

« *Enfants, sida et objectifs du millénaire pour le développement.*
Quels modèles et capacités d'action ? »

KOJOUE KAMGA Larissa
kojouelinda@yahoo.fr
FRANCE

1. Introduction

En Afrique subsaharienne, plus de douze millions d'enfants sont devenus orphelins à cause du VIH/sida. Avec un taux de prévalence de 7,5% chez les adultes, l'Afrique devrait en 2010, compter 50 millions d'orphelins dont plus de 36% à cause du sida (18,4 millions d'enfants)¹ Le phénomène des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA (OEV²) constitue une véritable crise sociale. La perte des parents retentit sur le bien-être psychosocial et médical des enfants en réduisant leur accès aux services sociaux de base, notamment l'accès aux soins, à l'éducation, à l'épanouissement... Les orphelins du sida sont plus susceptibles d'abandonner l'école que les non orphelins. Privés de protection, d'éducation, de soutien et parfois d'affection, les orphelins et enfants vulnérables à cause du sida courent de gros risques de malnutrition, de maladie et d'infection par le VIH. Ils sont par ailleurs des proies faciles et choisies pour toutes formes de maltraitance et d'exploitation telles que la prostitution, le travail forcé, les réseaux de drogue ou l'enrôlement dans des forces armées.

Pourtant depuis le début de l'épidémie ces enfants ont été les grands oubliés de la lutte contre le sida. Ce n'est par exemple qu'en 2006 que s'est tenue la première conférence internationale sur l'enfance et le sida. Une meilleure compréhension de l'impact du sida sur les enfants est indispensable pour la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement car la situation actuelle des orphelins du sida a une incidence directe sur cinq des huit objectifs du millénaire pour le développement. Il s'agit de l'objectif 1, 3, 4 5, et 6. Respectivement les objectifs relatifs à la réduction de la pauvreté, à l'éducation primaire pour tous, à la réduction de la mortalité infantile, à l'amélioration de la santé maternelle et à la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

Cette communication issue de notre travail de mémoire sur « *l'Etat dans les politiques publiques et orphelins du sida en Afrique* » propose une réflexion sur la prise en charge des OEV en Afrique à travers une brève synthèse de la littérature consacrée à ce sujet. Nous voulons montrer les liens qui existent entre les modèles de lutte contre le sida, la prise en charge des OEV et le processus de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Trois sites ont été choisis, le Cameroun, l'Ouganda et l'Afrique du sud, afin de mettre en perspective trois manières différentes de prendre à bras-le-corps la problématique du sida chez l'enfant.

2. Impact du sida sur les enfants et les familles

En raison de son caractère relativement récent, l'étude sur les orphelins du sida constitue un champ de recherche relativement nouveau pour les sciences sociales et pour les politiques publiques

¹ ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2004, Genève, 2004, 234p.

² Il s'agit des enfants qui ont perdu au moins un de leurs parents à cause du sida, de ceux qui sont infectés et de ceux dont le sida compromet les chances de survie i.e. Ceux qui vivent dans des foyers affectés par le sida.

en particulier. En effet, jusqu'à une période très récente, seuls les programmes de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) et quelques études sur la prise en charge pédiatrique semblaient prendre en compte la vulnérabilité des enfants face au sida. Or les enfants sont la face cachée de l'épidémie et une sous estimation de cet enjeu risque de compromettre sérieusement les objectifs fixés pour l'horizon 2015³. L'impact de VIH/SIDA sur les enfants et les familles est caractérisé par le fait que beaucoup de familles vivent dans les communautés qui sont déjà désavantagées par la pauvreté, le manque d'infrastructures, un accès limité aux services sociaux de base.

Education

Le VIH/SIDA change la donne en matière d'éducation, que ce soit en termes d'offre (nombre d'enseignants), ou de demande (nombre d'élèves), de la qualité de l'enseignement ou des ressources disponibles. L'éducation pour tous est un objectif de développement crucial reconnu de plus comme stratégie clé dans la prévention du VIH/sida. On craint que les orphelins ne soient moins éduqués que les autres, soit parce qu'il est possible que les personnes qui les ont pris en charge n'ont pas de quoi financer leur scolarisation, soit parce qu'elles peuvent avoir besoin d'eux pour des activités économiques, soit parce que ces enfants n'ont pas les moyens de suivre une scolarité normale (poids du stigmatisation).

L'UNICEF a identifié divers types d'occasions manquées dans l'éducation : l'absence de scolarisation, l'arrêt des études et les mauvais résultats scolaires.

Les taux de scolarisation des orphelins comparés à ceux des non orphelins présentent des différences considérables d'un pays à l'autre, voire au sein d'un même pays (Tableau 1).

Tableau 1 Quelques données par pays (2007)

	Taux de prévalence (15-49)	Nombre d'OEV (en milliers)	% d'OEV recevant une aide extérieure	Nombre d'enfants vivant avec sida (en milliers)	Pourcentage d'enfants sous trithérapie pédiatrique	% de femmes bénéficiant de la PTME	scolarisation des orphelins par rapport aux non orphelins
Cameroun	5,5	300	9,3	45	1,694	7,516	0,92
Ouganda	5,4	1 200	10,7	130	8,532	26,484	0,96
Afrique du sud	18,1	1 400		280	22,868	57	-

Source: CHILDREN AND AIDS. Country fact sheets 2008

Nutrition

La sécurité alimentaire au foyer est un indicateur important des possibilités nutritionnelles à long terme. Vue sous cet angle, la situation est plus préoccupante car dans les foyers où le chef de famille est mort ou souffrant, la principale source de revenus est compromise. Cela a un impact sur la sécurité alimentaire des enfants. Une étude menée en Tanzanie a montré que les ménages qui comptaient plus d'un orphelin risquaient plus de se plaindre de l'insécurité alimentaire, et d'une faim

³ Objectifs cités plus haut, OMD, 1 OMD, 3 OMD, 4 OMD, 5 et OMD 6

modérée voir sévère que les foyers sans orphelins. Les enfants orphelins du sida vivant dans des foyers pauvres sont plus exposés au risque de dénutrition et de malnutrition que les autres enfants⁴. Or les enfants séropositifs, plus que les autres, ont des besoins nutritionnels importants. Chez un enfant sous alimenté le système immunitaire est affaibli, l'infection par des maladies liées au VIH/Sida peut, par conséquent, progresser beaucoup plus rapidement que chez un enfant bien nourri.

Le rapport de l'Unicef souligne que bien que les foyers soient capables d'absorber un seul orphelin sans que l'impact en soit significatif, ils ne peuvent pas continuer à s'occuper d'orphelins supplémentaires sans incidence sur leur sécurité alimentaire.

Santé

Le sida est devenu si prévalent dans certaines parties d'Afrique subsaharienne qu'il modifie les tendances concernant la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Les recherches effectuées dans la région entre 1990 et 1999 ont révélé que la mortalité des enfants de moins de cinq ans imputable au sida était passée de 2% en 1990 à 7,7% en 1999; ces chiffres tiennent seulement compte de l'impact direct du VIH sur la survie des enfants, et pas de ses effets indirects. Pour cette raison, les auteurs de ce travail de recherche déclarent que leurs chiffres « sous-estiment presque sans aucun doute l'effet global du VIH/sida sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans ».⁵

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

A l'heure actuelle, une très faible proportion d'enfants infectés reçoit un traitement antirétroviral (1 sur 10), la prévention de la transmission de la mère à l'enfant est seulement donnée à un tiers de femmes, et en moyenne un enfant sur 6 meurt avant l'âge de 5 ans⁷.

Impact psycho social et économique

Les enfants sont affectés par le VIH/SIDA avant même qu'ils ne soient laissés orphelins. Quand un parent développe les symptômes de la maladie, les enfants endossent souvent de nouvelles responsabilités; celles-ci incluent des travaux ménagers comme la cuisine, le nettoyage, l'eau et la blanchisserie. Des fois ils doivent veiller sur leurs parents et leur procurer des soins comme l'alimentation, le bain, les médicaments etc. Voir ses parents ou un de ses parents mourir peut être extrêmement traumatisant pour un enfant.

Le sida affecte gravement la force de travail des adultes et cela a un impact sur la productivité et sur la survie des ménages.

Depuis le début de l'épidémie, des millions d'enfants ont été accueillis dans leur famille élargie. Cela a peut être contribué à rendre la crise moins visible, voir à la minorer. Seulement, devant l'ampleur de l'épidémie, cet accueil familial s'étirole. Le contexte de crise a porté un sérieux préjudice aux solidarités familiales et au système de circulation et d'accueil des enfants. « *Les systèmes familiaux semblent être à la croisée de deux mouvements opposés, la solidarité dans la crise et la*

⁴ Unicef, Les générations orphelines et vulnérables d'Afrique : Les enfants affectés par le SIDA, 2006

⁵ Unicef, op cit

⁶ Idem

⁷ Source : Campagne « unissons pour les enfants contre le sida », www.unicef.org

crise des solidarités »⁸.

Dans certains villages ou provinces où la prévalence du VIH est très importante, les familles comprennent de moins en moins d'adultes survivants susceptibles de s'occuper d'un nombre sans cesse plus élevé d'orphelins.⁹ Dans ce cas les enfants sont souvent obligés de désertier l'école pour travailler soit dans les champs, soit comme petits marchands ambulants.

La question du coût de la prise en charge, sans oublier le poids du stigmata, la peur irraisonnée de la contamination, les représentations sorcellaires de la maladie de l'enfant sont autant de facteurs qui nuisent à l'accueil traditionnellement familial des orphelins du sida et à leur épanouissement. Cependant, il n'y a pas que les orphelins du sida qui se trouvent vulnérables. Les non orphelins aussi se trouvent vulnérabiliser du fait de l'appauvrissement croissant de la famille parce que la maladie des parents ou l'arrivée des cousins et autres membres de la famille influe sur les dépenses de la famille. Par ailleurs un phénomène nouveau a été observé dans certaines régions : celui des familles d'enfants. Il s'agit de foyers sans adultes, où les enfants vivent par fratrie, sous la direction de leur aîné, pas toujours majeur. Contraints de grandir plus vite que leur âge, ces enfants enterrent ainsi une bonne partie de leur enfance.

3. Incidences sur les objectifs du millénaire pour le développement

Il existe un large consensus de la communauté internationale à propos du rôle déterminant de l'éducation et de la santé dans le processus de réalisation des OMD. La réalisation des OMD dépend donc fortement de ces variables démographiques. Cinq des objectifs du millénaire pour le développement intéresse particulièrement les OEV : réduire l'extrême pauvreté et la faim (1), garantir à tous une éducation primaire (2), réduire la mortalité infantile (4), améliorer la santé maternelle (5), et combattre le VIH/sida (6). L'objectif d'éducation pour tous (EPT) (2) est capital car il agit sur les objectifs 3, 4, 5, 6, ainsi que sur l'objectif 1 (faire disparaître l'extrême pauvreté) et l'objectif 7 (préserver l'environnement). Sur ces cinq objectifs, on pourrait rajouter un sixième, l'objectif 3 (Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes). Car le sida a des effets inestimables sur l'éducation en général, et sur l'éducation des filles en particulier.¹⁰

⁸ Pilon, Marc et Vignikin, Kokou, *Ménages et familles en Afrique subsaharienne*, Paris, Ed des Archives Contemporaines, 2007

⁹ Unicef, *Enfance, sida et Objectifs du Millénaire pour le Développement*, 2005

¹⁰ Agnès Koagne T, et Félicien Tchoutezo, *VIH/sida et éducation. Incidence du vécu et des représentations du VIH/sida sur l'éducation des filles au Cameroun*. Sidanet, 2008, 5 (1) :

Pour aller plus loin, www.genreenaction.net/spip.php?article5462

Tableau 2 : Incidences directes et indirectes du problème OEV sur les OMD

INCIDENCES DIRECTES	INCIDENCES INDIRECTES
OMD 1 Réduire l'extrême pauvreté et la faim Cible 1. C Réduire de moitié, la proportion de la population qui souffre de la faim	OMD 3 Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes Cible 3. A. Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici 2005, si possible à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard
OMD 2 Assurer l'éducation primaire pour tous Cible 2.A Faire en sorte que tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, aient les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	OMD 7 Préserver l'environnement Cible 7. C accès à l'eau potable Cible 7. D. améliorer les conditions de vie de 100 millions d'habitants des taudis
OMD 4 Réduire la mortalité infantile Cible 4. A Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015 le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	
OMD 5 Améliorer la santé maternelle Cible 5. A : Réduire de trois quarts, le taux de mortalité maternelle Cible 5. B. rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici 2015	
OMD 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies Cible 6. A avoir arrêté et commencé à inverser la progression du VIH/sida Cible 6. B d'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida	

4. Les modèles d'intervention nationaux : avancées, limites et perspectives

Le modèle de « l'adhésion passive » (Cameroun)

Dans le champ de lutte contre le sida en Afrique, le Cameroun se situe aux antipodes de la « dissidence active » sud africaine, autant qu'il est éloigné de « l'adhésion active » que l'on peut attribuer à l'Ouganda.¹¹ C'est un modèle « d'adhésion passive » parce que les plans stratégiques et programmes multisectoriels de lutte contre le sida sont fortement orientés vers la satisfaction des exigences des directives internationales, pilotées par ses grands bailleurs de fonds (BM, FMI, ONUSIDA etc.). Ceux-ci fixent leurs propres objectifs, lesquels finissent par orienter, nourrir et impulser la politique de lutte contre le sida au plan national. L'Etat dans cette perspective est un acteur comme les autres. En conséquence, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) joue un rôle de coordonnateur que les multiples partenaires contrarient.

Au niveau international en effet, plusieurs pôles politiques se sont mis en exergue au profit

¹¹ Fred Eboko, *Institutionnaliser l'action publique, la lutte contre le sida au Cameroun*, in Patrick Quantin, sous la dir., Gouverner les sociétés africaines, Paris, Karthala, 2005 : 263-287

d'un nouvel élan dans la lutte contre le sida dans le monde, et en particulier en Afrique¹². La conjonction inédite de ces pôles explique aussi des initiatives nouvelles de la part des principaux partenaires des Etats africains. L'accès aux antirétroviraux et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida se sont hissés au cœur de la lutte contre le sida au Cameroun, alors que pendant près de quinze ans, le débat avait été totalement absent, du fait du coût élevé des médicaments. Depuis le 7 mai 2007, les Antirétroviraux (ARV) sont gratuits pour tous les malades éligibles. Cela révèle les capacités des acteurs gouvernementaux à négocier avec leurs partenaires internationaux mais masque mal l'absence de débat politique sur cette question et la dépendance de l'Etat camerounais envers les institutions de Bretton Woods et les organisations internationales (OMC, ONUSIDA, OMS, etc.). Ce sont en effet ces derniers qui valident les programmes et financent les projets¹³.

Certes il existe un Programme Multisectoriel de lutte contre le sida (PMLS) et depuis 2007 un Programme national de soutien aux OEV (PNS-OEV) qui ont permis d'accroître le nombre de patients sous trithérapie, passant de 46000 en 2004 à 39000 en 2007¹⁴, de soutenir (avec l'appui de la coopération française, de l'Unicef et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), médicalement et nutritionnellement 45 000 enfants sur 300 000 OEV enregistrés; d'augmenter le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant des antirétroviraux (ARV) dans le cadre de la PTME à 7,716% etc. Une lecture attentive de ces programmes nationaux montre que toutes les directives édictées par les organismes internationaux sont officiellement appliquées (dépendance financière oblige ?). Cette verticalité de l'action a un effet pervers, car elle minore les contraintes du local et aboutit à la dispersion de l'action publique. On ne sait plus qui fait exactement quoi, à quel endroit et pour quelles raisons. Le territoire camerounais est ainsi soumis à une répartition inégale de l'action contre le sida, suivant les intérêts géostratégiques des différentes agences de coopération bilatérale et multilatérale, sans lien manifeste avec les dynamiques épidémiologiques et sociologiques connues¹⁵.

On se souvient de la logique du « tout préservatif » prônée par les organisations internationales mais qui a montré ses limites (déclarer un politique en faveur du préservatif est une chose, faire en sorte que les gens l'utilisent vraiment en est une autre) avec une augmentation fulgurante du nombre de séropositifs. Cette fois, il s'agit du bien être des enfants, lequel dépend fortement de l'environnement social dans lequel ils vivent¹⁶.

Il est possible que le modèle de « l'adhésion passive » soit un atout pour la prise en charge, les directives internationales soulignent l'importance pour l'enfant de rester dans le milieu familial ou communautaire. Le défi dans ce cas, est d'adapter les dispositifs institutionnels existants aux nouveaux besoins des orphelins du sida afin d'éviter la dispersion. Et pour ce faire, l'engagement du politique est indispensable. L'Etat ne doit plus simplement être un acteur parmi d'autres, il doit être l'acteur dominant et inscrire l'action publique en faveur des orphelins du sida au rang des priorités dans la réalisation des OMD.

¹² L'ancien Secrétaire des Nations Unies à New York s'est inscrit dans le champ international du sida de manière particulière. Sur son initiative, un fonds multilatéral de lutte contre le sida a été créé, en particulier pour l'Afrique. La même année tous les Etats sont invités à signer la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida.

¹³ Fred Eboko, op cit

¹⁴ Soit 53% du nombre total de patients éligibles évalués à 86453. (Rapport sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Cameroun, 2008)

¹⁵ Eboko, op cit

¹⁶ Unicef, appel à l'action, les enfants, la face cachée de l'épidémie du sida.

L'Ouganda ou le modèle de « l'action participative »

L'Ouganda fut l'un des premiers pays africains à être durement touché par l'épidémie. On l'a même présenté comme le « berceau du sida » dans les années 90. Mais de « berceau du sida », le pays est aujourd'hui devenu l'un des rares pays d'Afrique, à avoir considérablement baissé son taux de prévalence, et à avoir réussi à stabiliser l'épidémie.

En Ouganda, la maladie a fait ses premières victimes au milieu des années 70 sur les rives du lac victoria, sous le nom de « *slim disease* », la maladie de la maigreur. En 1982, le premier cas de sida est diagnostiqué, et le lien avec la maladie de la maigreur est cliniquement établi.¹⁷ Après son arrivée au pouvoir en 1986, le président Yoweri Museveni a fermement reconnu la gravité du problème, et a engagé son pays dans la lutte contre le sida. Très vite, un Comité National de prévention du sida sera mis en place, afin d'éduquer les populations sur le moyen d'éviter le sida. Alors que les organisations internationales misaient sur le « tout préservatif », l'Ouganda a inventé un modèle original de campagne pour la lutte contre le sida. Cette campagne baptisée *ABC* (Abstain, Be faithful, use Condoms) s'est intensifiée dans plusieurs secteurs par le moyen de distributions des préservatifs, affiches et messages radiotélévisés antisida, pièces de théâtre, campagnes sur l'éducation sexuelle. Ce discours non-conformiste a trouvé un écho favorable sur la scène internationale, salué par de nombreuses organisations internationales et de nombreux pays.

Le taux de séroprévalence de plus de 15% dans les années 90 chez les adultes (15-49 ans), 30% chez les femmes enceintes est passé à 5% en 2001 et 5,4% en 2007.¹⁸ Avec le soutien de la Banque mondiale, de l'ONUSIDA et d'autres partenaires internationaux, l'accès aux traitements est gratuit en Ouganda depuis 2004. En faisant preuve de pionnier dans la lutte contre le sida en Afrique, l'Ouganda s'est aussi érigé en modèle. Ce succès est en grande partie dû au leadership politique dont a fait preuve le Président Yoweri Museveni. Le Président a en effet organisé des débats publics sur la question, il s'est adressé de façon très familière aux populations et a donné l'exemple en se faisant dépister publiquement.¹⁹

Pourtant, dans cette mobilisation inédite, les enfants ont reçu très peu d'attention. Si l'action du gouvernement a fait changer les mentalités elle a très peu servi la cause des enfants, qui jusqu'aujourd'hui, n'ont pas reçu l'attention nécessaire. Les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ont certes augmenté en quelques années, passant de 12% en 2000 à 26% en 2007²⁰, mais cette couverture est inégale entre le milieu urbain et le milieu rural. Sur les 130 000 enfants infectés seuls 8,5% d'entre eux reçoivent un traitement. Les milliers d'orphelins que les familles ne peuvent plus accueillir faute de moyens sont laissés à eux-mêmes obligés de se débrouiller tous seuls. Ici on retrouve le phénomène de familles d'enfants évoqués plus haut. Malgré les promesses du gouvernement concernant les OEV 10,7% de familles seulement ont reçu un soutien du gouvernement. Ces enfants n'ont pas seulement des difficultés en termes d'accès aux traitements ou aux services sociaux de base, ils doivent aussi subir un taux élevé de discrimination et de stigmatisation.²¹ Ce genre d'attitude insuffisamment combattu par le président, est un obstacle au bien être psycho social des enfants. Comparé au Cameroun par exemple, le ratio de fréquentation de l'école des orphelins par rapport aux non orphelins est assez élevé (0,92 pour le Cameroun et 0,

¹⁷ Serwadda, et al. (1985) *Slim Disease: A New Disease in Uganda and its Association with HTLV-III Infection*. "Lancet 2(8460):849-85

¹⁸ UNGASS, 2008, Republic of Uganda

¹⁹ Elise Demange, *De l'action publique au modèle. La lutte contre le sida en Ouganda*, CEAN Bordeaux, mémoire, 2004.

²⁰ ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale, 2008

²¹ <http://www.avert.org/aidsuganda.htm>

96.pour l'Ouganda²²) L'Ouganda ne doit pas se satisfaire des progrès accomplis dans la lutte contre le sida si l'épanouissement des enfants est si largement compromis. Un leadership fort devrait aussi pouvoir profiter aux enfants. S'il est difficile de se procurer les montants des fonds spécifiquement destinés aux OEV et à leurs familles, il est indéniable que ces initiatives souffrent d'un manque de ressources suffisantes. Il est pourtant important pour le gouvernement de mettre les enfants au centre des priorités, au même titre que la prévention ou l'accès aux ARV.

Le modèle sud africain, la « dissidence active »

Avec presque 6 millions de personnes infectées, environ 1000 décès par jour et près de 1 400 000 orphelins²³, l'Afrique du sud est le pays du monde le plus gravement touché par le sida. Ce triste record a été attribué à un manque de leadership politique de la part du Président Thabo Mbeki et de son ministre de la santé. C'est que pendant des années, le sida a fait l'objet d'une importante controverse politique²⁴.

Sur le sida en Afrique du sud, nous savons qu'il existait de la part du gouvernement un déni de vérité scientifique et une contestation de l'autorité médicale, avec pour conséquence le refus de distribuer les médicaments pouvant sauver des millions de vies. La controverse a opposé deux camps, le « côté du président » encore appelé camp de « l'hétérodoxie » qui doute de la relation du VIH avec le sida, et le côté de « l'orthodoxie » composé d'activistes, d'experts et d'opposants.²⁵ Là où le premier rassemble des personnes et des groupes adhérant à un même projet politique (« Renaissance africaine ») et à une même vision du monde, le second réunit des acteurs dont le souci de faire reconnaître la vérité et de soigner des malades est le plus petit dénominateur commun.

Du côté des activistes et singulièrement de ceux de la Treatment Action Campaign (TAC), leader des mouvements de lutte contre le sida, c'est une conviction de nature morale qui les anime : Leur cause, c'est de sauver des vies. Celles des enfants à naître, celles des malades qu'un traitement pourrait prolonger. Ces militants seront sans pitié pour celles et ceux qui s'opposent à leur mission. Leur stratégie (marches, défilés, dérision des leaders politiques, procès...) a permis des avancées décisives dans la lutte contre le sida, notamment à la suite des procès intentés contre le gouvernement. Dans leur combat, ces activistes disposent d'un atout important, l'expérience acquise dans les mouvements de résistance à l'apartheid.

L'on peut dire que c'est grâce à ces activistes que des progrès notoires en termes d'accès aux médicaments et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ont été enregistrés (voir tableau 3). Par ailleurs, les enfants bénéficient d'une assistance médicale, nutritionnelle, psychologique et éducative grâce à la volonté du gouvernement de rattraper son retard, grâce aux allocations versées aux familles et aux communautés, grâce à la multiplication des centres d'accueil pour OEV. Plusieurs ONG avec l'appui des associations de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) et d'aide à l'enfance assurent le suivi psychosocial de ces enfants et travaillent en collaboration avec le gouvernement pour le soutien aux familles. Il est important de souligner ici que les enfants ont été le principal ressort des campagnes pour les médicaments menées par ces associations.

L'on a légitimement critiqué la mise en cause par le Président Mbeki de faits scientifiques

²² Garder en mémoire que ce ratio est fonction du taux général de scolarisation et du nombre d'orphelins. L'Ouganda a un taux de scolarisation inférieur à celui du Cameroun et compte beaucoup plus d'orphelins que lui

²³ ONUSIDA 2008

²⁴ Les dissonances de la politique gouvernementale ont opposé Mbeki à la communauté scientifique et aux associations de malades en matière de sida. L'ancien Président avait en effet émis des doutes sur la relation entre le VIH et le sida, invoquant plutôt des hypothèses nutritionnelles et sociales : la pauvreté.

²⁵ Si le premier camp se fédère autour d'un rapport à l'histoire, et aux conditions sociales du développement de la maladie, le second procède plutôt d'un consensus autour du sida.

établis et son refus réitéré de mettre les traitements antirétroviraux à la disposition des malades. Aujourd'hui les antirétroviraux sont enfin disponibles. Mais c'est au prix d'une bataille juridique âpre menée par l'ancien chef de l'Etat contre les industries pharmaceutiques pour tenter de disposer des ARV à prix réduit.

La dramatisation de la situation épidémiologique sud africaine, bien compréhensible au regard de la gravité du problème, a souvent conduit à court-circuiter le temps de l'observation et de l'analyse²⁶. La « dissidence active » du gouvernement sud africain a peut-être causé plus de torts que de bien. Cependant, une autre approche montre qu'elle a permis à l'Afrique du sud d'orienter sa riposte vers une politique sociale de la santé publique. Conscients que les risques d'être contaminés, la durée de survie et le bien-être des enfants sont étroitement liés à l'environnement matériel et humain dans lequel vivent les personnes, le gouvernement a décidé d'agir sur cet environnement car les conditions de vie et les écarts de ressource sont aussi importants qu'administrer les antirétroviraux²⁷. Les deux stratégies sont profondément imbriquées et n'ont aucune raison d'être exclusives comme on a eu tendance à le croire.

Le tableau 3 donne le score total des efforts de programmations gouvernementales en faveur des OEV. Le score de l'Ouganda en matière de support politique et organisationnel reflète l'engagement affiché du Président Yowéri Museveni dans la lutte contre le sida et ses conséquences. Ce score est un peu plus élevé pour l'Afrique du sud, et cela reflète aussi toute la dynamique organisationnelle du gouvernement, en partenariat étroit avec la société civile. Mais surtout, c'est en raison comme le démontre Amy Pattersen, des capacités fortes de l'Etat et de son faible niveau de centralisation, de patrimonialisme et de sa stabilité.²⁸ si le Cameroun présente un score faible comparé aux deux autres c'est à cause d'une centralisation élevée de l'action de l'Etat avec comme conséquence une verticalité problématique pour la prise en charge. De plus, il faut ajouter les capacités limitées de l'Etat (financières, logistiques etc.), la dépendance envers les bailleurs de fonds et les partenaires, le silence du politique c'est-à-dire que la gestion de la question du sida y est insuffisamment politisé.

Tableau 3 : Mesures gouvernementales en faveur des Orphelins et des Enfants Vulnérables
(Indices d'efforts et de programmations pour les OEV (sur 100))

	Situation nationale	Processus consultatif d'analyse	Mécanisme de coordination	Plan d'action national	Politique	Examen législatif	Suivi et évaluation	Ressources	Score total à l'indice OEV
Cameroun	33	28	60	36	8	18	5	25	27
Ouganda	90	90	73	90	78	30	37	35	65
Afrique du sud	72	80	59	94	38	71	61	80	69

Source: UNICEF UNAIDS and WHO, Children and AIDS: Countries facts sheets 2008

5. Conclusion et perspectives

Les résultats de l'analyse montrent que les différents modèles de riposte au sida, eux-mêmes révélateurs du leadership politique en matière de développement, ont une incidence sur la situation des OEV. Là où il y a une forte mobilisation politique en faveur des malades du sida comme en

²⁶ Didier Fassin, Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud, La Découverte, Paris, 2006

²⁷ Didier Fassin, Afflictions : L'Afrique du sud, de l'apartheid au sida, Paris, Karthala, 2004

²⁸ Amy Pattersen, *The African State and the AIDS pandemic*, in *The Politics of Aids in Africa*, op cit.

Afrique du sud ou en Ouganda, les initiatives ont plus de chances de toucher un grand nombre d'enfants. La logique du droit à la santé sud africaine en contribuant à améliorer les conditions sociales des familles et des communautés permet de sortir d'une logique assistantielle, plus coûteuse sur le long terme. En revanche le modèle camerounais de « l'adhésion passive » a montré ses limites. Cette implication minimum du gouvernement rend difficile le contrôle et le suivi des programmes engagés, et aussi l'appropriation des enjeux par les acteurs locaux.

Une faible priorité accordées aux OEV rend difficile la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. Inversement, une forte implication politique dans la prise en charge des OEV peut favoriser la réalisation des objectifs de réduction de la faim, d'éducation pour tous, de réduction de la mortalité infantile, du combat contre le VIH/sida et les autres maladies.

Nous pensons qu'une approche intégrale (directives internationales, dynamiques locales, leadership politique) n'est pas seulement indispensable, mais réaliste et efficace. Il s'agit d'appréhender l'action publique en faveur de ces enfants dans l'esprit du droit des enfants, i.e. droit à la santé, à l'instruction, à une alimentation saine etc. Il est important que dans chaque modèle de riposte soient adoptées des mesures d'urgence pour les OEV sur le long terme. La mise en œuvre de ce plan d'urgence n'est pas envisageable sans prendre en considération l'aspect préventif, c'est-à-dire la réduction des facteurs de vulnérabilité des enfants (l'environnement naturel, les ressources économiques, la sécurité alimentaire, la faiblesse des dispositifs institutionnels de l'Etat etc.).

Des mesures peuvent être prises au niveau macro : dans le domaine de la santé, renforcer les services de santé et l'accès aux traitements pour tous les enfants, la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant, les traitements pédiatriques. Dans le domaine de l'éducation, rendre l'éducation primaire gratuite pour tous et donner aux enfants les moyens de suivre une scolarité agréable (fournitures du matériel scolaire etc.); prendre des mesures spéciales pour les foyers d'enfants touchés par le sida afin d'améliorer la scolarisation des OEV. Au niveau micro, améliorer la nutrition et l'entretien des enfants dans les familles par le biais des allocations familiales ou des fonds d'aide à la petite enfance.

BIBLIOGRAPHIE

- Candice Audemard et Kokou Vignikin; Annabel Desgrées du Loû (dir.) *Cédérom « Orphelins et enfants vulnérables à cause du Sida en Afrique »* - Paris : CEPED, 2006 (Les Numériques du CEPED)
- Chirambo, Kondwani, *The political cost of AIDS in Africa: evidence from six countries* Pretoria, 2008
- Cook, John. « La prise en charge d'enfants « orphelins du sida » : transfert et soutien social », pp 239-266, in Desclaux (A.) et Benoist (J.), *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*. Paris, 1996.
- Demange, Elise, *De l'action publique au modèle : la lutte contre le sida en Ouganda*, Mémoire DEA, CEAN, Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, 2004
- Dekens, Sandrine *L'enfant et sa santé*, in *Revue Face à Face*, n°10 consulté le 29/01/09 sur le site www.ssd.u-bordeaux2.fr
- Eboko, Fred. 2004, « La lutte contre le sida au Cameroun : un exemple de configuration éclatée d'acteurs », Séminaire réseau IMPACT POLITIQUE AFRICAINE, Novembre 2004
- Eboko, Fred. et Renaudin, Camille. 2005, « La lutte contre le sida au Cameroun. Collusion entre les dynamiques internationales et les dynamiques internes de l'Etat »
- Fassin, Didier, *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du sud*
- Fassin, Didier, *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*, Paris, Puf 1996
- Fassin, Didier 2000, p 261-277, « Les idéologies de l'épidémie » dans *Les enjeux politiques de la santé, Etudes sénégalaises, équatoriennes et francophones*, Paris, Karthala. 2000
- Didier Fassin, *Afflictions : L'Afrique du sud, de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala, 2004
- Muller, Pierre, *Les politiques publiques*, Paris, Puf, 2008
- Muller, Pierre, et Sured, *L'analyse des politiques publiques*, Montchrestien, Paris, 1998
- Obbo, Christine et al, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, IRD, Dakar, Codesria, 1999
- ONUSIDA, *Rapport mondial sur l'épidémie du sida, Années 2000, 2004, 2006, 2007 et 2008*
- ONUSIDA, *Rapport UNGASS 2008, Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida du Burkina Faso*, Janvier 2008
- ONUSIDA, *Rapport UNGASS 2008, Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida du Cameroun*, Janvier 2008
- ONUSIDA, *Rapport UNGASS 2008, Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de l'Afrique du sud*, janvier 2008
- ONUSIDA, *Rapport UNGASS, Suivi de la Déclaration d'engagement sur VIH/sida Ouganda*, 1/2008
- Paterson, Amy Stephenson: *The politics of Aids in Africa*, Lynne Rienner Publishers, Boulder, 2006
- Pilon, Marc et Vignikin, Kokou, *Ménages et familles en Afrique subsaharienne*, Paris, Ed des Archives Contemporaines, 2007
- Richard, Aurélie, *Une enfance affectée par le sida: la prise en charge des OEUV au Togo*, Dess. Développement, Coopération internationale et action humaine, Univ Paris 1 Panthéon-Sorbonne 2004
- Serwadda, et al. (1985) *Slim Disease: 'A New Disease in Uganda and its Association with HTLV-III Infection.'* *Lancet* 2(8460):849-85
- Unicef, *La situation des enfants dans le monde*, 2006, 2008 et 2009
- Unicef, *Les générations orphelines et vulnérables d'Afrique : Les enfants affectés par le SIDA*, 2006
- Unicef, *Progrès pour les enfants 2008*
- Unicef, *Appel à l'action, les enfants, la face cachée de l'épidémie du sida*, 2006
- Unicef, *Enfants et sida, Bilan de la situation*, 2008
- Unicef, *Une meilleure protection pour les enfants affectés par le sida*, Mai 2007
- Sites internet**
www.unicef.org et <http://www.unicef.org/french/mdg/>
www.unaids.org
www.undp.org