

# LES GÉNÉRATIONS ORPHELINES D'AFRIQUE



Pour chaque enfant  
Santé, Éducation, Égalité, Protection  
FAISONS AVANCER L'HUMANITÉ

unicef 

« Autrefois, les gens s'occupaient des orphelins et les entouraient d'affection, mais aujourd'hui, ils sont tellement nombreux, et une grande partie des personnes qui auraient pu les aider sont mortes, et le fait d'être orphelin est donc un phénomène courant, qui n'a rien d'étrange. Les quelques personnes qui restent en vie ne peuvent pas subvenir à leurs besoins. »

Une veuve d'une cinquantaine d'années, Kenya<sup>1</sup>

En Afrique subsaharienne, l'épidémie de VIH/SIDA a déjà rendu orphelins une génération d'enfants - et semble maintenant sur le point de s'attaquer aux générations à venir.

Aujourd'hui, plus de 11 millions d'enfants de moins de quinze ans vivant en Afrique subsaharienne ont été privés à cause du VIH/SIDA d'un ou de leurs deux parents. Dans sept ans, ce chiffre devrait atteindre 20 millions. À ce stade, dans une douzaine de pays d'Afrique subsaharienne, de 15 % à plus de 25 % de tous les enfants seront orphelins – à cause du VIH/SIDA dans la très grande majorité des cas.

Le rapport *Les générations orphelines d'Afrique* rend compte des conditions de vie des orphelins d'aujourd'hui en s'appuyant sur de nouvelles données et de récentes analyses. Ce rapport présente les changements qu'il est possible de réaliser – pour les enfants déjà orphelins ainsi que pour la génération à venir – si certaines mesures sont prises dès aujourd'hui.

Il est tragique de constater que le nombre d'orphelins continuera d'augmenter en Afrique subsaharienne dans les années à venir, en raison de la proportion élevée d'adultes vivant déjà avec le VIH/SIDA et de la difficulté persistante à distribuer au plus grand nombre des traitements antirétroviraux permettant de prolonger la durée de vie. Mais, il est tout à fait possible d'éviter que ces enfants aient à souffrir deux fois et soient privés de leurs droits parce qu'ils sont orphelins. Le rapport *Les générations orphelines d'Afrique* présente une stratégie visant à faire en sorte que tous les orphelins de l'Afrique puissent grandir en sécurité, en bonne santé et en allant à l'école, dans la perspective d'une vie adulte productive et du développement général de leur pays. Ce rapport est porteur d'espoir face à une gigantesque catastrophe.

# TABLE DES MATIÈRES

Résumé .....	4
--------------	---

## CHAPITRES

<b>Chapitre 1</b> L'ampleur de la crise des orphelins .....	6
<b>Chapitre 2</b> L'impact des orphelins sur les familles, les ménages et les communautés .....	12
<b>Chapitre 3</b> L'impact sur les enfants .....	24
<b>Chapitre 4</b> Aider les orphelins de l'Afrique .....	32
Références .....	44

## STATISTIQUES

Note générale sur les données .....	47
<b>Tableau 1</b> Indicateurs de base .....	48
<b>Tableau 2</b> Nombre estimatif d'orphelins par pays, année, type, âge et cause .....	49
<b>Tableau 3</b> Pratiques de prise en charge .....	50
<b>Tableau 4</b> Impact et réactions .....	51
Définitions des indicateurs .....	52

## FIGURES

<b>Figure 1-1</b> 34 millions d'enfants orphelins en Afrique subsaharienne .....	7
<b>Figure 1-2</b> Le pire reste à venir : courbes de l'épidémie, du VIH/SIDA et des orphelins .....	8
<b>Figure 1-3</b> Augmentation du nombre des doubles orphelins en Afrique subsaharienne à cause du VIH/SIDA .....	9
<b>Figure 1-4</b> Projections du pourcentage d'orphelins, 2010 .....	9
<b>Figure 1-5</b> Répartition des orphelins par région rurale/urbaine .....	10
<b>Figure 1-6</b> L'âge des orphelins .....	11
<b>Figure 1-7</b> Pourcentage d'enfants orphelins par résidence en milieu urbain/rural .....	11
<b>Figure 2-1</b> Les familles traditionnelles prennent généralement en charge les enfants .....	14
<b>Figure 2-2</b> L'impact se fait de plus en plus sentir auprès des ménages les plus pauvres .....	16
<b>Figure 2-3</b> Dans les ménages avec orphelins, les adultes ont davantage de personnes à charge .....	17
<b>Figure 2-4</b> Les besoins élémentaires auxquels les ménages avec orphelins ne peuvent répondre .....	18
<b>Figure 2-5</b> La plus grande partie des responsabilités incombe aux ménages dirigés par une femme .....	20
<b>Figure 2-6</b> Les femmes prennent plus souvent en charge les orphelins .....	21
<b>Figure 2-7</b> Les ménages dirigés par une femme prennent plus souvent en charge des orphelins que les ménages dirigés par un homme .....	21

<b>Figure 2-8</b>	Les orphelins sont souvent séparés de leurs frères et sœurs. . . . .	22
<b>Figure 2-9</b>	Les membres de la famille plus âgés et plus jeunes s’occupent des orphelins. . . .	22
<b>Figure 2-10</b>	Le rôle croissant des grands-parents. . . . .	23
<b>Figure 2-11</b>	La plupart des enfants vivant dans la rue à Lusaka (Zambie) sont orphelins . . . .	23
<b>Figure 3-1</b>	Les orphelins sont moins souvent scolarisés . . . . .	25
<b>Figure 3-2</b>	Les orphelins sont moins souvent au bon niveau éducatif . . . . .	26
<b>Figure 3-3</b>	L’école est essentielle au bien-être des enfants . . . . .	29
<b>Figure 3-4</b>	Les enfants orphelins sont moins optimistes quant à l’avenir . . . . .	30
<b>Figure 4-1</b>	Les communautés sont à l’avant-garde de l’assistance aux ménages vulnérables . . . . .	33
<b>Figure 4-2</b>	La planification de la succession est efficace . . . . .	37
<b>Figure 4-3</b>	Une politique d’enseignement primaire universel fait disparaître les désavantages . . . . .	38
<b>Figure 4-4</b>	Grâce aux programmes d’alimentation scolaire, les enfants vulnérables continuent d’aller à l’école. . . . .	40
<b>Figure 4-5</b>	De nombreux enfants ne sont pas déclarés à la naissance . . . . .	41

## ENCADRÉS

<b>Encadré 1-1</b>	Différences à l’intérieur des pays . . . . .	10
<b>Encadré 2-1</b>	Familles élargies et familles d’accueil . . . . .	13
<b>Encadré 2-2</b>	L’indice de richesse . . . . .	16
<b>Encadré 2-3</b>	Le rapport de dépendance . . . . .	17
<b>Encadré 2-4</b>	Les obstacles à la rédaction de testament en Ouganda . . . . .	19
<b>Encadré 2-5</b>	La responsabilité accrue des ménages dirigés par une femme . . . . .	21
<b>Encadré 3-1</b>	Les orphelins et les pires formes du travail des enfants. . . . .	28
<b>Encadré 3-2</b>	Signes de détresse . . . . .	30
<b>Encadré 4-1</b>	Engagements internationaux. . . . .	34
<b>Encadré 4-2</b>	Principes directeurs relatifs aux droits de l’homme . . . . .	35
<b>Encadré 4-3</b>	Abolir les frais de scolarité : le cas du Kenya . . . . .	39
<b>Encadré 4-4</b>	Enregistrement des naissances . . . . .	41

## TABLEAUX

<b>Tableau 2-1</b>	Différentes pratiques pour les non-orphelins et les orphelins d’un seul parent. . . . .	13
<b>Tableau 2-2</b>	Taux de dépendance en Ouganda : Les ménages avec orphelins ont plus de personnes à charge et un revenu plus bas . . . . .	15

# RÉSUMÉ

L'un des effets les plus dévastateurs de l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique subsaharienne est que la maladie laisse dans son sillage des générations d'enfants orphelins et compromet ainsi leurs droits et leur prospérité, ainsi que les perspectives de développement général de leur pays.

- En 1990, moins d'un million d'enfants d'Afrique subsaharienne de moins de quinze ans avaient perdu l'un de leurs parents ou les deux du fait du VIH/SIDA.
- À la fin de l'année 2001, on comptait dans cette région et dans cette tranche d'âge 11 millions d'enfants orphelins à cause du VIH/SIDA, soit près de 80 % du total mondial.
- D'ici à 2010, ce chiffre devrait être de 20 millions, ce qui représenterait environ la moitié du nombre total d'orphelins dans la région.

Dans des proportions plus catastrophiques qu'ailleurs, l'épidémie de VIH/SIDA a aggravé la pauvreté et a exacerbé les nombreuses carences de l'Afrique subsaharienne. Beaucoup de familles élargies n'arrivent plus à faire face à la situation lorsqu'elles doivent s'occuper d'enfants orphelins supplémentaires. Étant donné la hausse rapide du nombre d'enfants à protéger et à prendre en charge, et la proportion toujours plus importante d'adultes tombant malades du VIH/SIDA, beaucoup de réseaux familiaux sont tout simplement à bout de forces. Dans de nombreux pays, le nombre de familles ayant à leur tête une femme ou des grands-parents connaît une forte hausse ; ces foyers finissent souvent par ne plus pouvoir répondre adéquatement aux besoins des enfants qui sont à leur charge. Le nombre d'enfants vivant dans la rue augmente, très probablement à cause du VIH/SIDA.

Les enfants orphelins sont souvent terriblement désavantagés à de nombreux égards. En plus du traumatisme que causent la maladie et la mort de l'un de leurs parents ou des deux, ils ont tendance à être plus pauvres et en moins bonne

santé que les enfants non orphelins. Leur développement cognitif et affectif est plus souvent perturbé, ils risquent davantage de ne pas aller à l'école et d'être victimes des pires formes de travail des enfants. Les stratégies ultimes de survie, qui consistent par exemple à manger moins et à vendre ses biens, ne font qu'accroître la vulnérabilité des adultes et des enfants.

Pour des générations d'orphelins de l'Afrique subsaharienne, la situation est d'une gravité exceptionnelle, mais les gouvernements, les organismes internationaux, les organisations non gouvernementales, les écoles et d'autres groupes communautaires peuvent encore influencer sur le cours des événements. Dans l'immédiat, des mesures de soutien permettront aux familles et aux communautés d'instaurer l'environnement protecteur dont les orphelins ont besoin et auquel ils ont droit. Si l'on élimine tous les frais de scolarité et dispense aux enfants un enseignement de base, si on leur donne des possibilités de gagner leur vie durablement et sans danger, et si l'on apporte aux familles une aide, notamment financière, de nombreux orphelins qui seraient sinon séparés de leur famille pourront rester au sein de cette dernière.

Les gouvernements – de l'Afrique subsaharienne et des pays donateurs – ont tardé à réagir. Mais, en juin 2001, au cours de la session extraordinaire consacrée au VIH/SIDA, l'Assemblée générale des Nations Unies a accordé une attention particulière aux enfants rendus orphelins et vulnérables par le VIH/SIDA et a fixé dans la Déclaration d'engagement des objectifs précis à atteindre au cours des cinq années à venir. Ces objectifs rappellent à quel point il est important d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies nationales visant à renforcer les moyens dont disposent les pouvoirs publics, les familles et les communautés face à la crise, en éliminant toute discrimination et en renforçant la coopération internationale.



Les éléments centraux d'un cadre d'action élaboré par divers organismes internationaux, dont l'UNICEF, l'ONUSIDA et USAID, témoignent de la nécessité de prendre des mesures radicales dans cinq domaines.

- 1** Renforcer les capacités des familles à protéger et à prendre en charge les orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA. En Afrique subsaharienne, les familles élargies constituent l'appui le plus important sur lequel peuvent compter les ménages touchés par le VIH/SIDA, y compris les enfants orphelins.
- 2** Mobiliser et renforcer les initiatives communautaires. Après les familles, ce sont les communautés qui constituent l'appui le plus important.
- 3** Faire en sorte que les orphelins et enfants vulnérables aient accès aux services de base. Pour jouir de leurs droits et de bonnes conditions de vie, les orphelins et autres enfants vulnérables ont besoin d'un certain nombre de services, notamment : éducation, inscription des naissances, soins de santé et nutrition, appui psychosocial, eau salubre et assainissement, ainsi que des systèmes judiciaires stables et indépendants.
- 4** Faire en sorte que les gouvernements protègent les enfants les plus vulnérables. S'il incombe en premier lieu aux familles de protéger et de prendre soin des enfants, les gouvernements sont tenus de garantir les droits de l'enfant.
- 5** Sensibiliser la population afin d'instaurer un environnement favorable pour les enfants touchés par le VIH/SIDA. Les mesures de lutte contre le VIH/SIDA doivent relever d'une responsabilité nationale commune.

La situation critique de l'Afrique subsaharienne a des répercussions sur la stabilité et le bien-être de l'humanité qui dépassent largement le cadre de la région et concernent les gouvernements et la population du monde entier. Les pays riches doivent être conscients du fait que, conformément à l'esprit de la Convention relative aux droits de l'enfant et à leurs intérêts mondiaux, ils ont un rôle vital à jouer en intensifiant les mesures prises pour remédier à la situation critique des orphelins. Ils doivent accroître considérablement les ressources mobilisées à cet effet, maintenir cette question au premier rang des priorités internationales, apporter un appui technique et matériel et veiller au suivi des progrès effectués dans la réalisation des objectifs mondiaux et à la responsabilisation des principaux acteurs. Leur mobilisation et leur participation sont essentielles, car le sort des enfants de l'Afrique rendus orphelins par le VIH/SIDA relève de la responsabilité mondiale.

# 1 L'AMPLEUR DE LA CRISE DES ORPHELINS

L'un des effets les plus dévastateurs de l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique subsaharienne est que la maladie laisse dans son sillage des générations d'enfants orphelins et compromet ainsi non seulement leurs droits et leur prospérité, mais également les perspectives de développement général de leur pays.



## L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE FRAPPÉE DE PLEIN FOUET

Bien que le VIH/SIDA soit présent dans quasiment toutes les régions du monde, aucune autre région n'a été plus durement touchée que l'Afrique subsaharienne, qui compte près des trois quarts du nombre total de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde. À la fin de l'année 2002, plus de 29 millions de personnes vivaient avec le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Dix millions d'entre elles étaient des jeunes (de 15 à 24 ans) et près de 3 millions étaient des enfants de moins de quinze ans. Pendant la seule année 2002, environ 2 millions d'adultes sont morts du VIH/SIDA dans la région.<sup>2</sup>

## L'ÉPIDÉMIE FAIT DES MILLIONS D'ORPHELINS

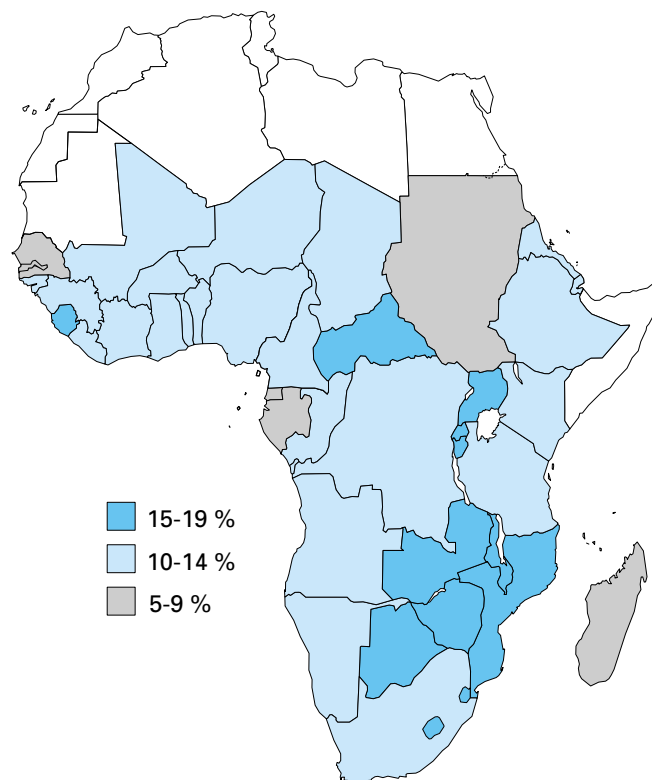
Parmi les enfants ayant perdu leurs parents à cause du VIH/SIDA, 8 sur 10 vivent en Afrique subsaharienne. De 1990 à 2001, la proportion d'orphelins dont les parents sont morts du VIH/SIDA est passée de 3,5 % à 32 %. Aujourd'hui, on compte dans cette région plus de 34 millions d'orphelins, dont 11 millions ont perdu leurs parents à cause du VIH/SIDA<sup>3</sup>. La figure 1-1 présente les estimations les plus récentes du nombre d'enfants orphelins à cause du VIH/SIDA, publiées dans *Les enfants au bord du gouffre 2002*. (Il s'agit d'un rapport biennuel sur les estimations du nombre d'orphelins et les stratégies adoptées, publié par l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'USAID. Ces données proviennent d'un exercice de modélisation qui a consisté à estimer le nombre de personnes qui mourront du VIH/SIDA et d'autres causes et à calculer le nombre d'enfants qui seront probablement orphelins.)

Sans le VIH/SIDA, le nombre d'orphelins diminuerait en Afrique subsaharienne. Mais à cause de la propagation de cette maladie, le nombre d'orphelins connaît une croissance exponentielle.

Même sans le VIH/SIDA, le pourcentage d'enfants orphelins serait beaucoup plus élevé en Afrique subsaharienne que dans les autres régions du monde. En Afrique subsaharienne, 12 % de tous les enfants sont orphelins, contre 6,5 % en Asie et 5 % en Amérique latine et dans les Caraïbes. Dans dix pays de cette région, plus d'un enfant de 14 ans sur

Figure 1-1: 34 MILLIONS D'ENFANTS ORPHELINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

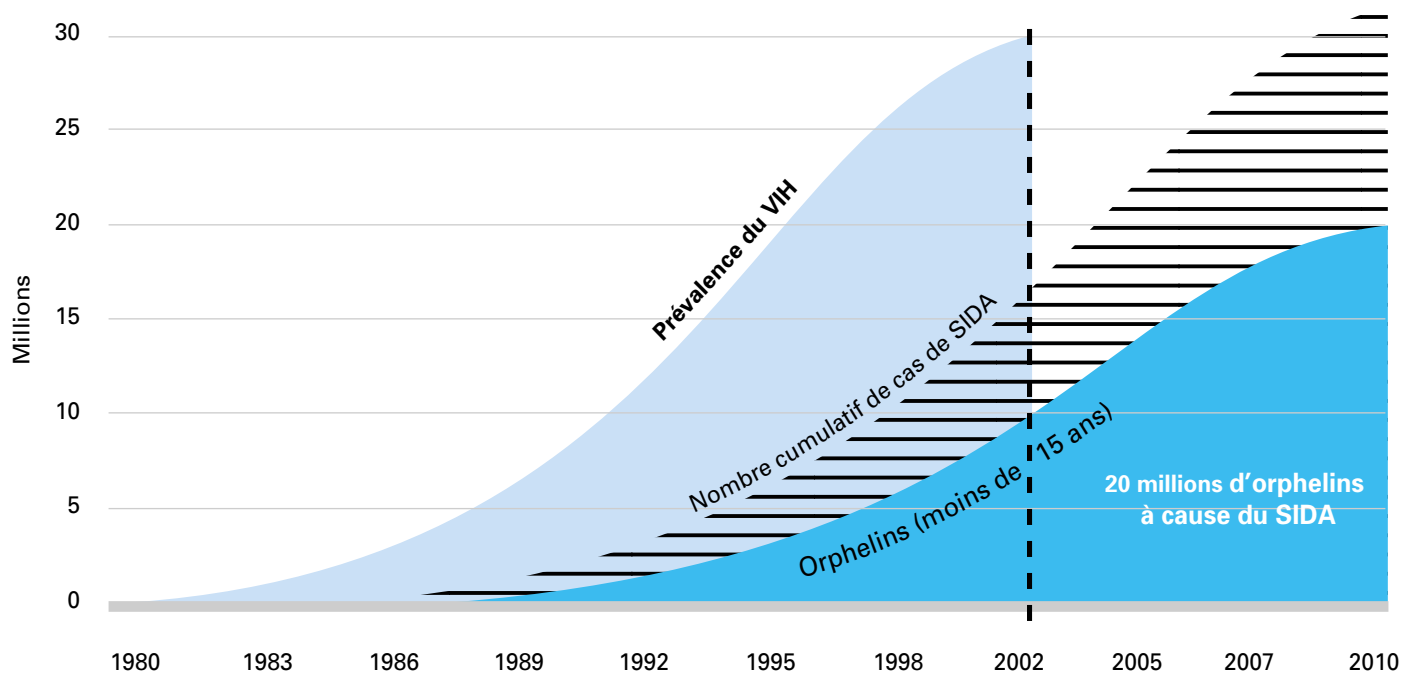
% estimatif d'orphelins de moins de 15 ans, 2001



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

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

**FIGURE 1-2 : LE PIRE RESTE À VENIR : COURBES DE L'ÉPIDÉMIE, DU VIH/SIDA ET DES ORPHELINS**



Source : ONUSIDA/UNICEF, 2003, adaptation de Whiteside, A. et C. Sunter, 2000.

cinq est orphelin. Le VIH/SIDA (ainsi que les conflits armés ayant actuellement lieu) ne fait qu'accroître les pressions déjà lourdes qui s'exercent sur les familles de l'Afrique subsaharienne du fait du nombre exceptionnellement élevé d'enfants orphelins.

## LE PIRE RESTE À VENIR

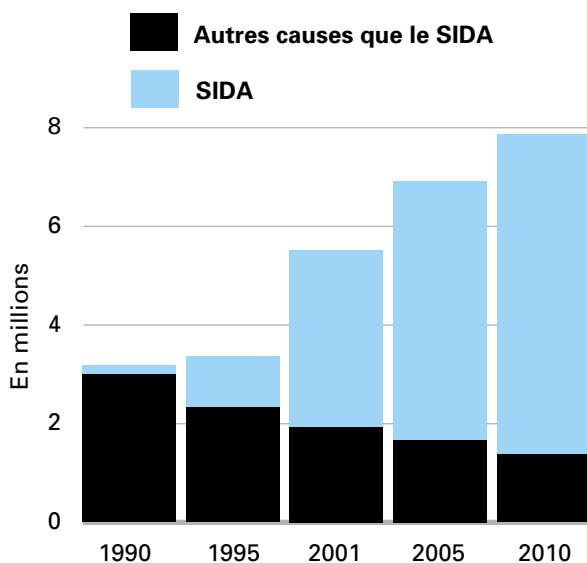
Bien que les statistiques soient déjà très alarmantes, la crise des orphelins de l'Afrique subsaharienne ne fait que commencer. À mesure que les jeunes adultes seront de plus en plus nombreux à mourir, ils laisseront derrière eux un nombre croissant d'enfants orphelins. On estime qu'en 2010 le VIH/SIDA aura privé d'un ou de leurs deux parents 20 millions d'enfants de moins de quinze ans, soit près de deux fois plus que le nombre d'orphelins de cette tranche d'âge en 2001.

La hausse la plus importante se produira dans les pays ayant les taux de prévalence du VIH les plus élevés, tels que le Botswana, le Lesotho et le Swaziland, où le taux de prévalence du VIH parmi les adultes a atteint des sommets inimaginables, dépassant 30 %. Mais même dans les pays où le taux de prévalence du VIH s'est stabilisé ou a diminué, le nombre d'orphelins continuera d'augmenter ou restera du moins élevé pendant plusieurs années, du fait du long décalage existant entre le moment où une personne contracte le VIH et celui où elle meurt (voir Figure 1-2). Par exemple, le taux de prévalence du VIH en Ouganda a atteint un sommet d'environ 14 % à la fin des années 1980 et a ensuite entamé un recul spectaculaire, passant à 5 % d'après les estimations en 2001. Le nombre d'orphelins a cependant continué d'augmenter dans ce pays et ce n'est que maintenant qu'il commence à diminuer, passant de 14,6 % en 2001 à 9,6 % en 2010 d'après les projections.

## LES ORPHELINS DE PÈRE ET DE MÈRE – QUAND LE VIH/SIDA TUE LES DEUX PARENTS

Parmi toutes les causes de décès des parents, le VIH/SIDA est exceptionnel dans la mesure où si l'un des parents est porteur du VIH, il est très probable que le conjoint le soit aussi. Cela signifie que les enfants risquent fort de voir leurs deux parents mourir dans un laps de temps relativement bref. Sans le VIH/SIDA, le nombre total d'orphelins « doubles » – terme désignant les enfants ayant perdu leurs deux parents – aurait diminué de 1990 à 2010, comme la proportion de toutes les catégories d'orphelins en Afrique subsaharienne. Mais, à cause du VIH/SIDA, le nombre d'enfants ayant perdu leurs deux parents sera presque multiplié par trois d'ici à 2010 (voir Figure 1-3).

**FIGURE 1-3 : AUGMENTATION DU NOMBRE D'ORPHELINS DOUBLES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE À CAUSE DU VIH/SIDA**



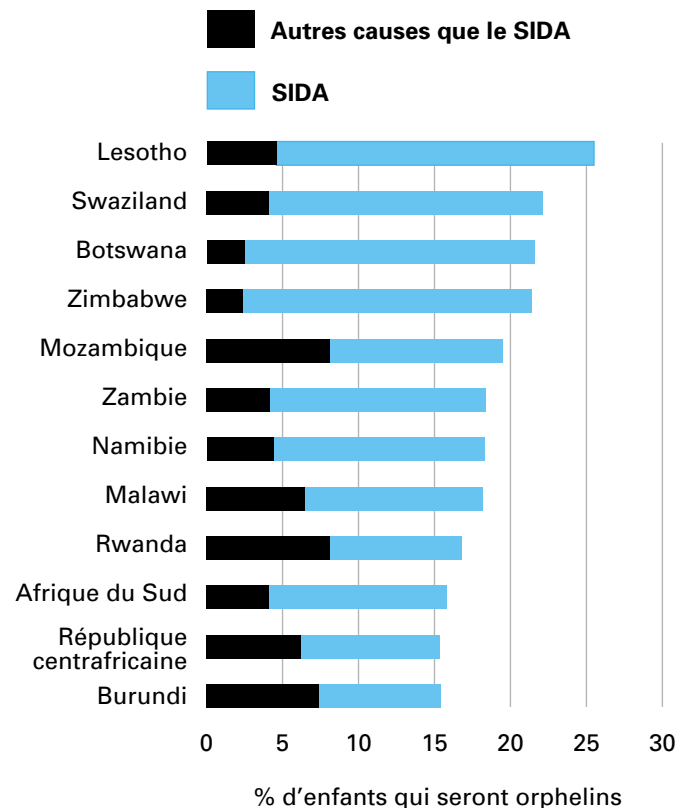
Source : Les enfants au bord du gouffre 2002.

## OÙ VIVENT LES ORPHELINS ?

C'est dans certaines régions et certains pays d'Afrique subsaharienne que les orphelins sont le plus nombreux. Les pays ayant des taux élevés de prévalence du VIH ou ayant récemment participé à des conflits armés sont ceux qui comptent en pourcentage le plus d'orphelins. D'après les tendances actuelles, en 2010, le Botswana, le Lesotho, le Swaziland et le Zimbabwe (voir Figure 1-4) auront les pourcentages d'enfants orphelins les plus élevés. Plus de 80 % de ces enfants auront perdu leurs parents à cause du VIH/SIDA, la plupart de ces parents ayant déjà contracté le virus à l'heure actuelle.

**FIGURE 1-4 : PROJECTIONS DU POURCENTAGE D'ORPHELINS, 2010**

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

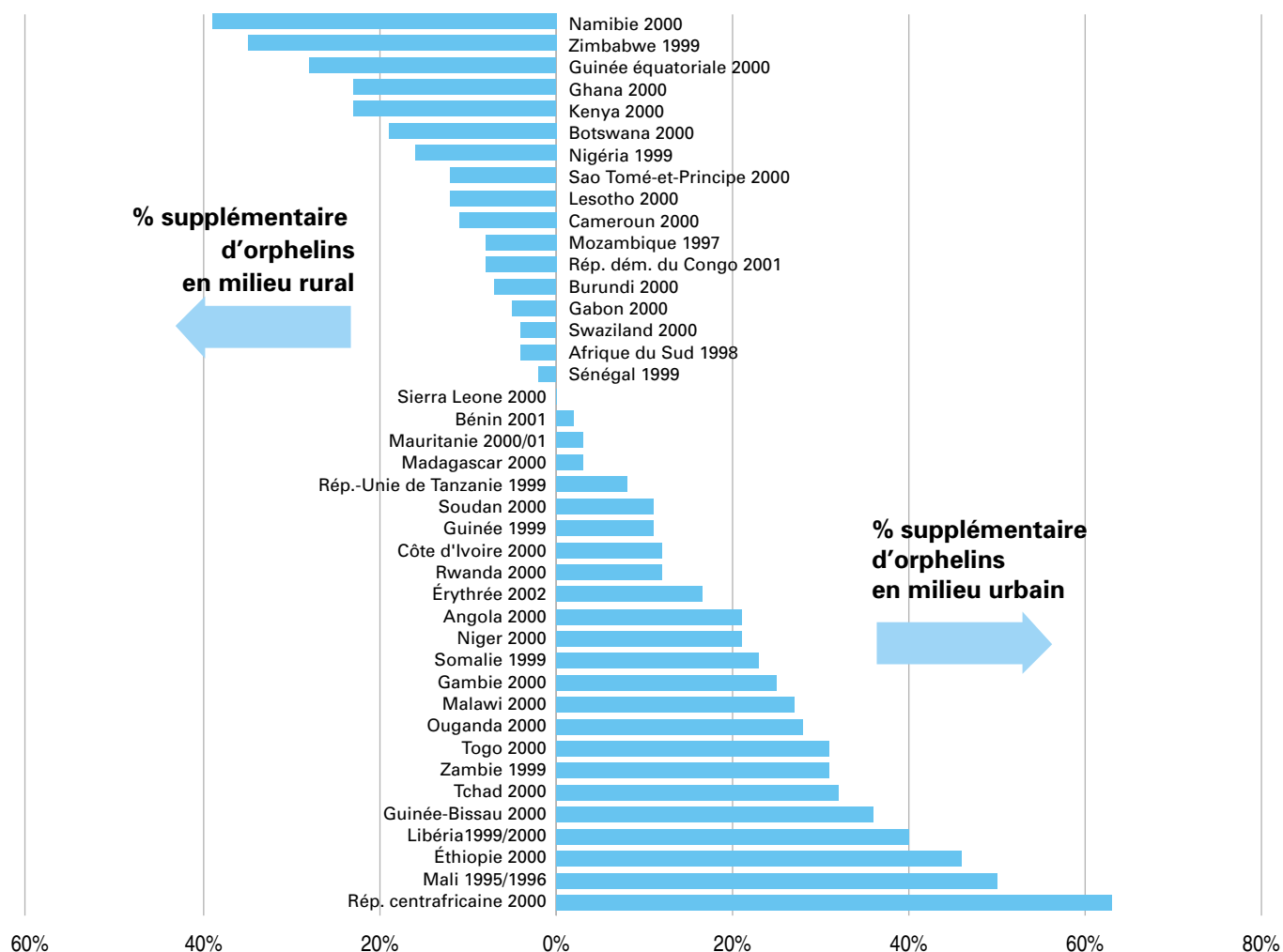


Source : Les enfants au bord du gouffre 2002.

## ENCADRÉ 1-1 : DIFFÉRENCES À L'INTÉRIEUR DES PAYS

Les orphelins ne sont pas toujours uniformément répartis au sein d'un même pays. Certaines régions ont des pourcentages plus ou moins élevés d'orphelins, qui dépendent en grande partie du taux de prévalence du VIH/SIDA. Dans de nombreux pays, comme l'Éthiopie et l'Ouganda, les taux de prévalence sont plus élevés en milieu urbain, ce qui pourrait expliquer la proportion plus importante d'orphelins dans les zones urbaines, représentée à la figure 1-5. Cependant, les maladies et les décès dus au VIH/SIDA ou à d'autres causes entraînent souvent des migrations depuis les zones urbaines jusqu'aux villages d'origine. Les parents atteints d'une maladie mortelle et vivant en milieu urbain peuvent décider de retourner mourir dans leur village et peuvent emmener leur famille avec eux, ce qui pourrait expliquer le pourcentage plus élevé d'orphelins dans les régions rurales de certains pays, dont le Zimbabwe (voir figure 1-7). Les migrations inverses compliquent également la situation : en milieu rural, le décès de l'homme de la famille peut obliger la mère et les enfants à aller chercher en ville du travail ou d'autres formes d'aide.

FIGURE 1-5 : RÉPARTITION DES ORPHELINS PAR RÉGION RURALE/URBAINE



Sources : UNICEF-MICS, indicateur EDS, 1997-2002.

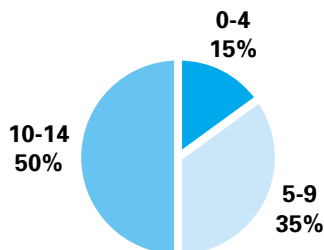
## L'ÂGE DES ORPHELINS

La répartition par âge des orphelins est quasiment la même d'un pays à l'autre. Il ressort des enquêtes menées que seulement 2 % des enfants en moyenne ont perdu leurs parents avant l'âge d'un an. Dans l'ensemble, environ 15 % des orphelins ont moins de 4 ans, 35 % ont de 5 à 9 ans, et 50 % de 10 à 14 ans<sup>4</sup>.

## LES AUTRES ENFANTS VULNÉRABLES

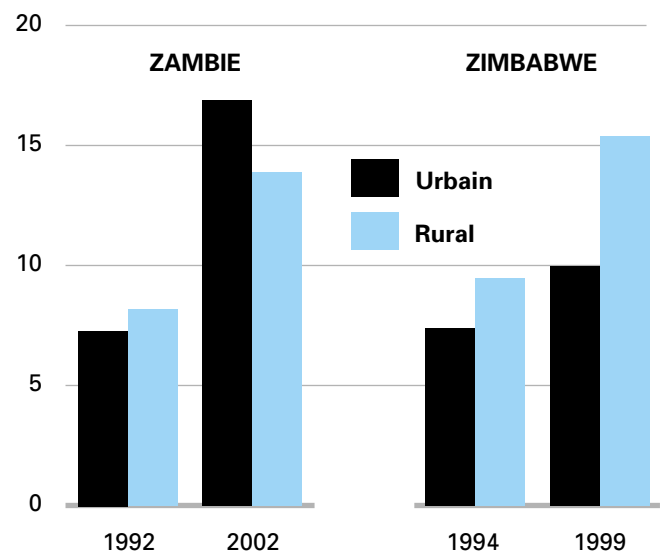
Les orphelins constituent un aspect d'une crise en matière de santé et de développement beaucoup plus vaste, engendrée par le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Ainsi, dans les pays où une proportion élevée d'enfants sont orphelins à cause du VIH/SIDA, il est fort probable que l'épidémie nuise également à un nombre encore plus important d'enfants qui ne sont pas orphelins, mais dont le bien-être et la possibilité d'exercer leurs droits sont restreints. Parmi ces « autres enfants vulnérables » figurent ceux qui vivent avec le VIH/SIDA, ceux dont les parents sont malades du VIH/SIDA, et, plus généralement, les enfants qui sont tout particulièrement vulnérables du fait de la pauvreté, de la discrimination ou de l'exclusion, due ou non au VIH/SIDA.

FIGURE 1-7 : L'ÂGE DES ORPHELINS



Sources : UNICEF-MICS, indicateur EDS, 1997-2002.

FIGURE 1-6 : POURCENTAGE D'ENFANTS ORPHELINS PAR RÉSIDENCE EN MILIEU URBAIN/RURAL



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

# 2 L'IMPACT DES ORPHELINS SUR LES FAMILLES, LES MÉNAGES ET LES COMMUNAUTÉS

En Afrique subsaharienne, dans des proportions encore plus catastrophiques qu'ailleurs, l'épidémie de VIH/SIDA a aggravé la pauvreté et a exacerbé les nombreuses pénuries. Beaucoup de familles élargies n'arrivent plus à faire face à la situation lorsqu'elles doivent s'occuper d'enfants orphelins supplémentaires. Étant donné la hausse rapide du nombre d'enfants à protéger et à prendre en charge, et la proportion toujours plus importante d'adultes tombant malades du VIH/SIDA, beaucoup de réseaux familiaux sont tout simplement à bout de forces. Dans de nombreux pays, le nombre de familles ayant à leur tête une femme ou des grands-parents connaît une forte hausse; ces foyers finissent souvent par ne plus pouvoir répondre adéquatement aux besoins des enfants qui sont à leur charge.

## LA FAMILLE ÉLARGIE

Dans presque tous les pays d'Afrique subsaharienne, les familles élargies ont pris en charge plus de 90 % des enfants orphelins (voir Encadré 2-1). Mais ce système de soutien traditionnel est soumis à de lourdes pressions et est déjà submergé dans de nombreux cas, de plus en plus démunis et incapables de s'occuper adéquatement des enfants. Le plus inquiétant est que c'est précisément dans ces pays où le nombre d'orphelins augmentera le plus dans les années à venir que les familles élargies ont déjà le plus de mal à s'occuper des orphelins.

Lorsqu'un parent meurt, la majorité des orphelins restent avec le parent survivant. Il existe cependant d'importantes différences entre les pays (et au sein d'un même pays). Ces différences sont mises en évidence dans le tableau 2-1, qui présente le pourcentage d'orphelins « d'un seul parent » ne vivant pas avec leur mère, ou leur père, encore en vie. (Les orphelins d'un seul parent sont les enfants qui ont encore un parent. Les enfants dont la mère est morte sont appelés orphelins « maternels » et ceux dont le père est mort orphelins « paternels ».) En Afrique du Sud, un tiers des orphelins paternels ne restent pas avec leur mère, tandis qu'au Burundi cette proportion est inférieure à un sur dix.

**TABLEAU 2-1 : DIFFÉRENTES PRATIQUES POUR LES NON-ORPHELINS ET LES ORPHELINS D'UN SEUL PARENT**

Pays	% de non-orphelins vivant avec leur mère	% d'orphelins vivant avec leur mère	% de non-orphelins vivant avec leur père	% de d'orphelins vivant avec leur père
Burundi	96	92	92	76
Nigéria	90	77	87	76
Malawi	87	72	70	27
Ghana	81	67	58	52
Gabon	77	76	53	52
Afrique du Sud	73	65	42	28

Sources : UNICEF-MICS; indicateur EDS, 1998-2001.

## ENCADRÉ 2-1 : FAMILLES ÉLARGIES ET FAMILLES D'ACCUEIL

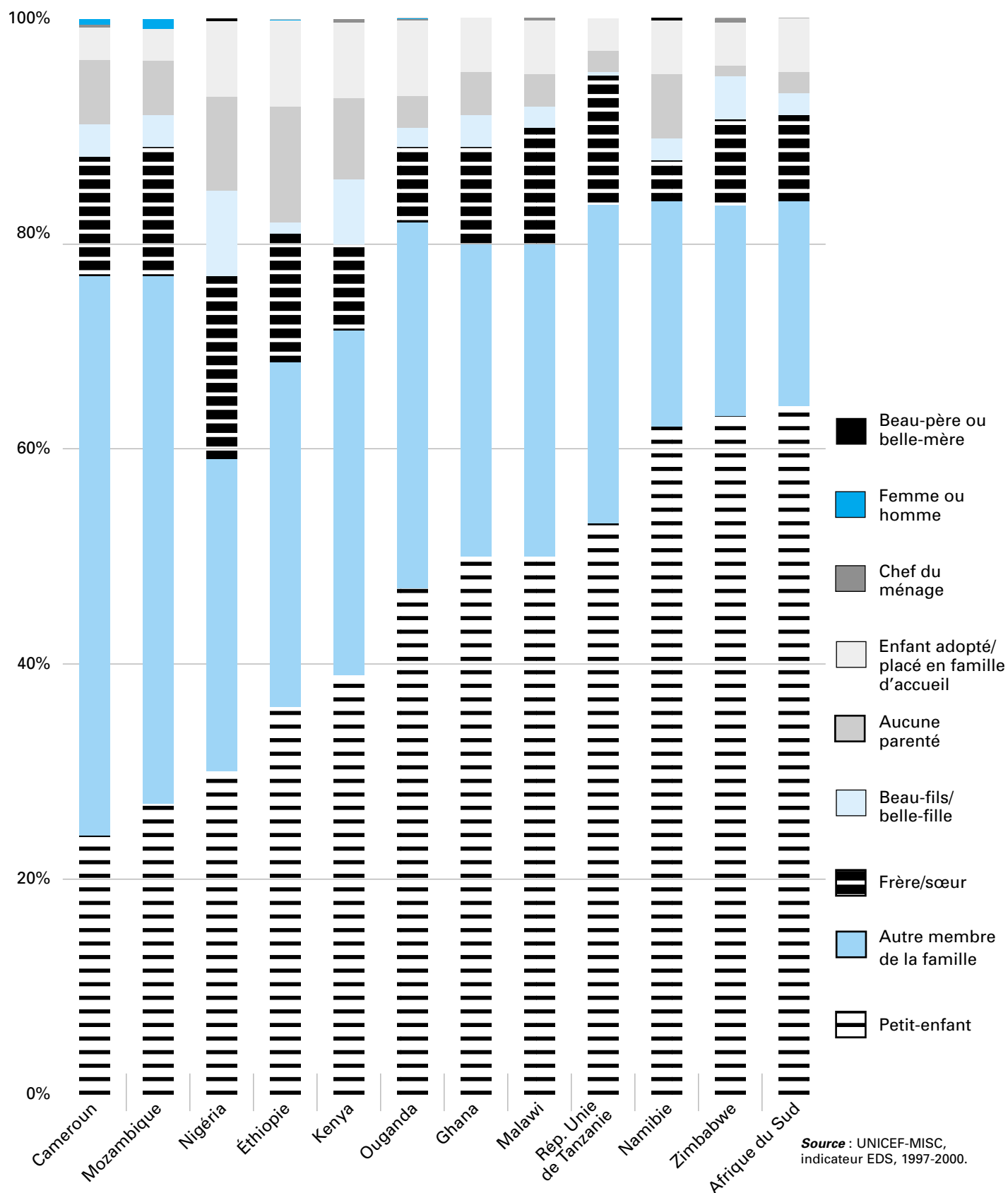
En Afrique subsaharienne, la grande majorité des orphelins continue d'être pris en charge par la famille élargie. Dans cette région du monde, la famille élargie a toujours constitué un système de protection sociale complexe et robuste, qui réagit d'habitude rapidement au décès d'une mère ou d'un père. Il est très fréquent que des familles élèvent des enfants qui ne font pas partie de la famille immédiate. Par exemple, dans de nombreuses communautés de l'Afrique australe, la tradition veut que le parent de sexe masculin le plus proche du père décédé, par exemple un frère ou un neveu, hérite de la femme et des enfants de ce dernier. De même, lorsqu'une mère de famille meurt, son mari épouse alors une parente proche de sa femme défunte, la nouvelle épouse étant alors obligée de considérer les enfants du couple comme les siens<sup>5</sup>.

Les familles d'accueil constituent un autre système traditionnel dans le cadre duquel les enfants passent d'un ménage à l'autre. Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, il est fréquent que des parents envoient leurs enfants loin de chez eux, pour qu'ils soient élevés par des parents ou par des personnes ne faisant pas partie de la famille. Ce peut être parce qu'ils sont incapables de s'occuper de leurs enfants eux-mêmes, pour économiser de l'argent, pour donner à leurs enfants de meilleures perspectives d'avenir. La famille d'accueil bénéficie également de cet arrangement car elle peut acquérir ainsi de la main-d'œuvre infantile, en particulier pour le travail domestique<sup>6</sup>. Dans certains pays, il arrive qu'une partie importante des enfants, 20 % ou plus, ne vivent pas avec leurs parents.



## FIGURE 2-1 : LES FAMILLES ÉLARGIES PRENNENT TRADITIONNELLEMENT EN CHARGE LES ENFANTS

Lien de parenté entre les orphelins doubles et les orphelins d'un seul parent (ne vivant pas avec le parent survivant) et le chef du ménage



Source : UNICEF-MISC, indicateur EDS, 1997-2000.

Dans presque tous les pays de la région, il existe des différences notables entre les responsabilités assumées par les pères et celles assumées par les mères, ces dernières ayant plus tendance que les pères à continuer de s'occuper de leurs enfants orphelins<sup>7</sup>. (Les pères ont également plus tendance à s'occuper de leurs fils orphelins que de leurs filles orphelines.) Au Malawi, près de trois orphelins paternels sur quatre continuent de vivre avec leur mère, tandis que seulement un quart des orphelins maternels vivent avec leur père.

Lorsque les deux parents meurent, d'autres membres de la famille élargie s'occupent généralement des enfants orphelins (voir figure 2-1). Mais, là encore, le membre de la famille qui s'occupera principalement de l'enfant diffère selon les pays. En Afrique du Sud, la majorité des orphelins doubles (et des enfants ne vivant pas avec le parent survivant) sont élevés par leurs grands-parents (64 %), tandis qu'au Cameroun, 57 % sont élevés par « d'autres membres de la famille », généralement des tantes et des oncles.

## LE VIH/SIDA AFFECTE LES FAMILLES BIEN AVANT QUE LES PARENTS NE MEURENT

Les revenus du ménage chutent lorsque les adultes sont malades du VIH/SIDA et ne peuvent plus travailler à plein temps ou ne peuvent plus travailler du tout. Dans les régions rurales de la Zambie, les ménages dont le chef est atteint d'une maladie chronique réduisent de 53 % la superficie des terres qu'ils cultivent, par rapport aux ménages ne comprenant aucun malade chronique, ce qui réduit la production agricole et la quantité de vivres dont ils disposent<sup>8</sup>.

A Welkom (Afrique du Sud), le revenu mensuel moyen par habitant des ménages où l'on sait qu'au moins une personne est séropositive était inférieur de plus de 50 % au revenu des ménages non touchés par le VIH/SIDA (335 rands contre 741 rands)<sup>9</sup>.

Les coûts du traitement des maladies dues au VIH/SIDA pèsent très lourdement sur les familles. Des études réalisées auprès des foyers urbains de Côte d'Ivoire montrent que quand un membre d'une famille a le VIH/SIDA, le ménage consacre aux soins de santé des sommes quatre fois plus élevées que les ménages non touchés par le VIH/SIDA. Ces

dépenses supplémentaires sont d'autant plus lourdes que le revenu du ménage a été réduit de moitié au moins à cause des jours de travail chômés du fait de la maladie<sup>10</sup>.

Même après le décès d'un membre de la famille, les frais des obsèques viennent alourdir l'impact financier du VIH/SIDA. Une étude réalisée dans quatre provinces de l'Afrique du Sud a permis de constater que les ménages ayant perdu l'un des leurs des suites du VIH/SIDA pendant les douze derniers mois avaient consacré en moyenne un tiers de leurs revenus annuels aux obsèques<sup>11</sup>.

## L'AGGRAVATION DE LA PAUVRETÉ

Les ménages s'occupant d'orphelins risquent davantage de s'appauvrir encore plus (voir encadré 2-2). Cela est principalement dû à l'augmentation du « rapport de dépendance » : dans ces ménages, les revenus d'un nombre réduit d'adultes font vivre un nombre croissant de personnes à charge (voir tableau 2-2). Dans les pays d'Afrique subsaharienne les plus durement touchés, les ménages s'occupant d'orphelins ont des rapports de dépendance plus élevés que ceux ayant des enfants mais pas d'orphelins (voir encadré 2-3).

**TABLEAU 2-2 : TAUX DE DÉPENDANCE EN OUGANDA**

Les ménages avec orphelins ont plus de personnes à charge et un revenu plus bas

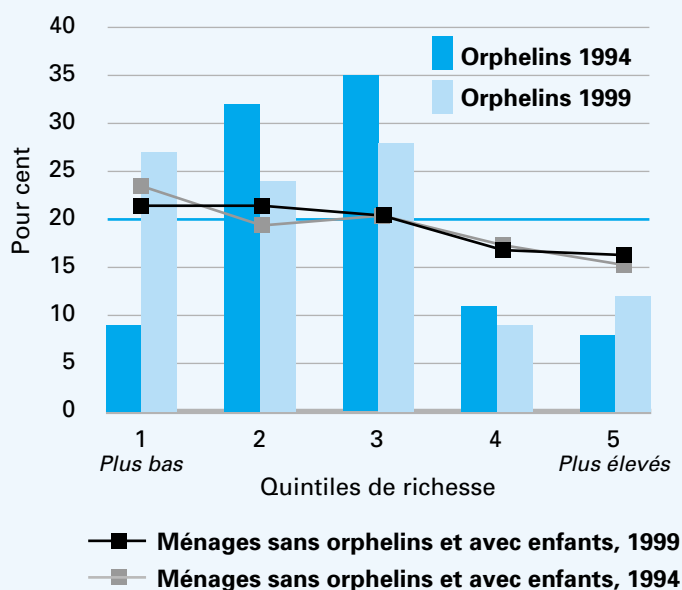
	Ménages avec orphelins	Ménages sans orphelins
Taille du ménage	6.8	4.9
Nombre d'enfants (17 ans et moins)	4.3	2.7
Taux de dépendance	2	1.4
Revenu par habitant (en shillings de l'Ouganda)	352,741	459,315

Source : Wakhweya et al., 2002.<sup>12</sup>

## ENCADRÉ 2-2 : L'INDICE DE RICHESSE

« L'indice de richesse » est un indicateur de condition économique, calculé à partir d'informations sur la possession de biens et les caractéristiques d'habitation recueillies lors des enquêtes récentes auprès des ménages. Cet indice se calcule à partir des variables suivantes : un membre du ménage possède-t-il une radio, une télévision, un réfrigérateur, une bicyclette, une moto ou une voiture ? ; l'électricité est-elle utilisée ? ; quelle est la source d'eau potable ? ; le type d'installations sanitaires ? ; le nombre de pièces dans la maison ? ; et le type de matériaux de construction ? En divisant la population en quintiles économiques, il est possible de déterminer si les orphelins se répartissent entre les différents niveaux de revenus de la même manière que les autres enfants.

**FIGURE 2-2 : L'IMPACT SE FAIT DE PLUS EN PLUS SENTIR AUPRÈS DES MÉNAGES LES PLUS PAUVRES**



Source : Bicego, G., S. Rutstein et K. Johnson, 'Dimensions of the emerging orphan crisis in sub-Saharan Africa', *Social Science & Medicine*, vol. 56, no. 6, mars 2003, p. 1235-1247.

Cette figure indique que la répartition des enfants non orphelins est, comme on peut s'y attendre, fonction des caractéristiques de la fécondité, les ménages les plus pauvres ayant légèrement plus d'enfants que les autres. Inversement, la répartition des orphelins est en forme de « U » inversé en 1994, les orphelins étant surreprésentés dans les deuxième et troisième quintiles, et sous-représentés dans les quintiles les plus pauvres et les plus riches. En 1999, les orphelins du Zimbabwe étaient plus nombreux à l'extrémité la plus basse de l'indice de richesse. Leur représentation dans le quintile le plus pauvre a augmenté de 12 points de pourcentage; leur sous-représentation dans les deux quintiles les plus riches s'est à peu près maintenue au même niveau. Si la courbe de 1994 correspond à la situation avant le VIH/SIDA (c'est-à-dire avant la hausse de la mortalité adulte), lorsque les ménages les plus pauvres n'accueillaient généralement pas d'orphelins en raison de leur pauvreté relative, les résultats de 1999 pourraient signaler que les capacités d'accueil des communautés sont mises à rude épreuve à mesure que les répercussions du VIH/SIDA se font sentir auprès du plus grand nombre.

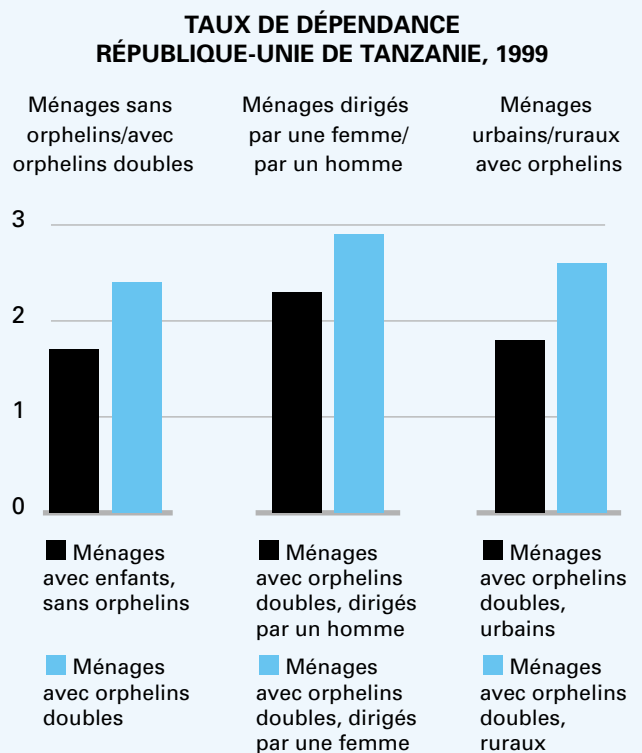
De nombreux ménages ayant à leur charge des orphelins réduisent la superficie des terres qu'ils cultivent et cultivent des végétaux qui nécessitent moins de main-d'œuvre mais sont moins nutritifs. D'après une étude réalisée en Ouganda par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, les veuves travaillent de deux à quatre heures supplémentaires par jour pour compenser la perte de main-d'œuvre et de revenus causée par la mort de leur mari, et les enfants les plus grands travaillent également davantage pour aider leur mère<sup>14</sup>. Les autres stratégies déployées pour tenter de survivre financièrement consistent entre autres à vendre les possessions, les terres ou autres biens du ménage et à emprunter de l'argent auprès de la famille élargie et des amis. Ces stratégies ne sont cependant pas viables.

En 2002, dans les régions rurales du Zimbabwe, les ménages s'occupant d'orphelins gagnent en moyenne 31 % de moins que les autres<sup>15</sup>. Les ménages ayant à leur tête une femme sont les plus durement touchés. D'après une enquête réalisée à Mwanza (République-Unie de Tanzanie) en 2001, plus des deux tiers des ménages dirigés par une femme et comprenant des orphelins vivaient avec moins d'un dollar par jour<sup>16</sup>. Il est ressorti d'une étude réalisée en 2002 dans quatre districts de la Zambie que le revenu moyen des ménages comprenant des orphelins et ayant à leur tête une femme était inférieur de moitié environ à celui des ménages comprenant des orphelins mais dirigés par un homme<sup>17</sup>.

## ENCADRÉ 2-3 : LE RAPPORT DE DÉPENDANCE

Le rapport de dépendance moyen (le nombre d'enfants de 0 à 14 ans et de personnes âgées de 60 ans et plus par rapport au nombre d'adultes de 15 à 59 ans) indique le nombre de personnes d'un ménage qui dépendent d'un adulte pour leur sécurité et leur survie alimentaire. Un ratio de 1,6 signifie que chaque adulte a 1,6 personne à charge. Les rapports de dépendance sont plus élevés pour les ménages s'occupant d'orphelins que pour les autres ménages avec enfants. Les ménages des milieux ruraux dirigés par une femme et comprenant des orphelins sont ceux qui ont le rapport de dépendance le plus élevé<sup>13</sup>.

**FIGURE 2-3 : DANS LES MÉNAGES AVEC ORPHELINS, LES ADULTES ONT DAVANTAGE DE PERSONNES À CHARGE**



Source : Indicateur EDS, 1999

## SATISFAIRE DES BESOINS ÉLÉMENTAIRES

La capacité des ménages avec orphelins à satisfaire leurs besoins élémentaires dépend en grande partie des circonstances. Certaines familles ont malgré tout suffisamment de revenus pour faire face à la situation ; la famille élargie ou la communauté en aident parfois d'autres. Mais les familles sont de plus en plus nombreuses à s'appauvrir au point de ne pas pouvoir répondre aux besoins les plus élémentaires.

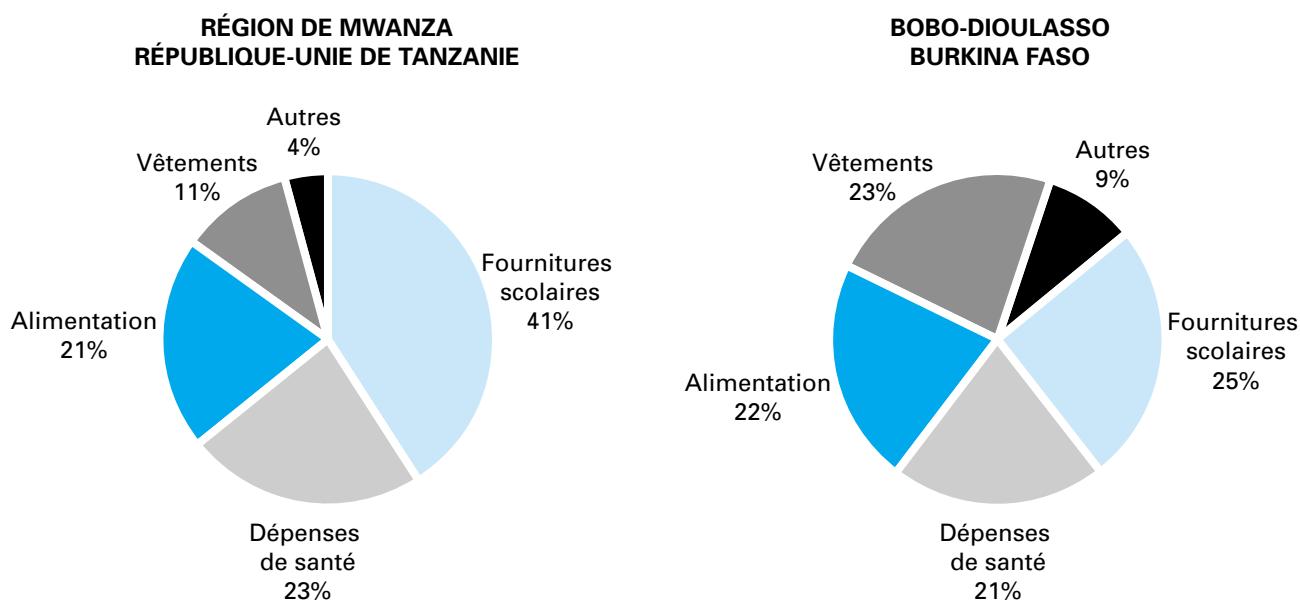
L'éducation, l'alimentation, les soins médicaux et les vêtements sont les besoins qui restent le plus souvent non satisfaits (voir figure 2-4). Il est ressorti d'une étude réalisée à Mwanza (République-Unie de Tanzanie) auprès de plus de 400 ménages avec orphelins que près de 40 % d'entre eux ne pouvaient s'acquitter des dépenses les plus élémentaires. La difficulté la plus fréquente consiste à payer les frais de scolarité, y compris le coût des fournitures scolaires et des uniformes<sup>18</sup>. Des études menées récemment dans huit autres pays sont parvenues à des conclusions similaires.

## PERTE DE BIENS

Dans les communautés défavorisées d'Afrique subsaharienne, rares sont les personnes qui rédigent un testament officiel, ce qui accroît le risque que d'autres membres de la famille, où, dans certains cas, d'autres membres de la communauté, s'accaparent les biens d'une personne décédée (voir encadré 2-4). Dans une enquête réalisée dans deux districts de l'Ouganda, auprès de familles touchées par le VIH/SIDA, la moitié des adultes estimait que le détournement de biens était un problème<sup>19</sup>.

Ce sont les veuves qui risquent le plus souvent d'être spoliées de leurs biens. D'après une enquête réalisée en Ouganda, au moins une veuve sur quatre déclare avoir perdu des biens à la mort de son conjoint, alors que la proportion n'est que d'un sur quatorze dans le cas des veufs. Même lorsque les droits en matière d'héritage des femmes et des enfants sont explicitement énoncés par la loi, ces droits sont difficiles à revendiquer et sont rarement appliqués.

**FIGURE 2-4 : LES BESOINS ÉLÉMENTAIRES AUXQUELS LES MÉNAGES AVEC ORPHELINS NE PEUVENT RÉPONDRE**



**Source :** Whitehouse, A., *A situation analysis of orphans and other vulnerable children in Mwanza Region, Tanzania, Dar-es-Salaam, Catholic Relief Services, Dar-es-Salaam, et Kivulini Women's Rights Organisation, Mwanza, Tanzania, 2002; Needs Assessment of Orphans and Vulnerable Children in AIDS affected areas, in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Axios, 2001.*

## DES FAMILLES MISES À RUDE ÉPREUVE

Dans la plus grande partie de l'Afrique subsaharienne, la famille élargie restera le principal mécanisme de protection sociale. Déjà mis à rude épreuve et souvent à bout de forces, ces réseaux familiaux seront soumis à des responsabilités de plus en plus lourdes à mesure que le nombre d'orphelins grimpera en flèche dans les dix ans à venir.

Ces lourdes pressions s'exercent alors que la nature même de la famille élargie est en mutation rapide. Sous l'effet de la modernisation, du développement d'économies monétaires et de la migration de la main-d'œuvre, les liens familiaux au sens large se sont affaiblis. Les familles nucléaires ayant moins de liens avec des parents éloignés sont plus nombreuses. C'est particulièrement le cas en milieu urbain<sup>20,21</sup>.

Le VIH/SIDA a eu des effets négatifs sur les réseaux des familles élargies. Les préjugés et la discrimination considérables qui entourent la maladie peuvent avoir pour effet d'isoler les membres de la famille porteurs du virus. En Côte d'Ivoire, les familles élargies ont plus de difficultés à trouver des familles d'accueil pour les enfants ayant perdu leurs parents à cause du VIH/SIDA que pour ceux qui sont orphelins pour d'autres raisons<sup>22</sup>. D'après une enquête réalisée au Sénégal, où la prévalence du VIH est relativement faible, il est plus rare que d'autres membres de la famille élargie vivent dans un ménage dans lequel une personne est séropositive<sup>23</sup>.

Les difficultés liées à la prise en charge d'un nombre croissant d'enfants orphelins peuvent se répercuter sur des pans entiers d'une famille élargie. Les cellules familiales doivent se demander si elles ont les moyens de prendre en charge des orphelins et de s'en occuper. Au lieu d'accepter automatiquement des enfants supplémentaires, certains membres de la famille peuvent estimer que d'autres sont mieux à même de s'en occuper. En dernier recours, ce sont les grands-parents qui assument généralement cette responsabilité, en élevant souvent ensemble des enfants issus de différentes lignées de la famille élargie.

Les familles qui accueillent des enfants sont souvent livrées à elles-mêmes. En République-Unie de Tanzanie, les personnes s'occupant d'enfants ont indiqué que, du fait de

### ENCADRÉ 2-4 : LES OBSTACLES À LA RÉDACTION DE TESTAMENT EN OUGANDA

- La croyance répandue selon laquelle rédiger un testament et « se préparer à la mort » entraînera la mort.
- Selon la tradition, les biens ne sont distribués qu'après le décès d'une personne et par les chefs de clan.
- Selon la tradition, les femmes et les jeunes enfants ne possèdent ni n'héritent de biens.
- Manque de connaissances et d'application des lois protégeant les femmes et les enfants.
- De faibles taux d'alphabétisation.
- Les organisations non gouvernementales en milieu rural ont peu d'expérience sur le plan juridique

*Source* : *Succession planning in Uganda: Early outreach for AIDS affected children and their families*, Population Council Horizons, Washington, D.C., 2003.

la pauvreté généralisée, elles ne pouvaient compter sur l'appui de la famille élargie ou d'amis ou de voisins. La mentalité est de plus en plus au « chacun pour soi »<sup>24</sup>. Dans la province de Nyanza, dans l'Ouest du Kenya, les mécanismes traditionnels de prise en charge des orphelins, fondés sur les liens de parenté patrilinéaire, ne permettent plus de faire face au nombre élevé d'orphelins. D'après une étude réalisée en 2001, 28 % des orphelins sont élevés par des personnes « ne correspondant pas à la tradition », comme des parents du côté de la mère ou des étrangers à la famille. En outre, bon nombre de ces personnes ne sont pas complètement capables de s'occuper des enfants, en raison de problèmes de santé ou de leur âge avancé<sup>25</sup>.

Enfin, les personnes qui s'occupent des orphelins risquent elles-mêmes de succomber au VIH/SIDA, laissant les enfants une nouvelle fois orphelins. Les recherches effectuées en Ouganda auprès de tuteurs d'orphelins qui connaissaient leur sérologie VIH ont indiqué qu'un tiers d'entre eux était eux-mêmes séropositifs<sup>26</sup>. En conséquence, le nombre de tuteurs potentiels ne cesse de diminuer.

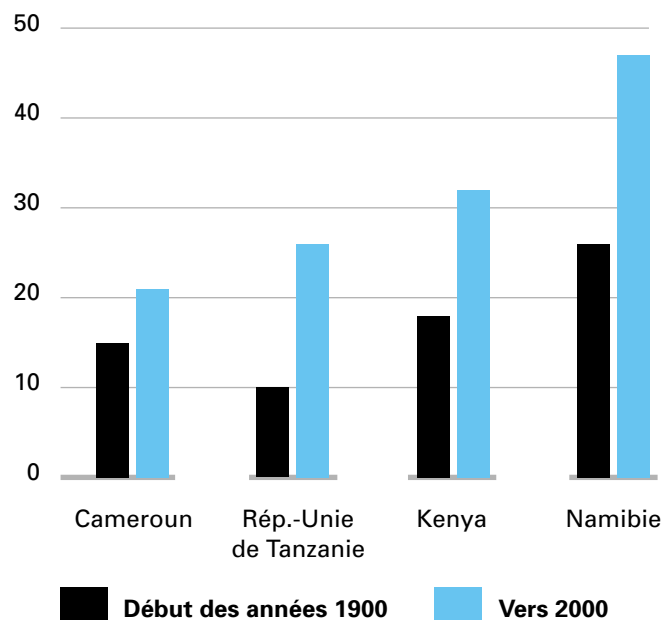
Dire que les capacités d'accueil des familles élargies sont submergées par le nombre d'enfants orphelins du fait du VIH/SIDA ou qu'elles sont au seuil de la rupture laisse penser qu'il s'agit d'un cataclysme soudain. La réalité est plus complexe. Il est par exemple clair que la notion de famille élargie ne connaît aucune définition précise : le sentiment de responsabilité peut être plus ou moins important. Il semble que les relations familiales évoluent sous l'effet de la crise des orphelins. Confrontées à des circonstances plus difficiles, les familles se séparent et se recomposent de différentes façons. On observe dans de nombreux pays une augmentation de certains types de ménages et de modes de cohabitation<sup>27</sup> :

### Ménages dirigés par une femme

Ce sont des ménages dirigés par des femmes qui prennent souvent en charge les orphelins. Les femmes ont non seulement davantage tendance à s'occuper de leurs propres enfants, mais elles sont également mieux préparées pour accueillir d'autres orphelins (voir figure 2-5). Les ménages ayant à leur tête une femme prennent généralement en charge un plus grand nombre d'orphelins que les ménages ayant à leur tête un homme<sup>28</sup> (voir encadré 2-5). Par conséquent, les ménages dirigés par des femmes et comprenant des orphelins ont le rapport de dépendance le plus élevé.

**FIGURE 2-5 : LA PLUS GRANDE PARTIE DES RESPONSABILITÉS INCOMBE AUX MÉNAGES DIRIGÉS PAR UNE FEMME**

% d'enfants ayant perdu leur mère et vivant dans un ménage dirigé par une femme, 1993-2000



Sources : UNICEF-MICS, indicateur EDS, 1992-2000.



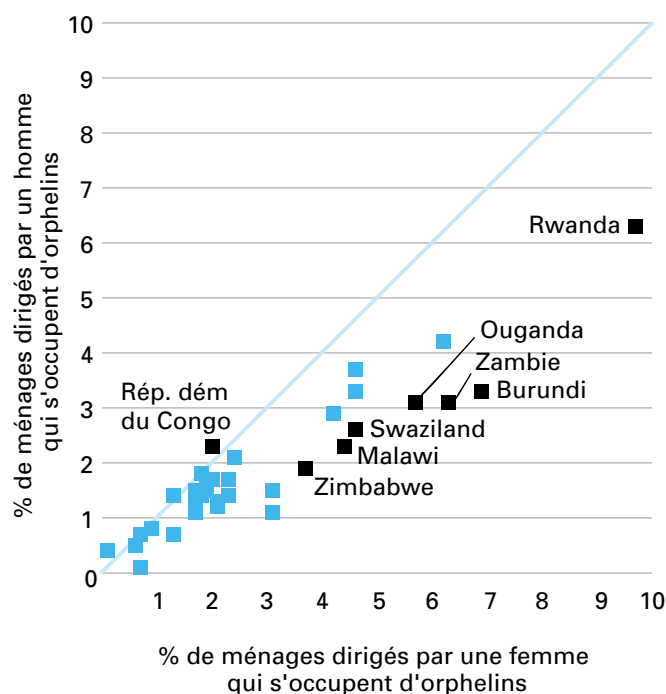
## ENCADRÉ 2-5 : LA RESPONSABILITÉ ACCRUE DES MÉNAGES DIRIGÉS PAR UNE FEMME

La figure 2-6 représente dans chaque pays la proportion de ménages dirigés par une femme et de ménages dirigés par un homme qui s'occupent d'enfants ayant perdu leurs deux parents. Chaque pays est représenté par un carré. Si les responsabilités liées à la prise en charge des orphelins doubles étaient partagées en toute égalité, les points se trouveraient sur la diagonale. Cependant, les données recueillies dans 34 pays montrent que les ménages dirigés par une femme s'occupent beaucoup plus souvent des orphelins doubles (partie inférieure droite du graphique, sous la diagonale). En Zambie, 6 % des ménages dirigés par une femme s'occupent d'orphelins doubles, contre 3 % pour les ménages dirigés par un homme. Ce sont les ménages dirigés par une femme qui assument la plus grande part de responsabilités, tout particulièrement dans les pays ayant la proportion la plus élevée d'orphelins.

En ne recensant que les ménages s'occupant d'orphelins, la figure 2-7 présente le nombre moyen d'orphelins doubles pris en charge par des ménages dirigés par une femme ou par un homme. Si les deux types de ménage étaient responsables du même nombre d'orphelins, les points seraient répartis sur la diagonale. Mais la majorité des points se trouvent dans la partie inférieure droite du graphique, sous la diagonale, ce qui veut dire que dans la majorité des pays, les ménages dirigés par une femme accueillent beaucoup plus d'orphelins doubles que les ménages dirigés par un homme. Par exemple, en Afrique du Sud, on compte en moyenne deux orphelins doubles dans chaque ménage dirigé par une femme, alors que dans les ménages dirigés par un homme, la moyenne est légèrement inférieure à 1.

**FIGURE 2-6 : LES FEMMES PRENNENT PLUS SOUVENT EN CHARGE LES ORPHELINS**

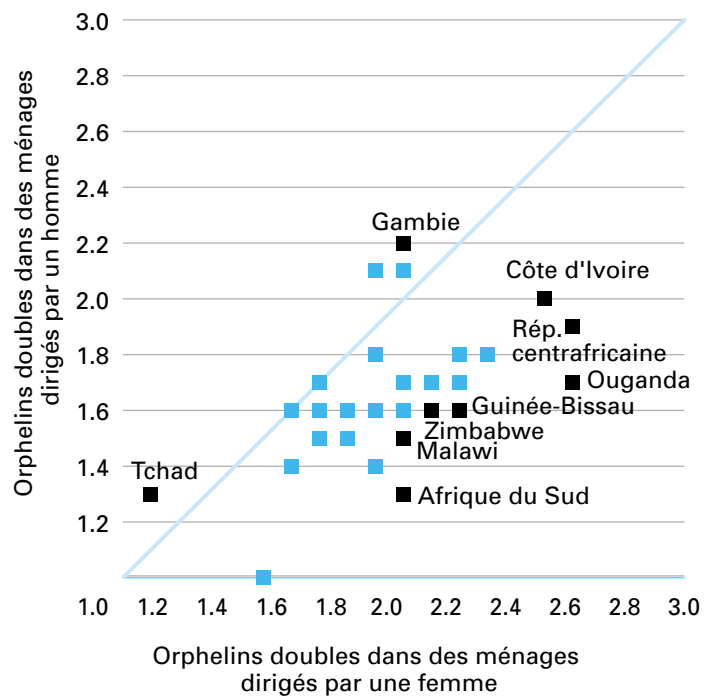
Proportion de ménages dirigés par une femme et de ménages dirigés par un homme s'occupant d'orphelins doubles



Sources : UNICEF-MICS, indicateur EDS, 1997-2002.

**FIGURE 2-7 : LES MÉNAGES DIRIGÉS PAR UNE FEMME PRENNENT PLUS SOUVENT EN CHARGE DES ORPHELINS QUE LES MÉNAGES DIRIGÉS PAR UN HOMME**

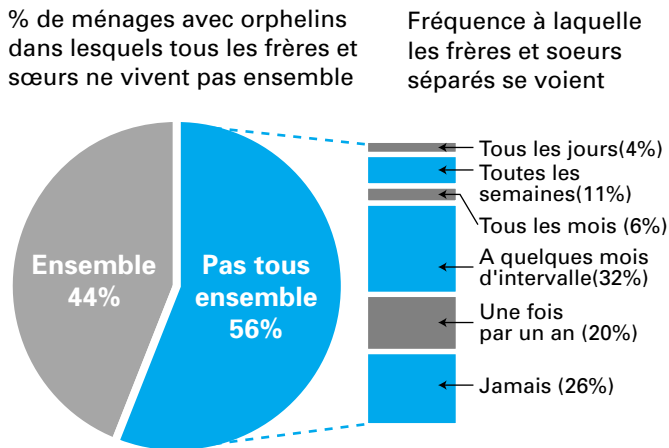
Nombre moyen d'orphelins doubles pris en charge par des ménages dirigés par une femme et par des ménages dirigés par un homme



Sources : UNICEF-MICS, indicateur EDS, 1997-2002.

**FIGURE 2-8 : LES ORPHELINS SONT SOUVENT SÉPARÉS DE LEURS FRÈRES ET SŒURS**

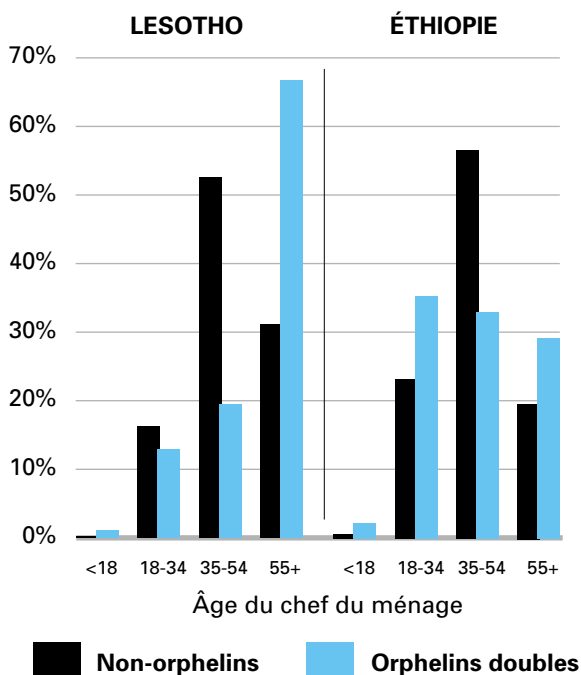
Quatre districts en Zambie, 2001



**Source :** Results of the Orphans and Vulnerable Children Head of Household Baseline Survey in Four Districts in Zambia, USAID, SCOPE-OVC, Zambie, et Family Health International, première version, 2002.

**FIGURE 2-9 : LES MEMBRES DE LA FAMILLE PLUS ÂGÉS ET PLUS JEUNES S'OCCUPENT DES ORPHELINS**

Âge du chef du ménage, Lesotho et Éthiopie, 2000



**Sources :** Lesotho-MICS, 2000; indicateur EDS Éthiopie, 2000.

### Séparation des frères et sœurs

Les frères et sœurs orphelins sont souvent placés dans différentes familles, afin de répartir les responsabilités<sup>29</sup>. D'après une enquête réalisée en Zambie, près de 60 % du groupe d'enfants orphelins étudiés avaient été séparés ; près des quatre cinquièmes d'entre eux voyaient leurs frères et sœurs moins d'une fois par mois<sup>30</sup> (voir figure 2-8).

### Ménages dirigés par des grands-parents

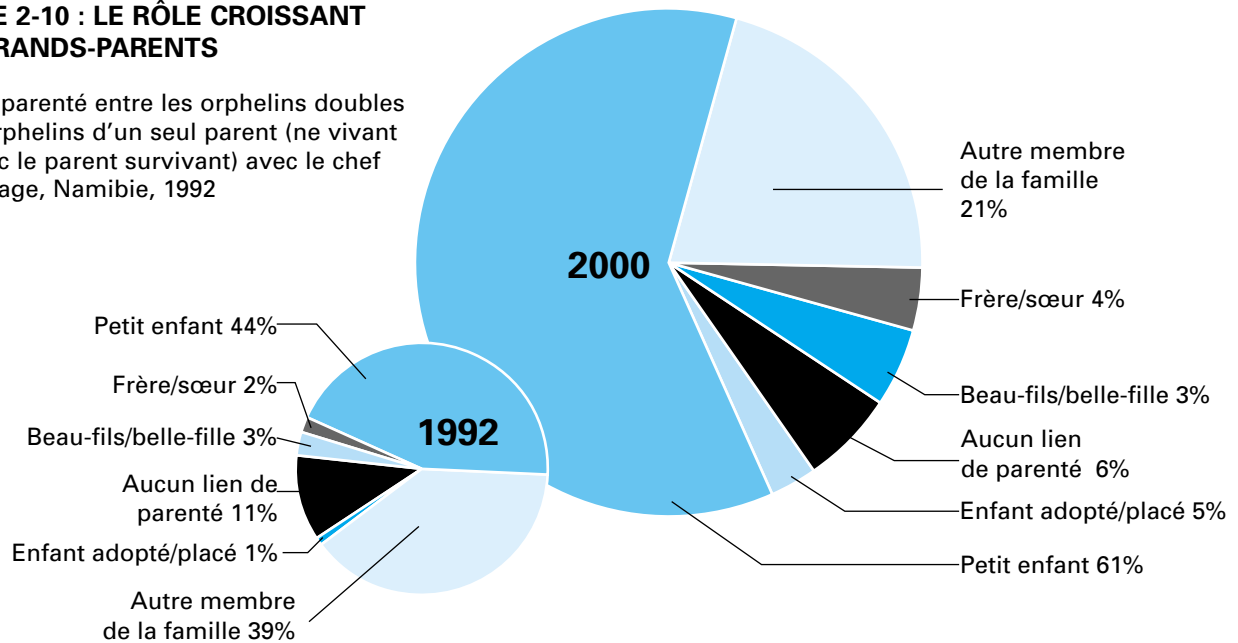
Étant donné le nombre croissant d'orphelins et le nombre de plus en plus restreint de familles d'accueil potentielles, les orphelins ont tendance à vivre dans des ménages de plus grande taille, dirigés par des membres de leur famille plus âgés<sup>31</sup> (voir figure 2-9). Si les grands-parents contribuent déjà pour beaucoup à prendre en charge les orphelins, leurs responsabilités ne font que s'accroître. La figure 2-10 présente l'évolution du pourcentage d'orphelins pris en charge par leurs grands-parents en Namibie entre 1992 et 2000. La différence de taille des graphiques correspond à l'augmentation du nombre d'orphelins, tandis que les différents quartiers indiquent que la proportion d'orphelins pris en charge par leurs grands-parents est passée de 44 % à 61 %, probablement parce que beaucoup des « autres membres de la famille » sont eux-mêmes en train de mourir du VIH/SIDA ou en sont déjà morts<sup>32</sup>.

### Ménages dirigés par des jeunes ou des enfants

On compte encore relativement peu de ménages – moins de 1 % dans la plupart des pays – ayant à leur tête des enfants de moins de dix-huit ans<sup>33</sup>. Il est plus fréquent que des frères et sœurs adultes (de dix-huit ans ou plus) qui se sont occupés de leurs jeunes frères et sœurs pendant la maladie des parents deviennent chefs de famille. Certains de ces arrangements sont temporaires, jusqu'à ce que l'on décide quel parent s'occupera des enfants orphelins. Même si les orphelins restent pendant longtemps dans des ménages dirigés par un adolescent ou un jeune adulte, ils peuvent aussi être surveillés par des membres de la famille élargie, dans le cadre de placements familiaux groupés<sup>34</sup>.

## FIGURE 2-10 : LE RÔLE CROISSANT DES GRANDS-PARENTS

Lien de parenté entre les orphelins doubles et les orphelins d'un seul parent (ne vivant pas avec le parent survivant) avec le chef du ménage, Namibie, 1992

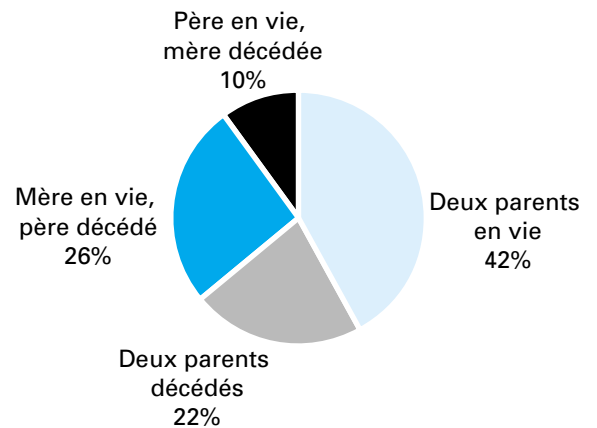


Sources : UNICEF-MICS, indicateur EDS, 1992 et 2000.

### Les enfants vivant dans la rue

Certains enfants sont privés de tout soutien familial, soit parce que les premières dispositions prises n'ont pas pu être maintenues, soit parce qu'aucune autre possibilité ne s'offrait à eux. Beaucoup d'entre eux finissent par vivre dans la rue. On ne dispose d'aucune estimation fiable du nombre ou du pourcentage d'enfants orphelins à cause du VIH/SIDA qui vivent dans la rue, mais il y a tout lieu de penser que le nombre total d'enfants des rues augmente dans de nombreuses villes d'Afrique subsaharienne, vraisemblablement à cause du nombre croissant d'enfants orphelins du fait du VIH/SIDA. À Brazzaville (Congo), près de la moitié des enfants des rues sont orphelins<sup>35</sup>. À Lusaka (Zambie), la majorité des enfants des rues sont orphelins<sup>36</sup> (voir figure 2-11).

## FIGURE 2-11 : LA PLUPART DES ENFANTS VIVANT DANS LA RUE À LUSAKA (ZAMBIE) SONT ORPHELINS



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

# 3 L'IMPACT SUR LES ENFANTS

Les enfants orphelins sont souvent terriblement désavantagés à de nombreux égards. En plus du traumatisme que causent la maladie et la mort de l'un de leurs parents ou des deux, ils ont tendance à être plus pauvres et en moins bonne santé que les enfants non orphelins. Leur développement cognitif et affectif est plus souvent perturbé, ils risquent davantage de ne plus aller à l'école et d'être victimes des pire formes de travail des enfants. Les stratégies ultimes de survie, qui consistent par exemple à manger moins et à vendre ses biens, ne font qu'accroître la vulnérabilité des adultes et des enfants.

## LE VIH/SIDA AFFECTE LES ENFANTS BIEN AVANT LA MORT D'UN PARENT

Lorsque les parents tombent malades, notamment dans les familles pauvres, les enfants sont en proie à de grandes difficultés qui risquent de continuer, sous différentes formes, pendant toute leur enfance. Ils assument souvent la lourde responsabilité qui consiste à s'occuper de parents malades et manquent l'école ou n'y vont plus. Ils s'inquiètent en outre constamment du bien-être de leurs parents et de l'avenir de la famille.

D'après une enquête réalisée en Ouganda auprès des enfants plus âgés de personnes vivant avec le VIH/SIDA, 26 % d'entre eux déclarent être allés moins régulièrement à l'école, et mentionnent l'obligation de rester à la maison pour s'occuper des parents malades, l'accroissement des responsabilités familiales et la réduction des revenus du ménage<sup>37</sup>.

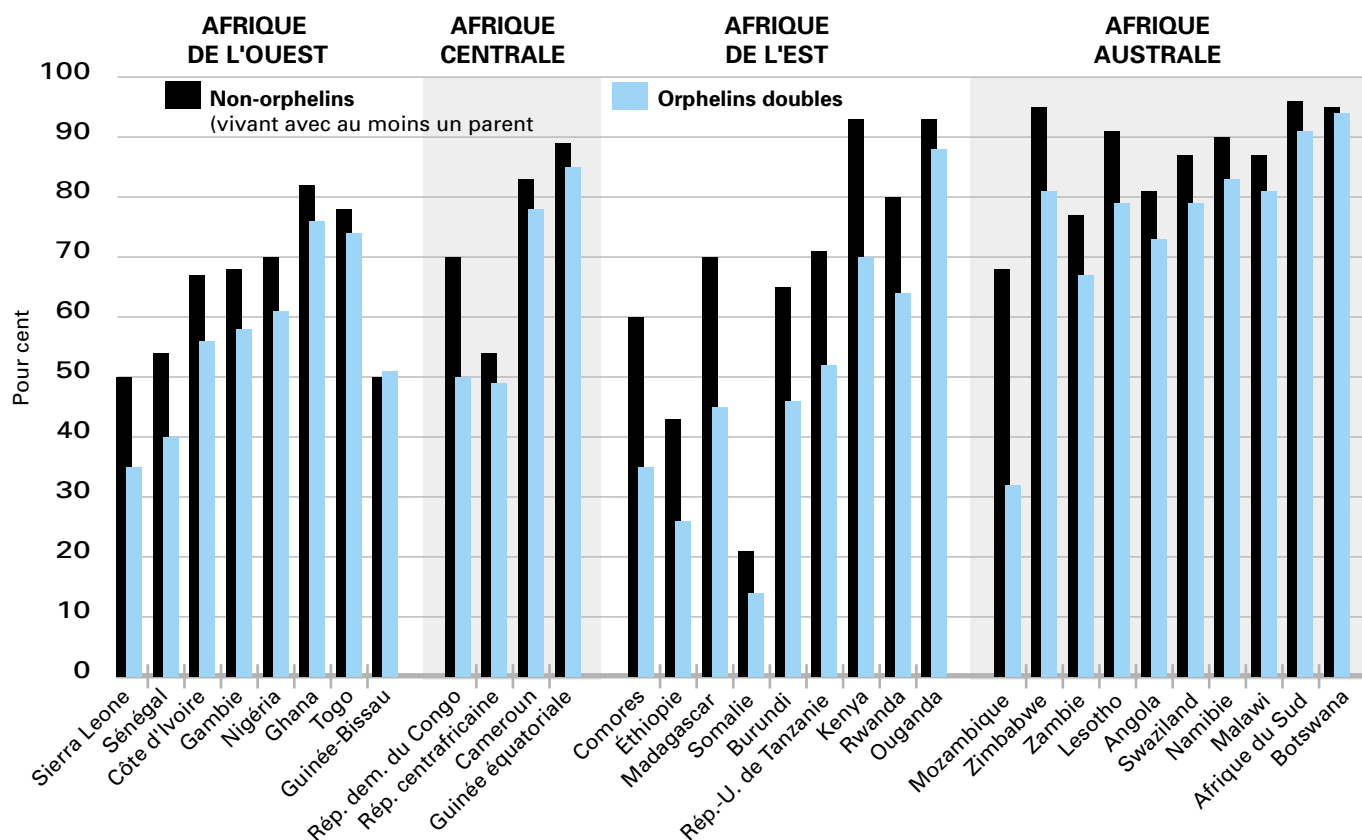
## ÉDUCATION

Les orphelins ont tendance à moins aller à l'école et risquent davantage de prendre du retard ou d'abandonner leur scolarité, ce qui nuit à leurs aptitudes et à leur avenir.

Les risques sont encore plus grands dans le cas des orphelins doubles. En République-Unie de Tanzanie, le taux de fréquentation scolaire des enfants non orphelins qui vivent avec au moins un parent est de 71 % ; il n'est que de 52 % dans le cas des orphelins doubles. (Les données des enquêtes auprès des ménages ne tiennent pas compte des enfants vivant en dehors des ménages ou d'un cadre familial – c'est-à-dire des enfants vivant dans la rue et dans des institutions. Ces données sous-estiment ainsi probablement l'impact du problème sur le bien-être des enfants. On devra à l'avenir s'efforcer de remédier à ce problème lors de la collecte des données.) La situation de certains pays est illustrée à la figure 3-1, qui indique également que l'écart

**FIGURE 3-1 : LES ORPHELINS SONT MOINS SOUVENT SCOLARISÉS**

% d'orphelins et de non-orphelins qui vont à l'école



Sources : UNICEF-MICS, indicateur EDS, 1997-2001.

en matière de fréquentation scolaire entre les orphelins et les non-orphelins est le plus marqué dans les pays où la fréquentation scolaire est déjà faible<sup>38</sup>.

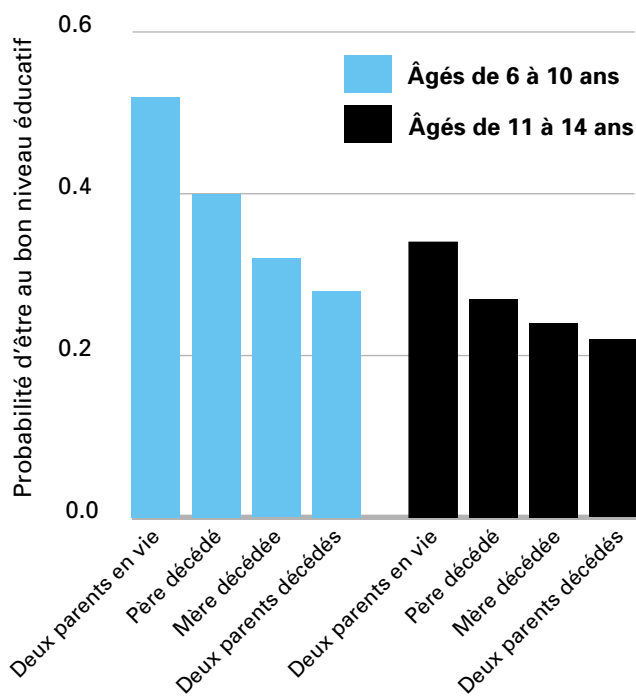
La pauvreté n'est pas la seule cause de l'absentéisme d'un orphelin. Des études montrent que l'élément déterminant à cet égard est la nature de la relation familiale entre l'orphelin et l'adulte qui prend les décisions dans la famille ou le ménage ; plus ce lien est proche, plus l'enfant a de chances d'aller à l'école. Les enfants vivant dans des ménages dirigés par d'autres personnes que leurs parents sont plus mal lotis que ceux vivant avec leurs parents, et les enfants n'ayant aucun lien de parenté avec le chef du ménage ont encore plus de difficultés. L'écart en matière de scolarité entre les orphelins et les non-orphelins s'explique en grande partie par le fait que les orphelins risquent davantage de vivre avec des parents éloignés ou avec des adultes avec lesquels ils n'ont aucun lien de parenté<sup>39</sup>.

Les orphelins risquent également davantage de voir leur scolarité interrompue. Une étude réalisée en Ouganda a permis de constater que si 14 % des élèves du primaire avaient à un moment ou un autre manqué un trimestre entier, ce pourcentage était beaucoup plus élevé – 27 % – dans le cas des orphelins doubles. L'écart est encore plus important dans le secondaire, où 16 % des non-orphelins et 43 % des orphelins doubles avaient manqué un trimestre<sup>40</sup>.

Dans le cadre de l'enquête, plus d'un quart des orphelins déclaraient que leurs résultats scolaires s'étaient dégradés, en partie du fait des interruptions de leur scolarité et en partie à cause du stress. La figure 3-2 rassemble des données relatives au Kenya, à la République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe, pour des tranches d'âge correspondant globalement à l'enseignement primaire et secondaire<sup>41</sup>. On voit que même dans le cas des enfants non orphelins, la probabilité d'être dans la classe correspondant à leur âge est très faible – environ la moitié des élèves du primaire et un tiers des élèves du secondaire sont dans la classe correspondant à leur âge. Mais la probabilité est encore plus faible pour les enfants qui ont perdu un de leurs parents et elle est la plus basse pour les enfants qui ont perdu leurs deux parents.

### FIGURE 3-2 : LES ORPHELINS SONT MOINS SOUVENT AU BON NIVEAU ÉDUCATIF

Probabilité d'être au bon niveau éducatif au Kenya, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe, 1999.



**Source :** Bicego, G., S. Rutstein et K. Johnson, 'Dimensions of the emerging orphan crisis in sub-Saharan Africa', *Social Science & Medicine*, vol. 56, no. 6, mars 2003, p. 1235-1247.

L'impact du VIH/SIDA sur l'ensemble du système éducatif – qui se traduit principalement par la détérioration des services éducatifs et par le décès des enseignants – nuit aux orphelins, ainsi qu'à tous les enfants. En Zambie, où 40 % des enseignants sont séropositifs, ils meurent à un rythme tel qu'ils ne peuvent être remplacés par de nouveaux diplômés<sup>42</sup>.

## L'IMPACT SUR LA NUTRITION ET LA SANTÉ ET LES CHANCES DE SURVIE

Dans les familles touchées par le VIH/SIDA et privées de l'appui de la communauté, la consommation alimentaire peut chuter de plus de 40 %, ce qui expose les enfants à un risque plus élevé de malnutrition et de retards de croissance<sup>43</sup>.

Les enfants ayant perdu leurs parents à cause du VIH/SIDA risquent davantage de souffrir de la malnutrition et de retards de croissance, comme le montrent des études internationales évaluant l'impact du décès d'un adulte sur la nutrition de l'enfant. (Il est difficile d'évaluer à partir des enquêtes nationales auprès des ménages dans quelle mesure les orphelins souffrent de la malnutrition car les échantillons d'orphelins de moins de cinq ans sont de très petite taille.) Des études réalisées en République-Unie de Tanzanie indiquent que la perte du père et de la mère et le décès d'autres adultes vivant sous le même toit nuisent à la taille d'un enfant par rapport à son âge et aggravent les retards de croissance. Les orphelins maternels ou paternels risquent beaucoup plus d'être petits pour leur âge que les non-orphelins. Dans les familles qui ne sont pas pauvres, les retards de croissance observés à la suite de la perte d'un parent sont équivalents à ceux que l'on rencontre chez les enfants pauvres vivant avec leurs parents. Dans les familles pauvres, le fait d'être orphelin aggrave encore plus ces retards de croissance<sup>44</sup>.

Une étude réalisée récemment dans l'Ouest du Kenya a permis de constater que les orphelins semblaient être défavorisés par rapport aux non-orphelins lorsqu'on considère le rapport poids/taille<sup>45</sup>. L'enquête de 2003 sur la nutrition au Zimbabwe, dans le cadre de laquelle ont été pesés et

mesurés près de 42 000 enfants dont 1 760 orphelins, montre que les orphelins sont proportionnellement plus nombreux que les non-orphelins à souffrir de la malnutrition<sup>46</sup>. Ces enfants risquent fort de ne jamais atteindre la pleine mesure de leurs capacités physiques et intellectuelles<sup>47</sup>.

L'analyse d'une étude longitudinale réalisée dans le Sud-Ouest de l'Ouganda, d'après des données obtenues de 1989 à 2000, indique que le décès de la mère s'accompagne d'une hausse de la mortalité infantile pendant la première année suivant le décès maternel, y compris chez les enfants séronégatifs<sup>48</sup>.

L'état nutritif et sanitaire et les chances de survie des orphelins sont également compromis par l'affaiblissement croissant des services de santé, qui dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne sont dépassés par l'afflux de patients atteints du VIH/SIDA.

## LE TRAVAIL DES ENFANTS

Le pourcentage d'enfants qui travaillent est déjà plus élevé en Afrique subsaharienne que dans toutes les autres régions : 29 % des enfants âgés de 5 à 14 ans exercent une activité économique<sup>49</sup>. À mesure que leurs parents tombent malades du VIH/SIDA, les enfants doivent généralement assumer un nombre croissant de responsabilités. Les filles s'occupent davantage des corvées ménagères. Les garçons effectuent souvent des travaux agricoles ou rapportent de l'argent à la maison en travaillant comme vendeurs ambulants.

Les enquêtes auprès des ménages ne font pas apparaître de différences importantes entre le pourcentage d'enfants non orphelins et d'enfants orphelins qui travaillent. Mais il se peut que le nombre d'enfants qui travaillent ait été sous-estimé du fait des méthodes employées pour interviewer les parents et tuteurs. Ces enquêtes ne tiennent pas non plus compte des enfants vivant en dehors du cadre familial<sup>50</sup>.



Les enquêtes sur les enfants qui travaillent constituent un autre moyen d'évaluer la fréquence du phénomène chez les enfants orphelins. Des évaluations rapides effectuées par l'Organisation internationale du Travail en vue de mieux connaître la situation des enfants qui travaillent ont établi que les enfants orphelins travaillaient beaucoup plus souvent que les non-orphelins dans l'agriculture commerciale, et en tant que domestiques, que professionnels du sexe et

vendeurs ambulants<sup>51</sup>. Dans la plupart des activités, la majorité des enfants étaient des orphelins qui avaient perdu leurs parents à cause du VIH/SIDA. En Zambie, on estime que le VIH/SIDA a accru le nombre d'enfants qui travaillent dans des proportions allant de 23 à 30 %<sup>52</sup>. Ces évaluations font apparaître des liens importants entre le VIH/SIDA, le fait d'être orphelin et les pires formes de travail des enfants (*voir Encadré 3-1*).

## ENCADRÉ 3-1 : LES ORPHELINS ET LES PIRES FORMES DE TRAVAIL DES ENFANTS

### *Les employés de maison*

En Éthiopie, les conditions de vie et de travail des enfants employés de maison à Addis-Abeba ont été étudiées en 2002 au moyen d'une méthode d'évaluation rapide. Plus des trois quarts de ces employés de maison étaient orphelins. Quatre vingt pour cent des enfants interrogés n'avaient pas le droit de quitter volontairement leur emploi. La plupart des enfants du groupe étudié (65 %) étaient inscrits soit à un cours d'alphabétisation soit à un programme d'enseignement officiel, tandis que les autres ne recevaient aucune éducation. Un grand nombre d'entre eux ne pouvaient pas faire leurs devoirs ou étudier à la maison et étaient souvent en retard ou absents à l'école. Ils n'avaient ni le temps ni les moyens de se divertir car ils travaillaient en moyenne plus de onze heures par jour, sept jours sur sept. La plupart n'avaient pas le droit de jouer avec les enfants de leurs employeurs, ni de regarder la télévision ou d'écouter la radio, ce qui réduisait leurs chances d'obtenir des informations essentielles sur des sujets tels que le VIH/SIDA<sup>53</sup>.

### *Industries extractives*

Dans ce domaine d'activités, les conditions de travail des enfants sont encore pires que celles des adultes. Les enfants ramassent, concassent, déplacent et chargent des pierres destinées à la construction. Dans certains cas, les enfants travaillent véritablement dans des mines et sont souvent victimes d'accidents. Une évaluation rapide de quatre régions minières de la République-Unie de Tanzanie a permis d'établir que les enfants travaillant dans les mines avaient entre 7 et 17 ans. Parmi les enfants travaillant à mi-temps, 7 % étaient orphelins, contre 38 % parmi les enfants travaillant à temps plein<sup>54</sup>.

### *Prostitution des enfants*

Une évaluation rapide effectuée en Zambie en 2002 a établi que l'âge moyen des enfants se prostituant était de 15 ans. Environ la moitié d'entre eux (47 %) étaient des orphelins doubles et 24 % des orphelins d'un seul parent. L'obligation de gagner de l'argent était la principale raison citée pour expliquer leur prostitution. Leurs revenus quotidiens étaient compris entre 3 000 et 33 400 kwachas (de 0,63 dollar à 7 dollars environ) ; la majorité d'entre eux, en particulier les plus jeunes, gagnaient rarement plus de 10 000 kwachas (2,10 dollars). En moyenne, les enfants avaient des relations sexuelles avec de 3 à 4 clients par jour<sup>55</sup>.

## IMPACT PSYCHOSOCIAL

Les enfants dont les parents sont malades à cause du VIH/SIDA ou en sont morts sont victimes de préjugés et de discrimination. Ils risquent d'être exclus par leurs amis et camarades de classe, ainsi que par les centres de santé. Une fille sud-africaine de 16 ans témoigne : « Ils nous traitent mal. On n'a pas envie de marcher dans la rue, on se fait insulter. Ils murmurent sur notre passage. Ils croient que quand quelqu'un est malade dans une famille, toutes les autres personnes vivant sous le même toit sont malades<sup>56</sup>. »

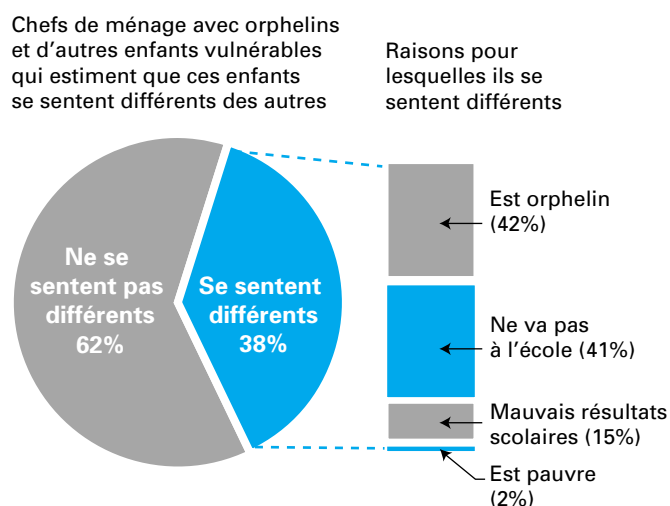
Il arrive que le traumatisme psychosocial se poursuive lorsque les orphelins sont placés dans des familles d'accueil. Ils sont parfois traités comme des membres de la famille de second ordre – défavorisés lors de la distribution de vivres, peut-être, ou dans la répartition du travail. En Zambie, les orphelins déclarent être privés d'affection et se sentir exclus, en plus de discriminations flagrantes<sup>57</sup>.

La séparation des frères et sœurs est une autre cause de traumatisme. Même les enfants les plus âgés souffrent de cette séparation. Dans un groupe d'orphelins plus âgés séparés de leurs frères et sœurs, 44 % déclarent que cette situation les attriste et 17 % disent qu'ils se sentent seuls<sup>58</sup>.

Les orphelins risquent de se sentir encore plus seuls lorsqu'une autre activité de leur vie quotidienne normale disparaît : l'école. Dans une enquête réalisée dans quatre districts de la Zambie, on a demandé aux chefs de ménages comprenant des orphelins s'ils pensaient que les orphelins avaient l'impression d'être différents des autres enfants. Plus du tiers ont répondu que les enfants se sentaient en effet différents, et le fait de ne pas aller à l'école en était l'une des causes les plus importantes (voir figure 3-3).

### FIGURE 3-3 : L'ÉCOLE EST ESSENTIELLE AU BIEN-ÊTRE DES ENFANTS

Quatre districts de Zambie, 2001



Source : Results of the Orphans and Vulnerable Children Head of Household Baseline Survey in Four Districts in Zambia, USAID, SCOPE-OVC, Zambie, et Family Health International, première version, 2002.

## ENCADRÉ 3-2 : SIGNES DE DÉTRESSE

Les enfants réagissent de différentes façons aux difficultés. Beaucoup ont du mal à exprimer leurs inquiétudes. Ils peuvent interioriser leurs sentiments et leur stress, en croyant être anormal d'une façon ou d'une autre, et en souffrant d'une faible estime de soi, de dépression ou d'anxiété. Ou ils peuvent devenir agressifs, prendre de la drogue et consommer de l'alcool ou exhiber des comportements antisociaux.

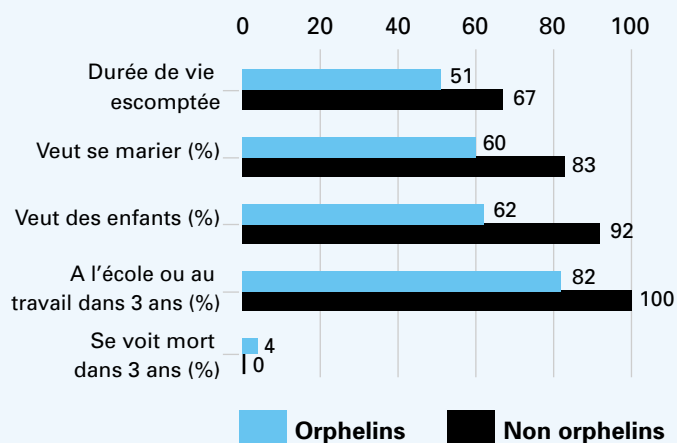
■ Une étude réalisée à Brazzaville (Congo) auprès de 354 enfants ayant perdu un de leurs parents ou les deux à cause du VIH/SIDA a établi que 71 d'entre eux souffraient sous une forme ou une autre de problèmes psychosociaux : 39 % étaient atteints de « stress post-traumatique » ; 27 % avaient des problèmes « d'adaptation », qu'ils exprimaient en fuyant de l'école ou de leur foyer ou par différents types de comportements agressifs ou hyperactifs. Les 34 % restants avaient des problèmes « affectifs » : dépression, angoisse, irritabilité ou sentiment de rivalité<sup>59</sup>.

■ Une étude réalisée dans la banlieue de Dar-es-Salaam (République-Unie de Tanzanie) fait également état de problèmes importants parmi 41 enfants de 10 à 14 ans orphelins à cause du VIH/SIDA. Seuls 8 d'entre eux vivaient avec leur parent encore en vie. Les orphelins ont répondu à une série de questions correspondant à des problèmes « interiorisés », signes d'angoisse, de pessimisme ou d'un sentiment d'échec, qui sont des symptômes de dépression. Les orphelins avaient nettement plus de problèmes que les non-orphelins, les filles étant légèrement plus affectées que les garçons<sup>60</sup>.

■ Une étude réalisée dans le district ougandais de Rakai a examiné les effets du décès des parents sur 1 993 enfants et a interrogé des enfants orphelins ainsi que non orphelins sur leurs attentes face à l'avenir<sup>61</sup>. Certains de ces résultats sont présentés à la figure 3-4, qui indique que les enfants orphelins sont moins optimistes quant à l'avenir : non seulement ils s'attendent à vivre moins vieux mais ils sont également moins désireux de se marier ou d'avoir des enfants.

**FIGURE 3-4 : LES ENFANTS ORPHELINS SONT MOINS OPTIMISTES QUANT À L'AVENIR**

Les effets psychologiques du décès des parents, Rakai, Ouganda, 1997



*Source* : Sengendo, J. et J. Nambi, 'The Psychological Effect of Orphanhood: A study of orphans in Rakai district' [Ouganda], en *Health Transition Review*, vol. 7 (suppl.), 1997, p. 105-124.

« Ils nous traitent mal. On n'a pas envie de marcher dans la rue, on se fait insulter. Ils murmurent sur notre passage. Ils croient que quand quelqu'un est malade dans une famille, toutes les autres personnes vivant sous le même toit sont malades. »

Une fille sud-africaine de 16 ans<sup>56</sup>

# 4 AIDER LES ORPHELINS DE L'AFRIQUE

La crise des orphelins a de graves répercussions sur le bien-être des enfants de l'Afrique aussi bien que sur les sociétés du continent. Ce rapport indique que l'on peut encore influencer sur le cours des événements en apportant un soutien immédiat aux familles et communautés afin de veiller à la santé et à la sécurité de tous les orphelins de l'Afrique. Offrir aux enfants une éducation de base gratuite, leur donner des possibilités de gagner leur vie durablement et sans danger et apporter aux familles une aide, notamment financière, permettra à de nombreux orphelins qui seraient sinon séparés de leur famille de rester au sein de cette dernière. La famille – que le ménage ait à sa tête un veuf ou une veuve, des grands-parents âgés ou une jeune personne – constitue le facteur le plus important de créer un environnement protecteur pour les enfants qui ont perdu leurs parents du fait du VIH/SIDA ou de tout autre cause.

## RÉACTIONS NATIONALES

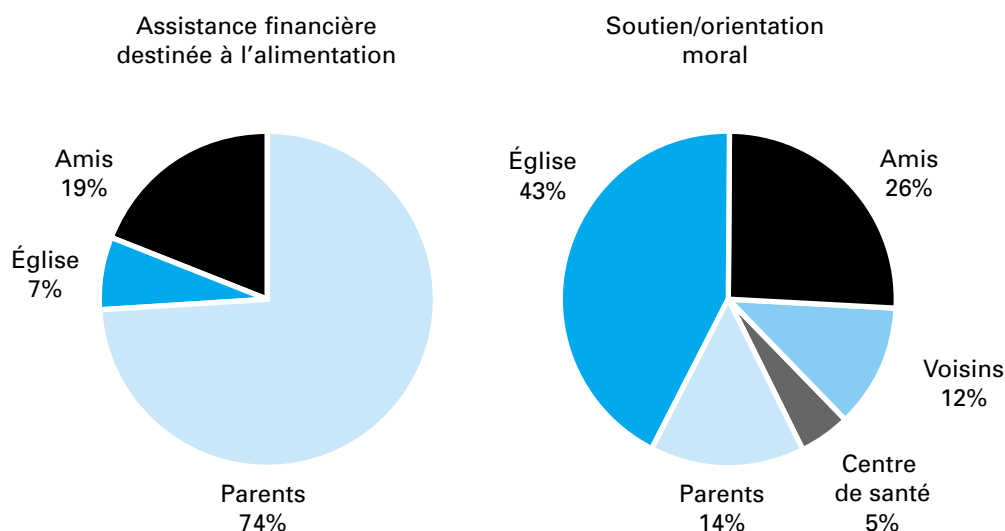
Face à la crise des orphelins, les gouvernements de l'Afrique subsaharienne ont pour l'instant tardé à réagir, et ce pour différentes raisons. Une multitude de problèmes urgents accaparent leur attention et se disputent des ressources publiques restreintes. Leur réticence témoigne également du malaise persistant qui entoure le VIH/SIDA; bon nombre de dirigeants hésitent à prendre des mesures contre une maladie qui est étroitement liée à des pratiques sexuelles relevant de la sphère privée. La situation est d'autant plus compliquée que la crise des orphelins n'est pas particulièrement visible, car ces millions d'enfants sont dispersés dans de nombreuses familles, dans des communautés où les difficultés de tel ou tel enfant peuvent facilement passer inaperçues. Certains orphelins sont parfois plus visibles; c'est notamment le cas de ceux qui sont contraints de

travailler et de vivre dans la rue, même s'ils ne font que s'ajouter aux nombreux enfants, orphelins ou non, qui s'efforcent de gagner leur vie dans les rues des villes africaines.

Enfin, et c'est peut-être le plus important, les gouvernements ont tardé à réagir car ce sont les familles et les communautés qui ont assumé la plus grande partie des responsabilités. Les traditions africaines d'entraide communautaire ont déchargé les gouvernements et les institutions nationales d'une bonne partie de ces responsabilités. Des études réalisées dans les zones urbaines de la Zambie indiquent qu'environ un tiers seulement des ménages s'occupant d'orphelins bénéficient d'un appui sous une forme ou une autre<sup>62</sup>. Il peut s'agir d'un soutien moral, de conseil, et d'aide financière permettant d'acheter des vivres, émanant principalement de parents et d'amis (voir figure 4-1).

**FIGURE 4-1 : LES COMMUNAUTÉS SONT A L'AVANT-GARDE DE L'ASSISTANCE AUX MÉNAGES VULNÉRABLES**

Sources d'appui aux ménages ayant reçu de l'aide dans quatre districts de la Zambie, 2001



**Source :** Results of the Orphans and Vulnerable Children Head of Household Baseline Survey in Four Districts in Zambia, USAID, SCOPE-OVC, Zambie, et Family Health International, première version, 2002.

## ENCADRÉ 4-1 : ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX

Les engagements internationaux pris lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2001 consacrée au VIH/SIDA et réitérés lors de la Session extraordinaire de 2002 consacrée aux enfants consistent notamment à :

Élaborer, d'ici à 2003, et mettre en œuvre, d'ici à 2005, des politiques et stratégies nationales visant à : rendre les gouvernements, les familles et les communautés mieux à même d'assurer un environnement favorable aux orphelins et aux filles et garçons infectés et affectés par le VIH/SIDA, notamment en leur fournissant des services appropriés de consultation et d'aide psychosociale, en veillant à ce qu'ils soient scolarisés et aient accès à un logement, à une bonne nutrition et à des services sanitaires et sociaux sur un pied d'égalité avec les autres enfants; offrir aux orphelins et aux enfants vulnérables une protection contre toutes formes de mauvais traitements, de violence, d'exploitation, de discrimination, de traite et de perte d'héritage;

Garantir la non-discrimination et la jouissance entière et égale de tous les droits fondamentaux de la personne par la promotion d'une politique active et visible pour faire cesser la stigmatisation des enfants rendus orphelins et vulnérables par le VIH/SIDA;

Exhorter la communauté internationale, et notamment les pays donateurs, les acteurs de la société civile et le secteur privé, à compléter efficacement les programmes nationaux visant à appuyer les programmes en faveur des enfants rendus orphelins et vulnérables par le VIH/SIDA dans les régions affectées et les pays à haut risque, et à fournir une assistance spéciale à l'Afrique subsaharienne.

## RÉACTIONS INTERNATIONALES

À l'échelle internationale, la communauté mondiale a, par l'intermédiaire des Nations Unies, souligné la gravité de la crise des orphelins en Afrique subsaharienne ainsi que la nécessité urgente d'agir au niveau gouvernemental. En juin 2001, la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA a accordé une attention particulière aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA et s'est fixé des objectifs précis pour les cinq ans à venir dans la Déclaration d'engagements. Ces objectifs – établir l'importance de l'élaboration de stratégies nationales, garantir la non-discrimination, mobiliser

des ressources et développer la coopération internationale (voir Encadré 4-1) – ont été réitérés en mai 2002 lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants, dans le document intitulé « Un monde digne des enfants ».

À la fin de l'année 2003, sur les 40 pays d'Afrique subsaharienne dans lesquels l'épidémie s'est généralisée (au moins 1 % de la population adulte est séropositive), seuls six d'entre eux (soit 15 %) ont une politique nationale d'aide aux orphelins et autres enfants vulnérables. Huit pays (20 %) élaborent actuellement de telles politiques. Vingt-six pays (65 %) ne disposent à cet égard d'aucune politique nationale.



## **ENCADRÉ 4-2 : PRINCIPES DIRECTEURS RELATIFS AUX DROITS DE L'HOMME**

Toutes les actions en faveur des enfants se fondent sur la Convention relative aux droits de l'enfant et sur d'autres instruments relatifs aux droits de l'homme, conformément au principe selon lequel le développement humain est la réalisation d'un ensemble de droits universels et inaliénables. Selon cette approche, les enfants sont considérés comme des titulaires de droits et non seulement comme des bénéficiaires de services ou de mesures protectrices. La Convention stipule qu'il incombe avant tout aux gouvernements de veiller à ce que les droits des enfants soient réalisés et protégés. Elle reconnaît le rôle essentiel que jouent les parents, la famille et les tuteurs qui, en tant que principaux donneurs de soins, garantissent le bien-être et le développement de l'enfant. L'État est tenu d'aider les parents et tuteurs à renforcer leurs capacités à s'occuper des enfants. Il est également précisé dans la Convention que les États ont pour responsabilité d'apporter une protection spéciale à un enfant qui est privé de son environnement familial. Les valeurs à l'origine de la Convention, énumérées ci-dessous, constituent des références qui orientent constamment la mise en œuvre et le suivi de toutes les initiatives visant à réaliser et à protéger les droits de l'enfant.

### ***L'intérêt supérieur de l'enfant***

Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. Ce principe est particulièrement important pour les orphelins et les enfants vulnérables dans les cas où des décisions sont prises concernant leurs tuteurs, leurs biens et leur avenir, mais il s'étend plus généralement à toutes les questions concernant les enfants, y compris les politiques et programmes de développement, les activités militaires et l'allocation de fonds publics.

### ***Non-discrimination***

Tous les enfants doivent pouvoir exercer les droits consacrés par la Convention. Les États doivent identifier au sein de leurs frontières les enfants les plus vulnérables et défavorisés et prendre des mesures palliatives afin que les droits de ces enfants soient réalisés et protégés.

### ***Le droit à la survie, au bien-être et au développement***

Ce principe ne se limite en rien au développement physique, mais rappelle au contraire qu'il est nécessaire de veiller au développement intégral de l'enfant, notamment sur les plans spirituel, moral, psychologique et social.

### ***Respect des opinions de l'enfant***

L'enfant a le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité. La Convention reconnaît que les enfants sont à même d'enrichir la prise de décisions et de participer en tant que citoyens et acteurs de changement.

## DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES

Pour parvenir aux objectifs mondiaux de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, il est indispensable de prendre des mesures radicales dans cinq domaines :

- 1 Renforcer les capacités des familles à protéger et à prendre en charge les orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA.
- 2 Mobiliser et renforcer les initiatives communautaires.
- 3 Faire en sorte que les orphelins et enfants vulnérables aient accès aux services de base.
- 4 Faire en sorte que les gouvernements protègent les enfants les plus vulnérables.
- 5 Sensibiliser la population afin d'instaurer un environnement favorable pour les enfants touchés par le VIH/SIDA.

Ces mesures doivent s'accompagner d'efforts de portée plus générale visant à prévenir la propagation du VIH/SIDA et à réduire le nombre d'orphelins à l'avenir.

### **1. Renforcer les capacités des familles à protéger et à prendre en charge les orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA.**

En Afrique subsaharienne, les familles étendues constituent l'appui le plus important sur lequel peuvent compter les ménages touchés par le VIH/SIDA, y compris les enfants orphelins. Toute stratégie visant à remédier à la crise des orphelins doit donc avant tout renforcer les capacités des familles élargies à élever et à protéger leurs enfants. (Bien que la construction d'un plus grand nombre d'orphelinats puisse à première vue être considérée comme un éventuel remède au nombre croissant d'orphelins, cela ne constitue pas une solution viable. Des soins dispensés dans un cadre institutionnel ne permettent souvent pas de répondre aux besoins des enfants. Les pays disposant d'une longue expérience dans le domaine de la prise en charge institutionnelle des enfants ont constaté les problèmes importants qui se posent lorsque les enfants de ces institutions parviennent à l'âge adulte et ont du mal à réintégrer la société.

La grande majorité des pays en développement ne peuvent pas non plus se permettre de financer ces soins institutionnels. Les recherches effectuées par la Banque mondiale en République-Unie de Tanzanie ont établi que le coût des soins prodigués en institution était environ six fois plus élevé que le placement en famille d'accueil; d'autres études font apparaître un écart encore plus important, les coûts étant alors de 20 à 100 fois plus élevés.)

Au Kenya, au Malawi et en Ouganda, le Programme Trickle Up fournit aux familles élargies un revenu supplémentaire afin de subvenir aux besoins des enfants orphelins à cause du VIH/SIDA, en les aidant à préserver ou à renforcer leurs biens tout en payant les soins médicaux et les frais de scolarité<sup>63</sup>. Même les ménages proches du dénuement total peuvent se doter de nouveaux moyens à l'aide de petites subventions.

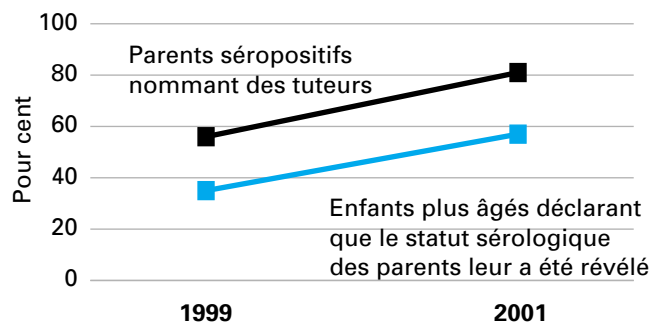
En Ouganda, l'organisation internationale non gouvernementale Plan a apporté son soutien à des programmes de planification de la succession, qui consistent notamment à prodiguer aux parents des conseils relatifs à la divulgation de leur séropositivité, à former d'éventuels tuteurs et à créer des « livres de souvenirs » – des recueils de faits et de souvenirs qui permettent aux enfants et aux parents de consigner par écrit leur vie commune (voir figure 4-2)<sup>64</sup>.

Les domaines d'intervention suivants sont essentiels au renforcement des capacités de prise en charge des familles.

- Améliorer la santé et prolonger la vie des parents au moyen de soins dispensés dans des unités de santé et à domicile, de traitements des infections opportunistes, de soutien nutritif et de traitements antirétroviraux.
- Améliorer les capacités économiques des ménages par le financement de la création de petites entreprises, des projets de micro-finance, des méthodes visant à améliorer le rendement agricole, la formation pratique de jeunes et des innovations permettant de réduire la main-d'œuvre.
- Apporter des conseils et un appui psychosociaux aux enfants et aux personnes qui s'occupent d'eux.
- Renforcer les compétences et les capacités des personnes qui s'occupent des enfants, notamment en matière de développement du jeune enfant.

## FIGURE 4-2 : LA PLANIFICATION DE LA SUCCESSION EST EFFICACE

Résultats d'un programme de planification de la succession s'adressant aux parents séropositifs, Luwero et Toroto, districts de l'Ouganda, 2001



Source : *Succession Planning in Uganda: Early outreach for AIDS-affected children and their families*, Population Council/Horizons, Washington, D.C., 2003.

- Renforcer les compétences pratiques et les aptitudes de survie des jeunes, afin qu'ils soient mieux à même d'assumer de nouvelles responsabilités et de se protéger du VIH.
- Faciliter la planification des successions en donnant aux parents les moyens de préparer des testaments, de nommer des tuteurs et d'apporter un soutien psychologique à leurs enfants.

### 2. Mobiliser et renforcer les initiatives communautaires.

Lorsque les familles ne peuvent répondre adéquatement aux besoins élémentaires de leurs enfants, ce sont les communautés qui constituent l'appui le plus important.

Au Malawi, le programme d'options communautaires pour la protection et l'autonomisation de Save the Children (États-Unis) a employé une approche systématique de mobilisation des stratégies communautaires<sup>65</sup>. Dans le cadre de ce programme, les organisations non gouvernementales, les organismes religieux, le secteur privé et les pouvoirs publics établissent dans les districts des comités de lutte contre le SIDA qui contribuent à mobiliser et à soutenir les comités anti-SIDA à l'échelle des villages. Les comités de village entreprennent diverses activités, dont : des visites régulières dans les familles où les enfants sont

les plus vulnérables, la création de jardins communautaires et la distribution de variétés agricoles améliorées. Ils s'efforcent également de faire en sorte que les enfants continuent d'aller à l'école en convaincant les familles d'accueil de l'importance de la scolarité, et en encourageant les écoles à supprimer les frais de scolarité des orphelins et des autres enfants vulnérables.

De même, en République-Unie de Tanzanie, des villageois ont créé des « Comités pour les enfants les plus vulnérables » qui recueillent et distribuent les dons alimentaires et financiers des villageois et mettent également en place des activités productrices de revenus et d'autres formes d'appui. Et, au Swaziland, la population locale a établi des Comités pour les orphelins et les enfants vulnérables qui mettent en commun des ressources et mobilisent l'appui communautaire. Avec les dons de la communauté, l'un de ces comités a créé au sein de l'école primaire locale une boutique dont les revenus financent les frais de scolarité de plusieurs enfants. Un autre a établi des Points de garde du voisinage, gérés par des bénévoles qui gardent des enfants pendant la journée<sup>66</sup>.

Les nombreux efforts communautaires entrepris en faveur des orphelins et des enfants vénérables montrent que les initiatives communautaires peuvent être encouragées et menées à plus grande échelle :

- En faisant participer des chefs locaux, y compris des chefs traditionnels et religieux, des administrateurs, des notables, des journalistes, des enseignants et d'autres personnes, en les sensibilisant à l'impact du VIH/SIDA et à la situation des orphelins et des autres enfants vulnérables. Il s'agit d'une étape importante du renforcement de la mobilisation communautaire. Le principal objectif est de mobiliser les dirigeants et leur communauté afin d'organiser l'aide à apporter aux orphelins et aux enfants vulnérables, de surveiller leur situation et de réduire les risques de maltraitance et d'exploitation.
- En entamant avec la communauté un dialogue sur le VIH/SIDA afin de chasser les mythes, de sensibiliser la population et de susciter la compassion. Les informations fausses, l'ignorance et les préjugés sur le VIH/SIDA rendent une communauté moins désireuse de répondre aux besoins de ceux qui sont touchés par la maladie. Les enfants et les jeunes peuvent contribuer pour beaucoup à entamer ce dialogue avec la communauté. Les clubs de

jeunes, les groupes religieux, les écoles et autres structures communautaires peuvent être des lieux de partage d'information et de dialogue.

- En organisant des activités collectives de soutien, comme des programmes de suivi communautaire et de visite à domicile qui permettent d'apporter un soutien psychosocial crucial, des jardins communautaires, des programmes communautaires de garde d'enfants, une aide au travail et la prise en charge ponctuelle des enfants. La mise en commun des ressources financières permet d'apporter une aide matérielle aux ménages vulnérables, aux comités de protection communautaires et aux clubs de jeunes ainsi qu'aux programmes de loisirs.
- En promouvant et en soutenant la prise en charge par la communauté des enfants privés de tout appui familial. Ce sera un élément de plus en plus important de toute stratégie efficace à mesure que la crise des orphelins s'aggravera. Certains orphelins ne pourront bénéficier, provisoirement du moins, d'une prise en charge familiale dans leur propre communauté. Les possibilités de placement en famille d'accueil, d'adoption et d'autres types de soins doivent être développées à leur intention. Des petits foyers de type familial intégrés dans la communauté même des enfants constituent une possibilité. L'un des défis à relever consiste à accroître considérablement les possibilités locales de placement en famille d'accueil ou d'adoption.

### 3. Faire en sorte que les orphelins et enfants vulnérables aient accès aux services de base.

Toute solution à la crise des orphelins consiste avant tout à accroître l'accès de ces derniers à des services de base et à veiller à ce que les orphelins et autres enfants vulnérables soient traités sur un pied d'égalité. Il est indispensable de disposer de plans d'action complets pour répondre aux besoins des orphelins et des enfants vulnérables. Pour accroître leur accès à ces services, il faudra renforcer à l'échelle des districts les capacités de décentralisation, cibler les services et garantir une coordination multisectorielle entre prestataires de services.

L'éducation constitue à cet égard un aspect indispensable. Tout doit être fait pour que tous les enfants puissent s'inscrire à l'école et continuer d'y aller. Les pouvoirs publics peuvent

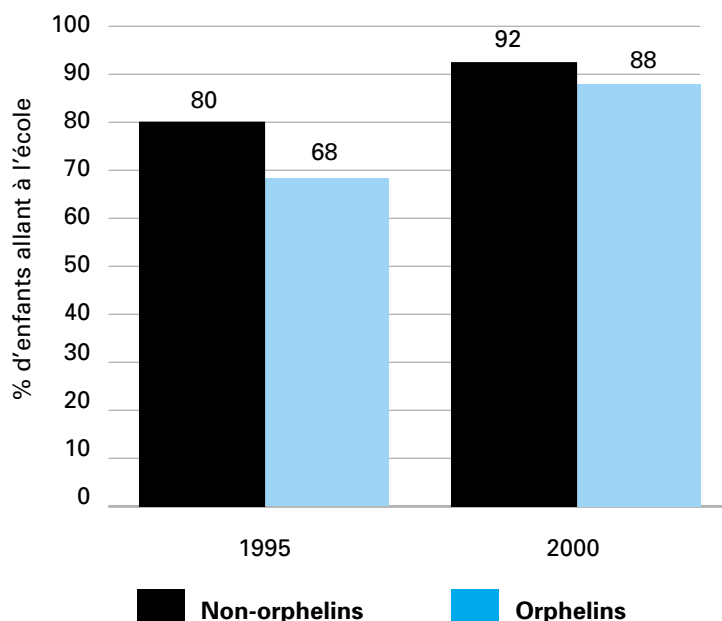
prendre de nombreuses mesures à cette fin. Ils peuvent notamment modifier les politiques relatives aux frais de scolarité et à l'obligation de porter un uniforme.

En 1996 par exemple, le Gouvernement ougandais a adopté une politique d'enseignement primaire universel, offrant une éducation primaire gratuite à quatre enfants maximum par famille. En 1995, les orphelins de l'Ouganda avaient moins tendance à aller à l'école que les autres enfants ; en 2000, à la suite de cette politique, cette différence avait quasiment disparu<sup>67</sup> (voir figure 4-3). En 2003, le Kenya a supprimé les frais de scolarité dans le primaire – et le taux de scolarisation a en conséquence fortement augmenté (voir encadré 4-3). Il est également possible de fournir des repas à l'école et de rendre l'enseignement plus utile et accessible aux enfants en permettant à des groupements locaux de créer des écoles communautaires.

#### FIGURE 4-3 : UNE POLITIQUE D'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE UNIVERSEL FAIT DISPARAÎTRE LES DÉSAVANTAGES

Pourcentage d'enfants allant à l'école (orphelins/non-orphelins), Ouganda, 1995-2000

Le ratio de fréquentation scolaire des orphelins s'améliore, passant de 0,85 à 0,96.



Sources : UNICEF-MICS, indicateur EDS, 1995 et 2000.

### **ENCADRÉ 4-3 : ABOLIR LES FRAIS DE SCOLARITÉ : LE CAS DU KENYA**

Lorsque les écoles primaires du Kenya ont rouvert leurs portes en janvier 2003 pour le trimestre d'hiver, 5,9 millions d'enfants ont repris le chemin de l'école et 1,3 million d'enfants se sont inscrits pour la première fois. Dans le cadre de la nouvelle politique d'enseignement primaire gratuit, aucun de ces enfants n'a eu à payer de frais de scolarité.

Cette politique d'enseignement primaire gratuit ouvre des possibilités dont avaient désespérément besoin des millions d'enfants défavorisés et marginalisés, qui pour beaucoup n'avaient jamais été scolarisés ou avaient abandonné leurs études faute de pouvoir payer les frais de scolarité.

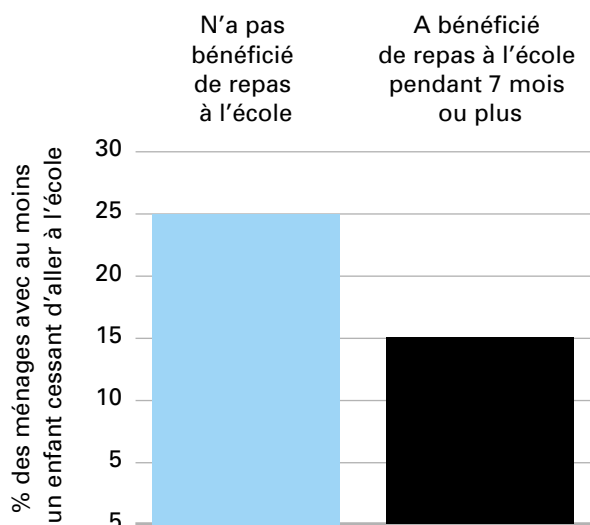
C'est en particulier le cas de quelque 890 000 enfants kényens de moins de 15 ans qui ont perdu un de leurs parents ou les deux à cause du VIH/SIDA. Pour beaucoup de ces enfants, l'enseignement gratuit constitue la meilleure et peut-être la seule véritable possibilité de s'extirper du cercle vicieux de la pauvreté. L'enseignement permet aux enfants d'acquérir les connaissances, les compétences et la confiance en eux qui donnent accès au travail. À ce jour, les écoles constituent le meilleur moyen d'informer et de parler du VIH/SIDA et d'autres menaces pesant sur le bien-être des enfants. Elles donnent aux élèves la possibilité d'acquérir des aptitudes pratiques, ainsi que les capacités de négociation, de communication et de décision nécessaires à une vie saine.

Dans l'ensemble du pays, la politique de l'enseignement gratuit s'est à ce jour mise en place dans l'euphorie et dans le désordre. Dans des salles de classe qui accueillait auparavant 40 élèves s'en entassaient aujourd'hui 70. Par manque de place, des administrateurs ont été contraints dans certaines écoles de constituer des listes d'attente. Les fournitures scolaires sont rares ; les enseignants qualifiés le sont encore plus. Et l'éducation n'est pas complètement gratuite. Les familles doivent prendre en charge le coût des uniformes, du transport, et, dans certains cas, des frais d'entretien des écoles.

Cette initiative, qui coûtera au gouvernement d'après les estimations 97 millions de dollars par an, a rapidement bénéficié du soutien de la communauté internationale. L'UNICEF a immédiatement alloué 2,5 millions de dollars à l'acquisition de matériel destiné aux enseignants et aux élèves et d'équipements de loisirs, à la formation de 5000 enseignants à des méthodes interactives axées sur l'enfant et à la mise en place de points d'eau et d'installations sanitaires. La Banque mondiale a promis d'accorder à l'initiative des subventions de 50 millions de dollars sur trois ans. Les Gouvernements britannique et suédois ont également apporté leur appui.

#### FIGURE 4-4 : GRÂCE AUX PROGRAMMES D'ALIMENTATION SCOLAIRE, LES ENFANTS VULNÉRABLES CONTINUENT D'ALLER À L'ÉCOLE

Proportion d'enfants issus de ménages ayant de graves déficits alimentaires qui cessent d'aller à l'école, en fonction de la distribution de repas à l'école pendant l'année scolaire précédente, Zimbabwe, 2003.



Source : Zimbabwe Emergency Food Security and Vulnerability Assessment – Report No. 3, Zimbabwe National Vulnerability Assessment Committee and SADC FANR Vulnerability Assessment Committee, avril 2003.

L'Initiative d'appui psychosocial régional est un autre programme important visant à renforcer les partenariats en matière de programmation psychosociale dans l'Est et le Sud de l'Afrique. Ce réseau de ressources techniques, qui réunit une trentaine d'organisations de la région, s'est fixé comme objectif d'apporter un appui psychosocial à plus de 250 000 enfants dans les cinq années à venir<sup>88</sup>.

Les enfants doivent être protégés de la violence et de la maltraitance, à l'intérieur et à l'extérieur de leur foyer. Les enfants vivant ou travaillant dans la rue risquent tout particulièrement d'être victimes de violence et de sévices sexuels. De nombreuses organisations non gouvernementales ont mis en place à l'intention de ces enfants des programmes efficaces, comme la Société Undugu du Kenya, qui propose des programmes de formation et d'apprentissage. Mais il est également très important d'améliorer le regard que porte la société sur les enfants vivant et travaillant dans la rue. En Éthiopie, des informations sur ces enfants sont intégrées aux programmes de formation des policiers ; des unités de protection de l'enfance ont été constituées, composées de policiers et de travailleurs sociaux. En conséquence, les attitudes des policiers face aux enfants vivant ou travaillant dans la rue se sont considérablement améliorées.

Pour jouir de leurs droits et de bonnes conditions de vie, les orphelins et autres enfants vulnérables ont besoin d'un certain nombre de services, notamment :

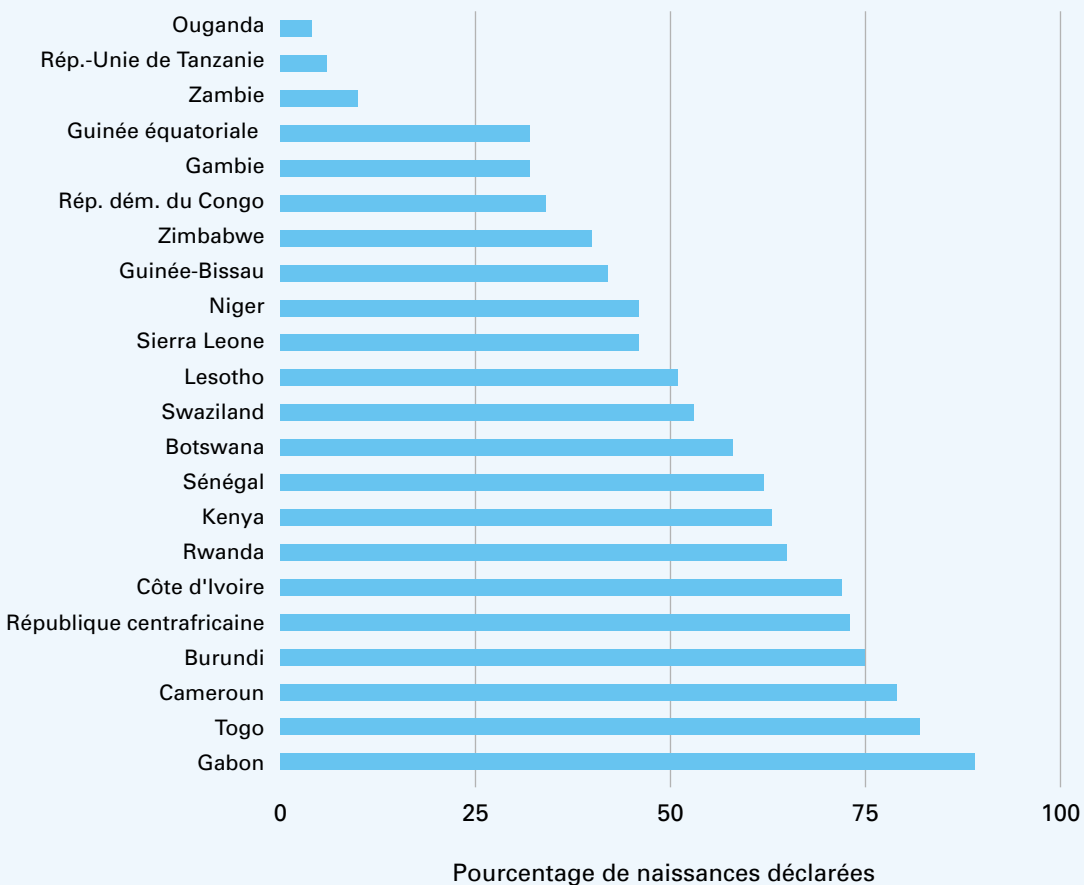
- L'éducation est essentielle pour l'avenir des enfants et est importante pour leur développement psychosocial. Les écoles peuvent fournir aux enfants un environnement sûr et structuré, le soutien moral et l'encadrement d'adultes, ainsi que la possibilité d'apprendre à communiquer avec d'autres enfants et de former des relations sociales. Les interventions visant à accroître les taux de scolarisation et de rétention consistent à réduire ou à éliminer les frais de scolarité et les coûts indirects ; à améliorer la qualité des écoles ; à intégrer aux programmes l'acquisition d'aptitudes pratiques ; à mettre en œuvre des programmes d'alimentation scolaire ; et à faire des écoles des centres communautaires d'information, de soutien psychosocial, de garde d'enfants, de prévention du VIH et d'autres fonctions d'appui.

## ENCADRÉ 4-4 : ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

Les enfants dont la naissance n'est pas déclarée risquent d'être privés de nombreux droits. En Afrique subsaharienne, plus de deux tiers des naissances ayant eu lieu en 2000 n'ont pas été déclarées. Un certain nombre de pays durement touchés par le VIH/SIDA ont des taux d'enregistrement des naissances particulièrement faibles : 10 % en Zambie, 6 % en République-Unie de Tanzanie et seulement 4 % en Ouganda. Les lacunes des systèmes d'enregistrement peuvent également se traduire par le non-enregistrement des décès.

## FIGURE 4-5 : DE NOMBREUX ENFANTS NE SONT PAS DÉCLARÉS À LA NAISSANCE

Pourcentage de naissances déclarées dans les cinq ans précédant l'enquête (1999-2001)



Sources : UNICEF-MICS, indicateur EDS, 1999-2001.



- L'enregistrement des naissances est vital pour tous les enfants, y compris pour les orphelins, à la fois pour qu'ils aient une identité et pour qu'ils puissent accéder aux services publics et à la protection sociale (*voir Encadré 4-4*).
- Les soins de santé et les services de nutrition essentiels comprennent : la vaccination, l'apport de vitamine A, le déparasitage, le suivi de la croissance, l'alimentation des nourrissons et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance chez le jeune enfant. À mesure que les enfants grandissent, il est nécessaire, pour préserver leur bien-être, de fournir des services de santé et de prévention du VIH adaptés aux jeunes. Le traitement des jeunes séropositifs est également une nécessité qui s'impose de plus en plus.
- Le soutien psychosocial constitue pour les orphelins et les enfants vulnérables un service essentiel mais souvent négligé. La perte d'un parent est à la fois source de traumatismes et de stress. Il est essentiel d'intervenir rapidement. Les personnes qui s'occupent des enfants ont également besoin de soutien psychosocial, pour les aider à prodiguer les meilleurs soins possibles.
- L'eau potable et l'assainissement sont essentiels pour les orphelins et les enfants vulnérables et leur famille, comme ils le sont pour l'ensemble de la population. L'extension des canalisations, les puits forés et d'autres moyens d'accroître l'accès, adaptés aux conditions locales, s'imposent. Il faut donner aux personnes qui s'occupent des enfants des informations sur les pratiques adéquates en matière d'hygiène et de manipulation des aliments.
- Des systèmes judiciaires stables et indépendants peuvent contribuer à protéger les orphelins et les enfants vulnérables de la maltraitance, de la discrimination et de la spoliation de biens. Informer les juges traditionnels et modernes des problèmes auxquels sont confrontés les orphelins et des normes permettant de les protéger s'est avéré utile. Il en est de même des campagnes menées dans différents médias afin d'encourager la population à signaler aux autorités les cas d'exploitation et de maltraitance.

#### **4. Faire en sorte que les gouvernements protègent les enfants les plus vulnérables.**

S'il incombe en premier lieu aux familles de protéger et de prendre soin des enfants, les gouvernements sont en dernier ressort tenus de protéger les enfants et de garantir leur bien-être. Pour s'acquitter de cette obligation, les pays doivent prendre tout un ensemble de mesures et bénéficier à cet égard d'un soutien. Il s'agit notamment d'adopter des politiques, des stratégies et des plans d'action nationaux ; d'allouer et de mobiliser davantage de ressources en faveur des enfants ; et d'établir des mécanismes de concertation des efforts déployés.

La plupart des pays disposent de plusieurs politiques et textes de loi relatifs aux droits, à la protection, aux soins et au soutien des enfants. Les lois en vigueur doivent être examinées et révisées à la lumière des normes internationales existantes et des problèmes que pose le VIH/SIDA. Parmi les questions à examiner figurent la discrimination, le placement en famille d'accueil, les droits de succession, la maltraitance et le travail des enfants. Et, ce qui est encore plus important, il faut mettre en place des structures efficaces permettant d'appliquer et de faire respecter les lois.

#### **5. Sensibiliser la population afin d'instaurer un environnement favorable aux enfants touchés par le VIH/SIDA.**

Dès le départ, l'épidémie de VIH/SIDA a été entourée de peur, d'ignorance et d'aveuglement, qui ont mené au silence et à l'inertie des gouvernements et aux préjugés, à la discrimination et aux mauvais traitements subis par les personnes vivant avec le VIH/SIDA et leur famille. Du fait de cette inaction, les enfants orphelins touchés par le VIH/SIDA ont payé un lourd tribut.

La lutte contre le VIH/SIDA doit relever d'une responsabilité nationale commune. Aucun secteur ne peut à lui seul résoudre une crise de cette complexité et de cette ampleur. Il est donc essentiel de veiller à ce que chacun — les dirigeants, les chefs communautaires, les organisations et le public — soit informé des risques du VIH/SIDA et des mesures à prendre pour remédier à cette crise. Chacun doit participer en recueillant et en diffusant des informations et des données tirées de l'expérience, à la fois à l'échelle locale et nationale. La Zambie a organisé une série de séminaires nationaux,



dont le dernier a réuni en 2002 350 personnes issues des ministères, des organisations non gouvernementales, des organisations communautaires, des médias et du secteur privé. Les participants à ce séminaire ont décidé de former de nouveaux partenariats, coalitions et réseaux.

Les présidents, les premiers ministres, les représentants de la jeunesse, les célébrités, les sportifs, les autorités religieuses et autres personnalités influentes doivent avoir le courage de parler en toute franchise du VIH/SIDA. Dans des pays comme le Brésil, le Sénégal, la Thaïlande et l'Ouganda, où une forte mobilisation politique a favorisé la transparence et des stratégies très diverses, des progrès manifestes sont réalisés. Une stratégie de mobilisation complète passe par de multiples interventions et moyens, y compris des débats parlementaires, des campagnes multimédias sur des thèmes précis comme « vivre de façon positive » ou l'accès à l'éducation, et des activités visant à mobiliser les ressources.

#### Orientation des programmes :

- Mettre l'accent sur les enfants et les communautés les plus vulnérables, et non seulement sur les orphelins du VIH/SIDA.
- Définir d'emblée des problèmes et des vulnérabilités propres à chaque communauté et mener des stratégies d'intervention définies localement.
- Faire activement participer les enfants et les jeunes aux stratégies adoptées.
- Accorder une attention particulière aux rôles des garçons et des filles, des hommes et des femmes, et lutter contre la discrimination fondée sur le sexe.
- Renforcer à tous les niveaux les partenaires et partenariats et former des coalitions entre les principaux acteurs.
- Intégrer les activités de prévention du VIH/SIDA, les soins et le soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA, et le soutien des orphelins et des autres enfants vulnérables.
- Faire appel aux soutiens extérieurs pour renforcer les initiatives et la motivation des communautés.

## ACCROÎTRE LA SOLIDARITÉ ET L'APPUI INTERNATIONAUX

La crise des orphelins en Afrique subsaharienne a des répercussions sur la stabilité et le bien-être de l'humanité qui dépassent largement le cadre de la région et concernent les gouvernements et la population du monde entier. Les pays riches doivent être conscients du fait que, conformément à l'esprit de la Convention relative aux droits de l'enfant et à leurs intérêts mondiaux, ils ont un rôle vital à jouer en intensifiant les mesures prises pour remédier à la situation critique des orphelins. La mobilisation et la participation des partenaires internationaux sont essentielles. Ils doivent accroître considérablement les ressources mobilisées à cet effet, maintenir cette question au premier rang des priorités internationales, apporter un appui technique et matériel et veiller au suivi des progrès effectués dans la réalisation des objectifs mondiaux et à engager la responsabilité des parties prenantes à ce processus.

# RÉFÉRENCES

- 1 Nyambedha, Erick Otieno, Simiyu Wandibba et Jens Aagaard-Hansen, 'Changing patterns of orphan care due to the HIV epidemic in western Kenya', *Social Science & Medicine*, vol. 57, no. 2, juillet 2003, p. 301-311.
- 2 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. ONUSIDA, Genève, 2002.
- 3 *Les Enfants au bord du gouffre 2002: Un rapport commun sur les estimations du nombre d'orphelins et les stratégies de programmes*, TvT Associates/The Synergy Project for USAID, ONUSIDA et UNICEF, Washington, D.C., July 2002.
- 4 Monasch, R. et J. T. Boerma, 'Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: An analysis of national surveys from 40 countries', in *AIDS* (à paraître).
- 5 McDaniel, A. et E. Zulu, 'Mothers, Fathers, and Children: Regional patterns in child-parent residence in sub-Saharan Africa', *African Population Studies*, vol. 11, no. 1, 1996, p. 1-28.
- 6 Akresh, R., Risk, Network Quality, and Family Structure: Child fostering decisions in Burkina Faso, Department of Economics, Yale University, Version préliminaire, 2003.
- 7 Monasch et Boerma, op. cit.
- 8 Southern Africa Development Community Food, Agriculture, and Natural Resources Vulnerability Assessment Committee, *Towards Identifying Impacts of HIV/AIDS on Food Insecurity in Southern Africa and Implications for Response: Findings from Malawi, Zambia and Zimbabwe*, Harare, Zimbabwe, 7 mai 2003.
- 9 Booyesen, F. et M. Bachman, 'HIV/AIDS, Poverty and Growth: Evidence from a household impact study conducted in the Free State province, South Africa', Centre for Health Systems Research and Development, University of the Free State, Afrique du Sud. Document présenté à la Conférence annuelle du Centre for Study of African Economies, St Catherine's College, Oxford, 18-19 mars 2002.
- 10 Bechu N., 'The Impact of AIDS on the Economy of Families in Côte d'Ivoire: Changes in consumption among AIDS-affected households', in: M. Ainsworth, L. Fransen et M. Over (sous leur direction), *Confronting AIDS: Evidence from the developing world: Selected background papers for the World Bank Policy Research Report*, Commission européenne et Banque mondiale, Royaume-Uni, 1998.
- 11 Steinberg, M., 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, octobre 2002.
- 12 Wakhweya, A., et al., *Situation Analysis of Orphans in Uganda: Orphans and their households: Caring for the future – today*, Government of Uganda/Uganda AIDS Commission, Kampala, novembre 2002. 1
- 13 Monasch et Boerma, op. cit.
- 14 Topouzis, D., *Uganda: The socio-economic impact of HIV/AIDS on rural families with an emphasis on youth*, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome, février 1994.
- 15 Zimbabwe National Vulnerability Assessment Committee en collaboration avec le Southern Africa Development Community Food, Agriculture, and Natural Resources Vulnerability Assessment Committee, *Zimbabwe Emergency Food Security and Vulnerability Assessment – Report number 3*, Harare, Zimbabwe, avril 2003.
- 16 Whitehouse, A., *A situation analysis of orphans and other vulnerable children in Mwanza Region, Tanzania*, Catholic Relief Services, Dar-es-Salaam, et Kivulini Women's Rights Organisation, Mwanza, Tanzanie, avril 2002.
- 17 Family Health International, *Results of the Orphans and Vulnerable Children Head of Household Baseline Survey in Four Districts in Zambia*, USAID, Strengthening Community Partnerships for the Empowerment of Orphans and Vulnerable Children (SCOPE-OVC), Zambia, et Family Health International, draft 31 octobre 2002.
- 18 Whitehouse, op. cit.
- 19 Gilborn, L. Z., et al., *Making a Difference for Children Affected by AIDS: Baseline findings from operations research in Uganda*, Population Council, Washington, D. C., juin 2001.
- 20 Foster G. et J. Williamson, 'A Review of Current Literature of the Impact of HIV/AIDS on Children in sub-Saharan Africa'. *AIDS 2000 Year in Review*, vol. 14 (suppl. 3), p. 275-284.
- 21 Sen A., *Poverty and Famines: An essay on entitlement and deprivation*, Oxford University Press/Clarendon Press, 1981.
- 22 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Report on the global HIV/AIDS Epidemic 2002*, op. cit.
- 23 Niang, C. et P. Van Ufford, 'The Socio-economic Impact of HIV/AIDS on Children in a Low Prevalence Context: The case of Senegal', in *AIDS, Public Policy and Child Well-Being*, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF à Florence, Italie, 2002.
- 24 Whitehouse, op. cit.
- 25 Nyambedha, Wandibba et Aagaard-Hansen, op. cit., p. 301-311.
- 26 Gilborn, et al., op. cit.
- 27 Barnett, T. et A. Whiteside, 'Poverty and HIV/AIDS: Impact, coping and mitigation policy' in *AIDS, Public Policy and Child Well-Being*, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF à Florence, Italie, 2002.
- 28 Monasch et Boerma, op. cit.
- 29 Nampanya-Serpell, N., 'Children Orphaned by HIV/AIDS in Zambia: Social and Economic Risk Factors of Premature Parental Death'. Document présenté à une conférence intitulée 'Orphans and Vulnerable Children in Africa: Victims or vestiges of hope', Uppsala, Suède, 13-16 septembre, 2001.
- 30 Family Health International, op. cit.
- 31 Monasch et Boerma, op. cit.
- 32 Foster et Williamson, op. cit., p. 275-284.
- 33 Monasch et Boerma, op. cit.

- 34 Foster G., et al., 'Factors Leading to the Establishment of Child-Headed Households: The case of Zimbabwe', in *Health Transition Review*, vol. 7 (suppl. 2), 1997, p. 155-168.
- 35 Nkouika-Dinghani-Nkita, G., *Les déterminants du phénomène des enfants de la rue à Brazzaville*, UERPOD, Brazzaville, Congo, 2000.
- 36 *Zambia 1999 Child Labour Survey Country Report*, Republic of Zambia Central Statistical Office, Lusaka, et Organisation internationale du travail/Programme international pour l'élimination du travail des enfants, 1999.
- 37 Gilborn, et al., op. cit.
- 38 Monasch et Boerma, op. cit.
- 39 Case, A., C. Paxson, et J. Ableidinger, *Orphans in Africa*. Center for Health and Wellbeing, Research Program in Development Studies, Princeton University, New Jersey, janvier 2003.
- 40 Hyde, K., et al., 'HIV/AIDS and Education in Uganda: Window of opportunity?', document réalisé avec l'appui de la Fondation Rockefeller Foundation, janvier 2002.
- 41 Bicego, G., S. Rutstein et K. Johnson, 'Dimensions of the emerging orphan crisis in sub-Saharan Africa', *Social Science & Medicine*, vol. 56, no. 6, mars, 2003, p. 1235-1247.
- 42 Daley, K., *The Business Response to AIDS: Impact and lessons learned*, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), The Prince of Wales Business Leaders Forum, et le Global Business Council on HIV/AIDS, Genève et Londres, 2000.
- 43 UNICEF/ONUSIDA, *Children Orphaned by AIDS: Front-line responses from eastern and southern Africa*, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, décembre 1999.
- 44 Ainsworth, M. et J. Semali, *The Impact of Adult Deaths on Children's Health in Northwestern Tanzania*, Policy Research Working Paper No. 2266, Banque mondiale, Washington, D. C., 2000.
- 45 Lindblade, K. A., et al., 'Health and nutritional status of orphans <6 years old cared for by relatives in western Kenya', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 8, no. 1, 2003, p. 67-72.
- 46 *National Nutrition and EPI Survey*, Ministry of Health and Child Welfare, Harare, Zimbabwe, 2003.
- 47 Subbarao, K., A. Mattimore et K. Plangemann., *Social Protection of Africa's Orphans and Other Vulnerable Children: Issues and good practice program options*, Africa Region Human Development Working Paper Series, Africa Region, Banque mondiale, août 2001.
- 48 Nakiyingi, J., et al., 'Child Survival in Relation to Mother's HIV Infection and Survival: Evidence from a Uganda cohort study', *AIDS*, vol. 17, no. 12, 2003, p. 1827-1834.
- 49 Bureau international du travail, *A Future without Child Labour – Rapport mondial dans le cadre de la suite donnée à la Déclaration de l'OIT sur les principes et droits fondamentaux au travail*, Bureau international du travail, Genève, 2002.
- 50 Monasch et Boerma, op. cit.
- 51 Semkiwa, H., et al., *HIV/AIDS and Child Labour in the United Republic of Tanzania: A rapid assessment*, Paper No. 3, Organisation internationale du travail/Programme international pour l'élimination du travail des enfants, Geneva, 2003.
- 52 Mushingeh, A., et al., *HIV/AIDS and Child Labour in Zambia: A rapid assessment on the case of the Lusaka, Copperbelt and Eastern Provinces*, Paper No. 5, Organisation internationale du travail/Programme international pour l'élimination du travail des enfants, Genève/Lusaka, août 2002.
- 53 Kifle, A., Ethiopia – *Child Domestic Workers in Addis Ababa: A rapid assessment*, Organisation internationale du travail/Programme international pour l'élimination du travail des enfants, Genève, juillet 2002.
- 54 Mwami, J. A., A. J. Sanga et J. Nyoni, Tanzania – *Children Labour in Mining: A rapid assessment*, Organisation internationale du travail/Programme international pour l'élimination du travail des enfants, Genève, janvier 2002.
- 55 Mushingeh, et al., op. cit.
- 56 Save the Children (Royaume-Uni), *The role of stigma and discrimination in increasing the vulnerability of children and youth infected with and affected by HIV/AIDS*, Research Report, Save the Children (Royaume-Uni), Arcadia, Afrique du Sud, novembre 2001.
- 57 Lusk, D. et C. O'Gara, 'The Two who Survive: The impact of HIV/AIDS on young children, their families and communities', in *Coordinators' Notebook*, issue 26, Consultative Group on Early Childhood Care and Development, Toronto, 2002.
- 58 Gilborn, et al., op. cit.
- 59 Makaya J., et al., 'Assessment of psychological repercussion of AIDS next to 354 AIDS orphans in Brazzaville', Document présenté à la XI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone, 7-12 juillet, 2002.
- 60 Makame, V., C. Ani et S. Grantham-McGregor, 'Psychological well-being of orphans in Dar es Salaam, Tanzania', Centre for International Child Health, Institute of Child Health, University College London, in *Acta Paediatrica*, vol. 91, no. 4, avril 2002, p. 459-465(7).
- 61 Sengendo, J. et J. Nambi, 'The Psychological Effect of Orphanhood: A study of orphans in Rakai district' [Uganda], in *Health Transition Review*, vol. 7 (suppl.), 1997, p. 105-124.
- 62 Family Health International, op. cit. 63 *Trickle Up Program Annual Report 2001*, Trickle Up Program, New York, 2001.
- 64 Horizons, *Succession planning in Uganda: Early outreach for AIDS-affected children and their families*, Population Council/Horizons, Washington, D.C., 2003.
- 65 Donahue, J. et J. Williamson, *Community mobilization to address the impacts of AIDS: A review of COPE II [Communitybased options for protection and empowerment] program in Malawi*, USAID Displaced Children and Orphans Fund, Washington, D.C., 1999.
- 66 White J., *Children Orphaned or Otherwise Made Vulnerable by HIV/AIDS: Examples of UNICEF's response in East and Southern Africa*, UNICEF, New York, 2003
- 67 Deininger K., A. Crommelynck et G. Kempaka, *Long-Term Welfare and Investment Impact of AIDS-Related Changes in Family Composition: Evidence from Uganda*, World Bank Social Protection Discussion Paper Series No. 0207, Banque mondiale, Washington, D.C., mai 2002.
- 68 Informations de la Regional Psychosocial Support Initiative (REPSI)

# STATISTIQUES

Note générale sur les données .....	47
<b>Tableau 1</b> : Indicateurs de base .....	48
<b>Tableau 2</b> : Nombre estimatif d'orphelins par pays, année, type, âge et cause.....	49
<b>Tableau 3</b> : Pratiques de prise en charge .....	50
<b>Tableau 4</b> : Impact et réactions .....	51
Définitions des indicateurs.....	52

## NOTE GÉNÉRALE SUR LES DONNÉES

Les données des tableaux proviennent principalement des estimations du nombre d'enfants orphelins réalisées par l'UNICEF, l'USAID et l'ONUSIDA ainsi que des enquêtes nationales auprès des ménages.

Les estimations du nombre d'enfants orphelins (tableau 2) se fondent sur des méthodes mises au point par le Groupe de référence sur les estimations, les modélisations et les projections<sup>1</sup> de l'ONUSIDA et ont précédemment été publiées dans le rapport *Les enfants au bord du gouffre 2002*. La méthodologie est décrite plus en détail par Grassly, et al<sup>2</sup>. Un orphelin est « un enfant qui a perdu au moins un de ses parents » et un orphelin double est « un enfant dont la mère et le père sont morts ». Les « orphelins maternels » sont les enfants ayant perdu leur mère et parfois aussi leur père ; et les « orphelins paternels » ont perdu leur père, et parfois aussi leur mère.

Les données relatives à la prise en charge (tableau 3) et à la fréquentation scolaire et à l'inscription des naissances (tableau 4) proviennent des enquêtes nationales auprès des ménages. Pour permettre les comparaisons d'un pays à l'autre et d'une année à l'autre, seules ont été prises en compte les enquêtes réalisées selon des méthodes de recueil de données correspondant aux normes internationales. Les données proviennent donc principalement de deux grandes séries d'enquêtes internationales : les enquêtes en grappes à indicateur multiple (MISC) de l'UNICEF et les enquêtes de démographie et santé (EDS), principalement financées par l'USAID. Les deux organisations aident les gouvernements à mener auprès des ménages des enquêtes représentatives et standardisées. Des analyses secondaires des données ainsi obtenues sont ensuite réalisées<sup>3</sup>.

Afin de pouvoir analyser correctement les pratiques relatives à la prise en charge des orphelins, on utilise des définitions des orphelins légèrement différentes. Les « orphelins maternels » sont des enfants dont la mère est morte mais dont le père est toujours en vie. De même, les « orphelins paternels » sont les enfants dont le père est mort mais dont la mère est en vie.

Si ces deux méthodologies – modélisations et enquêtes auprès des ménages – donnent dans l'ensemble des résultats similaires pour le nombre total d'orphelins, on constate dans certains pays des différences non négligeables. Ces différences proviennent des imperfections des deux méthodologies. Les estimations réalisées à partir des enquêtes auprès des ménages ne tiennent pas compte des enfants vivant en dehors du cadre familial (c'est-à-dire les enfants des rues et les enfants placés en institution) et sous-estiment donc probablement le nombre d'orphelins. Il arrive également que les personnes interrogées donnent des informations incorrectes sur le décès ou la survie du parent.

Les exercices de modélisation consistent à estimer combien de personnes vivent avec le VIH/SIDA et mourront du VIH/SIDA et d'autres causes. Ces estimations du nombre d'orphelins ne sont ni plus ni moins précises que les données démographiques et épidémiologiques à partir desquelles elles sont obtenues, et tous les pays ne disposent pas de données fiables et complètes. Enfin, les enquêtes nationales auprès des ménages ont été menées pendant différentes années (allant de 1997 à 2002), tandis que les estimations modélisées ont toutes été réalisées à la fin de l'année 2001. Dans ce rapport, les estimations modélisées de l'UNICEF, de l'USAID et de l'ONUSIDA indiquent le nombre d'orphelins par pays dans la durée.

Les données relatives aux enfants orphelins devraient tenir compte de tous les orphelins de moins de 18 ans, mais ni les estimations ni les enquêtes auprès des ménages ne prennent en compte les orphelins de 15 à 17 ans. Environ 20 % de tous les orphelins entrent dans cette tranche d'âge. À l'avenir, les méthodes de collecte des données devront inclure cette tranche d'âge. Le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections, qui est chargé des estimations, améliore actuellement les techniques de modélisation afin de recenser les orphelins de 0 à 17 ans.

Les données de ces tableaux présentent au moyen d'indicateurs traditionnels des informations détaillées sur les modes de cohabitation et le bien-être des enfants. Cependant, plusieurs dimensions importantes ne sont pas prises en compte, notamment la protection, le bien-être psychosocial, la sécurité alimentaire et l'aide sociale. Enfin, la plupart des données disponibles se rapportent aux enfants orphelins ; on dispose de très peu d'informations sur les autres enfants fragilisés par le VIH/SIDA. L'UNICEF et ses partenaires élaborent actuellement un ensemble complet de méthodes et d'indicateurs, qui permettront d'évaluer les mesures nationales prises en faveur des orphelins et des enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA. Un rapport comprenant une première version de ces indicateurs se trouve à : <http://www.childinfo.org><sup>4</sup>.

Toutes les estimations ont été arrondies. Mais les chiffres n'ont pas été arrondis lors de l'élaboration des taux et des tableaux régionaux ; il peut donc y avoir quelques légers écarts dans certains tableaux récapitulatifs. Les moyennes pour la région de l'Afrique subsaharienne peuvent être différentes de celles données dans le rapport de l'UNICEF intitulé *La Situation des enfants dans le monde*, Djibouti et le Soudan n'étant pas inclus dans ce dernier rapport.

Afin de pouvoir procéder à des comparaisons au sein d'une même région, les pays sont présentés par sous-région dans les tableaux (Afrique occidentale, centrale, orientale et australe).

1 Groupe de références sur les estimations, les modélisations et les projections de l'ONUSIDA, 'Improved Methods of 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, p. W1-W14.

2 Grassly, N., et al. 'Comparison of Survey Estimates with UNAIDS/WHO Projections of Mortality and Orphan Numbers in sub-Saharan Africa', document présenté à une réunion de chercheurs : 'Empirical Evidence for the Demographic and Socio-economic Impact of AIDS, Durban, Afrique du Sud, 26-28 mars 2003.

3 Monasch, R. et J.T. Boerma, 'Orphanhood and Childcare Patterns in sub-Saharan Africa: An analysis of national surveys from 40 countries', *AIDS* (à paraître).

4 Report on the Technical Consultation on Indicators Development for Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV/AIDS, Gaborone, Botswana, 2-4 avril 2003, UNICEF, ONUSIDA.

# TABLEAU 1 : INDICATEURS DE BASE

Pays	Population et démographie			Économie	Santé	Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001			Impact démographique		
	Population totale (en milliers) 2002	Nombre d'enfants 0-14 ans (en milliers) 2001	% de population urbaine 2002	RNB par habitant (\$ E.-U.) 2002	Taux de mortalité des moins de 5 ans 2002	Taux de prévalence des adultes (%) (15-49 ans)	Adultes (15-49 ans)	Enfants (0-14 ans)	Espérance de vie à la naissance (ans) 2000-2005	Réduction de l'espérance de vie due au SIDA (ans) 2000-2005	Décès dus au SIDA 2001
Bénin	6 558	2 966	44	380	156	3,6	110 000	12 000	51	3	8 100
Burkina Faso	12 624	5 769	17	220	207	6,5	380 000	61 000	46	8	44 000
Cap-Vert	454	181	65	1 290	38	...	...	...	70	...	...
Côte d'Ivoire	16 365	6 806	45	610	176	9,7	690 000	84 000	41	12	75 000
Gambie	1 388	537	32	280	126	1,6	7 900	460	54	2	400
Ghana	20 471	7 985	37	270	100	3,0	330 000	34 000	58	5	28 000
Guinée	8 359	3 632	28	410	169	...	...	...	49	2	...
Guinée-Bissau	1 449	535	33	150	211	2,8	16 000	1 500	45	2	1 200
Libéria	3 239	1 321	46	150	235	...	...	...	41	5	...
Mali	12 623	5 391	32	240	222	1,7	100 000	13 000	49	2	11 000
Mauritanie	2 807	1 144	61	410	183	...	...	...	52	...	...
Niger	11 544	5 606	22	170	265	...	...	...	46	...	...
Nigéria	120 911	52 459	46	290	183	5,8	3 200 000	270 000	52	6	170 000
Sénégal	9 855	4 262	49	470	138	0,5	24 000	2 900	53	...	2 500
Sierra Leone	4 764	2 037	38	140	284	7,0	150 000	16 000	34	4	11 000
Togo	4 801	2 054	35	270	141	6,0	130 000	15 000	50	7	12 000
<b>Afrique de l'Ouest</b>	<b>238 214</b>	<b>101 358</b>	<b>41</b>	<b>309</b>	<b>186</b>	<b>5,2</b>	<b>5 100 000</b>	<b>510 000</b>	<b>50</b>	<b>...</b>	<b>360 000</b>
Cameroun	15 729	6 506	51	560	166	11,8	860 000	69 000	46	10	53 000
Congo	3 633	1 443	67	700	108	7,2	99 000	15 000	48	10	11 000
Congo, (République démocratique du)	51 201	25 698	31	90	205	4,9	1 100 000	170 000	42	6	120 000
Gabon	1 306	510	83	3 120	91	...	...	...	57	6	...
Guinée équatoriale	481	206	51	700	152	3,4	5 500	420	49	3	370
Sao Tomé-et-Principe	157	61	48	290	118	...	...	...	70	...	...
Soudan	32 878	12 701	38	350	94	2,6	410 000	30 000	56	2	23 000
Tchad	8 348	3 787	25	220	200	3,6	130 000	18 000	45	4	14 000
<b>Afrique centrale</b>	<b>117 552</b>	<b>52 477</b>	<b>37</b>	<b>296</b>	<b>171</b>	<b>5,4</b>	<b>2 800 000</b>	<b>330 000</b>	<b>46</b>	<b>...</b>	<b>240 000</b>
Burundi	6 602	3 064	10	100	190	8,3	330 000	55 000	41	11	40 000
Comores	747	303	35	390	79	...	...	...	61	...	...
Djibouti	693	277	84	900	143	...	...	...	46	7	...
Érythrée	3 991	1 671	20	160	89	2,8	49 000	4 000	53	3	350
Éthiopie	68 961	29 141	16	100	171	6,4	1 900 000	230 000	46	7	160 000
Kenya	31 540	13 428	35	360	122	15,0	2 300 000	220 000	45	17	190 000
Madagascar	16 916	7 344	31	240	136	0,3	21 000	1 000	53	...	...
Ouganda	25 004	11 852	15	250	141	5,0	510 000	110 000	46	9	84 000
République centrafricaine	3 819	1 626	42	260	180	12,9	220 000	25 000	40	14	22 000
Rwanda	8 272	3 503	6	230	183	8,9	430 000	65 000	39	11	49 000
Somalie	9 480	4 166	29	130	225	1,0	43 000	...	48	...	...
Tanzanie, (République-Unie de)	36 276	16 094	34	280	165	7,8	1 300 000	170 000	43	9	140 000
<b>Afrique de l'Est</b>	<b>208 482</b>	<b>86 376</b>	<b>23</b>	<b>211</b>	<b>159</b>	<b>7,3</b>	<b>6 900 000</b>	<b>860 000</b>	<b>46</b>	<b>...</b>	<b>660 000</b>
Afrique du Sud	44 759	14 773	58	2 600	65	20,1	4 700 000	250 000	48	19	360 000
Angola	13 184	6 526	36	660	260	5,5	320 000	37 000	40	4	24 000
Botswana	1 770	650	50	2 980	110	38,8	300 000	28 000	40	28	26 000
Lesotho	1 800	805	30	470	87	31,0	330 000	27 000	35	24	25 000
Malawi	11 871	5 350	16	160	183	15,0	780 000	65 000	38	18	80 000
Mozambique	18 537	8 196	35	210	197	13,0	1 000 000	80 000	38	10	60 000
Namibie	1 961	780	32	1 780	67	22,5	200 000	30 000	44	21	13 000
Swaziland	1 069	388	27	1 180	149	33,4	150 000	14 000	34	28	12 000
Zambie	10 698	4 961	40	330	192	21,5	1 000 000	150 000	32	21	120 000
Zimbabwe	12 835	5 779	37	470	123	33,7	2 000 000	240 000	33	34	200 000
<b>Afrique australe</b>	<b>118 485</b>	<b>48 208</b>	<b>43</b>	<b>1 277</b>	<b>160</b>	<b>19,2</b>	<b>11 000 000</b>	<b>920 000</b>	<b>40</b>	<b>...</b>	<b>920 000</b>
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>682 733</b>	<b>288 418</b>	<b>35</b>	<b>445</b>	<b>171</b>	<b>9,0</b>	<b>26 000 000</b>	<b>2 600 000</b>	<b>46</b>	<b>...</b>	<b>2 200 000</b>



**TABLEAU 2 : NOMBRE ESTIMATIF D'ORPHELINS PAR PAYS, ANNÉE, TYPE, ÂGE ET CAUSE**

Pays	Nombre total d'orphelins 2001				Orphelins par type 2001			Orphelins par âge 2001			Nombre total d'orphelins 2010		
	% d'orphelins parmi les enfants	Nombre total d'orphelins	Nombre d'orphelins dus au SIDA	Enfants orphelins à cause du SIDA en % du nombre total d'orphelins	Nombre total d'orphelins maternels (en milliers)	Nombre total d'orphelins paternels (en milliers)	Nombre total d'orphelins doubles (en milliers)	Nombre total d'orphelins 0-4 ans (en milliers)	Nombre total d'orphelins 5-9 ans (en milliers)	Nombre total d'orphelins 10-14 ans (en milliers)	% total d'orphelins parmi les enfants	Nombre total d'orphelins (en milliers)	Enfants orphelins à cause du SIDA en % du nombre total d'orphelins
Bénin	10	286 000	34 000	12	121	197	31	40	110	140	10	348	33
Burkina Faso	13	769 000	268 000	35	392	538	161	110	280	380	12	935	44
Cap-Vert	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	13	905 000	420 000	46	454	644	192	150	310	440	12	931	58
Gambie	9	47 000	5 000	11	20	33	6	7	17	23	8	49	17
Ghana	10	759 000	204 000	27	326	509	75	110	280	370	8	734	36
Guinée	10	377 000	29 000	8	182	268	73	53	140	180	10	417	14
Guinée-Bissau	11	60 000	4 000	7	27	41	9	8	22	29	10	70	18
Libéria	12	165 000	39 000	24	69	113	18	23	56	86	11	249	49
Mali	11	602 000	70 000	12	278	400	76	84	220	290	10	705	17
Mauritanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Niger	10	565 000	33 000	6	264	367	66	78	220	270	9	739	17
Nigéria	10	5 421 000	995 000	18	2 441	3 587	607	730	2 300	2 400	11	6 686	39
Sénégal	9	402 000	15 000	4	167	278	42	51	140	210	8	395	6
Sierra Leone	15	299 000	42 000	14	134	216	52	45	130	120	13	385	31
Togo	11	224 000	63 000	28	98	153	27	24	81	120	11	275	46
<b>Afrique de l'Ouest</b>	<b>11</b>	<b>10 900 000</b>	<b>2 200 000</b>	<b>20</b>	<b>5 000</b>	<b>7 300</b>	<b>1 400</b>	<b>1 500</b>	<b>4 300</b>	<b>5 100</b>	<b>10</b>	<b>12 900</b>	<b>36</b>
Cameroun	11	708 000	210 000	30	308	485	85	88	250	370	14	1 075	63
Congo	12	180 000	78 000	43	85	126	31	32	60	88	11	214	52
Congo, (Rép. démocratique du)	11	2 733 000	927 000	34	1 262	1 785	313	480	910	1 300	9	3 268	42
Gabon	9	47 000	9 000	20	19	34	6	8	16	23	8	50	29
Guinée équatoriale	9	19 000	100	0	9	13	3	4	6	9	7	20	5
République centrafricaine	15	245 000	107 000	44	118	175	48	30	90	120	15	280	59
Sao Tomé-et-Principe	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	9	1 190 000	62 000	5	491	801	102	190	410	580	10	1 396	27
Tchad	11	417 000	72 000	17	186	291	60	64	170	180	10	503	26
<b>Afrique centrale</b>	<b>11</b>	<b>5 500 000</b>	<b>1 500 000</b>	<b>26</b>	<b>2 500</b>	<b>3 700</b>	<b>650</b>	<b>900</b>	<b>1 900</b>	<b>2 700</b>	<b>10</b>	<b>6 800</b>	<b>42</b>
Burundi	17	508 000	237 000	47	286	362	139	72	200	240	15	577	51
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Djibouti	11	30 000	6 000	21	13	21	4	4	11	15	13	38	39
Érythrée	12	199 000	24 000	12	83	130	14	28	72	100	10	221	25
Éthiopie	13	3 839 000	989 000	26	1 706	2 588	455	530	1 400	1 900	14	5 029	43
Kenya	12	1 659 000	892 000	54	847	1 103	291	240	570	850	14	2 099	73
Madagascar	9	644 000	6 000	1	268	412	36	130	220	290	7	664	3
Ouganda	15	1 731 000	884 000	51	902	1 144	315	210	610	910	10	1 554	39
Rwanda	17	613 000	264 000	43	329	429	145	81	220	310	17	687	52
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tanzanie, (République-Unie de)	12	1 928 000	815 000	42	917	1 299	288	210	730	990	12	2 152	54
<b>Afrique de l'Est</b>	<b>13</b>	<b>11 200 000</b>	<b>4 100 000</b>	<b>37</b>	<b>5 400</b>	<b>7 500</b>	<b>1 700</b>	<b>1 500</b>	<b>4 000</b>	<b>5 600</b>	<b>12</b>	<b>13 000</b>	<b>48</b>
Afrique du Sud	10	1 528 000	662 000	43	622	1 173	267	220	540	760	16	2 303	74
Angola	11	701 000	104 000	15	309	491	99	130	250	320	11	967	34
Botswana	15	98 000	69 000	71	69	91	62	15	36	46	22	136	88
Lesotho	17	137 000	73 000	53	66	108	37	23	40	73	26	206	82
Malawi	18	937 000	468 000	50	506	624	194	110	340	490	18	1 150	64
Mozambique	16	1 274 000	418 000	33	562	896	184	190	450	640	19	1 820	58
Namibie	12	97 000	47 000	49	47	68	18	12	36	49	18	156	76
Swaziland	15	59 000	35 000	59	32	46	19	11	20	28	22	87	82
Zambie	18	874 000	572 000	65	547	643	316	120	340	420	18	1 083	77
Zimbabwe	18	1 018 000	782 000	77	733	828	543	130	350	540	21	1 341	89
<b>Afrique australe</b>	<b>14</b>	<b>6 700 000</b>	<b>3 200 000</b>	<b>48</b>	<b>3 500</b>	<b>5 000</b>	<b>1 700</b>	<b>960</b>	<b>2 400</b>	<b>3 400</b>	<b>17</b>	<b>9 200</b>	<b>69</b>
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>12</b>	<b>34 300 000</b>	<b>11 000 000</b>	<b>32</b>	<b>16 300</b>	<b>24 000</b>	<b>5 500</b>	<b>4 900</b>	<b>12 700</b>	<b>16 700</b>	<b>12</b>	<b>42 000</b>	<b>48</b>

**TABLEAU 3 : PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE**

Pays	Ménages avec orphelins	Nombre moyen d'orphelins par ménage			Ménages dirigés par une femme			Résidences des non-orphelins et orphelins				Taux de dépendance			
	% des ménages avec enfants s'occupant d'orphelins	Nombre moyen d'orphelins par ménage	Nombre moyen d'orphelins par ménage dirigé par un homme	Nombre moyen d'orphelins par ménage dirigé par une femme	% de ménages avec orphelins dirigés par une femme	% de ménages avec enfants dirigés par une femme	% de ménages avec enfants dirigés par une femme et s'occupant d'orphelins	% de non-orphelins vivant avec leur mère	% d'orphelins paternels vivant avec leur mère	% de non-orphelins maternels vivant avec leur père	% d'orphelins maternels vivant avec leur père	Ménages avec enfants, sans orphelins	Ménages avec orphelins	Ménages dirigés par un homme avec orphelins	Ménages dirigés par une femme avec orphelins
Bénin	14	...	...	...	39	19	29	82	65	76	57	1,6	1,9	1,9	2,0
Burkina Faso	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cap-Vert	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	16	1,8	1,7	1,9	34	18	31	84	68	71	56	1,4	1,6	1,5	1,7
Gambie	18	1,7	1,6	2,0	26	17	27	91	56	83	46	1,5	1,6	1,6	1,6
Ghana	9	1,6	1,5	1,6	58	40	13	81	67	58	52	1,6	2,1	1,8	2,4
Guinée	17	...	...	...	22	13	30	84	67	78	67	1,6	1,8	1,7	1,8
Guinée-Bissau	16	1,7	1,6	2,1	31	14	34	87	69	80	53	1,4	1,6	1,6	1,5
Libéria	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mali	10	...	...	...	27	10	26	91	74	88	71	1,6	1,9	1,9	1,8
Mauritanie	13	...	...	...	44	30	20	86	81	64	50	1,6	1,7	1,6	1,7
Niger	9	1,7	1,7	1,8	22	7	26	91	60	89	61	1,6	1,8	1,8	1,9
Nigéria	10	1,7	1,6	1,9	36	13	28	90	77	87	76	1,5	1,8	1,8	1,8
Sénégal	15	1,7	1,6	2,0	28	17	25	90	76	74	55	1,4	1,5	1,6	1,3
Sierra Leone	22	1,7	1,6	1,9	29	16	41	82	67	78	56	1,2	1,6	1,5	1,7
Togo	16	1,8	1,7	1,9	42	22	30	86	74	78	61	1,5	1,7	1,7	1,9
<b>Afrique de l'Ouest</b>	<b>15</b>	<b>1,7</b>	<b>1,6</b>	<b>1,9</b>	<b>30</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>86</b>	<b>68</b>	<b>78</b>	<b>56</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>
Cameroun	16	1,8	1,6	2,0	42	20	33	87	71	78	62	1,5	1,7	1,7	1,6
Congo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo, (Rép. démocratique du)	18	1,8	1,7	2,2	29	13	39	90	72	80	56	1,5	1,7	1,7	1,7
Gabon	...	...	...	...	...	...	...	77	76	53	52	...	...	...	...
Guinée équatoriale	16	1,9	1,7	2,2	35	25	22	81	78	56	40	1,6	1,8	1,7	1,9
République centrafricaine	21	1,9	1,8	2,2	32	14	47	88	69	82	50	1,6	1,8	1,7	1,9
Sao Tomé-et-Principe	7	1,5	1,4	1,7	46	31	11	88	84	59	43	1,5	1,9	1,9	1,9
Soudan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tchad	11	1,8	1,8	1,8	42	16	29	93	73	86	56	1,8	1,9	1,9	1,9
<b>Afrique centrale</b>	<b>16</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>2,1</b>	<b>38</b>	<b>18</b>	<b>31</b>	<b>88</b>	<b>73</b>	<b>78</b>	<b>52</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,9</b>
Burundi	26	2,2	1,8	2,5	55	19	74	96	92	92	76	1,5	2,0	1,8	2,3
Comores	8	1,9	1,7	2,4	32	20	13	94	87	80	80	1,6	1,7	1,7	1,9
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Érythrée	...	...	...	...	...	...	...	96	90	86	56	...	...	...	...
Éthiopie	18	1,6	1,5	1,8	42	21	35	90	80	82	68	1,5	1,6	1,6	1,7
Kenya	12	1,9	1,6	2,1	65	33	28	89	84	69	54	1,4	2,0	1,8	2,1
Madagascar	10	1,7	1,6	1,9	44	19	24	91	78	82	53	1,4	1,7	1,6	1,7
Ouganda	22	1,9	1,6	2,2	48	27	38	84	65	74	49	1,7	2,3	2,2	2,4
Rwanda	37	2,1	1,6	2,3	64	33	71	94	87	83	62	1,5	1,9	1,8	2,0
Somalie	11	2,1	1,9	2,3	53	18	32	95	90	89	64	...	...	...	...
Tanzanie, (République-Unie de)	16	1,6	1,5	1,8	43	21	32	85	64	74	43	1,5	1,8	1,8	1,9
<b>Afrique de l'Est</b>	<b>16</b>	<b>1,9</b>	<b>1,6</b>	<b>2,2</b>	<b>48</b>	<b>21</b>	<b>32</b>	<b>93</b>	<b>86</b>	<b>82</b>	<b>59</b>	<b>1,5</b>	<b>1,9</b>	<b>1,8</b>	<b>2,0</b>
Afrique du Sud	15	1,7	1,5	1,8	71	46	23	73	65	42	28	1,4	1,7	1,6	1,8
Angola	18	1,8	1,6	2,0	49	25	35	91	79	78	48	1,5	1,9	1,8	2,0
Botswana	21	1,8	1,6	1,9	64	52	25	73	71	35	14	1,4	1,7	1,7	1,7
Lesotho	20	1,9	1,6	2,0	66	32	41	86	78	70	56	1,3	1,7	1,7	1,7
Malawi	20	1,7	1,5	1,9	49	26	37	87	72	70	27	1,5	2,0	1,8	2,4
Mozambique	20	1,7	1,5	1,9	39	25	32	86	78	74	59	1,4	1,8	1,7	2,1
Namibie	21	1,6	1,4	1,6	60	47	27	65	51	35	17	1,4	2,2	2,1	2,3
Swaziland	21	1,9	1,7	2,1	50	34	31	80	66	49	41	1,6	1,9	1,9	2,0
Zambie	25	1,8	1,7	2,0	44	20	50	87	68	77	37	1,4	1,6	1,5	1,6
Zimbabwe	20	1,9	1,7	2,0	61	37	33	80	63	60	46	1,4	2,2	1,9	2,4
<b>Afrique australe</b>	<b>20</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>	<b>1,9</b>	<b>55</b>	<b>33</b>	<b>32</b>	<b>83</b>	<b>70</b>	<b>65</b>	<b>39</b>	<b>1,4</b>	<b>1,9</b>	<b>1,8</b>	<b>2,0</b>
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>16</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>	<b>2,0</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>87</b>	<b>73</b>	<b>78</b>	<b>55</b>	<b>1,5</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,9</b>



# TABLEAU 4 : IMPACT ET RÉACTIONS

Pays	Fréquentation scolaire (10-14 ans)				Réactions des pouvoirs publics				Enregistrement des naissances 1999-2001		
	% de non orphelins (vivant avec au moins un parent)	% d'orphelins (ayant perdu un ou deux parents)	% d'orphelins doubles	Rapport de fréquentation scolaire orphelins/non-orphelins	Analyse de la situation nationale achevée	Politique nationale OEV	Mécanisme national de coordination	Protection législative adéquate des orphelins (par ex. biens)	% total des naissances déclarées	% des naissances déclarées urbain	% des naissances déclarées rural
Bénin	...	...	...	...	E.C.	E.C.	N	...	62	71	58
Burkina Faso	...	...	...	...	O	N	N	...	...	...	...
Cap-Vert	...	...	...	...	E.C.	N	N	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	67	58	56	0,83	O	N	O	...	72	88	60
Gambie	68	65	58	0,85	N	E.C.	N	...	32	37	29
Ghana	82	72	76	0,93	O	N	O	...	...	...	...
Guinée	...	...	...	...	E.C.	N	O	...	...	...	...
Guinée-Bissau	50	55	51	1,03	N	N	N	...	42	32	47
Libéria	...	...	...	...	N	N	N	...	...	...	...
Mali	...	...	...	...	E.C.	N	O	...	...	...	...
Mauritanie	...	...	...	...	E.C.	N	N	...	55	72	42
Niger	45	38	...	...	E.C.	O	O	...	46	85	40
Nigéria	70	70	61	0,87	O	N	O	...	...	...	...
Sénégal	54	50	40	0,74	N	N	N	...	62	82	51
Sierra Leone	50	42	35	0,71	N	N	N	...	46	66	40
Togo	78	72	74	0,96	O	O	N	...	82	93	78
<b>Afrique de l'Ouest</b>				<b>0,85</b>	<b>5/16</b>	<b>2/16</b>	<b>6/16</b>				
Cameroun	83	78	78	0,94	E.C.	N	N	...	79	94	72
Congo	...	...	...	...	O	O	N	...	...	...	...
Congo, (République démocratique du)	70	58	50	0,72	N	N	N	...	34	30	37
Gabon	...	...	...	...	E.C.	N	N	...	89	90	87
Guinée équatoriale	89	87	85	0,95	N	N	N	...	32	43	24
République centrafricaine	54	52	49	0,91	O	E.C.	N	...	73	88	63
Sao Tomé-et-Principe	81	80	...	...	N	N	O	...	70	73	67
Soudan	...	...	...	...	Partiel	E.C.	O	O	...	...	...
Tchad	61	59	...	...	O	N	E.C.	...	25	53	18
<b>Afrique centrale</b>				<b>0,92</b>	<b>3 / 9</b>	<b>1 / 9</b>	<b>2 / 9</b>	<b>1 / 1</b>			
Burundi	65	54	46	0,70	O	N	N	O	75	71	75
Comores	60	37	...	...	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	83	87	83
Djibouti	...	...	...	...	N	N	N	...	...	...	...
Érythrée	...	...	...	...	O	E.C.	O	E.C.	...	...	...
Éthiopie	43	34	26	0,60	N	N	O	E.C.	...	...	...
Kenya	93	85	70	0,74	N	N	N	E.C.	63	82	56
Madagascar	70	54	45	0,65	N	N	N	N	75	88	72
Ouganda	93	88	88	0,95	O	E.C.	N	O	4	11	3
Rwanda	80	73	64	0,80	O	O	N	E.C.	65	61	66
Somalie	21	18	14	0,65	N	N	N	N	...	...	...
Tanzanie, (République-Unie de)	71	68	52	0,74	N	N	O	N	6	22	3
<b>Afrique de l'Est</b>				<b>0,72</b>	<b>4 / 11</b>	<b>1 / 11</b>	<b>3 / 11</b>	<b>2 / 10</b>			
Afrique du Sud	96	94	91	0,95	O	N	O	E.C.	...	...	...
Angola	81	76	73	0,90	N	N	N	N	29	34	19
Botswana	95	94	94	0,99	O	N	N	N	58	66	52
Lesotho	91	87	79	0,87	O	N	N	E.C.	51	41	53
Malawi	87	80	81	0,93	O	O	O	N	...	...	...
Mozambique	68	61	32	0,47	N	N	O	N	...	...	...
Namibie	90	92	83	0,92	O	E.C.	O	E.C.	...	...	...
Swaziland	87	81	79	0,91	O	N	O	N	53	72	50
Zambie	77	69	67	0,87	O	E.C.	O	E.C.	10	16	6
Zimbabwe	95	89	81	0,85	O	O	N	O	40	54	33
<b>Afrique australe</b>				<b>0,90</b>	<b>8 / 10</b>	<b>2 / 10</b>	<b>6 / 10</b>	<b>1 / 10</b>			
<b>Afrique subsaharienne</b>				<b>0,87</b>	<b>20 / 46</b>	<b>6 / 46</b>	<b>17 / 46</b>	<b>4 / 21</b>			...

# DÉFINITIONS DES INDICATEURS

**TABLEAU 1 : INDICATEURS DE BASE**

## POPULATION ET DÉMOGRAPHIE

**Population totale (en milliers) 2002** : Nombre total d'habitants en 2002.

**Nombre d'enfants 0-14 ans (en milliers) 2001** : Population âgée de 0 à 14 ans en 2001.

**% de la population urbaine 2002** : Pourcentage de la population totale vivant en milieu urbain selon la définition nationale utilisée dans les recensements démographiques les plus récents.

*Source* : Division de la population des Nations Unies.

## ÉCONOMIE

**RNB par habitant (\$ E.-U.) 2002** : Le revenu national brut (RNB) est la somme de la valeur produite par tous les résidents à laquelle s'ajoutent les taxes sur les produits (moins les subventions) non comprises dans l'évaluation de la production, et les recettes nettes des revenus primaires (rémunération des salariés et revenus provenant des biens) provenant de l'étranger. Le RNB par habitant est le revenu national brut divisé par le nombre d'habitants en milieu d'année. Le RNB par habitant en dollars des États-Unis est converti selon la méthode Atlas de la Banque mondiale.

*Source* : Banque mondiale.

## SANTÉ

**Taux de mortalité des moins de cinq ans en 2002** : Probabilité de mourir de la naissance à l'âge de cinq ans exactement, exprimée pour 1000 naissances vivantes.

*Source* : UNICEF.

## NOMBRE ESTIMATIF DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA, FIN 2001

**Taux de prévalence des adultes (%) (15-49 ans) fin 2001** : Le nombre estimatif d'adultes âgés de 15 à 49 ans vivant avec le VIH/SIDA à la fin de l'année 2001, divisé par le nombre d'adultes dans la population.

**Adultes (15-49 ans)** : Nombre estimatif d'adultes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de l'année 2001.

**Enfants (0-14 ans)** : Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH/SIDA à la fin de l'année 2001.

*Source* : ONUSIDA

## IMPACT DÉMOGRAPHIQUE

**Espérance de vie à la naissance (ans) 2000-2005** : Le nombre d'années que vivrait un nouveau-né s'il était sujet aux risques de mortalité s'appliquant à un échantillon représentatif de la population au moment de sa naissance.

**Réduction de l'espérance de vie due au SIDA (ans) 2000-2005** : Nombre d'années de l'espérance de vie à la naissance perdues à cause du SIDA.

*Source* : Division de la population des Nations Unies.

**Décès dus au SIDA 2001** : Nombre estimatif d'adultes et d'enfants qui sont morts du SIDA en 2001.

*Source* : ONUSIDA

**TABLEAU 2 : NOMBRE ESTIMATIF D'ORPHELINS PAR PAYS, ANNÉE, TYPE, ÂGE ET CAUSE**

## NOMBRE TOTAL D'ORPHELINS 2001

**% total d'orphelins parmi les enfants 2001** : Pourcentage estimatif d'enfants (de 0 à 14 ans) ayant perdu un ou deux parents à la fin de l'année 2001.

**Nombre total d'orphelins 2001** : Nombre estimatif d'enfants (de 0 à 14 ans) ayant perdu un ou deux parents à la fin de l'année 2001.

**Nombre d'orphelins dus au SIDA 2001** : Nombre estimatif d'enfants (de 0 à 14 ans) ayant perdu un ou deux parents à cause du SIDA à la fin de l'année 2001.

**Enfants orphelins à cause du SIDA en % du nbre total d'orphelins** : Proportion d'orphelins à cause du SIDA par rapport au nombre total d'orphelins.

## ORPHELINS PAR TYPE 2001

**Nombre total d'orphelins maternels (en milliers) 2001** : Nombre estimatif, à la fin de l'année 2001, d'enfants (de 0 à 14 ans) dont la mère est morte et dont on ne sait si le père est encore en vie (il peut être en vie, mort du SIDA, ou d'autres causes).

**Nombre total d'orphelins paternels (en milliers) 2001** : Nombre estimatif, à la fin de l'année 2001, d'enfants (de 0 à 14 ans) dont le père est mort et dont on ne sait si la mère est encore en vie (elle peut être en vie, morte du SIDA, ou d'autres causes).

**Nombre total d'orphelins doubles (en milliers) 2001** : Nombre estimatif, à la fin de l'année 2001, d'enfants (de 0 à 14 ans) dont les deux parents sont morts.

**ORPHELINS PAR ÂGE 2001** : Les estimations par âge sont obtenues en multipliant le nombre estimatif total d'orphelins (de 0 à 14 ans) par la proportion d'orphelins se trouvant dans la tranche d'âge correspondante, d'après les dernières données disponibles de l'enquête auprès des ménages.

**Nombre total d'orphelins 0-4 ans (en milliers)** : Nombre estimatif d'enfants (de 0 à 4 ans) qui, à la fin de l'année 2001, avaient perdu un ou deux parents.

**Nombre total d'orphelins 5-9 ans (en milliers)** : Nombre estimatif d'enfants (de 5 à 9 ans) qui, à la fin de l'année 2001, avaient perdu un ou deux parents.

**Nombre total d'orphelins 10-14 ans (en milliers)** : Nombre estimatif d'enfants (de 10 à 14 ans) qui, à la fin de l'année 2001, avaient perdu un ou deux parents.

## NOMBRE TOTAL D'ORPHELINS 2010

**% total d'orphelins parmi les enfants 2010** : Projection du pourcentage d'enfants (de 0 à 14 ans) ayant perdu un ou deux parents à la fin de l'année 2010.

**Nombre total d'orphelins 2010 (en milliers)** : Projection du nombre d'enfants (de 0 à 14 ans) ayant perdu un ou deux parents à la fin de l'année 2010.

**Enfants orphelins à cause du SIDA en % du nombre total d'orphelins 2010** : Proportion d'orphelins à cause du SIDA par rapport au nombre total d'orphelins.

*Sources* : UNICEF, USAID, ONUSIDA

**TABLEAU 3 : PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE**

## MÉNAGES AVEC ORPHELINS

**% de ménages avec enfants qui s'occupent d'orphelins** : Pourcentage de ménages avec enfants qui s'occupent d'un ou de plusieurs orphelins.

*Sources* : Enquête en grappe à indicateur multiple (MISC), UNICEF ; Enquête démographique et sanitaire (EDS), Macro International, 1997-2002.

**NOMBRE MOYEN D'ORPHELINS PAR MÉNAGE** : Nombre moyen d'orphelins dans les ménages s'occupant d'orphelins.

**Nombre moyen d'orphelins par ménage dirigé par un homme** : Nombre moyen d'orphelins dans les ménages dirigés par un homme.

**Nombre moyen d'orphelins par ménage dirigé par une femme** : Nombre moyen d'orphelins dans les ménages dirigés par une femme.

*Sources* : UNICEF MISC ; EDS, Macro International, 1997-2002.

## MÉNAGES DIRIGÉS PAR UNE FEMME

**% de ménages avec orphelins dirigés par une femme** : Pourcentage de tous les ménages avec orphelins qui sont dirigés par une femme.

**% de ménages avec enfants dirigés par une femme** : Pourcentage de tous les ménages avec enfants qui sont dirigés par une femme.

**% de ménages avec enfants dirigés par une femme et s'occupant d'orphelins** : Pourcentage de ménages avec enfants qui sont dirigés par une femme et s'occupent d'un ou plusieurs orphelins.

*Sources* : UNICEF MISC ; EDS, Macro International, 1997-2002.

## RÉSIDENCES DES NON-ORPHELINS ET ORPHELINS

**% de non-orphelins vivant avec leur mère** : Pourcentages d'enfants non orphelins vivant avec leur mère.

**% d'orphelins paternels vivant avec leur mère** : Pourcentages d'enfants ayant perdu leur père et vivant avec leur mère.

**% de non-orphelins vivant avec leur père** : Pourcentages d'enfants non orphelins vivant avec leur père.

**% d'orphelins maternels vivant avec leur père** : Pourcentages d'enfants ayant perdu leur mère et vivant avec leur père.

*Sources* : UNICEF MISC ; EDS, Macro International, 1997-2002.

**TAUX DE DÉPENDANCE** : Le taux de dépendance correspond au nombre total d'enfants de moins de 18 ans et de personnes de 60 ans et plus, divisé par le nombre de personnes de 18 à 59 ans.

**Ménages avec enfants, sans orphelins** : Taux de dépendance des ménages avec enfants qui ne s'occupent pas d'orphelins.

**Ménages avec orphelins** : Taux de dépendance des ménages avec orphelins de tout type.

**Ménages dirigés par un homme avec orphelins** : Taux de dépendance des ménages avec orphelins dirigés par un homme.

**Ménages dirigés par une femme avec orphelins** : Taux de dépendance des ménages avec orphelins dirigés par une femme.

*Sources* : UNICEF MISC ; EDS, Macro International, 1997-2002.

**TABLEAU 4 : IMPACT ET RÉACTIONS**

## FRÉQUENTATION SCOLAIRE (10-14 ANS)

**% de non-orphelins vivant avec au moins un parent** : Pourcentages d'enfants non-orphelins de 10 à 14 ans qui vivent avec au moins un parent et vont à l'école.

**% d'orphelins (ayant perdu un ou deux parents)** : Pourcentages d'enfants orphelins de 10 à 14 ans qui vont à l'école.

**% d'orphelins doubles** : Pourcentages d'enfants de 10 à 14 ans qui ont perdu leurs deux parents biologiques et vont à l'école.

**Rapport de fréquentation scolaire orphelins/non-orphelins** : Proportion d'enfants de 10 à 14 ans qui, d'après une enquête auprès des ménages, ont perdu leurs deux parents biologiques et vont actuellement à l'école, exprimés en pourcentage des enfants non-orphelins du même âge qui vivent avec au moins un parent et vont à l'école (indicateur des Objectifs de développement pour le Millénaire).

*Sources* : UNICEF MISC ; EDS, Macro International, 1997-2002.

## RÉACTIONS DES POUVOIRS PUBLICS

**Analyse de la situation nationale achevée** : Le gouvernement a achevé une analyse nationale de la situation des orphelins et des autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA.

**Politique nationale OEV** : Le pays dispose d'une politique nationale de protection des orphelins et des autres enfants vulnérables.

**Mécanisme national de coordination** : Le gouvernement a établi un mécanisme de coordination et de collaboration visant à faire face à la situation des orphelins et des autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA.

**Protection législative adéquate des orphelins (par ex. biens)** : Le gouvernement dispose d'instruments et de lois relatifs aux droits, à la protection, à la prise en charge et au soutien des enfants et visant à remédier aux problèmes posés par le VIH/SIDA.  
O : Oui N : Non E.C. : En cours d'élaboration n.d. : non disponible.

*Sources* : Bureaux régionaux de l'UNICEF et Rapports nationaux de 2003 sur la suite donnée à la Déclaration d'engagement faite à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA en 2001.

**ENREGISTREMENT DES NAISSANCES 1999-2001** : Pourcentage des enfants de moins de cinq ans dont la naissance avait été déclarée lorsque l'enquête a été effectuée. Sont inclus les enfants dont l'acte de naissance a été vu par l'enquêteur ou dont la mère ou le tuteur a dit que la naissance avait été déclarée.

**% total des naissances déclarées**

**% des naissances déclarées, urbain**

**% des naissances déclarées, rural**

*Sources* : UNICEF MISC ; EDS, Macro International, 1999-2001.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

**ONUSIDA**

UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC  
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Publié par l'UNICEF dans le cadre de ses responsabilités de cofondateur d'ONUSIDA, le Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Les autres organisations cofondatrices : le Programme alimentaire mondial, le Programme des Nations Unies pour le développement, le Fonds des Nations Unies pour la population, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, l'Organisation internationale du Travail, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, l'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale.

*Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser à :*  
Unité du VIH/SIDA – UNICEF  
E-mail : [nyhq.hiv aids@unicef.org](mailto:nyhq.hiv aids@unicef.org)

Fonds des Nations Unies pour l'enfance  
3 UN Plaza  
New York, NY 10017  
[pubdoc@unicef.org](mailto:pubdoc@unicef.org)  
[www.unicef.org/french](http://www.unicef.org/french)