

Les enfants au bord du gouffre 2004

Rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action



Juillet 2004

La quatrième édition du rapport Les enfants au bord du gouffre est le fruit de la collaboration du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et de l'Agency for International Development des États-Unis (USAID). L'ONUSIDA, l'UNICEF et l'USAID avaient également collaboré à la réalisation de la troisième édition (2002).

Ce rapport a été révisé et produit par le Population, Health and Nutrition Information Project dans le cadre du contrat de l'USAID no HRN-C-00-00-0004-00.

Il est possible de se procurer ce rapport sur www.unaids.org, www.unicef.org et www.usaid.gov ou en adressant par écrit une demande à :

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
3 United Nations Plaza
New York, New York 10017, U.S.A.
Courriel : pubdoc@unicef.org

L'utilisation dans le présent rapport de noms de pays, de régions et de territoires ne signifie pas qu'ils sont acceptés par tous les organismes ayant contribué au rapport.

Photos de couverture :

Un garçon enlace sa grand-mère à Maseru, la capitale du Lesotho. C'est l'un des trois petits-enfants dont elle s'occupe depuis que leurs parents sont morts du SIDA.

UNICEF/HQ02-0567/Giacomo Pirozzi

En Tanzanie, une fille de 11 ans assise contre un arbre, dans un centre d'aide et de soutien aux enfants orphelins à cause du SIDA et aux personnes séropositives, à Morogoro, à 229 kilomètres à l'ouest de Dar es-Salaam. Elle a vécu dans la rue après la mort de ses parents et suit maintenant les cours d'une école primaire qui fait partie du centre.

UNICEF/HQ00-0017/Giacomo Pirozzi

En Thaïlande, un homme de 23 ans, séropositif, assis sur le pas de porte de sa maison, aux côtés de sa femme et de leur enfant âgé de 10 mois. Sa femme et son enfant n'ont pas subi de test de dépistage du VIH.

UNICEF/HQ97-0080/Jeremy Horner

À l'Hôpital des mères et des enfants de Recife (Brésil), une jeune femme séropositive portant son fils dans les bras lit une affiche expliquant comment le VIH/SIDA se transmet et comment il ne se transmet pas. L'affiche se termine par les mots « Restez en vie ».

UNICEF/HQ00-0411/Alejandro Balaguer



En Thaïlande, un orphelin âgé de 2 ans assis sur une balançoire, devant la maison de sa tante, dans la province de Chiang Rai, où il vit maintenant.

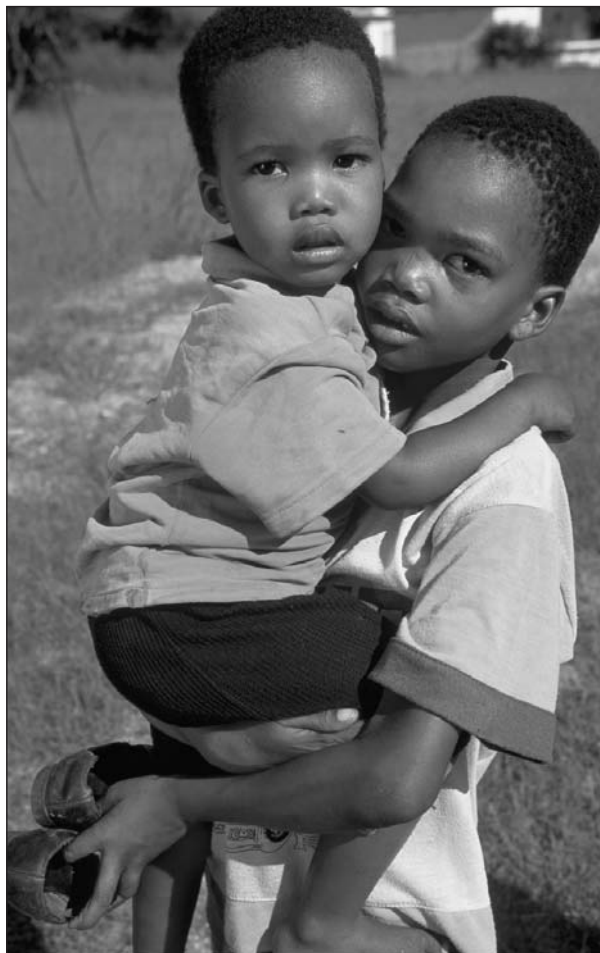
Table des matières

Introduction	3
Aperçu par région et évolutions importantes de la situation des orphelins	8
Protéger les droits des orphelins et des enfants vulnérables et s'adapter à l'évolution de leurs besoins	14
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	23
ANNEXES	
Annexe 1 : Statistiques	28
Annexe 2 : Méthodes d'estimation et de projection des effets du VIH/SIDA sur le nombre d'enfants orphelins	35
Annexe 3 : Indicateurs de suivi et d'évaluation	39
Annexe 4 : Conseils en matière de programmation	42
Annexe 5 : Actions nationales	45
Annexe 6 : Ressources	47

Introduction

Le VIH/SIDA est considéré dans le monde entier comme une menace pesant sur les enfants et leur famille. À l'échelle mondiale, le SIDA est la principale cause de mortalité chez les personnes âgées de 15 à 49 ans. En 2003, 2,9 millions de personnes (les estimations vont de 2,6 à 3,3 millions) sont mortes du SIDA et 4,8 millions (de 4,2 à 6,3 millions) ont contracté le VIH. Si la plupart des 37,8 millions de personnes (selon les estimations, comprises entre 34,6 et 42,3 millions) vivant avec le VIH/SIDA dans le monde sont des adultes, les effets dévastateurs de la pandémie sur les familles et les communautés se répercutent sur les plus vulnérables d'entre nous - nos enfants.

Le VIH/SIDA a privé de parents ou rendu vulnérables des millions d'enfants. La région la plus durement touchée est l'Afrique subsaharienne, où l'on estime à 12,3 millions le nombre d'enfants étant orphelins à cause du SIDA. Cette population d'orphelins¹ augmentera dans les dix ans à venir à mesure que les parents séropositifs tomberont malades et mourront du SIDA. Si l'Afrique subsaharienne a le pourcentage le plus important d'enfants orphelins, c'est en Asie que le nombre absolu d'orphelins est le plus élevé : 87,6 millions d'orphelins (toutes causes confon-



Au Botswana, un garçon de huit ans tient dans ses bras son petit frère, devant un centre d'accueil des orphelins situé dans le village de Molepolole, à 50 km à l'ouest de Gaborone.

dues) en 2003, soit deux fois le nombre d'orphelins que compte l'Afrique subsaharienne (43,4 millions).

Comme le rapport *Les enfants au bord du gouffre 2002* l'avait indiqué, les chiffres du présent rapport confirment de nouveau que :

- L'Afrique subsaharienne a le plus grand pourcentage d'enfants orphelins.
- Si la proportion d'orphelins est nettement moins élevée en Asie qu'en Afrique subsaharienne, c'est en Asie que le nombre absolu d'orphelins est le plus élevé.
- Le nombre d'enfants orphelins à cause du SIDA continuera d'augmenter pendant au moins les dix années à venir.

La disparition des parents n'est pas la seule répercussion qu'a le VIH/SIDA sur les enfants. Parmi les autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA figurent ceux qui ont un parent malade, qui vivent dans des ménages pauvres prenant en charge des orphelins, qui sont victimes de discrimination du fait de la séropositivité d'un membre de leur famille ou qui sont eux-mêmes séropositifs. Par conséquent, les programmes ne peuvent être exclusivement destinés aux enfants orphelins à cause du SIDA mais doivent s'adresser aux communautés où le

¹ Aux fins du présent document, sont considérés comme « orphelins » les enfants de moins de 18 ans ayant perdu un de leurs parents ou les deux.

VIH/SIDA exacerbe la vulnérabilité des enfants et des adolescents. En général, ce sont les membres de ces communautés qui sont le mieux à même de repérer les enfants courant le plus grand risque et de déterminer quels facteurs devraient être retenus pour évaluer la vulnérabilité et fixer des priorités d'action à l'échelle locale.

Le VIH/SIDA s'ajoute à une multitude d'autres facteurs - notamment la pauvreté extrême, les conflits et l'exploitation - qui pèsent très lourdement sur les membres les plus jeunes et les plus vulnérables de la société. Pour les enfants et les familles des communautés touchées par le VIH/SIDA, ne répondre qu'aux problèmes liés au SIDA et ignorer toutes les autres causes de la vulnérabilité des enfants n'a aucun sens. Les programmes devraient cibler les régions gravement touchées par le VIH/SIDA et aider ensuite les habitants de ces communautés à se mobiliser de façon à repérer et à assister les enfants et les ménages les plus vulnérables, indépendamment des facteurs à l'origine de cette vulnérabilité.

Si les programmes doivent s'adresser aux enfants vulnérables en général et non seulement aux orphelins, pourquoi la série *Les enfants au bord du gouffre* présente-t-elle des nombres estimatifs d'orphelins ? Si tous les enfants orphelins n'ont pas perdu leurs parents à cause du VIH/SIDA, la perte des parents reste la répercussion la plus visible, la plus fréquente et la plus quantifiable qu'a le SIDA sur les enfants. À ce jour, il n'existe aucune méthodologie permettant d'estimer le nombre d'enfants vulnérabilisés par le SIDA. Non seulement les orphelins suscitent de grandes inquiétudes, mais leur présence met en évidence un ensemble beaucoup plus général de problèmes auxquels sont confrontés les enfants.

La grande majorité des orphelins et autres enfants vulnérables à cause du VIH/SIDA vivent avec un parent encore en vie et des frères et sœurs ou au sein de leur famille élargie, et, pour être efficace, la stratégie menée doit avant tout consister à apporter un soutien direct et important aux millions de familles qui continuent à accueillir les enfants ayant perdu leurs parents. Après avoir perdu leurs parents et les personnes s'occupant d'eux, les enfants ont encore plus besoin de stabilité, de soins et de protection. Les moyens dont disposent les familles - que le chef de famille soit un parent veuf, un grandparent âgé ou un jeune - constituent à eux seuls le facteur le plus important

permettant d'instaurer un cadre protecteur pour les enfants ayant perdu leurs parents du fait du SIDA ou d'autres causes. Il est également urgent de créer et de proposer à plus grande échelle des possibilités de soins à base familiale et communautaire pour la proportion restreinte mais très vulnérable de garçons et de filles ne bénéficiant pas de soins familiaux.



UNICEF/HQ98-1118/Giacomo Pirozzi

Dans un centre de prévention de Nairobi (Kenya), une jeune éducatrice de pairs à pairs lit à voix haute une bande dessinée sur le VIH/SIDA. Cette bande dessinée transmet des informations et des messages positifs sur des questions concernant les adolescents africains, notamment le VIH/SIDA et l'égalité des sexes.

Les enfants au bord du gouffre 2004

Ce rapport présente les statistiques les plus récentes et les plus complètes sur les enfants ayant perdu leurs parents du fait du SIDA et d'autres causes (annexe 1). À la différence des versions précédentes des *Enfants au bord du gouffre*, qui comprenaient des données relatives aux enfants de moins de 15 ans, cette version présente des données portant sur les enfants de moins de 18 ans. Les statistiques ainsi modifiées correspondent à la définition internationale de l'enfance. Cette modification part également du constat selon lequel les orphelins et les enfants vulnérables ne sont pas nécessairement de jeunes enfants et que les problèmes qu'ils rencontrent subsistent bien au-delà de l'âge de 15 ans. Les données dont on dispose semblent en fait indiquer que les adolescents constituent la majorité des orphelins dans tous les pays. Autre nouveauté, ce rapport donne également le nombre estimatif d'enfants qui sont devenus orphelins l'an dernier. La méthodologie employée pour obtenir ces estimations est décrite à

l'annexe 2.

Dans un centre de prévention de Nairobi (Kenya), une jeune éducatrice de pairs à pairs lit à voix haute une bande dessinée sur le VIH/SIDA. Cette bande dessinée transmet des informations et des messages positifs sur des questions concernant les adolescents africains, notamment le VIH/SIDA et l'égalité des sexes.

Cette version des *Enfants au bord du gouffre* examine également l'évolution des besoins, sur le plan du développement, des orphelins et autres enfants vulnérabilisés par le VIH/SIDA, à différents stades de l'enfance. De la petite enfance à l'âge de dix-sept ans, un enfant passe par un certain nombre d'étapes. Le VIH se répercute sur un enfant dès les premiers stades de la maladie d'un parent, et ces répercussions continuent à se manifester pendant toute la maladie ainsi que pendant le cycle de développement de l'enfant après le décès d'un parent. Les enfants qui sont privés de l'encadrement et de la protection des principaux adultes qui s'occupaient d'eux sont plus vulnérables face aux problèmes de santé, à la violence, à l'exploitation et à la discrimination. Les décideurs, les dirigeants et les praticiens du secteur de la santé publique et d'autres domaines de développement, et les communautés et les familles doivent apporter soins et soutien aux orphelins (toutes causes confondues) et aux enfants vulnérabilisés par le VIH/SIDA, en comprenant leurs différents stades de développement et l'évolution de leurs besoins.

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. Le Cadre d'action est l'un des principaux documents adoptés au terme du premier Forum des partenaires mondiaux

organisé par l'UNICEF en octobre 2003, avec l'appui de l'ONUSIDA. Ce Cadre s'articule autour des objectifs en faveur des orphelins et des autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA fixés lors de la Session extraordinaire de 2001 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. La mise en œuvre du Cadre d'action permettra également de progresser considérablement dans la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire et d'autres engagements mondiaux comme l'Éducation pour tous et l'Élimination des pires formes de travail des enfants. Voici les cinq grandes stratégies du Cadre d'action (dont le résumé figure dans le présent rapport) :

- **Renforcer les moyens dont disposent les familles** pour protéger et prendre en charge les orphelins et les enfants vulnérables en prolongeant la vie des parents et en apportant un soutien notamment économique et psychosocial.
- Mobiliser et appuyer les initiatives **communautaires** visant à soutenir dans l'immédiat et à long terme les ménages vulnérables.
- Garantir l'accès des orphelins et des enfants vulnérables à des **services essentiels**, y compris l'éducation, les soins de santé et l'enregistrement des naissances.
- Veiller à ce que les gouvernements protègent les enfants les plus vulnérables au moyen de **meilleures politiques et lois** et en affectant des ressources aux communautés.
- Mener des actions de sensibilisation à tous les niveaux, par la promotion et la mobilisation sociale, afin de créer un **environnement favorable** aux enfants affectés par le VIH/SIDA.

On trouvera également dans ce rapport des résumés des indicateurs de suivi et d'évaluation du Cadre d'action (annexe 3), des principes de programmation (annexe 4) et des recommandations d'action nationale (annexe 5).

Avec les nouvelles promesses de financement provenant du lancement en 2004 du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA, de la Banque mondiale, de l'UNICEF, de l'ONUSIDA et du Fonds mondial de lutte contre le

Termes

Lors du calcul des nombres estimatifs d'orphelins publiés dans *Les enfants au bord du gouffre 2004*, les termes suivants ont été retenus à des fins statistiques. Ces termes n'ont pas pour objet de définir les populations cibles des programmes en faveur des orphelins et des enfants vulnérables.

Les orphelins de mère sont les enfants de moins de 18 ans qui ont perdu leur mère, et peut-être aussi leur père (les orphelins doubles entrent aussi dans cette catégorie).

Les orphelins de père sont les enfants de moins de 18 ans qui ont perdu leur père, et parfois aussi leur mère (les orphelins doubles entrent aussi dans cette catégorie).

Les orphelins doubles sont les enfants de moins de 18 ans qui ont perdu leur mère et leur père.

Le **nombre total d'orphelins** comprend les enfants de moins de 18 ans qui ont perdu leur mère ou leur père (ou leurs deux parents). Le nombre total d'orphelins est égal à la somme du nombre d'orphelins de mère et d'orphelins de père, moins le nombre d'orphelins doubles (ces derniers étant comptabilisés à la fois dans la catégorie des orphelins de mère et dans la catégorie des orphelins de père).

Les **nouveaux orphelins** sont les enfants de moins de 18 ans qui ont perdu un de leurs parents ou les deux dans l'année qui précède.

Aux fins du présent document, les **enfants vulnérables** désignent les enfants dont la survie, le bien-être ou le développement sont compromis par le VIH/SIDA.

Les auteurs du rapport *Les enfants au bord du gouffre* ont évité d'employer l'expression « orphelins du SIDA », qui risque d'étiqueter à tort ces enfants et d'entraîner leur exclusion sociale. Ils préfèrent parler des « orphelins à cause du VIH/SIDA » ou des « enfants rendus orphelins par le SIDA ». L'expression « enfants affectés par le VIH/SIDA » désigne les orphelins et autres enfants vulnérabilisés par le VIH/SIDA. Les auteurs ont également évité d'employer des abréviations comme « OEV » (« orphelins et enfants vulnérables ») ou ETVS (« enfants touchés par le VIH/SIDA »). L'expérience a montré que ce type de jargon finit par être employé dans la communauté pour désigner certains enfants. Lorsqu'on demande aux enfants comment ils préfèrent qu'on les appelle, ils répondent : « Nous sommes simplement des enfants ».



À Kuanda (Malawi), une grand-mère cuisine dans la véranda de sa case, pendant que l'un de ses neuf petits-enfants mange. Les parents de ses petits-enfants sont morts du SIDA.

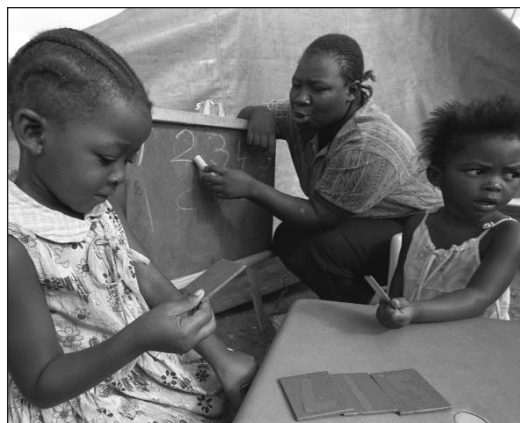
SIDA, la tuberculose et le paludisme, les ressources allouées au soutien des orphelins et des autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA ont augmenté ces dernières années. Si ces ressources supplémentaires constituent un excellent engagement, le financement général des programmes en faveur des orphelins et autres enfants vulnérables reste néanmoins faible par rapport au financement d'autres activités de lutte contre le VIH/SIDA.

Et surtout, un énorme écart subsiste entre ce qui a été fait et ce qu'il reste à faire pour protéger les droits des orphelins et des enfants vulnérables et répondre à leurs besoins. À la fin de l'année 2003, seuls 17 des pays où l'épidémie s'est généralisée déclaraient avoir une politique nationale en faveur des orphelins et des enfants vulnérables qui structurerait la prise de décisions stratégiques et l'allocation des ressources. Il est possible de combler cet écart mais il faudra à cette fin mobiliser les efforts concertés de ceux qui sont en mesure de réagir - les gouvernements, les donateurs, les organisations non gouvernementales, les organisations confessionnelles, le secteur privé et les milliers de groupes communautaires qui mènent déjà leur combat en première ligne.

Grâce à des partenariats et une collaboration soutenus, des millions d'enfants et d'adolescents auront la possibilité d'avoir un meilleur avenir.

Aperçu par région et évolutions importantes de la situation des orphelins

A la fin de l'année 2003, on estimait à 143 millions le nombre d'orphelins de moins de 18 ans vivant dans 93 pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie et d'Amérique latine et des Caraïbes. À l'échelle mondiale, le nombre d'orphelins n'a augmenté que de 3 % depuis 1990. Sans la pandémie de VIH/SIDA, le pourcentage d'enfants orphelins aurait dû diminuer à mesure que les progrès réalisés dans le domaine de la santé, de la nutrition et du développement en général ont entraîné un recul des taux de mortalité adulte. Malheureusement, dans les pays les plus durement touchés par le VIH/SIDA, cette tendance s'est inversée, du fait de l'augmentation considérable à la fois du pourcentage et du nombre d'enfants orphelins. En l'espace de deux ans seulement, entre 2001 et 2003, le nombre total d'orphelins à cause du SIDA est passé, à



UNICEF/HCO01-0113/Giacomo Pirozzi

Deux filles apprennent à compter dans une classe d'école maternelle d'un centre d'enfants de Francistown (Botswana).

l'échelle mondiale, de 11,5 millions à 15 millions (les estimations allant de 13 à 18 millions).

De nouvelles estimations du nombre d'orphelins

Les chiffres cités dans ce rapport se fondent sur de nouvelles estimations et projections du nombre d'orphelins dans 93 pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie et d'Amérique latine et des Caraïbes. Ces estimations et projections font apparaître l'évolution passée et future du nombre d'orphelins dans les pays à faible et moyen revenu de ces régions. Elles font suite aux chiffres publiés dans les versions précédentes du rapport *Les enfants au bord du gouffre*, avec cependant plusieurs changements et ajouts importants. Dans les rapports précédents, les estimations ne portaient que sur les enfants de moins de 15 ans ; dans le présent rapport, elles portent sur les orphelins de moins de 18 ans, tenant ainsi compte du nombre important d'enfants plus âgés qui ont perdu un de leurs parents ou les deux. Le nombre estimatif d'orphelins est également indiqué par grande catégorie d'âge (de 0 à cinq ans, de 6 à 11 ans, et de 12 à 17 ans), car les informations relatives à l'âge des orphelins

peuvent avoir d'importantes répercussions sur l'élaboration de programmes. Pour évaluer les « nouveaux » orphelins, le rapport donne également des estimations du nombre d'enfants qui ont perdu un de leurs parents ou les deux dans l'année qui précède.

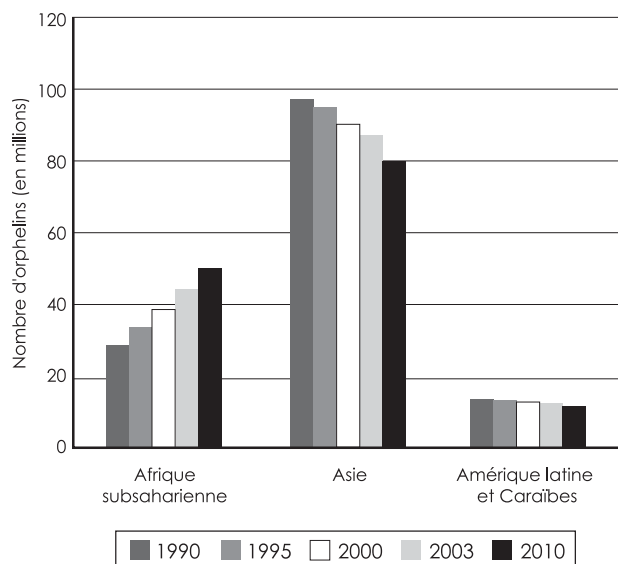
Ces estimations du nombre d'orphelins se fondent sur de nouveaux modèles et estimations du VIH/SIDA dans ces pays. Ces modèles et estimations du VIH/SIDA ont été substantiellement remaniés depuis 2002, car on connaît désormais davantage l'étendue de l'épidémie dans de nombreux pays. Ces nouveaux modèles et les estimations du nombre d'orphelins qui en découlent ont également été comparés à des estimations indépendantes se fondant sur les enquêtes auprès des ménages réalisées dans des pays d'Afrique subsaharienne. Les estimations du nombre « d'orphelins à cause du SIDA » dans les pays en dehors de l'Afrique subsaharienne n'ont pas été incluses dans ce rapport car l'on ne dispose pas de suffisamment d'informations exactes pour obtenir des chiffres fiables dans ces régions.

Aperçu par région

Afrique subsaharienne

L'Afrique subsaharienne compte 24 des 25 pays ayant les taux de prévalence du VIH les plus élevés du monde, ce qui se traduit par l'augmentation rapide du nombre d'enfants orphelins. En 2003, il y avait dans la région 43 millions d'orphelins, soit une hausse de plus d'un tiers depuis 1990 (voir figure 1).

Figure 1. Le nombre d'orphelins diminue dans toutes les régions à l'exception de l'Afrique subsaharienne, la plus durement touchée par le VIH/SIDA.



En 2003, 12,3 % de tous les enfants vivant en Afrique subsaharienne étaient orphelins. Cela représente près du double du pourcentage d'enfants orphelins en Asie - 7,3 % - et en Amérique latine et dans les Caraïbes - 6,2 %.

Mais, au sein de l'Afrique subsaharienne, les pourcentages d'orphelins ne sont pas uniformes. Comme l'indique la carte présentée à la figure 2, ce sont les pays ayant les taux de prévalence du VIH les plus élevés ou ceux ayant récemment participé à des conflits armés qui ont les pourcentages les plus élevés d'enfants orphelins.

Le Botswana a le taux d'orphelins le plus élevé de l'Afrique subsaharienne, 20 % de ses enfants étant orphelins. Dans 11 des 43 pays de la région, plus de 15 % des enfants sont orphelins (figure 3).

Figure 2. En Afrique subsaharienne, les pourcentages d'orphelins sont les plus élevés en Afrique centrale et australe.

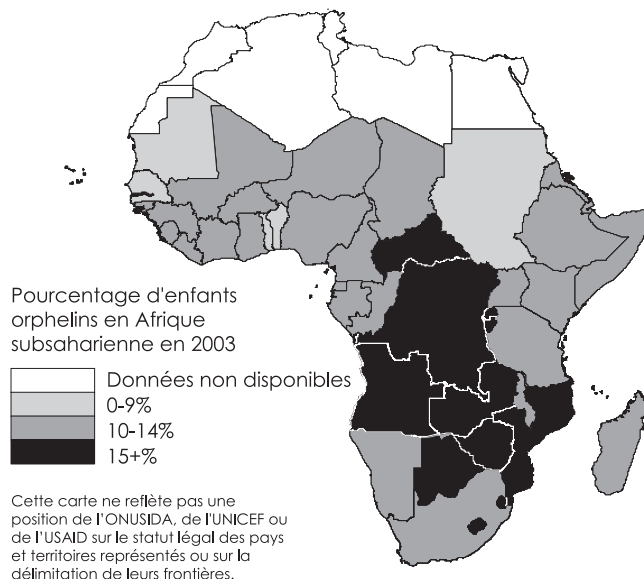
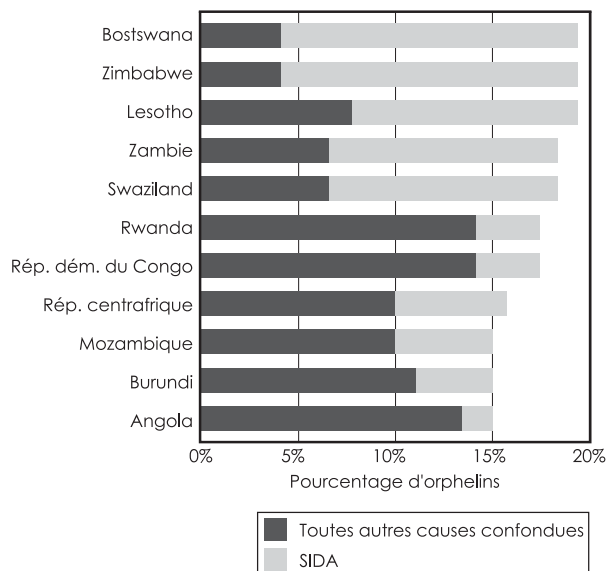


Figure 3. Dans 11 pays d'Afrique subsaharienne, plus de 15 % de tous les enfants étaient orphelins en 2003.



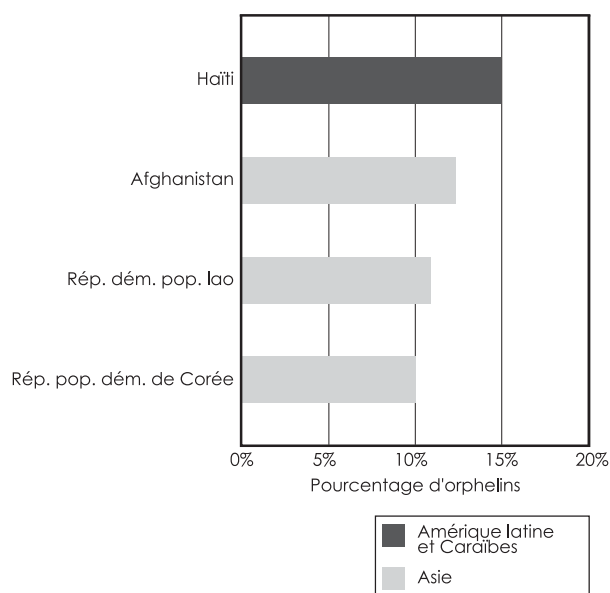
Dans ces 11 pays les plus durement touchés, le décès des parents est dû au SIDA dans 11 à 78 % des cas.

Asie

Si l'Afrique est la région du monde proportionnellement la plus touchée par le VIH/SIDA, c'est en Asie que le nombre total d'orphelins est le plus

élevé. Bien que le nombre d'orphelins en Asie ait diminué de près de 10 % depuis 1990 et malgré des taux de prévalence du VIH plus bas, l'Asie avait en 2003 deux fois plus d'orphelins (toutes causes confondues) que l'Afrique subsaharienne (voir figure 1). Cela s'explique par la population beaucoup plus importante de l'Asie, qui compte près de quatre fois plus d'enfants (1,2 milliard) que l'Afrique subsaharienne (350 millions). L'Asie a trois pays dans

Figure 4. Dans quatre pays en dehors de l'Afrique subsaharienne, 10 % ou plus de tous les enfants étaient orphelins en 2003.



lesquels la proportion d'enfants orphelins est supérieure ou égale à 10 % (voir figure 4). Parmi ces pays, c'est l'Afghanistan qui a le pourcentage d'enfants orphelins le plus élevé (12 %).

Amérique latine et Caraïbes

Même en Amérique latine et dans les Caraïbes, où la population est moins nombreuse et les taux de prévalence du VIH/SIDA sont plus bas, il y avait 12,4 millions d'orphelins en 2003. Le nombre total d'orphelins dans cette région a chuté de près de 10 % depuis 1990 (voir figure 1). Dans les pays les plus touchés par le SIDA, le pourcentage d'enfants orphelins a augmenté. En Haïti, où le taux de prévalence du VIH dans la population adulte est d'environ 5,5 %, on estime à plus de 15 % la proportion d'enfants orphelins, soit plus du double de la moyenne régionale.

Évolutions

Ces nouvelles estimations du nombre d'orphelins sont importantes dans la mesure où elles permettent de mieux comprendre l'impact du VIH/SIDA sur le nombre d'orphelins et de recenser les pays qui auront le plus besoin de mesures de protection de l'enfance et d'aides importantes pour relever les défis posés par le nombre croissant d'orphelins. Dans la section suivante de ce rapport, l'examen des principales évolutions de la situation des orphelins se fondera sur ces nouvelles estimations.

1. Enfants devenus orphelins en 2003

Plus de 16 millions d'enfants sont devenus orphelins en 2003. Si le nombre total d'orphelins est un bon indicateur de l'effet cumulatif de la mortalité adulte au cours des 18 dernières années, il ne fait pas apparaître l'impact immédiat du VIH/SIDA sur la mortalité et le nombre croissant d'orphelins. Le nombre estimatif d'enfants devenus orphelins au cours de l'année qui précède rend plus fidèlement compte de l'évolution récente de la mortalité adulte. C'est là que l'on voit le mieux l'impact actuel du VIH/SIDA.

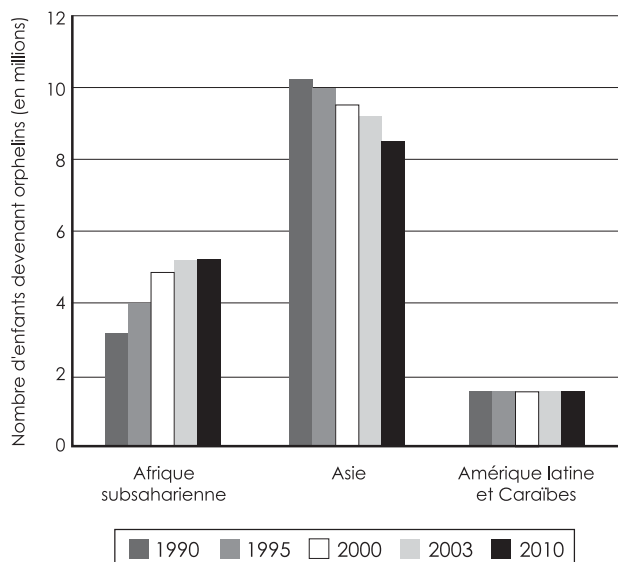
Comme l'indique la figure 5, environ 3,2 millions d'enfants d'Afrique subsaharienne ont perdu leurs parents en 1990. En 2003, 5,2 millions d'enfants sont devenus orphelins dans la région, dont plus de 800 000 seulement au Nigéria. Pendant la même période, le nombre de nouveaux orphelins a chuté en Asie et s'est maintenu au même niveau en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Dans cinq pays de l'Afrique australe (Botswana, Lesotho, Namibie, Afrique du Sud et Swaziland), 15 % ou plus de tous les orphelins le sont devenus en 2003. Dans ces pays, la grande majorité de ces nouveaux orphelins ont perdu l'un de leurs parents ou les deux à cause du SIDA. Un nombre quasiment égal d'enfants vivent actuellement avec un membre de leur famille (ou plusieurs) atteint de maladies chroniques et deviendront orphelins cette année. Les systèmes d'entraide traditionnelle de ces pays étant déjà mis à très rude épreuve, de nombreuses familles élargies sont à bout de forces, ou le seront bientôt, et ont davantage besoin d'appui extérieur et de dispositifs de protection sociale.

2. L'augmentation continue du nombre d'orphelins en Afrique subsaharienne

Comme l'indique la figure 6, l'impact du VIH/SIDA sur la mortalité et le nombre d'enfants

Figure 5. En Afrique subsaharienne, le nombre d'enfants qui deviennent orphelins continue d'augmenter chaque année.



devenant orphelins à cause du SIDA en Afrique subsaharienne continuera d'augmenter d'ici à 2010 (bien qu'une augmentation importante de l'accès aux traitements antirétroviraux puisse dans une certaine mesure entraîner une diminution des projections). Au Botswana, au Lesotho, au Swaziland et au Zimbabwe, plus d'un enfant sur cinq sera orphelin.

Il ressort d'une étude récente² menée par l'UNICEF sur les pratiques de soins dans 40 pays d'Afrique subsaharienne que les familles élargies ont assumé la responsabilité de plus de 90 % des enfants orphelins. Aujourd'hui, 20 % des ménages avec enfants de l'Afrique australe s'occupent d'un ou de plusieurs orphelins. Dans la plupart des pays, ces réseaux familiaux resteront le principal mécanisme d'aide sociale. Cependant, à mesure que le nombre d'orphelins continuera d'augmenter dans les dix ans à venir et que les adultes seront toujours plus nombreux à être touchés par le VIH/SIDA, bon nombre de ces réseaux familiaux ploieront sous un fardeau encore plus lourd.

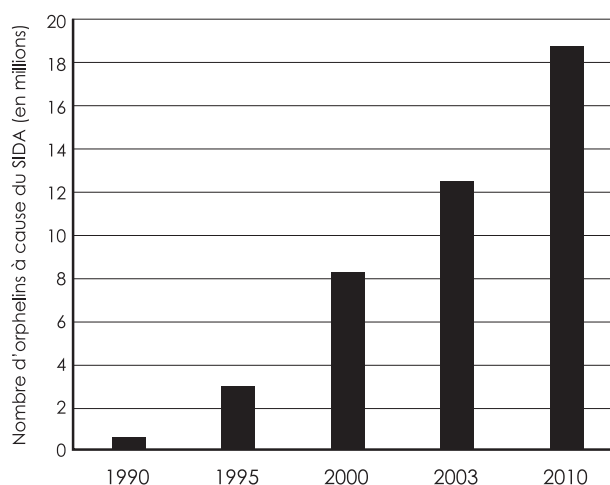
Dans les pays où les taux de prévalence du VIH/SIDA sont les plus élevés, la prise en charge

des orphelins se modifie déjà. Les orphelins vivent de plus en plus souvent dans des ménages ayant à leur tête une femme ou des grands-parents. En Zambie, par exemple, les ménages dirigés par une femme s'occupent d'orphelins doubles deux fois plus souvent que les ménages dirigés par un homme. Les ménages dirigés par une femme accueillent également davantage d'orphelins que ceux dirigés par un homme. Dans les foyers sud-africains ayant pris en charge des orphelins, on compte en moyenne deux orphelins doubles dans chaque ménage dirigé par une femme, alors que la moyenne est d'un seul dans les ménages dirigés par un homme.

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.

La même étude indique que les stratégies d'adaptation employées dans les pays d'Afrique australe diffèrent considérablement de celles des autres pays d'Afrique subsaharienne. La mobilité importante due à l'exode des hommes quittant le Botswana, le Lesotho, la Namibie et le Swaziland

Figure 6. De 1990 à 2003, en Afrique subsaharienne, le nombre d'enfants orphelins à cause du SIDA est passé de moins d'un million à plus de 12 millions.



² UNICEF, Novembre 2003. Les générations orphelines d'Afrique. New York : UNICEF.

UNICEF/HQ97-1031/Giacomo Pirozzi



Au Rwanda, une femme de 63 ans tient dans ses bras son petit-fils de trois ans, dans leur maison près de Kigali. Le garçon et ses deux sœurs aînées sont orphelins et vivent avec leur grand-mère depuis que leurs parents sont morts du SIDA.

pour aller travailler dans les régions plus industrialisées de l'Afrique australe contribuerait non seulement aux taux élevés de prévalence du VIH mais également à la fréquence élevée du placement d'enfants en famille d'accueil et aux taux élevés de ménages dirigés par une femme. Les mécanismes d'adaptation dépendant de la famille élargie sont peut-être moins résistants qu'ailleurs dans la région.

La proportion croissante d'enfants orphelins fait également peser un énorme poids sur le tissu social des communautés et des pays. Même les cultures et les communautés où la cohésion sociale est importante et où la tradition veut que les orphelins et autres enfants vulnérables soient pris en charge peuvent se retrouver incapables de faire face à la situation lorsque le nombre total d'orphelins atteint de telles proportions et augmente aussi rapidement.

3. Orphelins doubles

L'une des caractéristiques particulièrement importantes du VIH/SIDA est que cette maladie crée davantage d'orphelins doubles que les autres causes de mortalité. Dans le cas du VIH/SIDA, si l'un des parents est séropositif, il y a une probabilité élevée que l'autre parent le soit ou le devienne et que les deux finissent par mourir. Cela signifie que les pays où la prévalence du VIH/SIDA est élevée auront également un nombre disproportionné d'orphelins doubles à mesure que l'épidémie progresse. De nombreuses études montrent que les orphelins doubles sont plus désavantagés que les orphelins d'un seul parent. En Tanzanie, le taux

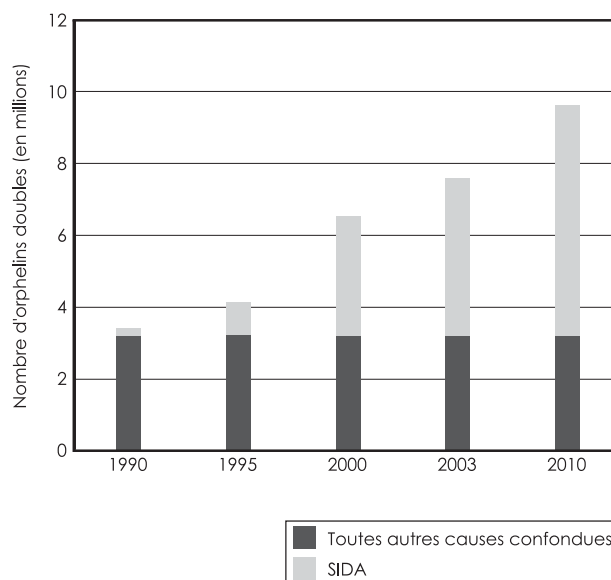
de fréquentation scolaire des enfants dont les parents sont en vie et qui vivent avec au moins un des deux parents est de 71 %, mais il n'est que de 52 % pour les orphelins doubles.

En 2003, l'Afrique subsaharienne comptait presque autant d'orphelins doubles (7,7 millions) que l'Asie (7,9 millions), bien que l'Asie ait environ quatre fois plus d'enfants que l'Afrique subsaharienne et deux fois plus d'orphelins. Par rapport à ces chiffres, le nombre d'orphelins doubles en Amérique latine et dans les Caraïbes (600 000) peut paraître faible. Sur les 7,7 millions d'orphelins doubles que compte l'Afrique subsaharienne, un peu plus de 60 % ont perdu un de leurs parents à cause du SIDA (et souvent les deux). D'après les projections, le nombre d'orphelins doubles devrait augmenter en Afrique subsaharienne jusqu'en 2010 (voir figure 7).

4. Proportion croissante d'orphelins de mère

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,

Figure 7. En Afrique subsaharienne, le nombre d'orphelins doubles augmente à cause du SIDA.



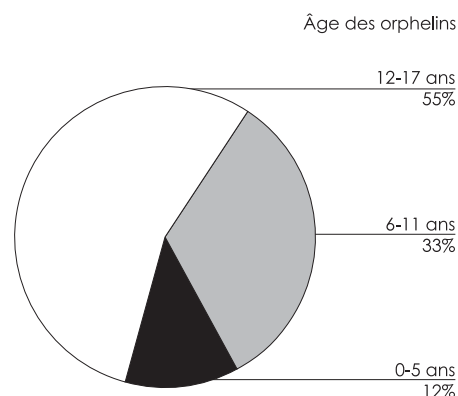
aujourd'hui, le taux de VIH/SIDA est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et les enfants sont plus nombreux à avoir perdu leur mère à cause du SIDA que leur père. Dans les pays d'Afrique australe les plus durement touchés, 60 % des orphelins ont perdu leur mère, contre 40 % en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes.

5. Âge des orphelins

S'il est vrai que les enfants peuvent perdre leurs parents à n'importe quel âge, la proportion d'enfants orphelins augmente généralement avec l'âge, et les orphelins plus âgés sont nettement plus nombreux que les orphelins plus jeunes. Comme l'indique la figure 8, plus de la moitié de tous les orphelins ont au moins douze ans. Sur les 143 millions d'orphelins que comptent les trois régions, 17,5 millions (environ 12 %) ont moins de six ans ; 47 millions (33 %) ont de 6 à 11 ans ; et les 79 millions restants (55 %) ont de 12 à 17 ans.

Cette répartition par groupe d'âge a d'importantes répercussions sur l'allocation des ressources destinées aux programmes. Comme il est expliqué dans la section suivante, les besoins des enfants, les mesures de protection nécessaires et l'approche des programmes varient considérablement d'un groupe d'âge à l'autre. Si les programmes en faveur des très jeunes orphelins sont importants, il convient de tenir compte de nouveaux besoins et de différents éléments du cadre protecteur afin de protéger les quelque 90 % d'orphelins de plus de six ans et de subvenir à leurs besoins.

Figure 8. En Afrique subsaharienne, en Asie et en Amérique latine et dans les Caraïbes, plus de la moitié des orphelins sont des adolescents.



Protéger les droits des orphelins et des enfants vulnérables et s'adapter à l'évolution de leurs besoins

Le développement d'un enfant et la réalisation de tout son potentiel – ce à quoi a droit chaque enfant – sont gravement compromis quand l'environnement familial se dégrade à la suite de la maladie et de la mort d'un parent. Ils sont également compromis lorsque les répercussions du VIH/SIDA sapent les services sociaux de base et les systèmes de protection sociale comme les soins de santé et l'éducation.

La maladie ou la mort d'un parent ou d'un autre membre de la famille a des effets différents sur les enfants, qui sont fonction en partie de l'âge et du stade de développement de l'enfant. Cependant, à ce jour, la plupart des politiques, programmes, informations et documents concernant les orphelins et les autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA tendent à les considérer comme un groupe homogène et indifférencié. Les données et les recommandations de programmes ont rarement tenu compte de distinctions essentielles liées à l'âge, ignorant les différences physiques, cognitives, émotionnelles et psychosociales qui caractérisent les enfants et les adolescents à différents stades de leur développement. Les stratégies tenant compte de ces différences donneront de meilleurs résultats.

Pour survivre et s'épanouir, les enfants et les adolescents ont besoin de grandir dans un environnement familial et communautaire qui s'adapte à l'évolution de leurs besoins, en favorisant un développement sain et adéquat. Parce que la grande majorité des enfants et des adolescents touchés par le VIH/SIDA vivent avec un parent



UNICEF/HO02-0361/Giacomo Pirozzi

La jeune femme de 19 ans assise à gauche subvient à ses propres besoins, ainsi qu'à ceux de son frère et sa sœur, et aux trois enfants de sa sœur aînée, à Harare (Zimbabwe). Ses parents et sa sœur aînée sont morts du SIDA.

encore en vie ou dans leur famille élargie, ce sont les efforts et les interventions visant à renforcer les soins familiaux et l'appui de la communauté qui permettent le mieux de répondre aux besoins de ces enfants en matière de développement. L'élaboration de ces programmes doit être axée sur les besoins liés à l'âge des nourrissons et des jeunes enfants, des enfants et des adolescents.

Une approche adaptée au développement

Pourquoi adopter une approche adaptée au développement de l'enfant ? Les enfants réagissent très différemment à leur situation selon leur âge, en fonction de leur degré de développement physique, cognitif, émotionnel et psychosocial. Par exemple, la maladie ou la mort d'une personne qui s'occupe d'un enfant aura des répercussions différentes selon que cet enfant est un nouveau-né, un jeune enfant, un enfant d'âge moyen ou un adolescent. Le degré de développement (y compris la maturité affective et les capacités de compréhension) d'un enfant ou d'un adolescent influenceront la façon dont il réagit face à la mort de sa mère ou de son père (ou des deux), à la séparation avec ses frères et sœurs et à d'autres conséquences éventuelles du décès d'un parent. Le stade de développement d'un enfant est également un facteur à prendre en compte lorsqu'on détermine les types d'appui et de protection dont il a besoin pour avoir de plus grandes chances de vivre un avenir sain et productif.

Les enfants vivant avec le VIH ou le SIDA

Chaque jour, environ 1 700 enfants contractent le VIH. On estime actuellement à 2,1 millions le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH dans le monde (les estimations allant de 1,9 à 2,5 millions). En 2003, environ 630 000 enfants de moins de 15 ans (570 000 - 740 000) ont contracté le virus.

Si les adolescents contractent principalement le virus lors de relations sexuelles non protégées, les nourrissons sont infectés pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement au sein. Prévenir l'infection au VIH chez les femmes en âge d'avoir des enfants est ainsi le moyen le plus efficace de réduire le nombre de jeunes enfants séropositifs.

Il convient de noter que deux tiers des enfants nés de mères séropositives ne contractent pas le virus. En l'absence de moyens de prévention, on estime que le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant varie entre 25 et 45 % dans les pays en développement. Les deux tiers environ de ces infections se produisent pendant la grossesse, le travail, l'accouchement, les autres cas étant liés à l'allaitement au sein. Les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) qui fournissent des médicaments antirétroviraux aux femmes enceintes et aux nouveau-nés à la naissance peuvent réduire de moitié le risque de transmission. Étant donné les avantages de l'allaitement exclusivement au sein et les risques que présente une alimentation de substitution ou une alimentation mixte (notamment le risque de diarrhée due à de l'eau insalubre et à un manque d'hygiène), l'allaitement exclusivement au sein pendant six mois, ou l'allaitement exclusivement au sein et le sevrage précoce, constituent dans la plupart des cas les meilleures possibilités d'alimentation. On recommande actuellement de n'envisager une alimentation de substitution que si elle est faisable, sûre, d'un prix abordable, acceptable et durable.

Dans les pays où l'épidémie de VIH concerne principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les hommes et les femmes ayant des relations sexuelles contre de l'argent ou les utilisateurs de drogues intraveineuses, les comportements à risque commencent généralement pendant l'adolescence.

Les garçons en particulier risquent d'être touchés par l'épidémie. Les adolescentes ont un risque disproportionné de contracter le VIH dans les pays où l'épidémie concerne l'ensemble de la population. Dans certains des pays les plus durement touchés, on compte cinq filles séropositives pour chaque garçon séropositif. Les filles sont plus vulnérables à l'infection au VIH par voie sexuelle, en raison d'un certain nombre de facteurs biologiques et sociaux, comprenant notamment, en ce qui concerne cette dernière catégorie de facteurs : relations sexuelles forcées, relations sexuelles non protégées avec des hommes plus âgés et manque d'aptitudes et d'informations sur les moyens de se protéger. Les jeunes vivant en dehors d'un cadre familial - dans la rue, par exemple - risquent également davantage de contracter le VIH.

Il est essentiel d'intégrer les enfants séropositifs aux programmes de soins et de traitement élargis. Le Brésil a distribué avec succès des traitements antirétroviraux aux enfants et aux adolescents dans le cadre de sa politique nationale de traitement. Un certain nombre de pays, dont l'Ouganda, la Zambie et l'Afrique du Sud, commencent à faire bénéficier de leur programme un grand nombre d'enfants vivant avec le VIH/SIDA. Les programmes de ce type doivent être complets et porter sur les soins de santé infantile de base, la nutrition et les soins psychosociaux, ainsi que sur le traitement du VIH/SIDA et les infections opportunistes. Des liens doivent être établis avec les programmes existants de PTME et des activités à base communautaire de survie de l'enfant comme les programmes de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance. En outre, les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les problèmes qui en résultent doivent être intégrés aux services de santé primaire de base, car le statut sérologique de la plupart des enfants n'est pas établi, et leurs besoins de santé, indépendamment de leur statut sérologique, sont généralement satisfaits dans le cadre de ces services.

Nourrissons et jeunes enfants

C'est pendant les premières années de leur vie que tous les enfants sont le plus vulnérables. Durant cette période, un enfant risque le plus de mourir pendant sa première année, en particulier pendant l'accouchement et le premier mois suivant la naissance. La maladie ou la mort d'une mère ou d'un tuteur pendant la première année de la vie d'un enfant a des conséquences potentiellement mortelles. Si une telle tragédie compromet moins les chances de survie d'un enfant après la première année, elle reste cependant importante pendant plusieurs années.

Pendant la première ou les deux premières années, pour grandir en bonne santé et, en fait, pour survivre, les jeunes enfants ont besoin d'avoir des liens affectifs étroits avec au moins une personne qui s'occupe d'eux systématiquement et leur prodigue de l'affection. En plus de la satisfaction de besoins physiques de base, l'enfant a besoin d'être touché, pris dans les bras d'un adulte, et de recevoir un soutien émotionnel et de l'affection de cette même personne. Lorsqu'un jeune enfant perd la personne qui s'occupe de lui, il risque de perdre son aptitude à former des liens affectifs étroits – à aimer et être aimé – et est également plus vulnérable face à la maladie et la mort. Même avant l'âge de deux ans, les enfants perçoivent les sentiments de deuil et de tension chez les autres et ont besoin d'être rassurés.

Le VIH/SIDA accroît la vulnérabilité des nourrissons. Bien que la plupart des enfants nés de mères séropositives ne soient pas infectés, leurs chances de survie diminuent si la mère tombe malade du SIDA et meurt. Certains nourrissons contractent le VIH de leur mère pendant la grossesse, l'accouchement, ou au tout début de leur vie (voir encadré ci-dessous), ce qui réduit considérablement leurs chances de survie.

Les maladies de l'enfance menacent le plus la survie et le développement des jeunes enfants vivant dans des foyers vulnérables. Les filles et les garçons de moins de 5 ans - en particulier ceux dont les familles vivent dans la pauvreté dans les pays en développement - sont vulnérables face aux maladies potentiellement mortelles que sont la rougeole, la diarrhée et la pneumonie. La malnutrition accroît chez les enfants le risque de mourir de ces maladies. De plus, la malnutrition grave pendant les premières années de la vie peut entraîner un arrêt de croissance irréversible et des défi-

ciences cognitives. Dans les régions où l'on ne peut garantir en permanence les vaccinations, le traitement des maladies de l'enfance et une nutrition adéquate, les programmes doivent faire en sorte, de façon concertée, que les orphelins et autres enfants vulnérables de moins de cinq ans bénéficient de ces interventions essentielles en faveur de la survie de l'enfant, car les familles dont les parents ou d'autres personnes s'occupant des enfants sont touchés par le VIH/SIDA peuvent avoir du mal à le faire. Les parents et autres adultes s'occupant des enfants ont également besoin d'aide et d'informations afin de prodiguer à ces jeunes enfants les meilleurs soins possibles.

Entre l'âge de 3 à 6 ans, les jeunes enfants restent vulnérables face aux maladies et à la malnutrition, mais il arrive que les personnes qui s'occupent d'eux négligent leurs besoins car ils semblent être plus indépendants. Ils continuent à avoir besoin d'un sentiment d'appartenance et d'un soutien social et affectif. Ils ont également besoin d'avoir des occasions d'apprendre, car il s'agit d'un stade critique pour l'acquisition de la curiosité, de l'exploration et des aptitudes motrices.

Les enfants de cet âge ne comprennent pas que la mort est irréversible et peuvent s'attendre à ce qu'une personne qui est morte réapparaisse. Il arrive qu'ils aient peur d'avoir entraîné la mort d'un proche. Les personnes qui s'occupent de l'enfant doivent lui expliquer que ce n'est pas le cas et doivent également comprendre l'angoisse et la tristesse de l'enfant, ainsi que ses éventuelles crises de colère ou sa régression à des stades précédents de comportement. Elles doivent faire en sorte que l'enfant se sente en sécurité et aimé, être prêtes à parler de ces disparitions et de la personne défunte et à expliquer clairement ce qu'est la mort.

Le placement à long terme en institutions est particulièrement déconseillé pour les nourrissons et les jeunes enfants, car pour leur bon développement affectif, cognitif, et même physique, il faut que les enfants de ce groupe d'âge aient au moins une seule et même personne qui s'occupe d'eux et leur prodigue de l'affection et avec laquelle ils puissent établir une relation. Il est tout à fait urgent de veiller à ce que ces enfants puissent bénéficier de soins familiaux, grâce à l'aide apportée à la famille, aux placements en familles d'accueil, à l'adoption locale ou à des organisations communautaires intégrées à la communauté.

Développement de l'enfant : risques et possibilités

Dans tous les pays et toutes les régions, des filles et des garçons de tous les âges perdent leurs parents ou deviennent vulnérables du fait du VIH/SIDA. Pour atténuer les répercussions du VIH/SIDA, il faut garder à l'esprit les risques qu'encourt sur le plan du développement chaque tranche d'âge et adopter des stratégies permettant de les minimiser. Voici un résumé des « acquisitions » des enfants et des adolescents au fur et à mesure de leur développement, des risques qu'ils encourent si le VIH/SIDA compromet leur environnement familial et des priorités, sur le plan du développement, des programmes visant à protéger et à aider les orphelins et les enfants vulnérables.

Nourrissons et enfants en bas âge

Acquisitions : période essentielle pour la survie, la croissance future et le développement des fonctions du cerveau ; l'enfant acquiert un sentiment de confiance et d'appartenance ; acquisitions du langage ; curiosité et désir d'expérimentation ; compréhension du rapport de cause à effet ; préparation à l'apprentissage en groupe.

Risques : maladies et mort ; arrêt de croissance ; manque d'attachement ; manque de curiosité et d'intérêt ; retrait affectif ou instabilité ; peur ; réduction des capacités d'apprentissage.

Priorités des programmes : identification rapide des jeunes enfants risquant de perdre leurs parents ; planification de la succession avant le décès d'un parent (notamment la mère) ; veiller à ce que les nourrissons et les jeunes enfants soient bien nourris et bénéficient de soins de santé et d'un suivi et d'une activation de la croissance ; maintien des relations entre frères et sœurs (en particulier lorsque l'un d'entre eux a été la principale personne s'occupant de l'enfant) ; soutien des soins systématiques et affectueux ; établissement, si besoin est, de services de garde d'enfants dans la communauté et de possibilités d'apprentissage préscolaire.

Enfants d'âge intermédiaire

Acquisitions : poursuite de la croissance physique ; meilleure compréhension des règles

et responsabilités ; établissement de relations saines avec les enfants du même âge et identité familiale ; acquisition de compétence en matière de calcul et d'alphabétisation ; capacité accrue à exprimer ses sentiments ; amélioration des capacités de résolution de problèmes.

Risques : demande inappropriée d'attention ; retrait ; comportements destructifs et cruels à l'égard de soi-même ou des autres ; manque de notions de moralité et de compréhension des règles ; difficultés d'apprentissage.

Priorités des programmes : garantir l'accès à l'école ; garantir une nutrition adéquate ; donner des occasions de participer à la vie de la communauté ; encourager les relations et l'identité familiales ; donner des occasions d'acquérir des compétences traditionnelles et des comportements et pratiques culturels ; permettre aux frères et sœurs de rester ensemble ; donner des occasions de jouer et de participer à des activités structurées avec des enfants du même âge ; renforcer les relations avec des adultes soucieux de leur bien-être ; donner des informations sur la mort et le VIH/SIDA.

Adolescents

Acquisitions : maturation physique et sexuelle ; compréhension des relations (négociations, résistance aux pressions sociales, intimité, sentiment de responsabilité vis-à-vis des autres) ; contestation des règles et mise à l'épreuve des limites ; gestion des comportements à risque ; acquisition d'un sentiment d'indépendance ; expérimentation de possibilités d'emploi ; amélioration des capacités à résoudre des problèmes ; compréhension des conséquences de ses actions ; affirmation de l'identité ; apprentissage culturel.

Risques : incapacité à former des relations intimes et à se sentir responsable vis-à-vis des autres ; mauvaises relations avec les jeunes du même âge ; incapacité à résoudre des problèmes ; incapacité à reconnaître les adultes qui peuvent aider à résoudre des problèmes ; comportements à risque ; sentiment de colère, de rancune, de désespoir, de dépression ; marginalisation sociale et culturelle.

Priorités des programmes : garantir l'accès constant à l'école ou à la formation profession-

nelle ; donner des occasions de rencontrer des adultes et d'observer et de s'informer des rôles des adultes ; garantir l'accès à des services de santé adaptés aux jeunes, comprenant notamment la prévention du VIH ; fournir une protection

contre le travail abusif et l'exploitation sexuelle ; garantir une nutrition adéquate ; donner des occasions d'établir et de maintenir des relations étroites avec les jeunes du même âge ; appuyer des adultes lors de la prise de décision.



UNICEF/HO99-0785/Roger Lemoyne

Un travailleur social discute du VIH/SIDA avec un groupe d'enfants à Ho Chi Minh (Vietnam).

Les services de garde d'enfants à base communautaire et les visites à domicile figurent également parmi les stratégies pouvant permettre de maintenir les jeunes enfants dans un environnement familial. Pour répondre à la demande, les centres de garde d'enfants à l'échelle communautaire se font plus courants dans un certain nombre de pays. Ils permettent de donner aux enfants de la nourriture, un accès à des soins de santé et un endroit où apprendre et jouer. Ils peuvent également permettre à des frères et sœurs plus âgés d'aller à l'école et apporter un soutien à des adultes isolés s'occupant d'enfants, notamment les personnes âgées. Les visites à domicile effectuées par des volontaires locaux chez les personnes s'occupant d'en-

fants qui sont âgées ou sont au contraire eux-mêmes des enfants peuvent aider ces personnes à faire face à la situation et encourager de bons soins et des pratiques saines, comme les formes positives de discipline, la fréquentation de programmes préscolaires et une nutrition adéquate pour les enfants. Les soins à domicile d'un parent malade peuvent également aider les familles ainsi que les adultes concernés.

Les enfants d'âge intermédiaire

La période intermédiaire de l'enfance commence environ au moment où un enfant entre à l'école primaire, stade qui varie selon les pays et les régions, en fonction des normes culturelles et des condi-

tions économiques. À l'heure où les enfants de ce groupe d'âge doivent atteindre de nouveaux caps sur le plan du développement, ils ne vivent pas la maladie grave et la perte d'un parent de la même façon que les plus jeunes enfants.

Les orphelins d'âge intermédiaire sont en mesure de comprendre que la mort est irréversible et peuvent avoir très peur d'être de nouveau abandonnés et de vivre de nouveaux deuils. Ils peuvent être angoissés et régresser pendant un certain temps en adoptant des comportements d'un plus jeune âge. D'autres enfants ne donnent parfois l'impression de réagir que plusieurs mois plus tard. La possibilité de parler de la mort et de la disparition de leur parent, de participer à des rituels concernant la personne qu'ils ont perdue et de reprendre leur routine peut les aider.

Il est essentiel que les enfants d'âge intermédiaire aillent à l'école pour continuer à s'instruire et à apprendre à résoudre des problèmes. Cependant les répercussions du VIH/SIDA empêchent certains garçons et certaines filles d'aller à l'école ou nuit à leur capacité d'étudier. Les orphelins risquent plus que les autres enfants d'être exclus de l'école, la fréquentation scolaire étant à la fois fonction de la pauvreté du ménage, de l'âge de l'enfant et des relations avec le tuteur. Des études réalisées au Zimbabwe, en Tanzanie et en Éthiopie ont montré que les orphelins de cet âge risquent de ne plus bénéficier de soins familiaux et, au lieu d'aller à l'école, de vivre dans la rue ou d'être victimes de l'exploitation. Garantir l'accès des orphelins d'âge intermédiaire à une éducation de qualité est une priorité importante des programmes.

Il est également important, pour le bon développement des enfants de ce groupe d'âge, qu'ils disposent d'une vie de famille dans le cadre de laquelle ils sont aimés et d'activités avec des frères et sœurs et des amis. Ces enfants ont besoin de se sentir en sécurité et d'appartenir à une famille ou à un environnement de type familial. Outre cette identité familiale, un enfant a besoin d'acquérir en grandissant un sentiment d'identité positif ainsi qu'une bonne estime de soi. L'exclusion sociale et la discrimination relatives au VIH/SIDA peuvent se répercuter négativement sur

l'environnement social et les relations d'un enfant, et nuire à son estime de soi.

Les programmes destinés aux orphelins et enfants vulnérables d'un âge intermédiaire doivent veiller principalement à ce que ces derniers bénéficient d'une protection et d'un soutien adéquats afin de vivre avec un parent encore en vie et avec des membres de la famille élargie ou de recevoir des soins à base communautaire adéquats et suffisamment suivis, dans leur communauté. Les programmes peuvent également veiller à ce que les enfants aient accès à une éducation, à des soins de santé et à d'autres services de base adaptés à leur âge.

Adolescence

L'adolescence comprend plusieurs stades majeurs de développement, y compris la maturation physique et sexuelle, les progrès réalisés vers l'indépendance sociale et économique et l'affirmation croissante d'un sentiment d'identité. La transition de l'enfance à la préadolescence est progressive, et, sur le plan du développement, certaines activités et préoccupations de l'enfance subsistent dans la préadolescence. À mesure que l'adolescent parvient à maturité, certaines questions prennent de plus en plus d'importance, notamment la prévention de la violence et de l'exploitation sexuelle (ainsi que la lutte contre ces problèmes lorsqu'ils se manifestent), l'acquisition de compétences pratiques³ (nécessaires notamment à la prévention du VIH) et l'obtention d'un développement général sain et productif.

Les adolescents comprennent la nature du deuil mais peuvent ne pas exprimer directement leurs inquiétudes et angoisses. La mort d'un parent ou d'un proche peut susciter chez eux rancune et colère. Ils peuvent donner l'impression de s'être adaptés à la situation tout en étant déprimés et en proie au désespoir et en se sentant plus vulnérables. Cela peut entraîner un sentiment de marginalisation et de désespoir, des comportements à risque et un retrait social. Les adolescents ont besoin d'une personne qui les aide à prendre des décisions sur leur avenir et les possibilités qui s'offrent à eux.

³ Les compétences pratiques comprennent un ensemble d'aptitudes permettant de répondre aux exigences et aux difficultés de la vie quotidienne, y compris des compétences psychosociales et des capacités relationnelles qui aident à prendre des décisions en connaissance de cause et à adopter des modes de vie sains, à former des relations saines, à communiquer efficacement, à résoudre des problèmes, à résister aux pressions sociales négatives et à minimiser les comportements dangereux.

Dans de nombreux pays, les adolescents ont beaucoup moins de possibilités d'aller à l'école que les plus jeunes enfants. Les répercussions économiques du VIH/SIDA sur les ménages empêchent de nombreux adolescents de poursuivre leur scolarité, surtout s'ils doivent assumer de nouvelles responsabilités pour subvenir aux besoins de leur famille. Certains deviennent chefs de famille pour éviter que leurs frères et sœurs soient séparés ou risquent de perdre leur part d'héritage après la mort des parents. Les adolescents orphelins sont souvent confrontés à l'obligation de devoir travailler pour subvenir à leurs propres besoins et éventuellement à ceux de frères et sœurs plus jeunes, ce qui les empêche d'aller à l'école et de recevoir l'éducation et la formation nécessaires à l'obtention d'un emploi productif. Les difficultés économiques peuvent également priver les adolescents des loisirs et de la participation aux activités communautaires dont ils ont tant besoin. Dans ces circonstances, dépression, désespoir et comportements à risque sont des réactions courantes qui nécessitent une attention particulière et d'importantes mesures de protection.

Même les adolescents et adolescentes dont les familles sont intactes manquent parfois des informations, des aptitudes et des services adaptés aux jeunes qui permettent de passer sans encombre le cap de la sexualité adolescente. Parce que l'activité sexuelle (ainsi que la consommation de drogue et d'autres comportements à risque) commence souvent pendant l'adolescence, il est essentiel de fournir une éducation sexuelle et des services complets afin de réduire les risques - souvent accrus chez les orphelins - de grossesses non désirées, de relations sexuelles forcées, d'exploitation sexuelle et d'infections sexuellement transmissibles. Les programmes doivent fournir des informations sur les comportements sains et les compétences pratiques dont les adolescents ont besoin pour se protéger.

Les orphelins sont parfois particulièrement démunis face aux différents stades de développement de l'adolescence. Les difficultés psychosociales et économiques risquent d'entraîner des comportements à risque associés à des pratiques sexuelles dangereuses et à la consommation d'alcool ou de drogue. Dans les communautés touchées par le VIH/SIDA, les adolescents orphelins peuvent être plus vulnérables face à l'infection par le VIH que les jeunes enfants ou les adultes. Les jeunes, notamment les filles, contractent le

virus de plus en plus jeunes, en particulier dans les communautés durement éprouvées par le VIH/SIDA.

Veiller à ce que les adolescents aient accès à l'éducation, à une formation professionnelle et à une formation à des compétences pratiques, ainsi qu'à des services de santé, est une priorité essentielle des politiques et programmes. Renforcer les moyens économiques dont disposent les ménages s'occupant d'adolescents orphelins et vulnérables permettra également de leur ménager des possibilités d'avenir. Mettre en contact les adolescents avec des adultes soucieux de leur bien-être ou prêts à jouer un rôle de mentor, dans le cadre de la participation à des organisations et activités scolaires, confessionnelles ou communautaires, permettra également de promouvoir chez les adolescents une bonne socialisation et un sentiment d'appartenance à l'approche de l'âge adulte.

Favoriser des solutions autres que les soins institutionnels

Les orphelinats, villages d'enfants ou autres centres résidentiels collectifs peuvent sembler apporter une solution logique aux problèmes posés par le nombre croissant d'orphelins. En réalité, cette approche risque de nuire à l'élaboration de solutions nationales en faveur des orphelins et autres enfants vulnérables. Ces institutions peuvent paraître intéressantes car elles permettent de fournir aux enfants alimentation, vêtements et éducation, mais en général elles ne réussissent pas à répondre aux besoins affectifs et psychologiques des jeunes. Cet échec, ainsi que les répercussions que cela a à long terme, confirme la conclusion d'une étude menée au Zimbabwe selon laquelle les pays – et les enfants

– bénéficient davantage de programmes qui « maintiennent les enfants dans la communauté, encadrés de responsables et d'autres enfants qu'ils connaissent et auxquels ils sont attachés ».⁴

Les institutions résidentielles traditionnelles ont généralement trop peu de personnel et ne peuvent donc pas fournir aux enfants autant d'affection, d'attention, de sentiment d'identité personnelle et de relations sociales que les familles et les communautés. Les risques sur le plan du développement énumérés à la page 16 peuvent ainsi être considérablement accrus dans un cadre institutionnel.

Les soins en institution tendent à répartir les enfants et les adolescents par âge et par sexe et



UNICEF/HO96-1223/Giacomo Pirozzi

Des enfants se rassemblent autour d'une pompe à eau dans une école communautaire de Nthombimbi (Zambie). La communauté prend en charge le fonctionnement et l'entretien de cette école qui accueille les enfants n'ayant pas les moyens d'aller à l'école traditionnelle. Bon nombre de ces écoliers sont orphelins.

⁴ Powell GM, Morreira S, Rudd C, Nkonyama PP. 1994. Child Welfare Policy and Practice in Zimbabwe (étude du Service de pédiatrie de l'Université de Zimbabwe et du Service d'aide sociale du Zimbabwe). Zimbabwe : UNICEF

à les séparer des autres jeunes et adultes de leur communauté. Au lieu d'encourager l'indépendance et la créativité, la vie en institution tend à promouvoir la dépendance et à décourager l'autonomie. Pour de nombreux adolescents, il est difficile de passer de la vie en institution à l'intégration et à l'autonomie réussie dans la communauté en tant que jeune adulte. Ils manquent d'aptitudes sociales et culturelles de base et d'un réseau de relations dans la communauté. Dans la plupart des pays en développement, la famille élargie et la communauté restent les filets de protection sociale les plus importants, et l'absence de liens avec ces systèmes de soutien accroît considérablement la vulnérabilité à long terme d'un orphelin. Peu préparés à s'intégrer à la communauté, et connaissant mal les dangers potentiels et les moyens de se protéger, ces jeunes risquent de perdre espoir, de se sentir déprimés et de se livrer à des activités dangereuses.

De nombreuses études montrent que les enfants placés en institution ont souvent au moins un parent ou un membre de leur famille en vie. Dans de nombreuses régions du monde, les familles appauvries ont parfois recours aux « orphelinats » afin que leurs enfants bénéficient d'un meilleur accès aux services ou de meilleures conditions matérielles. Les soins institutionnels constituent alors un moyen coûteux de faire face à la pauvreté et à un nombre croissant d'orphelins. L'expérience montre cependant que les liens essentiels qu'entretiennent ces enfants avec leur famille et leurs clans locaux risquent fort de se détériorer en cas de séjour prolongé en institution. Par rapport aux orphelins placés en famille d'accueil ou dans d'autres cadres communautaires, les enfants placés en institution qui perdent ce sentiment d'identité familiale et d'appartenance à la communauté risquent davantage d'être privés à l'avenir des réseaux de soutien.

Les soins résidentiels présentent également un autre inconvénient : le coût par enfant est considérablement plus élevé que le coût de l'aide à une famille. Le coût des soins apportés à un enfant dans un cadre institutionnel permettrait de subvenir aux besoins de nombreux enfants pris en charge dans un cadre familial. Étant donné le nombre important et croissant d'orphelins dans les pays les plus durement touchés par le

VIH/SIDA, il est essentiel que les ressources disponibles servent à autant d'enfants que possible et de la manière la plus efficace possible.

Pour les enfants qui passent au travers des mailles du filet de protection familiale, certains arrangements sont préférables aux soins institutionnels traditionnels : le placement en famille d'accueil, l'adoption locale, les groupes de type familial intégrés aux communautés et les soins résidentiels de groupe à plus petite échelle dans un cadre quasi-familial. Dans certains cas, des frères et sœurs peuvent décider de rester dans leur maison après le décès des parents. Avec l'appui adéquat des membres de la famille élargie ou de la communauté, cela peut être une solution acceptable car elle permet aux enfants de préserver les relations les plus importantes qui leur restent. Dans les régions rurales, cela peut également leur permettre de garder l'usage des terres de leurs parents. Enfin, certaines institutions résidentielles reconnaissent actuellement qu'elles ne disposent pas de moyens suffisants pour accueillir davantage d'enfants et adaptent leurs programmes de façon à fournir une aide aux enfants des foyers vulnérables et un appui pendant la journée.

Pour fournir d'autres solutions aux enfants qui risquent sinon de finir dans la rue ou dans des institutions, ces possibilités de meilleurs soins à prodiguer aux orphelins doivent être offertes beaucoup plus fréquemment qu'actuellement. Le placement en institution résidentielle est une solution à n'envisager idéalement qu'en dernier recours, lorsque de meilleures possibilités ne sont pas encore proposées ou, à titre temporaire, en attendant que l'enfant soit placé dans une famille.

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

En mars 2004, le Comité des organisations de coparrainage de l'ONUSIDA a approuvé 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*, un document consensuel portant sur les meilleures façons de faire face au nombre croissant d'orphelins et d'autres enfants vulnérabilisés par le VIH/SIDA. Cette approbation de l'ONUSIDA a fait suite au premier Forum des partenaires mondiaux organisé en octobre 2003 par l'UNICEF, avec l'appui de l'ONUSIDA. Au cours du Forum, plus de 70 praticiens et décideurs venus de groupes de bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, d'organismes des Nations Unies, de fondations, d'organisations non gouvernementales et confessionnelles, d'institutions universitaires et de centres de recherche et d'autres organisations de la société civile, ont apporté leur soutien au projet de cadre d'action.

Ce Cadre d'action constitue, du point de vue des politiques et des programmes, un fondement à partir duquel atteindre les objectifs en faveur des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA qui ont été fixés à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Il intègre les principaux objectifs, principes, stratégies, directives de programmation, ainsi que des indicateurs essentiels des progrès réalisés. Au cœur du Cadre d'action se trouvent cinq stratégies initialement présentées dans la série *Les enfants au bord du gouffre*. Le Cadre d'action comprend également des directives de programme fondées sur les principes de programmation énumérés dans



Un garçon serre sa grand-mère dans ses bras à Maseru, la capitale du Lesotho. C'est l'un des trois petits-enfants dont elle s'occupe depuis que leurs parents sont morts du SIDA.

Les enfants au bord du gouffre 2002.

Le Cadre d'action se fonde sur l'expérience acquise dans le monde entier – non seulement en Afrique – pendant de nombreuses années. Il part du constat selon lequel les familles et les communautés constituent le fondement d'une stratégie efficace mise en œuvre à grande échelle, reconnaît le rôle de premier plan que jouent les organisations à base communautaire et associe à son action les enfants et les jeunes, considérés comme des partenaires essentiels. C'est un appel à l'action en faveur de tous les enfants vulnérables et des communautés dans lesquelles ils vivent, qui recommande fortement que cette action en faveur des orphelins et des enfants vulnérables soit intégrée aux

cadres politiques et aux mécanismes et programmes de développement existants. Le Cadre d'action reconnaît que cibler exclusivement les enfants touchés par le VIH/SIDA risque d'exacerber l'exclusion et la discrimination dont ils font l'objet, et recommande que la protection, les soins et le soutien des orphelins et des enfants vulnérables soient intégrés à d'autres programmes visant à réduire la pauvreté, à promouvoir le bien-être des enfants et à combattre le VIH/SIDA.

Le Cadre d'action fournit à tous les groupes œuvrant en faveur de la sécurité et du bien-être des orphelins et des enfants vulnérables une base commune à l'action collective. La mise en œuvre de ce cadre nécessitera un partenariat de grande envergure entre de nombreux services gouvernementaux, donateurs et organisations de la société civile. Les groupes et les organisations qui appliquent les principes de ce Cadre d'action à leurs programmes en faveur des orphelins et des enfants vulnérables constateront que leurs activités seront renforcées

en conséquence. La mise en œuvre de ce Cadre d'action contribuera également pour beaucoup à la réalisation d'objectifs adoptés par la communauté mondiale comme les Objectifs de développement pour le Millénaire, l'Éducation pour tous et l'Élimination des pires formes de travail des enfants. Voici les cinq stratégies principales du Cadre d'action :

1. Renforcer les moyens dont disposent les familles pour protéger et prendre en charge les orphelins et les enfants vulnérables en prolongeant la vie des parents et en apportant un soutien notamment économique et psychosocial.

Lorsque le VIH/SIDA affecte un ménage, les relations familiales constituent le soutien le plus immédiat. Face à ce constat, le renforcement des moyens dont disposent les familles pour prendre en charge et protéger les orphelins et les enfants vulnérables doit être au cœur des stratégies adoptées. La très grande majorité de ces enfants continuent de vivre avec un parent encore en vie ou dans la famille élargie, et même les enfants vivant dans la rue gardent des liens avec leur famille. Les familles constituent ainsi la meilleure source d'espoir mais ont besoin d'appui de sources extérieures pour répondre à leurs besoins immédiats de survie et pour, à plus long terme :

- Améliorer les ressources économiques de leur ménage
- Apporter un appui psychosocial
- Renforcer et augmenter leurs capacités de prise en charge des enfants
- Favoriser la planification des successions
- Permettre aux parents de vivre plus longtemps, mieux et avec plus de dignité
- Renforcer les compétences pratiques des jeunes, notamment en matière de prévention du VIH

2. Mobiliser et appuyer les initiatives communautaires visant à soutenir dans l'immédiat et à long terme les ménages vulnérables.

Après les familles, la communauté constitue le deuxième filet de protection. Des milliers de

groupes locaux répondent aux besoins des orphelins et des enfants vulnérables dans les pays touchés par le VIH/SIDA. La plupart de ces initiatives relèvent des efforts spontanés de groupes confessionnels ou d'autres associations communautaires, tandis que d'autres ont été organisées ou soutenues par des organismes extérieurs. Dans certains cas, les communautés soutiennent des ménages dirigés par des enfants qui ne bénéficient pas de l'aide de la famille élargie.

Renforcer les moyens dont disposent les communautés en matière de soutien, de protection et de prise en charge constitue un aspect essentiel de l'élaboration d'une stratégie adaptée à l'ampleur de la crise du VIH/SIDA et à ses répercussions à long terme sur les enfants. Afin de protéger et de soutenir les orphelins et les enfants vulnérables, les communautés ont notamment pris les mesures suivantes :

- Rendre visite aux enfants les plus vulnérables afin d'apporter un appui affectif et matériel
- Alerter les autorités en cas de problème urgent
- Créer des jardins communautaires afin d'aider les ménages les plus vulnérables
- Planter des cultures nécessitant peu d'entretien et distribuer les récoltes aux ménages vulnérables
- Organiser des programmes coopératifs de garde d'enfants
- Mobiliser des fonds pour apporter des secours aux personnes vulnérables
- Organiser des groupes de jeunes qui se servent de pièces de théâtre et de musique pour encourager la prévention du VIH et susciter la compassion à l'égard des personnes vivant avec le SIDA, leur famille et les orphelins
- Organiser des activités sportives et de loisirs pour promouvoir l'intégration des orphelins
- Encourager les familles d'accueil à envoyer les orphelins à l'école
- Encourager les écoles à abolir les frais de

scolarité pour les orphelins et les enfants vulnérables

- Organiser des écoles communautaires
- Contribuer à la prévention de la transmission du VIH
- Fournir une formation technique.

3. Garantir l'accès des orphelins et des enfants vulnérables à des services essentiels, y compris l'éducation, les soins de santé et l'enregistrement des naissances.

La Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/SIDA préconise la parité et l'accroissement de l'accès des orphelins et des enfants vulnérables aux services de base. Les gouvernements sont tenus de fournir des services à tous les enfants et toutes les communautés. Les partenariats avec les organisations non gouvernementales et les associations de la société civile contribuent souvent de façon décisive à fournir des services essentiels à des communautés vulnérables. Pour obtenir durablement de meilleurs résultats, il est urgent de disposer de davantage de ressources, de services novateurs et d'interventions renforçant les moyens, la qualité, la collaboration et la portée des programmes de prestation de services.

Les priorités et les stratégies en matière de prestation de services varient selon les pays mais portent généralement sur :

- L'inscription dans les écoles et la fréquentation scolaire
- L'enregistrement des naissances pour les orphelins et les enfants vulnérables
- L'accès aux services de santé de base et aux services de nutrition
- L'accès à de l'eau salubre et à des installations sanitaires
- La protection judiciaire des enfants vulnérables

■ Des services de placement pour les enfants n'étant pas pris en charge par leur famille

■ Planification et action locale

4. Veiller à ce que les gouvernements protègent les enfants les plus vulnérables au moyen de meilleures politiques et lois et en affectant des ressources aux communautés.

Si la prise en charge et la protection des enfants incombe en premier lieu aux familles, c'est aux gouvernements qu'il appartient en dernier recours de les protéger et d'assurer leur bien-être. Pour s'acquitter de cette obligation, les gouvernements doivent entreprendre un vaste ensemble d'actions multisectorielles et bénéficier à cette fin d'un soutien. Aucun ministère n'est à lui seul responsable des questions concernant les orphelins et les enfants vulnérables. Les gouvernements doivent trouver des moyens d'unir les ministères de l'éducation, des finances, de la santé, de l'aide sociale et d'autres domaines en vue d'apporter aux problèmes une réponse concertée et efficace. Parmi les principales actions menées figurent :

- Adopter des politiques, stratégies et plans d'action nationaux visant à protéger les orphelins et les enfants vulnérables dans le contexte plus général du développement et des plans de réduction de la pauvreté
- Renforcer les moyens dont dispose le gouvernement pour fournir des services et protéger les enfants et les familles
- Veiller à ce que les ressources parviennent aux communautés qui en ont besoin
- Élaborer et appliquer un cadre législatif qui interdit la discrimination, protège les droits en matière d'héritage, élimine les pires formes de travail des enfants et protège les enfants de la maltraitance
- Fournir protection et placement aux enfants ne bénéficiant pas de soins familiaux adéquats
- Établir des mécanismes visant à garantir un échange d'informations et une collaboration continue entre les principales parties intéressées

5. Mener des actions de sensibilisation à tous les niveaux, par la promotion et la mobilisation sociale, afin de créer un environnement favorable aux enfants affectés par le VIH/SIDA.

Aucun groupe ne dispose à lui seul des ressources et des moyens nécessaires pour mettre en place une stratégie nationale efficace de lutte contre les répercussions du VIH/SIDA. La collaboration est essentielle à l'échelle des communautés, des districts, des pays, des régions et du monde entier. Il faut que les groupes des secteurs public et privé et de la société civile se sentent conjointement responsables de la protection et du bien-être des orphelins et des enfants vulnérables. Parmi les mesures essentielles prises pour instaurer un cadre favorable figurent : la sensibilisation accrue des dirigeants, des responsables communautaires, des organisations et du public aux répercussions du VIH/SIDA sur les enfants et les familles ; l'adoption d'un sentiment de responsabilité partagée et une vision d'avenir des moyens de soutenir et de protéger les personnes concernées ; et la réduction de la peur, de l'ignorance, du refus de voir la réalité, de l'exclusion et de la discrimination en fournissant un meilleur accès à l'information, en dissipant les idées fausses et en transformant l'image que le public a du VIH/SIDA. Des mesures visant à instaurer un cadre plus favorable peuvent être prises à l'échelle des pays, des districts ou des localités. On peut notamment :

- Mener une analyse collective de la situation de façon à sensibiliser davantage les groupes concernés et à favoriser l'action collective
- Élaborer un plan d'action national global en faveur des orphelins et des enfants vulnérables
- Susciter un sentiment de responsabilité partagée vis-à-vis des enfants vulnérables
- Mobiliser des dirigeants influents en vue de réduire l'exclusion, le silence et la discrimination
- Renforcer et soutenir les activités de mobilisation sociale

Protéger les droits des enfants touchés par le VIH/SIDA et garantir leur bien-être constitue un défi sans précédent. Il n'existe pas de remède miracle ou de solution toute simple, mais avec un partenariat résolu à suivre les cinq stratégies précédemment mentionnées et à évaluer et améliorer en permanence les programmes, nous pouvons atténuer d'énormes souffrances et garantir un meilleur avenir aux orphelins et aux enfants vul-

nérables vivant dans un monde où existent le VIH et le SIDA.

Participation des enfants

Les enfants et les adolescents devraient participer à la planification et à la réalisation des efforts entrepris en vue d'atténuer les répercussions du VIH/SIDA dans leurs communautés. Ils peuvent jouer un rôle vital en apportant un soutien psychosocial aux enfants du même âge et aux garçons et aux filles plus jeunes. Ils peuvent aider les personnes malades du VIH/SIDA à effectuer des tâches ménagères. Ils peuvent participer à des pièces de théâtre, des activités musicales, des journaux de jeunes et des services de conseils entre jeunes, de façon à entraîner des changements de comportement dans leurs communautés. Ils devraient être considérés comme des acteurs importants et des agents du changement, et non simplement comme les destinataires des messages portant sur le VIH/SIDA et les bénéficiaires des programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

Le désespoir et le sentiment d'impuissance sont deux des plus importants obstacles auxquels se heurte la prévention du VIH. En faisant participer activement les enfants et les adolescents, les programmes leur transmettent des informations importantes et les aident à acquérir une estime de soi essentielle. Les efforts menés en vue d'aider les jeunes à se rendre maîtres de leur destin et à avoir confiance en l'avenir augmentent la probabilité qu'ils adoptent des comportements qui les aideront à éviter l'infection par le VIH.

Les jeunes vivant dans des familles où les parents ou d'autres adultes s'occupant d'eux sont atteints de maladies chroniques devraient participer à la prise de décision concernant leur future situation. Il s'agit d'un aspect important de la planification de la succession, qui aide les parents séropositifs à préparer l'avenir de leurs enfants et à apporter à ces derniers l'appui dont ils auront besoin. Il est moins fréquent que les droits en matière d'héritage ne soient pas respectés lorsqu'un parent a fait connaître ses projets pour la succession.

Il nous appartient à tous de veiller à la participation active et aux droits des enfants pour toutes les questions qui concernent leur sécurité, leur bien-être, leur développement et leurs futurs rôles dans la société.

Annexes



UNICEF/HO98-1029/Giacomo Pirozzi

Des enfants dansent et chantent dans la cour d'une école communautaire près de Livingstone (Zambie). Des membres de la communauté locale assurent le fonctionnement et l'entretien de cette école accueillant les enfants qui ne peuvent pas aller à l'école traditionnelle. Bon nombre de ces écoliers sont orphelins.

ANNEXES

Annexe 1 : Statistiques	28
Annexe 2 : Méthodes d'estimation et de projection des effets du VIH/SIDA sur le nombre d'enfants orphelins	35
Annexe 3 : Indicateurs de suivi et d'évaluation	39
Annexe 4 : Principes de programmation	42
Annexe 5 : Actions nationales	45
Appendix 6 : Ressources	47

Table 1: Afrique subsaharienne : Estimations du nombre d'orphelins par type et par cause, 2003

Pays	Nbre total d'enfants 0-17 ans (milliers)		Pourcentage total d'enfants orphelins	Nbre total d'orphelins à cause du SIDA		Orphelins à cause du SIDA en pourcentage du nombre total d'orphelins	Orphelins de mère		Orphelins de père		Orphelins doubles		Enfants devenus orphelins en 2003		
	Nbre total d'enfants	Nbre total d'orphelins		SIDA	Autre cause		SIDA	Autre cause	SIDA	Autre cause	SIDA	Autre cause		Total	
Afrique du Sud	17 000	2 200 000	13%	1 100 000	48%	740 000	440 000	1 200 000	570 000	830 000	1 400 000	290 000	74 000	360 000	370 000
Angola	7 000	1 000 000	15%	110 000	11%	86 000	420 000	510 000	79 000	620 000	700 000	67 000	130 000	200 000	110 000
Bénin	4 000	340 000	9%	34 000	10%	22 000	130 000	150 000	21 000	210 000	230 000	11 000	32 000	43 000	39 000
Botswana	800	160 000	20%	120 000	77%	110 000	20 000	130 000	75 000	23 000	99 000	62 000	2 000	64 000	25 000
Burkina Faso	8 000	830 000	11%	260 000	32%	190 000	270 000	450 000	160 000	370 000	530 000	100 000	58 000	160 000	89 000
Burundi	4 000	660 000	15%	200 000	30%	140 000	230 000	370 000	130 000	310 000	430 000	90 000	54 000	140 000	71 000
Cameroun	8 000	930 000	12%	240 000	25%	160 000	310 000	470 000	140 000	470 000	600 000	83 000	66 000	150 000	120 000
Congo	2 000	260 000	13%	97 000	37%	68 000	70 000	140 000	56 000	110 000	170 000	33 000	14 000	47 000	29 000
Congo, Rép. démocratique du	24 000	4 200 000	17%	770 000	18%	570 000	1 600 000	2 200 000	490 000	2 300 000	2 800 000	370 000	430 000	790 000	480 000
Côte d'Ivoire	7 000	940 000	13%	310 000	32%	230 000	260 000	490 000	180 000	460 000	640 000	120 000	62 000	180 000	110 000
Djibouti	300	33 000	11%	5 000	15%	3 000	12 000	15 000	3 000	19 000	22 000	1 000	2 000	4 000	4 000
Érythrée	2 000	230 000	10%	39 000	17%	24 000	79 000	100 000	21 000	130 000	150 000	9 000	14 000	23 000	26 000
Éthiopie	35 000	3 900 000	11%	720 000	18%	460 000	1 400 000	1 800 000	410 000	2 100 000	2 600 000	190 000	270 000	460 000	470 000
Gabon	500	57 000	11%	14 000	24%	9 000	18 000	27 000	8 000	30 000	38 000	4 000	3 000	7 000	7 000
Gambie	500	45 000	9%	2 000	5%	1 000	17 000	18 000	1 000	30 000	31 000	500	4 000	4 000	5 000
Ghana	10 000	1 000 000	10%	170 000	17%	120 000	370 000	490 000	96 000	540 000	640 000	49 000	75 000	120 000	110 000
Guinée	4 000	420 000	10%	35 000	8%	24 000	180 000	200 000	22 000	250 000	280 000	14 000	45 000	59 000	46 000
Guinée-Bissau*	800	81 000	11%					36 000			56 000			11 000	10 000
Guinée équatoriale*	200	24 000	13%					13 000			16 000			5 000	3 000
Kenya	15 000	1 700 000	11%	650 000	37%	560 000	500 000	1 100 000	380 000	750 000	1 100 000	330 000	110 000	450 000	230 000
Lesotho	1 000	180 000	19%	100 000	56%	79 000	45 000	120 000	64 000	49 000	110 000	49 000	7 000	56 000	28 000
Libéria	2 000	230 000	13%	36 000	15%	27 000	92 000	120 000	24 000	130 000	160 000	17 000	25 000	42 000	28 000
Madagascar	9 000	1 000 000	11%	30 000	3%	17 000	460 000	480 000	17 000	640 000	660 000	7 000	120 000	130 000	110 000
Malawi	7 000	1 000 000	14%	500 000	48%	360 000	260 000	610 000	310 000	350 000	660 000	190 000	47 000	240 000	130 000
Mali	8 000	730 000	10%	75 000	10%	49 000	290 000	330 000	43 000	430 000	470 000	21 000	59 000	80 000	86 000
Mauritanie	1 000	140 000	9%	2 000	1%	900	57 000	58 000	900	95 000	96 000	300	14 000	14 000	16 000
Mozambique	10 000	1 500 000	15%	470 000	31%	330 000	480 000	810 000	280 000	690 000	980 000	190 000	110 000	290 000	200 000
Namibie	1 000	120 000	12%	57 000	48%	41 000	30 000	71 000	33 000	40 000	73 000	19 000	5 000	24 000	21 000
Niger	6 000	680 000	11%	24 000	4%	14 000	310 000	320 000	13 000	420 000	430 000	5 000	66 000	71 000	80 000
Nigéria	69 000	7 000 000	10%	1 800 000	26%	1 200 000	2 400 000	3 600 000	1 000 000	3 300 000	4 400 000	490 000	420 000	920 000	870 000
Ouganda	18 000	2 000 000	14%	940 000	48%	700 000	450 000	1 100 000	570 000	700 000	1 300 000	380 000	87 000	470 000	190 000
République centrafricaine	2 000	290 000	16%	110 000	39%	83 000	81 000	160 000	71 000	120 000	190 000	48 000	17 000	65 000	36 000
Rwanda	5 000	810 000	17%	160 000	20%	140 000	370 000	510 000	130 000	420 000	550 000	120 000	120 000	240 000	65 000
Sénégal	5 000	460 000	9%	17 000	4%	11 000	180 000	190 000	10 000	310 000	320 000	4 000	50 000	54 000	51 000
Sierra Leone*	2 000	350 000	14%					160 000			260 000			68 000	40 000
Somalie*	7 000	770 000	11%					360 000			510 000			96 000	83 000
Soudan	16 000	1 300 000	9%	91 000	7%	55 000	520 000	570 000	49 000	840 000	890 000	18 000	99 000	120 000	150 000
Swaziland	600	100 000	18%	65 000	63%	48 000	21 000	69 000	42 000	24 000	66 000	29 000	3 000	32 000	17 000
Tanzanie, République-Unie de	14 000	2 500 000	14%	980 000	40%	710 000	650 000	1 400 000	580 000	1 000 000	1 600 000	370 000	130 000	500 000	310 000
Tchad	4 000	500 000	12%	96 000	19%	65 000	170 000	240 000	59 000	280 000	340 000	35 000	40 000	76 000	61 000
Togo	2 000	240 000	9%	54 000	23%	37 000	74 000	110 000	32 000	130 000	160 000	18 000	17 000	34 000	31 000
Zambie	6 000	1 100 000	19%	630 000	60%	510 000	200 000	710 000	370 000	290 000	670 000	290 000	33 000	320 000	120 000
Zimbabwe	7 000	1 300 000	19%	980 000	78%	800 000	130 000	940 000	560 000	190 000	760 000	420 000	14 000	440 000	160 000
Total	350 000	43 400 000	12,3%	12 300 000	28%	8 900 000	14 100 000	23 000 000	7 300 000	20 900 000	28 200 000	4 600 000	3 100 000	7 700 000	5 200 000

Note : Les chiffres ayant été arrondis, le total peut ne pas correspondre à la somme des colonnes ou des rangées.

* On ne dispose pas de suffisamment d'informations sur la prévalence du VIH dans ces pays pour pouvoir estimer le nombre d'orphelins à cause du SIDA.

Asie : Estimations du nombre d'orphelins par type, 2003

Pays	Nbre total d'enfants 0-17 ans (milliers)	Pourcentage total d'enfants orphelins	Nbre total d'orphelins	Orphelins de mère	Orphelins de père	Orphelins doubles	Enfants devenus orphelins en 2003
Afghanistan	14 000	12%	1 600 000	710 000	1 100 000	210 000	180 000
Bangladesh	59 000	9%	5 300 000	2 500 000	3 400 000	650 000	540 000
Bhoutan	1 000	7%	90 000	35 000	61 000	7 000	9 000
Brunéi Darussalam	100	4%	4 200	1 000	3 000	100	500
Cambodge	7 000	9%	670 000	280 000	480 000	95 000	77 000
Chine	370 000	6%	20 600 000	5 800 000	15 900 000	1 000 000	2 300 000
Corée, Rép. pop. dém. de	7 000	10%	710 000	200 000	560 000	52 000	90 000
Corée, République de	11 000	6%	630 000	130 000	520 000	22 000	71 000
Fidji	400	6%	25 000	9 000	18 000	2 000	3 000
Inde	400 000	9%	35 000 000	15 700 000	23 300 000	4 000 000	3 700 000
Indonésie	76 000	8%	6 100 000	2 300 000	4 400 000	560 000	620 000
Iran (République islamique d'Iran)	29 000	7%	2 100 000	790 000	1 400 000	130 000	200 000
Malaisie	10 000	5%	480 000	140 000	370 000	23 000	57 000
Mongolie	1 000	8%	78 000	30 000	55 000	6 000	8 000
Myanmar	20 000	9%	1 900 000	710 000	1 400 000	200 000	200 000
Népal	11 000	9%	1 000 000	480 000	700 000	140 000	110 000
Pakistan	77 000	6%	4 800 000	1 700 000	3 400 000	300 000	540 000
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2 000	9%	220 000	94 000	150 000	21 000	23 000
Philippines	37 000	6%	2 100 000	720 000	1 500 000	130 000	230 000
République démocratique populaire lao	3 000	10%	290 000	130 000	210 000	42 000	30 000
Sri Lanka	6 000	5%	340 000	86 000	270 000	15 000	39 000
Thaïlande	20 000	7%	1 400 000	400 000	1 100 000	97 000	170 000
Vietnam	30 000	7%	2 100 000	750 000	1 500 000	160 000	220 000
Total	1 200 000	7,3%	87 600 000	33 700 000	61 800 000	7 900 000	9 500 000

Note : Les chiffres ayant été arrondis, le total peut ne pas correspondre à la somme des colonnes ou des rangées.

Amérique latine et Caraïbes : Estimations du nombre d'orphelins par type, 2003

Pays	Nbre total d'enfants 0-17 ans (milliers)	Pourcentage total d'enfants orphelins	Nbre total d'orphelins	Orphelins de mère	Orphelins de père	Orphelins doubles	Enfants devenus orphelins en 2003
Argentine	12 000	6%	750 000	140 000	630 000	25 000	87 000
Bahamas	100	7%	7 600	2 000	6 000	500	800
Barbade	65	5%	3 700	800	3 000	<100	400
Belize	100	5%	5 600	2 000	4 000	200	800
Bolivie	4 000	8%	340 000	130 000	230 000	23 000	35 000
Brésil	58 000	7%	4 300 000	1 200 000	3 300 000	210 000	470 000
Chili	5 000	4%	230 000	46 000	190 000	5 000	28 000
Colombie	17 000	5%	910 000	250 000	690 000	31 000	100 000
Costa Rica	1 000	4%	50 000	12 000	39 000	1 000	6 000
Cuba	3 000	4%	130 000	31 000	100 000	3 000	15 000
Équateur	5 000	6%	290 000	91 000	220 000	12 000	33 000
El Salvador	3 000	6%	180 000	53 000	130 000	7 000	19 000
Guatemala	7 000	8%	510 000	190 000	350 000	29 000	57 000
Guyana	400	9%	33 000	12 000	23 000	2 000	4 000
Haïti	4 000	15%	610 000	320 000	390 000	99 000	56 000
Honduras	3 000	5%	180 000	53 000	140 000	15 000	23 000
Jamaïque	1 000	4%	45 000	14 000	33 000	1 000	6 000
Mexique	42 000	5%	1 900 000	520 000	1 500 000	57 000	230 000
Nicaragua	3 000	6%	150 000	53 000	100 000	6 000	16 000
Panama	1 000	4%	48 000	12 000	37 000	1 000	6 000
Paraguay	3 000	6%	150 000	48 000	110 000	6 000	18 000
Pérou	11 000	6%	720 000	240 000	510 000	34 000	77 000
République dominicaine	4 000	7%	260 000	85 000	190 000	12 000	30 000
Suriname	200	6%	13 000	4 000	9 000	600	1 000
Trinité-et-Tobago	400	7%	28 000	9 000	21 000	1 000	4 000
Uruguay	1 000	6%	62 000	10 000	53 000	2 000	7 000
Venezuela	10 000	5%	460 000	120 000	350 000	14 000	56 000
Total	200 000	6,2%	12 400 000	3 700 000	9 300 000	600 000	1 400 000
Total de toutes les régions	1 700 000	8,4%	143 000 000	60 300 000	99 300 000	16 200 000	16 100 000

Note : Les chiffres ayant été arrondis, le total peut ne pas correspondre à la somme des colonnes ou des rangées.

Table 2 : Orphelins par type, par cause et par année en Afrique subsaharienne, en Asie et en Amérique latine et dans les Caraïbes

Région	Año	Nbre total d'enfants 0-17 ans (milliers)	Pourcentage total d'enfants orphelins	Nbre total d'orphelins	Nbre total d'orphelins à cause du SIDA	Orphelins du SIDA en pourcentage du nombre total d'orphelins	Orphelins de mère	Orphelins de père	Orphelins doubles	Enfants devenus orphelins en 2003
Afrique subsaharienne	1990	260 000	10,9%	28 400 000	550 000	1,9%	12 800 000	19 100 000	3 500 000	3 200 000
	1995	290 000	11,2%	32 500 000	3 000 000	9,2%	15 200 000	21 700 000	4 300 000	4 000 000
	2000	330 000	11,9%	39 200 000	8 500 000	21,7%	19 800 000	25 800 000	6 400 000	4 900 000
	2003	350 000	12,3%	43 400 000	12 300 000	28,3%	23 000 000	28 200 000	7 700 000	5 200 000
	2010	400 000	12,5%	50 000 000	18 400 000	36,8%	27 600 000	32 000 000	9 600 000	5 300 000
Asie*	1990	1 100 000	8,8%	96 600 000	--	--	41 200 000	67 200 000	11 800 000	10 300 000
	1995	1 100 000	8,6%	94 500 000	--	--	39 100 000	65 900 000	10 500 000	10 000 000
	2000	1 200 000	7,5%	90 200 000	--	--	35 700 000	63 200 000	8 700 000	9 700 000
	2003	1 200 000	7,3%	87 600 000	--	--	33 700 000	61 800 000	7 900 000	9 500 000
	2010	1 200 000	6,7%	80 100 000	--	--	28 400 000	57 700 000	6 100 000	8 700 000
Amérique latine et Caraïbes*	1990	190 000	7,1%	13 400 000	--	--	4 400 000	9 600 000	800 000	1 400 000
	1995	190 000	7,0%	13 300 000	--	--	4 300 000	9 700 000	700 000	1 400 000
	2000	200 000	6,4%	12 800 000	--	--	3 900 000	9 500 000	700 000	1 400 000
	2003	200 000	6,2%	12 400 000	--	--	3 700 000	9 300 000	600 000	1 400 000
	2010	200 000	6,0%	12 000 000	--	--	3 300 000	9 100 000	500 000	1 400 000
Toutes régions confondues	1990	1 600 000	8,7%	138 400 000	--	--	58 400 000	95 900 000	16 100 000	14 900 000
	1995	1 600 000	8,8%	140 300 000	--	--	58 600 000	97 300 000	15 500 000	15 400 000
	2000	1 700 000	8,4%	142 200 000	--	--	59 400 000	98 500 000	15 800 000	16 000 000
	2003	1 700 000	8,4%	143 400 000	--	--	60 300 000	99 300 000	16 200 000	16 100 000
	2010	1 800 000	7,9%	142 100 000	--	--	59 300 000	98 800 000	16 200 000	15 400 000

Note : Les chiffres ayant été arrondis, le total peut ne pas correspondre à la somme des colonnes ou des rangées.

* On ne dispose pas de suffisamment d'informations sur la prévalence du VIH dans ces régions pour pouvoir estimer le nombre d'orphelins à cause du SIDA.

Table 3 : Afrique subsaharienne : Nombre d'orphelins par année, par pays et par région

Pays	Pourcentage total d'orphelins				
	1990	1995	2000	2003	2010
Afrique du Sud	10%	9%	10%	13%	19%
Angola	14%	14%	15%	15%	14%
Bénin	10%	9%	9%	9%	9%
Botswana	7%	7%	15%	20%	24%
Burkina Faso	10%	10%	11%	11%	10%
Burundi	12%	13%	15%	15%	14%
Cameroun	11%	11%	11%	12%	14%
Congo, Rép. démocratique du	10%	11%	13%	13%	12%
Côte d'Ivoire	14%	15%	17%	17%	17%
Djibouti	10%	11%	12%	13%	13%
Guinée équatoriale	11%	11%	11%	11%	10%
Érythrée	14%	13%	13%	13%	15%
Ethiopie	11%	11%	10%	10%	10%
Gabon	12%	11%	11%	11%	11%
Gambie	10%	10%	10%	11%	12%
Ghana	12%	10%	9%	9%	8%
Guinée	11%	10%	10%	10%	10%
Guinée-Bissau	12%	11%	10%	10%	10%
Kenya	13%	12%	11%	11%	11%
Lesotho	11%	10%	11%	11%	11%
Libéria	12%	10%	11%	14%	19%
Madagascar	11%	11%	12%	12%	23%
Malawi	13%	12%	12%	13%	13%
Mali	11%	11%	13%	11%	11%
Mauritanie	10%	10%	10%	10%	15%
Mozambique	12%	12%	14%	15%	17%
Namibie	10%	9%	10%	12%	18%
Niger	12%	11%	11%	11%	10%
Nigéria	10%	10%	10%	10%	10%
Ouganda	10%	13%	15%	14%	11%
République centrafricaine	13%	13%	15%	16%	18%
Rwanda	14%	18%	19%	17%	14%
Sénégal	10%	10%	10%	9%	9%
Sierra Leone	14%	14%	14%	14%	14%
Somalie	11%	12%	12%	11%	10%
Soudan	10%	9%	9%	9%	9%
Swaziland	11%	10%	14%	18%	24%
Tanzanie, République-Union de	9%	10%	12%	14%	15%
Tchad	12%	11%	12%	12%	12%
Togo	9%	9%	9%	9%	10%
Zambie	10%	13%	18%	19%	19%
Zimbabwe	7%	9%	16%	19%	21%
Total	11%	11%	12%	12%	12%

Pays	1990	1995	2000	2003	2010
Afrique du Sud	1 500 000	1 500 000	1 800 000	2 200 000	3 100 000
Angola	690 000	790 000	920 000	1 000 000	1 200 000
Bénin	250 000	280 000	320 000	340 000	370 000
Botswana	50 000	58 000	120 000	160 000	190 000
Burkina Faso	510 000	630 000	780 000	830 000	910 000
Burundi	360 000	460 000	600 000	660 000	750 000
Cameroun	670 000	710 000	820 000	930 000	1 100 000
Congo, Rép. démocratique du	1 300 000	1 700 000	230 000	260 000	300 000
Côte d'Ivoire	2 400 000	2 900 000	3 700 000	4 200 000	4 900 000
Djibouti	610 000	740 000	880 000	940 000	1 000 000
Guinée équatoriale	25 000	27 000	31 000	33 000	36 000
Érythrée	18 000	19 000	22 000	24 000	31 000
Ethiopie	1 700 000	1 900 000	210 000	230 000	250 000
Gabon	2 800 000	3 200 000	3 700 000	3 900 000	4 700 000
Gambie	45 000	48 000	53 000	57 000	68 000
Ghana	48 000	47 000	45 000	45 000	45 000
Guinée	880 000	930 000	980 000	1 000 000	1 000 000
Guinée-Bissau	360 000	380 000	400 000	420 000	470 000
Kenya	65 000	69 000	75 000	81 000	100 000
Lesotho	1 300 000	1 300 000	1 600 000	1 700 000	1 900 000
Libéria	99 000	98 000	140 000	180 000	210 000
Madagascar	140 000	170 000	210 000	230 000	290 000
Malawi	790 000	870 000	960 000	1 000 000	1 100 000
Mali	560 000	660 000	880 000	1 000 000	1 300 000
Mauritanie	520 000	580 000	660 000	730 000	870 000
Mozambique	110 000	120 000	130 000	140 000	160 000
Namibie	930 000	1 000 000	1 300 000	1 500 000	1 900 000
Niger	74 000	74 000	90 000	120 000	180 000
Nigéria	490 000	560 000	630 000	680 000	820 000
Ouganda	5 000 000	5 500 000	6 300 000	7 000 000	8 200 000
République centrafricaine	950 000	1 400 000	1 800 000	2 000 000	1 900 000
Rwanda	180 000	200 000	260 000	290 000	350 000
Sénégal	550 000	750 000	830 000	810 000	800 000
Sierra Leone	400 000	420 000	450 000	460 000	480 000
Somalie	260 000	290 000	330 000	350 000	400 000
Soudan	520 000	610 000	720 000	770 000	850 000
Swaziland	1 200 000	1 300 000	1 300 000	1 300 000	1 500 000
Tanzanie, République-Union de	50 000	53 000	76 000	100 000	130 000
Tchad	1 300 000	1 500 000	2 100 000	2 500 000	2 900 000
Togo	340 000	380 000	440 000	500 000	600 000
Zambie	170 000	180 000	210 000	240 000	280 000
Zimbabwe	420 000	640 000	930 000	1 100 000	1 200 000
Total	28 400 000	32 500 000	39 200 000	43 400 000	50 000 000

Note : Les chiffres ayant été arrondis, le total peut ne pas correspondre à la somme des colonnes ou des rangées.

Table 3 : Asie : Nombre d'orphelins par année, par pays et par région

Pays	Nombre d'orphelins					Pourcentage total d'orphelins				
	1990	1995	2000	2003	2010	1990	1995	2000	2003	2010
Afghanistan	1 300 000	1 400 000	1 500 000	1 600 000	1 800 000	13%	12%	12%	12%	11%
Bangladesh	5 400 000	5 500 000	5 400 000	5 300 000	4 900 000	11%	10%	10%	9%	8%
Bhoutan	95 000	93 000	91 000	90 000	87 000	11%	10%	8%	7%	6%
Brunéi Darussalam	4 500	4 500	4 300	4 200	4 000	4%	4%	4%	4%	4%
Cambodge	560 000	580 000	650 000	670 000	690 000	10%	9%	10%	9%	9%
Chine	24 700 000	23 500 000	21 500 000	20 600 000	18 000 000	6%	6%	6%	6%	5%
Corée, Rép. dém. de	440 000	500 000	650 000	710 000	740 000	6%	6%	6%	6%	6%
Corée, République de	850 000	780 000	680 000	630 000	590 000	13%	12%	11%	10%	9%
Fidji	24 000	25 000	25 000	25 000	25 000	7%	7%	6%	6%	6%
Inde	37 900 000	37 100 000	35 800 000	35 000 000	32 300 000	10%	9%	9%	8%	7%
Indonésie	7 600 000	7 300 000	6 500 000	6 100 000	5 200 000	9%	8%	8%	7%	6%
Iran (République islamique d')	2 400 000	2 400 000	2 300 000	2 100 000	1 600 000	7%	7%	9%	10%	12%
Malaisie	460 000	480 000	490 000	480 000	470 000	10%	9%	8%	8%	6%
Mongolie	110 000	100 000	88 000	78 000	60 000	11%	10%	10%	9%	9%
Myanmar	2 100 000	2 000 000	1 900 000	1 900 000	1 700 000	12%	11%	10%	9%	8%
Népal	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	8%	7%	7%	6%	5%
Pakistan	4 400 000	4 600 000	4 700 000	4 800 000	4 800 000	12%	11%	10%	9%	8%
Papouasie-Nouvelle-Guinée	210 000	220 000	220 000	220 000	220 000	7%	7%	6%	6%	5%
Philippines	2 200 000	2 200 000	2 200 000	2 100 000	2 000 000	11%	10%	9%	9%	8%
République démocratique populaire lao	280 000	290 000	300 000	290 000	280 000	6%	5%	5%	5%	5%
Sri Lanka	420 000	400 000	370 000	340 000	310 000	6%	6%	6%	5%	5%
Thaïlande	1 400 000	1 400 000	1 400 000	1 400 000	1 400 000	7%	7%	7%	7%	7%
Vietnam	2 700 000	2 600 000	2 300 000	2 100 000	1 800 000	9%	8%	7%	7%	6%
Total	96 600 000	94 500 000	90 200 000	87 600 000	80 100 000	9%	8%	8%	7%	7%

Note : Les chiffres ayant été arrondis, le total peut ne pas correspondre à la somme des colonnes ou des rangées.

Table 3 : Amérique latine et Caraïbes : Nombre d'orphelins par année, par pays et par région

Pays	Nombre d'orphelins par année					Pourcentage total d'orphelins				
	1990	1995	2000	2003	2010	1990	1995	2000	2003	2010
Argentine	820 000	800 000	770 000	750 000	720 000	7%	7%	7%	6%	6%
Bahamas	5 600	6 700	8 000	7 600	7 200	6%	7%	8%	7%	7%
Barbade	3 600	3 400	3 600	3 700	3 700	4%	4%	5%	5%	6%
Belize	4 100	4 500	5 100	5 600	7 100	4%	4%	4%	5%	6%
Bolivie	380 000	360 000	350 000	340 000	320 000	11%	10%	9%	8%	7%
Bésil	4 900 000	4 900 000	4 600 000	4 300 000	4 000 000	8%	8%	8%	7%	7%
Chili	240 000	230 000	230 000	230 000	230 000	5%	5%	4%	4%	5%
Colombie	930 000	950 000	920 000	910 000	940 000	6%	6%	6%	5%	5%
Costa Rica	46 000	47 000	49 000	50 000	50 000	4%	4%	4%	4%	4%
Cuba	130 000	130 000	130 000	130 000	120 000	4%	5%	4%	4%	5%
Équateur	340 000	320 000	300 000	290 000	280 000	7%	7%	6%	6%	5%
El Salvador	230 000	210 000	190 000	180 000	170 000	9%	8%	6%	6%	5%
Guatemala	460 000	480 000	500 000	510 000	520 000	9%	9%	8%	8%	7%
Guyana	28 000	29 000	31 000	33 000	35 000	8%	8%	8%	9%	9%
Haïti	490 000	590 000	630 000	610 000	560 000	13%	15%	15%	15%	13%
Honduras	150 000	160 000	170 000	180 000	200 000	6%	6%	5%	5%	5%
Jamaïque	46 000	46 000	45 000	45 000	53 000	4%	4%	4%	4%	5%
Mexique	2 200 000	2 100 000	2 000 000	1 900 000	1 900 000	6%	5%	5%	5%	4%
Nicaragua	170 000	170 000	160 000	150 000	140 000	8%	7%	6%	6%	5%
Panama	48 000	48 000	48 000	48 000	52 000	5%	5%	4%	4%	4%
Paraguay	120 000	130 000	140 000	150 000	160 000	6%	6%	6%	6%	5%
Pérou	850 000	800 000	740 000	720 000	680 000	8%	7%	7%	6%	6%
République dominicaine	230 000	240 000	250 000	260 000	260 000	7%	7%	7%	7%	7%
Suriname	11 000	12 000	13 000	13 000	14 000	6%	7%	6%	6%	7%
Trinité-et-Tobago	28 000	28 000	29 000	28 000	27 000	6%	6%	6%	7%	7%
Uruguay	69 000	66 000	63 000	62 000	57 000	7%	7%	6%	6%	6%
Venezuela	440 000	450 000	450 000	460 000	490 000	5%	5%	5%	5%	5%
Total	13 400 000	13 300 000	12 800 000	12 400 000	12 000 000	7%	7%	6%	6%	6%
Total de toutes les régions	138 000 000	140 000 000	142 000 000	143 000 000	142 000 000	9%	9%	8%	8%	8%

Note : Les chiffres ayant été arrondis, le total peut ne pas correspondre à la somme des colonnes ou des rangées.

Annexe 2

Méthodes d'estimation et de projection des effets du VIH/SIDA sur le nombre d'enfants orphelins

Le VIH/SIDA a des effets sur le taux de mortalité adulte, le taux de fécondité et le taux de survie des enfants – les principaux facteurs à partir desquels on estime le nombre d'orphelins. Afin de s'accorder sur des méthodes standardisées et communes d'estimation et de projection du nombre d'orphelins (y compris des orphelins de père, des orphelins de mère et des orphelins doubles), des représentants de l'ONUSIDA, de l'UNICEF, du Bureau du recensement des États-Unis et de l'USAID se sont réunis en 2001 et 2002 sous les auspices du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, les modélisations et les projections. Ces estimations se fondent en grande partie sur les nouvelles estimations pour 2003 de la prévalence du SIDA et de la mortalité liée au SIDA qui ont été établies par le Groupe de travail de l'ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des MST.

Les méthodes d'estimation du nombre d'enfants devenus orphelins à cause du SIDA et pour d'autres raisons qui ont été mises au point par Grassly et Timæus pour les pays où l'épidémie s'est généralisée à l'ensemble de la population ont été adoptées par le Groupe de référence en 2002 et utilisées par la suite par le Bureau du recensement des États-Unis pour parvenir aux estimations citées dans le présent rapport. Ces méthodes sont décrites en détail dans d'autres documents (présenté par Grassly et Timæus ; Groupe de référence de l'ONUSIDA 2002).

Une modification importante a été apportée aux méthodes d'estimation du nombre d'orphelins employées dans ce document : les estimations du nombre d'orphelins à cause du SIDA dans les pays ayant de faibles taux de prévalence du VIH n'ont pas été retenues. Le rapport *Les enfants au bord du gouffre 2002* comprenait des estimations du nombre d'enfants orphelins à cause du SIDA dans des pays en dehors de l'Afrique subsaharienne dans lesquels l'épidémie concerne principalement les groupes à risque. Dans ces pays, une part importante des personnes vivant avec le VIH/SIDA appartient à des groupes tels que les utilisateurs de drogues intraveineuses ou les hommes ayant des

Figure 9 : Relation entre les enfants que le SIDA a rendus 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	Décédée	SIDA	Orphelin double à cause du SIDA	Orphelin double à cause du SIDA	
		Autre Cause	Orphelin double à cause du SIDA	Orphelin double non causé par le SIDA	
	En vie				

■ Père atteint du SIDA ■ Mère atteinte du SIDA

relations sexuelles avec d'autres hommes, populations dont les taux de fécondité sont inconnus. Il a donc été décidé que l'on ne disposait pas d'informations suffisantes pour établir des estimations de qualité comparable du nombre d'enfants orphelins à cause du SIDA dans ces pays. En outre, le taux de prévalence dans la population adulte étant plus faible dans ces pays, il est peu probable que le SIDA ait de vastes répercussions à l'échelle nationale sur le nombre d'enfants orphelins.

Notre définition d'un enfant orphelin à cause du SIDA est celle qui a été retenue lors de la réunion du Groupe de référence : « un enfant qui a perdu au moins un parent à cause du SIDA ». De même, un enfant doublement orphelin à cause du SIDA est « un enfant qui a perdu à la fois son père et sa mère, l'un des deux au moins étant mort à cause du SIDA » (figure 9).

Les orphelins de mère sont ceux qui ont perdu leur mère et dont on ne sait pas si le père est en vie ou non (il peut être en vie, mort du SIDA ou d'autres causes). Le nombre d'enfants ayant perdu leur mère à cause du SIDA est estimé à l'aide d'une méthode semblable à ce qui a été précédemment décrit (Gregson et al. 1994) Le nombre d'enfants

nés de femmes qui sont mortes du SIDA pendant les 17 années précédentes est estimé d'après les taux de fécondité par pays et par âge, et le nombre de ces enfants encore en vie et âgés de moins de 18 ans est calculé à l'aide d'une table de mortalité propre à chaque pays. Ces calculs tiennent compte de l'impact du VIH sur la fécondité, ainsi que de la probabilité que le virus soit transmis de la mère à l'enfant, réduisant ainsi les chances de survie de l'enfant. La sérologie VIH de la mère pendant les années qui ont précédé le décès causé par le SIDA doit être calculée rétrospectivement, à l'aide d'estimations du taux de progression de la maladie. Ces calculs tiennent également compte de l'impact du décès de la mère sur la survie de l'enfant dans l'année précédant et suivant la naissance, indépendamment de la sérologie VIH de l'enfant (Crampin et al. 2003 ; Nakiyingi et al 2003 ; Ng'weshemi et al 2003).

Le nombre d'orphelins ayant perdu leur mère de causes autres que le SIDA est estimé selon une méthode similaire. En revanche, on suppose que le taux de prévalence du VIH (et donc la transmission de la mère à l'enfant) chez les femmes étant mortes de causes autres que le SIDA est égal à zéro, puisque ces femmes ont en général plus de 35 ans, âge à partir duquel le taux de prévalence du VIH est faible. Il est nécessaire de partir de cette hypothèse car on ne connaît pas le taux de prévalence chez ces femmes (contrairement à celui des femmes qui fréquentent les centres de soins prénatals). Dans le pire des cas, on risque de surestimer de 5 % le nombre d'enfants ayant perdu leur mère de causes autres que le SIDA (présenté par Grassly et Timæus).

Orphelins de père

Les projections démographiques fondées sur les tables de fécondité féminine donnent par déduction un taux de fécondité totale pour les hommes qui, associé aux tables de fécondité masculine standard, peut permettre d'estimer la fécondité des hommes par groupe d'âge. Le taux de fécondité masculine peut alors servir à estimer le nombre d'enfants dont le père est mort du SIDA dans les 17 années précédentes, tout comme on estime le nombre d'enfants ayant perdu leur mère à cause du SIDA. Pour tenir compte de l'impact du VIH sur la fécondité de la partenaire d'un homme et de l'impact de la transmission de la mère à l'enfant sur la survie de l'enfant, il faut disposer d'informations supplé-

mentaires sur la concordance de la sérologie VIH des parents. Ces informations se fondent sur des données relatives à la prévalence du VIH chez les partenaires d'hommes séropositifs provenant de 23 études. Une régression logistique fait apparaître une corrélation positive significative entre la concordance de la sérologie VIH et la prévalence du VIH dans la population adulte (provenant des données des centres de soins anténatals), à la fois à cause de la probabilité accrue d'une infection préexistante chez la partenaire et parce que le taux élevé de prévalence du VIH indique la présence de facteurs de risque en matière de transmission, comme une prévalence élevée d'infections bactériennes sexuellement transmissibles (IST) ou un faible usage des préservatifs.

Le nombre d'orphelins ayant perdu leur père pour d'autres causes que le SIDA est estimé selon une méthode similaire, en partant du principe que la prévalence du VIH est la même chez les partenaires des hommes mourant du SIDA que chez les femmes qui fréquentent les centres de soins anténatals.

Orphelins doubles

Le nombre d'orphelins doubles à cause du SIDA peut être estimé à partir du nombre total d'enfants ayant perdu leurs deux parents (toutes causes confondues), auquel on soustrait le nombre d'enfants dont aucun des parents n'est mort du SIDA (figure 9). Le décès du père et le décès de la mère ne sont pas indépendants, en raison de facteurs de risque communs, comme le statut socioéconomique et l'environnement, et également à cause de la transmission de la maladie. Le nombre d'orphelins doubles est donc supérieur à ce que l'on obtiendrait si ces décès étaient indépendants. Ce « risque supplémentaire » de perdre ses deux parents a été estimé en ajustant un modèle de régression multi-niveaux de type Poisson à des données relatives aux nombres d'orphelins de mère, de père et des deux parents provenant des enquêtes démographiques et de santé (EDS) effectuées dans 31 pays. Ces analyses font apparaître que le risque supplémentaire, et donc le ratio d'orphelins doubles par rapport aux orphelins de mère et aux orphelins de père, dépend de l'âge de l'enfant, de la prévalence du VIH cinq ans avant l'étude et de la nuptialité (proportion de femmes célibataires de 15 à 19 ans et prévalence de la polygamie). Si le nombre d'orphelins de mère et le nombre d'orphelins de père sont connus avec

précision, cette régression permet d'estimer le nombre d'orphelins avec une marge d'erreur de 5 %, pour les données de l'EDS ajustées. Il convient d'appliquer avec prudence les résultats de cette régression aux projections du nombre d'orphelins doubles, lorsque le taux projeté de prévalence du VIH (différé de 5 ans) pourrait être supérieur à l'intervalle utilisé dans l'EDS (0-15 %, le Zimbabwe étant en 1999 le seul pays ayant un taux de prévalence différé plus élevé : 23,6 %).

Vérification de la validité des données

Les estimations du nombre d'orphelins publiées dans *Les enfants au bord du gouffre 2002* et obtenues au moyen des méthodes précédemment décrites ont été comparées aux estimations du nombre d'orphelins dans les pays d'Afrique subsaharienne obtenues à partir des enquêtes auprès des ménages (Grassly et al., sous presse). Les estimations du nombre total d'orphelins âgés de 0 à 14 ans provenant des enquêtes EDS et enquêtes en grappes à indicateurs multiples sont relativement proches des estimations obtenues à partir des modèles démographiques, une fois que l'on a pris en compte l'estimation excessive de la mortalité adulte due à des causes autres que le SIDA.

Le degré d'exactitude des estimations du nombre d'orphelins dépend évidemment du degré d'exactitude des données démographiques et épidémiologiques sur lesquelles se fondent ces estimations. Par le passé, différentes hypothèses démographiques et épidémiologiques ont conduit à différentes estimations du nombre d'orphelins dus au SIDA, effectuées par différentes institutions (Nations Unies 1995 ; Hunter et Williamson 2000 ; ONUSIDA 2000). A mesure que les données et les hypothèses s'améliorent et que l'on s'accorde sur les méthodes adéquates à employer, les estimations mondiales du nombre d'orphelins et de l'impact du VIH/SIDA s'amélioreront également.

Sélection des pays

Le rapport *Les enfants au bord du gouffre 2004* présente des estimations du nombre d'orphelins dans 93 pays, dont 43 pays d'Afrique, 23 d'Asie et 27 d'Amérique latine et des Caraïbes.

Afrique subsaharienne : tous les pays ont été inclus, à l'exception des Etats insulaires de Cap-Vert, des Comores, de Maurice, de Sao Tomé-et-Principe, des Seychelles et de la Réunion, soit parce qu'on ne disposait pas de suffisamment de

données pour établir des estimations soit parce que ces pays comptaient moins d'un million d'habitants et que l'épidémie de SIDA n'y était pas très étendue.

Amérique latine et Caraïbes : tous les pays ont été inclus, à l'exception de ceux pour lesquels l'on ne disposait pas de suffisamment de données pour établir des estimations (Antigua-et-Barbuda, Dominique, Grenade, Saint-Kitts et-Nevis, Sainte-Lucie et Saint-Vincent-et-les-Grenadines).

Asie : aux fins du présent rapport, l'Asie se compose de tous les pays de la région en dehors de l'ex-Union soviétique, du Japon et de Singapour. Tous les pays ont été inclus en dehors des Maldives, pour lesquelles on ne disposait pas de suffisamment d'informations pour obtenir des estimations.

Références

Crampin AC, Floyd S, Glynn JR, et al. 2003. « The long-term impact of HIV and orphanhood on the mortality and physical well-being of children in rural Malawi ». *AIDS* 17 :389-397.

Grassly NC, Timæus IM. « Orphan numbers in populations with generalised AIDS epidemics ». *AIDS* (en instance de publication).

Grassly NC, Lewis JJC, Mahy M, Walker N, et Timæus IM. 2004. « Comparison of survey estimates with UNAIDS/WHO projections of mortality and orphan numbers in sub-Saharan Africa ». *Population Studies* 58 (sous presse).

Gregson S, Garnett GP, et al. 1994. « Assessing the potential impact of the HIV-1 epidemic on orphanhood and the demographic structure of populations in sub-Saharan Africa ». *Population Studies* 48(3) :435-458.

Hunter S et Williamson J. 2000. *Children on the Brink 2000*. Executive Summary, Updated Estimates and Recommendations for Intervention. USAID. Disponible sur www.usaid.gov.

Nakiyingi JS, Bracher M, Whitworth JA, et al. 2003. « Child survival in relation to mother's HIV infection and survival : Evidence from a Ugandan cohort study ». *AIDS* 17 :1827-1834.

Ng'weshemi J, Urassa M, Isingo R, et al. 2003. « HIV impact on mother and child mortality in rural Tanzania ». *AIDS* **33** :393-404.

Nations Unies. 2003. *Les perspectives d'avenir de la population mondiale : révision de 2002*. New York : Division de la population des Nations Unies.

ONUSIDA. 2004. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA – juillet 2004*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur www.unaids.org.

ONUSIDA – Groupe de référence sur les estimations, les modélisations et les projections. 2002. Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact : Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *AIDS* **16** :W1-W16.

ONUSIDA, UNICEF, USAID. 2002. Les enfants au bord du gouffre 2002 : *Rapport commun sur le nombre estimatif d'orphelins et les stratégies de programmes*. Washington, D.C. : USAID. Disponible sur www.unaids.org, www.unicef.org et www.usaid.gov.

Annexe 3

Indicateurs de suivi et d'évaluation

Le manque de données relatives au suivi et à l'évaluation est un obstacle important à l'élaboration d'une action efficace en faveur des orphelins et des enfants vulnérables. Il est indispensable de disposer d'informations fiables, recueillies systématiquement à l'échelle d'un pays et dans l'ensemble des pays, pour la planification des politiques, le suivi des programmes, la prise des décisions et la mobilisation nationale et mondiale, ainsi que pour orienter les différents secteurs et groupes œuvrant en faveur des enfants, des familles et des communautés vulnérables.

Un ensemble d'indicateurs⁵ a été fixé afin de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs fixés en juin 2001 dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de la Session extraordinaire de l'Assemblée

générale des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA. L'un de ces indicateurs (fréquentation scolaire des orphelins) avait directement trait aux orphelins, mais cet indicateur ne suffit pas à orienter l'action des pays, des organisations et des services s'employant à protéger et à soutenir les



UNICEF/HQ96-1399/Giacomo Pirozzi

Une fillette à l'entrée d'une salle de classe d'un centre de garde d'enfants de Kibera, le plus grand bidonville de Nairobi (Kenya). Le centre dispense aux enfants orphelins un enseignement de base et des repas.

enfants et les familles touchés par le VIH/SIDA.

En avril 2003, l'UNICEF a donc organisé une réunion de l'Équipe de travail interorganisations⁶ sur les orphelins et les autres enfants vulnérables, qui a réuni une vaste coalition d'intervenants afin de parvenir à un consensus sur un ensemble d'indicateurs clés visant à évaluer les progrès nationaux accomplis en vue d'améliorer le bien-être des orphelins et des enfants vulnérables.⁷

En se fondant sur la Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire consacrée au VIH/SIDA, l'équipe a synthétisé 37 activités visant à améliorer la situation des orphelins et des enfants vulnérables en dix domaines clés (politiques et stratégies, éducation, santé, nutrition, soutien psychosocial, moyens familiaux, moyens communautaires, ressources, protection et soins et logement en institution) devant être pris en compte et suivis à l'échelle nationale.

Comme il est indiqué ci-dessous, les indicateurs correspondent aux stratégies définies dans le Cadre d'action pour la protection, les soins et le

⁵ ONUSIDA. Août 2002. *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS : Guidelines on construction of core indicators*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur www.unaids.org

⁶ Ce Groupe de travail interorganisations de l'ONUSIDA sur les orphelins et autres enfants vulnérables, constitué par l'UNICEF, réunit toutes les organisations membres de l'ONUSIDA, l'USAID, le Displaced Children and Orphans Fund/USAID, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Save the Children Fund/Royaume-Uni, Hope for African Children Initiative et l'Alliance internationale contre le VIH/SIDA.

⁷ ONUSIDA et UNICEF. Avril 2003. *Report on the Technical Consultation on Indicators Development for Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV/AIDS, Gaborone, Botswana, 2-4 April 2003*. New York : UNICEF. Disponible sur www.unicef.org

soutien des orphelins et enfants vulnérables vivant dans un monde avec le VIH et le SIDA.

Outre le suivi des indicateurs nationaux, le suivi systématique de l'efficacité et de la qualité des programmes est essentiel. Définir les meilleures pratiques et diffuser les enseignements tirés de l'expérience permettra de contribuer à l'amélioration des programmes et à l'adoption à plus grande échelle de solutions efficaces. Au niveau des programmes ainsi qu'à l'échelle nationale, le suivi contribuera à garantir la qualité des interventions, à valider les stratégies adoptées et à rendre chacun responsable de la réalisation des objectifs mondiaux.

Propositions d'indicateurs de suivi des stratégies nationales en faveur des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA		
	Approche stratégique	Domaines
1	Renforcer les moyens dont disposent les familles pour protéger et prendre en charge les orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA	
	<p>Indicateurs clés</p> <p>1: Besoins matériels de base : Proportion d'enfants ayant trois besoins matériels de base définis localement</p> <p>2: Malnutrition : Ratio de prévalence de l'insuffisance pondérale chez les orphelins par rapport aux non orphelins</p> <p>3: Rapports sexuels avant quinze ans : Ratio des orphelins ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de quinze ans par rapport aux non orphelins</p> <p>Autres indicateurs :</p> <p>A1: Sécurité alimentaire : Proportion de ménages en situation d'insécurité alimentaire</p> <p>A2: Ratio d'orphelins ayant un niveau de santé psychologique adéquat par rapport aux non orphelins</p> <p>A3: Liens avec un adulte : Proportion d'orphelins ayant des relations positives avec l'un des principaux adultes s'occupant d'eux</p> <p>A4: Planification de la succession : Proportion d'enfants pour lesquels un tuteur a été nommé en cas de décès prématuré du responsable actuel.</p>	<p>Moyens familiaux</p> <p>NutritionSanté</p> <p>Nutrition</p> <p>Psychosocial support</p> <p>Psychosocial support</p> <p>Protection</p>
2	Mobiliser et appuyer les initiatives communautaires	
	<p>Indicateurs clés</p> <p>4: Enfants en dehors des soins familiaux : Proportion d'enfants vivant en dehors des soins familiaux</p> <p>5: Soutien extérieur pour les ménages ayant des orphelins et enfants vulnérables : Pourcentage d'orphelins vivant dans les ménages recevant un soutien extérieur</p> <p>Autres indicateurs :</p> <p>A5: Orphelins vivant avec des frères et sœurs : Pourcentage d'orphelins doubles ayant des frères et sœurs vivant dans d'autres ménages</p>	<p>Soins et logement en institution</p> <p>Moyens communautaires</p> <p>Moyens communautaires/familiaux</p>
3	Garantir l'accès des orphelins et des enfants vulnérables à des services essentiels	
	<p>Indicateurs clés</p> <p>6: Ratio de fréquentation scolaire des orphelins : Ratio de fréquentation scolaire des orphelins doubles par rapport aux non orphelins pour les enfants de 10 à 14 ans</p> <p>7: Proportion d'orphelins recevant un soutien psychosocial</p> <p>8: Enregistrement des naissances : Proportion d'enfants de 0 à 4 ans dont les naissances ont été déclarées</p>	<p>Education</p> <p>Soutien psychosocial</p> <p>Protection</p>
4	Veiller à ce que les gouvernements protègent les enfants les plus vulnérables	
	<p>Indicateurs clés</p> <p>9: Indice d'efforts des programmes en faveur des orphelins et enfants vulnérables</p> <p>Autres indicateurs :</p> <p>A6: Transfert de biens : Pourcentage de femmes qui ont été privées de leur biens</p> <p>A7: Qualité des soins institutionnels (selon les normes internationales)</p>	<p>Politiques et stratégies/Ressources</p> <p>ProtectionSoins et logement en institution</p>
5	Mener des actions de sensibilisation pour créer un environnement favorable aux enfants touchés par le VIH/SIDA	
	<p>Indicateurs clés</p> <p>10: Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans qui sont orphelins</p> <p>Autres indicateurs :</p> <p>A8: Exclusion et discrimination : Pourcentage d'adultes exprimant un sentiment d'acceptation envers les personnes séropositives</p>	<p>Indicateur clé</p> <p>Protection</p>
Voir www.childinfo.org pour une explication détaillée de ces indicateurs.		

Annexe 4

Conseils en matière de programmation

D'importants enseignements ont été tirés des nombreux programmes communautaires menés dans le monde entier en faveur des orphelins et des enfants vulnérables. Pour tenir compte des progrès réalisés et des enseignements tirés de l'expérience, cette version des *Enfants au bord du gouffre* présente une version

légèrement modifiée d'un ensemble de principes de programmation énumérés dans *Les enfants au bord du gouffre 2002*. Le nouveau *Cadre d'action pour la protection, les soins et le soutien des orphelins et des enfants vulnérables vivant dans un monde avec le VIH et le SIDA* (voir pages 21 à 24 de ce rapport) intègre les éléments communs et les principaux thèmes de ces principes de façon à compléter les cinq stratégies d'action de base. Il fournit les conseils suivants en matière de programmation, destinés à la fois aux gouvernements et aux groupes de la société civile à l'échelle des communautés, des districts et les pays :

Mettre l'accent sur les enfants et les communautés les plus vulnérables et pas seulement ceux qui sont orphelins à cause du SIDA. Les programmes ne devraient pas montrer du doigt les enfants orphelins à cause du VIH/SIDA. Cibler des catégories précises d'enfants risque d'exacerber l'exclusion, la discrimination et les préjudices dont ils sont victimes, tout en privant d'aide d'autres enfants et adolescents de la communauté qui peuvent avoir également très fortement besoin d'appui. Les orphelins ne sont pas les seuls enfants que le SIDA a rendus vulnérables. Tous les enfants vivant dans les communautés touchées par l'épidémie sont concernés. Les services et les efforts de mobilisation de la communauté devraient



UNICEF/HO99-0789/Roger Lemoyne

Dans un centre d'accueil d'enfants atteints du VIH/SIDA ou d'autres maladies à Ho Chi Minh, un nourrisson tient la main d'un homme entre les barres d'un berceau.

s'adresser aux communautés entières dans lesquelles la maladie accroît la vulnérabilité des enfants et des adolescents.

Définir dès le départ les problèmes et vulnérabilités propres à une communauté et mener des stratégies d'intervention déterminées à l'échelle locale.

Chaque communauté se distingue des autres par ses problèmes, ses priorités et les ressources dont elle dispose. Avant de mettre au point des activités de soutien, il est nécessaire d'identifier les orphelins et enfants vulnérables et de recueillir des informations de base à leur sujet, portant notamment sur les ménages dans lesquels ils vivent. En confiant à la communauté un rôle central à cet égard, on renforce l'engagement de la communauté vis-à-vis des nouvelles interventions qui seront menées, ainsi que son sentiment de responsabilité à cet égard. Un aspect essentiel de l'élaboration de programmes en faveur des enfants consiste à faire participer les membres de la communauté à l'évaluation de leurs besoins et priorités de façon à pouvoir mettre au point des interventions adaptées aux conditions locales.

Faire participer activement les enfants et les jeunes à l'élaboration de solutions. Les enfants et les adolescents ne sont pas simplement les bénéficiaires passifs et impuissants de l'assistance. Ils participent au règlement des problèmes que présente l'épidémie de VIH/SIDA et peuvent contribuer de façon décisive à en atténuer les répercussions. Les jeunes peuvent aider les communautés à définir et à comprendre les problèmes les plus importants auxquels sont confrontés les orphelins et les enfants vulnérables. Ils peuvent rendre visite à des enfants, les associer à des loisirs et autres activités sociales, et promouvoir leur inté-

gration sociale et leur sentiment d'appartenance à la communauté. En faisant participer les jeunes à la solution des problèmes que connaît l'ensemble de la communauté, on les aide à acquérir davantage confiance en eux, à mieux maîtriser leur vie et à faire preuve de responsabilités et de compassion.

Accorder une attention particulière aux rôles des garçons et des filles, et des hommes et des femmes, et remédier à la discrimination fondée sur le sexe. Ce sont souvent les femmes et les filles qui sont principalement chargées de s'occuper des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA et des orphelins et des enfants vulnérables. Il faut accorder une attention particulière à la protection et au soutien à apporter aux filles se trouvant dans de telles circonstances. En raison de leur infériorité sociale, les filles et les femmes sont souvent plus vulnérables que les garçons et les hommes à la maltraitance et à l'exploitation sexuelle. Les orphelins et les enfants vivant dans des ménages touchés par le VIH sont tout particulièrement vulnérables, et il est nécessaire de mener des interventions visant à les protéger de la maltraitance et d'une éventuelle infection par le VIH. Il faut également remédier à la « demande » d'abus sexuels et de prostitution infantiles et aux problèmes que constituent les normes sexuelles masculines, l'iniquité des sexes et l'exploitation sexuelle des enfants et des adolescents. Il est important que les hommes assument une plus grande part de responsabilités en ce qui concerne l'éducation des enfants, les soins à prodiguer aux personnes malades et les tâches ménagères quotidiennes. Dans de nombreux pays, les femmes font l'objet de discrimination instituée par des lois ou des pratiques traditionnelles qui leur interdisent de posséder des terres ou qui empêchent les veuves d'hériter des terres ou des biens. Ces lois et pratiques – ainsi que les systèmes administratifs judiciaires – doivent absolument être modifiées de façon à protéger les droits fondamentaux des femmes et des enfants.

Renforcer les partenariats et mobiliser des actions collectives. On ne peut lutter contre les répercussions du VIH/SIDA sur les enfants, leur famille et leur communauté sans la collaboration et la coordination des intervenants. Cela passe notamment par la participation active des structures gouvernementales ; des organismes internationaux ;

des organisations non gouvernementales, confessionnelles et communautaires ; des donateurs ; des entreprises et des médias. Dans les communautés défavorisées, de nombreux groupes locaux ont mis en commun leurs propres ressources pour aider les orphelins, les enfants vulnérables et les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ces groupes locaux constituent de bons exemples de l'évaluation, de la planification et de la collaboration que doivent effectuer des groupes à d'autres niveaux.

Etablir des liens entre les activités de prévention du VIH/SIDA, les soins et l'assistance aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et le soutien des enfants vulnérables. Les problèmes liés au VIH/SIDA auxquels sont confrontés les enfants et les familles sont complexes et interdépendants. Ils nécessitent des stratégies de programme globales et multisectorielles, qui se renforcent les unes les autres. Les soins apportés aux enfants et aux adultes touchés par le VIH/SIDA peuvent s'avérer très efficaces en matière de prévention du VIH. Se soucier des personnes vivant avec le VIH/SIDA aide la population à rester sensibilisée à l'épidémie. Cela informe à la fois les enfants et les adultes des modes de transmission du virus, de la progression de la maladie et des conséquences qu'elle peut avoir sur eux et leurs familles. Les adultes aussi bien que les jeunes ont davantage tendance à adopter des comportements à moindre risque et à faire preuve de compassion lorsqu'ils s'occupent de personnes touchées par l'épidémie. De nombreuses personnes s'occupant d'enfants ont commencé à promouvoir la prévention car elles connaissent la maladie et savent qu'il est urgent de prévenir d'autres maladies, d'autres décès et d'autres disparitions de parents.

Se servir du soutien extérieur pour renforcer les initiatives et la motivation communautaires. Les gouvernements, les donateurs et les organisations non gouvernementales, confessionnelles et communautaires doivent s'efforcer avant tout de renforcer et d'appuyer les efforts menés par les communautés elles-mêmes. Si le financement et l'aide matérielle extérieure sont certes nécessaires, il est important de veiller à ce que l'ampleur de l'assistance, le moment où elle est offerte et la continuité ne nuisent pas aux motivations du gouvernement, à la solidarité communautaire ou aux initiatives locales. Pour empêcher la

dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure ou les conditions et priorités imposées par les donateurs, des mécanismes locaux et nationaux doivent être mis en place pour renforcer et développer les efforts déjà menés.

Annexe 5

Actions nationales

Le *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* donne des conseils aux dirigeants et autres décideurs susceptibles d'obtenir divers soutiens en faveur des orphelins des enfants vénérables. Les gouvernements des pays concernés peuvent se servir du Cadre d'action pour examiner leurs grandes lignes d'actions et renforcer leur stratégie. Les gouvernements donateurs seront ainsi mieux à même d'évaluer leurs engagements et de planifier l'augmentation de l'allocation des ressources. Les organismes chargés de la mise en œuvre des programmes à tous les niveaux y trouveront des indications les aidant à planifier, à gérer et à évaluer leurs programmes. Enfin, le *Cadre d'action* est un outil de mobilisation important, pouvant servir à attirer de nouveaux partenaires et à faire figurer les orphelins et enfants vulnérables en bonne position sur les programmes d'action mondiaux, nationaux et locaux.

Le *Cadre d'action* s'inspire d'un constat qui fait l'unanimité : la nécessité urgente d'accroître les ressources et l'action en faveur des orphelins et des enfants vulnérables. À cette fin, le *Cadre d'action* formule les recommandations suivantes :

- Il convient d'encourager et d'aider les gouvernements à accorder la priorité aux orphelins et aux enfants vulnérables dans le cadre des politiques, plans et budgets nationaux et des législations ; à collaborer avec des organisations non gouvernementales et communautaires afin de veiller à ce que les efforts entrepris soient concertés ; et à suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux.
- Tous les intervenants devraient mener des actions de sensibilisation en vue de mettre fin à l'exclusion, à la discrimination et au silence entourant le VIH/SIDA et les enfants concernés. Ils devraient également se mobiliser afin que les orphelins et les enfants vulnérables occupent une place importante parmi les priorités en matière de développement
- En collaboration avec les organismes internationaux et d'autres intervenants, les gouvernements doivent évaluer les progrès réalisés en vue de combler l'écart entre ce qui est fait et ce qui reste à faire afin de garantir les droits et le bien-être des orphelins et des enfants vulnérables.
- Tous les gouvernements devraient évaluer leurs allocations de ressources de façon à accroître de toute urgence et à maintenir l'appui financier qu'ils apportent à l'élaboration d'une solution adéquate à long terme.

Des politiques efficaces

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en juin 2001, les dirigeants de la planète ont élaboré et adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Par cette déclaration, ils se sont engagés à veiller à ce que les enfants orphelins ou vulnérabilisés par le VIH/SIDA aient le même accès que les autres filles et garçons aux services sociaux, y compris l'éducation, le logement, la nutrition et les services de santé. Ils se sont également engagés à protéger les orphelins et les enfants vulnérables de toutes les formes de maltraitance, de la violence, de l'exploitation, de la discrimination, de la traite et de la spoliation d'héritage. La Déclaration d'engagement demandait instamment aux pays d'élaborer des stratégies en vue de réaliser ces objectifs d'ici à 2003 et de mettre en œuvre ces stratégies d'ici à 2005.

De nombreux pays – notamment le Honduras, la Jamaïque, le Malawi, la Namibie, la Thaïlande, l'Ouganda et le Zimbabwe – mettent actuellement en place d'importantes politiques en vue d'instaurer un cadre plus protecteur pour les orphelins et les enfants vulnérabilisés par le VIH/SIDA. Le gouvernement de l'Ouganda a par exemple finalisé en décembre 2003 son Programme stratégique national, le *Plan d'intervention en faveur des orphelins et autres enfants vulnérables*. Ce Plan constitue un cadre d'action pour l'orientation stratégique et l'allocation des ressources visant à protéger et à soutenir les enfants et familles vulnérables. Il préconise une approche multisectorielle et intégrée qui tient compte des différences entre les sexes et se fonde sur les droits fondamentaux pour planifier et mettre en œuvre des interventions en faveur des orphelins, des autres enfants vulnérables et des familles dans lesquelles ils vivent. Ce Plan donne des conseils généraux, des recommandations d'intervention, ainsi qu'un cadre d'action destiné à la mise en œuvre de programmes du secteur public, du secteur privé, de la société civile et d'autres domaines de développement dans lesquels des partenaires s'efforcent d'atténuer les répercussions du VIH/SIDA sur les orphelins et les enfants vulnérables.

Les progrès réalisés par l'Ouganda et d'autres pays témoignent de la détermination dont il est nécessaire de faire preuve pour que les droits des enfants vulnérables et de leur famille soient garantis et que leurs besoins essentiels soient satisfaits.

Annexe 6

Ressources

Forums de discussion

Forum de discussion électronique sur les enfants touchés par le SIDA (hébergé par USAID et le Projet Synergy).

Ce forum est un lieu de discussion et d'échange d'informations essentielles sur les efforts visant à atténuer les effets du VIH/SIDA sur les enfants, les familles et les communautés dans le monde entier.

Voir : <http://www.synergyaids.com/caba/cabaindex.asp>

Le Forum de la Regional Psychosocial Support Initiative PSS (organisé par la Regional Psychosocial Support Initiative, ou REPSSI, à Buluwayo, Zimbabwe, avec le soutien financier de la Direction suisse du développement et l'Agence suédoise de développement et de coopération internationale et la Fondation Novartis pour le développement durable).

Ce forum interactif consacré au soutien psychosocial à apporter aux enfants touchés par le VIH/SIDA permet aux praticiens, aux universitaires, aux donateurs, et à d'autres intervenants de faire part de leurs contributions, de s'instruire, de rester informés et d'exprimer leurs points de vue. Voir : <http://www.repssi.org>

Publications

A Family Is for a Lifetime : Part I. A Discussion of the Need for Family Care for Children Impacted by HIV/AIDS ; Part II. An Annotated Bibliography (auteur : Jan Williamson, mars 2004)

Ce document, établi pour le compte du Bureau de l'USAID sur le VIH/SIDA par le Synergy Project de TvT Global Health and Development Strategies, comprend un tour d'horizon des textes publiés sur les soins à apporter aux enfants ne bénéficiant pas de soins familiaux.

Voir : <http://www.synergyaids.com/resources.asp?id=5088>

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 (juillet 2004)

Ce document publié par l'UNICEF présente des interventions et actions pouvant être menées par des organismes gouvernementaux, des organisations confessionnelles et non gouvernementales, des institutions universitaires, le secteur privé et la société civile en vue de protéger, de prendre en charge et de soutenir tous les enfants vulnérables. Voir : <http://www.unicef.org>

Les générations orphelines d'Afrique (novembre 2003)

Fondé sur l'analyse de plus de 60 enquêtes nationales auprès des ménages réalisées dans 40 pays de la région, ce rapport de 52 pages de l'ONUSIDA et de l'UNICEF apporte de nouvelles données et analyses sur les pratiques de soins, les mécanismes d'adaptation et les répercussions des décès parentaux sur les enfants, les familles, les ménages et les communautés. Voir :

http://www.unicef.org/french/publications/index_16271.html

Conducting a Situation Analysis of Orphans & Vulnerable Children Affected by HIV/AIDS : A Framework and Resource Guide (auteurs : John Williamson, Adrienne Cox et Beverly Johnston, février 2004)

Ce cadre d'action et cette liste de ressources du Bureau du développement durable du bureau pour l'Afrique de l'USAID comprend des documents qui aident les responsables de programmes sur le terrain à planifier et à effectuer une analyse de la situation des orphelins et enfants vulnérables touchés par le VIH/SIDA. Voir : <http://www.dec.org>

Family and Community Interventions for Children Affected by AIDS (auteurs : Linda Richter, Julie Manegold et Riashnee Patther, 2004)

Cette publication du Health Sciences Research Council in South Africa (Afrique du Sud) examine les informations scientifiques et relatives aux programmes portant sur les interventions en faveur des enfants, des familles, des ménages et des communautés. Elle peut être commandée à :

<http://www.hsrcpublishers.co.za/index.html?e-lib.html~content>

Roofs and Roots : The Care of Separated Children in the Developing World (auteur : David Tolfree, 1995)

Cette publication de Save the Children examine les questions concernant la prise en charge des enfants séparés de leur famille dans le contexte des pays en développement. Cette publication est épuisée mais Save the Children Royaume-Uni en propose un nombre restreint d'exemplaires. Les demandes sont à adresser à H.Abuzaid@scfuk.org.uk.

Sub-National Distribution and Situation of Orphans : An Analysis of the President's Emergency Plan for AIDS Relief Focus Countries. (auteur : Florence Nyangara, mars 2004)

Établi pour le compte du Bureau du développement durable du bureau pour l'Afrique de l'USAID, cette analyse donne des informations sur les communautés dans lesquelles vivent des orphelins dans ces pays et les conditions de vie de ces enfants. Voir : <http://www.dec.org>

USAID Project Profiles : Children Affected by HIV/AIDS (3e édition, septembre 2003)

Ce rapport porte sur près d'une centaine de projets visant à aider les enfants et les jeunes touchés par le VIH/SIDA et bénéficiant du soutien de l'USAID. Voir : http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Publications/index.html

Whose Children? Separated Children's Protection and Participation in Emergencies (auteur : David Tolfree, 2003)

Cette publication de Räd Barnen (Save the Children, Suède) analyse les questions relatives aux familles d'accueil, aux soins collectifs et à d'autres types de dispositifs en faveur des enfants et des adolescents dans des situations d'urgence à grande échelle. Elle peut être commandée à : <http://www1.rb.se/Shop/Products/Product.aspx?ItemId=352>

Boîtes à outils

Changing Minds, Policies and Lives Project : Toolkits for Child Welfare Services

Le projet Changing Minds, Policies and Lives est une initiative commune de l'UNICEF et de la Banque mondiale qui soutient les programmes

nationaux visant à réduire le placement en institution d'enfants vulnérables dans les pays en transition au moyen de la réforme des systèmes d'aide à l'enfance. Trois boîtes à outils ont été mises au point en vue de faciliter les efforts de réforme systématique du système de protection de l'enfance.

Voir :

<http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/0/189EF6304D3FEC9E85256D1800626941?OpenDocument>

Orphans and Other Vulnerable Children Support Toolkit : A CD-Rom and Web Site for NGOs and CBOs

Cette boîte à outils de Family Health International et de l'International HIV/AIDS Alliance comprend un site Web et un CD-Rom avec plus de 300 ressources téléchargeables et informations complémentaires sur les différentes façons d'aider les orphelins et autres enfants vulnérables. Sortie prévue au milieu de l'année 2004.

Voir : <http://www.ovcsupport.net>

Sites Web

ONUSIDA : <http://www.unaids.org>

UNICEF : <http://www.unicef.org/aids>

USAID : <http://www.usaid.gov>

Bureau du recensement des États-Unis :

<http://www.census.gov/ipc/www/hivaidn.html>

DONNÉES

Peter Ghys, ONUSIDA, Genève
Mary Mahy, UNICEF, New York
Roeland Monasch, UNICEF, New York
Karen Stannecki, ONUSIDA, Genève
Neff Walker, UNICEF, New York
Elizabeth Zaniewski, ONUSIDA, Genève

Les auteurs de ce rapport tiennent à saluer en particulier le rôle qu'a joué le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, les modélisations et les projections dans l'élaboration continue de méthodes d'estimation du nombre d'orphelins. Les apports de Nicholas C. Grassly, John Stover et Ian Timæus ont notamment contribué de façon décisive à l'élaboration des estimations et analyses citées dans le présent rapport.

TEXTE

Mark Connolly, UNICEF, New York
Patrice Engle, UNICEF, New York
Joan Mayer, UNICEF, New York
Peter McDermott, UNICEF, New York
Aurorita Mendoza, ONUSIDA, Genève
Roeland Monasch, UNICEF, New York
Rick Olson, UNICEF, New York
Peter Salama, USAID, Washington, D.C.
Linda Sussman, USAID, Washington, D.C.
Neff Walker, UNICEF, New York
John Williamson, Displaced Children and Orphans Fund,
Washington, D.C.
Alexandra Yuster, UNICEF, New York

RÉVISION & PRODUCTION

Matthew Baek, Population, Health and Nutrition
Information Project, Washington, D.C.
Liza Barrie, UNICEF, New York
Gabrielle Bushman, USAID, Washington, D.C.
Ken Legins, UNICEF, New York
Kathryn Lockwood, Population, Health and Nutrition
Information Project, Washington, D.C.
Sarah Melendez, Population, Health and Nutrition
Information Project, Washington, D.C.
Chris Wharton, Population, Health and Nutrition
Information Project, Washington, D.C.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

20 Avenue Appia
1211 Genève 27 Suisse
www.unaids.org

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

3 United Nations Plaza
New York, New York 10017, États-Unis
www.unicef.org

United States Agency for International Development (USAID)

1300 Pennsylvania Avenue NW
Washington, D.C. 20523, États-Unis
www.usaid.gov