

SERVICE SOCIAL INTERNATIONAL & UNICEF

*POUR UNE MEILLEURE PROTECTION DES
ENFANTS NE BÉNÉFICIAINT PAS
D'UNE PRISE EN CHARGE PARENTALE*

**Le cas des enfants touchés
par le VIH/sida :
la nécessité urgente de
normes internationales**

Ce document fait partie d'une série d'études qui approfondissent diverses questions complexes abordées dans le document de travail préparé par l'UNICEF et le Service Social International, « Pour une meilleure protection des enfants ne bénéficiant pas d'une prise en charge parentale : la nécessité de normes internationales ». Il a pour objet d'identifier les problèmes particuliers qui devraient être traités par ces normes dans le contexte de la pandémie du VIH et de souligner à quel point ses répercussions de plus en plus fortes sur les enfants exacerbent l'urgence de la rédaction et de la mise en œuvre de normes de ce type.

Novembre 2004

v2

1. Le VIH/sida accroît fortement le risque d'être privé de prise en charge parentale

En 2003, 15 millions d'enfants avaient déjà perdu un de leurs parents ou leurs deux géniteurs à cause du VIH/sidaⁱ. On compte aussi beaucoup d'enfants qui vivent dans des familles ou des communautés où la maladie et la mort des adultes, ainsi que l'opprobre associé au VIH/sida, suscitent bien d'autres difficultés. Les familles s'adaptent entre autres par le placement des enfants au sein de la parentèle, en familles d'accueil ou en institutions, dans l'espoir que les besoins matériels des enfants y seront satisfaits.

Les nourrissons des familles touchées par la maladie encourent parfois un risque d'abandon accru. Ainsi, en Thaïlande, on a montré que la probabilité qu'un enfant soit abandonné avait été multipliée par cinq, au début de l'épidémie, lorsque la mère était séropositiveⁱⁱ. Le VIH sert parfois aussi de justification pour retirer des enfants à leurs parents; on signale dans certains pays des cas d'enfants de mères séropositives enlevés à leur famille dès la naissance. On compte aujourd'hui entre deux et trois millions d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH/sida. Ces enfants sont souvent placés dans des familles ou dans des institutions, en raison d'un besoin – réel ou perçu – de prise en charge ou parce qu'ils ont été abandonnés.

Les problèmes croissants qu'ils rencontrent dans leur famille, ainsi que les difficultés qu'ils éprouvent dans leur nouveau cadre de vie, auprès de membres de la famille élargie ou d'autres personnes, peuvent aussi contribuer à ce que des enfants soient amenés à quitter leur foyer et migrer seuls, et/ou à travailler et vivre dans la rue. Ces pressions et ces résultats peuvent être dus, il est vrai, à bien d'autres facteurs que l'impact du VIH sur les familles, mais le fardeau supplémentaire que celles-ci doivent supporter – surtout dans des zones de forte prévalence ou dans des lieux où le VIH fait l'objet d'un opprobre particulièrement vif – rend sans aucun doute plus probables, et de plus en plus courantes, des situations de ce type. Au Zimbabwe, où la prévalence élevée du VIH fait que parmi les enfants orphelins, la majorité ont perdu leurs parents à cause du sida, une étude réalisée en zone urbaine a montré que la proportion d'orphelins parmi les enfants sans abri était deux fois plus élevée qu'au sein de la population généraleⁱⁱⁱ.

2. Les enfants ne bénéficiant pas d'une prise en charge parentale peuvent courir un risque accru de contracter le VIH

Le VIH représente aussi un risque majeur pour les enfants qui, pour des raisons diverses, ne bénéficient déjà plus d'une prise en charge parentale. Les enfants vivant dans la rue ou dans d'autres situations où ils ne sont pas protégés encourent de gros risques d'être davantage exposés au VIH en raison de facteurs tels que le manque de confiance en soi, le manque d'aptitudes à la socialisation et l'absence de capacités professionnelles, autant de facteurs qui accroissent la probabilité de comportements à risque et de mauvais traitements. Les enfants qui se trouvent dans un cadre de placement familial ou institutionnel à première vue protecteur, mais non réglementé, peuvent aussi courir des risques particuliers de violences sexuelles, commises par les personnes auxquelles ils sont confiés, par le personnel ou par d'autres enfants, et ils peuvent être exposés de ce fait, entre autres, au risque d'infection. Ce type de situation a été attesté par exemple dans des centres de détention pour mineurs et dans des foyers pour enfants.

Ces risques sont encore exacerbés pour les enfants touchés par le VIH. Les difficultés supplémentaires engendrées par le VIH peuvent conduire des filles à nouer des relations où elles se trouveront en situation d'infériorité, y compris des situations où elles sont incitées à accorder des faveurs sexuelles pour obtenir quelque chose. En Ouganda, on a constaté que l'âge des premières relations sexuelles était plus bas chez les orphelines que chez les autres filles^{iv}. Ces formes d'exploitation, en plus des dommages directs qu'elles causent, augmentent les risques pour les filles de contracter le VIH. En outre, les enfants touchés par le VIH/sida ont davantage tendance, dans bien des contextes différents, à quitter l'école, ce qui réduit les effets protecteurs

de la scolarisation^v. Bref, une prise en charge défaillante ou non réglementée renforce la diffusion du VIH/sida et rend encore plus nécessaire l'adoption de normes appropriées.

3. Les dilemmes de la prise en charge des enfants touchés par le VIH/sida

La pandémie du VIH/sida pose des dilemmes à long terme qui n'ont guère de précédent pour les personnes responsables d'organiser la prise en charge des enfants hors du foyer familial – une indication supplémentaire de l'ampleur du besoin de principes directeurs et de normes reconnues sur le plan international dans ce domaine. D'une part, la famille élargie – qui traditionnellement apportait une solution – ploie de plus en plus sous le fardeau : il y a de moins en moins de membres adultes de la famille disponibles pour s'occuper des enfants touchés, eux-mêmes de plus en plus nombreux. De ce fait, certains membres de la famille – souvent des grand-mères âgées et veuves – s'efforcent de s'occuper d'une douzaine d'enfants, voire davantage, généralement dans des conditions matérielles très difficiles qui peuvent être insoutenables à moyen terme. D'autre part, il peut être difficile de trouver des solutions de remplacement appropriées. Il est probable que l'ensemble de la communauté se trouve dans une situation non moins catastrophique, et par conséquent, même s'il est possible de surmonter l'opprobre lié au VIH/sida, les personnes susceptibles de s'occuper des enfants sans leur être apparentées ne seront pas en meilleure position pour les accueillir. Dans la grande majorité des pays gravement touchés, les solutions de prise en charge officielle à assise familiale sont pour ainsi dire inconnues et il faudrait beaucoup de temps et de moyens, y compris financiers, pour les développer de manière notable. Même les institutions existantes sont souvent peu disposées à admettre des enfants dont les parents vivent avec le VIH/sida ou sont morts du sida, et d'autant plus si les enfants sont eux-mêmes séropositifs. Tout ceci crée un terreau fertile encourageant la création d'établissements résidentiels « spécialisés » – souvent financés de l'étranger – pour les enfants concernés, ce qui risque de renforcer encore une exclusion sociale qui n'a pas lieu d'être. Ce type d'évolution est un exemple de plus de la manière dont le VIH/sida a, en un peu plus de dix ans à peine, sapé les progrès réalisés en matière de protection de l'enfance : dans ce cas, les pays qui étaient bien engagés sur la voie consistant à offrir à un nombre croissant d'enfants des solutions d'accueil hors institutions connaissent un renouveau du recours à des solutions institutionnelles. Cette situation complexe – qui sera analysée plus en détail ci-après – suscite de graves dilemmes pour les personnes chargées de planifier et d'organiser la prise en charge extrafamiliale des enfants touchés par le VIH/sida. Tout ceci plaide avec encore plus de force pour l'adoption de principes directeurs et de normes internationalement reconnues dans ce domaine.

4. Les effets du VIH/sida sur le recours aux placements spontanés

Les solutions non officielles de placement familial et de prise en charge par la famille élargie, qui représentaient déjà une réponse fréquente aux situations où les parents sont temporairement ou définitivement incapables de s'occuper de leurs enfants, sont de plus en plus courantes. En Afrique sub-saharienne, où le VIH est une cause majeure, et souvent la cause numéro un, du statut d'orphelin, plus de 90% des orphelins vivent avec un membre de leur famille^{vi}. Bien entendu, ces arrangements sont en général préférables à d'autres options, car les enfants conservent ainsi un sentiment d'appartenance à la famille et peuvent continuer à résider dans leur communauté d'origine. Des indications recueillies en Afrique sub-saharienne amènent en outre à penser que la probabilité est grande de voir les parents proches fournir une prise en charge de meilleure qualité que des parents éloignés ou des personnes non apparentées, tout au moins pour ce qui est de l'accès à l'éducation^{vii}, de la nourriture et des corvées domestiques.

Si le placement auprès de la famille élargie représente souvent la meilleure option, le VIH peut néanmoins avoir diverses répercussions sur la prise en charge des enfants au sein de la famille élargie. Dans les communautés fortement touchées, les adultes disponibles pour s'occuper du

nombre croissant d'enfants orphelins sont moins nombreux; une proportion importante d'entre eux sont plus âgés et leurs capacités économiques sont réduites. Ainsi, dans bon nombre des pays les plus gravement touchés d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe, plus de la moitié des orphelins sont pris en charge par leurs grands-parents^{viii}. Une situation similaire a été décrite en Thaïlande^{ix}.

Les taux de dépendance¹ sont plus élevés dans les ménages qui accueillent des orphelins : en Afrique sub-saharienne, le taux médian est de 1,5 pour les ménages sans orphelins, et de 1,8 pour les ménages accueillant des orphelins^x. Cette donnée a pour corollaire des ressources financières moins élevées pour chaque enfant, et moins de temps et d'attention à leur égard, car les personnes qui s'occupent d'eux ont du mal à subsister financièrement. Pour essayer de répartir le fardeau de la prise en charge, les frères et sœurs orphelins sont parfois séparés et placés dans des ménages différents^{xi}, ce qui aggrave leur sentiment de perte. Qui plus est, l'opprobre associé au VIH peut exercer un effet négatif sur la perception de l'enfant accueilli par la famille élargie, et contribuer à un traitement moins favorable ou à une moindre intégration dans le foyer d'accueil. De fait, l'exploitation, les mauvais traitements et les négligences ne sont pas rares dans des situations de prise en charge spontanée par la famille élargie. Ces questions – ainsi que d'autres aspects de la prise en charge par la famille élargie dans l'optique de la définition de normes internationales – sont abordés de manière plus détaillée dans un autre document préparé dans cette série UNICEF/SSI.

Le placement familial non officiel auprès de familles sans lien de parenté avec l'enfant est une mesure moins fréquente, mais qui est parfois appliquée pour les enfants rendus orphelins par le sida, en particulier en Afrique sub-saharienne. Au Cameroun, au Nigeria, en Éthiopie et au Kenya, par exemple, plus de 5% des orphelins n'ont pas de lien familial avec le chef du ménage dans lequel ils vivent, et un nombre égal ou plus important sont en outre décrits comme enfants placés (qu'ils soient apparentés au foyer ou non)^{xii}. Cependant, les pressions qui s'exercent sur ces familles d'accueil « spontanées » sont assez similaires à celles qui ont été décrites plus haut au sujet de la famille élargie. En outre, dans certaines sociétés le placement familial spontané est déjà une pratique courante, mais souvent « fondée sur une tradition d'échange entre familles », et pas nécessairement sur « une perception de l'intérêt supérieur de l'enfant »^{xiii}. On évoque souvent des préoccupations touchant l'exploitation des enfants (par exemple en tant qu'employés de maison), des violences à caractère sexuel ou encore des traitements moins favorables ou négligents par rapport aux enfants biologiques de la personne s'occupant de l'enfant. Ces types de risques peuvent être accrus en présence du VIH, parce que les familles qui placent leurs enfants ont moins à offrir en échange, et en raison de l'opprobre associé à la séropositivité.

5. Les effets du VIH/sida sur le recours au placement en institution

Le recours au placement en institution est en hausse dans certains pays où la prévalence du VIH est élevée. Même dans des pays où le recours aux institutions n'est pas une mesure traditionnellement répandue, les préoccupations croissantes suscitées par l'augmentation du nombre d'enfants rendus orphelins par le sida, et le fait qu'une aide extérieure est disponible, conduisent à une prolifération de ces établissements. Tant les principes des droits de l'enfant que les publications relatives au développement de l'enfant montrent que le placement en institution est rarement la mesure la plus souhaitable; et qu'elle devrait de manière générale être utilisée non à titre permanent, mais plutôt pour combler une lacune temporaire, pendant que l'on s'efforce d'assurer la réunification familiale ou le placement dans une famille d'accueil. Le placement en institution est en outre une mesure coûteuse, et il aboutit de ce fait à concentrer sur un groupe restreint les fonds disponibles pour la prise en charge des orphelins et des autres enfants en situation de risque. Ainsi, en Tanzanie, on a établi que le coût d'un placement en institution est six

¹ On entend par taux de dépendance la somme du nombre d'enfants de moins de 18 ans et de personnes de plus de 60 ans divisée par le nombre de personnes âgées de 18 à 59 ans.

fois plus élevé que les frais d'entretien d'un enfant dans une famille d'accueil^{xiv}. Les inquiétudes exprimées au sujet des conditions de vie dans les institutions – insuffisances des normes de santé et d'hygiène, manque d'attention à l'égard des besoins individuels des enfants, absence de réexamen des placements et cas de violences et de mauvais traitements – sont monnaie courante dans de nombreux contextes, et sont abordées de manière plus approfondie dans le document de travail conjoint UNICEF/SSI.

C'est la prise de conscience de ces problèmes qui a conduit à la diminution du recours au placement en institution dans les pays industrialisés. Des efforts importants pour développer des approches alternatives sont mis en œuvre dans de nombreux pays de l'ex-Union soviétique et d'Europe orientale, où ce type de placement représentait par le passé la mesure prioritaire de protection sociale, ainsi qu'en Afrique sub-saharienne. Dans certains des pays les plus touchés par le VIH, cependant, la tendance semble aujourd'hui s'inverser. En Ouganda, par exemple, le nombre d'enfants placés en institution a baissé dès le début des années 90, mais s'est ensuite accru de 66% entre 1998 et 2001^{xv}. Une étude sur les mesures prises par les organisations religieuses pour faire face aux effets du VIH/sida sur les enfants en Afrique sub-saharienne a montré que le soutien aux orphelinats était de plus en plus populaire au sein de certains groupes confessionnels, plus de la moitié des institutions recensées dans l'étude ayant été créées depuis 1997^{xvi}. La prise en charge institutionnelle est souvent encouragée par les donateurs extérieurs et par le secteur privé local, qui cherchent des moyens tangibles et visibles d'apporter une aide. L'absence de directives et de réglementation de la part des autorités – qui demeurent responsables de satisfaire les besoins des enfants ayant besoin d'être prise en charge – contribue à perpétuer ce type de mesures. D'autre part, dans des régions où le placement en institution est déjà une pratique bien établie, comme l'Europe orientale et certaines parties de l'Asie et de l'Amérique latine, il y a un risque que les avantages obtenus grâce aux efforts de désinstitutionalisation soient perdus si le placement en institution devait être perçues comme la meilleure réponse aux problèmes des enfants touchés par le VIH/sida.

Dans les familles et les communautés victimes de la pauvreté et du VIH, les ressources se font de plus en plus rares; dans un tel contexte, les institutions fonctionnent comme un pôle d'attraction lorsque les autres options de prise en charge et de soutien familial ne sont pas disponibles. C'est d'ailleurs cette tendance qui pourrait expliquer pourquoi la majorité des enfants placés en institution dans de nombreux pays ont bel et bien un géniteur ou d'autres membres de leur famille en vie. Il existe actuellement peu de services disponibles pour épauler la famille de base et la famille élargie afin qu'elles puissent prendre en charge les enfants touchés par le VIH et d'autres enfants vulnérables; dans bien des pays, il n'y a pas non plus de réglementation en place pour garantir que le placement en institution ne soit utilisé que dans des situations qui s'y prêtent, et toujours en conjonction avec des efforts continus pour assurer la réunification familiale.

L'expérience, pourtant, a montré que les crises majeures faisant un grand nombre d'orphelins n'ont pas nécessairement pour conséquence le placement en institution. Au Rwanda, on comptait, un an après le génocide, 12 704 enfants orphelins ou séparés de leur famille résidant en institution, alors même que le nombre total d'enfants devenus orphelins ou séparés de leur famille pour d'autres raisons était beaucoup plus important. Une politique de recherche des membres de la famille, de réunification familiale et de placement familial a permis de réduire rapidement le nombre d'enfants pris en charge de cette manière, et de réintégrer avec succès les enfants dans la communauté. En l'an 2000, le nombre d'enfants encore placés en institution était passé sous la barre des 5000^{xvii}. Bien que le Rwanda souffre aujourd'hui lui aussi des effets de la vaste pandémie du VIH, le nombre d'enfants en institution n'a pas fortement augmenté, grâce à la poursuite de l'application des politiques conçues entre 1995 et 2000.

Dans certains cas, le placement en institution peut comprendre la création d'orphelinats et de foyers spécialement destinés aux enfants vivant avec le VIH/sida. L'intervention de l'État pour retirer des enfants à leur famille se fonde généralement sur des soucis thérapeutiques, mais ne

semble pas tenir compte du fait qu'il est préférable de maintenir l'enfant au sein de sa famille, ni de la possibilité d'apporter un appui efficace aux enfants vivant avec le VIH au sein de leur famille. Le fait d'isoler les enfants séropositifs des autres enfants dans les contextes de prise en charge extrafamiliale est aussi une façon de perpétuer l'opprobre dont ils sont l'objet et d'accentuer leur exclusion.

6. Les effets du VIH/sida sur les ménages dirigés par des enfants

Dans les communautés où le sida, les conflits, ou les deux à la fois, ont déjà causé la mort de nombreux adultes, la probabilité s'accroît de voir des enfants plus âgés assumer la responsabilité de leurs frères et sœurs plus jeunes, afin de préserver l'unité familiale. Ce mécanisme peut aussi être répandu lorsque les services sociaux officiels ne sont pas bien développés, lorsque la communauté n'est pas bien soudée, ou encore lorsque l'opprobre vient renforcer les réticences qu'éprouvent la famille élargie et les autres membres de la communauté à prendre en charge des enfants devenus orphelins. Il peut aussi prendre de l'ampleur lorsqu'il est connu que ces initiatives sont susceptibles de bénéficier d'un appui de la part d'ONG ou d'autres organismes.

La question de savoir si les ménages dirigés par des enfants représentent une solution appropriée pour des enfants ne bénéficiant pas d'une prise en charge parentale suscite aujourd'hui un vaste débat. Ce type de prise en charge présente des avantages et des inconvénients. D'une part, il permet aux frères et sœurs de demeurer ensemble et de maintenir le foyer familial. Certains enfants préfèrent cette option au placement familial, ou au fait d'être placés dans une famille où ils risquent d'être victimes de discrimination, et tous les enfants redoutent la séparation, immédiate ou ultérieure, d'avec leurs frères et sœurs dans ce genre de situation. D'autre part, les ménages dirigés par des enfants ont du mal à gagner suffisamment d'argent pour subsister, risquent de manquer d'expérience pour résoudre les problèmes qui se posent, et ils sont particulièrement vulnérables aux mauvais traitements et à l'exploitation^{xviii, xix}.

Pourtant, dans certains contextes, des efforts ont été faits, sur un plan officiel comme dans un cadre moins formel, pour apporter un soutien à ces ménages plutôt que de les séparer. Ainsi, en Afrique du Sud, la Commission de réforme législative a proposé qu'ils soient reconnus légalement « comme une option de placement pour les enfants orphelins nécessitant une prise en charge », et par conséquent que des mesures soient prévues pour assurer un contrôle et un appui appropriés, par des personnes ou des organismes sélectionnés ou agréés par une instance officielle et qui seraient directement ou indirectement responsables devant cette instance^{xx}. Il paraît évident – tout au moins dans les conditions actuelles – que les ménages qui se sont spontanément organisés avec un enfant à leur tête doivent être aidés et protégés – et certainement pas arbitrairement démantelés –, sans pour autant être considérés comme une « option de prise en charge » à encourager en tant que telle.

7. En quoi des normes internationales pourraient encourager la mise en œuvre de stratégies nouvelles ?

Dans ce cadre général, la nécessité de stratégies novatrices – et de ressources pour les mettre en œuvre – est évidente, afin que les enfants touchés par le VIH/sida ne soient pas traités d'une manière qui porte atteinte à leurs droits et qui va à l'encontre des bonnes pratiques reconnues en matière de protection de l'enfance. Ces stratégies doivent comprendre les éléments suivants : opposition au retrait d'un enfant à ses parents pour des raisons exclusivement liées à la séropositivité ou au sida des parents; apport de ressources (y compris bien entendu les traitements thérapeutiques) et d'un soutien suffisants aux parents pour leur permettre de continuer à s'occuper de leurs enfants; appui aux membres de la famille et aux autres personnes qui pourraient offrir une prise en charge à assise familiale lorsque le maintien des enfants auprès de

leurs parents est impossible; information et autres campagnes pour vaincre l'opprobre lié au VIH/sida; enfin, promotion efficace de politiques qui restreignent la création d'institutions résidentielles, liée à l'exigence que les ressources potentielles ainsi dégagées soient réorientées pour soutenir des solutions à assise familiale^{xxi}.

Il ne fait aucun doute que l'existence de normes internationales spécifiques sur la prise en charge extrafamiliale, qui fixeraient des principes fondamentaux de base tout en tenant compte de la situation spéciale des enfants touchés par le VIH/sida, représenterait un outil important pour favoriser l'adoption et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de programmes appropriés. Des normes internationales pourraient contribuer à fournir des indications plus détaillées aux pays qui ont à faire face aux problèmes de prise en charge causés ou exacerbés par la pandémie du VIH. Le document de travail conjoint UNICEF/SSI énumère une série de points sur lesquels il n'existe ni lignes directrices acceptées sur le plan international, ni normes minimales, alors qu'elles seraient hautement nécessaires; ces points sont presque tous pertinents dans le contexte du VIH/sida. Les plus importants d'entre eux dans ce contexte sont notamment les suivants :

- Services à fournir pour maintenir les enfants en sécurité auprès de leurs parents chaque fois que cela est possible;
- Conditions à réunir lorsque des enfants doivent être retirés à leurs parents;
- Procédures et mécanismes permettant aux enfants (et à leurs parents le cas échéant) d'avoir réellement voix au chapitre dans le choix de l'option de prise en charge, et d'être consultés régulièrement tout au long de la période de placement;
- Planification permanente;
- Protection dans les situations de prise en charge sans décision officielle;
- Sélection, formation, suivi et soutien des familles d'accueil;
- Recours au placement en institution et conditions dans les établissements;
- Mesures destinées aux ménages dirigés par des enfants.

Pour répondre aux préoccupations spécifiques évoquées dans le présent document, les normes et principes directeurs, internationaux ou nationaux, devraient traiter explicitement des points suivants :

- L'importance des dispositions destinées à prévenir la séparation. Dans le cas de parents ou d'enfants vivant avec le VIH – et d'autres maladies chroniques –, l'accès aux soins de santé et aux services connexes peut prolonger la durée de vie et permettre aux parents de rester avec leurs enfants, et aux frères et sœurs de demeurer ensemble;
- Les mécanismes d'appui et de contrôle de la prise en charge par la famille élargie, ainsi que d'autres formes de placement familial spontané, qui peuvent être appliqués par une majorité de pays et qui contribuent à assurer une meilleure protection aux enfants vivant dans le cadre d'arrangements de ce type;
- Les options de prise en charge et les mécanismes juridiques permettant de garantir un soutien approprié aux enfants abandonnés, et de prévenir la séparation inutile des enfants d'avec leurs pairs ou d'empêcher d'autres traitements discriminatoires;
- Des directives sur l'utilisation à bon escient (le cas échéant) de considérations médicales dans les décisions de retirer des enfants aux personnes qui en ont la charge, ou de les isoler au sein du milieu où ils sont pris en charge;
- Des directives sur l'utilisation appropriée de diverses options de prise en charge, y compris des options novatrices pour les enfants plus âgés, comme les ménages dirigés par des enfants et d'autres arrangements indépendants bénéficiant d'un appui;
- Des normes concernant les droits d'héritage et de succession, comme partie intégrante de la planification en vue d'une solution durable (« planification permanente »).

Dans ce domaine, les lignes directrices approuvées par des organisations individuelles sont indéniablement utiles, mais elles risquent de ne pas avoir, à elles seules, le poids nécessaire. Pour

que toute l'attention nécessaire soit accordée aux enfants touchés par le VIH/sida dans le contexte général de la prise en charge des enfants hors du foyer familial, il est indispensable de disposer de normes approuvées à l'échelon international le plus élevé, afin de favoriser au maximum la mise en œuvre et le respect des principes sur le plan national.

ooOoo

Références :

- ⁱ ONUSIDA, UNICEF et USAID, *Children on the Brink*, 2004.
- ⁱⁱ UNICEF, "Securing a Future: Mekong Children and HIV/AIDS", UNICEF Bangkok, 2002.
- ⁱⁱⁱ Mawoneke, S., Sexton, A. et Moyo, K., *AIDS and Street Children in Zimbabwe*, 2001.
- ^{iv} Bagarukayo, H., Shuey, D., Babishangire, B. et Johnson, K., *An operational study relating to sexuality and AIDS prevention among primary school students in Kabale District, Amref, Entebbe*, 1993.
- ^v ONUSIDA, *Facing the Future: Report of the United Nations Secretary General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa, Afrique du Sud*, 2004.
- ^{vi} UNICEF, *Africa's Orphaned Generation*, New York, 2004.
- ^{vii} Case, A., Paxson C. et Ableidinger, J., *Orphans in Africa: Parental Death, Poverty and School Enrollment*, Princeton University, 2004.
- ^{viii} UNICEF, 2004, op. cit.
- ^{ix} Paul, G., *When the boomerang returns: a qualitative study of socio-economic impact of HIV/AIDS on older people in Northern Thailand*, 2001.
- ^x UNICEF, 2004, op. cit.
- ^{xi} Namphanya-Serpell, N., « Children Orphaned by HIV/AIDS in Zambia: Social and Economic Risk Factors of Premature Parental Death », article présenté lors de la conférence sur « Les orphelins et les enfants vulnérables en Afrique : victimes ou vestiges d'espoir », Uppsala, Suède, 13-16 septembre 2001, cité dans l'UNICEF comme *Africa's Orphaned Generation*, 2001.
- ^{xii} UNICEF, 2004, op. cit.
- ^{xiii} Mann, G., 2001, cité dans : Tolfree, D., *Whose Children?*, 2003.
- ^{xiv} Banque mondiale, *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, Washington D.C., 1997.
- ^{xv} Ugandan Ministry of Labour, Gender and Social Development (2003), *Uganda Country Report for Stockholm Conference on Residential Care*, Université de Stockholm.
- ^{xvi} World Conference of Religions for Peace et UNICEF, *Study of the Response by Faith-Based Organisations to Orphans and Vulnerable Children*, 2004.
- ^{xvii} Diona, G., Kalinganire, C. et Muramutsa, F., *The Rwandan Experience of Fostering Separated Children, Save the Children*, Stockholm, 2001.
- ^{xviii} Tolfree, D., *Whose Children?*, Save the Children Sweden, 2003.
- ^{xix} Luzze, F., *Survival in child headed households : a study on the impact of the World Vision support on coping strategies in child headed households in Kakuuto county, Rakai District, Uganda*, Oxford Centre for Mission studies/World Vision, University of Leeds, 2002.
- ^{xx} South African Law Reform Commission (2002), *Discussion paper 103*.
- ^{xxi} Une large panoplie de stratégies sont étudiées, par exemple dans : Williamson, J., *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 (submitted to US Agency for International Development, Office of HIV/AIDS), 2004.