les gens du quartier qui veulent se débarrasser de cet enfant sorcier. Il est très gravement brûlé mais ne meurt pas. La Pastorale de Kinshasa le recueille alors qu'il est entre la vie et la mort. Il a maintenant 6 ans et est confié à une paroissienne qui a accepté de s'occuper de lui.

Chez les enfants orphelins ou vulnérables, et particulièrement dans les régions les plus touchées par le VIH/SIDA, les conséquences socio-économiques et sur la santé sont les suivantes<sup>141</sup> :

- déscolarisation
- croissance plus faible (taille-poids)
- santé détériorée ; mortalité infantile et juvénile accrue
- plus grande exposition au VIH/SIDA (plus encore pour les jeunes filles)
- revenus plus faibles
- discrimination / rejet / abus (victimes de préjugés, notamment que les orphelins de parents morts du sida sont eux-mêmes séropositifs : ils sont rejetés) – voir exemples du Bénin et du Zimbabwe.
- désocialisation
- perte de sens et d'espoir (= « pas d'avenir »)
- états dépressifs (enfants comme parents survivants)

<sup>141</sup> Tiré de : *Le Progrès des Nations, PNUD 1999 et AIDS in the context of development*

Dans une étude menée sur l'impact psychologique de l'orphelinage pour cause de sida à Brazzaville, et portant sur 354 enfants âgés de 4 à 18 ans<sup>142</sup>, il a été constaté qu'un cinquième d'entre eux souffraient de troubles divers. Les troubles identifiés étaient :

- troubles d'adaptation (fugues, délits, hyperactivité, toxicomanie) : 27%
- troubles affectifs (dépression, anxiété, irritabilité, agressivité) : 34%
- syndrome de stress post-traumatique (reviviscences traumatiques, évitement) : 39%

Les facteurs aggravant les troubles psychologiques identifiés étaient :

- doutes concernant la cause du décès des parents
- stigmatisation
- discrimination sociale
- précarité
- expulsion du domicile familial
- ignorance du décès des parents (enfants à qui l'on a dit que le parent était en voyage par exemple)
- séparation des fratries (parmi les 3.377 enfants âgés de 0 à 18 ans compris dans l'ensemble de l'étude, 63% ne vivaient pas avec l'ensemble de leurs frères et sœurs et étaient donc placés dans différents foyers ou diverses situations)

Dans le cas de ces enfants, la solidarité familiale jouait néanmoins encore le premier rôle dans la prise en charge des orphelins, puisque 98,3% d'entre eux se trouvaient dans le foyer familial d'origine (dont 14% sans aucun parent) ou un foyer de la famille étendue au moment de l'enquête. On peut aussi retenir de cette enquête que 45% des enfants étaient déjà sexuellement actifs, avec un premier rapport à l'âge moyen de 12,6 ans (de 10 à 18 ans), et que seuls 20,5% d'entre eux avaient utilisé un préservatif. Il faudrait pouvoir comparer ces chiffres avec les pratiques concernant des enfants n'ayant perdu aucun parent, voire des enfants ayant perdu l'un ou les deux parents pour d'autres causes que le sida, mais ces données laissent en tout cas à penser que l'épidémie de VIH/SIDA risque fort de continuer à être alimentée et même à se répandre davantage encore parmi cette population, et au-delà.

L'Annexe III revient sur les spécificités liées au VIH/SIDA quant aux conséquences sociales et psychologiques pour les enfants dont les parents décèdent.

Tirant parti des différentes tentatives d'énumération des effets néfastes de l'orphelinage et de la précarisation de la condition de l'enfance en général, la figure 12 suggère une double logique à l'œuvre et se renforçant l'une l'autre : l'effet circulaire qui peut entretenir un cercle vicieux entre l'état de santé et la condition socio-économique d'une part<sup>143</sup>, et les effets induits par l'épidémie de VIH/SIDA d'autre part.

Avoir 20 ans demain, et avoir perdu un puis deux parents morts du sida, avoir quitté l'école pour s'occuper de ses frères et sœurs, parfois des neveux et nièces en bas âge, vivre chez la grand-mère âgée et malade ou même l'arrière-grand-mère comme dans le cas de Thandeka (au Swaziland) vu plus haut, ne pas pouvoir envisager de se marier, voilà l'avenir pour la plupart de ces jeunes gens. C'est sur eux que l'impact de l'épidémie est le plus lourd : parce que la perte des parents à un âge où ils sont considérés comme autonomes accélère le cours de leur vie, risquant en plus de les soustraire aux programmes de prise en charge. Renonçant à la construction de leur avenir, ils quittent l'école et se consacrent à la survie du groupe, amortissant le choc de la disparition des parents sur les autres enfants. C'est le prix à payer pour que la fratrie ne soit pas séparée, les enfants dispersés dans la famille. Les répercussions dans leur vie sont progressives dans le temps et parfois

---

<sup>142</sup> Mboussou F, Makaya J : *Evaluation du retentissement psychosocial du sida chez les orphelins à Brazzaville* ; papier présenté au 11<sup>ème</sup> colloque de l'Association International des Démographes de Langue Française, Dakar, 10-13 décembre 2002.

<sup>143</sup> Belli P, Appaix O : *The economic benefits of investing in child health*. Opus cité.

mal identifiées. Nous ne disposons pas de données sur l'âge du mariage chez les orphelins, mais ce type d'étude permettrait d'évaluer des conséquences à plus long terme de l'orphelinage dans la vie des enfants. En revanche des informations ponctuelles indiquent que le mariage est en recul là où la paupérisation progresse. Ainsi, en Afrique du Sud, le coût élevé associé au mariage semble le réserver de plus en plus à la classe moyenne ou aisée. La dot à verser par l'homme à la famille de son épouse est si élevée qu'il faut parfois toute une vie pour la payer. Les rares mariages observés dans certaines paroisses sont surtout l'apanage de personnes âgées accompagnées de leurs enfants et petits-enfants<sup>144</sup>. Les jeunes adultes, encore plus ceux dont la situation personnelle est rendue plus vulnérable par l'orphelinage et le VIH/SIDA, se trouvent, de la sorte, également défavorisés face à la possibilité de fonder un foyer. La déscolarisation précoce, la difficulté de la survie quotidienne, la responsabilité des autres enfants, la position sociale fragilisée des orphelins sont autant d'éléments expliquant une exposition précoce au risque du VIH. En Zambie, le taux d'infection par le VIH a baissé de près de la moitié parmi les femmes instruites, tandis qu'il a à peine diminué ou pas du tout chez les femmes dépourvues de bagage scolaire<sup>145</sup>.



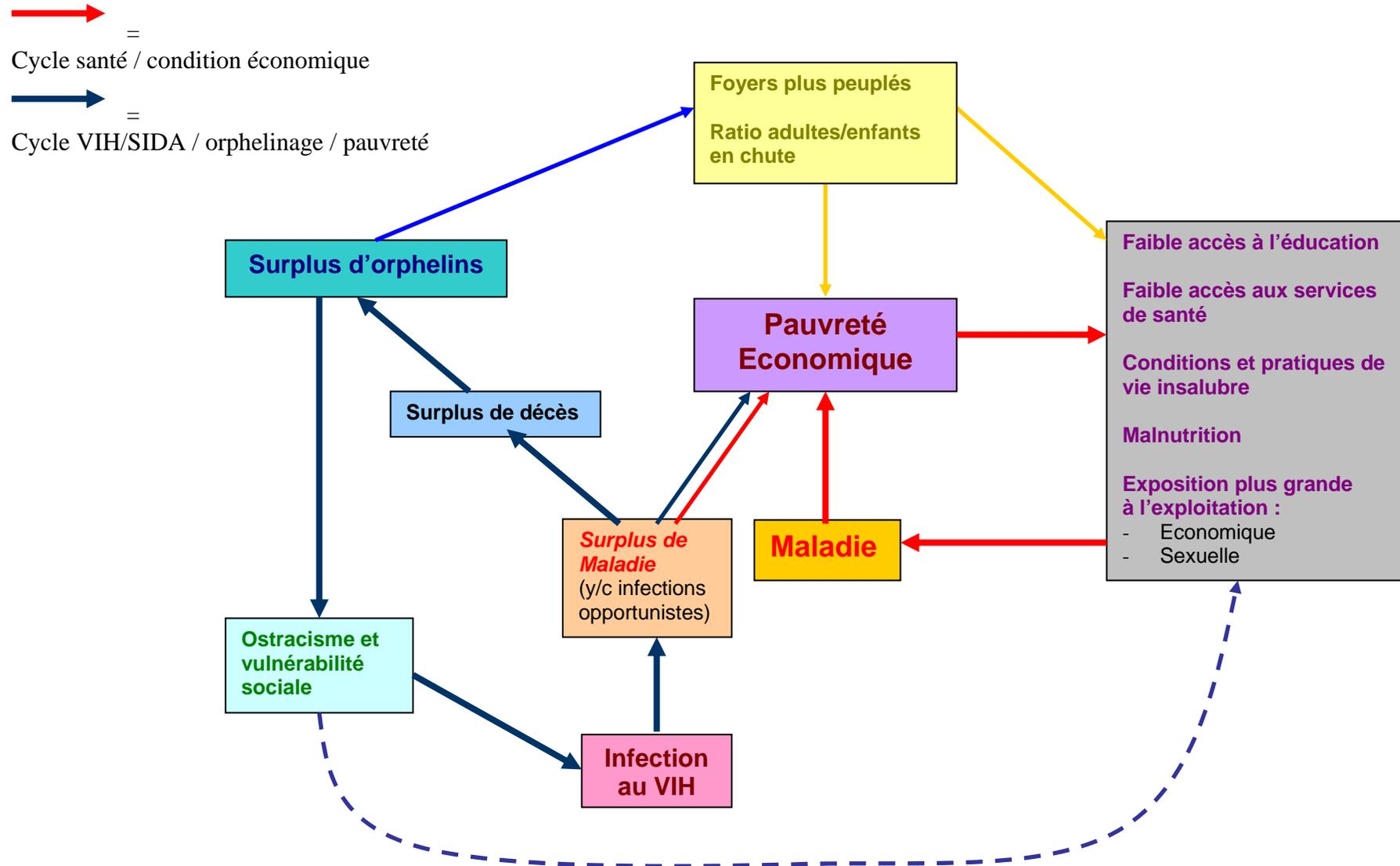
---

<sup>144</sup> Témoignage de Philippe Denis, prêtre en Afrique du Sud, qui recueille de nombreux orphelins pour cause de SIDA. Lettre circulaire n°19, avril 2004.

<sup>145</sup> Conférence de Barcelone en 2002 et le « vaccin de l'éducation ». Programme Alimentaire Mondial, *Alimentation et éducation : le rôle du PAM en matière d'amélioration de l'accès à l'éducation des orphelins et des enfants vulnérables d'Afrique subsaharienne*, Division des stratégies et des politiques, PAM, septembre 2002, p15.

**Figure 12 :** Relations de cause à effet entre le cycle de pauvreté, l'épidémie de VIH/SIDA et l'orphelinage de masse.

Note : ceci est la version simplifiée du schéma présenté dans l'Annexe III.



# Conclusion

Même s'il est encore difficile de mesurer l'ampleur finale de la vague d'orphelinage et de la précarisation rampante des conditions de vie de millions d'autres enfants, particulièrement dans le sillage de l'épidémie de VIH/SIDA, et s'il est même difficile de juger de l'ampleur de son impact, il est néanmoins un fait que cette vague continue d'enfler et qu'elle laissera derrière elle des effets de long voire très long terme pour des millions de futurs adultes et pour les sociétés dont ils seront membres. Elle est déjà en train de changer le visage des pays les plus touchés.

Dans ce travail nous nous sommes attachés à explorer tant l'ampleur du phénomène que sa diversité et sa complexité. Etre orphelin n'a pas la même signification partout, n'a pas les mêmes conséquences partout, et l'on peut avoir ses parents sans être pour autant beaucoup mieux loti.

Tant sur le plan quantitatif que qualitatif, la variabilité du statut d'orphelin selon les sociétés montre par ailleurs que, pour les acteurs sur le terrain, le problème posé n'est pas tant celui du sens à donner au décès mais celui de la solution pour remplacer ceux qui sont chargés de socialiser, protéger, soigner, nourrir les enfants. Qui peut permettre aux enfants de devenir les acteurs de demain, acteurs du développement des sociétés frappées, voire protagonistes de leur simple survie ? Quelles structures soutenir dans ce but ? Quels sont les réponses les plus à même d'assurer aux enfants un avenir constructif ? Combien d'enfants sont-ils concernés ? De quels moyens disposer pour répondre aux besoins ? Pour quels résultats ?

Face à tant de questions, il apparaît qu'un seul type de démarche n'est pas suffisant. On pourrait ainsi associer dans notre compréhension du phénomène de l'orphelinage de masse et dans le but d'y faire face, à la fois une approche scientifique et universelle du phénomène (pour recenser, évaluer les impacts économiques de long terme, par exemple) et une approche sociale et locale, déterminée en fonction des spécificités de chaque contexte, pour intervenir.

Dans la démarche quantitative qui serait celle du recensement par exemple, une précision extrême des critères est indispensable. Nous avons vu quelles en sont les implications (éthiques et politiques). Dans la démarche qualitative, il est important de donner l'ensemble des éléments de définition pour ne retenir que ceux les plus proches des réalités locales du terrain sur lequel seront mis en œuvre des programmes. C'est le cas des éléments anthropologiques abordés qui entrent dans la construction sociale de l'orphelinage et de l'enfance vulnérable mais aussi de l'action.

Pour faire suite à ce travail, nous avons engagé l'étude des stratégies proposées ou disponibles de prise en charge des enfants affectés par l'orphelinage et la détresse sociale et économique. Cette étude s'efforce d'apporter des éléments d'analyse de ces stratégies et d'offrir des pistes tant pour les connaître mieux, que pour les évaluer. L'objectif est aussi d'envisager de quels moyens il conviendrait de disposer globalement pour répondre aux multiples attentes et besoins identifiés. Une analyse de l'impact des mesures prises sera donc également menée. Ce travail fera l'objet d'un prochain volume.

# Bibliographie

## Stratégie de recherche de données sur les sujets abordés

Du fait que le présent rapport cherche à fournir des éléments de compréhension, réflexion et action pour la venue en aide aux enfants orphelins ou en situation de grande vulnérabilité, la recherche bibliographique ne s'est pas centrée sur un seul type de source (scientifique par exemple) mais couvre un plus vaste ensemble qui comprend aussi bien les données scientifiques que les informations recueillies par des programmes, des rapports d'agences internationales ou nationales, des associations et la presse générale comme spécialisée.

Suivant l'esprit du rapport, la bibliographie proposée ci-dessous est avant tout destinée à identifier les principales sources d'information qui non seulement ont contribué à alimenter ce travail, mais aussi qui pourraient être utiles à ceux et celles qui souhaiteraient approfondir certains aspects des éléments proposés dans le rapport. Dans ce but, une sélection et une classification ont été opérées afin de fournir aux lecteurs intéressés des points de départ pour une exploration plus avancée dans des domaines spécifiques.

Les notes de bas de page du texte comportent, elles, l'ensemble des références utilisées pour la rédaction même du rapport, lesquelles n'apparaissent pas nécessairement dans les listes ci-dessous, mais peuvent être incluses dans des ouvrages ou rapports cités ici. Par exemple, les articles d'Alerte Orphelins en date de juillet 2000, publication de l'AFXB, ne sont pas toutes repris ici, alors qu'ils sont cités individuellement dans le corps du texte, tandis que la référence de l'ouvrage est citée ici. Par ailleurs, il convient de noter que toutes les sources présentées ci-dessous n'ont pas encore été exploitées pour la version actuelle du rapport (notamment du fait que les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> parties sont en phase préliminaire de développement), mais elles le seront, et seront complétées, au fur et à mesure que les deuxième et troisième parties seront davantage élaborées.

## Principales sources de données

- Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)
- Agences de l'ONU en général (outre l'UNICEF et L'ONUSIDA : PNUD, FNUAP, BIT, UNESCO, PAM en particulier) ainsi que les dépêches quotidiennes de l'ONU (<http://www.un.org/French/newscenter>). L'UNESCO a un service d'échange d'informations : impact du VIH/sida sur l'éducation : <http://www.unesco.org/iiep>
- AIDS Orphans Database Expands Coverage
- ARCAT-SIDA
- Association François-Xavier Bagnoud (AFXB) qui travaille essentiellement sur le sujet des orphelins du sida. Elle possède une assez grande base de données et communique des revues de presse sur le sujet
- Association Internationale des Démographes de Langue Française (AIDELF)
- Axios (ONG)
- Banque Mondiale (comporte notamment un réseau d'économistes travaillant sur les questions liées au VIH/SIDA)
- Banques régionales de développement
- Children In Need (réseau CHIN, en Zambie ; confédération d'associations locales travaillant à la venue en aide aux enfants vulnérabilisés et aux orphelins)
- CICR (Comité International de la Croix Rouge)

- CIDA (l'agence de coopération internationale canadienne) ; voir notamment le Nelson Mandela Children's Fund qui est appuyé par CIDA
- Comité Français pour la Solidarité Internationale (cité dans : Alternatives Economiques N°217, septembre 2003, page 59, encart du bas) ; www.cfsi.asso.fr
- Ensemble Contre le Sida (et publication « Transversales »)
- Family Health International
- Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.
- INED (Institut National d'Etudes Démographiques, France)
- Institut National d'Etudes Démographiques (INED)
- INIST (service de documentation scientifique, très fournie en références de toutes langues, et la plus importante en français)
- International Aids Alliance (www.aidsalliance.org)
- International Rescue Committee
- Journaux scientifiques (exemples : Pédiatriques, Le Journal du Sida, Population et Sociétés)
- Lexis Nexis
- Maisons d'édition spécialisées (exemples : Khartala, L'Harmattan)
- Medline
- ONUSIDA / OMS
- Orphelins Sida International
- OXFAM
- Population Council
- Presse générale et spécialisée – du « nord » comme des pays les plus concernés par le phénomène des orphelins (y compris agences de presse)
- Save the Children
- Solidarité Sida
- UNICEF
- Union Européenne
- USAID

## Rapports et documents généraux (analyse de situation, état de la crise d'orphelinage)

Les documents présentant d'une façon générale l'état de la crise d'orphelinage massif dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA sont le produit d'organismes disposant de ressources importantes, telles les agences de l'ONU, des agences de coopération internationale ou de grandes ONG travaillant dans les domaines couverts par le présent document.

### UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

- Rapport annuel de l'UNICEF : *la situation des enfants dans le monde*, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York.
- *Un cadre d'action pour la protection, les soins et le soutien des orphelins et enfants vulnérables vivant dans un monde avec le VIH et le sida (Framework for the protection, care and support of orphans and vulnerable children living in a world with HIV and AIDS)*. UNICEF, juillet 2004.
- Situation « Enfants-Soldats ». UNICEF France, juin 2004.
- *Démobilisons les enfants-soldats*, Rapport du comité français de l'UNICEF, juin 2004.
- *Africa's Orphaned Generations*. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, 2003.
- *Les orphelins et les autres enfants touchés par le VIH/Sida*. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, 2002.
- *Les jeunes et le VIH/SIDA, une solution à la crise*. UNICEF, ONUSIDA, OMS, 2002.
- *Les orphelins et les autres enfants touchés par le VIH/SIDA* ; fiche de synthèse de l'UNICEF, 2002.

- *Les priorités de l'UNICEF pour les enfants 2002-2005 (vue d'ensemble du plan stratégique à moyen terme de l'UNICEF pour la période 2002-2005)*. Deuxième édition. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, 2002.
- *Le VIH/SIDA et les enfants touchés par les conflits armés* ; fiche de synthèse, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2002.
- *Atelier de l'Afrique Orientale et Méridionale sur les enfants affectés par le VIH/SIDA – mettre en oeuvre les objectifs de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations-Unies sur le VIH/SIDA sur les orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA (2002 Eastern and Southern Africa regional workshop on children affected by HIV/AIDS. Implementing the UNGASS goals for orphans and other children made vulnerable by HIV/AIDS)*. 25-29 novembre 2002, Windhoek, Namibie.
- *Les orphelins du sida. Réponses de la ligne de front en Afrique de l'Est et en Afrique australe*. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, 2000.
- *Le Progrès des Nations 1999*. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, 1999.

### **ONUSIDA (Programme conjoint des Nations Unies contre le VIH/Sida)**

- ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Les enfants au bord du gouffre 2004 ; rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action*. Juillet 2004.
- ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Children on the Brink 2002, a joint report on orphan estimates and program strategies*. Juillet 2002.
- *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. ONUSIDA, Genève, Juillet 2002.
- Bibliothèque de l'ONUSIDA (en anglais exclusivement : CDRom intitulé « UNAIDS library of current documents » version 1.1 – décembre 2001).
- *Children orphaned by AIDS ; front-line responses from eastern and southern Africa*. ONUSIDA, 2000, 36p.

### **PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement)**

- Cohen D. *The HIV epidemic and the education sector in sub-Saharan Africa*. Issues paper n°32. PNUD, New York, 1999.
- Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

### **Association François-Xavier Bagnoud**

- Un certain nombre de papiers de recherche et de position ont été produits par l'AFXB qui travaille depuis de nombreuses années dans la venue en aide aux orphelins et aux familles et institutions les accueillant à travers le monde. Ci-dessous est une liste non exhaustive, ne reprenant que les articles ou publications les plus utiles pour l'élaboration du présent rapport.
- Monk N. *Enumerating children orphaned by HIV/AIDS: counting a human cost*. AFXB, 2002. In *Alerte Orphelins*, Association François-Xavier Bagnoud, 2002.
- Bulletin « Alerte Orphelins » de juillet 2000 préparé pour la conférence international sur le sida de Durban (Afrique du Sud).
- Plusieurs numéros de « S.O.S Orphelins », bulletin de l'Association François-Xavier Bagnoud (depuis mars 2000 jusqu'à décembre 2003). S.O.S Orphelins a connu une publication erratique, parfois bilingue (français, anglais), parfois monolingue (anglais surtout), et reprenant essentiellement les dépêches et articles parus dans la presse anglo-saxonne (Etats-Unis et Afrique australe et de l'est).

### **FAO (Programme des Nations Unies pour l'Agriculture et l'Alimentation)**

- Du Guerny J. *Rural children living in farm systems affected by HIV/AIDS : some issues for the rights of the child on the basis of FAO studies in Africa*. Service des Programmes de Population. SDWP/FAO, 12 novembre 1998.
- *Alimentation et Éducation: Le Rôle du PAM en matière d'amélioration de l'accès à l'éducation des orphelins et des enfants vulnérables d'Afrique subsaharienne*. Division des stratégies et des politiques, Programme Alimentaire Mondial. Septembre 2002.

## ONU (Organisation des Nations Unies) – autres sources

- Fiches pays – IRIN News. Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires.
- Les dépêches de l'agence d'information des Nations Unies ([www.unnews.org](http://www.unnews.org))
- *Savoir pour sauver*. Troisième édition. UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP, PNUD, ONUSIDA, PAM et Banque mondiale. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2002.

## USAID (Agence de coopération internationale des Etats-Unis d'Amérique)

- Smart R. *Politiques pour les orphelins et enfants vulnérables : un cadre pour progresser*. USAID, Futures Group International (Policy Project). Juillet 2003.
- USAID Project Profiles : children affected by HIV/AIDS, second edition, July 2002. (CD disponible) – projet Synergy. [http://www.usaid.gov/pop\\_health/aids/publications/index.html](http://www.usaid.gov/pop_health/aids/publications/index.html)
- Phiri SN, Foster G, Nzima M. *Expanding and strengthening community action : a study of ways to scale up community mobilization interventions to mitigate the effect of HIV/AIDS on children and families*. Displaced Children and Orphans Fund, USAID. Mars 2001.
- Nyangara F. *Sub-national distribution and situation of orphans : an analysis of the president's emergency plan for AIDS relief focus countries*. USAID, bureau Afrique, mars 2004.
- *USAID project profiles : children affected by HIV/AIDS*; 3<sup>ème</sup> édition, septembre 2003.
- Williamson J, Cox A, Johnston B. *Conducting a situation analysis of orphans and vulnerable children affected by HIV/AIDS: a framework and resource guide*. USAID, février 2004.
- Academy for Educational Development. *Understanding the needs of orphans and other children affected by HIV and AIDS in Africa; the state of science* (comprendre les besoins des orphelins et des autres enfants affectés par le VIH et le sida en Afrique; l'état de la science). Version provisoire. USAID, avril 2004.

## Autres sources générales (ordre alphabétique)

- Population Council, programme Horizons. Compilation de ressources bibliographiques sur le VIH/Sida : *Findings from the field ; a compilation to date of publications on HIV/AIDS from horizons and partner organizations : May 2002*. CDRom.
- Schoofs M. *AIDS : the agony of Africa ; a continent of orphans*. The Village Voice (special reprint of an 8-part series). Nov.9, 1999. Vol. XLIV, n°44.
- *La situation et les tendances des épidémies VIH/SIDA en Afrique subsaharienne*. Symposium satellite officiel de la Xième conférence internationale sur les MST et le sida en Afrique. Rapport final. Abidjan, 3-4 décembre 1997.
- Wax E. *A generation orphaned by AIDS*. Washington Post, 13 août 2003, p.A01.
- Appaix O. *Les orphelins du sida*. Alternatives Economiques, n°211, février 2003, pp 58-61.
- Carroué L. *Le sida ronge l'Afrique*. Alternatives Economiques, n°178, février 2000, pp 32-33.
- Ainsworth M, Semali I. *The impact of adult deaths on children's health in Northwestern Tanzania*. Policy research working paper n°2266. Groupe de Recherche sur le Développement, Pauvreté et Ressources Humaines, Banque Mondiale, Washington DC, Janvier 2000.
- National AIDS Coordination Programme. *HIV/AIDS in Zimbabwe ; background, projections, impact, interventions*. Programme de Coordination Nationale sur le VIH/sida, Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Enfant. Juillet 1998.
- Collins J, Rau B. *AIDS in the context of development*; 2000.
- Wakhweya A, Kateregga C, Konde-Lule J, Mukyala R, Sabin L, Williams M, Heggenhougen HK. *Situation analysis of orphans in Uganda*. Ministère du Genre, du Travail et du Développement Social, Gouvernement de l'Ouganda, Uganda AIDS commission, 2002.
- Honwana A. *Innocents et coupables. Les enfants-soldats comme acteurs tactiques ; in Enfants, jeunes et politique*. Politique Africaine n°80, 2000, p 58.
- Conscience (la lettre d'information d'Orphelins Sida International) ; [www.orphelins-sida.org](http://www.orphelins-sida.org)
- Fonds Nelson Mandela pour les enfants (Afrique du Sud).
- Université de Californie : « Women, Children, and HIV : resources for prevention and treatment, second edition, July 2002 » (CD disponible).
- The orphan generation – the global legacy of the AIDS epidemic. Sous direction de Levine C, Foster G ; Cambridge University press. 2000.

## Rapports et documents spécialisés (par thème développé dans le présent rapport, y compris les annexes)

### Concernant l'évaluation de la dimension démographique de l'orphelinage et de l'épidémie de VIH/SIDA, on peut se référer à :

- Monk N. *Enumerating children orphaned by HIV/AIDS: counting a human cost*. AFXB, 2002. In Alerte Orphelins, Association François-Xavier Bagnoud, 2002.
- Monnier A, Pennec S : Le nombre d'orphelins : une inconnue démographique. Papier présenté au 11<sup>ème</sup> colloque de l'Association Internationale des Démographes de Langue Française, Dakar, 10-13 décembre 2002.
- Monk N. *L'ampleur sous-estimée d'une épidémie ancienne : les dynamismes de l'orphelinat et de l'adoption en Ouganda rural*. In Alerte Orphelins, Association François-Xavier Bagnoud, juillet 2000, p.9-16.
- Timaeus IM. *Impact of the HIV epidemic on mortality in sub-Saharan Africa: evidence from national surveys and censuses*. AIDS ; 1998;12 Suppl 1:S15-27.
- Hosegood V, Vanneste AM, Timaeus IM. *Levels and causes of adult mortality in rural South Africa: the impact of AIDS*. AIDS ; 2004 Mar 5;18(4):663-71.
- ONUSIDA. *Comprendre les dernières estimations concernant l'épidémie mondiale de sida* (Understanding the latest estimates of the global AIDS epidemic), juillet 2004.
- Hunter S, Williamson J. *Children on the brink : updated estimates and recommendations for intervention*. Synergy project / USAID. Washington DC ; 2000.
- ONUSIDA, UNICEF, USAID. *Les enfants au bord du gouffre 2004. Rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action*, juillet 2004.
- *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA* ; ONUSIDA, juillet 2004.
- Carriou S, Léger F, Fonteneau R. Tentative de modélisation de la pandémie du sida en Afrique subsaharienne. Présenté aux 26<sup>èmes</sup> journées des Economistes Français de la Santé, Clermont-Ferrand, 8-9 janvier 2003.
- Enquêtes Démographiques et de Santé ; menées par Macro International avec l'appui financier de l'USAID, agence bilatérale de développement international des Etats-Unis.

### Concernant les contextes socio-culturels dans lesquels se développent l'orphelinage de masse et la vulnérabilisation de l'enfance

- Lévi-Strauss C. Les structures élémentaires de la parenté.
- Nathan T, Lewertowski C, « Thérèse, manger n'est pas tuer », in *Soigner. Le virus et le fétiche*, Odile Jacob, Paris, 1998. Cas clinique relatant entre autre, la spoliation des biens de Thérèse, séropositive de culture kongo, par sa belle famille après que son mari soit mort du sida.
- Pourchez L. Adoption et fosterage à La Réunion : du souci de préserver les équilibres sociaux. in *De l'adoption. Des pratiques de filiation différentes*, ss dir. Leblic I, PUBP, collection Anthropologie, Clermont Ferrand, 2004, p39.
- Farmer P. *Sida en Haïti, la victime accusée*, Karthala, collection Médecines du Monde, Paris, 1992.
- Ashforth A. « Quand le sida est sorcellerie. Un défi pour la démocratie sud-africaine », *Critique internationale*, n°14, janvier 2002, pp 119-141.
- Forster PG., « Religion, magic, witchcraft, and AIDS in Malawi », *Anthropos*, n°93, 1998, pp. 537-545.
- Caldwell J : *The impact of the African AIDS epidemic* ; Health Transition Review, 1997, 7 (supplément 2): 169-188.
- « Suis-je le gardien de mon frère ? Les orphelins, le sida et le choix d'un tuteur parmi la famille élargie », in *Sociétés d'Afrique et sida*, n°10, octobre 1995, pp. 14-15.
- Desclaux A, Taverne B. Allaitement et VIH an Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique, Paris, Karthala, 2000.
- Libali B. Formes d'union matrimoniale et protection des enfants dans le contexte post-conflit au Congo ; UERPOD, 2003.

- D'Haeyer A. *Enfants sorciers, entre magie et misère*, Editions Labor, Bruxelles, 2004.
- Ngoulou J., Yila-Boumpoto M., Libali B., Synthèse du rapport d'analyse sur les violences sexuelles en situation de conflit au Congo, Ministère de la Santé, de la Solidarité et de l'Action humanitaire, Brazzaville, juin 2001.

### Concernant l'impact économique et social du VIH/SIDA et de l'orphelinage

- Barnett T, Whiteside A, Cohen D. *The social and economic impact of HIV/AIDS in poor countries: a review of studies and lessons*; ONUSIDA, novembre 2000.
- VIH/SIDA : une menace pour le travail décent, la productivité et le développement ; Bureau International du Travail, Genève, juin 2000.
- Beresford B. *Le coût économique et social du sida*. Afrique Relance, juin 2001, 19-23.
- Anand K, Pandav CS, Nath LM. *Impact of HIV/AIDS on the national economy of India*; Health Policy 47 (1999), 195-205.
- Collins J, Rau B. *AIDS in the context of development*.
- Bollinger L, Stover J. *The economic impact of AIDS*. The Futures Group International, Glastonbury (CT), 1999.
- *Socio-economic impact of AIDS in Africa*. ONUSIDA, 2000.
- *Impact of HIV on delivery of health care in sub-Saharan Africa : a tale of secrecy and inertia*. Editorial, Lancet (1995); 345 (8961): 1315-1317.
- Access Economics. *HIV/AIDS and development in Asia and the Pacific : a lengthening shadow*. The potential economic impact of HIV/AIDS in Asia and the Pacific. Paper prepared for the Asia Pacific ministerial meeting. October 9-10, 2001.
- Aggleton P, Bertozzi SM. *Report from a consultation on the socio-economic impact of HIV/AIDS on households*. UNAIDS, 1999.
- Barnett T, Blaikie P. *AIDS and food production in East and Central Africa : a research outline*. Food policy ; 14(1) :2-6, Feb.1989.
- Barnett T, Whiteside A. *AIDS in the twenty-first century*. Palgrave-McMillan, New York, 2002.
- Barks-Ruggels et al. *The economic impact of HIV/AIDS in Southern Africa*. Conference Report n°9. The Brookings Institution. Septembre 2001.
- Botswana Institute for Development Policy Analysis. *Impact of HIV/AIDS on poverty and income equality in Botswana*. August 2000.
- Du Guerney J. *Agriculture and HIV/AIDS*. Présenté à la conférence de l'AESE, 2001.
- Drimie S. *The impact of HIV/AIDS on rural households and land issues in Southern and Eastern Africa*. Papier préparé pour l'Organisation Mondiale pour l'Alimentation et l'Agriculture (OMAA/FAO), bureau sous-régional pour l'Afrique Australe et Orientale. Août 2002.
- Freire S. *Impact du VIH/SIDA sur l'épargne en Afrique du Sud*. Papier présenté à la 26ème conférence de l'Association des Economistes Français de la Santé, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003.
- Jamison D, Sachs J, Wang J. *The effect of the AIDS epidemic on economic welfare in sub-Saharan Africa*. Papier pour la Commission Macroéconomie et Santé, n° WG1:13, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Décembre 2001.
- Ruger JP, Jamison DT, Bloom DE. *Health and the economy*, in Merson M, Black R and Mills A (Eds), *International public health (diseases, programs, systems and policies)*, Aspen Publications, 2001.
- Ventelou B, Touzé V, Drouhin N. *Evaluer l'impact macroéconomique du sida en Afrique : un modèle structurel*. Papier présenté à la 26ème conférence de l'Association des Economistes Français de la Santé, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003.
- Touzé V, Ventalou B. *Pandémie du Sida et développement, un enjeu mondial*. Revue de l'OFCE, hors série mars 2002, Paris, publié dans Problèmes Economiques n°2764, 5 juin 2002.
- Whiteside A. *The economics of HIV/AIDS*. Présentation au Symposium sur l'économie du VIH/SIDA dans les pays en développement, Barcelone, 6 juillet 2002.
- Banque Mondiale. *Confronting AIDS : public priorities in a global epidemic*. Edition révisée. Banque Internationale de Reconstruction et de Développement, Washington DC, 1999.
- Guidelines for studies of the social and economic impact of HIV/AIDS ; ONUSIDA, 64p.
- Cohen D. *The HIV epidemic and the education sector in sub-Saharan Africa*. PNUD, 1999.
- Deininger K, Garcia M, Subbarao K. *AIDS-induced orphans as systemic shock : magnitude, impact and program interventions in Africa* (le choc systémique des orphelins pour cause de sida : magnitude, impact et programmes de réponse en Afrique); World Development, 2003, 31 (7):1201-1220.

## Concernant l'impact psychologique et socio-culturel du VIH/SIDA et de l'orphelinage

- Dekens S., Charruau A.-L., Etude qualitative sur l'impact du VIH/SIDA dans la vie des personnes infectées et affectées au Congo Brazzaville, CREDES, février 2004.
- Farmer P. Sida en Haïti, la victime accusée, Karthala, collection Médecines du Monde, Paris, 1992.
- Forster PG. *Religion, magic, witchcraft, and AIDS in Malawi*, Anthropos, n°93, 1998, pp. 537-545.
- Caldwell J. *The impact of the African AIDS epidemic* ; Health Transition Review, 1997, 7 (supplément 2): 169-188.
- *Suis-je le gardien de mon frère ? Les orphelins, le sida et le choix d'un tuteur parmi la famille élargie*, in Sociétés d'Afrique et sida, n°10, octobre 1995, pp. 14-15.
- Crampina A. et al. *The long-term impact of HIV and orphanhood on the mortality and physical well-being of children in rural Malawi*; AIDS (2003), 17:389-397.

# Annexe 1

## Principales catégories de situation de l'enfant orphelin ou en grande vulnérabilité

Etablir des catégories d'enfants orphelins ou en situation de grande vulnérabilité ne peut être entrepris que si l'on cherche en définitive à les identifier pour comprendre leurs besoins et les faire bénéficier de programmes ou de stratégies de prise en charge spécifiques. Les catégorisations proposées ici n'ont pas d'autre but. Aussi nous sommes-nous attachés à ce qui permet d'identifier les enfants dans le besoin, de savoir qui ils sont, dans quelles conditions ils vivent, de quoi ils manquent, quels sont les risques majeurs pour leur développement et leur avenir. Tous les orphelins ne sont pas en danger, tous ne se trouvent pas abandonnés s'ils ont perdu leurs deux parents. Mais les stratégies de prise en charge, évoquées plus haut pour mieux connaître la situation des enfants et dans les seconde et troisième parties pour analyser ces prises en charge et leurs effets, ne sont pas toujours à même de combler les besoins fondamentaux des enfants. La question est alors de savoir comment classer : si par lieu de résidence ou type de prise en charge (avec un oncle, des grands-parents, dans un orphelinat, par soi-même, etc.), par condition socio-économique et psychologique ou selon d'autres critères encore.

Par ailleurs la question devient plus compliquée dès lors qu'on inclut dans la classification les enfants qui ne sont pas techniquement des orphelins, mais des quasi-orphelins ou orphelins de facto, et les enfants qui sont rendus vulnérables par le phénomène de l'orphelinage là où il est numériquement d'une très vaste ampleur.

Nous avons donc établi deux classifications. L'une pour les orphelins, l'autre pour les enfants vivant en situation de grande vulnérabilité même s'ils n'ont perdu aucun de leurs parents. Les classifications suivantes reprennent l'ensemble des situations dans lesquelles se trouvent ces enfants, lesquelles sont tirées de la revue de faits effectuée dans le cadre du présent rapport et présentée dans les deux premières parties. Ces classifications se basent sur les lieux de résidence des enfants et sur la forme de prise en charge lorsqu'elle existe spécifiquement. Les conditions de vie, les facteurs de vulnérabilité associés à ces situations sont également rappelés car ils renseignent sur la condition courante des enfants. Comme indiqué plus haut, un enfant orphelin n'est pas nécessairement dans le plus grand des besoins. Un enfant adopté ou confié à une famille ayant suffisamment de ressources peut se trouver dans de meilleures conditions socio-économiques et même psychologiques que lorsqu'il se trouvait dans le sein d'un foyer en voie de destruction ou dans le plus total dénuement. Aucune classification ne colle parfaitement à la réalité, mais elle permet de s'en faire une idée assez détaillée et de guider le travail de ceux qui sont chargés de définir les actions à mettre en œuvre selon le type de situations rencontrées. Dans la mesure du possible nous avons indiqué des situations intermédiaires, ou variantes de la situation envisagée dans le libellé principal.

## Les orphelins

- Un seul des parents est décédé : l'enfant vit avec sa mère ou son père.

Dans le cas d'un premier parent mort du sida, le second encore vivant est souvent lui-même infecté ou malade.

- Dans les familles élargies : l'enfant est confié à d'autres membres de la famille du ou des défunt(s) (que les deux parents soient décédés ou l'un seulement, cela dépend du lieu, des conditions socio-économiques, de la construction sociale) ; les membres de la famille étendue sont le plus souvent les grands-parents, les oncles et tantes, les frères et sœurs déjà adultes.

Un cas de figure intermédiaire mais fréquent : l'orphelin qui est hébergé par un membre de la famille élargie, qui trop vieux, pauvre, malade ou désintéressé, ne s'occupe pas de l'enfant ; celui-ci passe la journée dans la rue à chercher de quoi se nourrir. Il ne rentre le soir que pour dormir. Certaines de ces familles ne nourrissent pas ces orphelins.

- En familles d'accueil : lorsque la famille étendue ne peut pas accueillir l'orphelin, celui-ci peut vivre dans une autre famille de la communauté. C'est une solution qui est très fréquente dans le cas du sida, en particulier dans les associations de personnes vivant avec le VIH : lorsqu'un membre de l'association meurt, ce sont d'autres membres qui accueillent les enfants du/de la défunt-e. Dans d'autres cas, des voisins, des amis des parents peuvent accueillir les orphelins. Cet accueil chez des personnes qui n'ont pas de lien familial avec eux, expose davantage des enfants aux mauvais traitements, à la déscolarisation et à l'exploitation de leur force de travail.

- Dans les « foyers » : souvent encadrés par un couple d'éducateurs aux fonctions parentales, ces structures de type familial accueillent sous un même toit un petit nombre d'orphelins, sur le modèle d'un accueil familial. Ces structures peuvent émaner de la communauté ou d'ONG.

- Dans des « villages d'enfants » : dans certains pays de forte endémie, des communautés ont construit des villages pour que les orphelins puissent y vivre une vie de type familial, la plus normale possible, encadrés par des éducateurs. La vie quotidienne est en partie collective, les enfants sont scolarisés, apprennent un métier, et y passent toute leur enfance. Ce type d'initiative existe surtout en Afrique de l'Est, et rencontre ses limites dans les difficultés rencontrées par les jeunes adultes pour s'insérer à l'extérieur de la communauté.

- A l'étranger : certains orphelins sont adoptés et partent vivre à l'étranger. Il y a aussi ceux adoptés, ils sont bien moins nombreux mais on en retrouve la trace dans les registres des Tribunaux de Premières Instance. Ça dépend là à mon avis du statut social (dans la hiérarchie) des nouveaux responsables. Et notamment de leur inscription en milieu rural ou urbain.

- Dans des orphelinats : l'enfant vit dans une institution (orphelinat) – surtout dans le cas d'enfants orphelins des deux parents dont le reste de la famille étendue n'a pas la capacité ou la volonté de les prendre en charge, ou qui l'ont fui.

On trouve aussi dans les orphelinats les « enfants de folles » (Mali, Bénin etc.), les orphelins accusés de sorcellerie (éloignés parce que la famille a peur d'eux. ex : Congo), ou ceux qu'on cherche à mettre à l'abri de la sorcellerie (éloignés pour les soustraire à l'emprise du sorcier. Ex : Bénin).

- Dans un ménage dirigé par un orphelin : après le décès du dernier parent, les enfants sont livrés à eux-mêmes et l'aîné prend en charge ses frères et sœurs orphelins comme lui, il devient « chef de famille » avant l'âge adulte (surtout en milieu rural où le travail de la terre peut fournir une modeste capacité de survie) – souvent cet enfant comme ses frères et sœurs abandonne l'école s'il s'y

trouvait. Les principales motivations des enfants sont de ne pas se séparer et de conserver les biens des parents (en particulier le terrain).

- Dans les armées régulières ou dans des milices : l'enfant, livré à lui-même s'est trouvé embrigadé dans des camps de travail, des milices armées, ou d'autres organisations qui ne fournissent pas d'éducation ni véritablement de soins à des enfants poussés malgré eux à se comporter comme des adultes ; il arrive même que des enfants placés en orphelinat se trouvent embrigadés comme c'est fréquemment le cas dans la moitié nord de l'Ouganda où il arrive qu'ils soient enlevés et forcés à porter les armes par une bande brigande ou une milice.

- Dans la rue : c'est à dire la vie en toute liberté, mais dans le plus total dénuement, ou bien avec le recours occasionnel à des institutions caritatives voire gouvernementales qui fournissent une aide ponctuelle, alimentaire ou de logement.

Avec des enfants qui vivent et dorment dans la rue (les enfants de la rue), et des enfants qui y passent la journée, y travaillent, mendient etc. (les enfants dans la rue). Ces derniers rentrent dans la famille uniquement le soir pour dormir à l'abri. Au Congo, des orphelins dont le père veuf s'est remarié, se font mettre dehors chaque matin par leur marâtre ; ils passent alors leurs journées dans la rue.

- Dans les prisons : l'univers carcéral est un lieu de plus en plus fréquenté par les enfants des zones urbaines livré à eux-mêmes, vivant dans la rue, et ayant recours au vol voire au banditisme pour survivre.

## **Les autres enfants en situation de grande vulnérabilité (non orphelins)**

Aux catégories de situation de l'enfant orphelin s'ajoutent celles correspondant aux enfants qui ne sont pas orphelins à strictement parler (leurs deux parents sont toujours vivants) mais qui sont en situation de grande vulnérabilité. Ceci comprend :

- Enfants dont un ou les deux parents sont chroniquement malades (et notamment du sida, ou de la tuberculose) :

- soit ils continuent à vivre avec eux ;

- soit ils sont confiés à d'autres membres de la famille

- ou bien ils sont placés ailleurs (par exemple dans le cas où les parents sont malades du sida et où le reste de la famille ou du village, du quartier, estime qu'ils sont eux-mêmes infectés) ; ce sont des « orphelins virtuels » ou « orphelins de fait ».

- Enfants infectés par le VIH/SIDA et qui sont chassés de leur famille (autre catégorie d'« orphelins virtuels » ou « orphelins de fait »).

- Enfant abandonnés ou « éloignés » (pour d'autres raisons que la séropositivité), les enfants pouvant être soit effectivement abandonnés avec rupture totale des relations de parenté soit placés pour un temps (notamment dans le cas des enfants placés en structure).

- Enfants des familles qui accueillent des orphelins (le poids de la prise en charge d'enfants supplémentaires peut contribuer à la grande précarité de familles déjà en grande difficulté économique).

- Dans les camps de réfugiés : le nombre de personnes déplacées à cause des conflits armés ne fait que s'accroître en Afrique. Lors de ces déplacements, parfois massifs de population, les familles se peuvent se trouver séparées. Les conditions de vie y sont parfois dramatiques (épidémies, famines

etc.), causant la mort de nombreux parents. Leurs orphelins restent alors dans ces camps, faute d'avoir un endroit où aller.

- **Les enfants-soldats** : Dans de nombreux pays en proie à la guerre civile (Libéria, RDC, Sierra Léone, Soudan, Congo, Rwanda) ou dont l'Etat ne parvient pas à établir son autorité sur tout le territoire (Ouganda, Angola), les milices recrutent des enfants-soldats en grand nombre. Dès l'âge de 6 ans, ils sont parfois en majorité au sein de l'armée ou de la milice (60% au Mozambique). Dans certains cas les enfants sont enrôlés de force par razzia dans les villages (Mozambique) ou les écoles (Soudan). Ils sont contraints par le recours aux mauvais traitements, sévices, drogues, faim etc. D'autres enfants ayant été victimes d'exactions et de destructions, ou les orphelins livrés à eux-mêmes, sont les plus faciles à recruter et sont parfois volontaires pour s'engager dans une milice.

Ces catégories de situation ne décrivent pas les stratégies de prise en charge, quoique qu'elles les recouvrent partiellement (notamment le maintien de l'enfant dans la famille ou son « institutionnalisation »).

On peut envisager d'autres façons de classer les différents types de situation vécues par ces enfants. Par exemple, pour les enfants non-orphelins vivant en situation de grande vulnérabilité :

### **Enfants vivant avec leurs parents :**

- ceux dont un ou les 2 parents sont chroniquement malades ;
- ceux qui sont eux-mêmes chroniquement malades ;
- ceux dont un frère ou une sœur est chroniquement malade ;
- ceux dont un parent est remarié ;
- ceux dont les parents accueillent des orphelins.

### **Enfants confiés ou abandonnés<sup>146</sup> :**

- parce que un ou les 2 parents sont chroniquement malades ;
- parce que les parents, trop pauvres, espèrent leur offrir une vie meilleure ;
- parce que la mère est « folle » ;
- parce qu'ils sont eux-mêmes malades ou handicapés ;
- parce qu'ils sont accusés de sorcellerie ou pour les en protéger.

Les programmes venant en aide aux enfants orphelins ou non établissent eux aussi des catégories qui résultent de leurs travaux d'identification et des besoins identifiés ou en fonction des services qu'ils sont à même de fournir. Au Mali, dans le cadre du programme d'appui au réseau RIOEV (Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables), ce sont 22 catégories d'orphelins et enfants vulnérables qui ont été identifiées<sup>147</sup> et qui peuvent être regroupées en cinq grands groupes :

- enfants infectés et affectés par le VIH
- enfants dans et de la rue
- enfants déficients mentaux et handicapés
- enfants victimes d'abus sexuels
- enfants en conflit avec la loi

Il est noté que « ces enfants, dans la majorité, se caractérisent par une très grande pauvreté et sont privés de leurs droits humains fondamentaux, ce qui les rend encore plus vulnérables au VIH/SIDA. » Ainsi, le VIH/SIDA crée de nouvelles catégories d'enfants marginalisés, placés en

---

<sup>146</sup> Voir la partie « Typologie des lieux de vie ».

<sup>147</sup> Kerouedan D et al. *Proposition technique et financière du Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables dans le cadre des activités du Fonds Mondial*. Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (au Mali). Credes. Janvier 2004.

situation de détresse et d'abandon. Mais ce sont des catégories plus difficiles à cerner, plus stigmatisées aussi parce que le VIH/SIDA est toujours vu comme une malédiction.

## Annexe 2

### Matrilinéarité et patrilinéarité : stratégies de parenté et de filiation et effets sur la prise en charge des orphelins

*Dans cette annexe sont développées les concepts et exemples abordés dans la sous-partie 1.2. Il ne s'agit pas de proposer une revue exhaustive de la question, mais du fait de l'importance de l'organisation sociale et particulièrement des principes de parenté et de filiation dans les stratégies de prise en charge des enfants, et notamment des orphelins, il est apparu nécessaire de consacrer une annexe de ce rapport à cette question. Ceci doit permettre aux non initiés de se familiariser avec ces notions somme toute assez banales mais fondamentales pour comprendre ces stratégies et leur adaptabilité.*

Les quelques pages suivantes présentent les traits caractéristiques des principales formes de lignage. Elles expliquent pour l'essentiel les choix faits par les sociétés humaines pour assurer la prise en charge des orphelins. Mais si elles sont d'assez bons prédicteurs des stratégies adoptées par les sociétés pour la répartition des responsabilités familiales, et notamment celles concernant les enfants, elles ne sont ni monolithiques ni figées. Des stratégies de compensation ou de modération des effets de l'une ou l'autre sont développées ici et là en fonction des nécessités, des évolutions sociétales et d'autres facteurs. La surmortalité due au sida est l'un de ces facteurs.

En Afrique, continent le plus gravement affecté par l'orphelinage de masse et l'épidémie de VIH/SIDA, les traditions lignagères étaient à l'origine majoritairement matrilinéaires. Les monothéismes, la colonisation et plus particulièrement l'importation du système d'état civil associé aux modèles européens d'Etat, ont peu à peu réformé en profondeur les pratiques sociales. Actuellement, la zone de matrilinéarité a tendance à se restreindre et ne correspond à aucun découpage géographique précis. Néanmoins, il est possible de dire que l'Afrique Centrale et du Sud-Est est une zone à forte dominante matrilinéaire, tandis que l'Afrique du Nord et de l'Ouest, est davantage patrilinéaire. Mais au sein d'un même pays peuvent coexister des ethnies matrilinéaires et des ethnies patrilinéaires<sup>148</sup>.

#### Le statut de l'épouse et des enfants selon le type de lignage

##### Dans les sociétés patrilinéaires

Dans les sociétés où le système de filiation patrilinéaire prévaut, la règle veut que l'enfant appartienne au groupe du père. Au moment du mariage, la dot de la femme est offerte à la famille de son époux, et les enfants qui naîtront de cette union s'inscriront dans la lignée paternelle dont ils porteront le nom. Au décès de l'époux, et afin que les enfants puissent rester près de leur mère tout en continuant d'appartenir à la lignée paternelle, un frère du mort est désigné pour épouser la veuve.

---

<sup>148</sup> Exemple : En Côte d'Ivoire, les Djulas appliquent les principes de la patrilinéarité alors que les Baoulés appliquent ceux de la matrilinéarité.

C'est la logique du *lévirat*. Si pour une raison ou pour une autre, la veuve retourne vivre chez ses parents, les enfants sont alors confiés à une tante paternelle qui s'en occupe. Une certaine souplesse est possible, surtout lorsque les enfants sont très petits : un accord peut être négocié entre les familles, pour que la veuve puisse élever les enfants jusqu'à ce qu'ils aient atteint un certain âge (par exemple 7 ans), avant que ceux-ci soient réintégrés dans leur famille paternelle. Dans ce système, les enfants héritent de leur père, et c'est l'oncle paternel qui est chargé d'administrer leur patrimoine jusqu'à ce qu'ils deviennent adultes. Lorsque le père se retrouve veuf, les enfants devenus orphelins de mère sont élevés par une autre épouse du père ou par une sœur de ce dernier. Cette situation est bien souvent très difficile pour les enfants car ils ne bénéficient plus de la protection de leur mère et peuvent devenir la cible de la jalousie et de la rancœur des coépouses.

### Dans les sociétés matrilineaires

En société matrilineaire, 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 meurt, 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.

Dans ces sociétés, la transmission du nom n'est pas linéaire et en aucun cas le nom des enfants sera celui de leur père. Le plus souvent, le nom de l'enfant le rattache à la lignée maternelle et il est individuel. C'est ainsi qu'en société matrilineaire, les frères et sœurs peuvent ne pas porter le même nom de famille. L'inscription de la filiation par un nom de famille accolé à un prénom est une innovation importée par la colonisation que le fonctionnement sur un modèle patrilinéaire rend particulièrement difficile à intégrer dans certaines régions africaines (Burundi, Rwanda, République Démocratique du Congo, par exemple).

### **Entre théorie et réalité : les effets du lignage sur les pratiques de placement des orphelins**

Le systématisme des modalités présentées ci-dessus ne se vérifie cependant pas toujours. Dans une société matrilineaire du Congo, par exemple, on a pu observer que le critère retenu pour déterminer le statut d'orphelin était indifféremment la perte du père biologique et/ou de la mère<sup>149</sup>. La mort du père des enfants a en effet une conséquence immédiate pour les enfants et directement observable : la perte de la principale source de revenus financiers de la famille.

Les liens traditionnels tels que nous les présentons plus haut, sont bien souvent très éprouvés dans les sociétés des pays pauvres confrontés à un haut niveau d'épidémie de sida. Les nombreux morts du sida mais aussi les migrations de populations (vers l'étranger et vers les grandes agglomérations

---

<sup>149</sup> Dekens S., Charruau A.-L., *Etude qualitative sur l'impact du VIH/SIDA dans la vie des personnes infectées et affectées au Congo Brazzaville*, CREDES, février 2004.

urbaines), compromettent souvent le maintien de certaines traditions de solidarité (hébergement, garde d'enfants, aide matérielle en nourriture, visites aux malades, collectes d'argent...). La guerre accentue le désastre, avec son lot de violences et de déplacements parfois massifs de population, en provoquant la mort de victimes directes et indirectes, parmi lesquelles de nombreux vieillards ne survivant pas à des conditions de vie devenues insupportables. La mort des anciens, la fragilisation des structures familiales traditionnelles, la perte des dispositifs de régulation des relations sociales et des dispositifs thérapeutiques préexistants, sont autant de facteurs qui contribuent à une déculturation et à la perte de fonctionnalité modèles et règles de vie ancestraux (voir théories dites « du village »).

### L'exemple du Bénin : l'orphelinage comme tiers entre les deux groupes

Selon des observations réalisées sur le terrain béninois, le système patrilinéaire se révèle complexe dans son application. Aux règles de filiation s'ajoutent la distribution des rôles de parenté, les représentations relatives au développement de l'enfant et à l'éducation qui doit lui être donnée pour devenir un être humain sociable<sup>150</sup>. Loin de définir une réalité homogène, la catégorie « enfant » ou « orphelin » risque de masquer les différents aspects pris en compte localement et expliquant la variabilité des choix de placement. Par exemple, il apparaît nécessaire de considérer la diversité des pratiques de placement corrélatives aux âges des enfants.

En effet, concernant les orphelins de père, on a pu constater que la prise en charge des nourrissons reste l'attribut de la famille maternelle, de même qu'au sein d'une même fratrie, les plus jeunes restent confiés à leur mère, tandis que les aînés sont pris en charge par la famille paternelle. En effet, les enfants en bas âge sont considérés comme ayant besoin des aspects maternels pour grandir et devenir des individus pleinement accueillis dans leur groupe d'appartenance. Le lait est l'élément nécessaire au bon développement physiologique, psychologique et social de l'enfant<sup>151</sup>. De ce fait, les femmes divorcées ou veuves se retrouvent plus ou moins momentanément avec un ou deux enfants derniers-nés nécessitant encore leur présence pour grandir et devenir sociables.

Au Bénin, le placement en orphelinat des enfants devenus orphelins de mère en bas âge semble plus fréquent que celui des orphelins de père. Il correspond souvent à une stratégie d'un groupe familial pour les soustraire à des risques vitaux comme la contamination par le VIH et/ou la maltraitance. En effet, si aucune nourrice n'est disponible dans la famille élargie, soit du fait de conflits, soit par crainte de la transmission de maladies par le lait et notamment du VIH/SIDA, les parents paternels et/ou maternels choisissent de remettre le nourrisson à un orphelinat tenu par des religieuses catholiques, connues pour avoir le lait artificiel et dotées, dans les discours recueillis, du pouvoir d'élever les enfants sans les maltraiter (à contrario des parentes paternelles ou des coépouses jalouses). Selon les établissements, les enfants peuvent être accompagnés par une grande sœur adolescente, une jeune tante maternelle ou une grand-mère. La structure d'accueil est perçue comme le lieu de l'humanisation du jeune enfant qui deviendra grâce à elle, capable de respecter les règles sociales, alors que son statut d'orphelin de mère l'aurait menacé de rester « incomplet » et de devenir agressif.

Par ailleurs, l'étiologie de sorcellerie pour expliquer le décès du parent peut également avoir des effets sur la stratégie d'accueil des orphelins. L'enfant se situant à la jonction de deux groupes, il est souvent au centre des accusations mutuelles, désigné tour à tour comme la victime ou le coupable. Dans ce contexte, il peut paraître aux deux groupes comme difficile de le garder. Afin d'éviter la rupture familiale et le placement de l'enfant à l'orphelinat, certains assistants sociaux cherchent

---

<sup>150</sup> Guillermet E. *Une enfance ambiguë, analyse anthropologique des trajectoires des enfants placés en orphelinat au Bénin* ; Mémoire de DEA, Lyon II, 2004, 144 p.

<sup>151</sup> Desclaux A, Tavernier B. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala, 2000.

parfois à temporiser ces conflits pour qu'un groupe accepte finalement l'enfant. Les choix de prise en charge de l'enfant se composent alors selon les lignes de tension traversant les relations entre les deux groupes familiaux. Des responsables de structures d'accueil temporaires au Bénin (à Cotonou, à Abomey et à Porto Novo) témoignent du fait que même si l'enfant devait normalement être pris en charge par le groupe du père, les parents de la mère avaient pu intervenir pour protéger l'enfant et demandaient à s'en occuper, craignant que le sorcier se trouve dans le groupe patrilinéaire<sup>152</sup>. En dernier recours et lorsque les soupçons de sorcellerie entre les familles deviennent trop intenses, le placement en orphelinat peut faire fonction de mise à l'abri pour l'orphelin, car ce lieu peut être perçu comme un tiers protecteur.

### L'exemple du Congo-Brazzaville : des systèmes traditionnels fragmentés.

Lorsqu'ils sont encore fonctionnels, les liens traditionnels continuent de remplir leur rôle d'accueil des enfants, même dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA. Cependant, la logique du système traditionnel matrilinéaire n'est pas toujours maintenue : certaines pratiques relèvent de cette logique, tandis que d'autres s'en éloignent pour les raisons évoquées en introduction (urbanisation, misère, guerre, pandémies, déplacements massifs de population...). Les dispositifs et les objets culturels ont bien souvent été fracturés, laissant actifs des fragments qui s'entremêlent aux autres phénomènes sociaux.

Le rôle parental de l'oncle maternel, caractéristique majeure de l'organisation familiale matrilinéaire, reste à l'heure actuelle un aspect fonctionnel dans certaines sociétés et il est observable à travers les stratégies de survie des parents vivant avec le VIH. Malades, ayant perdu la capacité de s'occuper de leurs enfants, des parents Kongos sollicitent le placement d'un ou de plusieurs de leurs enfants chez leur oncle maternel, ce dont témoigne une étude menée à Brazzaville<sup>153</sup>. Il apparaît dans cette étude que les oncles maternels, lorsque leur situation matérielle le leur permet, sont présents dans la vie des orphelins (aides financières à la mère, paiement de scolarisation, accueil des enfants dans leur famille).

Cependant, bien que cette fonction parentale de l'oncle maternel soit toujours partiellement vivace, cette même étude constate que ce recours est loin d'être systématique. Malgré la mort de leur père, les enfants devraient vivre sous le toit de leur oncle, au regard de la tradition. A cause de la pauvreté, les oncles n'accueillent plus leurs neveux et ces enfants, orphelins de fait, se retrouvent dans les rues.

C'est ce constat pragmatique de la perte d'efficacité du système traditionnel qui amène les intervenants locaux à considérer comme effectivement orphelins des enfants dont le père est mort et l'oncle maternel vivant. En 1999, l'association Médecins d'Afrique à Brazzaville destinait son programme de prise en charge des orphelins à des enfants ayant perdu leur père biologique et/ou leur mère à cause du sida, quelque soit la situation des enfants à l'égard de la tradition (présence ou pas d'un oncle maternel, père social des enfants). Même lorsque l'oncle est en vie, la mort du père a en effet une conséquence immédiate et directement observable pour les enfants : la perte de la principale source de revenus financiers de la famille.

Ainsi nous constatons que l'organisation traditionnelle de la famille reste le cadre de référence pour la prise en charge des orphelins, mais qu'elle est mise à mal par les difficultés économiques massives que connaissent les familles congolaises. Le manque de ressources conduit nombre d'oncles maternels à ne pas pouvoir exercer leurs fonctions dans la prise en charge des enfants dont le père est mort. Par conséquent, dans une logique d'intervention auprès des enfants, l'existence d'un

---

<sup>152</sup> Guillermet E. Opus cité.

<sup>153</sup> Dekens S., Charruau A.-L., *Etude qualitative sur l'impact du VIH/SIDA dans la vie des personnes infectées et affectées au Congo Brazzaville*, CREDES, février 2004.

oncle maternel doit être identifiée comme une ressource possible dans la prise en charge de l'orphelin, mais le plus souvent insuffisante pour pallier complètement au décès du père. Cette observation a pour conséquence de produire différents degrés de vulnérabilité chez les orphelins : un enfant congolais orphelin de père et dont l'oncle maternel est décédé est en principe davantage vulnérable que s'il n'a perdu que son père.

Lorsque qu'un père meurt, la famille de celui-ci n'a plus rien à voir avec la veuve et « ses » enfants, qui ne tardent pas à être dépouillés et chassés. Dans la tradition du veuvage chez les Kongo, la femme doit restituer tous ses biens à sa belle-famille, pour en sortir libérée et pouvoir se remarier<sup>154</sup>. Théoriquement, la veuve doit retourner dans sa famille, à laquelle elle n'a jamais cessé d'appartenir, elle garde avec elle ses enfants, qui sont les enfants de son lignage. Elle peut choisir de se remarier, ce qui expose les enfants à d'autres risques (maltraitance, abus divers)<sup>155</sup>. Après le décès du père, et davantage encore dans le cas du sida, les tensions entre la veuve et la famille de son mari peuvent être terribles : les biens sont confisqués par la belle famille, les enfants et elles sont chassés de la parcelle, accusés d'avoir tué l'époux/père en sorcellerie. Les belles-sœurs de la veuve, dont les enfants doivent hériter des biens du mort, sont les plus violentes et le sida, maladie se prêtant facilement aux accusations de sorcellerie<sup>156</sup>, leur offre un motif de stigmatisation et de rejet supplémentaire. Ainsi dans un contexte où le sida côtoie la guerre et la misère, c'est autour de ces logiques de sorcellerie et d'intérêt matériel, que s'articule la forte stigmatisation des orphelins du sida dans cette société matrilineaire.

### Rencontre des logiques et modernité des pratiques : le rôle des aïeules

Au regard de l'exemple de ces deux types de société, il paraît essentiel de prendre en compte la logique traditionnelle, tout en gardant à l'esprit que celle-ci est susceptible d'être fragmentée et d'interférer avec d'autres logiques possibles. En effet, dans un contexte où les morts se multiplient et où la misère infiltre toutes les familles, subvenir aux besoins d'une veuve et de ses enfants, s'avère souvent insurmontable pour les responsables traditionnellement désignés.

Partout en Afrique, en l'absence d'autre solution, les aïeules (grands-mères et grands-tantes) sont les principales actrices de la solidarité : elles recueillent souvent leurs filles veuves ou divorcées ; ce sont encore elles qui, de plus en plus, se trouvent en première ligne pour recueillir leurs petits-enfants devenus orphelins pour cause de sida, comme l'indique le rapport *Enfants au Bord du Gouffre 2004*<sup>157</sup> et comme le rapportent de multiples acteurs sur le terrain, comme par exemple les organisations partenaires d'Orphelins Sida International (OSI) en Afrique. Au Centre Solidarité Action Sociale de Bouaké (Côte d'Ivoire), qu'ils soient Baoulés (matrilineaires) ou Djulas (patrilineaires), 30% des orphelins doubles parrainés par OSI résident chez leur grand-mère

---

<sup>154</sup> voir Nathan T, Lewertowski C, « Thérèse, manger n'est pas tuer », in *Soigner. Le virus et le fétiche*, Odile Jacob, Paris, 1998. Cas clinique relatant entre autre, la spoliation des biens de Thérèse, séropositive de culture kongo, par sa belle-famille après que son mari soit mort du sida.

<sup>155</sup> Pourchez L. Adoption et fosterage à La Réunion : du souci de préserver les équilibres sociaux. in *De l'adoption. Des pratiques de filiation différentes*, ss dir. Leblic I, PUBP, collection Anthropologie, Clermont Ferrand, 2004, p39. Dans un contexte matrilineaire (La Réunion), le fosterage comme stratégie de la veuve se remariant pour éviter à ses filles d'être abusées sexuellement par leur beau-père.

<sup>156</sup> Sur les liens entre VIH/SIDA et sorcellerie, lire : Farmer P. *Sida en Haïti, la victime accusée*, Karthala, collection Médecines du Monde, Paris, 1992 ; Ashforth A. « Quand le sida est sorcellerie. Un défi pour la démocratie sud-africaine », *Critique internationale*, n°14, janvier 2002, pp 119-141 ; Forster PG., « Religion, magic, witchcraft, and AIDS in Malawi », *Anthropos*, n°93, 1998, pp. 537-545.

<sup>157</sup> « Si les grands-parents et autres personnes âgées jouent déjà un rôle important dans la prise en charge des orphelins, le poids qui pèse sur eux augmente considérablement. En Namibie, la proportion d'orphelins doubles et d'orphelins d'un seul parent (ne vivant pas avec le parent encore en vie) pris en charge par les grands-parents est passée de 44 % en 1992 à 61 % en 2000. Ces chiffres ont également augmenté en Tanzanie et au Zimbabwe », *Enfants au Bord du Gouffre*, ONUSIDA, 2004, p11 .

maternelle, 20% chez leur tante mater ou paternelle. Des données de Zambie et Tanzanie indiquent que jusqu'à 80% des orphelins dans ces pays sont pris en charge par leurs grand-mères<sup>158</sup>.

## Remarques finales

Si nous avons vu que les caractéristiques des sociétés matrilineaires et patrilineaires sont à prendre en compte pour comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les pratiques de circulation des enfants et leur prise en charge, il nous faut relativiser l'importance ou la systématisation des mécanismes de dépouillement et de perte de responsabilité associés à tel ou tel type de pratiques. La nature de liens scellés entre les familles joue également un rôle non négligeable dans la prise en charge des enfants en cas de décès des parents. Ainsi selon que l'union ait été célébrée selon la coutume ou non, que la dot ait été versée ou non, selon les relations que la mère entretenait avec ses propres parents, que ces derniers aient ou non approuvé le choix du conjoint, les enfants seront plus ou moins acceptés par l'un ou l'autre groupe et les pratiques d'accueil peuvent varier considérablement.

Les pratiques traditionnelles d'alliance et de circulation des enfants sont souvent perçues depuis l'Occident comme figées, et sont régulièrement dénoncées<sup>159</sup> comme faisant le lit de l'épidémie en générant davantage de stigmatisation à l'égard des personnes atteintes par le VIH et leurs enfants. Certaines, comme le lévirat, sont l'objet de vives critiques et des mesures comme la levée du secret sur le statut sérologique de la veuve sont envisagées. De crainte que les frères soient à leur tour contaminés par l'épouse potentiellement infectée, certains médecins opéreraient pour l'annonce à la famille de la séropositivité soupçonnée de la veuve. Plutôt que d'être maintenue dans le groupe, celle-ci risquerait alors le rejet ainsi que ses enfants. Or, il est à souligner que la pratique de lévirat n'implique pas nécessairement des relations sexuelles : par conséquent, un espace de négociation peut s'ouvrir ici. D'autre part, exclue, la veuve cherchera probablement à se remarier, si elle est porteuse du VIH la propagation du virus ne sera donc pas freinée. La disqualification de cette pratique, particulièrement sur le mode de la dénonciation, amène ici au déplacement du problème, sans parvenir à une solution satisfaisante. Ces dénonciations risquent de condamner à la clandestinité des pratiques ancestrales pourtant susceptibles d'être négociées, favorisant en définitive un mécanisme de propagation de l'épidémie.

Il paraît donc particulièrement important de tenir compte de l'ensemble des logiques à l'œuvre et de la manière dont elles s'articulent, pour pouvoir nous approcher au plus près du vécu des orphelins. Leur réalité est déterminée par de multiples facteurs, et il serait une erreur méthodologique que de comprendre leur situation à partir de grilles interprétatives par trop exogènes et uniques<sup>160</sup>. Les éléments de contexte sont déterminants car ils donnent un sens à ce que vivent les orphelins, et par conséquent offrent des ressources insoupçonnées en matière de prise en charge, dont nous nous priverions en l'absence d'une compréhension profonde de l'intelligence des logiques sous-tendues. Nous avons montré que les pratiques sociales découlent de modèles traditionnels en adaptation permanente. Bien loin d'être des croyances figées, cette capacité adaptative des systèmes est constamment réinterrogée par des phénomènes modernes.

Le niveau de l'épidémie de VIH/SIDA « modifie les caractéristiques des orphelins en Afrique subsaharienne, région où les orphelins de mère sont maintenant plus nombreux que les orphelins de

---

<sup>158</sup> Caldwell J : *The impact of the African AIDS epidemic* ; Health Transition Review, 7 (supplément 2): 169-188.

<sup>159</sup> Notamment par les instances internationales et nationales en charge de la lutte contre le sida. Mais la dénonciation et la disqualification des pratiques traditionnelles dans le cas du sida est héritière d'une longue tradition régissant les relations entre le monde occidental et l'Afrique (colonisation et évangélisation). L'anthropologie s'est longtemps apparentée à une démonstration à charge, dont les conclusions sont maintenant intégrées aux politiques locales.

<sup>160</sup> Note facultative : sur ce biais méthodologique dans les sciences humaines : Devereux G., *De l'angoisse à la méthode*.

père dans cinq des pays les plus durement touchés. En l'absence du VIH/SIDA, les enfants risquaient davantage de perdre leur père. Mais dans les pays d'Afrique subsaharienne, aujourd'hui, le taux de VIH/SIDA est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et les enfants sont plus nombreux à avoir perdu leur mère à cause du sida que leur père. Dans les pays d'Afrique australe les plus sévèrement atteints, 60 % des orphelins ont perdu leur mère, contre 40 % en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes »<sup>161</sup>.

Les systèmes traditionnels semblent à leur tour soumis à des modifications liées au poids démographique de l'orphelinage dû à l'épidémie de VIH/SIDA. Par exemple, au Zimbabwe, il semblerait que les mères et leurs familles soient davantage sollicitées concernant la prise en charge des orphelins, qui auraient davantage dû être accueillis par le groupe du père<sup>162</sup>, indiquant des changements dans les structures familiales.

---

<sup>161</sup> *Les enfants au bord du gouffre*, ONUSIDA, 2004

<sup>162</sup> « Suis-je le gardien de mon frère ? Les orphelins, le SIDA et le choix d'un tuteur parmi la famille élargie », in *Sociétés d'Afrique et SIDA*, n°10, octobre 1995, pp. 14-15

## Annexe 3

### Risques et conséquences auxquels sont exposés et soumis les orphelins

*Cette annexe reprend en détail et de façon plus systématique les aspects évoqués dans la partie 1.5. La présentation est faite ici par le biais des facteurs de risque, lesquels induisent des états de fait (socio-économiques, psychologiques) et des comportements favorisés par l'exposition aux risques identifiés.*

#### Sphère sociale et économique

*La faim : carences, apathie, somnolence, déscolarisation, exposition aux risques sexuels, exploitation de la force de travail, errance, criminalité.*

La lutte pour se nourrir au quotidien est le lot de nombreux orphelins<sup>163</sup>. Souffrir de la faim c'est devoir se soucier chaque jour de ce que l'on va manger dans la journée. La recherche de nourriture prend beaucoup de temps aux enfants, au détriment de toutes les autres activités. Elle en amène certains à quitter l'école, à accepter des relations sexuelles risquées, et à errer dans les rues, lieux de tous les dangers et des mauvaises rencontres.

Avoir faim a également de graves conséquences pour l'enfant et son développement : carences, retard de développement, asthénie, apathie, difficultés dans l'acquisition scolaire, somnolence à l'école...

Subvenir aux besoins alimentaires des enfants est le préalable indispensable à tout projet de soutien aux orphelins et à toute politique de réduction des risques.

*Etre femme : déscolarisation, exploitation économique et sexuelle, VIH et autres IST*

Le fait d'être une fille expose à davantage de risques et réduit la capacité à y faire face. Rappelons que les femmes ont 5 fois plus de risque d'être contaminées par le VIH que les hommes<sup>164</sup>, et que les raisons sont tout à la fois biologiques et sociales.

La condition des filles dans le monde est plus difficile que celle des garçons : elles sont plus exposées à l'exploitation domestique, aux abus, aux violences sexuelles, au VIH et autres IST, à l'arrêt précoce de la scolarité, elles vivent à un niveau socio-économique plus bas, ont moins de perspectives professionnelles.

---

<sup>163</sup> Au plus grand hôpital de Pointe Noire, une étude menée en 2000 montre que 26% des décès chez les enfants de moins de 15 ans sont dus à une malnutrition sévère. Douma J-B., Le Cœur S., Halembokaka G., Bioko R., Batala M., Les causes de mortalité des moins de 15 ans dans une ville africaine. Cas de Pointe-Noire, Congo Brazzaville.

<sup>164</sup> Programme Alimentaire Mondial, Alimentation et éducation : le rôle du PAM en matière d'amélioration de l'accès à l'éducation des orphelins et des enfants vulnérables d'Afrique subsaharienne, World Food Program, Division des stratégies et des politiques, septembre 2002.

*L'absence d'adulte de référence : dénutrition, maladie, déscolarisation, carences multiples, prises de risques, isolement social, errance, abus, criminalité.*

La perte de la protection d'un adulte contraint parfois les orphelins à subvenir seuls à leurs besoins fondamentaux : en premier lieu les besoins alimentaires, de santé, d'habillement et de logement, en second lieu l'éducation, et finalement les besoins affectifs. Les orphelins sont par conséquent des enfants exposés à des carences multiples (économiques, sociales et affectives). L'illustration la plus fréquemment rencontrée de cette absence de protection des adultes est la situation des orphelins devenus chefs de familles à un âge précoce : ils s'occupent de leur fratrie tout en devant prendre en charge leur propre avenir.

Les orphelins vivant dans la rue sont constamment exposés à des risques vitaux. Presque toute leur activité est centrée autour de la survie alimentaire. Pour se nourrir, ils prennent de nombreux risques et s'exposent à des abus de la part des adultes, il leur est impossible de suivre une scolarité normale et leur vie future s'en trouve gravement compromise.

Les orphelins placés dans des orphelinats sont également exposés à de multiples carences tant alimentaires, qu'éducatives et affectives. Ils ne sont pas systématiquement scolarisés, et développent souvent des difficultés particulières liées à la vie en institution (hospitalisme, difficultés d'intégration dans la société).

*Le statut du tuteur : carences affectives et sociales, deuils multiples, pauvreté, exploitation, abus, déscolarisation.*

Le statut de l'adulte qui s'occupe de l'enfant détermine les conditions de vie de celui-ci et a des conséquences parfois importantes sur la vie au quotidien.

Vivre avec un tuteur séropositif ou malade expose considérablement l'orphelin du point de vue socio-économique et compromet gravement son avenir : la première des conséquences peut être la déscolarisation de l'enfant qui doit subvenir seul à ses besoins et bien souvent s'occuper de son tuteur malade. De même qu'être à la charge d'un tuteur âgé et/ou sans ressources a des conséquences directes sur ce que vit l'enfant : cela peut là encore entraîner une déscolarisation pour une quête alimentaire quotidienne. Les aînés des fratries seront dans ce cas davantage exposés, tentant de pallier eux-mêmes aux difficultés matérielles de la famille.

Les familles monoparentales sont bien souvent d'un niveau socio-économique plus modeste que les autres, et les enfants vivant avec un seul parent seront plus exposés si le parent ou le tuteur tombe malade ou décède. Les conditions de vie matérielles dans lesquelles vit l'enfant (famille nombreuse, confort de la maison...) sont également à prendre en compte.

Le lien affectif et familial avec le tuteur détermine aussi le niveau d'exposition de l'enfant. En effet, plus le lien familial unissant l'enfant et son tuteur est lointain, plus l'enfant risque d'être discriminé par rapport aux enfants biologiques de la famille, plus il risque ainsi d'être déscolarisé et sa force de travail exploitée. Il sera aussi davantage exposé aux abus sexuels de la part des adultes.

La spoliation de l'héritage des veuves et des orphelins semble être récurrente de la part de la famille élargie<sup>165</sup>. Au décès du parent, correspond presque toujours une chute dans le niveau de vie des enfants, les exposant davantage.

---

<sup>165</sup> Voir la sous-partie 1.2 et l'Annexe II pour les conséquences du type de lignage sur la vie des orphelins.

## Sphère psychologique

Les conséquences varient fortement selon les conditions du décès et les interprétations sociales qui en sont faites. La qualité de l'organisation sociale autour de la prise en charge des enfants orphelins module également l'impact psychologique de l'orphelinage. Néanmoins, la perte d'un parent représente en soi une source de fragilité psychologique pour un enfant, et on observe des phénomènes plus ou moins intenses de vulnérabilisation psychique des orphelins.

### Les deuils

Le deuil d'un parent, à fortiori des deux, a un impact majeur sur le psychisme de l'enfant et peut perturber considérablement son développement. Au-delà de la profonde tristesse et du manque affectif majeur, la mort du parent représente en effet la perte de la protection de l'adulte, fondement de la sécurité intérieure d'un enfant qui prend conscience d'être ainsi exposé à tous les dangers de la vie.

Quelles que soient les circonstances du décès, un enfant peut avoir l'impression que si son parent est mort, c'est que lui-même ne lui a pas suffisamment donné envie de s'accrocher à la vie. L'enfant en deuil est donc un enfant qui culpabilise et éprouve le besoin d'être rassuré par les adultes.

Une caractéristique des orphelins du sida, est l'exposition à des deuils multiples. Après avoir perdu un parent, puis l'autre, certains enfants sont à nouveau exposés à des deuils en série : l'hécatombe continue dans la fratrie, et parfois la maladie emporte également le tuteur, puis encore un autre tuteur. Ce scénario est d'autant plus fréquent que la prévalence au VIH est élevée.

### Discrimination, stigmatisation

Le sida est une maladie suscitant un jugement moral fort à l'encontre des malades et par extension sur leurs enfants. Quant un adulte rappelle sans cesse à un enfant que son parent est mort du sida, celui-ci comprend bien au-delà des mots qu'il s'agit d'une condamnation morale de son parent « qui n'était pas quelqu'un de bien », ou « qui a eu une sexualité déviante ». Parfois, les mots s'accompagnent de comportements discriminatoires (mise à l'écart, différences de traitement...). La condamnation morale du parent décédé est très mal vécue par l'enfant qui se sent stigmatisé et souillé a des conséquences psychologiques néfastes.

### Accusations sorcières

Surtout en Afrique Centrale, et de plus en plus dans les grandes villes (Kinshasa, Brazzaville, par exemple), les orphelins peuvent être perçus comme responsables de la mort de leurs parents. Lorsqu'il s'agit du sida, l'accusation est encore plus systématique. Ces accusations se basent sur une interprétation du comportement de l'enfant (un enfant qui ne pleure pas à l'annonce du deuil, qui recherche la solitude, se tient à l'écart, a des comportements « bizarres » : refuse de se laver, tient des propos étranges, fuit la maison, etc) et ravivent la douleur de la perte en accentuant la souffrance psychique de l'enfant. Certains se déclarent d'eux-mêmes sorciers et s'accusent publiquement d'avoir « mangé » leur parent. Nous l'avons vu dans l'exemple de Basile cité au point 1.5.3, le traitement des enfants sorciers est parfois la mort et les orphelins sont donc en grand danger. Des institutions se sont spécialisées dans la prise en charge des enfants accusés de sorcellerie<sup>166</sup>.

---

<sup>166</sup> D'Haeyer A. *Enfants sorciers, entre magie et misère*, Editions Labor, Bruxelles, 2004.

### Enfant garde-malade

Lorsqu'un enfant a vu son parent s'affaiblir de jour en jour, et qu'il l'a aidé à lutter contre la maladie, il peut rester hanté par les images de la dégradation physique. Ces images reviennent en cauchemars, lui rappelant sa propre impuissance à retenir son parent dans la vie. L'impact est d'autant plus fort que durant la maladie du parent, les rôles ont été inversés, l'ordre du monde bouleversé : l'enfant est devenu le parent de son propre parent. Ces expériences marquent profondément les orphelins qui ont besoin d'être soutenus.

### Enfant rival

La diminution des mariages, la multiplication des unions informelles fragilise les structures familiales qui se disloquent<sup>167</sup>. Cet effritement des unions matrimoniales a pour conséquence d'exposer davantage les femmes et les enfants, en diminuant leur protection juridique (droits à l'héritage et à la protection sociale). Dans certaines régions (Congo, Madagascar), le remariage d'un parent veuf est un facteur de vulnérabilité important pour les enfants. En effet, la recomposition des familles expose parfois l'enfant de la première union à des frustrations, des mauvais traitements, des accusations, voir des abus sexuels pouvant mener à des troubles graves comme la fugue, la déscolarisation. Il n'est pas rare que ces enfants finissent soit par être chassés de la maison, soit par quitter d'eux-mêmes le toit familial pour aller rejoindre les bandes d'enfants des rues.

### Violences sexuelles, conflits armés et traumatismes collectifs

Les guerres, la torture, les génocides, les déplacements forcés de population, sont des événements collectifs qui génèrent un accroissement du nombre d'orphelins et laissent des traces profondes et durables sur le fonctionnement psychologique (intellectuel, affectif et social) des enfants et des adolescents qui ont connu ce type d'expérience<sup>168</sup>.

Dans les situations de guerre, des viols sont également perpétrés sur des enfants, parfois très jeunes<sup>169</sup>, bien évidemment majoritairement des filles, dont certaines sont enlevées et utilisées comme esclaves sexuelles des miliciens ou soldats. Le viol est une arme de guerre dans de nombreux conflits contemporains<sup>170</sup> (Europe, Afrique) qui cause des dommages physiques et psychologiques considérables, d'autant plus graves qu'il est perpétré sur des enfants. En effet, ceux-ci restent marqués par l'irruption d'une sexualité violente dans leur sphère physique et psychique, et seront d'autant plus exposés à l'exploitation sexuelle dans leur vie d'adulte. En temps de conflit, le viol de masse expose fortement les victimes à une déculturation et à une déshumanisation<sup>171</sup>, dont les conséquences peuvent surgir dans le rapport au corps et à la sexualité. Délivrées de leur groupe culturel par le viol, les victimes sont davantage exposées à la prise de risques sexuels et à des rapports sexuels de survie.

---

<sup>167</sup> Illustration par l'exemple du Congo : 26,61% de mariages officiels, 41,92% de mariages coutumiers, 31,46% d'unions libres, dans une enquête menée en 2000, avec le facteur économique comme principale raison invoquée comme frein au mariage. Libali B., Formes d'union matrimoniale et protection des enfants dans le contexte post-conflit au Congo, UERPOD, 2003.

<sup>168</sup> Sironi F., « Les enfants victimes de torture et leurs bourreaux : développement psychologique des enfants au regard de l'impact traumatique de l'histoire collective », in *Psychologie et éducation* n°40, pp 47-61, 2002

<sup>169</sup> Ngoulou J., Yila-Boumpoto M., Libali B., Synthèse du rapport d'analyse sur les violences sexuelles en situation de conflit au Congo, Ministère de la Santé, de la Solidarité et de l'Action humanitaire, Brazzaville, juin 2001. Dans ce rapport, les victimes étaient âgées de 10 à 68 ans, et ont été violées à 93,2% en période de guerre (la majorité entre janvier et septembre 1999). Le Pape M., Salignon P., Une guerre contre les civils. Réflexion sur les pratiques humanitaires au Congo-Brazzaville (1998-2000), Karthala, Paris, 2001, p18.

<sup>170</sup> Sur le viol systématisé des femmes comme attaque des objets culturels, voir Sironi F., « Les stratégies de déculturation dans les conflits contemporains. Nature et traitement des attaques contre les objets culturels », in *Traumatismes*, Revue Nord-Sud n°12-1999, Erès, 2000, pp 29-46

<sup>171</sup> Id, p40

Les violences armées dont sont témoins ou victimes les enfants, l'assassinat de leurs parents, de leur famille, parfois accompagné d'actes de torture, ont un impact psychologique d'autant plus destructeur qu'elles sont exercées par ceux qui représentent l'autorité et sont censés les protéger : des adultes. Survivant aux injustices, spoliations, insultes, et à l'arbitraire d'adultes très violents, les enfants grandissent avec l'idée que rien ni personne ne peut garantir la justice, et ils deviennent plus facilement accessibles à l'idée que eux-mêmes peuvent s'autoriser les pires exactions en toute impunité<sup>172</sup>.

Ainsi, les guerres d'hier sont le terreau de celles de demain<sup>173</sup>, d'où l'importance fondamentale du travail de justice, ainsi que de la prise en charge psychologique des victimes et des auteurs.

## Les spécificités liées au VIH/SIDA

Parmi les orphelins, les enfants dont les parents sont morts du sida ont un vécu spécifique et sont davantage exposés que les autres à certains risques. Bien évidemment, les phénomènes décrits dans la partie précédente sont d'autant plus accentués que le nombre de morts du sida s'accroît, générant un orphelinage de masse.

Lorsque les parents sont malades du sida, la vie des enfants se dégrade bien avant leur décès. Le futur orphelin peut être amené à quitter l'école pour contribuer à la survie de la famille, il s'occupe de son parent malade et assume précocement un rôle d'adulte. Les comportements discriminatoires et la stigmatisation sociale commencent du vivant des parents et se poursuit une fois les enfants devenus orphelins. Certaines caractéristiques du sida concourent à augmenter les accusations de sorcellerie sur les orphelins : des parents plutôt jeunes qui se vident progressivement de leur substance vitale, des rémissions sans cesse suivies de rechutes, une maladie que les médecins ne guérissent pas, des morts en série autour de l'enfant (plusieurs morts du sida dans une même famille)... Autant de spécificités qui peuvent alimenter la stigmatisation des orphelins pour cause de sida. Dans ce contexte de pandémie et d'absence de droits susceptibles de les protéger, ces orphelins sont presque systématiquement spoliés des biens de leurs parents décédés. L'isolement social et la misère qui s'ensuit aggrave en retour le risque d'exposition au VIH. Et l'épidémie creuse ainsi son propre lit.

Au fait d'être orphelin du sida d'autres facteurs de risque peuvent en retour s'ajouter et aggraver le risque d'être contaminé par le VIH. Le fait d'être fille, la déscolarisation précoce, et la vie en zone de guerre, sont d'importants facteurs de démultiplication des phénomènes participant à une dissémination accrue du VIH.

---

<sup>172</sup> Voir la partie consacrée aux enfants soldats.

<sup>173</sup> Sironi F : *Comment devient-on bourreau ? Les mécanismes de destruction de l'autre* ; Conférence du 31 janvier 2001 au Collège de France.



# Annexe 5

## Indicateurs statistiques pays

**Tableau A. Démographie, Données générales sur l'épidémie de VIH/SIDA.**

	Afrique du Sud	Botswana	Burkina Faso	Cameroun	Congo	Côte d'Ivoire	Ethiopie	Haïti	Mozambique	Ouganda	RD Congo	Zambie	Zimbabwe
Population (2003, millions)	44,0	1,6	13,2	15,7	3,7	17,0	70,7	8,3	17,5	25,0	57,0	10,9	12,6
Espérance de vie (2002)	50,7 ans	40,4 ans	41,7 ans	48,1 ans	53,1 ans	45,3 ans	48,0 ans	43,8 ans	42,6 ans	49,3 ans	43,5 ans	39,7 ans	37,9 ans
Perte d'espérance de vie depuis le début des années 1990	> 10 ans	Près de 30 ans	~ 6 ans	~ 7 ans	(gain de 1 an)	~ 7 ans	Pas d'évolution	> 10 ans	~ 4 ans	(gain de 3 ans)	~ 8 ans	~ 10 ans	> 20 ans
Prévalence estimée (Moy. + Min-Max) du VIH parmi les 15-49 ans (2003)	21,5 % (18-25)	37,3 % (35-40)	4,2 % (2-7)	6,9 % (5-10)	4,9 % (2-11)	7,0 % (5-10)	4,4 % (3-7)	6,0 % (3-12)	12,2 % (9-16)	4,1 % (3-7)	4,2 % (2-10)	16,5 % (13-20)	24,6 % (22-28)
Nombre estimé de décès dus au sida (2003)	370.000	35.000	29.000	49.000	9.700	47.000	120.000	24.000	110.000	78.000	100.000	89.000	170.000
Nombre estimé d'enfants vivants orphelins pour cause de sida (0-17 ans)	1.100.000	120.000	260.000	240.000	97.000	310.000	720.000	200.000 (2001)	470.000	940.000	770.000	630.000	980.000
En % du nombre total d'orphelins	48 %	77 %	32 %	25 %	37 %	32 %	18 %	33 %	31 %	48 %	18 %	60 %	78 %
En % du nombre total des moins de 18 ans (2003)	6,5 %	15 %	3,3 %	3 %	5 %	4,4 %	2 %	5 %	4,7 %	5 %	3,2 %	10,5 %	14 %

Sources : INED, ONUSIDA, OMS, PNUD, UNICEF, Banque Mondiale, calculs des auteurs.

**Tableau B. Economie et Santé**

	Afrique du Sud	Botswana	Burkina Faso	Cameroun	Congo	Côte d'Ivoire	Ethiopie	Haïti	Mozambique	Ouganda	RD Congo	Zambie	Zimbabwe
PIB/hab. (2003 en PPA et en Euros) (1)	7 727	7 217	895	1 362	815	1 087	521	1 241	923	1 069	447	638	1 572
Dépenses de santé totales en % du PIB (2001)	8,6 %	6,6 %	3,0 %	3,3 %	2,1 %	6,2 %	3,6 %	5,0 %	5,9 %	5,9 %	3,5 %	5,7 %	6,2 %
Dépenses de santé / hab / an (Euros, PPA) (2)	665	476	27	45	17	67	19	62	54	63	16	36	97
Part publique des dépenses de santé	41,4 %	66,2 %	60,1 %	37,1 %	63,8 %	16,0 %	40,5 %	53,4 %	67,4 %	57,5 %	44,4 %	53,1 %	45,3 %
Part dépenses de santé dans budget de l'Etat	10,9 %	7,6 %	8,1 %	7,8 %	5,7 %	6,0 %	4,9 %	14,1 %	18,9 %	16,4 %	10,3 %	13,5 %	8,0 %
Part des dépenses publiques de santé consacrées au VIH/SIDA	<i>n.d</i>	Au moins 50 %						<i>n.d</i>		<i>n.d</i>		+/- 40 %	

Sources : ONUSIDA, OMS, PNUD, UNICEF, Banque Mondiale

(1) Converti des données en dollars US au taux de change moyen de 1,3. A titre de comparaison, le PIB/hab de la France en 2003 était de 26.345 \$US, ou 20.265 €

(2) En utilisant le PIB en PPA et la population 2003 et la part des dépenses totales de santé dans le PIB 2001. Calculs des auteurs. Le calcul pour la France donnerait 1.945 €

# Annexe 6

## Fiche Bénin

Fiche-pays avec série de courts synopsis sur des programmes d'aide aux orphelins et enfants en situation de grande vulnérabilité)

*Nota : les éléments ci après ne sont pas uniformes et manquent encore des précisions chiffrées, notamment en ce qui concerne les financements. Nous devons prendre contact avec les responsables des projets et leur demander les chiffres précis. Seuls les projets pour les orphelins pour cause de sida sont décrits ci-après pour le moment, mais des actions pour d'autres catégories d'enfants, présentées brièvement, doivent également être détaillées.*

Au Bénin, 34 000 enfants auraient perdu leurs parents pour cause de VIH/SIDA mais moins de 3000 seraient soutenus par les réseaux socio-médical, national et international. Les autres évoluent donc dans d'autres sphères de solidarité. S'il est difficile d'estimer les changements de pratiques de prise en charge du fait de la pandémie de VIH/SIDA, la première forme de soutien est la famille comme semble l'indiquer les chiffres.

Que deviennent les orphelins dans leur famille élargie ? Comment sont-ils considérés ? Qui les prend en charge ? S'il est difficile de répondre à ces questions avec précision, certaines récurrences semblent toutefois apparaître. Les enfants « circulent », orphelins ou non, ils ne sont pas obligatoirement élevés par leurs parents. Ils peuvent être confiés à des parents ou alliés stériles, en vue d'un mariage, pour soutenir une personne âgée ou une femme enceinte... Les modalités de circulation décrites par les anthropologues sont multiples et l'une d'entre elles consiste à donner des parents aux orphelins parmi le cercle des proches. Les règles de placement correspondent aux règles de parenté et à l'âge de l'enfant. Ainsi, chez les Fons, majoritaires au sud du Bénin, l'orphelin de mère à la naissance doit être allaité. Il est traditionnellement pris en charge par les femmes du groupe de sa mère (matrilinéaire) avant d'être sevré et de rejoindre le groupe de son père qui détient des droits sur lui. Si les règles d'alliance n'ont pas été respectées, autrement dit que l'enfant est conçu avant le don du prix de la fiancée (compensation matrimoniale versée par la famille du mari à celle de la femme), les enfants pourront être revendiqués par le groupe matrilinéaire.

Les enfants identifiés comme orphelins pour cause de sida par le réseau médico-social bénéficient d'une prise en charge plurielle dont les modalités sont multiples. Les initiatives présentées ci-après ne constituent pas une liste exhaustive mais décrivent quelques exemples de structures de prise en charge complémentaires, que ce soit par les aspects qu'elles soutiennent (médical, social) ou par l'origine des financements (locale, nationale, internationale). Ces exemples prennent place au sud du Bénin, en zone Adja-Fon-Yoruba.

La mise en place récente de ces programmes de prise en charge des orphelins et enfants en grande vulnérabilité ne permet pas encore d'estimer leurs résultats.

Au Bénin, les acteurs institutionnels, qui œuvrent pour les enfants, semblent répondre distinctement à quatre types de vulnérabilité :

Orphelins de mère en bas âge : leur prise en charge est assurée par les religieuses Oblates Catéchistes Petites Servantes des Pauvres (OCPSP) et St Augustin, organisées en orphelinats sur tout le territoire. Lors d'un recensement officieux réalisé par le ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité en 2001, 10 établissements confessionnels ont été visités. Ils auraient abrités alors un total de 1013 enfants.

Enfants rejetés, abandonnés et menacés d'infanticide au nord : les menaces qu'ils encourent sont à l'origine de la création de quelques orphelinats laïcs et confessionnels dont il est difficile de dresser une liste exhaustive indiquant leurs effectifs, les recensements ne distinguant pas les causes d'éloignement des enfants.

Enfants victimes de « trafic », c'est à dire placés comme force de travail, voire vendus à des réseaux transfrontaliers, avec le Nigéria ou autres pays limitrophes : ils constituent une autre catégorie protégée par la création de textes législatifs et de services d'intervention tels que la Brigade de Protection des Mineurs et les centres de réinsertion.

Orphelins et Enfants Vulnérables pour cause de sida : constituent la population privilégiée par différents types d'acteurs dont il est rendu compte ci-après.

### **ONG *Amour et Action*, Cotonou**

Cette ONG fut créée en 2001 par une sage femme, après qu'une de ses patientes séropositives lui ait demandé de prendre en charge ses enfants une fois qu'elle serait décédée.

En partie appuyée par le Programme National de Lutte contre le sida pour la prise en charge socioprofessionnelle des enfants (scolarisation ou apprentissage) ainsi que par la Banque Mondiale pour la formation de 26 apprentis, les fonds de l'association proviennent essentiellement de dons privés.

Animée par une dizaine de bénévoles retraités, cette ONG identifie les orphelins pour cause de sida depuis le centre Arc En Ciel (centre de prise en charge médicale des infections sexuellement transmissibles).

Les bénévoles veillent au placement des enfants auprès de familles qui acceptent de les maintenir en formation, et non de les exploiter comme domestiques. Porteurs du secret professionnel, ils maintiennent secrète la cause du décès des parents, ce qui préserve les enfants du rejet. Lorsque les enfants sont eux-mêmes séropositifs, une famille espagnole-ivoirienne accepte de les abriter. L'association soutient aussi des fratries pour lesquelles l'aîné devient le chef de famille. Elle leur assure un toit, construisant ou fortifiant la case héritée. Dans ce cas elle peut accompagner les enfants dans leurs démarches juridiques pour que les orphelins conservent leur héritage.

En mai 2004 l'association soutenait 450 enfants. Du fait du peu de financements l'association ne peut assurer une prise en charge régulière ou systématique. Son action consiste essentiellement en une présence protectrice, veillant à ce que les droits des orphelins soient respectés.

### **Les enfants du silence, Abomey**

Projet mené par trois acteurs complémentaires : l'ONG APEIF-développement chargé de la coordination financière, la Clinique coopérative chargée du suivi psychosocial et des soins de santé dits primaires et l'ONG Solidarité Enfant SIDA, ONG française.

La prise en charge complète de quinze enfants a été appuyée en 2003. Maintenus dans leur famille d'origine ou auprès d'un tuteur, les enfants se voient attribuer un parrain garant de leur protection et du respect de leurs droits. Leurs frais de scolarisation, d'alimentation, d'habillement et médicaux sont entièrement soutenus par ce programme. Ces enfants sont identifiés à partir du centre de soin de Davougon qui accompagne les malades du sida en fin de vie.

### **ONG *Action Sociale*, Porto Novo**

Créée en 1999 par des Béninois, dont certains formés aux carrières d'assistance sociale, désireux d'apporter des solutions aux problèmes de développement socioéconomique du pays. Aux activités plurielles, elle s'intéresse entre autres à la prise en charge des personnes séropositives et des orphelins. Le problème central que ses membres soulèvent et prennent en compte dans leurs actions

est le comportement de rejet et de stigmatisation accompagnant la révélation du statut de personne infectée par le VIH/SIDA.

Ils agissent de ce fait sur deux aspects, les mêmes que l'ONG *Amour et Action* : la protection des orphelins et la diminution des contraintes de leur prise en charge par les familles de sorte que les orphelins soient acceptés plus facilement. L'ONG agit en fonction de quatre objectifs :

- assurer la scolarisation des orphelins
- améliorer leur accès aux soins
- alimentation de base correcte
- assurer leurs droits à la protection.

Pour ce faire les assistants sociaux font des visites régulières aux familles réparties dans le département de l'Ouémé-Plateau. Ils négocient les contributions scolaires avec des établissements acceptant de prendre des orphelins et distribuent les vivres offerts par le Catholic Relief Service ainsi que le Programme Alimentaire Mondial. Concernant la prise en charge médicale, l'ONG négocie le coût des soins et avance le paiement de certaines factures.

En 2004 *Action Sociale* soutenait 262 orphelins et enfants vulnérables pour cause de sida de 0 à 18 ans.

Les assistants sociaux ont pour rôles principaux d'identifier les enfants orphelins ou en situation de grande vulnérabilité. Ils accompagnent les personnes séropositives et identifient alors leurs enfants. Ils sont surtout des négociateurs intervenant auprès des familles, des centres de formation et des centres sanitaires pour permettre la meilleure prise en charge des orphelins.

Les financements de l'ONG proviennent du réseau institutionnalisé sur le territoire national.

### **ONG Institut de Formations et d'Action pour le Développement des initiatives communautaires durables (IFAD) / Plan Bénin**

ONG dite à base communautaire, IFAD œuvre pour la « santé, l'eau et l'assainissement ». Créée en 2001 elle travaille notamment pour la prise en charge des orphelins pour cause de sida. Les orphelins sont identifiés à partir d'une association communautaire de personnes séropositives, soit par leur filiation directe avec des membres du réseau, soit par des démarches familiales suite au décès des parents infectés. En 2003, 234 orphelins étaient appuyés par ce programme. De même que l'ONG *Action sociale*, des visites sont menées régulièrement pour s'assurer de la scolarisation des enfants. L'ONG négocie l'accès aux soins ou l'échelonnement des factures, les enfants sont entièrement pris en charge médicalement.

IFAD est appuyée financièrement par *Plan Bénin*, le PPLS (Programme Plurisectoriel de Lutte contre le sida) et *Caritas*.

### **Réseau confessionnel : Caritas - Catholic Relief Service, projet « Sédekon »**

Projet permis par les financements du *Catholic Relief Service* (CRS) en 1995. Le CRS est une ONG américaine, créée en 1943 par les évêques catholiques mobilisés pour appuyer les pauvres. Installée au Bénin depuis 1958, elle appuie la Caritas Bénin créée la même année par l'Episcopat béninois.

Le projet « Sédekon » a commencé en 2004 avec pour but de « préserver la dignité humaine des personnes séropositives et de réduire l'impact du sida. »

L'un des volets du projet est orienté dans la prise en charge des enfants orphelins ou en situation de vulnérabilité. Il est mis en place dans cinq diocèses à travers le territoire national : Abomey, Parakou, Porto Novo, Kandi, Natitingou. L'objectif du programme est de soutenir la formation ou la scolarisation de 250 enfants éligibles de 5 à 15 ans de 2004 à 2009 à partir de structures sanitaires diocésaines et de 45 structures communautaires paroissiales.

Le projet est alimenté financièrement par le CRS, USAID (l'agence d'aide au développement du gouvernement des Etats-Unis), le PNUD, le secours catholique français et les *Caritas* allemande et belge.

## ***Cellule cœur d'espoir, Ministère de la Famille, de la Protection sociale et de la Solidarité.***

Créée en 2001 suite à une décision du conseil des Ministres, la *Cellule Cœur Espoir* a pour missions d'élaborer les programmes d'action du ministère en matière de prévention et de prise en charge des personnes séropositives, d'assurer le soutien psychosocial de ces personnes ainsi que des orphelins et enfants vulnérables, d'assurer la cohérence entre les différents acteurs œuvrant pour la lutte contre le sida.

Deux centres de prise en charge psychosociale des personnes séropositives et des enfants orphelins ou vulnérables ont été ouverts, l'un à Cotonou, l'autre à Dogbo. 195 orphelins ont été appuyés pour accéder à la scolarisation et à une formation. Ils bénéficient également d'un soutien alimentaire et de visites régulières veillant à leurs conditions de prise en charge par leurs familles.

Les enfants sont identifiés par les associations communautaires de personnes séropositives appuyées par le ministère pour mettre en place des activités rémunératrices de revenus.

Ce programme est financé par le PPLS, le Ministère et l'UNICEF.

# Annexe 7

## Médecins D'Afrique (MDA)

Fiche étendue sur un programme déterminé

### Congo

Prévalence nationale de l'infection au VIH : 4,3%<sup>174</sup> à 7,2%<sup>175</sup> selon les études épidémiologiques ;

Nombre estimé d'orphelins du sida : 97 000<sup>176</sup>

Principal type de prise en charge des orphelins : accueil dans la famille élargie

### Fiche d'identité du programme : « Prise en charge des orphelins du sida à Brazzaville »



Pays : République du Congo

Opérateur : Médecins d'Afrique (MDA)<sup>177</sup>

Date de début et de fin de la mise en œuvre : septembre 2001 – décembre 2002.

Equipe du projet MDA : Dr BANTSIMBA Théophile (Président), Dr MBOUSSOU Franck (responsable du projet, coordination), MAKAYA Julien (psychologue, mise en œuvre et suivi)

Lieu de mise en œuvre : Brazzaville

Bénéficiaires : orphelins du sida

Nombre d'orphelins recensés : 4580 (à Brazzaville, jusqu'en décembre 2002)

Nombre de bénéficiaires du programme : de 100 à 500 selon les services

Financeurs : Unicef

Date de début et de fin de la mise en œuvre : septembre 2001 – décembre 2002.

Services proposés : appui à la scolarité, appui psychologique, accès gratuit aux soins de santé de base, aide alimentaire, mise en apprentissage, activités génératrices de revenus.

### Présentation de l'opérateur

Médecins d'Afrique (MDA) est une ONG congolaise d'aide au développement socio-sanitaire, créée en 1995 par des médecins congolais. Elle a pour objectifs d'une part d'intervenir sur le terrain dans des situations d'urgence (épidémies, conflits, catastrophes), d'autre part de s'engager aux côtés des pouvoirs publics dans la mise en œuvre du plan de développement sanitaire national.

<sup>174</sup> Etude CNLS/CREDES – 2004

<sup>175</sup> Etude OMS/ONUSIDA – fin 2003

<sup>176</sup> Children on the Brink – 2004

<sup>177</sup> Site Internet : [www.Medecins-afrique.org](http://www.Medecins-afrique.org) - email : [amabrazza@yahoo.fr](mailto:amabrazza@yahoo.fr)

L'association a participé à la création de 5 centres de santé primaire. Elle assure actuellement la gestion d'un de ces centres. Deux dispensaires mobiles sont intervenus sur le terrain des conflits en attendant la remise en état de structures de soins endommagées. Des actions de prévention communautaire, de médecine scolaire, d'alphabétisation sanitaire des mères ont été menées, ainsi qu'un programme de formation des acteurs diocésains de lutte contre le Sida.

## Description du programme

Depuis 2001, MDA propose un soutien aux orphelins du sida dans le cadre d'un projet financé par l'UNICEF. Basé sur une approche communautaire et multisectorielle, ce projet vise à assurer la protection sociale des orphelins du sida en favorisant leur accès aux services de base et en créant les conditions favorables à leur épanouissement à travers plusieurs objectifs spécifiques :

l'élaboration d'une base de données des orphelins du sida à Brazzaville

l'organisation de la prise en charge psychosociale et alimentaire de ces orphelins

l'accès aux services sociaux de base (soins de santé, éducation, formation et apprentissage)

le renforcement des capacités des familles à prendre en charge les orphelins par la promotion d'activités génératrices des revenus.

La première étape a consisté à recenser les orphelins du sida à Brazzaville. Ce recensement s'est effectué sur la base des décès « pour cause de sida », enregistrés au Centre de Traitement Ambulatoire et dans les hôpitaux de la ville, ainsi que par la diffusion de communiqués dans les médias, les églises et les orphelinats. Une enquête sociale de terrain a ensuite été organisée auprès des orphelins identifiés lors du recensement.

Le recensement et l'enquête sociale ont eu un coût moyen de 1916 FCFA par orphelin.

Sur un total de 1622 cas de décès dûs au VIH/SIDA enregistrés dans les hôpitaux, 1293 familles ont été visitées tandis que 329 n'ont pu être retrouvées. A l'issue de cette collecte de données, une base de données informatique a été constituée sur Access, recensant 3377 orphelins, soit une moyenne de 2,6 orphelins par famille. 93,4% des orphelins étaient accueillis par des parents proches et 5,7% étaient des orphelins chefs de familles.

Le recensement s'est poursuivi tout au long de la durée du programme, conduisant à une actualisation constante de la base de données. Le nombre d'orphelins du sida a été ainsi augmenté jusqu'à atteindre 4582 enfants.

## Les activités et leurs coûts

### Les activités

Les différentes activités ont été lancées progressivement et regroupent :

un *appui à la scolarité* sous forme de distribution d'un kit de fournitures scolaires aux enfants scolarisés ;

un *appui psychologique* (enquête initiale afin d'identifier les orphelins en souffrance psychique pour leur proposer des groupes de parole ; suivi psychologique régulier et selon les besoins (counselling, entretien, visites des familles) ; rencontres récréatives dans chaque arrondissement de Brazzaville) ;

un *accès gratuit aux soins de santé de base* (consultations et traitement) dans 5 centres de santé identifiés et partenaires ;

une *aide alimentaire* sous forme de distribution de vivres par le PAM ;

une activité de *mise en apprentissage* des jeunes en partenariat avec un réseau d'artisans ;

un *soutien économique* sous forme d'activités génératrices de revenus (AGR) pour les tuteurs retraités et/ou sans emplois et orphelins chefs de famille.

### Les coûts

Les calculs de coûts présentés ici incluent les moyens matériels et les moyens humains mobilisés pour que le service puisse être rendu à l'enfant et/ou à sa famille. Ce calcul valorise également les coûts « cachés » du programme, c'est-à-dire les dons, interventions bénévoles et coûts de gestion du siège de MDA.

Distribution d'un kit scolaire complet (un cartable, 2 stylos, 3 cahiers, un taille-crayon, une ardoise, une règle). 462 bénéficiaires, pour un coût par enfant de 5035 FCFA.

Prise en charge psychologique :

Examen psychologique d'un échantillon aléatoire de 690 orphelins, ayant permis d'identifier 177 enfants présentant des troubles psychologiques plus ou moins importants (25%).

Groupes de parole ayant bénéficié à une centaine d'enfants.

Counselling VIH pour les plus de 12 ans.

Entretiens individuels au bureau des psychologues.

Visites à domicile de psychologues.

Rencontres récréatives (jeux, visites de comédiens, concours de poésie) organisées dans les arrondissements.

En sus des coûts en terme de rétribution des psychologues, le volet psychologique a également du payer les intervenants extérieurs (comédiens) et le transport des psy et la plupart du temps des bénéficiaires. Il a également fallu investir dans l'achat d'outils de travail et jeux pour un montant total de 180 000 FCFA.

MDA a signé une convention avec 5 centres de santé dans lesquels les orphelins, munis d'une carte de prise en charge, pouvaient être reçus en consultation curative et recevoir gratuitement un traitement.

MDA et l'Unicef ont distribué à ces centres un stock initial de médicaments essentiels, renouvelé mensuellement selon l'état des besoins. La tarification des Centre de Santé était forfaitaire par épisode de maladie : 2000 FCFA pour une consultation initiale + consultations suivantes pour la même pathologie + traitement d'un enfant de moins de 15 ans ; 3000 FCFA par adulte.

663 orphelins ont été reçus en consultation, ce qui a coûté en moyenne/orphelin 2500 FCFA. Le nombre de consultation moyen par enfant sur un an de fonctionnement a été de 0,2. Cette activité a également nécessité le travail rémunéré à mi-temps d'un superviseur (cartes de bénéficiaires, visites dans les centres etc.)

Le PAM a distribué mensuellement un colis alimentaire aux familles des orphelins sélectionnées selon ses propres critères (tuteurs sans emploi, revenus mensuels < 30 000 FCFA, orphelins chefs de famille).

Nombre moyen de bénéficiaires : 458 familles.

Contenu du colis mensuel pour une famille : 52,5 kg de riz, 8l d'huile ; soit un coût moyen du colis (incluant prix du produit, frais de stockage, de transport et de distribution) de 32 229 FCFA.

Un réseau d'artisans (le Centre des Artisans Don Bosco) s'est impliqué dans l'apprentissage de métiers à 73 jeunes orphelins, qui ont été intégrés en 2 temps (d'abord 40, puis 33 jeunes). Les apprentis reçoivent tous une dotation en outils de travail dont le coût varie suivant le métier choisi (entre 23 000 FCFA pour un tailleur et 66 500 FCFA pour un mécanicien). L'artisan reçoit une indemnité de 50 000 FCFA par apprenti pour la durée de la formation (versée en deux tranches).

Une supervision de MDA a été assurée tant auprès des apprentis que des artisans (visites ponctuelles en cas de problème).

Cette activité de formation professionnelle a coûté en moyenne 99 673 FCFA/orphelin apprenti.

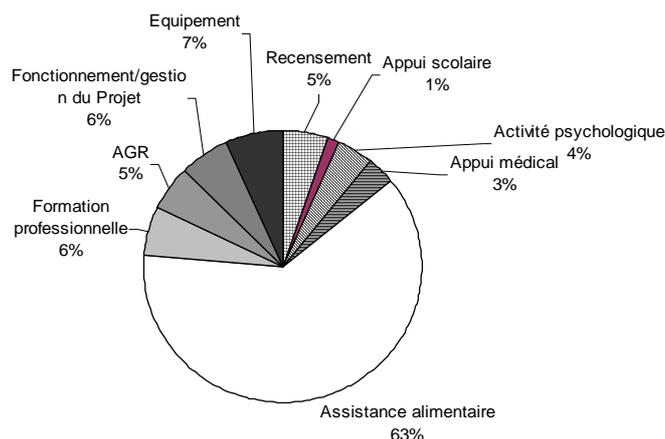
Des micro-crédits à visage social ont été réalisés avec l'appui technique du Forum des Jeunes Entreprises, ONG locale spécialisée dans la micro-finance.

Les montants octroyés aux bénéficiaires varient de 5 000 FCFA à 150 000 FCFA. Les micro-projets les plus courants étaient la vente de charbon, de bois, de poisson fumé et de manioc. Ils sont financés après étude de faisabilité et enquête sur le terrain, à la suite de quoi les bénéficiaires présélectionnés sont convoqués à une rencontre d'animation sociale visant à évaluer la faisabilité du projet et à assurer une formation minimale au bénéficiaire. Les crédits sont remboursés, sans intérêt, en 12 semaines après un différé de 2 semaines.

111 tuteurs et orphelins chefs de famille ont bénéficié d'un/plusieurs micro-crédits et 130 crédits ont été distribués. Le coût de l'activité AGR a été de 57 227 FCFA par bénéficiaire de crédits.

### Résumé sur les coûts

**Figure 14 : Part de chaque composante du programme dans le coût total - Projet MDA 2002 (avec valorisation des coûts cachés)**



Nous devons noter 2 points importants caractérisant le coût de ce programme :

La valorisation des coûts cachés dans le budget initial représente au total 61% du coût total du projet. Ainsi, la prise en compte des coûts cachés fait plus que doubler le coût total du projet. Les dons à eux seuls (alimentation et approvisionnement en médicaments) représentent déjà 56% du coût total.

Bien que la formation professionnelle et les AGR soient en réalité les activités les plus chères, elles ne représentent que 11% sur le graphique en raison du nombre limité de bénéficiaires, du fait justement de leur coût élevé pour l'association.

### **Points forts**

Financement UNICEF, don de fournitures scolaires et de médicaments par l'UNICEF, colis alimentaires du PAM, mise en apprentissage chez les Artisans Don Bosco, encadrement des AGR par le Forum des Jeunes Entreprises, ouverture des Centres de Santé Primaire à l'accueil des orphelins...

Ce programme initié et coordonné par MDA a pour caractéristique majeure d'avoir mobilisé plusieurs structures hétérogènes, chacune apportant son expertise dans la poursuite d'un objectif commun : une meilleure prise en charge des orphelins du sida. La forte implication de l'UNICEF a également permis de doter le projet en équipement informatique et bureautique à hauteur de 7 780 000 FCFA. L'implication des Nations Unies aux côtés d'associations locales privées est un premier pas vers une synergie qui devrait pouvoir être élargie à d'autres types de partenaires (secteur public, ministères etc.).

Cette mobilisation collective produit une convergence de compétences spécifiques pour améliorer la prise en charge des orphelins. Chaque partenaire fournit un service dans son propre domaine d'expertise, afin de couvrir le plus large éventail possible des services offerts. Elle est avant tout un premier pas vers une prise en charge globale des besoins des orphelins.

Par ailleurs, les autres activités de MDA ont permis au projet de bénéficier de l'encadrement de différents professionnels (psychologues, comptable, médecins etc.) déjà présents au sein de MDA, et de moyens logistiques variés (locaux déjà existants dont une partie a pu être consacrée au projet sans augmentation des coûts). Cette richesse des ressources humaines et des compétences internes, ainsi que la force de leur engagement sur le terrain, ont également été un atout majeur dans la bonne conduite du programme.

## Limites et difficultés rencontrées

### Ressources disponibles p/r aux besoins des orphelins

La principale contrainte a résidé dans la limite des ressources disponibles financières et institutionnelles. Les capacités d'accueil limitées des locaux de MDA, ainsi que l'insuffisance des moyens n'a pas permis de réaliser au regard les objectifs initialement fixés, et a obligé MDA à opérer une sélection parmi les cibles identifiées comme vulnérables. Sur les 4500 orphelins du sida finalement recensés, nous avons pu établir que moins de 1000 enfants ont bénéficié d'un soutien, même partiel, de la part du programme.

Parmi les bénéficiaires, la couverture des besoins n'a souvent été que très partielle, et ce pour de nombreuses raisons (éloignement géographique de la famille, peur de la stigmatisation, mauvaise qualité de l'accueil des orphelins dans certains centres de santé, etc.). Mais la principale raison était la limite des moyens disponibles (trop faible nombre de kits scolaires à distribuer, nombre insuffisant d'artisans prêts à former un orphelin (428 demandes vs 73 places), etc.)

Le stock de médicaments distribués ne correspondaient pas aux pathologies rencontrées chez les orphelins (ex : manque d'anti-paludéens, surplus de mébendazole). S'est ajouté à ce constat, un problème de stigmatisation des orphelins dans certains centres, qui a créé un afflux des orphelins vers des centres plus accueillants mais en dehors de leur arrondissement de résidence. Enfin, la distribution de carte pour faciliter l'accès des orphelins au centre (2000 cartes distribuées) a bloqué un certain nombre d'orphelins dans l'incapacité de payer la photo (2000 FCFA) et obligés de passer préalablement chez MDA pour avoir une lettre de recommandation. L'aide alimentaire du PAM formatée pour une famille de 5 personnes était considérée comme insuffisante par les familles dans un pays où l'ISF est de 6,3 enfants par femme.

### Critères d'attribution et arbitraire des notions de catégories

L'écart entre les ressources à disposition et les besoins des bénéficiaires potentiels a conduit MDA et ses partenaires à resserrer sans cesse les critères d'inclusion, provoquant ce qu'ils ont vécu comme des injustices et des frustrations, pouvant dans certains cas engendrer des discriminations.

Ce point souligne l'arbitraire de la classification des problématiques en catégories d'enfants, et encourage la prise en compte de degrés transversaux de vulnérabilité.

Il a donc fallu constamment interroger les critères d'attribution, et MDA a manqué d'outils pour résoudre cette situation particulièrement critique. Un critère de performance des résultats scolaires de l'année antérieure a permis de réduire le nombre de bénéficiaires de kits scolaires, déjà sélectionnés parmi les enfants les plus vulnérables. Des orphelins dont les tuteurs ne pouvaient plus assumer financièrement la scolarité ont par conséquent reçu des kits alors qu'ils étaient déscolarisés. Fallait-il distribuer ces kits aux orphelins déjà scolarisés, et donc issus de familles moins en difficulté ?

Des difficultés particulières ont émergé dans la collaboration entre MDA et ses partenaires lorsqu'ils ne partageaient pas les mêmes critères d'évaluation des situations. Par exemple, le PAM a imposé de mener par ses propres moyens une enquête sociale de terrain avec ses propres enquêteurs et ses propres critères pour cibler les bénéficiaires des colis (évaluation MDA 615 familles vs évaluation PAM 317 familles). L'intervention d'enquêteurs du PAM dans les parcelles où vivent les orphelins a été mal perçue par les familles. En effet, ces personnes n'étaient pas formées au respect de la confidentialité coutumière aux intervenants dans le domaine du VIH, et a généré un certain nombre de situations très critiques (ex : certains enfants qui ne connaissant pas la cause de la mort de leur parent l'ont appris par accident lors de l'enquête sociale).

Par ailleurs, le ciblage d'une catégorie spécifique (ici, les orphelins du sida) a exclu les enfants dont les parents malades du sida sont encore vivants. Pourtant, la vulnérabilité des enfants ne commence pas le jour de la mort des parents, il s'agit d'un processus lent de dégradation des conditions de vie qui débute avec l'entrée des parents dans la maladie. Par conséquent, certains de ces enfants sont aussi vulnérables que les orphelins et devraient également faire l'objet d'un appui spécifique (qui pourrait par exemple passer par le biais des associations de lutte contre le Sida, en particulier des associations de personnes vivant avec le VIH). Un rapprochement entre les 2 types de structures pourrait ainsi s'envisager afin d'organiser des activités conjointes pour les enfants.

Du point de vue médical, il a aussi été difficile d'assurer uniquement la prise en charge des orphelins sans inclure les propres enfants du tuteur. MDA a été contrainte de faire cette différenciation pour des raisons budgétaires mais s'interroge sur son bien fondé, les enfants vivant dans les mêmes conditions. De plus, la perception des orphelins en a été légèrement modifiée, les exposant à une discrimination au sein même des familles accueillantes.

### Difficulté à partager des valeurs

La coordination et supervision du projet se sont parfois avérées insuffisantes pour certaines activités telles que la formation professionnelle. Le suivi des enfants placés a été irrégulier et n'a pas permis d'évaluer la qualité de la formation. Une étude de faisabilité avant placement aurait été utile pour évaluer les compétences de l'artisan et sa capacité à garantir une activité suffisante à l'apprenti. Des problèmes de manque d'alphabétisation ont également été également relevés, bloquant l'apprentissage.

Le degré d'implication des partenaires de MDA dans le projet a varié d'une structure à l'autre (ex : les 5 centres de santé ne se sont pas impliqués au même degré d'engagement, il en va de même pour les artisans qui n'étaient pas tous motivés au même niveau pour recevoir un orphelin en formation). La distribution du PAM s'est avérée moins complète et plus épisodique que prévue (2 distributions tous les 3 mois).

Le rapport dont est tirée cette fiche concluait : La collaboration de nombreux partenaires dans un projet global de prise en charge des orphelins nécessite la ratification d'une charte, engageant explicitement le signataire en matière de moyens et de respect de règles éthiques.

Le soutien aux orphelins ne peut se limiter à une offre de prestations, il est indispensable d'avoir les moyens de suivre les enfants et de s'assurer du bénéfice qu'ils tirent de ces actions. Il paraît indispensable de pouvoir assurer un contrôle minimum, ne serait-ce que par l'amélioration effective des conditions de vie des enfants. La supervision et l'évaluation sont deux outils indispensables à la réalisation d'un tel projet.



# Pour un plan d'action en faveur des orphelins et enfants vulnérables Volume I (Analyse de situation)

## Pour plus d'information, contacter :

Olivier Appaix, [olivierappaix@cs.com](mailto:olivierappaix@cs.com)  
Sandrine Dekens, [sandrine.dekens1@libertysurf.fr](mailto:sandrine.dekens1@libertysurf.fr)

## Orphelins Sida International

4 rue de Belfort 75011 Paris – France  
75020 Paris  
tél / fax : (33) 1 47 97 54 94  
[Contact@orphelins-sida.org](mailto:Contact@orphelins-sida.org)

## Référencage bibliographique :

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

**Crédit photos :** Sandrine Dekens (p 12, 28, 36) et Arachu Castro (p 40, 59)

© Orphelins Sida International  
Paris, le 18 mai 2005