

---

## Enfants infectés, affectés par le Sida autour du monde : étude comparative d'exemplaires, débuts d'une gestion de leur pandémie ?

---

L. Zahed\*

\* Diplômé de psychologie cognitive, diplômé de l'Ecole Normale Supérieure en sciences cognitives ; Ancien président fondateur de la première association française de soutien et de conseil aux jeunes séropositifs, actuel président fondateur de TDMES, alias *Tour Du Monde des Enfants du Sida*, fondée à Paris le 5 mai 2006.

---

### RÉSUMÉ

---

Cet article a pour objectif premier de mieux analyser les conséquences potentielles, durables de la pandémie du Sida, sur la psychologie et le bien-être des OEV (orphelins et enfants vulnérables du Sida), des jeunes adolescents et des EIAS (enfants infectés ou affectés par le Sida). Cela afin d'une part de mieux comprendre la difficulté d'établir des statistiques précises concernant ces EIAS. D'autre part, afin d'obtenir pléthore d'exemples reproductibles sur les façons les meilleures de soutenir ces enfants infectés ou affectés par le virus du VIH/Sida dans leur développement au quotidien. Enfin, de proposer des pistes de recherches potentielles afin d'endiguer la progression de cette pandémie du Sida au sein de la population des enfants et des jeunes adolescents en âge de procréer. Nos conclusions sont basées sur deux années d'une enquête inédite, dont neuf mois passés sur le terrain auprès de ces EIAS et des associations qui les prennent en charge dans vingt neuf pays autour monde\*\*\*.

\*\*\* Une illustration détaillée de cette enquête inédite est disponible en ligne sur [www.enfant-du-sida.org/blog](http://www.enfant-du-sida.org/blog)

---

### INTRODUCTION

---

Dans le monde, on estime qu'il y aurait des dizaines de millions de personnes vivant avec le virus du VIH/Sida (ou PVVIH), dont plusieurs millions sont des enfants [1]. Il s'agit là d'estimations plus ou moins fiables, car il est toujours difficile d'avancer un chiffre précis quant au nombre d'enfants infectés ou affectés par le Sida. Ces estimations sont difficiles à établir avec précision, encore plus que dans le cas des adultes, pour des raisons que nous développeront tout au long de cet article.

Par ailleurs, il faut noter que nombre de ces enfants ont contractés le virus du

VIH/Sida dès leur naissance ou durant leur prime enfance. L'on estime que la moitié des personnes infectées par le virus du VIH/Sida le sont avant leur 25<sup>ème</sup> année ; que nombre d'entre eux mourront des suites de la maladie avant d'avoir 35ans.

Il parait évident, contrairement à certains préconçus particulièrement résistants, que cette pandémie n'a jamais été circonscrite au seul continent africain, où vivent il est vrai près de 70% des PVVIH [2]. Et même si l'on estime que 95% des PVVIH vivent aujourd'hui dans des pays en voie de développement, il n'en reste pas moins que la pandémie du VIH/Sida est une menace pour

les hommes, les femmes et les enfants de l'ensemble des continents [3].

Une pandémie du VIH/Sida qui à l'échelle mondiale restera une maladie du 21<sup>ème</sup> siècle, comme l'affirmait encore en 2008 le prix Nobel de médecine et codécouvreur du virus du Sida, le professeur Luc Montagnier [4]. Une crise sanitaire que plus aucun pays du monde ne peut feindre d'ignorer, puisque ce phénomène a des conséquences dramatiques jusqu'aux portes même de l'Europe de l'Ouest. De manière générale, en Europe rappelons-le, 30% des PVVIH ignorent être séropositifs [5].

Ce sont là les faits qui nous aurons poussés à entreprendre sur le terrain, de Septembre 2008 à Juin 2009, cette enquête inédite. Cela afin d'une part d'être en mesure de mieux analyser les statistiques souvent difficiles à établir sur le sujet. D'autre part et surtout, afin de d'analyser au moins partiellement, le type de conséquences psychosociales susceptibles d'affecter cette population des EIAS sur le long terme.

Enfin, nous présenterons dans la discussion de cette article des solutions collectives, interassociatives, susceptibles selon nous d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des EIAS. Autant d'éléments qui devraient nous faire comprendre toute l'importance de l'éclairage apporté par de trop rares études sur le terrain telle que celle décrite dans le présent article.

---

## ÉTAT DES LIEUX

---

Tout d'abord quelques chiffres, afin d'établir une représentation plus précise de l'évolution actuelle de la pandémie parmi la

population des EIAS et de leurs parents. Nous citerons ainsi quelques exemples qui pourraient apporter un éclairage bien utile afin de saisir au mieux ce que représentent réellement de telles statistiques, ainsi que l'ampleur présumée d'une telle situation. Nous reviendrons également sur ces processus et mécanismes socioéconomiques et souvent politiques qui semblent être, au moins en partie, à l'origine de cette crise sanitaire sans précédents (les graphiques illustrant le propos de cet article en [Annexe 1](#)).

---

## 1 – Réalité de terrain

---

Les instances internationales estimaient en 2007 que moins de 10% des enfants séropositifs dans le monde ont eut accès à un traitement adapté à leurs besoins particuliers [6]. L'année prochaine en 2010, le nombre des orphelins affectés par la mort de leurs parents suites à une infection par le virus du Sida, devrait s'élever à plus de 24 millions [7]. En 2010 toujours, près de 35 millions de personnes, dont plus de 2,5 millions d'enfants, devront vivre avec le virus du VIH/Sida [8].

Mais sait-on seulement de quel genre de phénomènes nous parlons exactement ? Les autorités de certains pays ont-elles vraiment intérêt à informer pleinement l'opinion publique quant au sort des ces EIAS ?

Dans des régions comme le Caucase, au Kazakhstan par exemple, les estimations concernant les EIAS sont entièrement contrôlées par les autorités. Le Sida chez l'enfant semble être l'un des ultimes tabous d'état. Les statistiques officielles, communiquées par nos associations sœurs sur place, s'arrangent afin de mettre en avant les chiffres les moins alarmants [9]. Des

statistiques officielles qui passent sous silence le sort des enfants dans les régions du Kazakhstan dont on sait pourtant qu'elles représentent l'épicentre de la pandémie du Sida dans ce pays (taux de chômage élevé, trafic de drogue, prostitution). Sans compter que les estimations officielles sont trois à quatre fois moins élevées que ce que nos partenaires locaux observent au quotidien sur le terrain.

Une ligne politique qui bien entendu ne va pas dans le sens d'un recensement précis et donc de mesures efficaces, afin d'aider les EIAS caucasiens.

Toujours aux portes de l'union européenne, nous citerons également la situation de ces enfants de Russie, où là aussi les autorités font tout ce qui est en leur pouvoir afin de museler les organisations indépendantes, qui voudraient alerter l'opinion publique quant à la catastrophe sanitaire que représente ces centaines de milliers d'enfants russes confrontés au Sida. Des enfants livrés à eux-mêmes face à tous les risques auxquels des adultes pourraient être confrontés : toxicomanies, prostitutions, maladies infectieuses en tout genre, mort seul, souvent abandonnés dans la rue.

Au-delà de l'Europe, nous citerons l'exemple de l'Inde où le gouvernement tente de minimiser la réalité de la progression de la pandémie parmi les enfants et les jeunes adolescents, par le regroupement de l'ensemble des ONG Sida sous une seule et même bannière (à grands renforts de millions de subventions). C'est ainsi que les statistiques concernant les personnes vivants avec le VIH/Sida en Inde se sont vues divisées de moitié en l'espace de quelques mois.

Encore une fois, comment circonscrire la progression de la pandémie chez les EIAS si

les autorités de tel ou tel pays se contentent de manipuler l'opinion publique, au lieu d'accélérer l'ouverture de centre de dépistage et de prise en charge des malades. Car rappelons-le, en Inde il existe aujourd'hui moins de 30 centres de distributions d'ARV sur l'ensemble du territoire, pour plus d'un milliard d'habitants [\[10\]](#).

L'exemple de la Malaisie pose un autre type de problème que nous ne pouvons passer sous silence. En Malaisie, le tabou religieux et la discrimination liée à l'infection du VIH/Sida est tel, que les orphelins du Sida d'une confession religieuse différente de celle de la majorité des malais - la Malaisie est une république islamique - sont déplacés souvent à des centaines de kilomètres de chez eux, afin d'être intégrés à des orphelinats pour enfants séropositifs issus des minorités chrétiennes ou hindous.

C'est là une double peine, un déracinement en raison de leur appartenance ethnique, ainsi qu'une discrimination en raison de leur statut sérologique, à l'égard d'enfants innocents qui ne sont pas à même de faire valoir leurs droits élémentaires, comme par exemple celui de rester vivre auprès de leur communauté d'origine. Et cela en dépit du fait que la solution du parrainage, pratiquée avec succès par certaines de nos associations sœurs depuis de nombreuses années, constitue une solution à ce genre de déracinement forcé : l'argent récolté grâce à la générosité de mécènes et de parrains à travers le monde, permet à ces enfants d'être nourris et de suivre une scolarisation normale, sans avoir à quitter leur communauté qui ainsi dispose des moyens financiers afin de continuer à prendre soin de ces EIAS.

Alors, comment en Malaisie élaborer une politique globale, unie contre la

progression de la pandémie du VIH/Sida chez les EIAS dans de telles conditions ? D'autant plus que les musulmans malais pourtant majoritaire et au pouvoir, constituent la première communauté en droite ligne dans la progression de l'infection et son passage dans la population générale. Cela est dû aux tabous religieux et à des positions extrêmes d'un gouvernement qui se refusent tout bonnement par pure idéologie, à informer, prévenir et conseiller son peuple [11].

Pourtant, gardons à l'esprit que la situation extrême des pays précédemment cités reste l'exception. Dans la plupart des pays où nous avons menés enquête, la situation politique et économique est stable. C'est d'ailleurs là un mystère, car la stabilité d'un pays ne devrait-elle pas rimer avec bien-être et bonne santé de la population ? Eh bien non, pas forcément. C'est d'ailleurs là ce qui pousse certaines associations de lutte contre le Sida, par exemple à Johannesburg, de dire que « nous passons à coté du véritable problème ».

Car en Afrique du Sud, pays relativement riche et aujourd'hui politiquement stable, comme nous avons pu le constater dans la plupart des pays où nous avons menés enquête, il n'y a ni guerre civile, ni conflits armés, ni misère sociale assez dévastatrice pour expliquer à elle seule, dans un pays donné, la gravité de la crise sanitaire et l'ampleur de la situation à laquelle sont confrontés les EIAS et leur famille [12].

---

## 2 - Processus & mécanismes sous-jacents

---

Nous pensons que l'enquête de terrain que nous avons menés est par conséquent le véhicule idéal afin de mettre en exergue, au moins en partie, les mécanismes

qui sous tendent l'augmentation constante du nombre d'EIAS à travers le monde.

Cela nous a permis de relever un certain nombre de schémas récurrents liés à la propagation du VIH/Sida parmi la population des enfants et des jeunes adolescents. Des schémas de contamination en rétroaction positive qui durent parfois depuis plusieurs décennies et qui ne sauraient prendre fin d'eux-mêmes.

Effectivement, nombre de pays où nous avons mené enquête sont parmi les plus durement touchés par la pandémie. Nous citons plus haut l'Afrique du Sud, où près de vingt pour cent de la population est séropositive : le pays le plus infecté au monde en nombre de PVVIH, où près de 5 millions d'individu sont infectés par le virus du VIH/Sida ! En Afrique toujours, nous pourrions citer également le pays le plus infecté au monde (en terme de pourcentage de la population cette fois-ci). Petit royaume mitoyen de l'Afrique du Sud, ce pays c'est le Swaziland, où 25% de la population est séropositive [13].

Pourtant, en Afrique du Sud et au Swaziland la situation n'est pas désespérée pour autant. L'Afrique du Sud ne figure plus en tête de liste des pays où la progression de la pandémie est la plus forte. En terme de prévention, d'éducation, d'information de la population générale, le travail sans relâche, fastidieux des associations et ONG locales que nous avons pu observer à Soweto ou ailleurs, semble porter leurs fruits. Seul gros bémol concernant l'attitude des gouvernements en Afrique du Sud, Jacob Zuma le président sud Africain élu lors de notre enquête dans ce pays, préconise encore « une douche après chaque rapport sexuel », afin de se débarrasser du virus du Sida. Des propos

affolants qui ont tout de même fait la une de certains journaux sud africains au lendemain des élections. Il y a du progrès d'un certain point de vue, l'ancienne ministre de la santé sud africaine préconisait de boire du jus de citron afin de lutter contre l'infection.

Au Swaziland, les campagnes de prévention très visibles dans les grandes villes du pays, semblent avoir eu une répercussion sur les comportements de la population, notamment la forte augmentation des circoncisions masculines (la circoncision diminue les risques de transmission du Sida) et de l'utilisation continue du préservatif, surtout chez les plus jeunes hommes. Des pratiques qui à long terme pourraient contribuer à la baisse significative du nombre d'enfants naissant infectés par le virus du VIH/Sida au Swaziland [\[14\]](#).

Bien entendu, loin de nous l'idée de faire passer l'Afrique pour l'enfant modèle de la lutte contre le Sida chez les enfants et les jeunes adolescents.

Comment ne pas parler par exemple de la situation des EIAS au Kenya, à Kibera non loin de la capitale Nairobi - le plus grand bidonville de ce type en Afrique. Un « slum » où vivent plus de 800.000 personnes Mille personnes, dont plus de 50 % seraient des enfants. A Kibera il a été estimé que plus de 25% de la population est soit séropositive, soit en stade Sida avancé [\[15\]](#). Comment ne pas citer ses populations qui construisent leurs habitations (ou ce qui en tient lieu), littéralement sur les débris déchargés depuis la capitale toute proche. Les familles (souvent une mère célibataire et plusieurs enfants de pères différents) vivent de prostitution et de petits boulots. La malnutrition et misère sont à Kibera les pierres angulaires d'une

propagation galopante du Sida au sein d'un milieu socio-économique dévasté [\[16\]](#).

Nous ne voulons pas pêcher par un excès inverse, qui consisterait à idéaliser ce que vivent les enfants et les jeunes adolescents face au Sida en Afrique. Il faudrait une étude entière, exclusivement réservée à ce phénomène spécifique. Pourtant ce n'est ni le but ni la prétention du présent article. D'autant plus que de notre point de vue, nous auront plus à apprendre d'une analyse holistique et transcontinentale de ce que vivent les EIAS (plus de détails concernant les mécanismes et processus qui sous-tendent la progression de la pandémie en Afrique du Sud, Swaziland, Kenya, Tanzanie, Maroc, Algérie : [\[17\]](#)).

Mais encore une fois, la progression de la pandémie n'a jamais été circonscrite aux seuls EIAS d'Afrique, loin sans faux. Qu'en est-il alors des mécanismes qui sous-tendent la propagation de la pandémie du VIH/Sida parmi les enfants et les jeunes adolescents ailleurs dans le monde ?

En Russie par exemple, l'on dénombre l'une des plus importantes populations d'enfants infectés par le VIH/Sida, ainsi que par nombre d'autres IST (infections sexuellement transmissibles) et maladies opportunistes en tout genre ? En Russie, à l'instar de la plupart des anciennes républiques socialistes, c'est un cataclysme économique qui a ravagé cette région du monde aux portes de l'Europe après la chute du mur de Berlin en 1989. Nombre d'enfants et de jeunes adolescents ont été abandonnés, livrés à eux-mêmes par des parents incapables de s'occuper d'eux, voir décédés. C'est ainsi que des dizaines de milliers d'enfants russes se sont retrouvés à vivre dans la rue, de trafic de drogue et de prostitution pour la plupart.

Aujourd'hui, ce sont deux générations d'enfants russes sacrifiées, organisées en bande ou en communautés plus ou moins étendues. Des « familles des rues » comme les qualifient les associations locales. Puisque ces enfants ont grandi, désormais en âge de procréer (lorsqu'ils ont survécus), ils ont eu à leur tour des enfants qu'ils élèvent dans la rue, logeant tous dans des squats ou les caves des immeubles des quartiers périphériques des grandes villes de Russie. Il est probable que le nombre de ces enfants russes infectés par le virus du VIH/Sida s'élèvent à près de deux cent mille. Une information toutefois très difficile à vérifier, en grande partie en raison d'une volonté manifeste des autorités russes à ne pas reconnaître le problème publiquement [18].

Une chose est certaine cependant : précisément vingt ans après la dislocation de l'union soviétique, ces enfants que nous avons rencontrés à Saint-Petersbourg notamment, restent livrés à eux-mêmes. Un cycle de propagation et de maintien de l'infection au VIH en rétroaction positive : les jeunes adolescents contaminés contaminent la seconde génération d'enfants, qui à leur tour se contaminent entre eux, et ainsi de suite. Nous ajouterons que la situation des EIAS russes reste l'une des plus inextricables au monde, de notre point de vue. Même les associations locales qui ont pourtant une grande expérience de la situation, ne parviennent plus à extirper ces enfants de leur ghetto : des enfants pour la plupart toxicomanes, malades, qui vivent en marge de la société et qui ne voient tout simplement plus aucune raison de la réintégrer [19].

Toujours en Europe, nous pouvons citer des pays comme la Pologne, ou encore la Roumanie : un pays où récemment la crise des EIAS atteint des proportions incroyables à la fin du siècle dernier. Fort heureusement, la prise en charge et la prévention semble

aujourd'hui optimum, dans un pays qui a vu émerger une nouvelle génération de bénévoles et de centres de prévention ouverts dans tout le pays.

Aux portes de l'Europe, le Kazakhstan quant à lui, l'un des états du Caucase le plus riche en ressources naturelles, a pourtant connu l'une des plus extraordinaires progressions du nombre de PVVIH au monde, ces dernières années [20]. Là encore, la crise économique sans précédent survenue à la fin du siècle dernier, le chômage massif de certaines régions industrielles qui ont eu à réformer leur mode de vie, a provoqué un fort engouement auprès de la jeune génération notamment, pour le marché noir et les trafics en tout genre : drogue et prostitution migrante, essentiellement à destination et en provenance de la grande sœur et voisine russe.

C'est ainsi que de nombreuses femmes en âge de procréer se sont vu contaminées par le virus du VIH/Sida. Une infection qu'elles ont transmises des années durant (et aujourd'hui encore) à leur client souvent eux-mêmes travailleurs migrants, puis à leurs enfants. La boucle est bouclée, toujours conformément à un schéma de rétroaction positive qui au Kazakhstan a connu une progression exponentielle ces dernières années [21].

Un phénomène qui est en grande partie dû à la politique de censure drastique que les autorités kazakhes ont pratiquée à l'encontre de l'ensemble des informations concernant les nombreux cas d'enfants contaminés dans les hôpitaux. Et ce principalement en raison de la vétusté de ces hôpitaux et des soins qui y sont prodigués (manque de seringues et de cathéters non usagés dans les services de réanimation infantile, manque de traitement ARV, etc.). Jusqu'au jour où certaines associations de



parents d'enfants contaminées ont décidés de braver la censure au péril de leur vie. Notons également que l'accès à des sites internet aussi politiquement neutre que celui de TDMES est tout simplement impossible depuis un pays comme le Kazakhstan.

Ces processus de rétroaction positive liés à la prostitution migrante entre le Kazakhstan et les autres pays du Caucase, nous les avons également observés en Inde : l'un des pays les plus durement touché au monde (avec le plus faible ratio de centre de prise en charge VS. nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida). L'Inde : un pays de plus d'un milliard d'habitants, plusieurs millions de séropositifs et pourtant moins de trente centres de distribution d'ARV (antirétroviraux, seul traitement efficace connu contre le Sida).

C'est effectivement en Inde qu'il nous a été donné de constater le plus clairement ces cycles de rétroaction positive de contaminations bimodales : à la fois horizontales (entre adultes) puis verticales (transmission aux enfants par saignement lors de l'accouchement si aucune césarienne ni aucun traitement médicamenteux n'est administré à l'embryon, par l'allaitement après l'accouchement, etc.). En Inde encore plus que dans le Caucase, le problème posé aux associations de lutte contre le Sida par ceux que l'on nomme travailleurs migrants, atteint des proportions sans précédents. Ce sont là des travailleurs qui se déplacent au grès des contrats d'embauches, ou de jeunes prostituées tout juste en âge de procréer le plus souvent, en provenance du Népal voisin ou des états les plus pauvres du sud du pays [22]. Un brassage de population qui constitue le terreau idéal à la propagation du virus du VIH/Sida parmi les enfants et les jeunes adolescents.

En Inde, il faut ajouter à ces processus de très grande ampleur le manque d'éducation et l'absence d'information de la population générale. Sans parler des préjugés : certains maire d'agglomération du Rajasthan, pourtant instruits et diplômés, nous ont clairement signifié leur soutien moral quant à l'aide que nous tentions d'apporter généreusement, à des PVVIH qu'ils considèrent par ailleurs comme des « personnes de mauvaise vie », qui auraient attirés le malheur sur leurs familles et leurs enfants. Alors qu'il s'agit là en réalité de prostituées qui souvent sont des mineurs soumises à ce genre de commerce contre leur gré, qui sont contaminées par le virus du VIH/Sida (parfois dès leur plus jeune âge), sans aucune certitude à ce sujet dans des pays où les tests se font rares. De jeunes prostituées migrantes qui contaminent à leur tour, dans un rayon concentrique aux proportions parfois transcontinentales, des pères de famille également travailleurs migrants, qui s'en vont propager la pandémie dans leurs familles et leur village d'origine. Encore une fois, la boucle est bouclée. C'est là en Inde, la l'une des meilleures illustration possible des processus holistiques et mécanismes en œuvres dans la propagation de ce virus au sein de la population des enfants et des jeunes adolescents, tout autant qu'un exemple flagrant des raisons de l'augmentation de plus en plus souvent exponentielle des statistiques liée à ce phénomènes.

Nous pouvons citer en cela l'exemple d'une jeune femme, aujourd'hui cadre au sein d'une ONG de lutte contre le Sida en Inde, contaminée dans sa jeunesse par son mari lors d'une de ces missions à l'autre bout du pays. Son mari décédé, la famille de ce dernier l'accuse d'être responsable de la mort de leur fils, ils la chassent du foyer familial. Ils lui proposent tout de même de coucher dans l'étable, elle doit utiliser la marre non loin de

là afin de pratiquer ses ablutions. Les habitants de la région qui apprennent tantôt qu'elle est séropositive, décide de la chasser car elle serait responsable de la contamination de l'eau du village, simplement en s'y étant baignée.

Oui, en Inde le travail de lutte contre la propagation de cette pandémie reste tout bonnement colossal, tant en matière de prévention, de soins apportés à la population concernée, qu'en terme de lutte contre la superstition et les préjugés.

A propos de superstition et de désinformation, nous aimerions citer le cas particulier (à plus d'un égard) de la République islamique d'Iran. Puisque le gouvernement iranien affirmait jusqu'en 2004 que « le Sida n'existe pas en Iran ». Aujourd'hui, les autorités se retrouvent le dos au mur, pressées par l'augmentation exponentielle du nombre de malades (notamment dans les quartiers de réfugiés, au sud de Téhéran : mères prostituées et toxicomanes en provenance d'Afghanistan ou d'ailleurs). Le gouvernement des Mollahs a fini par autoriser associations et ONG à exercer leur travail de prévention et d'information : programme de lutte contre la transmission du virus du VIH des mères prostituées à leur enfant nouveau né, distribution de méthadone pour les toxicomanes, « rainbow group » à destination de la communauté homosexuelle, etc. [23]. Autant d'actions entreprises qui constituent en Iran une véritable petite révolution, tout autant qu'elles nous permettent d'apprécier l'urgence d'une situation sanitaire devant laquelle les autorités ont dû se résigner à laisser agir les professionnelles de la prévention.

Pourtant, là encore il est à regretter qu'il ne soit pas possible d'estimer plus

précisément l'ampleur de la progression de la pandémie en Iran (statistiques mensongères ou inexistantes, menaces de fermeture de l'association si elle ne garde pas le silence le plus hermétique). Une situation qui condamne à elle-même des populations entières, qui en sont réduites envers et contre la censure des autorisés, à s'organiser en groupes d'initiatives civiles (les associations et ONG internationales n'étant pas autorisés à exercer dans de nombreux pays). Des groupes d'initiatives civiles qui ne peuvent bénéficier de l'aide déjà bien rare d'instances internationales, qui considèrent aux vues de statistiques manipulées par le pouvoir en place (sans compter la situation politique pour le moins délicate), que tel ou tel pays n'est pas à considérer comme une priorité.

L'exemple archétypal d'un tel cas de figure est celui de l'Ouzbékistan, où ce genre de groupe après un travail extraordinaire de plusieurs années sur le terrain (notamment auprès des toxicomanes), commence tout juste à recevoir au compte goutte, une aide financière pourtant indispensable à la continuité de l'aide que ces groupes d'initiatives civiles apporte à des familles entières infectées par le Sida, comme celles que nous avons visitées dans les quartiers sud de Samarkand.

Quoiqu'il en soit, comme nous le disions au début de ce sous chapitre, force est de constater que la grande majorité des pays cités où nous avons mené enquête, jouissent à n'en pas douter d'une relative stabilité, tant du point de vue politique qu'économique. A l'exception de pays comme le Venezuela ou le Pérou, qui constituent des cas particuliers à eux seuls, tant du point de vue économique que par leur politique, centralisée ou au contraire extrêmement libertaire, menée par leur gouvernement respectif. Des politiques



qui ont à n'en pas douter des répercussions directe sur la progression de la pandémie du VIH/Sida sur les enfants et les jeunes adolescents [24].

---

### 3 - Perspectives à long terme

---

Pourtant l'inertie, voir la mauvaise foi ou encore la cupidité des gouvernants ne pourraient raisonnablement à elle seule expliquer l'ampleur des conséquences de cette pandémie parmi les EIAS. Alors, quelles pourraient être les contre-mesures qui pourraient contribuer à contrecarrer la progression quasi constante de la pandémie chez les enfants depuis plus de 25 ans, en particulier au cours de cette dernière décennie ?

Précisons tout d'abord qu'il est possible que cette augmentation statistique du nombre des enfants du Sida soit due en partie au fait qu'ils soient de mieux en mieux recensés. Nous craignons néanmoins que cette augmentation soit bien en rapport directe avec une propagation réelle du virus dans la population des enfants et des jeunes adolescents. Il s'agirait là d'un phénomène relativement nouveau dans l'histoire de cette pandémie du Sida, qui en partie reposerait (paradoxalement) sur l'efficacité des traitements ART (antirétroviraux) de dernière génération.

D'une part, et il faut s'en réjouir, parce que les adultes vivent de mieux en mieux et de plus en plus longtemps avec le virus du VIH/Sida, et c'est là une victoire attribuable à plus de deux décennies consacrées à la lutte contre cette pandémie, pour les droits des PVVIH. Par ailleurs, le désir d'enfants de plus en plus fréquemment manifesté par ces adultes séropositifs, donne lieu à des

naissances dans des conditions souvent sommaires de prise en charge de la mère enceinte, puis de l'enfant nouveau-né. En conséquence de quoi la transmission horizontale du virus (de la mère à l'enfant) atteindra dans certaines régions du monde des proportions sans précédents, comme c'est déjà le cas aujourd'hui dans des pays comme l'Inde, l'Afrique du Sud ou encore la Russie [25].

Alors, loin de nous l'idée de faire croire que la situation est sans espoir. Bien au contraire, lorsque les moyens intellectuels, logistiques et financiers sont investis correctement, le bien-être des EIAS s'en ressent clairement. Rappelons par exemple qu'en 2008, l'accès des femmes et des enfants aux services de prise en charge du VIH s'est amélioré. En 2008, environ 45 % – contre 35 % en 2007 – des femmes enceintes séropositives ont bénéficié d'un traitement antirétroviral pour éviter la transmission du VIH à l'enfant. Dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, 21 % environ des femmes enceintes - contre 15 % en 2007 - ont bénéficié d'un dépistage du VIH [26]. Par ailleurs, toujours grâce à une action efficace et coordonnée, d'avantage d'enfants bénéficient de programmes pédiatriques de traitement ARV : le nombre d'enfants de moins de 15 ans ayant reçu un tel traitement est passé d'environ 198 000 en 2007, à 275 700 en 2008, soit 38 % d'enfants séropositifs bénéficiant d'un traitement ARV adaptés à leurs besoins spécifiques [27].

À l'échelle mondiale, le sida reste toutefois la première cause de mortalité chez la femme en âge de procréer. Des femmes qui dans de nombreux pays en voie de développement sont sexuellement active,

alors qu'elles ne sont encore que de très jeunes adolescentes. Elles décèdent des suites de l'infection due au virus du VIH/Sida, emportant bien souvent avec elles leur enfant en bas âge. Le Sida est également la sixième cause de mortalité infantile dans le monde : une maladie pour laquelle nous disposons pourtant d'un traitement adapté aux besoins de ces enfants. De plus, la mort d'un enfant sur deux est due à une maladie transmissible évitable et traitable [28].

C'est ainsi que selon le directeur général de l'UNICEF, Ann M. Veneman, « Bien que l'on prête une attention croissante aux femmes et aux enfants dans la lutte mondiale contre le VIH/sida, la maladie a toujours un effet dévastateur sur leur santé, leurs moyens de subsistance et leur survie » [29]. C'est pourquoi des associations comme TDMES et ses associations sœurs [30], tentent de construire un réseau international de surveillance coordonnée et de soutien global aux EAIS, ainsi qu'aux organisations qui leur viennent en aide.

En cela, nous aimerions pour notre part insister fortement sur le fait que si aucune politique commune, d'envergure internationale n'est mise en œuvre rapidement dans les années à venir, nous verront très certainement le nombre des enfants et des jeunes adultes en âge de procréer, infectés ou affectés par le virus du Sida, continuer d'augmenter de manière exponentielle.

---

## CONCLUSION

---

Nous concluons la présente étude en mettant en exergue le fait qu'après bientôt

trente ans de lutte contre le Sida, du point de vue de la gestion de la pandémie auprès de la population des enfants et des jeunes adolescents, nous n'en sommes encore qu'aux débuts d'une prise en charge de cette problématique qui concerne pourtant le devenir de notre humanité.

Lors de ces deux années d'études, dont près de neuf mois passés sur le terrain aux cotés des enfants de vingt neuf pays du monde, nous avons tenté d'élaborer une représentation la plus critique possible de la progression de la pandémie au sein des EAIS. Nous avons également décrit brièvement les mécanismes et processus socioéconomiques, politiques qui de notre point de vue, pourraient contribuer à l'explication d'une telle crise sanitaire.

D'après plusieurs exemples qu'il nous a été donné d'observer sur le terrain, nous avons décrit comment les statistiques concernant cette pandémie chez les EAIS sont souvent manipulées afin de minimiser la gravité de la situation. C'est le cas par exemple en Russie, au Kazakhstan ou encore en Inde, pourtant « la plus grande démocratie au monde ». Nous avons vu également comment une attitude dogmatique, des tabous religieux obscurantistes et stigmatisants, peuvent s'ajouter aux actions contreproductives des gouvernements comme en Malaisie par exemple, afin de produire une situation fort préoccupante quand au sort des enfants face à la progression de la pandémie du Sida dans les décennies à venir.

Nous avons tenté de détailler le plus clairement possible comment la progression de cette pandémie parmi les enfants et les jeunes adultes en âge de procréer, repose sur des mécanismes de rétroaction positive bimodaux, pour une transmission à la fois

verticales et horizontales du virus du Sida. En d'autre terme, la progression de cette pandémie parmi les enfants n'atteindra aucun pallier, ni aujourd'hui ni demain ; contrairement à ce que bon nombre de politiciens ont tenté d'expliquer durant vingt-cinq ans, que la pandémie du Sida atteindrait d'elle-même un pallier, qu'elle serait circonscrite au seul continent africain.

Tout cela est faux bien entendu. Nous savons désormais que ce phénomène de contamination exponentielle parmi les enfants et les jeunes adolescents, est également un problème à gérer jusqu'aux portes de l'Europe occidentale (en Europe orientale, en Pologne, en Russie, dans le Caucase, etc.).

Enfin, nous avons fait remarquer que les pays les plus durement touchés au monde par la progression de la pandémie du Sida parmi les enfants ou les jeunes adolescents, ne connaissent aucune situation de crise majeure qui pourrait expliquer à elle seule cet état de fait. Les enfants ne sont pas victimes des conflits armés, la conjoncture socio-économique générale est depuis longtemps stable (ou l'est redevenue depuis plusieurs années). La Russie par exemple est sortie des années noires de l'après-chute du mûr ; l'Inde, plus grande démocratie au monde qui passe pour l'élève modèle de l'OMS ; ou encore l'Afrique du Sud qui est tout simplement le pays le plus riche du continent le plus riche en ressources naturelles du globe - du moins selon les standards énergétiques du 20<sup>ème</sup> siècle [31].

Ces données, confirmées sur le terrain par nos associations sœurs [32] [33], rendent la situation vécue par ses enfants encore plus inique, puisque dans ces pays peu ou pas de programmes sont entrepris à l'attention des EIAS particulièrement. Pourtant, il nous est

apparu clairement que le potentiel d'une prise en charge adaptée est dors et déjà en place. Les associations et les ONG qui s'en donnent les moyens, mènent des actions qui améliorent durablement le sort des EIAS (suivi sous forme de fiches individualisées ; soutien socio-psychologique ; formations à l'attention des adultes et même des enfants, etc. [34])

Une situation des plus encourageantes. Mais rappelons que si aucune politique d'envergure n'est entreprise rapidement, une politique qui soit moins erratique dans l'espace et dans le temps, la population générale de nombreux autres pays risque bien de connaître le sort tout simplement ubuesque de ces pays aujourd'hui rongés par la pandémie du VIH/Sida. Encore une fois, lorsque ces processus de rétroaction positive, lorsque ces mécanismes de transmission bimodale (tant verticale et horizontale) apparaissent au sein de la population générale d'un pays donné, ni le temps qui passe ni la mort de millions d'individus ne sauraient briser ces cycles auto-entretenus, à part une action coordonnée, sur le long terme, de la part des politiques et en collaboration avec les ONG et les associations de terrain.

Des politiques conjointes de lutte contre la progression de la pandémie parmi les enfants et les jeunes adolescents, qui ne sauraient avoir la moindre efficacité sans l'éducation et l'information du plus grand nombre, avant toute chose. Mais comment la formation et l'information du peuple, et parfois même des organisations elles-mêmes, seraient-elles possibles dans des contextes politiques souvent enclin à la censure ? Comme au Kazakhstan, au Turkménistan, en Iran ou encore au Laos et en Malaisie : des pays où les sites Internet de prévention et d'information concernant le Sida sont parfois

impossible d'accès, tel que celui de notre ONG TDMES ? Des pays où les EIAS et leur famille sont également stigmatisés par les autorités elles-mêmes : mères séropositives exclues des maternités communes aux autres mères, enfants séropositifs placés dans des centres d'accueil spéciaux, chef de services hospitaliers traitant les maladies infectieuses infantiles à qui l'ont interdit de reconnaître l'existence des enfants infectés par le virus du VIH/Sida, etc.

Inutile pourtant de se voiler la face. Une fois encore si aucune politique internationale d'envergure n'est entreprise, le nombre des EIAS augmentera de manière exponentielle un peu partout dans le monde.

En cela, nous avons déjà rappelé qu'en 2007, les besoins élémentaires de ces enfants, en terme de traitement ARV pourtant indispensable à leur survie, n'étaient pris en charge par les instances internationales que pour moins de 10% d'entre eux. Inutiles d'insister sur les faits que près de vingt cinq ans après le début de cette pandémie, leurs autres besoins (nutrition, éducation, soutien psychologique, insertion sociale, lutte contre les discriminations, etc.) ne sont, et de loin, pas pris en compte pour une écrasante majorité d'entre eux.

Oui, nous en sommes à n'en pas douter, du point de point de vue des enfants et des jeunes adolescents confrontés au Sida, seulement aux débuts d'une gestion de leur pandémie.

---

## DISCUSSION

---

Le but de la présente étude n'a pas été d'établir des statistiques exhaustives et précises de la propagation de la pandémie parmi la population des EIAS. Il nous est apparu clairement que notre association, ni nos associations sœurs, en France ou ailleurs, n'avions les moyens tant logistiques que politiques d'établir de telles statistiques dans 29 pays sur les 5 continents.

Notre motivation à clairement été d'étudier sur le terrain la situation que vivent au quotidien ces EIAS, ainsi que les difficultés rencontrées par celles de nos associations sœurs qui leur viennent en aide au quotidien. C'est ainsi que nous croyons avoir été en mesure d'élaborer une représentation enrichie, vivante, mise en perspectives de l'ampleur de cette progression de la pandémie du VIH / Sida parmi les EIAS.

Voilà ci-dessous les quelques propositions qui de notre point de vue, pourrait améliorer sur le long terme la qualité de vie de ces enfants.

---

### 1 – Stratégie commune, efficace à long terme

---

De manière générale, les actions entreprises pour lutter contre la pandémie du Sida peuvent être regroupées sous les trois catégories suivantes : la prévention, l'information, la formation - la communication, la collaboration internationale - la lutte pour la généralisation des traitements ARV. Ce sont d'ailleurs là les principaux axes à financer selon le cahier des charges de grandes instances internationales (telle que l'ONUSIDA).

Toutefois, plusieurs conditions devraient être mise en œuvre afin de permettre la mise en place la plus efficace

possible de ces actions triptyques de lutte contre la pandémie citées plus haut.

Concernant le volet prévention, des actions doivent être menées auprès des plus jeunes : dans les lycées, les collèges et même les écoles primaires, afin de sensibiliser les jeunes adolescents au thème du Sida ; par exemple, comme TDMES l'a entrepris en France sur l'année scolaire 2008 -2009 [35]. Ou encore comme les autorités indiennes l'ont entamés avec le SALSEP (school adolescent life skills education program). Toutefois, Il est à regretter que si peu d'adolescents bénéficient de ce genre de programme : soit par manque de moyen, soit du fait de la déscolarisation des enfants dans certains pays au niveau de vie peu élevé, ou encore par réticence quant à aborder le sujet du virus du Sida avec ces enfants, comme nous avons pu le constater.

Concernant l'information, la maladie et ses modes de transmissions doivent être mieux connus de la jeune génération : sexuellement active de plus en plus tôt, de plus en plus durement confrontée aux Sida et aux autres infections sexuellement transmissibles [36]. En conséquence de quoi également, les EIAS et leurs familles seront de fait moins stigmatisées : l'ignorance étant le meilleur terreau pour les préjugés, la discrimination et la violence à leur égard. Citons par exemple la Pologne, pays membre de l'union européenne depuis 2004, où certains enfants se sont encore vu récemment refuser la scolarisation en raison de leur statut sérologique positif au VIH/Sida [37].

Enfin, nous aimerions insister ici sur le fait que la libre circulation de l'information concernant la pandémie du VIH / Sida, est un pilier essentiel de la prévention et de l'éducation du plus grand nombre. Cela, contrairement à cette politique de censure

qu'il nous a été donné d'observer dans certaines région du monde comme le Caucase par exemple : l'une des régions du monde qui a connue ces dernières années l'une des plus fortes augmentations du nombre d'individus infectées par le virus du VIH / Sida. Pourtant certaines instances internationales décrivent l'épidémie caucasienne comme étant à ses débuts : elle pourrait être stoppée si les moyens appropriés sont investis et les préjugés, les tabous mis de coté [38].

Il nous est apparu clairement que le Sida chez l'enfant reste par conséquent le dernier des tabous, du point de vue de cette infection particulière. De nombreux gouvernements ont du mal à reconnaître leur responsabilité dans l'existence même d'une telle population, comme nous l'avons décrit au Caucase, au Moyen-Orient ou encore en Asie du Sud-est.

C'est la raison pour laquelle il apparaît clairement que seule une stratégie commune, impliquant un réseau étendu d'associations, peut poser les bases d'une solutions sur le long terme à la progression de la pandémie. D'une part, afin d'organiser des actions coordonnées qui auront d'autant plus de poids sur le long terme. D'autre part, afin d'exercer une pression plus importante sur les institutions internationales qui ont le pouvoir d'amorcer les politiques d'envergures, sans lesquelles la pandémie ne cessera de progresser parmi la population des enfants et des jeunes adolescents au cours de ce 21<sup>ème</sup> siècle.

---

## 2 - Cinq phases de la prise en charge des EIAS

---

Effectivement, rappelons que le professeur Luc Montagnier (Nobel de médecine en 2008) l'a réaffirmé encore

récemment, le sida restera une maladie du 21<sup>ème</sup> siècle. Car depuis 25ans, force est de constater que nous n'avons pas fait assez pour éradiquer cette pandémie, loin sans faut. Par conséquent, voilà comment nous pourrions résumer notre approche de la lutte contre le Sida chez les enfants et les jeunes adolescents.

Comme nous l'avons vue précédemment, une circulation accrue de l'information entre les différentes associations et ONG impliquées est indispensable. Un brainstorming des idées et des programmes qui marchent. « les associations locales sont obligées de trouver par elles-mêmes les solutions qui fonctionnent, car elles n'ont pas le choix ! ». Ce sont là les propos de Myriam Mercy (ancienne présidente de *SolEnSi*, actuelle présidente de *Orphelin Sida International*, lors d'un interview accordée lors du tournage du documentaire « enfants du Sida » [\[39\]](#).

Concernant le dépistage et le recensement des EIAS, il faut dans un premier temps encourager le testing volontaire. Encore faut-il que les tests de dépistage soient disponibles à l'usage de la population générale. Il faut particulièrement insister auprès des populations les plus à risques : enfants de toxicomanes, de prostituées, enfants des rues s'adonnant eux-mêmes à la prostitution et/ou à la toxicomanie, proposer un test de dépistage à toutes les femmes enceintes et aux couples sur le point de se marier [\[40\]](#).

Concernant l'accès aux traitements, il est difficile d'imaginer qu'en 2007 seul 10% des enfants séropositifs de par le monde ont eut accès à un traitement adaptés à leur besoin [\[41\]](#). Alors, l'ONUSIDA et l'UNICEF s'étaient fixé comme objectif de faire passer ce chiffre à 80% d'ici à 2010. Aujourd'hui, tout

porte à croire que cet objectif pourtant partiel, ne sera vraisemblablement pas atteint l'année prochaine [\[42\]](#). Rien d'étonnant à cela lorsque l'on voit l'inertie et la vénalité de certains gouvernement dit démocratiques. Par exemple, en 2001 à Doha l'article 4 de l'ADPIC (accord sur l'aspects des droits de propriété intellectuelle liée au commerce), accorde l'autorisation aux pays connaissant une situation d'urgence sanitaire (notamment l'Afrique du Sud et l'Inde) de produire des ARV génériques, sans craindre de sanction de la part de L'ORD (organisme de règlement des différents - OMC).

Deux laboratoires indiens produisent aujourd'hui ce type d'ARV (les laboratoires *Cipla* et *Ranbaxy*), dont 99% de la production est finalement vendue à l'étranger, plutôt que de servir aux soins des populations indiennes, comme cela été pourtant convenu au départ. Sans compter qu'en 2007, il n'existait que 25 centres de distribution d'ARV dans 13 états de l'Inde : ce pays grand comme cinq fois la France, avec plus d'un milliard d'habitant dont près de trois millions (sans doute plus) vivent avec le virus du VIH / Sida [\[43\]](#). Là encore, de notre point de vue, seule une action coordonnée et un travail en réseau pourra s'avérer efficace sur le long terme, face à de tels enjeux socio-économiques.

Enfin, la formation des salariés et des bénévoles de nos associations sœurs, tant sur le plan du soutien qu'ils apportent concrètement à leurs bénéficiaires (comment annoncer à un tout jeune enfant sa séropositivité ou celle de ces parents, comment lui faire comprendre l'importance d'un traitement médicamenteux vital pour lui, quels sont leurs droits et comment les défendre, etc.), que sur la façon la meilleure de gérer et de faire grandir une association de lutte contre le Sida sur le long terme (comment définir son objet associatif, à destination de quel type de public



précisément, en collaboration avec quelle type de structure, etc.).

Précisons par ailleurs que sans une aide financière substantielle, appropriée à l'ampleur de la situation dramatique à laquelle sont confrontés les EIAS, rien ne sera possible.

Ce sont là autant de raisons qui nous poussent à croire que l'information et la formation sont essentielles à la constitution ainsi qu'au maintien à long terme de ce réseau étendu interassociatif, de lutte contre la progression de la pandémie chez les enfants et les jeunes adolescents. La formation nous l'espérons, sera l'une des pierres angulaires de notre combat pour ces enfants.

L'association TDMES espère être en mesure rapidement de renforcer son expertise en matière de *formation des bénévoles et des professionnels de l'humanitaire*, qui constitue notre réseaux étendu de lutte contre la propagation de la pandémie chez les enfants et les jeunes adolescents.

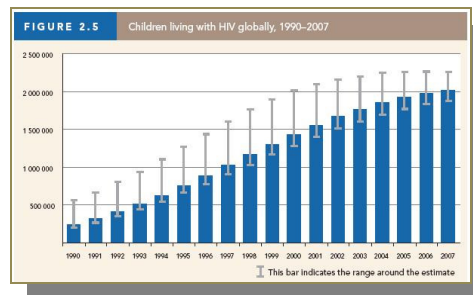
C'est ainsi que selon nous, seule une formation sérieuse à ces questions nous permettra à nous et à nos partenaires, d'élaborer les projets qui sauront faire la différence *sur le long terme* pour cette nouvelle génération d'EIAS.

---

## Annexe 1

---

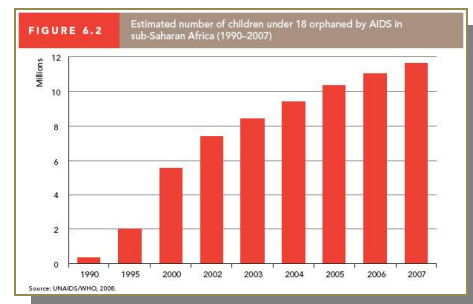
### Graphique 1 | Nombre d'enfants séropositifs



Une constante augmentation du nombre d'enfants séropositifs dans le monde depuis 1990 (source ONUSIDA,, UNICEF, OMS – 2007).

---

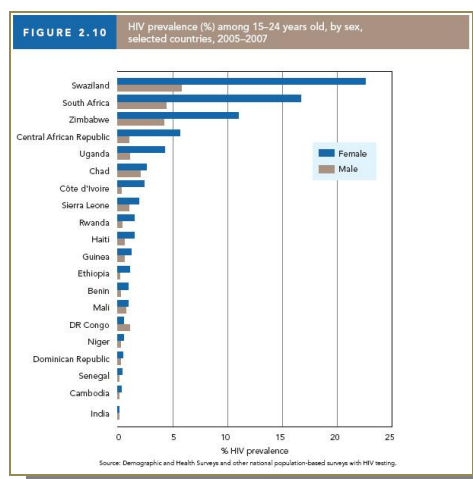
### Graphique 2 | Nombre d'orphelins du Sida



Là aussi, une constante augmentation du nombre d'orphelins du Sida depuis 1990 (source ONUSIDA,, UNICEF, OMS – 2007).

---

### Graphique 3 | Adolescents séropositifs



Prévalence (%) des jeunes adultes séropositifs, en fonction du sexe et du pays.

---

### Graphique 4 | Femmes enceintes et Sida

# ACWT Report | 2009



## SERVING AIDS CHILDREN

contact@  
children-of-aids.org

3 allée la Boétie

Sevran, France

93270

2 years of study on children infected or affected by HIV, 9 month on the field: side by side with our sister organizations.

For the good of hundreds of children and families we are supporting

This questionnaire was elaborated according to studies of S. Dekens about multifactor vulnerability of CIAH (children infected or affected by HIV / AIDS).

---

**A      General information**

- 1 – Name of the organization
- 2 – Name of the executive manager
- 3 – Eventually, the name of the person in charge of the programs dedicated to children or teenagers infected or affected by HIV

(Notice: children are under 14 years old; teenagers are between 14 and 18 years old)

- 4 – Address of the organization
- 5 – Telephone
- 6 - Website
- 7 – Email contact
- 8 - Can you give us a very short historic of the creation of your organization?
- 9 – How many people are working for your organization?

(Thank you to clearly distinguish between employees and volunteers)

---

**B      Vulnerability & Statistics**

- 10 – How many people are infected by HIV/AIDS in your country?
- 11 - Do they have free access to appropriate ARVs treatments?
- 12 – How many children are infected in your country?
- 13 – How many of them are orphans?
- 14 - Do they also have access to ARVs treatments, appropriate for children?
- 15 – What kind of help do those children receive from the government of your country?
- 16 –How many *infected* children is your organization taking care of?

(Thank you to clearly distinguish between those you are taking care directly, and those you are taking care of indirectly; for example, if you help parents infected that have children also infected, you are helping the children indirectly and this is a good point we want to report)

- 17 - How many *affected* children (e.g. with one or both parents infected or dead because of HIV)?

(Thank you to clearly distinguish between those you are taking care *directly*, and those you are taking care of *indirectly*)

- 18 – Does your organization have a program dedicated to children infected or affected by HIV/AIDS, that you would like to highlight particularly (in a few words, thank you)?

(Do you have psychological support for those children? Support groups? Holiday's meetings? Any artistic expression group? Etc.)

---

**C      Multifactor Vulnerability**

- 19 – How do you evaluate the familial background of the children you are taking care of?

(Do you make home visits? Have you any contact with their school? Etc.)

- 20 – How do you evaluate the children's nutrition and health?

(Is starving a problem in your country? Do you have nutrition support programs? Do you have contact with doctors or hospitals? Etc.)

- 21 – Do children infected or affected by HIV have problems at school, because of their serological status?

(Do you help them with advocacy support if needed? Do you offer trainings and information to teachers of that school? Etc.)

- 22 – Is drug addiction a problem for those children?

(Thank you to distinguish clearly between children or teenagers users, and children that have one or both parents addicted to any kind of drug)

- 23 – Is prostitution a problem for those children?

(Thank you to distinguish clearly between prostitute children or teenagers, and children that have prostituted mothers)

- 24 – Is War, gangs or guns a problem for the children in your country?

- 25 – Did you create a personalized and confidential files database concerning each and every child you are in contact with?

---

***Thank you for your cooperation***

---

## Remerciements

---

Nous ne pouvons clore cette étude sans un remerciement, une reconnaissance profonde pour leur aide et leur soutien lors de ces longs mois d'enquête, à certaines de nos associations sœurs telles que ARAS (Roumanie), Doctors to children (Russie), Humanitarian action fund (Russie), Protect Children against AIDS (Kazakhstan), Initiative group for people living with HIV (Ouzbékistan), Khaneh Khorshid (Iran), Association for protection of child laborers (Iran), Penjab AIDS Consortium Plus (Pakistan), KHANA (Cambodge), Salvation Center Cambodia (Cambodge), Minority Organization for Development of Economy (Cambodge), Nak Akphivath Sahakum (Cambodge), Lao National Network of People Living with HIV/AIDS (Laos), Community AIDS Service Penang (Malaisie), Via Libre (Pérou), Prosa (Pérou), Casa Hogar Madre Teresa (Venezuela), HOYWICK (Kibera - Nairobi, Kenya), Association de lutte contre le Sida (Maroc), El-Hayet (Algérie).

Un remerciement tout particulièrement chaleureux pour Myriam Mercy (OSI, France), Dominica Soćko (« Petit Prince », Pologne), Doe Nair (WAG CHELSEA, Inde), le père Augustin (congrégation des samaritains, barrio de Caracas), Kay Mohamet (Right to care, Johannesburg), Thandi Nhlengetfwa (TASC, Swaziland), enfin à Lucas et son épouse Hâ, pour leur aide précieuse et sans laquelle nous n'aurions pas été à même de venir à bout de ces deux ans d'enquête ; une œuvre que nous espérons totalement dédiée aux enfants du monde infectés ou affectés par la pandémie du VIH/Sida.

---

## Références

---

- [1] ONUSIDA:  
[http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)
- [2] ONUSIDA :  
<http://www.unaids.org/fr/CountryResponses/Regions/default.asp>
- [3] Informations générale sur la pandémie du VIH/Sida :  
<http://www.avert.org/aroundworld.htm>
- [4] Article paru dans le journal l'Humanité en 1992. Aujourd'hui, qu'est-ce qui a réellement changé !? [http://www.humanite.fr/1992-12-02\\_Articles\\_-\\_Luc-Montagnier-plaidoyer-pour-vaincre-le-SIDA](http://www.humanite.fr/1992-12-02_Articles_-_Luc-Montagnier-plaidoyer-pour-vaincre-le-SIDA)
- [5] <http://sante-medecine.commentcamarche.net/news/1097/10-ue-entre-30-et-50-des-seropositifs-ignoient-leur-infection>
- [6] Rapport « enfant et Sida », UNICEF (2007) :  
[http://data.unaids.org/pub/Report/2007/2006116\\_stocktaking\\_report.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2007/2006116_stocktaking_report.pdf)
- [7] ONUSIDA :  
<http://www.unaids.org/fr/PolicyAndPractice/KeyPopulations/ChildAndOrphans/default.asp>
- [8] Statistiques pays par pays, ONUSIDA :  
<http://www.unaids.org/fr/CountryResponses/Countries/default.asp>
- [9] Etude d'exemplaires de TDMES (2008-2009) ; chapitre « EIAS au CAUCASE » :  
<http://www.tourdumondedesorphelins.com/publications.html>
- [10] Etude d'exemplaires de TDMES (2008-2009) ; chapitre « EIAS sur le SOUS-CONTINENT INDIEN »

<http://www.tourdumondedesorphelins.com/publications.html>

[11] Etude d'exemplaires de TDMES (2008-2009) ; ; chapitre « EIAS en ASIE du SUD-EST »  
<http://www.tourdumondedesorphelins.com/publications.html>

[12] Etude d'exemplaires de TDMES (2008-2009) ; ; chapitre « EIAS en AFRIQUE (région sud) » :  
<http://www.tourdumondedesorphelins.com/publications.html>

[13] PVVIH au Swaziland :  
<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/swaziland.asp>

[14] United Nations Development Program :  
[http://www.undp.org.sz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=128:swaziland-partnership-forum-on-hiv-and-aids-spafa&catid=28:hiv-a-aids&Itemid=48](http://www.undp.org.sz/index.php?option=com_content&view=article&id=128:swaziland-partnership-forum-on-hiv-and-aids-spafa&catid=28:hiv-a-aids&Itemid=48) & United For Children, toward universal access (report 2009):  
[http://www.uniteforchildren.org/files/tuapr\\_2009\\_en.pdf](http://www.uniteforchildren.org/files/tuapr_2009_en.pdf)

[15] Association "the tribes foundation":  
<http://www.the-tribes-foundation.org/default.asp?MIS=12>

[16] Association "l'école hors les murs":  
<http://horslesmurs.ning.com/profiles/blogs/ki-bera-le-plus-grand>

[17] Etude d'exemplaires de TDMES (2008-2009) ; ; chapitre « EIAS en AFRIQUE » :  
<http://www.tourdumondedesorphelins.com/publications.html>

[18] Reporters citoyens, envers et contre la censure du gouvernements russe :  
<http://www.come4news.com/140-000-enfants-russes-porteurs-du-virus-du-sida-249864>

[19] Etude d'exemplaires de TDMES (2008-2009) ; ; chapitre « EIAS en AFRIQUE » :  
<http://www.tourdumondedesorphelins.com/publications.html>

[20] Vivre avec le Sida au Kazakhstan :  
[http://www.hivpositivelife.com/aids\\_europe](http://www.hivpositivelife.com/aids_europe) & le Caucase, pourquoi l'une des régions les plus à risque:  
[http://www.unicef.org/french/media/media\\_19225.html](http://www.unicef.org/french/media/media_19225.html)

[21] Etude d'exemplaires de TDMES (2008-2009) ; ; chapitre « EIAS au CAUCASE » :  
<http://www.tourdumondedesorphelins.com/publications.html>

[22] Les ravages de la prostitutions en Inde. Lien :  
<http://www.destinationsante.com/VIH-SIDA-les-ravages-de-la-prostitution-en-Inde.html> & SAATHI (Solidarity and Action Against The HIV Infection in India). Lien :  
[www.saathii.org](http://www.saathii.org)

[23] « Iranian positive life - zendegi mosbat » :  
<http://orgs.tigweb.org/31241>

[24] Etude d'exemplaires de TDMES (2008-2009) ; ; chapitre « EIAS en AMERIQUE du SUD » :  
<http://www.tourdumondedesorphelins.com/publications.html>

[25] Des centaines de milliers d'enfants infectés chaque années de par le monde :  
<http://www.avert.org/children.htm>

[26] La transmission mère-enfant :  
<http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=20211&Cr=VIH&Cr1>

[27] Rapport ONUSIDA (2008) :  
[http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)

[28] C.D. Mathers, T. Boerma, D. Ma Fat. Global and regional causes of death. *British*

**Medical Bulletin, 10.1093/bmb/ldp028.**  
<http://bmb.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/ldp028v1>

[29] Propos de la directeur général de l'UNICEF, Ann M. Veneman, site Internet de l'OMS :

<http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/fr/index.html>

[30] ACNISS, réseau interassociatif de lutte contre le Sida chez l'enfant (« AIDS Children Network of International Sustain and Survey ») :

<http://www.tourdumondedesorphelins.com/index-3.html>

[31] Toutes les données économiques, pays par pays :

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sf.html>

[32] D'après le questionnaire d'évaluation en 25 points (inspiré des études de S. Dekens sur la vulnérabilité multifactorielle des EIAS) : cf. *Annexe 2*, items « *Multifactor Vulnerability* » .

[33] Inscription des associations de lutte contre le Sida chez l'enfant et le jeune adolescent sur :

<http://www.tourdumondedesorphelins.com/index-3.html>

[34] Ensemble des lettres et des communications de TDMES, adaptées aux ressources cognitives des enfants auprès de qui ce projet a été présenté durant une année :

<http://www.tourdumondedesorphelins.com/publications.html>

[35] SALSEP in India (school adolescent life skills education program) :

[http://www.unicef.org/india/resources\\_2207.htm](http://www.unicef.org/india/resources_2207.htm)

[36] Lutter contre le Sida chez les jeunes (déclaration d'intention des Nations Unies,

2001) :

[http://www.unaids.org/bangkok2004/gar2004\\_html\\_fr/GAR2004\\_07\\_fr.htm](http://www.unaids.org/bangkok2004/gar2004_html_fr/GAR2004_07_fr.htm)

[37] Association « petit prince - Mały Książę » à Varsovie : <http://www.living-with-aids.org/poland/maly-ksiazce.html>

[38] Kazakhstan, une forte augmentation de la prévalence, une épidémie qui ne fait que débiter et qui pourrait être stopper :

[http://data.unaids.org/Publications/Factsheets04/fs\\_europe\\_casia\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/Publications/Factsheets04/fs_europe_casia_fr.pdf)

[39] Interview de Myriam Mercy, accordé lors du tournage du documentaire « enfants du Sida » :

<http://www.orphelins-sida.org/alerte/index.php?cat=6> en collaboration avec la maison de production ACD'images.

[40] Recommandations de l'OMS et l'ONUSIDA :

<http://www.who.int/hiv/about/PITC%20Press%20Release%20French%20FINAL%2024%20may.pdf>

[41] Kissin DM, Zapata L, Yorick R, Vinogradova EN, Volkova GV, Cherkassova E, Lynch A, Leigh J, Jamieson DJ, Marchbanks PA, Hillis S (2007). HIV seroprevalence in street youth, St. Petersburg, Russia ; *AIDS, 12-21(17), 2333-40*. Lien : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18090282?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18090282?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum))

[42] UNICEF, appel à l'action pour les enfants séropositifs :

[http://www.unicef.ca/portal/Secure/Community/502/WCM/WHATWEDO/hiv/assets/HIV\\_ADS\\_24\\_FRENCH.pdf](http://www.unicef.ca/portal/Secure/Community/502/WCM/WHATWEDO/hiv/assets/HIV_ADS_24_FRENCH.pdf)

[43] Distribution des ARV en Inde, pourtant l'un des premiers producteurs d'ARV générique au monde :

<http://www.thebody.com/content/art13367.html>