

**Les générations
orphelines et
vulnérables
d'Afrique**

**LES
ENFANTS
AFFECTÉS
PAR LE
SIDA**



Les générations orphelines
et vulnérables d'Afrique

LES ENFANTS AFFECTÉS PAR LE SIDA

TABLES DES MATIÈRES

Résumé	iv
Introduction	1

CHAPITRES

Chapitre 1 : L'ampleur de la crise	2
Chapitre 2 : La pauvreté, le VIH et les enfants	10
Chapitre 3 : Les structures familiales	14
Chapitre 4 : L'impact de la crise sur les enfants	18
Chapitre 5 : Aider les orphelins et enfants vulnérables d'Afrique ..	26

ENCADRÉS

Le contexte du développement dans les mesures adoptées à l'encontre des orphelins et enfants vulnérables.	vi
Encadré 1.1 : L'expérience d'un pays	3
Encadré 1.2 : La définition du mot « orphelin »	4
Encadré 1.3 : L'estimation du nombre d'orphelins	6
Encadré 1.4 : Dans le même pays, de nombreuses différences	7
Encadré 2.1 : Le combat d'une femme	12
Encadré 4.1 : Prise en charge des orphelins en établissement	20

TABLEAUX STATISTIQUES

Tableau 1 : Estimation du nombre d'orphelins par région, année, type et cause	35
Tableau 2 : Estimation du nombre d'orphelins en Afrique subsaharienne par pays, type, âge et cause	36
Tableau 3 : SIDA et autres indicateurs pertinents, Afrique subsaharienne	37
Tableau 4 : Situation des enfants, Afrique subsaharienne	38
Tableau 5 : Mesures gouvernementales en faveur des orphelins et enfants vulnérables, Afrique subsaharienne	39

FIGURES

Figure 1.1 : Nombre d'orphelins de 0 à 17 ans par région, 1990–2010	3
Figure 1.2 : Pourcentage d'enfants de 0 à 17 ans en Afrique subsaharienne qui sont orphelins, toutes causes confondues, 1995 et 2005.	4
Figure 1.3 : Pays de l'Afrique subsaharienne où approximativement 15 % ou plus de tous les enfants sont orphelins	5
Figure 1.4 : Nombre d'enfants de 0 à 17 ans en Afrique subsaharienne dont un parent est décédé au cours de l'année	6
Figure 1.5 : Nombre d'orphelins doubles de 0 à 17 ans en Afrique subsaharienne, SIDA par rapport à toutes les autres causes, 1990–2010.	6
Figure 1.6 : Pourcentage d'orphelins dans les zones rurales et les zones urbaines.	7
Figure 1.7 : Répartition par âge des enfants orphelins en Afrique subsaharienne, 2005	8
Figure 1.8 : Pourcentage d'enfants par groupe d'âge au moment de la mort d'un de leurs parents dans quatre districts de l'Afrique de l'Est et australe	8
Figure 1.9 : Nombre d'enfants de 0 à 17 ans en Afrique subsaharienne rendus orphelins par le SIDA, 1990–2010	8
Figure 2.1 : Répartition des orphelins doubles et des non-orphelins par niveau de richesse des ménages, Kenya, 1998 et 2003	11
Figure 2.2 : Taux de dépendance moyens dans les ménages avec et sans orphelins	12
Figure 2.3 : Taux de dépendance moyens dans les ménages dirigés par un homme et une femme avec orphelins doubles	12
Figure 2.4 : Pourcentage d'enfants de 5 à 17 ans qui disposent de biens matériels de base (couverture, chaussures et deux tenues vestimentaires), Blantyre, Malawi, 2004	13
Figure 2.5: Pourcentage d'enfants de 5 à 17 ans qui disposent de biens matériels de base (couverture, chaussures et deux tenues vestimentaires), 21 districts du Zimbabwe, 2004.	13
Tableau 3.1 : Avec qui vivent les orphelins et les non-orphelins	15
Figure 3.1 : Pourcentage d'orphelins maternels de 0 à 14 ans vivant dans un foyer dirigé par une femme	15
Figure 3.2 : Pourcentage d'orphelins doubles et simples âgés de 0 à 14 ans qui ne vivent pas avec le parent survivant et qui ont été pris en charge par leurs grands-parents.	16
Figure 3.3 : Pourcentage d'orphelins doubles et simples âgés de 0 à 14 ans qui ne vivent pas avec le parent survivant, et lien de parenté avec le chef du foyer	17
Figure 4.1 : Taux de mortalité estimé des enfants de moins de 5 ans avec et sans le SIDA, 2000–2005, pays africains choisis	19
Figure 4.2 : Pourcentage de femmes de 15 à 18 ans infectées par le VIH, enceintes ou montrant des symptômes de maladies sexuellement transmissibles, par catégorie (orphelines ou vulnérables), Manicaland, Zimbabwe, 2004	21
Figure 4.3 : Pourcentage d'enfants de 10 à 14 ans qui sont scolarisés, en comparant les non-orphelins (enfants qui vivent avec au moins un parent) et les orphelins doubles.	23
Figure 4.4 : Réponses données par les orphelins du SIDA et les non-orphelins aux questions sur les symptômes de dépression, district de Bushenyi, Ouganda	24
Figure 4.5 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont la naissance avait été enregistrée au moment de l'enquête (1999–2003).	25
Figure 5.1 : Pourcentage d'orphelins et enfants vulnérables dont la famille reçoit une aide gratuite de l'extérieur, République-Unie de Tanzanie	28
Figure 5.2 : Répercussions de la politique de l'éducation primaire universelle sur l'absentéisme scolaire chez les enfants de 10 à 14 ans, Kenya	29
Figure 5.3 : Pourcentage d'adultes qui accepteraient de dévoiler la situation d'un membre de la famille vis-à-vis du VIH	30
Annexe : Méthodes d'estimation et de projection de l'impact du VIH/SIDA sur le nombre d'enfants orphelins	40

RÉSUMÉ

L'épidémie de SIDA en Afrique présente pour les enfants un risque physique, psychologique et économique. Tous les enfants sont indirectement touchés lorsque leurs communautés, et les services que ces communautés assurent, se trouvent fragilisées par les conséquences de l'épidémie. Les infirmières, les médecins, les enseignants et autres professionnels peuvent tomber malades et mourir du SIDA, ce qui entraîne la détérioration des services de santé, d'éducation et d'autres services de base.

Les enfants en sont directement affectés de plusieurs façons. Ils peuvent courir un risque élevé de contracter le VIH; ils peuvent vivre avec un ou leurs deux parents atteints d'une maladie chronique et devoir travailler ou interrompre leurs études pour s'occuper du ménage ou prodiguer des soins; leur foyer peut s'appauvrir à cause de la maladie; et ils peuvent être victimes de la stigmatisation parce qu'ils sont associés à une personne vivant avec le VIH. Les enfants peuvent aussi devenir orphelins lorsqu'ils perdent un ou leurs deux parents à la suite d'une maladie liée au SIDA.

En Afrique subsaharienne, le SIDA est la cause principale de décès chez les adultes de 15 à 59 ans. Bien que le nombre total d'orphelins, toutes causes confondues, ait diminué en Asie et en Amérique latine et dans les Caraïbes depuis 1990, il a augmenté de plus de 50 pour cent en Afrique subsaharienne, où on estime que 12 millions d'enfants de 0 à 17 ans ont perdu au moins un de leurs parents à cause du SIDA, et l'Afrique subsaharienne abrite donc à présent 80 pour cent de tous les enfants du monde en développement qui ont perdu un parent à cause de cette maladie. Le nombre d'enfants ayant perdu leurs parents à cause du SIDA est particulièrement élevé en Afrique australe, où les taux de prévalence du VIH sont les plus élevés.

D'ici à 2010, on estime que 15,7 millions d'enfants – 30 pour cent des 53 millions d'orphelins toutes causes confondues que l'on anticipe en Afrique subsaharienne – auront perdu au moins un parent à cause du SIDA. Même lorsque la prévalence du VIH se sera stabilisée ou aura commencé à diminuer, le nombre d'orphelins continuera à augmenter, ou en tout cas restera élevé pendant des années, en raison du décalage entre le moment où une personne est infectée au VIH et celui où elle en meurt.

Les circonstances dans lesquelles se retrouvent les orphelins et les enfants vulnérables varient beaucoup d'une famille à l'autre, d'une communauté à l'autre et d'un pays à l'autre. Des études ont montré que ces enfants courent un risque plus élevé que les autres de ne pas être scolarisés, de vivre dans un foyer dont la sécurité alimentaire est moindre, de souffrir d'angoisse et de dépression et de contracter le VIH. Leur situation dépend d'un ensemble compliqué de variables, notamment la relation que les enfants entretiennent avec la personne qui s'occupe d'eux, le niveau de richesse du foyer et de la communauté, la prévalence du VIH dans leur communauté, et toute une gamme d'autres facteurs.

Dans presque tous les pays de la région, on observe des différences importantes entre les responsabilités assumées par les pères et les mères, les mères veuves étant plus susceptibles de s'occuper de leurs enfants que les pères veufs, ce qui fait que les enfants qui perdent leur mère vivent en général moins souvent avec le parent encore en vie, par comparaison avec ceux qui ont perdu leur père. En outre, la survie des enfants les plus jeunes (de 0 à 3 ans) est menacée lorsque leur mère est en train de mourir ou vient de mourir. Cela se vérifie que le décès soit dû au SIDA ou à d'autres causes. Les enfants de ce groupe

d'âge courent 3,9 fois plus de risques de mourir dans l'année qui précède ou qui suit le décès de leur mère.

En Afrique subsaharienne, les familles élargies recueillent la grande majorité des orphelins et des enfants vulnérables. Dans de nombreux pays, elles assument la prise en charge de plus de 90 pour cent de tous les orphelins doubles et des orphelins maternels ou paternels qui ne vivent pas avec le parent encore en vie¹¹. Des études effectuées dans la région ont montré à maintes reprises à quel point il est important, pour les enfants, de grandir dans un cadre familial. Au sein du foyer, la nature des rapports que l'enfant entretient avec la personne qui s'occupe de lui influe beaucoup sur sa situation. Plusieurs études ont montré que plus les enfants restent proches de leur famille biologique, plus ils ont de chances d'être bien traités et d'aller régulièrement à l'école, indépendamment du niveau de pauvreté du foyer d'accueil¹².

Bien que les familles aient recueilli un nombre croissant d'orphelins et d'enfants vulnérables en Afrique subsaharienne, dans les régions où l'épidémie a fortement progressé, les enfants se retrouvent dans des foyers de plus en plus pauvres et les personnes qui peuvent s'occuper d'eux sont de moins en moins nombreuses, et de plus en plus démunies.

Les conséquences de l'épidémie de SIDA sont graves pour des générations d'orphelins et d'enfants vulnérables en Afrique subsaharienne, mais les gouvernements, les organismes internationaux, les organisations non gouvernementales et les associations communautaires peuvent modifier les stratégies d'intervention.

On peut atténuer certaines difficultés en offrant une aide aux personnes qui prodiguent les soins, aux familles élargies et aux communautés. D'autres initiatives, comme l'accès équitable à l'éducation et à la santé, l'enregistrement des naissances, la législation sur les foyers adoptifs et l'héritage, exi-

gent en outre l'engagement et l'action des gouvernements.

Ces dernières années, les initiatives et les ressources consacrées à la lutte contre le SIDA se sont multipliées. En 2005, près de 8,3 milliards de dollars des É.-U. ont été alloués pour enrayer l'épidémie. Bien que cette arrivée de fonds longtemps attendue représente un potentiel extraordinaire pour améliorer la vie des millions d'enfants affectés par la maladie, la nature multisectorielle des programmes contre le VIH explique qu'il soit difficile de les évaluer au niveau des pays. On ne sait donc pas quel pourcentage de cette somme est spécifiquement affecté à l'aide aux enfants.

Le Cadre pour la protection, le traitement et l'accompagnement des orphelins et autres enfants vulnérables vivant dans un monde marqué par le VIH et le SIDA, établi en 2004 par un vaste groupe de partenaires, met l'accent sur les familles, les communautés, les services et les gouvernements, et propose de créer un environnement protecteur pour les enfants. La plupart des pays d'Afrique subsaharienne (ainsi que plusieurs pays d'autres régions) mettent actuellement sur pied des plans d'action nationaux dans ces domaines.

Toutefois, pour mettre en œuvre des mesures adéquates à l'échelle requise, il faut disposer des connaissances nécessaires pour comprendre la situation des enfants affectés par le SIDA. Malgré une étude plus rigoureuse des conditions de vie des orphelins et des enfants vulnérables dans cette région, et une collecte de données plus systématique, il faut encore améliorer et élargir nos connaissances de base sur le statut de ces enfants. Notre compréhension est loin d'être complète et doit être renforcée. Cela est particulièrement urgent, étant donné que l'épidémie de SIDA a maintenant entamé sa troisième décennie d'existence.

Nous devons également redoubler d'efforts pour mesurer l'efficacité des programmes en faveur des orphelins,

des enfants vulnérables et de leurs familles. Une amélioration des travaux de recherche devrait se traduire par des interventions plus efficaces à grande échelle, et des systèmes de surveillance plus systématiques doivent être mis en place pour s'assurer que les besoins des enfants sont véritablement satisfaits. L'accélération des mesures de prévention qui ont fait leurs preuves chez les enfants et les adultes permettra de réduire le futur nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables. Et un accès plus facile aux thérapies et aux traitements antirétroviraux des maladies liées au VIH contribuera à prolonger la vie des parents vivant avec le VIH.

La situation des orphelins et des enfants vulnérables varie en fonction du contexte, et les mesures à prendre doivent s'appuyer sur des évaluations afin de refléter les réalités locales et répondre aux besoins locaux. Des liens doivent être établis entre plusieurs secteurs pour garantir une approche globale. En outre, la recherche effectuée à ce jour révèle que les foyers pauvres et dirigés par des femmes ont plus de difficultés que les autres à s'en sortir; cela suggère que l'aide doit cibler en priorité les foyers vulnérables, notamment ceux qui ont une femme à leur tête.

Le VIH continue de se propager à la faveur de la pauvreté dans laquelle est plongée l'Afrique subsaharienne. L'aide est à présent davantage ciblée sur les enfants vulnérables et les orphelins. Des interventions accélérées et suffisamment financées, fondées sur les connaissances que nous avons accumulées, pourront contribuer à ce que les orphelins et les enfants vulnérables grandissent en toute sécurité, en bonne santé, heureux et instruits, et à même de réaliser leur véritable potentiel.

INTERVENIR POUR LES ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES : LE CONTEXTE DU DÉVELOPPEMENT

Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) issus de la Déclaration du Millénaire adoptée en 2000, qui ont été réaffirmés lors du Sommet mondial de 2005, concernent directement les enfants et leur avenir. L'élaboration de mesures appropriées de lutte contre le SIDA, qui fait partie des huit objectifs retenus, revêt une importance particulière, surtout dans les pays où la prévalence du VIH est élevée, pour atteindre les cibles fixées.

Lors des Sessions extraordinaires de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrées au VIH (2001) et aux enfants (2002), les dirigeants des pays participants se sont engagés à atteindre des objectifs fondamentaux, comme l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et stratégies nationales protégeant et aidant les enfants rendus orphelins et vulnérables par le SIDA. Ces déclarations ont été renforcées par l'accord conclu entre les dirigeants de la communauté internationale afin de poursuivre en 2005 et 2006 l'objectif de l'accès universel à la prévention, aux traitements et au soutien.

L'absence régulière de dispositions concernant les enfants affectés par le VIH et le SIDA a conduit l'UNICEF, ONUSIDA et leurs partenaires à lancer en 2005 la campagne mondiale *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*. Cette campagne poursuit quatre objectifs concrets et mesurables : prévenir l'infection au VIH chez les adolescents et les jeunes, prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, assurer un traitement pédiatrique, et fournir aide et protection aux enfants affectés par le VIH et le SIDA. La réunion au sommet organisée en 2006 sur le SIDA a rassemblé tous les secteurs de la communauté internationale, les gouvernements, la société civile et le secteur privé dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, de façon à promouvoir en outre la coordination, la prévention, le développement de la recherche, et les soins et la protection aux personnes affectées.

INTRODUCTION

L'épidémie de SIDA qui sévit en Afrique subsaharienne affecte les enfants de plusieurs manières : elle les rend vulnérables, les laisse orphelins et compromet leurs chances de survie. Dans les pays les plus gravement touchés de la région, les enfants n'ont plus ce dont ils ont besoin pour survivre, grandir et s'épanouir, et la réalisation des objectifs de développement nationaux se trouve compromise.

La Déclaration du Millénaire et les Objectifs du Millénaire pour le développement, ainsi que les engagements pris par les dirigeants de la communauté internationale

lors des Sessions extraordinaires de l'Assemblée générale de l'ONU consacrées au VIH/SIDA en 2001 et à l'enfant en 2002, et à l'issue de la Réunion de haut niveau de 2006 sur le SIDA, établissent les paramètres qui permettent d'évaluer l'impact de l'épidémie de SIDA sur les enfants. La protection des orphelins et des enfants vulnérables était l'un des quatre domaines d'action prioritaire mis en avant par la campagne mondiale *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*, lancée en octobre 2005.

Les générations orphelines et vulnérables d'Afrique : les enfants affectés par le SIDA est une version actualisée du rapport *Les générations orphelines d'Afrique*, publié en 2003. Le nouveau rapport comprend des estimations nouvelles et plus précises du nombre d'enfants orphelins en Afrique subsaharienne, et présente les dernières recherches sur l'impact du SIDA et sur les orphelins. Depuis quelques années, le volume d'informations sur les enfants qui ont perdu leurs parents dans cette région a considérablement augmenté, et la recherche s'effectue de manière plus rigoureuse. Et bien que les données sur les autres enfants vulnérables dans la

région restent très insuffisantes, la situation de quelques groupes bien définis, par exemple les enfants qui vivent avec des parents atteints d'une maladie chronique, fait à présent l'objet d'études plus systématiques.

La situation est complexe, les conclusions ne peuvent pas toujours être généralisées, et la recherche et l'aide aux orphelins et aux enfants vulnérables souffrent de cette complexité. *Les générations orphelines et vulnérables d'Afrique : les enfants affectés par le SIDA* a pour objectif de faire la lumière sur la vie des enfants affectés par l'épidémie de SIDA et d'encourager l'action dans ce secteur.

On a constaté ces dernières années une recrudescence d'initiatives et des financements dans la lutte contre le SIDA; pour l'année 2005 seulement, 8,3 milliards de dollars ont été obtenus pour faire face à l'épidémie dans les pays à revenu faible ou moyen. La question de l'impact de l'épidémie sur les enfants, toutefois, n'a toujours pas reçu l'attention prioritaire qu'elle mérite.

L'AMPLEUR DE LA CRISE

Bien que le VIH ait gagné quasiment tous les pays du monde, c'est l'Afrique subsaharienne qui a subi le choc le plus grand et c'est la région où l'on trouve près des deux tiers des personnes vivant avec le VIH dans le monde. C'est également dans cette région qu'habitent 48 millions d'orphelins, 12 millions d'entre eux l'étant devenus à la suite de l'épidémie de SIDA.

A la fin de 2005, près de 25 millions de personnes de cette région vivaient avec le VIH, dont environ 2 millions d'enfants de moins de 15 ans. On estime à 2,7 millions le nombre de personnes de l'Afrique subsaharienne nouvellement infectées par le VIH en 2005 et environ 2 millions d'adultes et d'enfants sont morts du SIDA, soit plus des deux tiers des décès dus au SIDA dans le monde en 2005¹. En Afrique subsaharienne, l'épidémie affecte de plus en plus les femmes, qui risquent plus d'être infectées que les hommes et qui, en moyenne, le sont à un plus jeune âge.

COMMENT CELA AFFECTE LES ENFANTS

Les enfants sont indirectement touchés lorsque leurs communautés, et les services que ces communautés assurent, se trouvent fragilisés par les conséquences de l'épidémie de SIDA². Les infirmières et les médecins peuvent être atteints par la maladie, ce qui compromet les soins de santé, et les systèmes sanitaires dans lesquels ils travaillent peuvent être surchargés de nouveaux patients; les enseignants peuvent tomber malades, ce qui perturbe l'éducation des élèves.

Mais les enfants sont aussi affectés directement. Ils peuvent par exemple courir un risque élevé de contracter le VIH; ou ils peuvent vivre avec des parents ou d'autres adultes atteints d'une maladie chronique et être obligés de travailler ou interrompre leur études pour s'occuper du foyer et des soins à donner; leur foyer peut s'appauvrir à cause de la maladie; ils peuvent être victimes de la stigmatisation et de la discrimination parce qu'ils sont associés à une personne vivant avec le VIH. Les enfants peuvent aussi devenir orphelins lorsqu'ils perdent un ou leurs deux parents à la suite d'une maladie liée au SIDA.

RÉGIONS OÙ LES ENFANTS SONT AFFECTÉS

En Afrique subsaharienne, le SIDA est la cause principale de décès chez les adultes âgés de 15 à 59 ans³; conséquence, 12 millions d'enfants âgés de 0 à 17 ans environ ont perdu soit un parent, soit les deux à cause du SIDA. Le nombre total d'enfants rendus orphelins en Afrique subsaharienne, toutes causes confondues, augmente et a atteint 48,3 millions à la fin de 2005. Bien que le nombre total d'orphelins toutes causes confondues en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes soit en diminution depuis 1990, le nombre d'orphelins a augmenté de plus de 50 pour cent en Afrique subsaharienne (voir Figure 1.1). En Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes, 6 pour cent des enfants sont orphelins, mais en Afrique subsaharienne, ils sont 12 pour cent. L'ampleur et les tendances générales de cette augmentation du nombre d'orphelins* dans les pays de l'Afrique subsaharienne en 1995 et en

ENCADRÉ 1.1 : L'EXPÉRIENCE D'UN PAYS

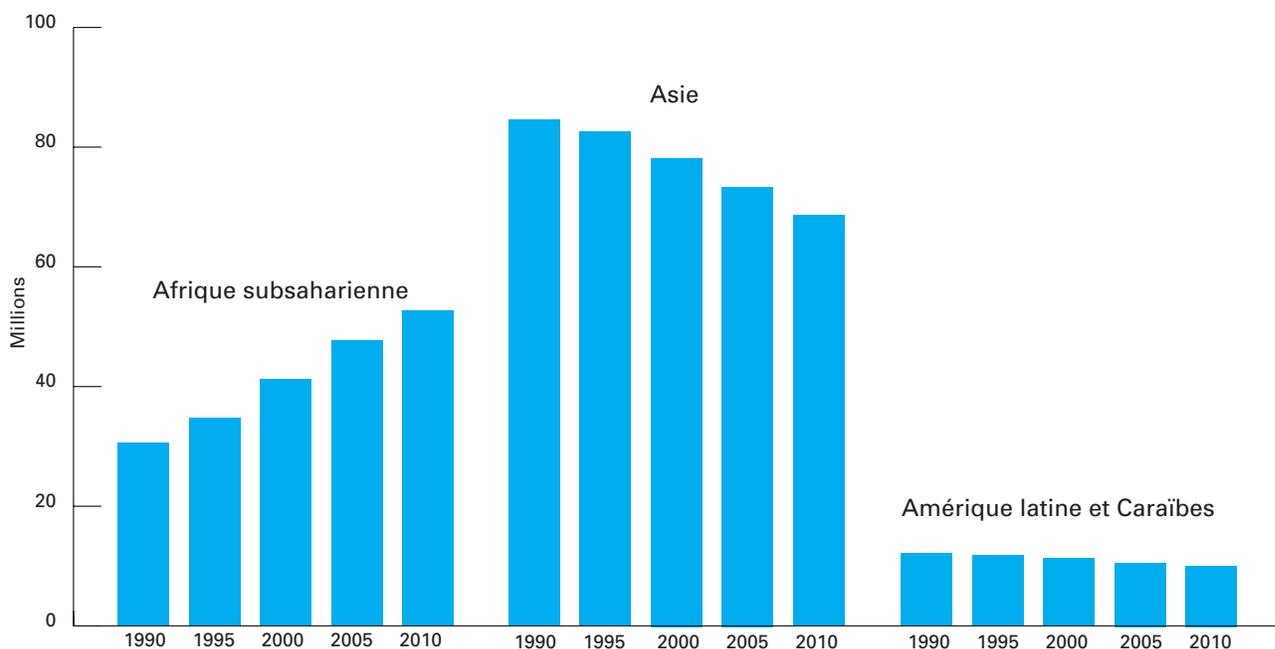
L'Afrique australe est la région où le fardeau des décès parentaux imputables au SIDA est le plus lourd. En Zambie, par exemple, 20 pour cent de tous les enfants étaient orphelins en 2005, dont plus de la moitié à cause du SIDA, ce qui laissait une population de 11,7 millions d'habitants s'occuper de plus de 1,2 millions d'orphelins. Comme un sixième des adultes de Zambie sont actuellement infectés au VIH et que des traitements antirétroviraux ne sont dispensés qu'à seulement environ 25 pour cent de ceux qui en ont besoin, le SIDA continuera à tuer des parents (il a fait périr 75 000 adultes en 2005) et à accroître le nombre d'orphelins pour les années à venir.

Note : le nombre total de décès d'adultes dus au SIDA en Zambie s'obtient en prenant le nombre total de décès (adultes et enfants) dus au SIDA (98 000 en 2005) et en le multipliant par la proportion régionale des décès dus au SIDA comptabilisés chez les adultes, qui est de 0,75.

2005 sont présentées dans la Figure 1.2. Il existe dans la région de très grandes variations dans la proportion des enfants rendus orphelins, dans la prévalence du VIH et dans le rôle que joue le SIDA dans ce phénomène.

Ainsi que l'illustrent les cartes de la page 4, c'est en Afrique australe que les enfants risquent le plus de voir mourir leurs parents et c'est la région où les taux de prévalence du VIH sont les plus élevés. Dans 10 des 45 pays

FIGURE 1.1 : Nombre d'orphelins de 0 à 17 ans par région, 1990–2010



Source : estimations ONUSIDA et UNICEF, 2006.

* Sauf indication contraire, les chiffres sur les orphelins dans ce document représentent les orphelins toutes causes confondues.

ENCADRÉ 1.2 : LA DÉFINITION DU MOT « ORPHELIN »

Le Cadre pour la protection, le traitement et l'accompagnement des orphelins et autres enfants vulnérables vivant dans un monde marqué par le VIH et le SIDA définit ainsi le mot orphelin : un orphelin est un enfant de moins de 18 ans dont la mère, le père ou les deux parents sont morts, et ce quelle qu'en soit la cause. Les orphelins toutes causes confondues peuvent être décrits plus précisément comme suit :

Orphelin simple : enfant qui a perdu un parent.

Orphelin double : enfant qui a perdu ses deux parents.

Orphelin maternel : enfant dont la mère est morte (cela comprend les orphelins doubles).

Orphelin paternel : enfant dont le père est mort (cela comprend les orphelins doubles).

de l'Afrique subsaharienne, dont 7 se trouvent en Afrique australe, 15 pour cent des enfants ou plus étaient orphelins en 2005 (voir Figure 1.3). Ces pays comptent parmi ceux qui ont le taux de prévalence du VIH le

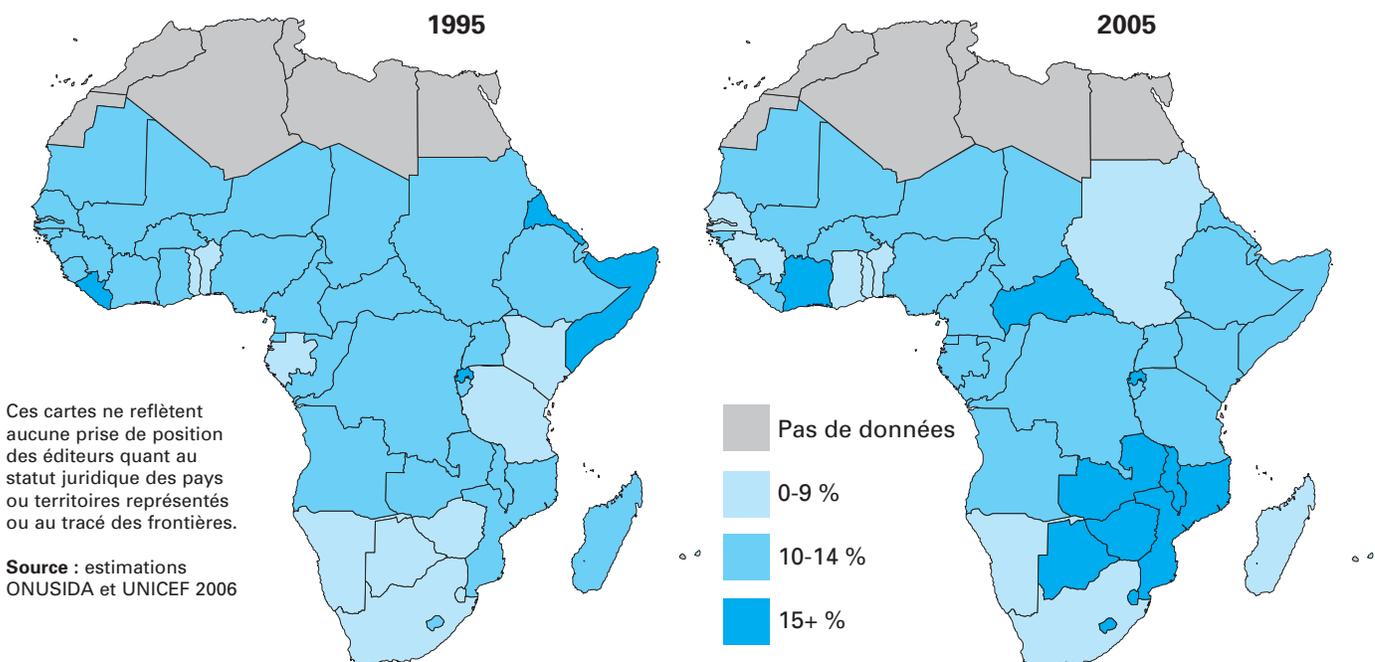
plus élevé. Dans 21 des 41 pays d'Afrique subsaharienne qui disposent de données à ce sujet, moins de 20 pour cent des orphelins le sont à cause du SIDA; en revanche, dans 7 des 10 pays d'Afrique australe qui

disposent de données chiffrées, plus de 50 pour cent des orphelins le sont à cause du SIDA (voir Tableau 2, page 36).

LA DYNAMIQUE DU PROBLÈME

Le nombre d'enfants devenus orphelins récemment (incidence) reflète l'ampleur et l'impact actuel de la crise. Bien que les estimations sur la prévalence des orphelins incluent tous les enfants de 0 à 17 ans qui ont perdu un parent ou les deux dans leur vie, l'incidence ne tient compte que de ceux qui ont perdu un parent pendant l'année écoulée. Chaque année, certains orphelins atteignent l'âge de 18 ans et ne sont plus comptabilisés comme orphelins. En même temps se présente une nouvelle cohorte d'enfants âgés de 0 à 17 ans qui ont perdu soit un parent, soit les deux. Lorsque le nombre de nouveaux orphelins sera moins élevé que celui de ceux qui atteignent 18 ans, le nombre d'orphelins commencera à diminuer.

FIGURE 1.2 : Pourcentage d'enfants de 0 à 17 ans en Afrique subsaharienne qui sont orphelins, toutes causes confondues, 1995 et 2005.



En 2005, 5,5 millions d'enfants de l'Afrique subsaharienne sont devenus orphelins toutes causes confondues, ce qui représente une augmentation substantielle par rapport aux 3,4 millions d'enfants devenus orphelins en 1990 (voir Figure 1.4). Une partie de cette augmentation s'explique par la croissance de la population; le reste est vraisemblablement dû au SIDA. Le nombre d'enfants qui devront affronter la mort d'un parent est affolant.

PERTE DU PÈRE OU DE LA MÈRE (ORPHELINS SIMPLES)

A ce jour, il y a davantage d'orphelins simples qui ont perdu leur père que leur mère, principalement parce que les hommes ont des enfants à un âge plus avancé et risquent plus de mourir avant que leurs enfants ne soient devenus adultes. Dans les pays à haute prévalence du VIH, toutefois, le nombre de femmes mourant du SIDA est en essor. Dans une étude faite à Manicaland (Zimbabwe), les cher-

cheurs ont montré que le rythme auquel les enfants perdaient leur mère était en augmentation et dépasserait bientôt le rythme de décès du père⁴. En Afrique subsaharienne, on compte en moyenne trois femmes vivant avec le VIH pour deux hommes infectés. Le fossé est encore plus grand chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans au début de leurs années de procréation, avec trois femmes infectées pour chaque jeune homme⁵.

Parce que le SIDA fait de plus en plus de victimes chez les femmes et parce que c'est une maladie sexuellement transmissible qui a donc toutes les chances d'infecter les deux parents, le problème est en train d'évoluer et entraîne une augmentation du nombre d'orphelins doubles.

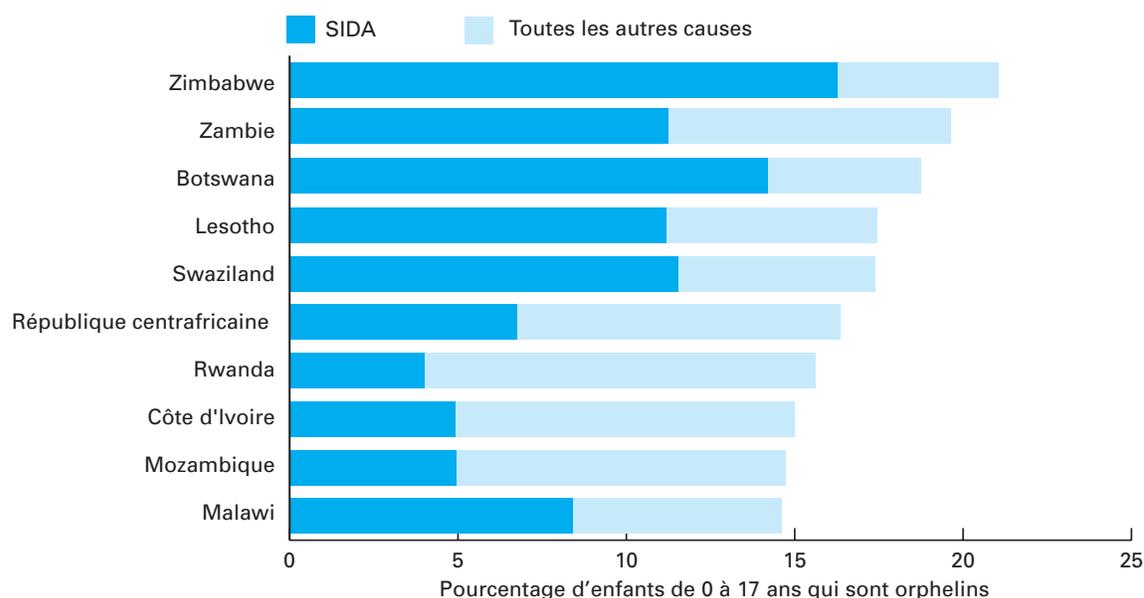
PERTE DES DEUX PARENTS (ORPHELINS DOUBLES)

Le SIDA est un facteur exceptionnel parmi ceux qui contribuent à rendre les enfants orphelins, parce que si

l'un des parents est infecté au VIH, la probabilité que l'autre parent soit infecté est élevée, et les enfants se retrouvent dans une situation où ils risquent de perdre leur père et leur mère en un laps de temps relativement court⁶. Sur les 9,1 millions d'enfants qui étaient orphelins doubles en Afrique subsaharienne en 2005, 5,2 millions environ, soit près de 60 pour cent, avaient perdu au moins un de leurs parents à cause du SIDA. Sans le SIDA, le nombre total d'orphelins doubles en Afrique subsaharienne aurait décliné entre 1990 et 2010. Toutefois, le SIDA fera monter le nombre d'orphelins doubles dans la région à plus de 10 millions d'ici à 2010 (voir Figure 1.5).

Même lorsque le taux global d'enfants devenus orphelins est stable, une augmentation du nombre d'orphelins doubles comme celle qui est causée par le SIDA représente une aggravation significative de la situation pour les enfants affectés.

FIGURE 1.3 : Pays de l'Afrique subsaharienne où environ 15% ou plus de tous les enfants sont orphelins



Source : estimations ONUSIDA et UNICEF 2006.

ENCADRÉ 1.3 : L'ESTIMATION DU NOMBRE D'ORPHELINS

Ce rapport présente les estimations nationales du nombre d'enfants rendus orphelins publiées précédemment dans les éditions 2000, 2002 et 2004 d'*Enfants au bord du gouffre*. Les estimations actuelles ont été affinées en améliorant les techniques de mesure de la prévalence du VIH dans certains pays et en révisant les estimations de la mortalité sous-jacente des adultes. Comme c'est le cas dans l'édition 2004 d'*Enfants au bord du gouffre*, les estimations fournies dans ce rapport se rapportent aux enfants de moins de 18 ans. Pour toutes informations complémentaires sur les estimations contenues dans ce rapport, voir l'annexe à la page 40.

De nombreux orphelins simples vivent avec le parent survivant, mais il existe des différences dans leur situation selon le parent qui survit (voir Figure 3.1, page 15). Toutefois, lorsque le père et la mère meurent tous les deux, l'enfant n'a plus accès aux soins et soutien parentaux, ce qui aggrave encore sa situation.

L'ÂGE DES ORPHELINS ET L'ÂGE AUQUEL L'ON DEVIENT ORPHELIN

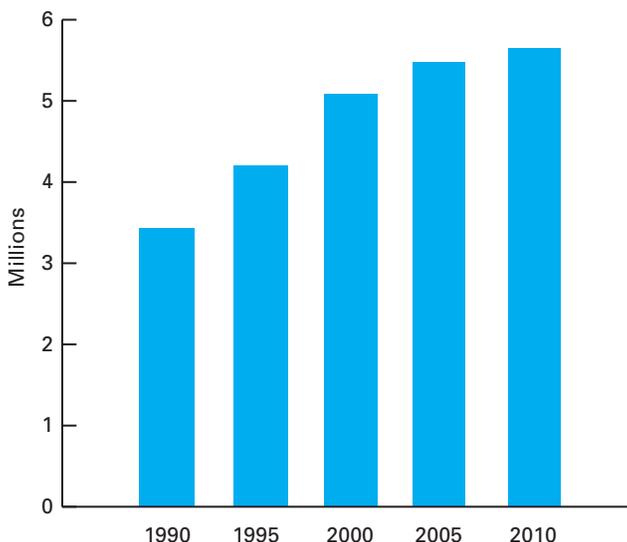
La répartition des orphelins par âge est sensiblement la même dans tous les pays. La proportion des enfants qui sont orphelins et le nombre d'orphelins doubles s'accroît avec l'âge. Près de la moitié de tous les

orphelins et les deux tiers des orphelins doubles sont des adolescents de 12 à 17 ans (voir Figure 1.7).

Chez les enfants de moins de 15 ans, les données de quatre études longitudinales fournissent des renseignements intéressants sur l'âge de l'enfant au moment où il perd un parent (voir Figure 1.8). Environ 40 pour cent subissent la mort d'un parent entre les âges de 10 et 14 ans, et 25 pour cent environ de ces enfants subissent la mort d'un parent avant d'avoir 5 ans.

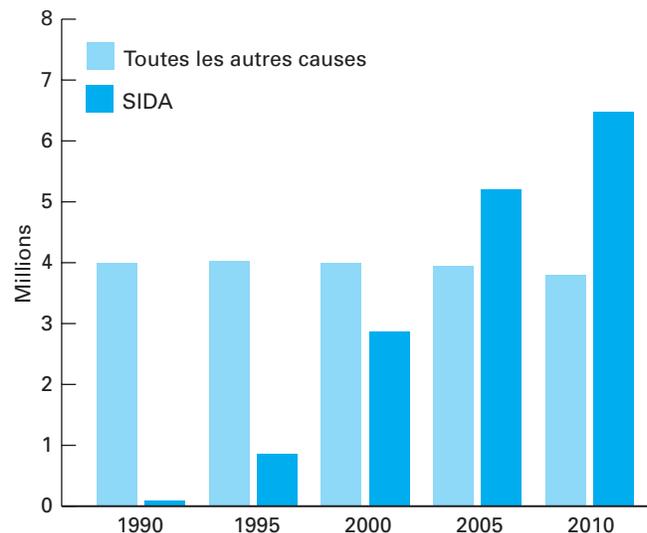
L'âge des orphelins et leur âge au moment où ils le deviennent ont des répercussions significatives sur la planification des mesures qui répondent aux besoins des enfants à chaque stade de leur développement⁷. Les orphelins les plus âgés risquent de ne plus pouvoir aller à l'école, de se faire exploiter au travail, d'être exposés au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles. Les orphelins les plus jeunes, bien qu'ils constituent un pourcentage plus

FIGURE 1.4 : Nombre d'enfants de 0 à 17 ans en Afrique subsaharienne dont un parent est décédé au cours de l'année



Source : estimations ONUSIDA et UNICEF 2006.

FIGURE 1.5 : Nombre d'orphelins doubles âgés de 0 à 17 ans en Afrique subsaharienne, SIDA par rapport à toutes les autres causes, 1990-2010



Source : estimations ONUSIDA et UNICEF, 2006

ENCADRÉ 1.4 : DANS LE MÊME PAYS, DE NOMBREUSES DIFFÉRENCES

La répartition des orphelins au sein des pays est fonction de nombreux facteurs. Par exemple, la proportion plus élevée d'orphelins dans les zones urbaines de pays comme l'Éthiopie et l'Ouganda (voir Figure 1.6) pourrait être due à des taux de prévalence du VIH plus élevés dans les zones urbaines de ces pays. La maladie et le décès dus au SIDA ou à d'autres causes peuvent aussi provoquer la migration des enfants et de leurs familles, des zones rurales aux zones urbaines et vice versa. Des recherches montrent que la migration des zones rurales vers les zones urbaines peut s'expliquer par le fait que des parents gravement malades rentrent dans leur village d'origine pour mourir, ou parce qu'on a l'impression qu'il est plus facile de s'occuper d'orphelins dans les zones rurales. D'autres recherches suggèrent que la migration vers les zones urbaines peut résulter du pouvoir d'attraction économique qu'exercent les villes sur les veuves des zones rurales qui cherchent des moyens de subvenir aux besoins de leur famille. Une autre raison potentielle des migrations au sein du même pays peut être le désir d'échapper à la stigmatisation qui suit un décès par le SIDA.

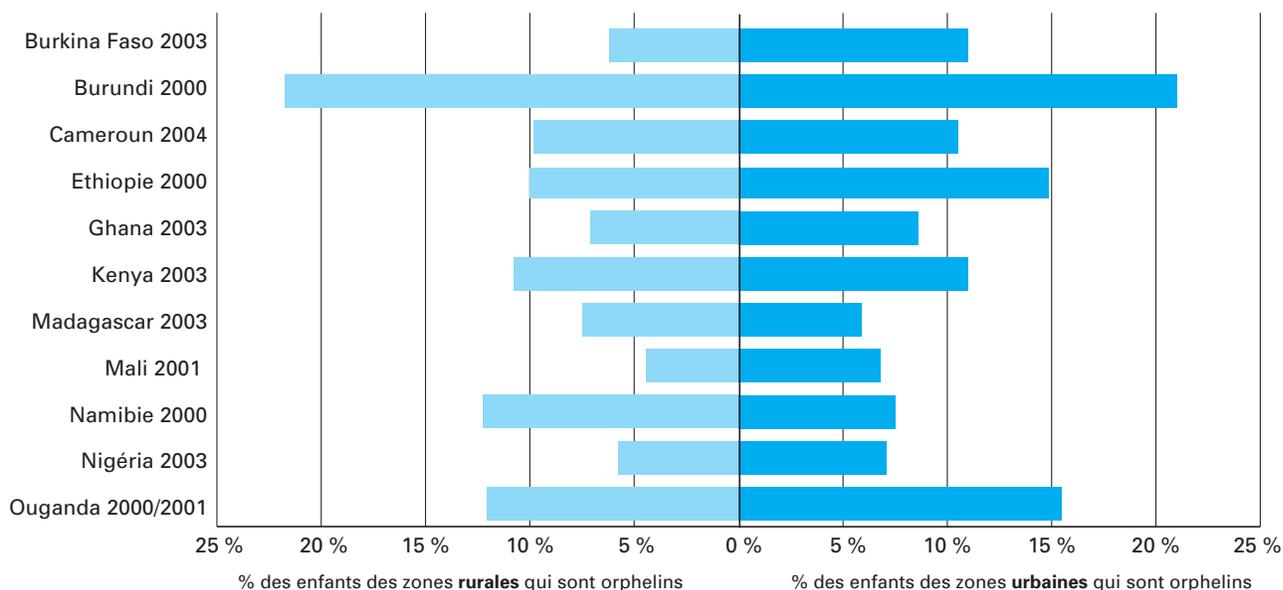
Source: Ansell, Nicola et Lorraine van Blerk : « HIV/AIDS and children's migration in Southern Africa », Southern African Migration Project (SAMP), 2004; Ansell, Nicola et Lorraine Young : « Young AIDS Migrants in Southern Africa », Université de Brunel, avril 2002; Foster, Geoff et John Williamson : « A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa », *AIDS*, vol. 14, suppl. 3, 2000, pp. S275-S284; et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA : *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA : une édition spéciale-10e anniversaire d'ONUSIDA* : ONUSIDA, Genève, mai 2006, pp. 19 et 21.

faible de tous les orphelins (16 pour cent), sont les moins résistants; ce sont aussi ceux qui ont le plus grand besoin de soins physiques et de soutien moral.

Par définition, un orphelin est quelqu'un qui a perdu un parent au plus tôt 17 ans auparavant. Les enfants qui ont subi la mort d'un parent récemment auront probable-

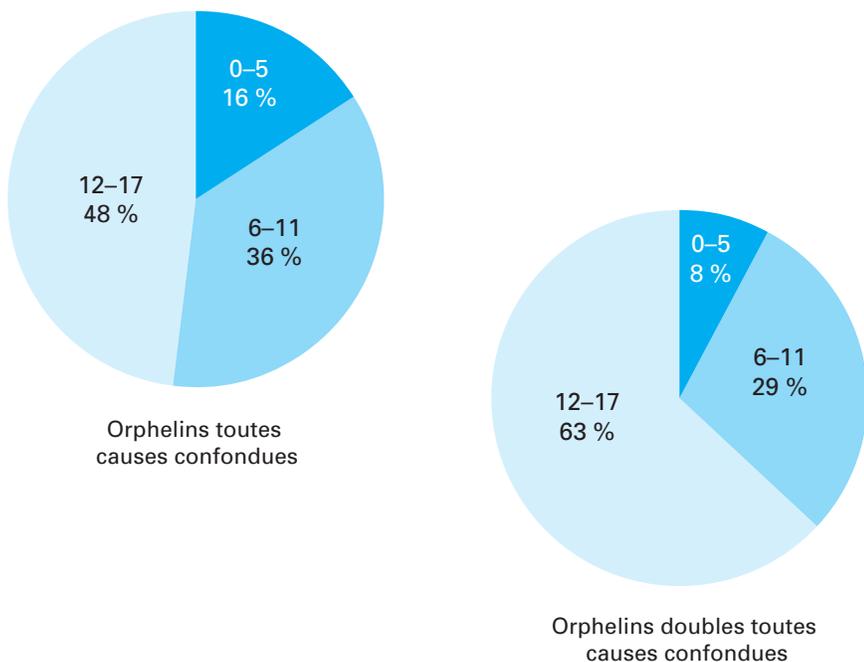
ment des besoins différents qui demandent des actions spécifiques. Il n'existe toutefois que très peu de collectes de données sur les besoins particuliers aux orphelins, analysés en

FIGURE 1.6 : Pourcentage d'orphelins dans les zones rurales et urbaines



Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples et enquêtes sanitaires et démographiques, 1999-2004

FIGURE 1.7 : Répartition par âge des enfants orphelins en Afrique subsaharienne, 2005



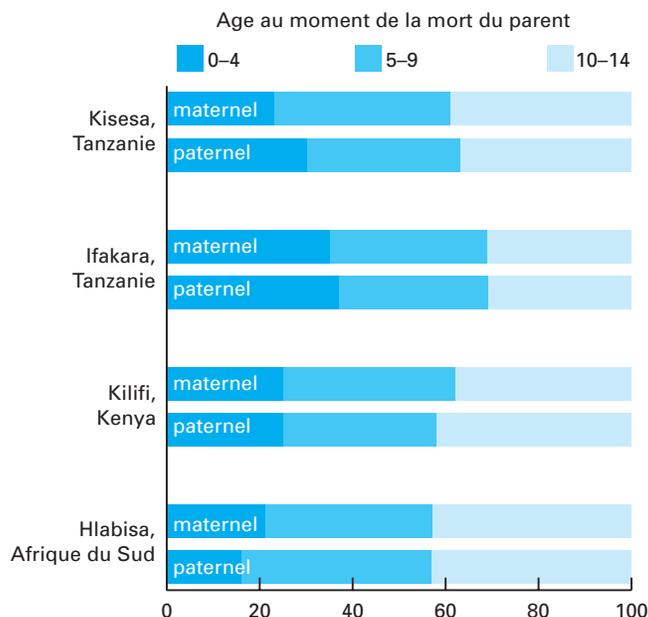
Source: estimations ONUSIDA et UNICEF 2006.

fonction du temps qui les sépare de la mort d'un de leurs parents.

ENFANTS VIVANT AVEC DES PARENTS ATTEINTS D'UNE MALADIE CHRONIQUE

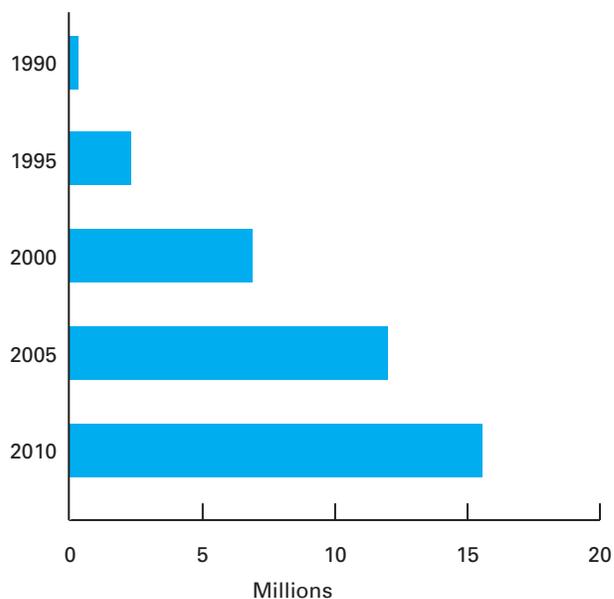
Si l'on se fonde sur le nombre d'enfants qui ont perdu un parent pendant l'année, on peut en déduire qu'un nombre analogue d'enfants connaîtront le décès d'un parent l'année d'après. Dans les pays où une proportion significative de ces décès d'adultes est causée par le SIDA, ces enfants devront gérer la maladie de leurs parents. En Zambie, par exemple, les chiffres de 2005 montrent que 11,8 pour cent des enfants étaient vulnérables en 2005 : soit ils vivaient dans un foyer avec un adulte atteint d'une maladie chronique, soit un de leurs parents atteint d'une maladie chronique vivait à l'extérieur du foyer, soit ils avaient subi la mort d'un

FIGURE 1.8 : Pourcentage d'enfants par âge au moment de la mort d'un de leur parent dans quatre districts de l'Afrique de l'Est et australe



Source : Floyd, Sian, et al. : *UNICEF project: HIV and orphanhood: final report on phase 3*, Septembre 2005, UNICEF. Ce rapport traite de la troisième phase d'un projet ayant recours à des justificatifs empiriques obtenus dans des études longitudinales communautaires effectuées en Afrique pour évaluer l'impact global de l'épidémie du VIH sur le bien-être de l'enfant.

FIGURE 1.9 : Nombre d'enfants de 0 à 17 ans en Afrique subsaharienne qui ont été rendus orphelins par le SIDA, 1990-2010



Source : estimations ONUSIDA et UNICEF 2006.

adulte dans leur famille pendant l'année⁸.

ENFANTS AFFECTÉS À CE JOUR ET POUR LES ANNÉES À VENIR

Même là où la prévalence du VIH se stabilise ou commence à décliner, le nombre d'orphelins continuera à augmenter, ou du moins demeurera élevé pendant un certain nombre d'années, en raison du décalage entre le moment où une personne contracte le VIH et celui où elle meurt. La crise engendrée par l'augmentation du nombre d'orphelins et enfants vulnérables n'est pas une crise à court terme. A la différence de nombreuses autres maladies ou d'accidents et d'épisodes de violence, on peut jusqu'à un certain point prévoir les tendances dans l'évolution du phénomène. Des projections effectuées sur la base de la prévalence du VIH et les niveaux actuels des traitements antirétroviraux indiquent que le nombre d'orphelins et enfants vulnérables à cause du VIH en Afrique subsaharienne continuera à augmenter au moins jusqu'en 2010. A ce moment-là,

15,7 millions d'enfants selon les estimations, soit 30 pour cent des 53 millions d'orphelins prévus toutes causes confondues en Afrique subsaharienne, auront perdu au moins un parent à cause du SIDA (voir *Figure 1.9*).

Dans cinq pays (Comores, Ghana, Maurice, Rwanda et Zimbabwe), le nombre d'orphelins devrait se stabiliser ou diminuer légèrement; dans huit autres pays (Afrique du Sud, Gabon, Guinée-Bissau, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland et Tchad), le nombre d'orphelins augmentera de 15 pour cent ou plus entre 2005 et 2010.

Compte tenu du laps de temps entre l'infection et le décès, le nombre d'orphelins peut continuer à augmenter, ou du moins à rester élevé, pendant des années, même là où les taux d'infection se stabiliseront ou commenceront à décliner.

Une augmentation significative du nombre de personnes bénéficiant des

traitements antirétroviraux serait de nature à réduire le nombre de nouveaux orphelins. Ceci dit, même avec un développement des traitements antirétroviraux, l'espérance de vie sera plus basse que dans une population adulte qui n'est pas affectée par le SIDA. Et par suite de décès précédents d'adultes, le nombre des enfants devenus orphelins peut continuer à augmenter. Les projections indiquent que, même si un train d'interventions complet est mis en place (traitement et prophylaxie, prévention de la transmission de la mère à l'enfant et activités de prévention primaires), le nombre d'orphelins pourrait rester élevé pendant encore plusieurs années⁹. Le nombre d'orphelins peut aussi se ressentir de l'absence ou de la faiblesse des services de santé en matière de procréation.

2 LA PAUVRETÉ, LE VIH ET LES ENFANTS

Quand pauvreté et VIH coexistent, les enfants et les familles risquent de se trouver privés de tout. La diminution des revenus, l'augmentation des dépenses, des taux de dépendance plus élevés peuvent entraîner l'appauvrissement des familles affectées. A mesure que s'alourdit le bilan de l'épidémie de SIDA dans la communauté, on s'aperçoit que les enfants orphelins peuvent finir dans des familles plus pauvres, peut-être parce que les familles qui auraient pu s'occuper d'eux n'en ont plus les moyens.

DÉCLIN DU PATRIMOINE FAMILIAL

Plusieurs études ont documenté l'appauvrissement des familles provoqué par le SIDA. Lorsqu'un membre tombe malade, les soins médicaux et autres dépenses augmentent, et la capacité de travailler et de générer des revenus a toutes les chances de diminuer. Dans les foyers affectés par le SIDA, on dépense davantage pour s'occuper des membres malades, ce qui laisse moins de ressources pour les enfants. Ces ajustements peuvent avoir un effet particulièrement néfaste sur les enfants des familles pauvres, qui d'emblée disposent de moins de ressources.

Des études effectuées sur les ménages de Côte d'Ivoire ont montré que lorsqu'un membre de la famille a le SIDA, la proportion du budget familial affectée aux soins de santé est le double de celle qui est dépensée par les ménages d'un groupe témoin. Cette dépense supplémentaire représente un fardeau particulièrement lourd parce que les revenus des ménages affectés par le SIDA ne représentaient que la moitié de ceux du groupe témoin¹.

Même après la mort des personnes malade, les dépenses funéraires peuvent grever lourdement le budget du foyer. Une étude menée dans quatre provinces d'Afrique du Sud a montré que les ménages qui ont subi un décès lié au SIDA dans l'année dépensent en moyenne le tiers de leur revenu annuel en frais d'obsèques².

De récentes études menées dans des communautés du Malawi, du Mozambique et du Swaziland confirment de nouveau la complexité des liens entre le VIH, la pauvreté et d'autres facteurs économiques³. Les chercheurs sont partis de chiffres sur les ménages et ont pris un modèle de simulation pour estimer l'impact

du SIDA dans les communautés agricoles. Au Swaziland, le revenu disponible total de la communauté a baissé de 8 pour cent environ sur une période de cinq ans, avec une chute plus sévère dans les ménages directement touchés⁴. Au Kenya, on trouvait des orphelins doubles dans les familles les plus pauvres plus souvent en 2003 qu'en 1998 (voir Figure 2.1).

DES TAUX DE DÉPENDANCE PLUS ÉLEVÉS

Les ménages ayant des orphelins ont des taux de dépendance plus élevés, et dans le cas de ménages dirigés par des grands-parents, ils n'ont pas nécessairement un revenu important dès le départ. Le taux de dépendance, défini ici comme le nombre d'enfants de 0 à 17 ans plus le nombre d'adultes de plus de 60 ans divisé par le nombre d'adultes de 18 à 59 ans, révèle le nombre de personnes d'un foyer qui doit s'en remettre à chaque

Dans les familles touchées par le SIDA, on dépense plus pour s'occuper des membres malades, ce qui laisse moins de ressources pour les enfants du ménage.

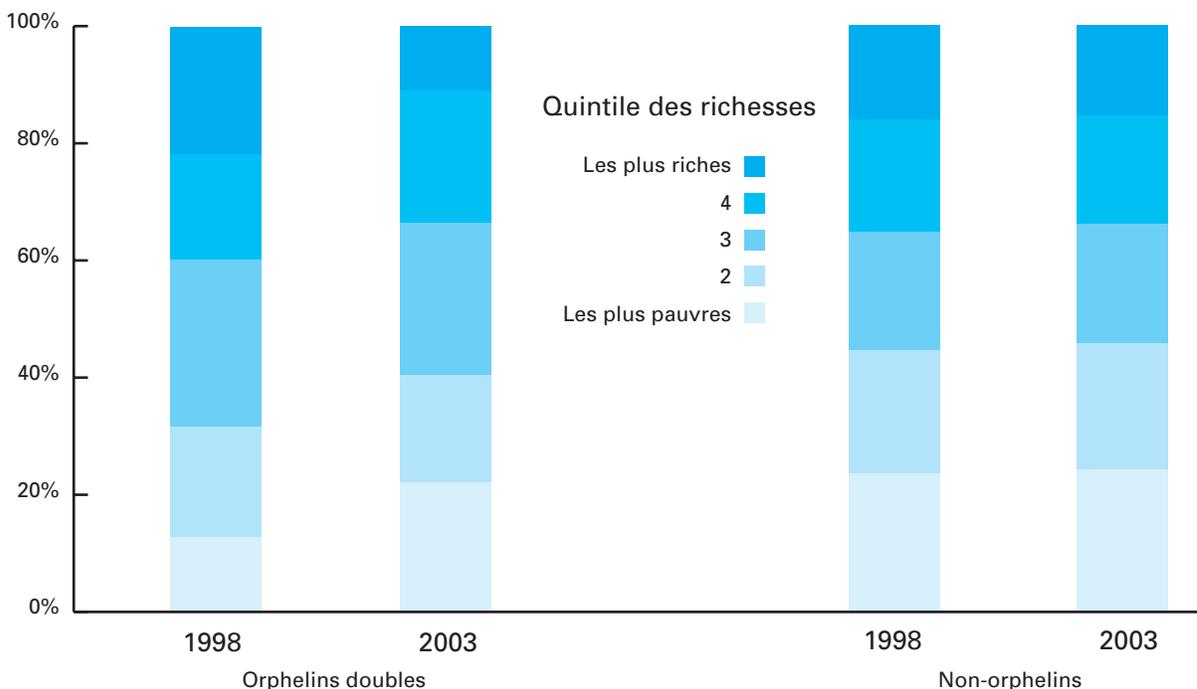
adulte pour sa sécurité alimentaire et sa subsistance. Par exemple, un taux de 1,6 signifie que pour chaque adulte productif, on compte 1,6 personne qui doivent être prises en charge. Les ménages avec des orphelins (du SIDA ou d'autres causes) ont la plupart du temps des taux de dépendance plus élevés que les autres (voir Figure 2.2).

Parmi les ménages ayant des orphelins, ceux qui sont composés d'orphelins doubles et qui sont dirigés par une femme sont ceux qui ont le taux de dépendance le plus élevé de tous (voir Figure 2.3).

DÉPOSSESSIONS

Rares sont les habitants des communautés pauvres de l'Afrique subsaharienne qui font un testament officiel. Le risque est donc grand que les biens d'une personne décédée ne soient récupérés par des membres de sa famille ou de la communauté. Une étude menée au Rwanda en 2005 a montré que le système juridique (et parfois les tuteurs des enfants) ne protégeaient pas toujours le droit des enfants à la propriété foncière, en dépit des lois existantes sur leur droit à l'héritage et sur les responsabilités des tuteurs⁵. Plusieurs études sur les problèmes qu'ont les orphelins (et les veuves) en matière de dépossession

FIGURE 2.1 : Répartition des orphelins doubles et des non-orphelins par niveau de richesse des ménages, Kenya, 1998 et 2003



Sources : enquêtes démographiques et sanitaires pour le Kenya, 1998 et 2003.

ENCADRÉ 2.1 : LE COMBAT D'UNE FEMME

Une étude de Human Rights Watch illustre l'impact du SIDA sur une famille. Une femme de 40 ans qui vit dans un bidonville de Nairobi (Kenya) s'occupe de huit orphelins en plus de ses sept enfants biologiques. Les orphelins, qui viennent de deux familles différentes, n'ont rien hérité parce que leurs familles leur ont tout pris lorsque leurs parents sont morts. Les orphelins sont arrivés dans leur nouvelle famille avec rien d'autre que leurs vêtements sur le dos. Avec l'argent que gagne cette femme grâce à la vente de légumes, elle envoie les huit orphelins à une « école » créée dans le bidonville en dehors du système officiel. Le plus dur, dit-elle, c'est de les faire partir pour l'école le ventre vide.

Source : Entretien dans Human Rights Watch, *Letting Them Fail: Government Neglect and the Right to Education for Children Affected by AIDS*, Human Rights Watch, vol. 17, no. 13 (A), New York, 2005, p. 36.

et expropriation proviennent d'Ouganda. Bien que les lois sur l'héritage promulguées dans ce pays comptent parmi les plus avancées de l'Afrique subsaharienne, les femmes et les enfants éprouvent toujours de considérables difficultés à faire respecter leurs droits parce qu'il est difficile de présenter leurs réclamations et que celles-ci sont mal instruites⁶.

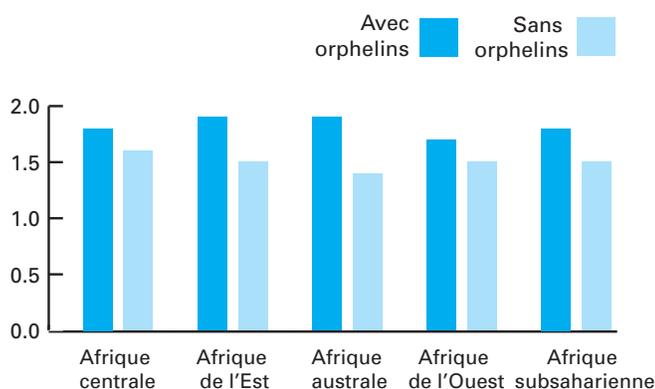
BESOINS MATÉRIELS DES ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES

Les ménages qui accueillent des enfants orphelins ou vulnérables doivent fournir à ces enfants supplémentaires des biens de première nécessité. Certaines familles peuvent disposer de revenus suffisants pour y faire face; d'autres peuvent s'en

remettre au soutien de la famille élargie ou de la communauté. Mais il arrive que la famille, les voisins et la communauté ne soient pas en mesure d'offrir un soutien durable.

Des études récentes menées au Malawi, au Rwanda, en Zambie et au Zimbabwe ont montré que les orphelins et les enfants pris en charge par

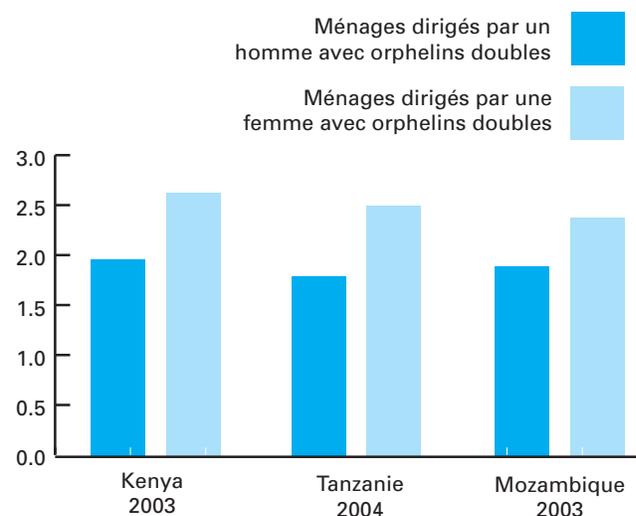
FIGURE 2.2 : Taux de dépendance moyens dans les ménages avec et sans orphelins



Source : Monasch, Roeland, et J. Ties Boerma : « Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: An analysis of national surveys from 40 countries », *AIDS*, vol. 18, no. 2, 2004, pp. S55-S65.

Note : le taux de dépendance est défini ici comme le nombre d'enfants de 0 à 17 ans plus le nombre d'adultes de plus de 60 ans, divisé par le nombre d'adultes de 18 à 59 ans.

FIGURE 2.3 : Taux de dépendance moyens dans les ménages dirigés par un homme et par une femme, avec orphelins doubles



Source : enquêtes démographiques et sanitaires pour le Kenya (2003), la Tanzanie (2004) et le Mozambique (2003).

Note : le taux de dépendance est défini ici comme le nombre d'enfants de 0 à 17 ans plus le nombre d'adultes de plus de 60 ans, divisé par le nombre d'adultes de 18 à 59 ans.

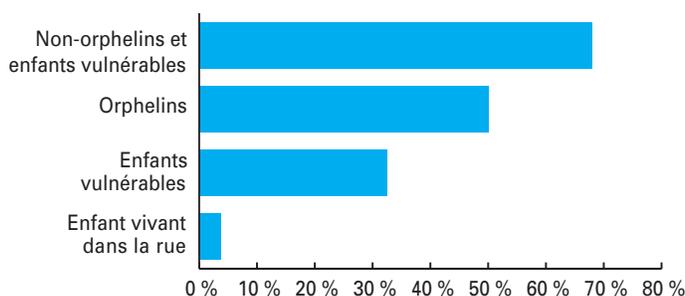
des personnes atteintes de maladies chroniques étaient moins bien lotis en ce qui concerne la possession de biens matériels de base (une couverture, des chaussures et deux tenues vestimentaires) que les autres enfants⁷. Comme le montre la Figure 2.4, les orphelins et enfants vulnérables de Blantyre, au Malawi, ont moins de chances de posséder ces biens que d'autres enfants. Les mêmes constatations s'imposent lorsqu'on compare des orphelins ou des enfants qui vivent dans un foyer où un adulte est malade ou vient de mourir avec d'autres enfants du Zimbabwe⁸ (voir Figure 2.5). Des études menées dans trois provinces d'Afrique du Sud ont montré que les besoins matériels étaient la toute

première priorité des ménages ayant des orphelins, et que leur plus gros problème était de trouver l'argent pour se procurer les biens de première nécessité⁹.

On s'aperçoit que les orphelins peuvent être victimes de discrimination au sein de certains ménages. Une étude récente menée au Mozambique a mis à jour la discrimination existant dans l'affectation des ressources des familles pauvres, au détriment des enfants qui n'étaient pas les enfants biologiques du chef de famille¹⁰. Des recherches qualitatives menées au Malawi et au Lesotho ont montré que des enfants qui avaient été envoyés dans une autre famille après le décès

ou la maladie d'un parent ont déclaré qu'on leur donnait une nourriture différente de celle des autres enfants, qu'ils étaient battus et surchargés de travail, et qu'on ne leur donnait pas les vêtements qu'il leur fallait¹¹. Cela était particulièrement vrai lorsque le foyer disposait de peu de ressources. Une analyse effectuée à partir de 19 enquêtes démographiques et sanitaires dans 10 pays de l'Afrique subsaharienne a montré des signes de discrimination au sein de la famille à l'encontre des orphelins dans les dépenses pour la scolarité, ce qui aboutissait à des taux de scolarisation plus faibles chez les orphelins que chez les autres enfants du même foyer¹².

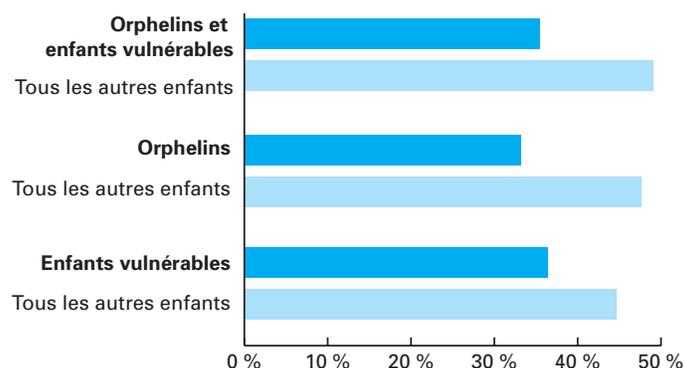
FIGURE 2.4 : Pourcentage d'enfants de 5 à 17 ans qui disposent de biens matériels de base (couverture, chaussures et deux tenues vestimentaires), Blantyre, Malawi, 2004



Source : UNICEF, « Report on the pilot survey on orphans and other vulnerable children in Blantyre, Malawi », UNICEF Malawi, juin 2005.

Note : dans cette enquête, un orphelin est un enfant qui a perdu soit un parent, soit les deux. Un enfant vulnérable est un enfant dont un parent a été malade pendant trois des douze derniers mois, qui vit dans un foyer où un adulte (de 18 à 59 ans) est mort pendant les douze derniers mois ou au moins un adulte (de 18 à 59 ans) a été malade pendant trois des douze derniers mois. Les « enfants vivant dans la rue » sont ceux qui ont dormi dans la rue la nuit qui a précédé l'enquête.

FIGURE 2.5 : Pourcentage d'enfants de 5 à 17 ans qui disposent de biens matériels de base (couverture, chaussures et deux tenues vestimentaires), 21 districts du Zimbabwe, 2004



Source : UNICEF et Ministère du service public, travail et bien-être social, Zimbabwe, *Survey on Orphans and Other Vulnerable Children in Rural & Urban High Density Zimbabwe 2004/2005*, Harare, 2005, p. 31.

Note : dans cette enquête, un orphelin est un enfant qui a perdu un parent ou les deux. Un enfant vulnérable est un enfant dont un parent a été malade pendant trois des douze derniers mois, qui vit dans un foyer où un adulte (de 18 à 59 ans) est mort pendant les douze derniers mois ou au moins un adulte (de 18 à 59 ans) a été malade pendant trois des douze derniers mois, ou qui vit dans un foyer dirigé par une personne de moins de 18 ans.

3 LES STRUCTURES FAMILIALES

Dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne, les familles élargies ont assumé la responsabilité de plus de 90 pour cent de tous les orphelins doubles et des orphelins simples qui ne vivaient pas avec le parent survivant², sans être beaucoup aidées par le secteur public. Les pays où les ressources de la famille élargie sont déjà utilisées au maximum sont ceux qui vont enregistrer la plus grande augmentation du nombre de décès dus au SIDA et du nombre d'enfants qui deviendront orphelins et ils seront les plus vulnérables au cours des années qui s'annoncent. A mesure que le nombre d'orphelins et enfants vulnérables augmente, les familles éprouvent de plus en plus de difficultés pour répondre aux besoins croissants des enfants³.

LA FAMILLE ÉLARGIE

Lorsqu'un de leurs parents meurt, les enfants restent souvent avec le parent survivant. Le tableau 3.1 montre la proportion d'orphelins simples qui vivent avec un père ou une mère survivants dans sept pays qui disposent de chiffres récents. Dans ces pays, il y a jusqu'à deux tiers des orphelins paternels qui vivent avec leur mère. Toutefois, il n'y a au maximum que la moitié des orphelins maternels qui vivent avec le père survivant. L'étude des données d'une enquête sur les familles effectuée en 2004 a montré la même chose : les enfants qui perdent leur mère ont moins de chances de vivre avec le parent survivant que ceux qui ont perdu leur père⁴.

FOYERS DIRIGÉS PAR UNE FEMME

Non seulement les femmes ont plus de chances de s'occuper de leurs propres enfants, elles sont aussi davantage susceptibles de s'occuper d'orphelins. Dans trois pays, le pourcentage d'orphelins qui, à la suite de la perte de leur mère, vivent dans des foyers dirigés par une femme, est en augmentation depuis le début des années 1990 (voir Figure 3.1). Les foyers dirigés par une femme peuvent généralement prendre en charge plus d'orphelins que ceux qui ont un homme à leur tête⁵. En conséquence, les foyers dirigés par une femme et dans lesquels se trouvent des orphelins sont aussi ceux qui ont le taux de dépendance le plus élevé (voir Figure 2.3, page 12).

LE RÔLE DES AUTRES PARENTS

L'analyse des données émanant de 13 pays a montré qu'à la suite de la mort des deux parents, d'autres membres de la famille élargie s'occupaient habituellement de ces orphelins⁶. Mais la personne qui assume la responsabilité principale au sein de la famille varie selon le pays (voir Figure 3.3). Au

Kenya, 51 pour cent des orphelins doubles et des orphelins simples qui ne vivent pas avec le parent survivant sont élevés par leurs grands-parents; au Burkina Faso, 57 pour cent des orphelins sont élevés par d'autres parents, oncles ou tantes. Les recherches effectuées dans 26 pays d'Afrique subsaharienne ont montré que ce sont surtout les familles qui avaient moins d'enfants elles-mêmes

qui prenaient en charge les orphelins doubles. Les garçons qui sont orphelins doubles ont plus de chances de vivre avec leurs grands-parents, les filles avec « d'autres parents⁷».

GRANDS-PARENTS S'OCCUPANT D'ORPHELINS

Une récente analyse de données émanant de 24 pays d'Afrique subsaharienne a souligné le lien existant entre

la mortalité liée au SIDA dans un pays et la probabilité d'y trouver un adulte qui vit avec un orphelin double⁸. La Figure 3.2 illustre le changement dans la proportion des orphelins pris en charge par leurs grands-parents dans cinq pays.

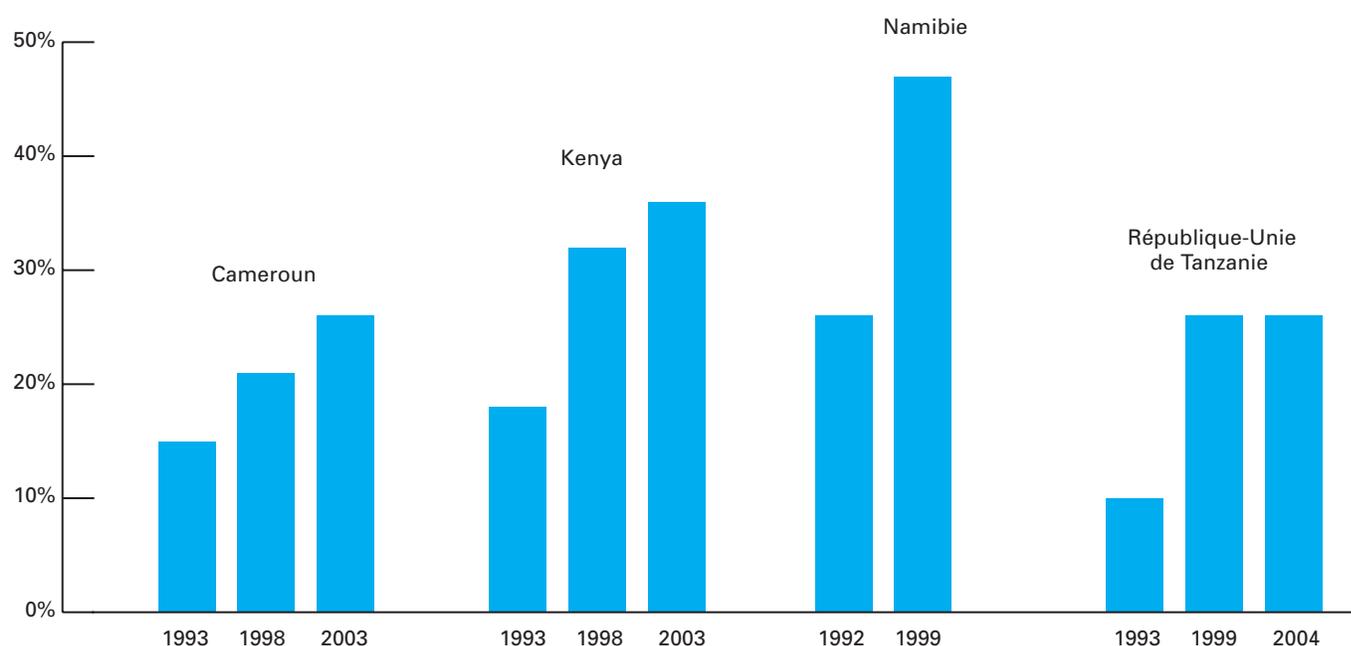
Des recherches menées au Malawi ont montré que les enfants devenus orphelins préféraient que ce soient

TABLEAU 3.1 : Avec qui vivent les orphelins et non-orphelins

	Pourcentage de non-orphelins qui vivent avec leur mère	Pourcentage d'orphelins paternels qui vivent avec leur mère	Pourcentage de non-orphelins qui vivent avec leur père	Pourcentage d'orphelins maternels qui vivent avec leur père
Burkina Faso	90	60	88	52
Cameroun	81	65	73	37
Ghana	82	62	62	35
Kenya	90	63	70	27
Mozambique	85	56	70	25
Nigéria	87	59	83	50
Tanzanie, République-Unie de	84	57	72	31

Source : enquêtes démographiques et sanitaires, 1991–2004.

FIGURE 3.1 : Pourcentage d'orphelins maternels de 0 à 14 ans vivant dans un foyer dirigé par une femme



Source : enquêtes démographiques et sanitaires, 1991–2004.

leurs grands-parents, plutôt que d'autres parents adultes et membres de la communauté, qui s'occupent d'eux⁹. Dans 10 pays d'Afrique subsaharienne, on a remarqué que les orphelins vivant avec leurs grands-parents étaient plus assidus à l'école que ceux qui vivaient avec d'autres parents¹⁰. Les grands-parents jouent souvent déjà un rôle dans la garde de leurs petits-enfants¹¹, mais ils disposent de moins de ressources économiques que les adultes qui sont en âge de travailler, et peuvent donc avoir besoin d'une aide externe. Et à cause de leur âge, les grands-parents peuvent ne pas vivre jusqu'à ce que les enfants dont ils ont la charge atteignent l'âge de 18 ans; une fois de plus, ces enfants perdront ceux qui s'occupent d'eux et seront transférés dans d'autres familles.

SÉPARATION DE FRÈRES ET SŒURS

Il existe peu de chiffres sur la séparation de frères et de sœurs d'une

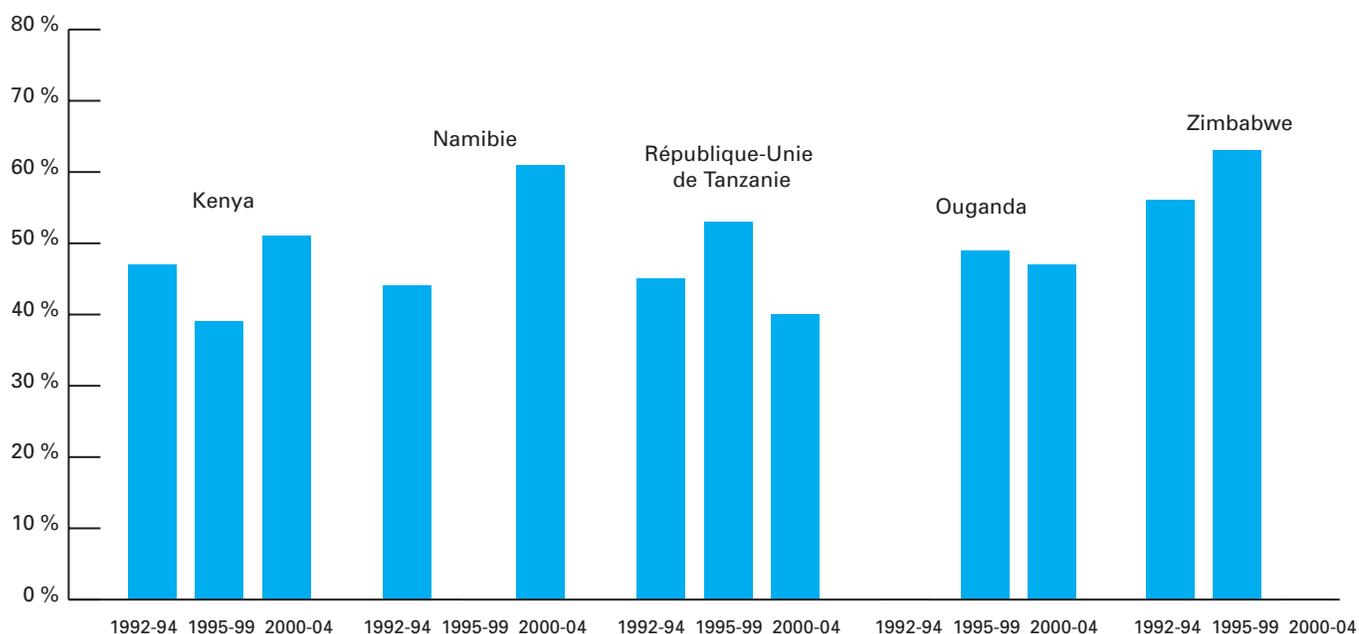
même famille, mais les enfants orphelins peuvent être placés dans diverses familles pour diviser la charge qu'ils représentent. Une enquête rétrospective menée à Karonga (Malawi) a montré que 4 pour cent seulement des non-orphelins de moins de 15 ans étaient séparés de leurs frères et sœurs de moins de 15 ans. Mais 15 pour cent des orphelins paternels, 21 pour cent des orphelins maternels et 8 pour cent des orphelins doubles ne vivaient pas avec leurs frères et sœurs¹². En Zambie, on s'est aperçu que 30 pour cent des orphelins et enfants vulnérables ne vivaient pas avec tous leurs frères et sœurs de moins de 18 ans, alors que 15 pour cent des enfants qui n'étaient pas classés comme orphelins ou vulnérables vivaient loin de leurs frères et sœurs¹³. Des recherches menées à partir d'une étude en Zambie ont révélé que la séparation des frères et des sœurs était un déterminant important de la détresse affective des

orphelins dans un échantillon de population urbaine¹⁴.

FOYERS AYANT UN ENFANT À LEUR TÊTE

Comme le montre la Figure 3.3, il y a très peu de ménages (moins de 1 pour cent dans les pays qui figurent sur la liste ici fournie) qui sont dirigés par un enfant de moins de 18 ans¹⁵. Même au Zimbabwe, où la prévalence du VIH et la proportion d'orphelins sont particulièrement élevées, la proportion de foyers ayant un enfant à leur tête n'était que de 4 pour mille. Les recherches menées dans ce pays montrent que les foyers dirigés par des enfants sont plus fréquents lorsque un adolescent ou une adolescente qui s'est déjà occupé d'enfants vit au foyer, ou s'il y a un parent dans le quartier qui peut assurer un travail de supervision¹⁶. Que, dans ces conditions, si peu d'orphelins vivent tout seuls constitue un véritable hommage aux efforts des familles élargies.

FIGURE 3.2 : Pourcentage d'orphelins doubles et d'orphelins simples (qui ne vivent pas avec le parent survivant) âgés de 0 à 14 ans et pris en charge par leurs grands-parents



Source : enquêtes démographiques et sanitaires, 1992-2004.

Toutefois, on peut s'attendre à ce que ces foyers ayant un enfant à leur tête aient des besoins supérieurs à ceux qui sont dirigés par un adulte et soient plus vulnérables. Les enfants placés dans ces situations seront peut-être moins capables de gagner suffisamment d'argent, de se protéger, de s'adapter au système juridique ou de prendre de bonnes décisions dans le domaine de l'alimentation.

LES PRESSIONS SUBIES PAR LES FAMILLES ÉLARGIES

Comme le note le rapport *Les générations orphelines d'Afrique* (2003), la famille élargie continuera à être le principal mécanisme de bien-être social dans la plus grande partie d'Afrique subsaharienne. Ces réseaux vont devoir supporter des fardeaux de plus en plus lourds au fur et à mesure que les adultes continuent de mourir et qu'augmente le nombre d'orphelins et enfants vulnérables. Mais lorsqu'on affirme que le phénomène

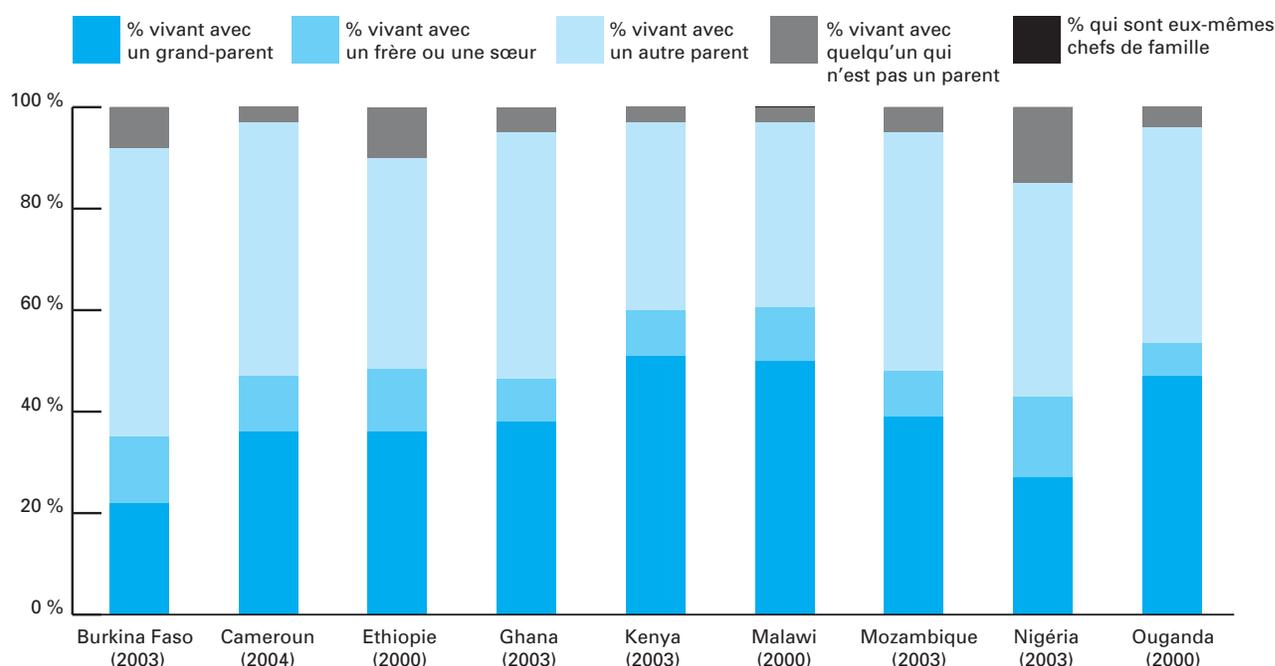
des orphelins du SIDA a dépassé les capacités d'intervention des familles, des ménages et des communautés, ou les a conduits à leur point de rupture, on laisse entendre que cet affaiblissement général trouve son origine dans un seul événement catastrophique. Or la réalité est beaucoup plus complexe, comme le montre ce rapport. La pauvreté chronique et la prévalence du VIH chez les adultes jouent également un rôle, et le phénomène se déroule sur une période plus longue.

« Ça ne devait pas se passer comme ça. Les parents de ces enfants étaient censés s'occuper de moi. Maintenant, ils sont morts et c'est moi qui m'occupe de leurs enfants. »

– Akeyo, 74 ans, qui s'occupe de 10 petits-enfants au Kenya

Source : HelpAge International et International HIV/AIDS Alliance, *Forgotten families: Older people as carers of orphans and vulnerable*, HelpAge International/International AIDS Alliance, Brighton, 2003.

FIGURE 3.3 : Pourcentage d'orphelins doubles et d'orphelins simples (qui ne vivent pas avec le parent survivant), âgés de 0 à 14 ans, et lien de parenté avec le chef du foyer



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, 2000–2004.

4 L'IMPACT DE LA CRISE SUR LES ENFANTS

La maladie et la mort d'un parent, quelle qu'en soit la cause, est synonyme de crise pour tout enfant. Il peut devenir angoissé, dépressif, abandonner l'école et plus tard, être davantage exposé au VIH et à d'autres infections, ainsi qu'à l'exploitation et aux mauvais traitements.

La maladie du SIDA et la mort qu'elle entraîne sont des événements traumatisants dans une famille et particulièrement difficiles à vivre pour les enfants. Mais le plein impact de la mort d'un parent est largement déterminé par les circonstances auxquelles chaque enfant est soumis : la richesse de son foyer et de sa communauté, sa relation avec ceux qui s'occupent de lui, son âge pendant la maladie et à la mort de ses parents, et tout un ensemble d'autres facteurs.

LE SIDA AFFECTE LES ENFANTS BIEN AVANT LA MORT DES PARENTS

La vulnérabilité des enfants orphelins à cause du SIDA commence bien avant la mort de leur(s) parent(s). Les effets commencent souvent à s'en faire sentir avec le début de la maladie d'un parent, et peuvent comprendre l'appauvrissement de la famille, la douleur affective, la négligence et le surcroît de responsabilité associé à la maladie d'un parent, ainsi que la stigmatisation et la discrimination associées au VIH, qui peuvent isoler et humilier un enfant. Les répercussions spécifiques sur la santé et l'éducation des enfants lorsque ceux-ci ont des parents atteints de maladies chroniques sont décrites ci-dessous. Ensemble, tous ces facteurs peuvent limiter les chances d'un enfant, immédiatement et à long terme.

LA PERTE DE PARENTS ET LE FOYER D'ACCUEIL

Lorsque leur mère, ou leur père, ou les deux parents, meurent, les enfants se retrouvent privés de l'affection, des soins et de la protection de leurs parents biologiques, qui jouent un rôle si crucial au début de la vie et dans le développement d'une personne.

Les enfants devenus orphelins doivent souvent trouver un nouveau foyer, et le font parfois après

plusieurs étapes. La famille élargie, dans laquelle oncles et tantes sont souvent considérés comme des parents ou presque, fournit à ces enfants une protection et des bénéfices substantiels en Afrique subsaharienne. Toutefois, comme le montre le cas de l'Afrique australe, ces étapes successives peuvent être traumatisantes à court terme. Si les orphelins se sentent mal traités dans leur nouveau foyer ou s'il y a des changements dans la situation de ceux qui les ont recueillis, les dispositions prises peuvent à nouveau échouer et l'enfant peut être obligé de partir une fois de plus¹.

Au sein d'un foyer, les liens que l'enfant a avec la personne qui s'occupe maintenant de lui auront de profondes répercussions sur son avenir. Plusieurs études ont montré que plus les enfants demeurent proches de leur famille

naturelle, plus ils ont de chances de recevoir un bon traitement. En Ouganda, par exemple, on a découvert que plus ses liens familiaux avec la personne qui s'occupe de lui étaient ténus et plus sa survie était compromise². Des recherches anthropologiques menées au Cameroun indiquent que la mise en foyer d'accueil a des chances d'être plus stable et plus satisfaisante si le parent et la personne qui s'occupe de l'enfant avaient déjà une relation personnelle étroite³. Ces constatations soulignent à quel point il est important que les parents planifient leur succession et qu'ils choisissent et préparent à leur tâche ceux qui s'occuperont plus tard de leurs enfants.

L'IMPORTANCE DU MILIEU FAMILIAL

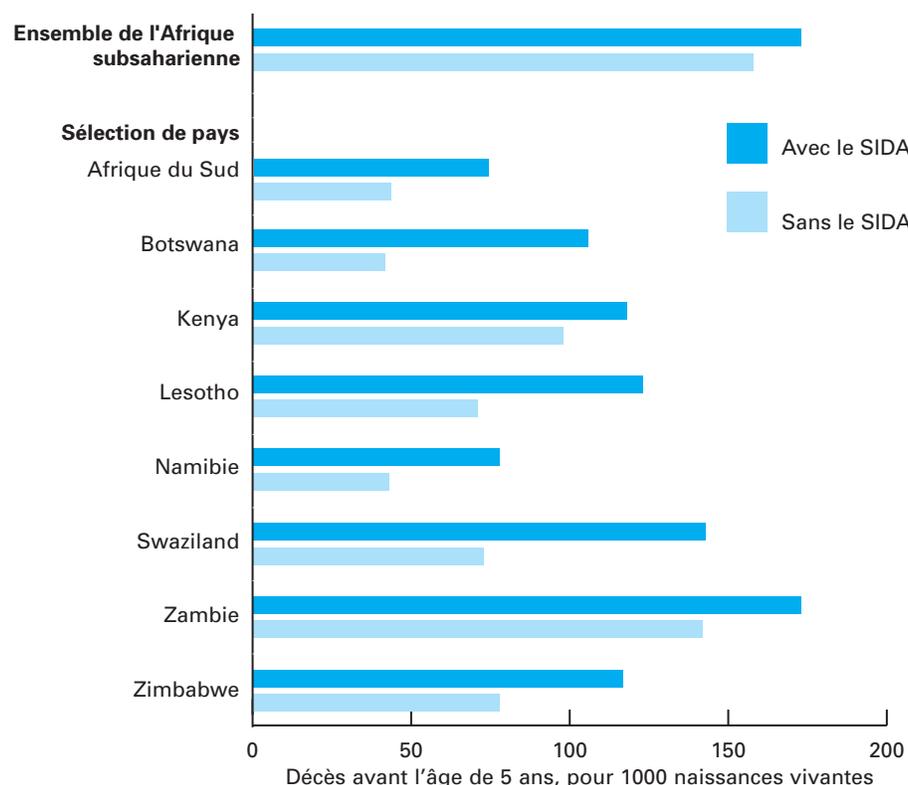
Des études menées en Afrique subsaharienne ont relevé à maintes reprises

à quel point il était important que les enfants grandissent dans un environnement familial, et réaffirment que le placement d'enfants en institutions ne devrait être considéré que comme une possibilité temporaire ou une mesure de derniers recours (*voir Encadré 4.1*)⁴.

SURVIE, SANTÉ ET NUTRITION

La survie des jeunes enfants (de 0 à 3 ans) est en jeu lorsque leur mère est mourante ou vient de mourir. Les enfants de ce groupe d'âge risquent 3,9 fois plus de mourir pendant l'année qui précède ou l'année qui suit la mort de leur mère⁵, que cette mort soit causée par le SIDA ou par d'autres facteurs. Mais lorsque la mère est séropositive, ses jeunes enfants sont encore plus menacés, parce qu'ils risquent d'avoir été infectés par le VIH in utero, lors de l'accouchement ou par l'allaitement maternel⁶.

FIGURE 4.1 : Taux de mortalité estimé des enfants de moins de 5 ans avec et sans le SIDA, 2000-2005, sélection de pays africains



Source : World Population Prospects 2004, Division de la population de l'ONU.

Le SIDA est devenu si prévalent dans certaines parties d'Afrique subsaharienne qu'il modifie les tendances concernant la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Les recherches effectuées dans la région entre 1990 et 1999 ont révélé que la mortalité des enfants de moins de cinq ans imputable au SIDA était passée de 2 pour cent en 1990 à 7,7 pour cent en 1999; ces chiffres tiennent seulement compte de l'impact direct du VIH sur la survie des enfants, et pas de ses effets indirects. Pour cette raison, les auteurs de ce travail de recherche déclarent que leurs chiffres « sous-estiment presque sans aucun doute l'effet global du VIH/SIDA sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans⁷ ». Certains pays d'Afrique subsaharienne ont subi des pertes encore plus élevées du fait du SIDA. Dans les pays où la prévalence du VIH est la plus élevée du monde, le SIDA a entraîné de profondes différences dans les taux de mortalité des moins de cinq ans. Des recherches menées

PANEL 4.1 : PRISE EN CHARGE DES ORPHELINS EN INSTITUTION

On ne dispose pas encore de suffisamment d'éléments sur le nombre d'enfants qui vivent dans des institutions en Afrique subsaharienne parce que des estimations n'existent que pour un petit nombre de pays. Il y a toutefois 7 500 enfants placés dans des établissements au Libéria, et 5 000 en Zambie selon les estimations des pouvoirs publicsⁱ. Bien que peu de pays mettent à jour leurs chiffres sur les institutions privées, les rapports indiquent que le nombre d'établissements à financement privé a rapidement augmenté ces dernières années. Une étude menée au Zimbabwe a montré qu'entre 1994 et 2004, 24 nouvelles institutions avaient été construites et que le nombre d'enfants gardés en établissement avait doubléⁱⁱ. Une autre étude portant sur six pays a révélé que 35 pour cent des établissements de garde d'enfants qu'elle avait comptabilisés avaient été créés depuis 1999.ⁱⁱⁱ

Pour beaucoup de raisons, les établissements de garde d'enfants ne sont pas la solution de choix pour les orphelins. Des études ont documenté ces raisons, qui sont les suivantes :

- Un taux de rotation du personnel élevé, ce qui fait que les enfants sont moins bien pris en charge^{iv}.
- Une proportion élevée d'enfants par rapport au nombre d'employés, ce qui aggrave le « déficit affectif »^v.
- Des difficultés de réintégration à l'âge adulte, en partie à cause de la stigmatisation de la communauté^{vi}.
- Une fréquente incapacité à répondre de la manière qui convient aux besoins psychologiques des enfants^{vii}.
- Des coûts plus élevés par rapport aux soins dispensés à l'échelle de la communauté et davantage de difficulté à généraliser cette formule^{viii}.
- Une absence de normes gouvernementales et de suivi des services fournis^{ix}.
- Des résultats inférieurs du point de vue physique et mental pour les enfants vivant dans des institutions de ce type, comme l'ont montré les recherches effectuées dans les pays occidentaux^x.

Si les bailleurs de fonds privés continuent à orienter des ressources en direction de ces établissements, comme les tendances de l'Afrique subsaharienne semblent le prouver, les familles, les communautés et les gouvernements risquent plus de faire de ces institutions la solution de premier recours pour les orphelins et enfants vulnérables. Pour que ces derniers reçoivent les meilleurs soins possibles, les pouvoirs publics doivent redoubler d'efforts et instituer et promouvoir des options communautaires pour la garde de ces enfants.

au Kenya ont montré que la situation sanitaire des orphelins de moins de cinq ans vivant dans leur communauté était comparable à celle des non-orphelins⁹. Une étude en Ouganda montrait qu'on signalait plus souvent des cas de maladie chez les orphelins que chez les non-orphelins; toutefois, les personnes qui avaient remplacé les parents ne faisaient preuve d'aucune discrimination contre les orphelins lorsqu'il s'agissait de rechercher des traitements⁹. Il convient de noter que les recherches sur la santé des jeunes orphelins sont limitées par le petit nombre d'orphelins de moins de 6 ans (environ 16 pour cent de tous les orphelins)

et qu'un suivi continu s'impose. A mesure que le nombre d'orphelins grandit, il se peut que les personnes qui les prennent en charge trouvent plus difficile de satisfaire les besoins de tous les enfants de leur foyer en matière de santé.

Certaines études montrent qu'au fur et à mesure que les orphelins grandissent, ils sont plus exposés que les non-orphelins aux dangers des maladies sexuellement transmissibles, VIH compris. Deux études menées au Zimbabwe ont documenté un taux plus élevé de problèmes de santé de procréation chez les filles orphelines que chez celles qui ne l'étaient pas.

Une grande enquête sur la population a révélé que les filles de 15 à 18 ans devenues orphelines et les filles qui avaient des parents infectés connaissaient un taux plus élevé d'infection au VIH, davantage de symptômes d'autres infections sexuellement transmissibles et davantage de grossesses que les filles qui n'étaient pas orphelines (voir Figure 4.2)¹⁰. Dans une autre étude, des chercheurs en milieu urbain au Zimbabwe se sont penchés sur les filles de 15 à 19 ans, orphelines ou non, et ont découvert que les orphelines couraient un risque plus grand d'infection au VIH et à l'herpès, et que les orphelines

maternelles et les orphelins doubles connaissaient les taux d'infection les plus élevés¹¹.

Les recherches menées sur l'état nutritionnel des orphelins ont produit des résultats contradictoires; leur portée est en outre limitée par le petit nombre de jeunes orphelins chez qui les impacts nutritionnels sont en toute vraisemblance les plus prononcés. Des recherches effectuées au Malawi¹² et l'analyse des chiffres d'une enquête nationale sur les enfants âgés de 12 à 59 mois dans 40 pays¹³ n'ont trouvé aucune différence dans l'état nutritionnel des orphelins et des non-orphelins. En revanche, d'autres études ont montré que les orphelins de la République-Unie de Tanzanie étaient petits pour leur âge¹⁴, et au Kenya on a trouvé qu'ils avaient un poids insuffisant pour leur taille¹⁵.

La sécurité alimentaire au foyer est un indicateur important des possibilités nutritionnelles à plus long terme. Vue sous cet angle, la situation est plus préoccupante. Dans les régions rurales du Kenya, la production de récoltes a chuté de 68 pour cent dans les

ménages où est mort l'homme qui était chef de famille¹⁶. Dans une étude menée auprès des ménages des banlieues pauvres de Dar Es Salaam (République-Unie de Tanzanie), on a trouvé que les orphelins avaient plus de chances d'aller se coucher le ventre vide que les non-orphelins¹⁷. Au Malawi, les ménages qui comptaient plus d'un orphelin risquaient plus de se plaindre de l'insécurité alimentaire et d'une faim modérée à sévère que les foyers sans orphelins. Les chiffres donnent à penser que bien que les foyers soient capables d'absorber un seul orphelin sans que l'impact en soit significatif, ils ne peuvent pas continuer à s'occuper d'orphelins supplémentaires sans incidence sur leur sécurité alimentaire¹⁸.

Les systèmes de soins de santé en Afrique sont souvent peu solides, en raison entre autres du manque de financement et de capacités, ainsi que de la migration de spécialistes en médecine hors de la région. Dans les secteurs de morbidité élevée en raison du SIDA, les installations sanitaires peuvent se trouver débordées alors que les dispensateurs de soins tombent eux-mêmes malades et

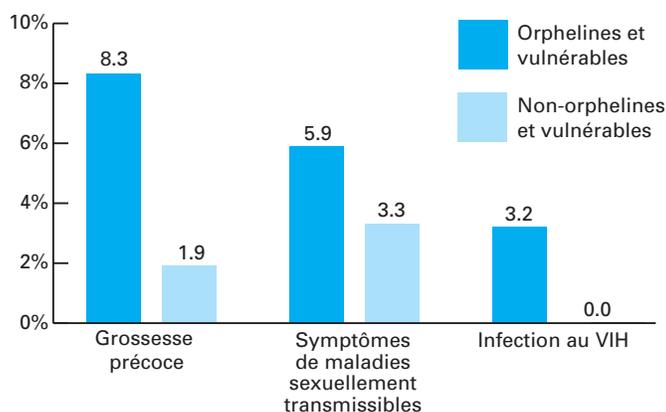
meurent du SIDA. Résultat, la santé et les perspectives des orphelins en matière de nutrition et de survie sont compromises.

DES OCCASIONS MANQUÉES DANS L'ÉDUCATION

L'Éducation pour tous est un objectif de développement crucial reconnu de plus en plus comme stratégie clé dans la prévention du VIH¹⁹, ²⁰. On craint que les orphelins ne soient moins éduqués que les autres, soit parce qu'il est possible que les personnes qui les ont pris en charge n'ont pas de quoi financer leur scolarisation, soit parce qu'elles peuvent avoir besoin d'eux pour des activités économiques, soit parce que leur bien-être ne les intéresse pas autant²¹. Il y a divers types d'occasions manquées dans l'éducation : absence de scolarisation, arrêt des études et mauvais résultats scolaires. Les recherches menées en ce domaine sont complexes et les conclusions variées.

Les taux de scolarisation des orphelins comparés à ceux des non-orphelins présentent des différences considérables d'un pays à l'autre. Lorsqu'il existe des disparités de scolarisation entre orphelins et non-orphelins, elles sont souvent beaucoup moins importantes que les disparités de scolarisation entre les enfants de familles riches et ceux de familles pauvres. Lorsque les orphelins sont particulièrement peu scolarisés par rapport aux autres enfants, les problèmes peuvent ne pas être financiers. Dans de nombreux pays, il existe d'importantes disparités entre sexes et il y a beaucoup moins de filles scolarisées que de garçons, mais ce fossé ne semble pas plus important chez les orphelins que chez les autres²². Pour ce qui est de la scolarisation continue et de l'âge des enfants dans les classes suivies, on a trouvé dans certains pays que les orphelins étaient désavantagés. Une analyse des données de l'Afrique de

FIGURE 4.2 : Pourcentage de femmes de 15 à 18 ans infectées par le VIH, enceintes ou montrant des symptômes de maladies sexuellement transmissibles, par catégorie (orphelines ou vulnérables), Manicaland, Zimbabwe, 2004



Source : Gregson, S., et al. : « HIV infection and reproductive health in teenage women orphaned and made vulnerable by AIDS in Zimbabwe », AIDS Care, vol. 17, no. 7, pp. 785-794, octobre 2005.

Note : dans cette étude, une enfant rendue orpheline ou vulnérabilisée est une personne de moins de 19 ans qui est orpheline, ou qui a un parent infecté par le VIH ou gravement malade, ou qui vit dans un foyer où quelqu'un est mort dans les 12 derniers mois.

l'Est a montré que les orphelins doubles de 6 à 10 ans avaient deux fois moins de chances d'être scolarisés dans la classe correspondant à leur âge que les non-orphelins; les orphelins doubles de 11 à 14 ans risquent deux tiers de fois plus d'être placés à des niveaux inférieurs²³. Il ressort d'observations longitudinales en Afrique du Sud que les orphelins maternels sont scolarisés à un niveau plus bas que d'autres enfants du même âge et que les non-orphelins avec qui ils vivent²⁴.

Les occasions manquées dans l'éducation peuvent commencer avant la mort d'un parent, et même avant que la maladie ne se déclare. Une analyse récente des chiffres portant sur une étude de la population au Kenya a révélé que les enfants de parent séropositifs avaient beaucoup moins de chances d'être scolarisés que les enfants de parents non infectés²⁵. Des recherches effectuées dans les zones rurales de la Tanzanie ont montré que les enfants dont les parents étaient malades étaient plus susceptibles de voir leur scolarité interrompue et risquaient de passer moins de temps à l'école avant la mort du parent malade que d'autres enfants²⁶.

Après la mort d'un parent, les risques d'absentéisme scolaire apparaissent les plus importants chez les orphelins doubles, comme le montre la Figure 4.3 (voir aussi tableau 4, page 38). Le contraste entre la fréquentation scolaire des orphelins doubles et celle des non-orphelins (qui vivent au moins avec un parent) est plus prononcé dans les pays où le taux de fréquentation est déjà bas.²⁷ Une étude en Ouganda a trouvé que bien que près de 14 pour cent des élèves de l'école primaire dont les deux parents étaient en vie s'arrêtaient d'aller à l'école à un certain point, la proportion d'orphelins doubles qui manquaient un trimestre était beaucoup plus élevée (27 pour

cent). La différence était encore plus grande à l'école secondaire, avec 16 pour cent de non-orphelins et 43 pour cent d'orphelins doubles qui manquaient un trimestre²⁸.

Un facteur déterminant de la scolarisation des enfants est la relation entre l'enfant et le chef de famille. Plus les liens biologiques sont étroits entre eux, plus l'enfant a de chances d'être scolarisé.

La même enquête menée en Ouganda a montré que certains orphelins affirmaient que leurs résultats scolaires se détérioraient en partie à cause de l'obligation qui leur était faite de générer des revenus et en partie à cause de l'anxiété dont ils continuaient de souffrir. Des chiffres provenant d'enquêtes menées au Kenya, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe montrent que même chez les enfants non-orphelins, la probabilité d'assister aux classes correspondant à leur âge était très faible. La moitié environ des enfants en âge d'aller à l'école primaire et le tiers des élèves d'âge secondaire seulement suivaient les classes correspondant à leur âge. La probabilité était encore plus faible pour les enfants qui avaient perdu un parent, qui se retrouvaient au niveau le plus bas, à l'exception de ceux qui avaient perdu les deux²⁹.

Un facteur déterminant de la scolarisation des orphelins est la relation entre l'enfant et le chef du foyer. Plus les liens biologiques sont étroits entre eux, plus l'enfant aura de chances

d'être scolarisé, quel que soit son niveau de pauvreté. Les parents les plus proches, mères et grands-parents, se livrent apparemment à de grands sacrifices financiers et se mobilisent pour que les enfants aillent à l'école. Des recherches effectuées dans 10 pays d'Afrique subsaharienne ont montré que le facteur le plus important dans la scolarisation des orphelins était le degré de parenté avec les gens chez qui ils vivaient : plus ces liens étaient ténus et moins ils étaient scolarisés³⁰.

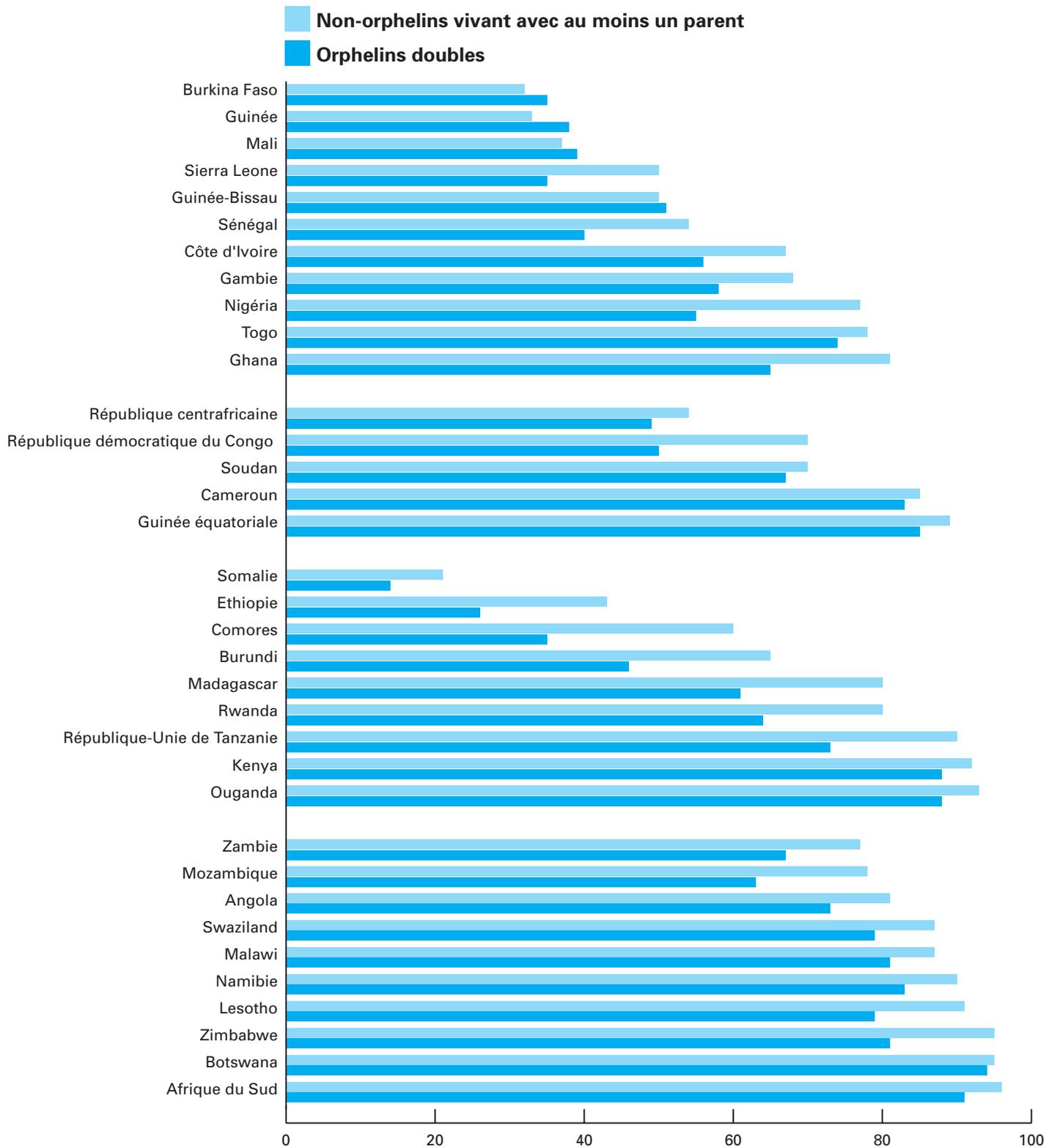
BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE ET AFFECTIF

Les enfants rendus orphelins et fragilisés par le SIDA sont soumis à une série de pressions qui risquent de nuire à leur bien-être psychologique et affectif.

Les enfants des foyers affectés par le SIDA voient leurs parents ou d'autres personnes qui s'occupent d'eux mourir du SIDA, et dans certains cas ils sont amenés à les soigner. Ce processus douloureux est souvent aggravé par la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et à la situation d'orphelin. Les enfants peuvent être rejetés par leurs amis et leurs camarades de classe ou par les autres membres de leur famille. Un adolescent d'Afrique du Sud décrit le problème : « Même mon amie m'a dit qu'elle ne mangerait plus avec moi. Une autre m'a dit carrément que j'avais le SIDA et que je ne devrais plus aller à l'école mais rester à la maison. Je me sentais extrêmement malheureux, je pleurais intérieurement. Les gens me fixaient sans rien dire, même eux qui étaient contents de me voir, avant, maintenant ne l'étaient plus³¹ ».

Les répercussions sur la situation matérielle, la santé et l'éducation de l'enfant, décrites aux chapitres précédents menacent aussi son bien-être psychologique et affectif. Bien que les

FIGURE 4.3 : Pourcentage d'enfants de 10 à 14 ans qui sont à l'école, en comparant les non-orphelins (enfants vivant avec au moins un parent) et les orphelins doubles



Source : enquêtes en grappes à indicateurs multiples et enquêtes démographiques et sanitaires, 1998–2004.

effets matériels soient plus faciles à mesurer et que ce soient donc ceux qui ont été examinés en priorité par les spécialistes, il existe des preuves des effets psychologiques et affectifs qu'ont sur les enfants la maladie et la mort de parents imputables au SIDA.

Une étude des enfants orphelins du SIDA dans les zones rurales d'Ouganda a relevé des niveaux élevés d'anxiété, de dépression et de colère, un sentiment d'impuissance et des envies de suicide. Dans cette étude, 12 pour cent des orphelins ont affirmé qu'ils préféreraient mourir, alors que 3 pour cent seulement des non-orphelins exprimaient de tels sentiments³² (voir Figure 4.4).

Une étude menée dans les faubourgs de Dar es Salaam a aussi signalé des problèmes significatifs chez 41 enfants âgés de 10 à 14 ans rendus orphelins par le SIDA. Dans ce groupe, seuls huit enfants vivaient encore avec le parent survivant. On a posé aux enfants une série de questions relatives à l'« intériorisation » des problèmes et reflétant l'anxiété, le pessimisme ou un sens de

l'échec, qui sont tous des symptômes de dépression. Les orphelins avaient sensiblement plus de problèmes que les non-orphelins, et les filles étaient plus susceptibles d'intérioriser les problèmes que les garçons³³.

DES TAUX D'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES PEU ÉLEVÉS

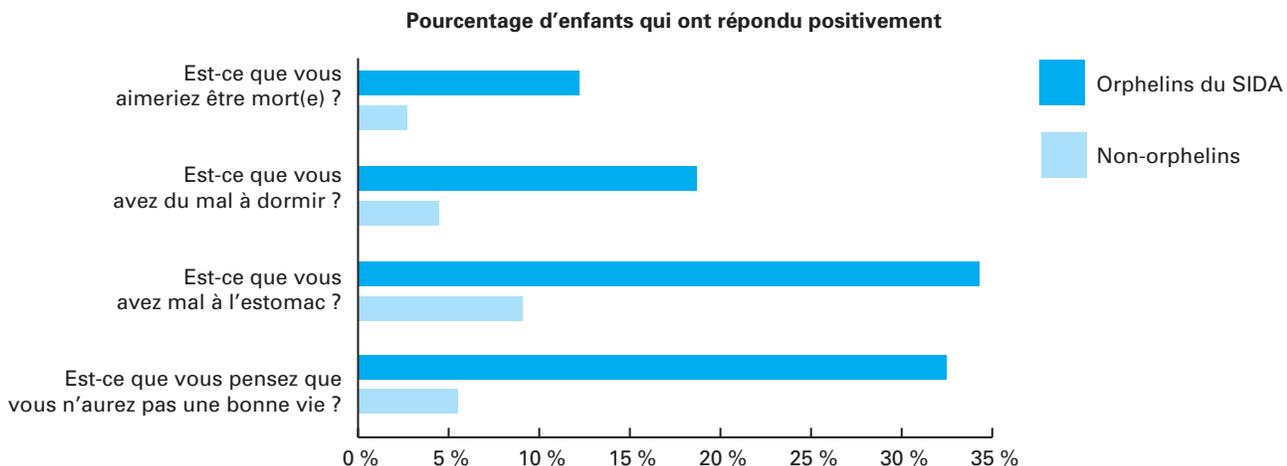
La déclaration des naissances est un service essentiel pour tous les enfants, mais beaucoup d'entre eux ne sont toujours pas enregistrés³⁴. Elle est particulièrement importante pour les orphelins, à la fois comme moyen d'identification et comme condition d'accès aux services publics et sociaux. En Afrique subsaharienne, environ deux tiers des naissances ne sont pas déclarées. Comme le montre la figure 4.5, un certain nombre de pays durement touchés par le SIDA ont des niveaux particulièrement faibles de déclaration des naissances (voir tableau 5, page 39 pour les taux en vigueur dans d'autres pays).

CONSIDÉRER L'ENFANT DANS SON INTÉGRALITÉ

Pour répondre aux besoins des enfants rendus orphelins et vulnérables

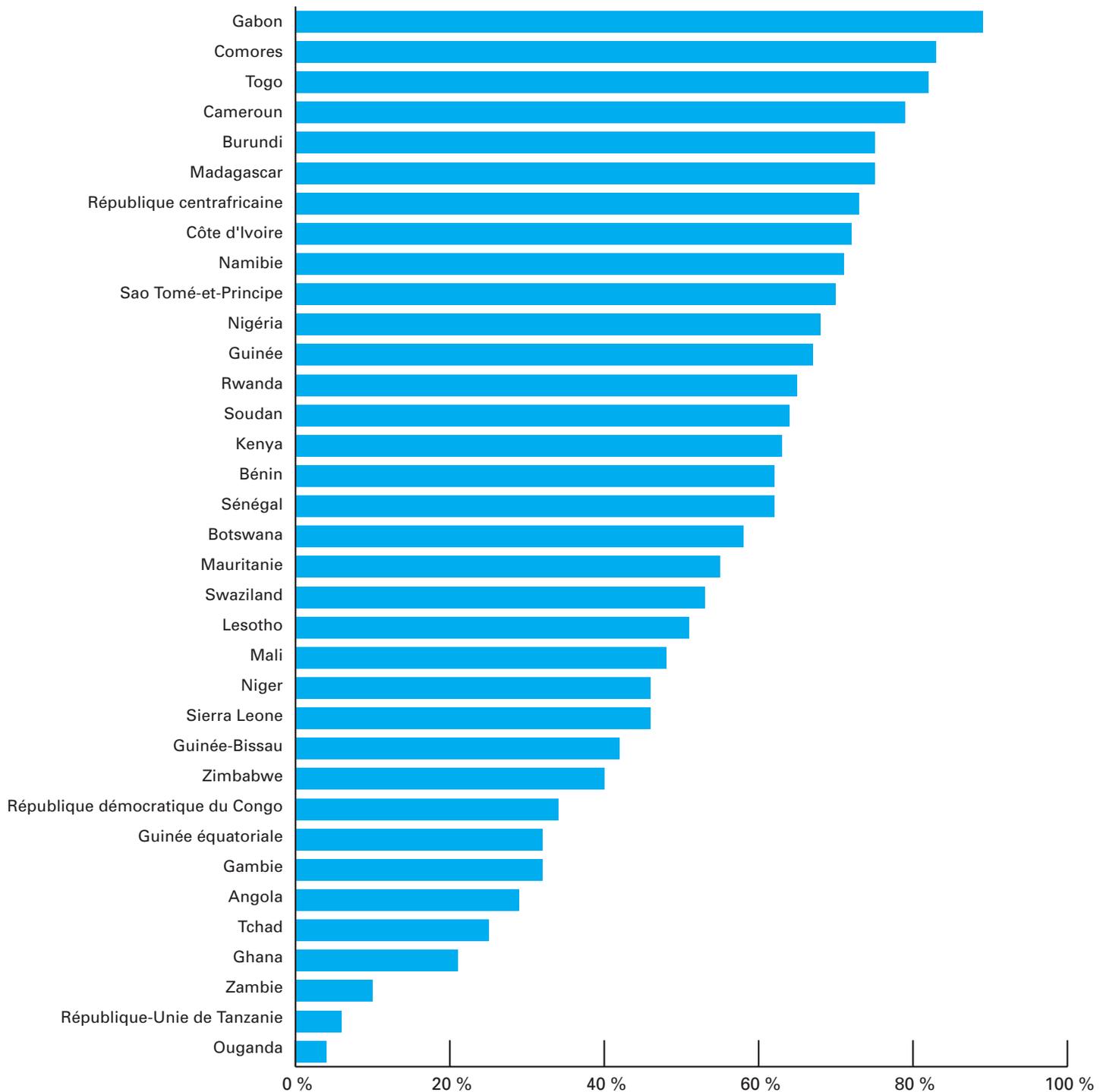
par le SIDA, il faut bien comprendre leur situation et les effets possibles des mesures qui permettent de l'améliorer. Comme on l'a vu, il existe des thèmes qui se dégagent du nombre croissant de travaux sur la question, ce qui peut aider à mieux orienter les efforts en cours. Certaines des difficultés peuvent être résolues si l'on aide ceux qui ont pris les enfants en charge, la famille élargie et la communauté. D'autres questions, comme l'accès équitable à l'éducation, la santé, la déclaration des naissances, le placement en familles d'accueil et la législation sur l'héritage, demandent également l'engagement et l'intervention des pouvoirs publics. Et les efforts déployés pour sensibiliser le public et lutter contre la stigmatisation et la discrimination doivent recevoir l'adhésion de tous. Pour être pleinement efficaces, les mesures doivent prendre en compte la situation globale de l'enfant et de celui ou celle qui s'occupe de lui à chaque stade de développement, et prévoir des efforts bien ciblés aux niveaux du foyer, de la communauté et de la nation.

FIGURE 4.4 : Réponses des orphelins du SIDA et des non-orphelins aux questions sur les symptômes de dépression, district de Bushenyi, Ouganda



Source : Atwine, Benjamin, Elizabeth Cantor-Graae et Frances Bajunirwe, « Psychological distress among AIDS orphans in rural Uganda », *Social Science & Medicine*, vol. 61, 2005, pp. 555-564.

FIGURE 4.5 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont la naissance avait été enregistrée au moment de l'enquête (1999–2003)



Source : enquêtes en grappes à indicateurs multiples et enquêtes démographiques et sanitaires, 1999-2003.

AIDER LES ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES D'AFRIQUE

Pour améliorer la vie des orphelins et enfants vulnérables d'Afrique, il faut apporter immédiatement une aide généralisée et soutenue aux foyers et communautés vulnérables. Cela exige que l'on lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH, et que l'on s'assure que ces enfants ont accès aux services de base sur un pied d'égalité avec les autres et sont protégés contre les violations des droits humains. Ces efforts doivent être entrepris dès maintenant et aller de pair avec l'accélération des efforts concernant la prévention et le traitement.

DONNER LA PRIORITÉ AUX ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES

Ces dernières années ont vu une recrudescence d'initiatives et de ressources dans la lutte contre le SIDA. En 2005, les sommes disponibles pour lutter contre l'épidémie étaient de l'ordre de 8,3 milliards de dollars dans les pays à revenus faible et moyen¹. Bien que cet afflux tant attendu de fonds présente un potentiel très important pour l'amélioration de la vie des millions d'enfants affectés d'une manière ou d'une autre par la maladie, l'impact de l'épidémie sur les *enfants* n'a toujours pas reçu l'attention nécessaire². En outre, la nature multisectorielle de la lutte contre le VIH rend difficile le contrôle de l'utilisation des fonds au niveau des pays, et l'on ne sait donc pas quel pourcentage des fonds affectés à la lutte contre l'épidémie au niveau mondial est spécifiquement consacré à l'amélioration de la vie des enfants.

Un certain nombre de facteurs ont affecté les mesures prises en faveur des orphelins et enfants vulnérables : l'existence d'autres problèmes qui exigent aussi une solution, le manque de fonds publics et la stigmatisation et le silence qui entourent souvent le SIDA. De plus, la situation des millions d'orphelins et enfants vulnérables n'est pas facile à observer parce qu'ils sont dispersés dans de nombreux pays où les familles élargies et la communauté se partagent ce fardeau, sans aide ou presque des pouvoirs publics.

Cette situation est en train de changer. Les gouvernements nationaux de l'Afrique subsaharienne mettent en place des plans destinés à réaliser des objectifs convenus au niveau international pour les orphelins et enfants vulnérables et répondre aux besoins des enfants dans le cadre de la lutte contre le SIDA. Un certain

nombre de gouvernements donateurs ont récemment alloué des ressources importantes à la lutte contre le SIDA, en particulier des fonds destinés à atténuer l'impact de l'épidémie sur les enfants.

ENGAGEMENTS MONDIAUX ET NATIONAUX

En septembre 2000, un vaste rassemblement des dirigeants de la communauté internationale a adopté la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, programme ambitieux de réduction de la pauvreté et d'amélioration des conditions de vie sur toute la planète. Au Sommet mondial de 2005, l'engagement pour la Déclaration du Millénaire a été réaffirmé. Les huit Objectifs du Millénaire pour le développement, dont celui qui consiste à enrayer la propagation du SIDA et à renverser la tendance, ont un impact significatif sur la vie des enfants.

La Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, tenue en 2001, a donné une forte impulsion à de nouvelles initiatives, favorisé la sensibilisation de la communauté internationale au problème et permis de soutenir les efforts consentis pour répondre à la crise causée par le VIH/SIDA. Ces efforts ont été encore accentués lors de la Session extraordinaire consacrée aux enfants en 2002. Les nations ont décidé de réaliser des objectifs clés d'ici à 2005 et 2010, comme l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de stratégies nationales d'aide aux enfants rendus orphelins et vulnérables par le VIH/SIDA³.

Plus récemment, cet engagement a été renforcé par la promesse qu'ont fournie les dirigeants présents à la réunion du Groupe des Huit à Gleneagles (Ecosse) d'œuvrer en faveur d'un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins

et au soutien nécessaires dans la lutte contre le VIH, et ce d'ici à 2010⁴. Le communiqué du groupe déclarait : « Nous travaillerons aussi en collaboration avec... [partenaires en Afrique] pour nous assurer que tous les enfants laissés orphelins ou vulnérables par le SIDA ou par d'autres pandémies recevront le soutien qui convient. » La résolution des Nations

Il reste encore beaucoup à faire pour s'assurer que les efforts déployés en faveur des orphelins et enfants vulnérables figurent dans les instruments et les programmes nationaux de développement.

Unies qui a suivi cet engagement mentionne spécifiquement qu'il faut « améliorer l'accès aux médicaments d'un coût abordable et réduire la vulnérabilité des personnes affectées par le VIH/SIDA et d'autres problèmes sanitaires, et en particulier les enfants rendus orphelins et vulnérables et les personnes âgées⁵ ».

La campagne mondiale *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*, lancée en octobre 2005, représente un effort de plaidoyer sans précédent pour s'assurer que les besoins des enfants seront placés au premier plan des priorités établies dans la lutte contre le SIDA.

En juin 2006, lors de la réunion au sommet sur le SIDA qui s'est tenue aux Nations Unies, les pays participants sont convenus d'aborder la question des effets du VIH sur les

enfants et d'en faire un thème prioritaire de leur action. La déclaration publiée à l'issue de cette réunion notait le besoin de promouvoir les politiques et programmes de lutte contre le VIH/SIDA orientés vers les besoins des enfants et d'accroître la protection des orphelins et enfants vulnérables à cause du VIH/SIDA⁶. La déclaration s'engageait aussi à soutenir les systèmes de sécurité sociale qui protègent les enfants vivant avec le VIH ou affectés par le virus.

INTERVENTIONS AU NIVEAU NATIONAL

En juillet 2003, après avoir examiné les progrès accomplis pour réaliser les objectifs de la Session extraordinaire sur le VIH, le Secrétaire général des Nations Unies a exhorté tous les Etats Membres dans lesquels l'épidémie était généralisée d' « élaborer et mettre en œuvre des stratégies nationales qui répondent aux besoins du nombre de plus en plus grand d'enfants rendus orphelins et vulnérables par l'épidémie⁷. »

Au cours de l'année 2004, un indice particulier portant sur les efforts réalisés pour répondre aux besoins des orphelins et enfants vulnérables a été appliqué dans le contexte de l'auto-évaluation de 26 pays africains. Bien que ce processus ait été limité par la nature auto-initiatrice de l'indice, les résultats ont clairement montré que la plupart des pays avaient pris des mesures organisées et que beaucoup d'entre eux avaient réalisé de grands progrès dans leur action. Les secteurs au succès le plus marqué étaient la planification nationale, la coordination et la consultation avec les intervenants, et l'engagement du gouvernement. Les secteurs les plus faibles concernaient la révision de la législation et l'élaboration des politiques pour la protection des orphelins et enfants vulnérables (voir *tableau 5, page 39*⁸).

Seize des pays les plus affectés de l'Afrique de l'Est et australe* ont entrepris un processus de bilan rapide, d'analyse et d'élaboration d'un plan d'action pour intervenir au niveau national. Après s'être livré à un bilan de situation, chaque gouvernement, en collaboration avec des partenaires internationaux, a élaboré un plan d'action national qui comportait des engagements de dépenses. Les stratégies de suivi et d'évaluation de ces plans sont en cours d'élaboration. Onze de ces pays ont soumis au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme des propositions pour financer des activités d'aide aux orphelins et enfants vulnérables et à ceux qui s'occupent d'eux⁹.

Alors que ces 16 pays mettaient en place le financement et l'exécution de leurs plans, 10 autres pays** d'Afrique subsaharienne ont lancé le processus en juin 2005. Cette seconde phase incorpore les enseignements tirés des 16 premiers pays, dont par exemple le besoin d'obtenir une participation

plus importante de la société civile et de mettre davantage l'accent sur l'élaboration et le suivi du budget¹⁰.

Il reste encore beaucoup à faire pour s'assurer que les efforts déployés en faveur des orphelins et enfants vulnérables figurent dans les instruments et programmes plus vastes du développement national. Une évaluation des cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté en Afrique a montré que les orphelins et enfants vulnérables étaient rarement mentionnés bien que leur nombre soit significatif dans plusieurs pays. De plus, les cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté en général ne recevaient pas souvent de soutien financier et, même là où ils étaient identifiés, les secteurs d'intervention en faveur des orphelins et enfants vulnérables ne s'étaient pas vu attribuer de budgets spécifiques ou d'indicateurs d'évaluation¹¹.

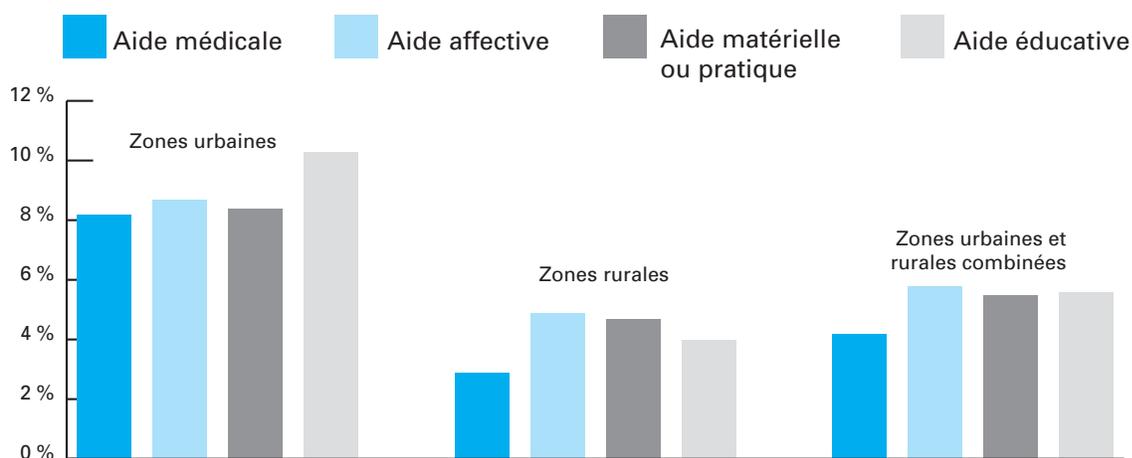
En donnant aux orphelins et enfants vulnérables la place qu'il convient dans ces programmes généraux, on

contribuera à assurer un engagement multisectoriel des pouvoirs publics à long terme. Un effort d'intégration systématique des actions de lutte contre le VIH/SIDA dans les stratégies de réduction de la pauvreté et dans les plans nationaux de lutte contre le VIH reçoit actuellement le soutien d'ONUSIDA, du Programme des Nations Unies pour le développement et de la Banque mondiale¹².

TRANSFORMER LES PLANS EN ACTIONS

Bien que l'on ait pris des dispositions pour répondre aux besoins des orphelins et enfants vulnérables, et que les organisations communautaires et religieuses aient déployé d'immenses efforts, le champ d'application de ces mesures est extrêmement limité. Par exemple, une enquête nationale menée en République-Unie de Tanzanie a montré les faibles niveaux de certains types spécifiques de soutien externe dans les zones urbaines comme dans les zones rurales (voir Figure 5.1).

FIGURE 5.1 : Pourcentage d'orphelins et enfants vulnérables dont la famille reçoit une aide gratuite de l'extérieur, République-Unie de Tanzanie



Source : enquête sur les indicateurs du VIH/SIDA en Tanzanie – 2003-2004 : Commission tanzanienne sur le SIDA et Bureau national de la statistique, République-Unie de Tanzanie, et ORC Macro, Calverton, Maryland, Etats-Unis d'Amérique, mars 2005.

Note : dans cette étude, les orphelins et enfants vulnérables sont les enfants âgés de 0 à 17 ans, dont le père ou la mère sont morts, ou dont le père ou la mère sont malades depuis au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois. L'aide en matière d'éducation est signalée seulement pour les enfants de 5 à 17 ans.

* L'Afrique du Sud, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigéria, l'Ouganda, la République centrafricaine, le Rwanda, la République-Unie de Tanzanie, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe.

** L'Angola, le Burkina Faso, le Burundi, Djibouti, l'Erythrée, le Ghana, Madagascar, la République démocratique du Congo, la Somalie et le Soudan (sud).

Au cours de l'année 2004, on est parvenu à un consensus interinstitutions sur un cadre d'action mondial destiné à faire face au nombre croissant d'orphelins et enfants vulnérables. Fondé sur des travaux de recherche de plus en plus fournis et sur des années d'expérience en programmation, *le Cadre pour la protection, le traitement et l'accompagnement des orphelins et autres enfants vulnérables vivant dans un monde marqué par le VIH et le SIDA* a proposé cinq grands secteurs d'intervention. Ces secteurs d'intervention servent d'axes aux efforts collectifs entrepris pour intensifier l'aide accordée à tous les niveaux aux orphelins et enfants vulnérables d'Afrique subsaharienne. La plupart des pays d'Afrique subsaharienne, de même qu'un certain nombre de pays dans d'autres régions, sont en train d'élaborer des plans d'action nationaux dans ces cinq secteurs :

1. Renforcer la capacité qu'ont les familles de protéger et s'occuper des orphelins et enfants vulnérables en prolongeant la vie de leurs parents et en fournissant un soutien économique, psychosocial et autre : cette action a pour but de bloquer et d'atténuer l'impact qu'a le SIDA sur les structures familiales et sur la capa-

cité de prendre ces enfants en charge. Comme plus de 90 pour cent des orphelins sont pris en charge par leur famille élargie, le bien-être et la capacité de résistance de la famille sont une préoccupation centrale. Au nombre des interventions visant à renforcer la capacité de la famille, on compte par exemple la prolongation de la vie des parents et des enfants infectés par le VIH, l'amélioration de la santé et de l'alimentation des jeunes enfants, l'amélioration de la situation économique, la prestation d'un soutien psychosocial, le développement des capacités de garde d'enfants, le soutien de la planification des successions, et le renforcement des capacités de survie des jeunes membres de la famille.

Des organisations non gouvernementales, des organisations communautaires, des organisations religieuses et des gouvernements dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne organisent tout un ensemble d'activités de soutien à la famille mais leur champ d'application demeure limité. Une évaluation de l'efficacité des programmes est requise d'urgence, de même que l'évaluation et la planification d'une éventuelle généralisation.

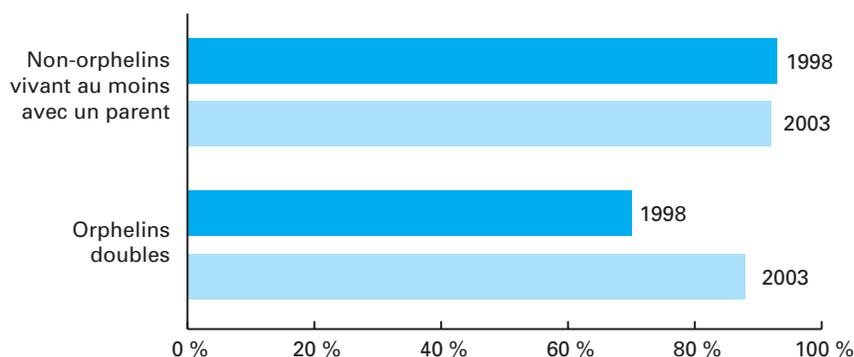
2. Mobiliser et soutenir les actions

communautaires : lorsque la famille élargie ne peut pas subvenir comme il le faudrait aux besoins fondamentaux de ses enfants, c'est la communauté qui devient source de soutien essentiel. Dans les pays à prévalence élevée comme le Malawi, le Rwanda, le Swaziland et la Tanzanie, les enfants et les ménages sont soutenus par des interventions au niveau communautaire^{13, 14}. Les actions communautaires demandent que l'on fasse participer les dirigeants locaux et leur communauté à la création de mécanismes de surveillance des enfants vulnérables et de leur foyer, que l'on facilite le dialogue communautaire sur le VIH pour combattre la stigmatisation et la discrimination, que l'on organise des activités coopératives de soutien familial (garde d'enfants pendant la journée, clubs de jeunes, main-d'œuvre de remplacement pour les adultes malades, aide alimentaire et soutien psychologique), et que l'on offre la possibilité de garde communautaire aux enfants qui n'ont pas de soutien familial.

3. Assurer l'accès des orphelins et enfants vulnérables aux services essentiels : éducation, soins de santé et déclaration des naissances : les travaux de recherche présentés dans ce document indiquent que l'accès des orphelins et enfants vulnérables aux services essentiels varie considérablement d'un pays à l'autre, et même au sein d'un même pays. Un bilan de la situation locale est essentiel pour déterminer le niveau d'accès et d'équité.

Ainsi que l'illustrent les données sur l'éducation, l'enregistrement des naissances et d'autres services, les habitants des pays à prévalence du VIH très élevée ont généralement peu accès aux services essentiels. Dans ces situations, les stratégies améliorant l'accès de tous les enfants peuvent bénéficier particulièrement aux

FIGURE 5.2 : Répercussions de la politique de l'éducation primaire universelle sur l'absentéisme scolaire chez les enfants de 10 à 14 ans, Kenya



Source : enquêtes démographiques et sanitaires, Kenya, 1998 et 2003.

Note : Le Kenya a mis en place le programme d'éducation primaire gratuite en janvier 2003.

orphelins et enfants vulnérables. Dans les pays où l'accès général aux services est bon et où les orphelins et enfants vulnérables font l'objet de discrimination, des stratégies plus ciblées s'imposent.

En éliminant les droits de scolarité, des pays comme le Kenya et l'Ouganda¹⁵ ont fait augmenter la scolarisation de leurs enfants en général et fait diminuer les disparités entre orphelins et non-orphelins (voir Figure 5.2 pour les chiffres sur le Kenya). Les facteurs conduisant à

l'élimination des droits de scolarité exigent un engagement politique appuyé par une augmentation des dépenses des pouvoirs publics et des donateurs dans le secteur de l'éducation, une amélioration de la formation et du développement professionnel des enseignants et une augmentation de l'aide qui leur est consentie, ainsi qu'un cadre politique solide en matière d'éducation¹⁶.

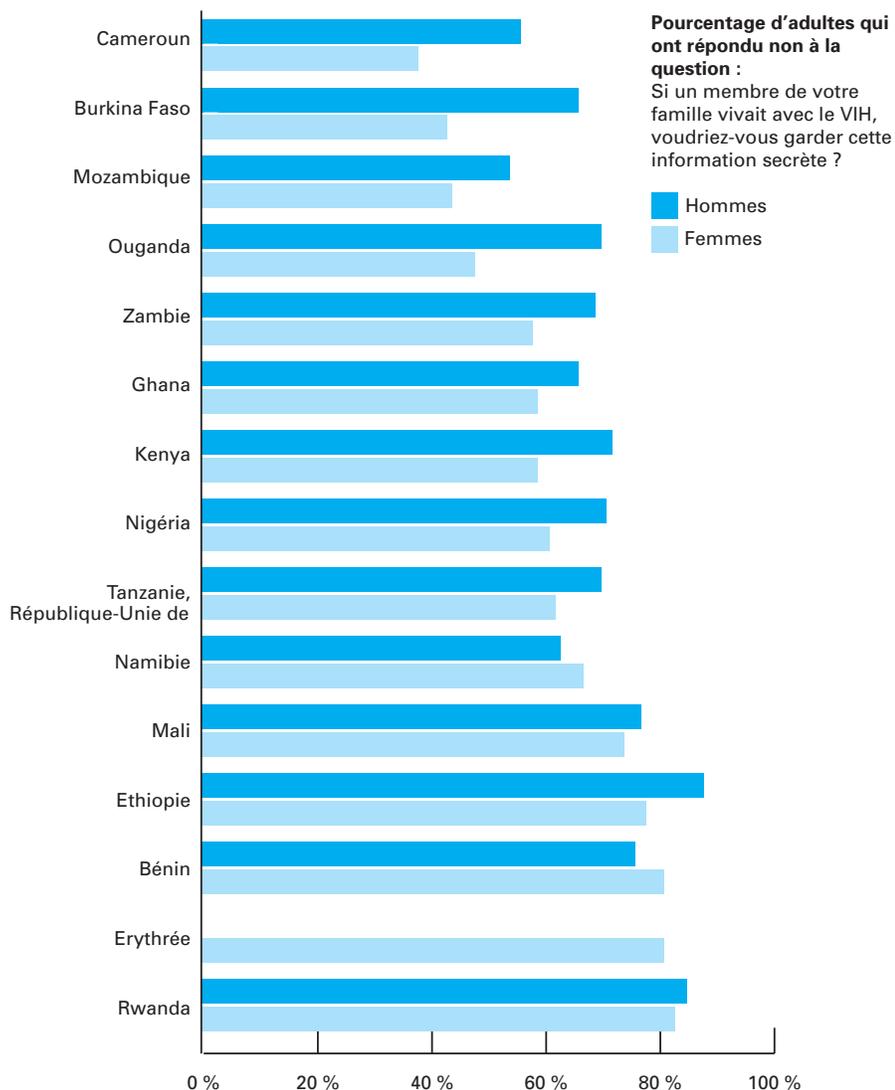
Tous les gouvernements doivent s'assurer que les enfants ont les papiers

nécessaires pour s'inscrire à l'école et recevoir le soutien que peuvent leur fournir les pouvoirs publics. On surmontera d'autres obstacles à l'éducation, financiers ou non, en accordant une aide pour l'achat des uniformes, des livres et d'autres articles, en rendant l'éducation plus concrète en y incorporant les compétences de la vie quotidienne, en permettant aux groupes locaux d'ouvrir des écoles communautaires et en les y encourageant, et en fournissant des repas scolaires. Des programmes d'alimentation scolaire ont été mis en place en Afrique du Sud et leur efficacité n'est plus à démontrer; ils peuvent présenter le double avantage d'améliorer l'état nutritionnel des enfants (dans les cas où, en leur absence, ils sauteraient les repas) tout en attirant les enfants à l'école et en les y faisant rester.

4. S'assurer que les pouvoirs publics protègent les enfants les plus vulnérables en améliorant les politiques et législations et en orientant les ressources vers les familles et communautés. Comme on l'a vu ci-dessus, les gouvernements d'Afrique subsaharienne intensifient leurs efforts pour protéger les orphelins et enfants vulnérables en élaborant des plans nationaux et en augmentant la mobilisation des ressources. Les responsabilités des gouvernements à l'égard des enfants vulnérables recoupant de nombreux secteurs, il faut améliorer la coordination, par exemple entre les programmes de santé et ceux de bien-être social.

Une stratégie prometteuse qui gagne actuellement du terrain dans les pays à prévalence élevée de l'Afrique de l'Est et australe consiste à renforcer les mesures de protection sociale par l'éducation, les travaux publics et transferts de fonds sans conditions au profit des ménages pauvres et vulnérables. Une étude récente a montré

FIGURE 5.3 : Pourcentage d'adultes qui accepteraient de dévoiler la situation d'un membre de la famille vis-à-vis du VIH



Source: enquêtes démographiques et sanitaires, 2000-2004.

que ces initiatives avaient remporté un certain succès¹⁷. Beaucoup des programmes étudiés ont montré le potentiel qu'ils avaient de réduire la vulnérabilité des foyers et d'améliorer l'accès aux services. Ces programmes doivent être évalués encore davantage, leur rentabilité doit être déterminée, et il faut les intégrer à un cadre global de protection sociale dans le cadre de la planification et de l'intensification des actions au niveau national.

5. Susciter une sensibilisation à tous les niveaux par le plaidoyer et la mobilisation sociale pour créer un environnement favorable pour les enfants et les familles affectés par le VIH et le SIDA : les données récemment collectées dans de vastes études menées auprès de la population d'Afrique subsaharienne montrent une certaine ouverture d'esprit chez les hommes et chez les femmes sur les questions de SIDA au niveau familial. Dans presque tous les pays disposant de données relatives à ce thème, plus de 50 pour cent des deux sexes ont répondu qu'ils ne voudraient pas qu'un membre de la famille séropositif garde le secret sur sa situation (voir Figure 5.3).

Ceci permet d'identifier rapidement les individus et les familles qui ont besoin de soutien. La divulgation et l'acceptation des familles pourraient aussi combattre les attitudes négatives et la peur du contact personnel avec des gens qui vivent avec le VIH. C'est une étape importante dans la création d'un environnement au sein duquel les personnes affectées se sentent soutenues.

Pour combattre la stigmatisation et la discrimination actuelles, il faut un meilleur accès à l'information, une démystification vigoureuse des mythes préjudiciables et une évolution de la perception qu'a le grand public du VIH. L'évaluation du niveau

de discrimination et d'idées fausses dans une communauté est utile pour lancer ce processus.

CONCLUSION

Les conséquences de l'épidémie de SIDA sur des générations d'orphelins et enfants vulnérables d'Afrique subsaharienne sont graves, mais les gouvernements, les organismes internationaux, les organisations non gouvernementales et les groupes communautaires peuvent infléchir le cours des interventions à mener.

On peut résoudre certains problèmes en aidant les personnes qui s'occupent des enfants, les familles élargies et les communautés. D'autres mesures, par exemple un accès équitable à l'éducation et à la santé, la déclaration des naissances, l'hébergement en famille d'accueil et la législation sur l'héritage, demandent aussi l'engagement et l'intervention des pouvoirs publics.

Néanmoins, pour mettre en œuvre les mesures qui s'imposent à l'échelle qui convient, il faut en savoir suffisamment pour comprendre la situation des orphelins affectés par le SIDA. Malgré l'étude plus rigoureuse des conditions auxquelles sont soumis les orphelins et enfants vulnérables dans cette région et malgré une collecte de données plus systématique, la base de connaissances sur la situation de ces enfants doit encore être élargie et renforcée. Notre compréhension est loin d'être totale et doit être améliorée. C'est là une question d'autant plus pressante que l'épidémie de SIDA en est maintenant à sa troisième décennie.

Pour ce faire, nous devons passer à la vitesse supérieure et, ce qui est tout aussi important, mesurer le degré d'efficacité des programmes d'aide aux orphelins et enfants vulnérables et à leur famille. L'amélioration des travaux de recherche doit se traduire par de meilleures actions à l'échelle néces-

saire, et des systèmes de suivi plus systématiques devraient être mis en place pour s'assurer que l'on répond bel et bien aux besoins des enfants.

En accélérant les mesures de prévention en faveur des enfants et des adultes, on réduira à l'avenir le nombre d'orphelins et enfants vulnérables, et on améliorera l'accès aux thérapies antirétrovirales et au traitement des maladies liées au VIH continuera à prolonger la vie des parents vivant avec le VIH.

Ainsi que le décrit ce rapport, la situation des orphelins et enfants vulnérables varie selon le contexte, et les actions doivent se fonder sur des bilans de situation pour refléter les réalités locales et répondre aux besoins locaux. Il faut établir des passerelles entre les secteurs pour assurer une approche globale. De surcroît, les recherches menées à ce jour révèlent qu'un fardeau particulièrement lourd pèse sur les ménages les plus pauvres et sur ceux qui sont dirigés par une femme.

Depuis la publication de *Les Générations orphelines d'Afrique* en 2003, le VIH continue à se propager, avec en toile de fond la pauvreté de l'Afrique subsaharienne. La démarche a évolué pour englober les enfants vulnérables en même temps que les orphelins. Une action comportant une accélération rapide et un financement suffisant, étayée par un dossier de mieux en mieux fourni, peut contribuer à garantir que les orphelins et enfants vulnérables grandiront en toute sécurité et en bonne santé, heureux et bien éduqués, et qu'ils auront l'occasion ainsi de réaliser tout leur potentiel.

RÉFÉRENCES

CHAPITRE 1

- 1 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA : une édition spéciale-10^e anniversaire de ONUSIDA*, ONUSIDA, Genève, 2006, pp. 15, 508 dans la version anglaise.
- 2 Foster, Geoff, et John Williamson : 'A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa', *AIDS*, vol. 14, suppl. 3, 2000, pp. S275-S284.
- 3 Organisation mondiale de la Santé, *Global Burden of Disease Project, Results for 2002*, accessible en ligne à <<http://www.who.int/healthinfo/bodproject/en/index.html>>
- 4 Watts, Helen, et al. : 'Rising incidence and prevalence of orphanhood in Manicaland, Zimbabwe, 1998 to 2003', *AIDS*, vol. 19, 2005, pp. 717-725.
- 5 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA*, op. cit., p. 8.
- 6 Floyd, Sian, et al., *UNICEF project : HIV and orphanhood : final report on phase 3*, collaboration entre le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et la London School of Hygiene & Tropical Medicine, Septembre 2005, pp. 16, 34. Ce rapport a trait à la troisième phase d'un projet utilisant des données empiriques provenant d'études communautaires longitudinales africaines pour évaluer l'impact général de l'épidémie de VIH sur le bien-être des enfants.
- 7 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Agence des Etats-Unis pour le développement international : *Children on the Brink 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*, projet population, santé et nutrition, pour USAID, juillet 2004, Washington, D.C., 2004, pp. 7, 14.
- 8 Analyse par l'UNICEF de données contenues dans *Zambia Sexual Behaviour Survey 2005* (Enquête 2005 sur les comportements sexuels en Zambie) République de Zambie, Bureau central des statistiques, Ministère de la Santé, évaluation de mesures, mars 2006.
- 9 Walker, Neff, et al., 'Potential impact of a comprehensive package of HIV prevention, treatment and care on children and young people in low- and middle-income countries', à l'étude avant publication, 2006, p. 8.

CHAPITRE 2

- 1 Béchu, Nathalie, 'The impact of AIDS on the Economy of Families in Côte d'Ivoire: Changes in consumption among AIDS affected households', dans *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*, publié sous la direction de Martha Ainsworth, Lieve Fransen and Mead Over, Commission européenne, Bruxelles, 1998, pp. 342-343.
- 2 Steinberg, Malcolm, et al., *Hitting Home:*

How households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic – A survey of households affected by HIV/AIDS in South Africa, Henry J. Kaiser Foundation and Health Systems Trust, Washington, D.C., octobre 2002, p. 19.

- 3 Les trois études récentes sont : Seaman, John, et Celia Petty, avec James Acidri, *Malawi Assessment: The impact of HIV/AIDS on household economy in two villages in Salima district*, Save the Children, Londres, février 2005; Petty, Celia, Kerry Sylvester et John Seaman, *A rural trading community in Manica province, Mozambique: the impact of HIV/AIDS on household economy*, Save the Children, Londres, mars 2004; Seaman, John, Celia Petty et Henry Narangu, *Swaziland Assessment: HIV/AIDS and household economy in a Highveld Swaziland community*, Save the Children, Londres, Mars 2004.
- 4 Seaman, John, Celia Petty et Henry Narangu, op. cit., p. 5.
- 5 Rose, Laurel : 'Orphans' Land Rights in Post- War Rwanda: The Problem of Guardianship', *Development and Change*, vol. 36, no. 5, 2005, pp. 911-936.
- 6 Witter, Sophie, George Calder et Timothy Ahimbisibwe, *Taking Better Care? Review of a decade of work with orphans and vulnerable children in Rakai, Uganda*, Save the Children, Londres, 2004, p. 19. Pour des discussions supplémentaires sur l'usurpation de biens en Ouganda, voir également Gilborn, Laelia, et al., *Making a difference for children affected by AIDS: Baseline findings from operations research in Uganda*, Population Council, Washington, D.C., juin 2001.
- 7 Les trois études récentes sont : Chatterji, Minki, et al., *The well-being of children affected by HIV/AIDS in Lusaka, Zambia, and Gitarama Province, Rwanda: Findings from a study*, Community REACH (document de travail No. 2), Pact, Washington, D.C., 2005; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Ministère du service public, du travail et du bien-être social, Zimbabwe : *Survey on Orphans and Other Vulnerable Children in Rural & Urban High Density Zimbabwe 2004/2005*, Harare, 2005; et Fonds des Nations Unies pour l'enfance : 'Report on the pilot survey on orphans and other vulnerable children in Blantyre, Malawi', UNICEF Malawi, juin 2005.
- 8 Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Ministère du service public, de travail et du bien-être social, op. cit., p. 58.
- 9 Adato, Michelle, et al., *Children in the Shadow of AIDS: Studies of Vulnerable Children and Orphans in Three Provinces in South Africa*, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, D.C., novembre 2005, p. 51.
- 10 Nhate, Virgulino, et al., *Orphans and Discrimination in Mozambique: An Outlay Equivalence Analysis*, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, D.C., 2005, pp. 1-2, 12.

11 Ansell, Nicola, et Lorraine Young, 'Enabling households to support successful migration of AIDS orphans in southern Africa', *AIDS Care*, vol. 16, no. 1, janvier 2004, pp. 3-10.

12 Case, Anne, Christina Paxson et Joseph Ableidinger, 'Orphans in Africa: Parental Death, Poverty and School Enrollment', *Demography*, vol. 4, no. 3, août 2004, pp. 483-508.

CHAPITRE 3

- 1 Agence des Etats-Unis pour le développement international et consorts : *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*, Policy Project, USAID, Washington, D.C., juin 2004. p. v. Note : Les niveaux de couverture présentés dans cette source se fondent sur les rapports disponibles auprès des gouvernements et des organisations les plus importantes. Le rapport note que « les statistiques disponibles sur l'aide apportée aux orphelins et enfants vulnérables sous-estiment probablement le véritable montant de cette aide puisque de nombreux petits groupes communautaires aident des enfants en petit nombre sans le soutien extérieur de bailleurs de fonds, et que bien souvent, ces statistiques ne sont donc pas signalées au niveau central. » Voir aussi Tanzania Commission for AIDS, National Bureau of Statistics et ORC Macro, *Tanzania AIDS Indicator Survey 2003-04*, TACAIDS, NBS et ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2005, p. 16.
- 2 Monasch, Roeland, et J. Ties Boerma, 'Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: An analysis of national surveys from 40 countries', *AIDS*, vol. 18, suppl. 2, 2004, pp. S55-S65.
- 3 Foster, Geoff, 'The capacity of the extended family safety net for orphans in Africa', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 5, no. 1, 2000, pp. 55-62.
- 4 Monasch, Roeland, et J. Ties Boerma, op. cit., pp. S55-S65.
- 5 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Les générations orphelines d'Afrique*, UNICEF, New York, 2003, p. 21.
- 6 Monasch, Roeland, et J. Ties Boerma, op. cit., pp. S55-S65.
- 7 Evans, David, *The Spillover Impacts of Africa's Orphans*, document de travail de la Rand Corporation, Santa Monica, décembre 2005, pp. 10-11.
- 8 Zimmer, Zachary, et Julia Dayton, 'Older adults in sub-Saharan Africa living with children and grandchildren', *Population Studies*, vol. 59, no. 3, 2005, pp. 295-312.
- 9 Mann, Gillian, *Family Matters: the Care and Protection of Children Affected by HIV/AIDS in Malawi*, Save the Children Alliance, Londres, octobre 2002, p. 5.
- 10 Case, Anne, Christina Paxson et Joseph Ableidinger, op. cit., pp. 483-508.

- 11 Zimmer, Zachary, et Julia Dayton, op. cit., pp. 295–312.
- 12 Floyd, Sian, et al., op. cit., p. 40. Ce rapport a trait à la troisième phase d'un projet utilisant des données empiriques provenant d'études communautaires longitudinales africaines pour évaluer l'impact général de l'épidémie de VIH sur le bien-être des enfants.
- 13 *Zambia Sexual Behaviour Survey 2005* (Enquête 2005 sur les comportements sexuels en Zambie) République de Zambie, Bureau central des statistiques, Ministère de la santé, évaluation de mesures, mars 2006, p. 82.
- 14 Nampanya-Serpell, Namposya, *Children orphaned by HIV/AIDS in Zambia: Risk factors from premature parental death and policy implications*, PhD dissertation, University of Maryland, Baltimore, 1998, cited in Foster, Geoff, and John Williamson, 'A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa', *AIDS*, vol. 14, suppl. 3, 2000, pp. S275–S284.
- 15 Monasch, Roeland, and J. Ties Boerma, op. cit., pp. S55–S65.
- 16 Foster, Geoff, and John Williamson, op. cit., pp. S275–S284.
- 9 Sarker, Malabika, Christina Neckermann et Olaf Muller, 'Assessing the health status of AIDS and other orphans in Kampala, Uganda', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 10, no. 3, 2005, pp. 210–215.
- 10 Gregson, Simon, et al., 'HIV infection and reproductive health in teenage women orphaned and made vulnerable by AIDS in Zimbabwe', *AIDS Care*, vol. 17, no. 7, 2005, pp. 785–794.
- 11 Birdthistle, Isolde, et al., 'From affected to infected? Understanding the sexual health risks to adolescent girls affected by AIDS in urban Zimbabwe', présentation d'affiches à la conférence du Zimbabwe sur le SIDA, septembre 2004.
- 12 Crampin, Amelia C., et al., op. cit., pp. 389–397.
- 13 Monasch, Roeland et J. Ties Boerma, op. cit., pp. S55–S65.
- 14 Ainsworth, Martha, et Innocent Semali : 'The Impact of Adult Deaths on Children's Health in Northwestern Tanzania', document de travail 226 de la Banque mondiale sur les recherches stratégiques, Washington, D.C., 2000, p. 28.
- 15 Lindblade, Kim A., et al., op. cit. pp. 67–72.
- 16 Yamano, Takashi et T. S. Jayne : 'Measuring the impacts of working-age adult mortality on small-scale farm households in Kenya', *World Development*, vol. 32, no. 1, 2004, pp. 91–119.
- 17 Makame V., C. Ani et Sally Grantham-McGregor : 'Psychological well-being of orphans in Dar El Salaam, Tanzania', *Acta Paediatrica*, vol. 91, 2002, pp. 459–465.
- 18 Rivers, Jonathan, et al. : *The Nutritional and Food security Status of Orphans and Vulnerable Children in Sub-Saharan Africa*, (soumis), 2006, p. 10.
- 19 Department for International Development (Royaume-Uni), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance : 'Education Access for Children Affected by HIV and AIDS', document de référence pour le Forum mondial de partenaires sur les enfants affectés par le SIDA, Londres, 2006, p. 1.
- 20 Glynn, Judith, et al. : 'Does increased general schooling protect against HIV infection? A study in four African cities', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 9, no. 1, 2004, pp. 4–14.
- 21 Ainsworth, Martha, et Deon Filmer, 'Inequalities in Children's Schooling: AIDS, Orphanhood, Poverty, and Gender', World Development (en cours d'impression), 2006, p. 1.
- 22 Ibidem
- 23 Bicego, George, Shea Rutstein et Kiersten Johnson : 'Dimensions of the emerging orphan crisis in sub-Saharan Africa', *Social Science & Medicine*, vol. 56, no. 6, 2003, pp. 1235–1247.
- 24 Case, Anne, et Cally Ardington : 'The impact of parental death on school enrollment and achievement: Longitudinal evidence from South Africa', publié prochainement, 2006, *Demography*, p. 15.
- 25 Mishra, Vinod, et al. : *DHS Working Papers: Education and Nutritional Status of Orphans and Children of HIV-Infected Parents in Kenya*, No. 24, ORC Macro, Demographic and Health Research Division, Calverton, Maryland, USA, août 2005, p. iii.
- 26 Ainsworth, Martha, Kim Beegle et Godlike Koda : 'The Impact of Adult Mortality and Parental Deaths on Primary Schooling in North Western Tanzania', *The Journal of Development Studies*, vol. 41, no. 3, 2005, pp. 412–439.
- 27 Monasch, Roeland, et J. Ties Boerma, op. cit., pp. S55–S65.
- 28 Hyde, Karin, Andrew Ekatan et Catherine Barasa : 'HIV/AIDS and Education in Uganda: Windows of opportunity?', Centre for International Education, Brighton, UK, janvier 2002, p. vii, p. 43.
- 29 Bicego, George, Shea Rutstein et Kiersten Johnson, op. cit., pp. 1235–1247.
- 30 Case, Anne, Christine Paxson et Joseph Ableidinger, op. cit., p. 3.
- 31 Save The Children UK : *The Role of Stigma and Discrimination in Increasing the Vulnerability of Children and Youth Infected with and Affected by HIV/AIDS*, Arcadia 2001, South Africa. http://www.savethechildren.org.uk/scuk_cache/scuk/cache/cmsattach/1104_stigma.pdf
- 32 Atwine, Benjamin, Elizabeth Cantor-Graae et Francis Bajunirwe, 'Psychological distress among AIDS orphans in rural Uganda', *Social Science & Medicine*, vol. 61, 2005, pp. 555–564.
- 33 Makame, V., C. Ani et Sally Grantham-McGregor, op. cit., p. 463.
- 34 Fonds des Nations Unies pour l'enfance : *The 'Rights' Start to Life: A Statistical Analysis of Birth Registration*, UNICEF, New York, 2005, p. 3.

CHAPITRE 4

- 1 Ansell, Nicola, and Lorraine Young, 'Enabling households to support successful migration of AIDS orphans in southern Africa', *AIDS Care*, vol. 16, no. 1, janvier 2004, pp. 3–10.
- 2 Bishai, David, et al., 'Does biological relatedness affect survival?', *Demographic Research*, vol. 8, no. 9, 2003, pp. 261–77.
- 3 Verhoef, Heidi, 'A child has many mothers: Views of child fostering in northwestern Cameroon', *Childhood*, vol. 12, no. 3, 2005, pp. 369–390.
- 4 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Agence des Etats-Unis pour le développement international, *Enfants au bord du gouffre 2004*, op. cit., p. 20.
- 5 Zaba, Basia, et al., 'HIV and mortality of mothers and children: evidence from cohort studies in Uganda, Tanzania and Malawi', *Epidemiology*, vol. 16, no. 3, 2005, pp. 275–280.
- 6 Crampin, Amelia C., et al., 'The long-term impact of HIV and orphanhood on the mortality and physical well-being of children in rural Malawi', *AIDS*, vol. 17, 2003, pp. 389–397.
- 7 Walker, Neff, Bernard Schwartlander et Jennifer Bryce, 'Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS', *The Lancet*, vol. 360, no. 27, 2002, pp. 284–289.
- 8 Lindblade, Kim A., et al., 'Health and nutritional status of orphans under 6 years old cared for by relatives in western Kenya', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 8, no. 1, 2003, pp. 67–72.

Encadré 4.1

- i Données fournies à l'UNICEF par le Ministère de la santé et du bien-être social du Libéria et par le Ministère du développement communautaire et des services sociaux de la Zambie.
- ii Powell, G., et al. : 'Children in residential care: The Zimbabwean Experience', projet de rapport interne soumis par UNICEF Zimbabwe, 2005, p. 5.
- iii Conférence mondiale des religions pour la paix et Fonds des Nations Unies pour l'enfance : 'Study of the Response by Faith-Based Organizations to Orphans and Vulnerable Children', UNICEF, New York, janvier 2004, p. 12.

RÉFÉRENCES (suite)

- iv Tolfree, David : *Roofs and Roots : The Care of Separated Children in the Developing World*. Arena, Aldershot, Royaume-Uni, 1995, p. 32; et Williamson, John : 'What About Orphanages?', document de travail inclus dans Williamson, Jan : *A Family is for a Lifetime: Part I. A Discussion of the Need for Family Care for Children Impacted by HIV/AIDS*, The Synergy Project, Agence américaine pour le développement international, Bureau du VIH/SIDA, Washington, D.C., mars 2004, p. 21.
- v Tobis, David : *Moving from Residential Institutions to Community-Based Services in Eastern Europe and the Former Soviet Union*, Banque mondiale, Washington, D.C., 2000 and Williamson, John : 'What About Orphanages?', document de travail inclus dans Williamson, Jan, 2004, op. cit., p. 21.
- vi Tolfree, David : *Facing the Crisis: Supporting children through positive care options*, The Save the Children Fund, Londres, 2005, p. 4; and Williamson, John : 'What About Orphanages?', document de travail inclus dans Williamson 2004 op. cit., p. 21.
- vii Tolfree, David K. : *Community-Based Care for Separated Children*, Save the Children Suède, 2003, p. 9.
- viii Tolfree, David : *Facing the Crisis*, op. cit., p. 2.
- ix Parry-Williams, John : 'A Case Study of Legal Reform in Uganda as Part of a Strategy for Promoting Community-Based Care', résumé dans Williamson, Jan, op. cit., p. 31, 2004.
- x Frank, Deborah A., et al. : 'Infants and Young Children in Orphanages: One View from Pediatrics and Child Psychiatry', *Pediatrics*, vol. 97, no. 4, avril 1996, pp. 569-578.
- 2 Fonds des Nations Unies pour l'enfance : *Les enfants : la face cachée du SIDA : un appel à l'action*, UNICEF, New York, 2005, p. 11.
- 3 Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2002, A/RES/S-27/2, para. 45, pp. 19-20.
- 4 Gouvernement du Royaume-Uni : 'Le communiqué de Gleneagles 2005', Sommet de Gleneagles, 8 juillet 2005, p. 22.
- 5 Résolution 60 des Nations Unies, A/RES/60/224, 13 janvier 2006, para. 12, p. 3.
- 6 Nations Unies : étude de la déclaration politique de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, New York, 2006, A/RES/60, para. 32, p. 5.
- 7 Nations Unies : *Progress towards implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Rapport du Secrétaire général, suivi des conclusions de la 26^e Session extraordinaire, 25 juillet 2003, Nations Unies A/58/184, New York, p. 20.
- 8 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Groupe « prospective » : *National Responses to Orphans and other Vulnerable Children in sub-Saharan Africa – Indice 2004 des efforts de programmation pour les OEV*, septembre 2004.
- 9 Garmaise, David : *The Aidspan Guide to Developing Global Fund Proposals to Benefit Children Affected by HIV/AIDS*, Appendice II, New York, 2006, pp. 56-69.
- 10 Webb, Doug : dernières informations concernant les Plans d'action nationaux pour les orphelins et les enfants vulnérables et la deuxième phase du processus de bilan rapide, d'analyse et de planification des actions, UNICEF, rapport officieux, juin 2005.
- 11 Bonnel, Rene, Miriam Temin et Faith Tempest : *Poverty Reduction Strategy Papers: Do they matter for children and young people made vulnerable by HIV/AIDS?* Résultats d'une étude commune de l'UNICEF et de la Banque mondiale, décembre 2004.
- 12 Annan, Joseph, et Benjamin Ofoosu-Koranteng, *National Development Planning and Implementation Strategy Note and Guide: The Answer Lies Within*, Bureau du groupe VIH/SIDA pour la politique du développement, PNUD, 2005, et Bonnel, R, et al., op. cit.
- 13 Donahue, Jill, et John Williamson, *Community mobilization to address the impacts of AIDS: A review of COPE II (Community-based options for protection and empowerment) program in Malawi*, USAID Displaced Children and Orphans Fund, Washington, D.C., 1999, p. ii.
- 14 White, J., *UNICEF efforts to address the needs of children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS – Rwanda, Swaziland and Tanzania*, UNICEF, août 2004, p. 9.
- 15 Fonds des Nations Unies pour l'enfance : *Les générations orphelines d'Afrique*, New York 2003, p. 38.
- 16 Tempest, Faith : 'Overcoming financial barriers to children's participation in education: actions for children affected by AIDS in Sub-Saharan Africa', UNICEF, projet 2005, p. iii.
- 17 Fonds des Nations Unies pour l'enfance : *Innovations in social protection in Eastern and Southern Africa: Reaching the most Vulnerable Children in the Context of HIV and AIDS: An integrated summary report on education, public works and cash transfer programmes*, Nairobi, 2005, p. 15.
- 1 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA*, p. 224.

CHAPITRE 5

TABLEAUX STATISTIQUES

TABLEAU 1
ESTIMATION DU NOMBRE D'ORPHELINS PAR RÉGION, ANNÉE, TYPE ET CAUSE

Région	Année	Population âgée de 0 à 17 ans	% d'enfants qui sont orphelins	Enfants qui sont devenus orphelins pendant l'année	Orphelins maternels ^a	Orphelins paternels ^a	Orphelins doubles ^a	Nombre total d'orphelins ^a	Nombre total d'orphelins à cause du SIDA	Enfants rendus orphelins par le SIDA en % de tous les orphelins
Afrique subsaharienne										
	1990	271 600 000	11	3 400 000	13 600 000	21 400 000	4 100 000	30 900 000	330 000	1
	1995	309 900 000	11	4 200 000	16 000 000	24 000 000	4 900 000	35 000 000	2 300 000	7
	2000	348 500 000	12	5 100 000	20 500 000	27 900 000	6 800 000	41 500 000	7 000 000	17
	2005	387 000 000	12	5 500 000	25 500 000	31 900 000	9 100 000	48 300 000	12 000 000	25
	2010	427 000 000	12	5 700 000	28 500 000	34 800 000	10 300 000	53 100 000	15 700 000	30
Asie										
	1990	1 095 200 000	8	9 100 000	30 800 000	60 900 000	6 400 000	85 200 000	–	–
	1995	1 117 700 000	7	8 800 000	28 800 000	60 200 000	5 900 000	83 100 000	–	–
	2000	1 145 100 000	7	8 400 000	25 800 000	57 700 000	4 800 000	78 600 000	–	–
	2005	1 141 700 000	6	8 000 000	22 900 000	54 800 000	4 000 000	73 700 000	–	–
	2010	1 129 000 000	6	7 700 000	20 300 000	52 000 000	3 400 000	68 900 000	–	–
Amérique latine et Caraïbes										
	1990	184 500 000	7	1 300 000	3 700 000	9 300 000	750 000	12 300 000	–	–
	1995	189 800 000	6	1 300 000	3 500 000	9 400 000	690 000	12 200 000	–	–
	2000	192 300 000	6	1 200 000	3 100 000	8 900 000	600 000	11 400 000	–	–
	2005	193 800 000	6	1 200 000	2 800 000	8 500 000	500 000	10 700 000	–	–
	2010	194 200 000	5	1 200 000	2 500 000	8 100 000	420 000	10 200 000	–	–
Total										
	1990	1 551 200 000	8	13 800 000	48 000 000	91 600 000	11 300 000	128 400 000	–	–
	1995	1 617 400 000	8	14 300 000	48 200 000	93 600 000	11 500 000	130 300 000	–	–
	2000	1 686 000 000	8	14 800 000	49 400 000	94 500 000	12 300 000	131 600 000	–	–
	2005	1 722 400 000	8	14 700 000	51 200 000	95 200 000	13 700 000	132 700 000	15 200 000	11
	2010	1 750 200 000	8	14 600 000	51 300 000	95 000 000	14 100 000	132 200 000	20 200 000	15

Source: ONUSIDA et UNICEF 2006.

^a Les enfants sont définis comme des orphelins paternels ou maternels, que l'autre parent survive ou non. Les estimations d'orphelins paternels et maternels incluent donc les orphelins doubles. Le nombre total d'orphelins = orphelins maternels + orphelins paternels – orphelins doubles.

TABLEAU 2

NOMBRE ESTIMATIF D'ORPHELINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE PAR PAYS, TYPE, ÂGE ET CAUSE

	Total orphelins, 2005				Orphelins par type, 2005				Orphelins par groupe d'âge, 2005			Projections pour 2010	
	Nombre total d'orphelins	% d'enfants qui sont des orphelins	Nombre d'orphelins à cause du SIDA	Enfants rendus orphelins par le SIDA en pourcentage de tous les orphelins	Orphelins maternels ^a	Orphelins paternels ^a	Orphelins doubles ^a	Enfants devenus orphelins en 2005	% d'enfants de 0 à 5 ans qui sont orphelins	% d'enfants de 6 à 11 ans qui sont orphelins	% d'enfants de 12 à 17 ans qui sont orphelins	Nombre total d'orphelins en 2010	Orphelins en % de tous les enfants en 2010
Afrique de l'Ouest													
Bénin	370 000	8	62 000	17	160 000	250 000	44 000	44 000	3	9	15	400 000	8
Burkina Faso	710 000	10	120 000	16	320 000	470 000	79 000	82 000	4	10	17	790 000	9
Cap-Vert	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	1 400 000	15	450 000	33	790 000	940 000	350 000	150 000	6	16	24	1 500 000	15
Gambie	64 000	9	4 000	6	26 000	43 000	6 000	7 000	3	9	16	65 000	8
Ghana	1 000 000	9	170 000	17	490 000	640 000	110 000	110 000	3	10	16	1 000 000	9
Guinée	370 000	8	28 000	7	160 000	250 000	38 000	39 000	3	8	15	380 000	7
Guinée-Bissau	100 000	12	11 000	10	48 000	72 000	16 000	12 000	5	13	21	120 000	12
Libéria	250 000	14	-	-	130 000	170 000	60 000	27 000	6	15	28	280 000	14
Mali	710 000	10	94 000	13	320 000	470 000	85 000	78 000	4	11	19	770 000	10
Mauritanie	170 000	11	7 000	4	75 000	120 000	17 000	19 000	4	12	20	190 000	10
Niger	800 000	11	46 000	6	370 000	520 000	87 000	92 000	4	12	21	890 000	10
Nigéria	8 600 000	13	930 000	11	4 400 000	5 800 000	1 500 000	1 000 000	5	14	21	9 600 000	13
Sénégal	560 000	9	25 000	4	250 000	370 000	67 000	61 000	4	10	17	570 000	9
Sierra Leone	340 000	13	31 000	9	150 000	240 000	52 000	38 000	5	14	23	370 000	12
Togo	280 000	9	88 000	31	130 000	190 000	38 000	36 000	3	10	16	320 000	9
Afrique centrale													
Cameroun	1 000 000	13	240 000	24	540 000	660 000	180 000	120 000	6	14	21	1 100 000	14
Congo	270 000	12	110 000	39	140 000	180 000	48 000	30 000	5	14	22	300 000	12
Congo, République démocratique du	4 200 000	14	680 000	16	2 100 000	2 800 000	800 000	450 000	6	16	24	4 600 000	13
Gabon	65 000	11	20 000	31	32 000	41 000	8 000	9 000	4	11	17	75 000	12
Guinée équatoriale	29 000	12	5 000	16	14 000	20 000	5 000	3 000	5	13	21	32 000	11
République centrafricaine	330 000	16	140 000	41	180 000	220 000	76 000	38 000	7	18	26	360 000	17
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan	1 700 000	9	140 000	8	740 000	1 100 000	180 000	180 000	3	9	15	1 800 000	8
Tchad	600 000	12	57 000	10	280 000	410 000	84 000	76 000	5	13	21	730 000	12
Afrique de l'Est													
Burundi	600 000	13	120 000	21	310 000	400 000	110 000	61 000	5	15	24	650 000	12
Comores	33 000	8	-	-	14 000	22 000	3 000	3 000	2	8	15	31 000	7
Djibouti	48 000	11	6 000	12	22 000	32 000	6 000	5 000	4	12	18	51 000	11
Erythrée	280 000	11	36 000	13	120 000	190 000	34 000	29 000	4	12	23	290 000	10
Ethiopie	4 800 000	11	-	-	2 300 000	3 200 000	660 000	510 000	4	12	20	5 100 000	11
Kenya	2 300 000	13	1 100 000	46	1 400 000	1 300 000	410 000	270 000	5	15	21	2 500 000	13
Madagascar	900 000	9	13 000	1	370 000	590 000	65 000	95 000	4	10	17	940 000	9
Ouganda	2 300 000	14	1 000 000	45	1 300 000	1 500 000	540 000	230 000	5	16	25	2 500 000	13
Rwanda	820 000	16	210 000	26	490 000	620 000	290 000	72 000	6	17	33	810 000	14
Somalie	630 000	13	23 000	4	310 000	440 000	110 000	66 000	5	15	27	680 000	12
Tanzanie, République-Unie de	2 400 000	12	1 100 000	44	1 300 000	1 500 000	410 000	270 000	5	14	21	2 500 000	12
Afrique australe													
Afrique du Sud	2 500 000	13	1 200 000	49	1 300 000	1 600 000	450 000	370 000	6	14	19	3 200 000	17
Angola	1 200 000	14	160 000	13	590 000	820 000	230 000	130 000	6	16	24	1 300 000	14
Botswana	150 000	19	120 000	76	110 000	100 000	56 000	17 000	8	22	27	170 000	20
Lesotho	150 000	17	97 000	64	100 000	95 000	47 000	20 000	8	20	25	170 000	20
Malawi	950 000	15	550 000	57	540 000	650 000	240 000	120 000	6	17	24	1 100 000	15
Maurice	23 000	6	-	-	5 000	19 000	900	3 000	2	6	11	23 000	6
Mozambique	1 500 000	15	510 000	34	860 000	980 000	310 000	210 000	7	16	24	1 900 000	17
Namibie	140 000	14	85 000	62	86 000	83 000	31 000	20 000	6	15	19	170 000	16
Swaziland	95 000	17	63 000	66	67 000	56 000	28 000	15 000	9	20	24	120 000	22
Zambie	1 200 000	20	710 000	57	860 000	800 000	420 000	130 000	9	23	30	1 300 000	20
Zimbabwe	1 400 000	21	1 100 000	77	1 100 000	920 000	700 000	130 000	9	24	30	1 300 000	20
Afrique subsaharienne	48 300 000	12	12 000 000	25	25 500 000	31 900 000	9 100 000	5 500 000	5	14	21	53 100 000	12

Source : ONUSIDA et UNICEF 2006.

Note : les totaux peuvent ne pas être exacts car les chiffres ont été arrondis.

^a Les enfants sont définis comme des orphelins paternels ou maternels, que l'autre parent survive ou non. Les estimations d'orphelins paternels et maternels incluent donc les orphelins doubles. Le nombre total d'orphelins = orphelins maternels + orphelins paternels - orphelins doubles.

TABLEAU 3
LE SIDA ET AUTRES INDICATEURS PERTINENTS, AFRIQUE SUBSAHARIENNE

	Population et démographie			Économie	Santé	Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de l'année 2005			Impact démographique		
	Population totale 2005	Nombre d'enfants de 0 à 14 ans 2005	% de la population de 0 à 14 ans 2005			Revenu national brut par habitant 2004 (en dollars des Etats-Unis)	Taux de mortalité des moins de 5 ans 2004	Taux de prévalence chez les adultes (%) (15 à 49 ans)	Adultes (15 ans et plus)	Enfants (de 0 à 14 ans)	Espérance de vie à la naissance (années) 2000-2005
Afrique de l'Ouest											
Bénin	8 400 000	3 700 000	44	450	152	1,8	77 000	9 800	54	3	9 600
Burkina Faso	13 200 000	6 200 000	47	350	192	2,0	140 000	17 000	48	8	12 000
Cap-Vert	510 000	200 000	40	1 720	36	-	-	-	71	-	-
Côte d'Ivoire	18 200 000	7 600 000	42	760	194	7,1	680 000	74 000	46	8	65 000
Gambie	1 500 000	610 000	40	280	122	2,4	19 000	1 200	56	1	1 300
Ghana	22 100 000	8 600 000	39	380	112	2,3	300 000	25 000	57	4	29 000
Guinée	9 400 000	4 100 000	44	410	155	1,5	78 000	7 000	54	3	7 100
Guinée-Bissau	1 600 000	750 000	48	160	203	3,8	29 000	3 200	45	3	2 700
Libéria	3 300 000	1 500 000	47	120	235	-	-	-	42	5	-
Mali	13 500 000	6 500 000	48	330	219	1,7	110 000	16 000	48	2	11 000
Mauritanie	3 100 000	1 300 000	43	530	125	0,7	11 000	1 100	53	-	1 000
Niger	14 000 000	6 800 000	49	210	259	1,1	71 000	8 900	45	0	7 600
Nigéria	131 500 000	58 200 000	44	430	197	3,9	2 600 000	240 000	43	6	220 000
Sénégal	11 700 000	5 000 000	43	630	137	0,9	56 000	5 000	56	-	5 200
Sierra Leone	5 500 000	2 400 000	43	210	283	1,6	43 000	5 200	41	2	4 600
Togo	6 100 000	2 700 000	43	310	140	3,2	100 000	9 700	55	6	9 100
Afrique centrale											
Cameroun	16 300 000	6 700 000	41	810	149	5,4	470 000	43 000	46	8	46 000
Congo	4 000 000	1 900 000	47	760	108	5,3	100 000	15 000	52	8	11 000
Congo, République démocratique du	57 500 000	27 200 000	47	110	205	3,2	890 000	120 000	44	4	90 000
Gabon	1 400 000	550 000	40	4 080	91	7,9	56 000	3 900	54	9	4 700
Guinée équatoriale	500 000	220 000	44	-	204	3,2	8 000	1 000	43	9	1 000
République centrafricaine	4 000 000	1 700 000	43	310	193	10,7	230 000	24 000	39	14	24 000
Sao Tomé-et-Principe	160 000	62 000	39	390	118	-	-	-	63	-	-
Soudan	36 200 000	14 200 000	39	530	91	1,6	320 000	30 000	57	2	34 000
Tchad	9 700 000	4 600 000	47	250	200	3,5	160 000	16 000	44	5	11 000
Afrique de l'Est											
Burundi	7 500 000	3 400 000	45	90	190	3,3	130 000	20 000	44	7	13 000
Comores	800 000	330 000	42	560	70	<0,1	<500	<100	64	-	<100
Djibouti	790 000	330 000	41	950	126	3,1	14 000	1 200	53	3	1 200
Erythrée	4 400 000	2 000 000	45	190	82	2,4	53 000	6 600	54	4	5 600
Ethiopie	77 400 000	34 500 000	45	110	166	-	-	-	48	4	-
Kenya	34 300 000	14 700 000	43	480	120	6,1	1 200 000	150 000	48	13	140 000
Madagascar	18 600 000	8 200 000	44	290	123	0,5	47 000	1 600	56	1	2 900
Ouganda	28 800 000	14 500 000	50	250	138	6,7	900 000	110 000	48	9	91 000
Rwanda	9 000 000	3 900 000	43	210	203	3,1	160 000	27 000	44	5	21 000
Somalie	8 200 000	3 600 000	44	-	225	0,9	40 000	4 500	47	-	4 100
Tanzanie	38 300 000	16 300 000	43	320	126	6,5	1 300 000	110 000	46	12	140 000
République-Unie de											
Afrique australe											
Afrique du Sud	47 400 000	15 500 000	33	3 630	67	18,8	5 300 000	240 000	47	20	320 000
Angola	15 900 000	7 400 000	46	1 030	260	3,7	280 000	35 000	41	3	30 000
Botswana	1 800 000	660 000	38	4 340	116	24,1	260 000	14 000	35	34	18 000
Lesotho	1 800 000	690 000	39	740	82	23,2	250 000	18 000	35	29	23 000
Malawi	12 900 000	6 100 000	47	170	175	14,1	850 000	91 000	40	17	78 000
Maurice	1 200 000	310 000	25	4 640	15	0,6	4 100	-	72	-	<100
Mozambique	19 800 000	8 700 000	44	250	152	16,1	1 600 000	140 000	42	11	140 000
Namibie	2 000 000	840 000	42	2 370	63	19,6	210 000	17 000	47	21	17 000
Swaziland	1 000 000	420 000	41	1 660	156	33,4	210 000	15 000	31	33	16 000
Zambie	11 700 000	5 300 000	46	450	182	17,0	1 000 000	130 000	38	16	98 000
Zimbabwe	13 000 000	5 200 000	40	480	129	20,1	1 500 000	160 000	37	27	180 000

Source : population et démographie : Nations Unies, Division de la population, perspectives 2004 sur la population mondiale; économie : Banque mondiale, indicateurs du développement mondial 2005; santé : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2006*; VIH : ONUSIDA, *rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA*; impact démographique : Nations Unies, Division de la population, *Perspectives de la population mondiale 2004*.

Note : les pourcentages sont calculés sur la base de chiffres qui n'ont pas encore été arrondis.

TABLEAU 4
LA SITUATION DES ENFANTS, AFRIQUE SUBSAHARIENNE

	Fréquentation scolaire (10 à 14 ans)			Ménages qui ont une femme à leur tête			Accommodements résidentiels typiques des orphelins et des non-orphelins			
	% non-orphelins (enfants vivant avec au moins un parent) qui vont à l'école	% orphelins doubles qui vont à l'école	Taux de fréquentation scolaire orphelins doubles/ non-orphelins	% tous les ménages avec enfants qui ont une femme à leur tête	% ménages avec orphelins qui ont une femme à leur tête	% ménages avec enfants qui ont une femme à leur tête et qui ont charge d'orphelin(s)	% non-orphelins vivant avec leur mère	% orphelins paternels vivant avec leur mère	% non-orphelins vivant avec leur père	% orphelins maternels vivant avec leur père
Afrique de l'Ouest										
Bénin	-	-	-	39	19	29	82	65	76	57
Burkina Faso	32	35	1,09	21	8	35	90	61	88	52
Cap-Vert	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	67	56	0,83	34	18	31	84	68	71	56
Gambie	68	58	0,85	26	17	27	91	56	83	46
Ghana	81	65	0,79*	53	35	17	82	69	62	46
Guinée	33	38	1,13	22	13	30	84	67	78	67
Guinée-Bissau	50	51	1,03	31	14	34	87	69	80	53
Libéria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	37	39	1,04	27	10	26	91	74	88	71
Mauritanie	-	-	-	44	30	20	86	81	64	50
Niger	-	-	-	22	7	26	91	60	89	61
Nigéria	77	55	0,64*	41	14	32	90	69	83	65
Sénégal	54	40	0,74*	28	17	25	90	76	74	55
Sierra Leone	50	35	0,71	29	16	41	82	67	78	56
Togo	78	74	0,96	42	22	30	86	74	78	61
Afrique centrale										
Cameroun	85	83	0,99	46	23	31	81	72	73	51
Congo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo, République démocratique du	70	50	0,72	29	13	39	90	72	80	56
Gabon	-	-	-	-	-	-	77	76	53	52
Guinée équatoriale	89	85	0,95	35	25	22	81	78	56	40
République centrafricaine	54	49	0,91	32	14	47	88	69	82	50
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	46	31	11	88	84	59	43
Soudan	70	67	0,96	-	-	-	-	-	-	-
Tchad	61	59	0,96*	38	18	33	89	68	81	52
Afrique de l'Est										
Burundi	65	46	0,70	55	19	74	96	92	92	76
Comores	60	37	0,59*	32	20	13	94	87	80	80
Djibouti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erythrée	-	-	0,83	-	-	-	96	90	86	56
Ethiopie	43	26	0,60	42	21	35	90	80	82	68
Kenya	92	88	0,95	61	33	28	90	81	70	63
Madagascar	80	61	0,76	44	19	24	91	78	82	53
Ouganda	93	88	0,95	48	27	38	84	65	74	49
Rwanda	80	64	0,80	64	33	71	94	87	83	62
Somalie	21	14	0,65	53	18	32	95	90	89	64
Tanzanie, République-Unie de	90	73	0,82	43	23	33	85	69	72	47
Afrique australe										
Afrique du Sud	96	91	0,95	71	46	23	73	65	42	28
Angola	81	73	0,90	49	25	35	91	79	78	48
Botswana	92	93	0,99	64	52	25	73	71	35	14
Lesotho	91	79	0,87	66	32	41	86	78	70	56
Malawi	90	87	0,97	49	26	37	87	72	70	27
Maurice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	78	63	0,80	41	24	34	85	68	70	39
Namibie	90	83	0,92	60	47	27	65	51	35	17
Swaziland	87	79	0,91	50	34	31	80	66	49	41
Zambie	73	78	0,92	44	20	50	87	68	77	37
Zimbabwe	90	92	0,98	61	37	33	80	63	60	46

Source : enquêtes en grappes à indicateurs multiples et enquêtes démographiques et sanitaires, 1998–2005.

* Signifie que la proportion d'orphelins doubles qui vont à l'école a été calculée à partir de moins de 50 enfants.

TABLEAU 5
MESURES GOUVERNEMENTALES EN FAVEUR DES ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES, AFRIQUE SUBSAHARIENNE

	Indice d'effort de programmation pour les orphelins et enfants vulnérables (OEV) (sur 100)									Enregistrement des naissances (%)		
	Situation nationale	Processus consultatif d'analyse	Mécanisme de coordination	Plan d'action national	Politique	Examen législatif	Suivi et évaluation	Ressources	Score total à l'indice OEV	Total	En milieu urbain	En milieu rural
Afrique de l'Ouest												
Bénin	55	73	0	46	13	20	7	68	35	70	78	66
Burkina Faso	86	66	69	49	34	20	49	45	52	-	-	-
Cap-Vert	0	55	0	46	8	0	7	58	22	-	-	-
Côte d'Ivoire	90	100	100	100	13	68	14	60	68	72	88	60
Gambie	86	80	84	49	90	78	78	70	77	32	37	29
Ghana	86	100	100	49	13	78	93	58	72	21	-	-
Guinée	82	86	80	49	53	40	51	68	63	67	88	56
Guinée-Bissau	20	55	10	23	33	0	2	68	26	42	32	47
Libéria	49	78	90	48	80	57	54	58	64	-	-	-
Mali	33	68	20	26	4	24	5	45	28	48	71	41
Mauritanie	53	53	20	46	43	10	12	65	38	55	72	42
Niger	17	63	69	84	13	0	12	55	39	46	85	40
Nigéria	14	86	79	66	0	47	7	68	46	30	53	20
Sénégal	28	0	59	42	28	10	25	10	25	62	82	51
Sierra Leone	0	38	0	33	38	30	40	65	31	46	66	40
Togo	70	90	54	49	13	32	2	10	40	82	93	78
Afrique centrale												
Cameroun	33	28	60	36	8	18	5	25	27	79	94	73
Congo	13	51	84	65	73	0	17	48	44	-	-	-
Congo, République démocratique du	59	72	20	59	58	20	46	48	48	34	30	36
Gabon	82	78	30	81	13	0	24	55	45	89	90	87
Guinée équatoriale	8	0	0	10	24	10	7	53	14	32	43	24
République centrafricaine	8	68	20	97	68	30	14	70	47	73	88	63
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	73	67
Soudan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64	82	46
Tchad	86	28	0	26	24	0	0	48	26	25	53	18
Afrique de l'Est												
Burundi	38	48	69	75	34	68	59	78	59	75	71	75
Comores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	87	83
Djibouti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erythrée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ethiopie	59	72	59	72	30	61	12	90	57	-	-	-
Kenya	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48 ^a	64 ^a	44 ^a
Madagascar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75	87	72
Ouganda	90	90	73	90	78	30	37	35	65	4	11	3
Rwanda	46	96	73	97	86	85	93	60	79	65	61	66
Somalie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tanzania, République-Unie de	82	63	69	69	43	30	40	45	55	7	20	4
Afrique australe												
Afrique du Sud	72	80	59	94	38	71	61	80	69	-	-	-
Angola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	34	19
Botswana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58	66	52
Lesotho	73	72	38	46	4	20	10	45	38	26	39	24
Malawi	8	59	73	26	73	30	66	55	49	-	-	-
Maurice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	53	49	64	59	4	10	43	48	41	-	-	-
Namibie	76	90	84	91	82	65	42	55	73	71	82	64
Swaziland	90	90	73	90	43	45	78	65	72	53	72	50
Zambie	17	0	64	36	13	24	19	60	29	10	16	6
Zimbabwe	70	59	63	80	66	47	49	70	63	42	56	35

Source : UNICEF, ONUSIDA et le Groupe « prospective » : National Responses to Orphans and Other Vulnerable Children in sub-Saharan Africa – l'indice 2004 d'effort de programmation pour les OEV, septembre 2004; et les enquêtes démographiques et sanitaires, les enquêtes en grappe à indicateur multiple, et le service d'enregistrement des naissances et des décès du gouvernement du Ghana.

Note : l'indice d'effort de programmation pour les OEV évalue les mesures adoptées dans la politique et les programmes du gouvernement en réponse à la crise à laquelle sont confrontés les orphelins et les enfants vulnérables. Il est composé de 120 questions simples que l'on a posées aux groupes d'intervention sur les orphelins et enfants vulnérables dans 36 pays. Un exemple de cet indice se trouve dans *A Guide to Monitoring and Evaluation of the National Response for Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV/AIDS* (UNICEF et al., 2005). Fondé sur des réponses volontaires.

- Indique une absence de données disponibles.

^a Indique des données qui diffèrent de la définition typique ou qui ne se réfèrent qu'à une partie d'un pays mais qui font partie du calcul des moyennes régionales ou mondiales.

Méthodes d'estimation et de projection de l'impact du VIH/SIDA sur le nombre d'enfants devenus orphelins

Le SIDA a un impact sur la mortalité des adultes, la fécondité et la survie des enfants, qui sont les facteurs principaux permettant de déterminer le nombre d'orphelins. Le Groupe de référence d'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections a mis au point et affiné un modèle destiné à produire ces estimations. Une partie importante de ces estimations est constituée par les nouvelles estimations 2005 sur la prévalence du VIH préparées par le Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles, et les niveaux de mortalité des adultes fournis par la Division de la population des Nations Unies. Les estimations du nombre d'orphelins en 2005 sont différentes de celles de 2003 à cause de ces nouveaux niveaux de prévalence du VIH et des nouvelles données de recensement modifiant les tableaux de longévité utilisés pour évaluer la mortalité des enfants et des adultes.

Les méthodes estimatives du nombre d'orphelins du SIDA et d'autres causes dans les pays où l'épidémie est généralisée, qui proviennent de Grassly et Timæus, ont à l'origine été adoptées par le Groupe de référence en 2002, puis utilisées pour produire les estimations de ce rapport. Ces méthodes font l'objet d'une description détaillée dans d'autres textes (Grassly et Timæus, 2005; Groupe de référence d'ONUSIDA, 2002).

Les estimations du nombre d'orphelins ne tiennent pas compte des estimations du nombre d'orphelins du SIDA dans les pays à faible niveau de prévalence du VIH. Dans les pays où un grand nombre de personnes vivant avec le VIH sont issues de catégories

comme les utilisateurs de drogues par injection ou les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, le taux de fécondité des personnes infectées n'est pas connu. Il n'existe pas suffisamment d'informations pour procéder à une estimation du nombre d'orphelins du fait du SIDA dans ces pays. De plus, la prévalence chez les adultes y étant plus basse, il est peu vraisemblable que le SIDA puisse exercer un grand impact au niveau national sur le nombre d'enfants devenus orphelins.

La définition d'un orphelin du SIDA utilisée dans ce rapport est celle qui a été convenue au sein du Groupe de référence d'ONUSIDA : « un enfant dont au moins un parent est mort à cause du SIDA », et la définition d'un orphelin double du fait du SIDA « un enfant dont le père et la mère sont tous deux morts, l'un d'entre eux au moins à cause du SIDA ».

ORPHELINS MATERNELS

Les orphelins maternels sont les enfants dont la mère est morte, même si le père a survécu. On procède aux estimations du nombre d'orphelins maternels à cause du SIDA en utilisant une méthode analogue à celle qui a été précédemment décrite (Gregson et al., 1994). Le nombre d'enfants nés de mères qui sont mortes du SIDA les 17 années précédentes est évalué en se servant des taux de fécondité propres aux pays et aux âges concernés, et le nombre de ces enfants de moins de 18 ans qui sont encore en vie se calcule à l'aide d'un tableau de longévité propre au pays. Ces calculs tiennent compte de l'impact de l'infection du HIV sur la fécondité, ainsi que de la probabilité de transmission du virus de la mère à l'enfant, qui se solde par une réduction des taux de survie de l'enfant. La

séropositivité de la mère les années précédant sa mort du SIDA doit être calculée après coup, en utilisant des estimations du taux de progression de la maladie. Ces calculs peuvent aussi expliquer l'impact de la mort de la mère sur la survie de l'enfant l'année qui précède et celle qui suit la mort de la mère, qui se produit quelle que soit la séropositivité de l'enfant (Crampin et al., 2003; Nakiyingi et al., 2003; Ng'weshemi et al., 2003).

Le nombre d'orphelins maternels pour des raisons autres que le SIDA est estimé de la même façon. Toutefois, on présume que la prévalence du VIH (donc sa transmission verticale) chez les femmes qui meurent d'autres causes que le SIDA est de zéro, puisque la majorité d'entre elles tendent à être des femmes de plus de 35 ans, catégorie au sein de laquelle les taux de prévalence sont faibles. Cette supposition est nécessaire à cause de l'absence de données sur la prévalence chez ces femmes, contrairement à celles qui vont à des cliniques de soins prénataux. Au pire, il peut se produire une surestimation du nombre d'orphelins maternels pour causes autres que le SIDA de l'ordre de 5 pour cent (Grassly et Timæus, 2005).

ORPHELINS PATERNELS

De même que les orphelins maternels, les orphelins paternels sont des enfants dont le père est mort, que la mère ait survécu ou non. Les projections de populations qui se fondent sur les tables de fécondité des femmes impliquent pour les hommes un taux total de fécondité, et ce facteur, avec les tables de fécondité types des hommes, peut être utilisé pour estimer le nombre d'enfants dont le père est mort du SIDA au cours des 17 années précédentes, de la même façon que pour les orphelins maternels à cause du SIDA. Pour rendre compte de l'impact du VIH sur la fécondité de la partenaire d'un homme ainsi que de l'impact sur la

survie de l'enfant de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, des informations supplémentaires sont requises sur la concordance de la séropositivité des parents. Cela se fonde sur les données de 23 études relatives à la prévalence du VIH chez les partenaires d'hommes séropositifs. La régression logistique de la concordance de la séropositivité sur la prévalence du VIH dans la population adulte (données provenant des cliniques de soins prénataux) révèle une corrélation positive importante, à la fois en raison de la probabilité accrue d'infection préexistante chez le partenaire féminin et parce que la prévalence du VIH est un repère pour les facteurs de risque de transmission, comme la prévalence élevée d'infections bactériales transmises sexuellement ou un taux faible d'utilisation de préservatifs.

Le nombre d'orphelins paternels pour des raisons autres que le SIDA est estimé de façon analogue, avec la supposition que les partenaires féminines d'hommes mourant du SIDA ont une prévalence du VIH équivalente à celle de femmes qui fréquentent les cliniques de soins prénataux.

ORPHELINS DOUBLES

Le nombre d'orphelins doubles du fait du SIDA peut être estimé en calculant le nombre total d'enfants dont les parents sont tous deux morts de quelque cause que ce soit, déduction faite des enfants de parents qui sont tous deux morts d'une autre cause que le SIDA. Les décès des parents ne sont pas indépendants en raison de facteurs de risque partagés comme le statut socio-économique et l'environnement, et aussi en raison de la transmission de la maladie. Le nombre d'orphelins doubles est donc plus élevé qu'on ne pourrait s'y attendre si ces décès n'étaient pas liés. Ce risque supplémentaire d'être un orphelin double a été estimé en faisant coïncider un modèle Poisson de régression multi-niveaux et des données sur les

nombre d'orphelins maternels, paternels et doubles extraites d'enquêtes démographiques et sanitaires effectuées dans 31 pays. Ces analyses révèlent que le risque supplémentaire, donc la proportion d'orphelins doubles par rapport aux nombres d'orphelins paternels et maternels, est fonction de l'âge de l'enfant, de la prévalence du VIH cinq ans avant l'enquête et des modèles applicables au mariage dans la population (proportion de femmes de 15 à 19 ans non mariées et prévalence de la polygamie). Si le nombre d'orphelins paternels et maternels est connu avec précision, cette régression prédit à 5 pour cent près le nombre d'orphelins pour les enquêtes démographiques et sanitaires concernées. Il faut être très prudent dans l'application de ces résultats de régression pour les projections de chiffres d'orphelins doubles dans l'avenir là où la prévalence projetée du VIH (décalée de cinq ans) peut être plus élevée que l'ordre de grandeur avec lequel on l'a fait coïncider dans l'enquête démographique et sanitaire (de 0 à 15 pour cent, avec seulement le Zimbabwe, en 1999, qui avait un taux de prévalence décalé plus élevé, soit 23 pour cent).

Les estimations du nombre d'orphelins maternels et paternels incluent les orphelins doubles parce que les enfants sont définis comme orphelins maternels ou paternels même si l'autre parent a survécu. La somme des orphelins maternels, paternels et des orphelins doubles ne produira donc pas le nombre total d'orphelins.

VALIDATION

Les estimations précédentes du nombre d'orphelins publiées dans *Enfants au bord du gouffre 2002*, sur la base des méthodes décrites ci-dessus, ont été comparées aux estimations d'orphelins dans les pays d'Afrique subsaharienne effectuées à partir d'enquêtes sur les ménages (Grassly et al., 2004). Les estimations du nombre total d'orphelins de 0 à 14 ans

provenant des enquêtes démographiques et sanitaires et des enquêtes à grappes à indicateurs multiples se sont avérées concorder assez étroitement avec celles qui provenaient des modèles démographiques (comparaison des estimations pour les enfants de 0 à 14 ans), justification faite d'une surestimation de la mortalité des adultes pour d'autres causes que le

SIDA. Bien sûr, les estimations du nombre d'orphelins ne seront exactes que dans la mesure où les données démographiques et épidémiologiques sur lesquelles elles se fondent le sont. Des différences d'hypothèses démographiques et épidémiologiques constatées dans le passé se sont traduites par des estimations divergentes du nombre d'orphelins du

SIDA formulées par diverses organisations (Hunter et Williamson, 2000; ONUSIDA, 2000). A mesure que les données et les suppositions s'amélioreront et que le consensus se fera jour sur les méthodes appropriées, les estimations mondiales du nombre d'orphelins et de l'impact du VIH/SIDA s'amélioreront elles aussi.

Références pour l'annexe

Crampin, Amelia C., et al. : 'The long-term impact of HIV and orphanhood on the mortality and physical well-being of children in rural Malawi', *AIDS*, vol. 17, no. 3, 14 février 2003, pp. 389-397.

Grassly, Nicholas C., et Ian M. Timæus : 'Methods to estimate the number of orphans as a result of AIDS and other causes in sub-Saharan Africa', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 39, no. 3, 1er juillet 2005, pp. 365-375.

Grassly, Nicholas C., et al. : 'Comparison of household-survey estimates with projections of mortality and orphan numbers in sub-Saharan Africa in the era of HIV/AIDS', *Population Studies*, vol. 58, no. 2, juillet 2004, pp. 207-217.

Gregson, Simon, Geoffrey P. Garnett et Roy M. Anderson : 'Assessing the potential impact of

the HIV-1 epidemic on orphanhood and the demographic structure of populations in sub-Saharan Africa', *Population Studies*, vol. 48, no. 3, novembre 1994, pp. 435-458.

Hunter, Susan, et John Williamson : *Children on the Brink 2000, Executive Summary: Updated Estimates & Recommendations for Intervention*, Agence des Etats-Unis pour le développement international, Washington, D.C., 2000.

Nakiyingi, Jessica S., et al. : 'Child survival in relation to mother's HIV infection and survival: Evidence from a Ugandan cohort study', *AIDS*, vol. 17, no. 12, 15 août 2003, pp. 1827-1834.

Ng'weshemi, Japheth, et al. : 'HIV impact on mother and child mortality in rural Tanzania', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 33, no. 3, 1er juillet 2003, pp. 393-404.

Groupe de référence d'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections : '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*, vol. 16, no. 9, 14 juin 2002, pp. W1-14.

Agence des Etats-Unis pour le développement international, Fonds des nations Unies pour l'enfance et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA : *Children on the Brink 2002: A Joint Report on Orphan Estimates and Program Strategies*, USAID, Washington, D.C., juillet 2002.



Fonds des Nations Unies pour l'enfance
(UNICEF)
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, Etats-Unis
Tél. : +1 212 326 7000
pubdoc@unicef.org
www.unicef.org/french



Secrétariat d'ONUSIDA
20, avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse
Tél. : +41227913666
Télécopie : +41227914187
unaids@unaids.org
www.unaids.org



U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
SA-29, 2nd Floor
2201 C Street, NW
Washington, DC 20522-2920
www.PEPFAR.gov

UNISSONS-NOUS POUR LES ENFANTS
CONTRE LE SIDA



www.unicef.org/french/uniteforchildren

© Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Photo de couverture : @UNICEF/HQ05-1988/Shehzad Noorani
ISBN-13 : 978-92-806-4037-3
ISBN-10 : 92-806-4037-2

Décembre 2006