



Université d'Abomey-Calavi  
(UAC)  
\*\_\*\_\*\_\*\_\*



**École Doctorale Pluridisciplinaire**  
**« Espaces Cultures et Développement »**  
**(EDP-ECD)**

\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*

Filière : Psychologie  
\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*

**Mémoire de Master en Psychologie**

Option : Psychopathologie et Psychologie clinique

**PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES DES ORPHELINS  
ET ENFANTS PORTEURS DU VIH/SIDA**

Soutenu par :

YÈLOMÈ D. Mardochée

Sous la direction de :

Dr Émilie FIOSSI-KPADONOU,  
Maître de Conf. Agrégée de Pédopsychiatrie

Soutenu publiquement le 28 novembre 2017 devant le jury composé de :

Président	:	Prof. Gabriel C. BOKO Professeur Titulaire des Universités (CAMES)
Examineur	:	Dr Magloire GANSOU Maître de Conférences des Universités (CAMES)
Rapporteur	:	Dr Émilie FIOSSI-KPADONOU, Maître de Conférences des Universités (CAMES)
Mention	:	Très bien

Année académique : 2016-2017

## SOMMAIRE

DÉDICACE .....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
LISTE DES TABLEAUX .....	v
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....	viii
INTRODUCTION .....	1
1. GÉNÉRALITÉS .....	6
2. CADRE D'ÉTUDE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	31
3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	50
4. DISCUSSION .....	90
CONCLUSION.....	133
SUGGESTIONS.....	136
ANNEXES.....	A
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	K
TABLE DES MATIÈRES .....	S

## Homage

### **À Dieu, Créateur de l'univers et Maître de toute science**

Ceux qui se confient à toi sont heureux

Tu renouvelles leur force et leur vie

Leurs visages deviennent rayonnants quand ils se tournent vers toi.

Gloire à Toi Seigneur

## DÉDICACE

### À mes parents

Jean et Nicole YÈLOMÈ,

Vous vous êtes dépouillés pour que je puisse étudier.

Le souvenir de votre sacrifice reste vivant dans mon cœur.

## REMERCIEMENTS

- **À notre Directrice de mémoire, Pr Émilie FIOSSI KPADONOU,**  
 Vos nombreuses connaissances, qualifications et expériences multiples, votre sens aigu du travail bien fait et votre méthode, nous ont sidéré. Malgré toutes ces qualités, vous avez su humblement nous tendre la main. Nous ne pouvons jamais vous oublier. Je vous prie de recevoir ici l'expression de notre profonde considération.
- **Au professeur Gabriel BOKO,** Directeur de l'École Doctorale Pluridisciplinaire « Espaces, Cultures et Développement », précédemment Chef département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, coordonnateur de la filière doctorale. Vous nous avez profondément marqué par votre détermination et votre soutien au cours de notre formation. Votre sens de travail bien fait reste un héritage pour nous.
- **À nos Maîtres :**
  - ☞ **Feu Pr TOGNIDÉ Mathieu** de la Faculté des Sciences de la Santé, précédemment Directeur du Centre National Hospitalier Psychiatrique.
  - ☞ **Pr YAPO Yapi** de l'École Normale Supérieure d'Abidjan,
  - ☞ **Pr GBATI Koffiwaï** de l'Université de Lomé,
  - ☞ **Pr GANSOU Magloire,** Directeur du Centre National Hospitalier psychiatrique de Jacquot, dont les précieuses contributions ont largement relevé le niveau de notre formation.
  - ☞ **Pr SENOU Marcel,** Maître de conférences des universités
  - ☞ **Pr TANIMOMO Libérat,** Maître de conférences des universités
  - ☞ **Docteur GAGLOZOUN Alphonse,** Maître assistant des universités

Vous tous qui nous avez encouragé à poursuivre les études quand tout semblait exprimer le contraire.

- ☞ **Dr AMOUSSOU-YEYE Denis,** Directeur de recherche au CEFORP et Enseignant de l'UAC à la retraite.
- ☞ **Dr DAH LOKONON Bodéhou Gbènoukpo,** Enseignant de l'UAC à la retraite.

- ☞ **Pr SÈGLA Rogatien**, Maître de conférences des universités et actuel Chef du département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation qui sont restés à nos côtés, à nous enseigner depuis notre entrée dans la filière
  - ☞ **Pr HOUÉSSOU Patrick**, Maître de conférences des universités, précédemment chef Adjoint du Département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation et actuel coordonnateur adjoint des masters, pour son dynamisme et sa rigueur qui nous ont marqué à bien des égards.
- **À tous les enseignants du Département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation** pour les sacrifices consentis à notre formation.
  - **À tout le personnel de l'hôpital BETHESDA et du centre social de la zone sanitaire V** impliqué dans la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables. Toutes nos reconnaissances pour la collaboration et le soutien dans ce travail.
  - **À notre chère et tendre épouse FALADJOU Kobandé Lydia et à nos deux filles Christ-vit Manfoya et Christaime Modoukpè.**  
Ceci est le fruit de votre patience et de votre sacrifice.
  - **À GBOHOUI S. Xavier, DOSSOU Roland, AIHONNOU Gédéon, DJOGBENOU Wilfried, Alexis KLOUÉ, DOKUI Faustin, YABI Ludovic, HOUNYÈMÈ Eustache** pour leur collaboration dans ce travail.
  - **À nos frères et sœurs.** Ce travail est le fruit de votre réconfort. Soyez comblés.

Sincère gratitude

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : Répartition des enfants selon les arrondissements de résidence des enquêtés.....	57
<b>Tableau II</b> : Fréquence des enfants selon le statut de l'enfant et les raisons de leur travail .....	65
<b>Tableau III</b> : Corrélations dont le degré de significativité (p) est inférieur au seuil de significativité $\alpha=0,05$ .....	74

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Répartition des orphelins du sida (en effectif), au Bénin, de 2007 à 2015 .....	19
<b>Figure 2</b> : Organigramme des Centres de Promotion Sociale au Bénin.....	37
<b>Figure 3</b> : Répartition des orphelins et enfants infectés enquêtés par tranche d'âge .....	56
<b>Figure 4</b> : Répartition des individus selon leur statut d'orphelin ou non orphelin.....	58
<b>Figure 5</b> : Répartition des enfants enquêtés par état sérologique.....	59
<b>Figure 6</b> : Fréquence des enfants dans leur état de santé en fonction d'un éventuel statut d'orphelin .....	59
<b>Figure 7</b> : Fréquence des enfants dans leur niveau de scolarisation en fonction du sexe et de leur âge au moment de l'enquête .....	60
<b>Figure 8</b> : Répartition des enquêtés selon le rendement scolaire et le statut de vie parentale .....	61
<b>Figure 9</b> : Répartition des enquêtés selon le décrochage scolaire, l'âge et le sexe .....	62
<b>Figure 10</b> : Fréquence du nombre total d'enfants vivant dans le ménage et statut de vie parentale .....	64
<b>Figure 11</b> : Fréquence des enfants enquêtés selon l'âge et les problèmes psychologiques... ..	66
<b>Figure 12</b> : Fréquence des individus selon le sexe et les problèmes psychologiques .....	67
<b>Figure 13</b> : Fréquence des enquêtés selon l'état de santé et les problèmes psychologiques ..	67
<b>Figure 14</b> : Fréquence des enfants enquêtés selon le découragement et l'existence d'autres problèmes psychologiques .....	68
<b>Figure 15</b> : Fréquence des enfants enquêtés selon l'humeur dépressive et l'existence d'autres problèmes psychologiques .....	69
<b>Figure 16</b> : Fréquence des enfants enquêtés selon le complexe d'infériorité et autres problèmes psychologiques .....	70
<b>Figure 17</b> : Fréquence des enfants enquêtés selon l'angoisse en rapport avec d'autres problèmes psychologiques .....	71
<b>Figure 18</b> : Fréquence des enfants enquêtés selon l'irritabilité en rapport avec d'autres problèmes psychologiques .....	72
<b>Figure 19</b> : Fréquence des enfants enquêtés selon les idées de mort/suicide en rapport avec autres problèmes psychologiques.....	73
<b>Figure 20</b> : Fréquence des enfants enquêtés selon le sentiment d'inutilité en rapport avec autres problèmes psychologiques.....	73
<b>Figure 21</b> : Cycle de problèmes socioéconomiques et psychologiques des enfants orphelins et/ou infectés par le VIH/sida .....	97
<b>Figure 22</b> : Cycle de résolution des problèmes des manages affectés par le VIH/sida .....	123

## LISTE DES ENCADRES

Encadré 1: Verbatim de tuteur lié à la détresse psychologique d'un enfant .....	77
Encadré 2: Verbatim d'un parent lié aux effets des antirétroviraux.....	77
Encadré 3: Verbatim d'un parent lié au sentiment de désespoir et d'inutilité d'un enfant .....	78
Encadré 4: Verbatim d'un parent lié aux idées de mort chez les enfants enquêtés.....	78
Encadré 5: Verbatim d'un parent lié à la discrimination.....	79
Encadré 6: Verbatim d'un parent lié au statut d'enfant garde malade .....	79
Encadré 7: Verbatim d'un parent lié à son invalidité.....	80
Encadré 8: Verbatim d'un parent lié à leur difficulté à s'alimenter .....	80
Encadré 9: Verbatim d'un parent lié au travail des enfants .....	81
Encadré 10: Verbatim d'un agent de santé lié à leur limite dans l'appui nutritionnel et alimentaire .....	81
Encadré 11: Verbatim d'un agent de santé lié à Insuffisance de l'appui nutritionnel et alimentaire .....	82
Encadré 12: Verbatim d'un agent de santé lié au désir d'autonomie exprimé par les ménages	82
Encadré 13: Verbatim d'un agent de santé lié aux problèmes alimentaires.....	83
Encadré 14: Verbatim d'un agent de santé lié à l'appui scolaire .....	83
Encadré 15: Verbatim d'un agent de santé lié aux difficultés dans la prise en charge .....	84
Encadré 16: Verbatim d'un agent de santé lié à l'absence moyens pour la prise en charge ....	84
Encadré 17: Verbatim d'un agent de santé lié aux conditions sociales difficiles .....	84
Encadré 18: Verbatim d'un agent de santé lié à la situation sociale des enfants .....	85
Encadré 19: Verbatim d'un agent de santé lié aux problèmes psychologiques .....	85

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>ARV</b>	:	Anti Retro Viraux
<b>CD4</b>	:	Cellules souches des globules blancs
<b>CNLS</b>	:	Comité National de Lutte contre le sida
<b>FASHS</b>	:	Faculté des Sciences Humaines et Sociales
<b>IO</b>	:	Infections Opportunistes
<b>MSP</b>	:	Ministère de la Santé Publique
<b>OEV</b>	:	Orphelins et Enfants Vulnérables
<b>ONUSIDA</b>	:	Organisation des Nations Unies contre le sida
<b>PEC</b>	:	Prise En Charge
<b>PNLS</b>	:	Programme National de Lutte contre le sida
<b>PTF</b>	:	Partenaire Technique et Financier
<b>PTME</b>	:	Prévention de la Transmission Mère -Enfant
<b>PVVIH</b>	:	Personnes Vivant avec le VIH /sida
<b>SIDA</b>	:	Syndrome de l'Immuno-déficienc <b>e</b> Acquis <b>e</b>
<b>UNICEF</b>	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USAID</b>	:	Agence pour le Développement International des États Unis
<b>VIH</b>	:	Virus d'Immunodéficienc <b>e</b> Humain <b>e</b>

## RÉSUMÉ

Cette étude porte sur les « Problèmes psychologiques des orphelins et des enfants infectés du VIH/sida ». L'objectif visé est d'étudier les réalités quotidiennes que vivent les orphelins et enfants porteurs du VIH/sida et leurs problèmes psychologiques. Trois hypothèses ont été émises et ont servi dans cette recherche. Il s'agit d'une étude transversale, de type descriptif à visée analytique à la fois quantitative et qualitative qui s'est déroulée sur une période de 3 mois et qui porte sur les orphelins et les enfants porteurs du VIH/sida qui se font suivre régulièrement par le service de prise en charge de l'hôpital Bethesda et par le centre social de la zone sanitaire V de Cotonou. La méthode d'échantillonnage appelée sondage aléatoire simple a été utilisée avec des individus répondant aux critères d'inclusion. Le traitement et l'analyse des données quantitatives, recueillies auprès des orphelins et les enfants porteurs du VIH/sida ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS 21 et Excel 2007. Les données qualitatives recueillies auprès des orphelins et les enfants porteurs du VIH/sida et auprès des prestataires intervenant dans leur prise en charge et des parents ou tuteurs sont transcrites manuellement et à l'aide du logiciel Word 2010. Les résultats de ces recherches permettent de conclure que les enfants sont immédiatement rendus vulnérables au plan médical, moral, psychoaffectif, socio-économique dès que l'un des deux parents est infecté et que la vulnérabilité accrue de ces enfants ont un impact considérable sur leur vie psychologique et psychoaffective et que les orphelins et enfants infectés du VIH/sida présentent un tableau psychopathologique nécessitant une prise en charge psychologique appropriée.

**Mots clés :** Orphelin-Enfants infectés-vulnérabilité-Psychopathologie-Prise en charge.

## ABSTRACT

This study focuses on «Psychological problems of orphans and children infected with HIV / AIDS». The aim is to study the daily realities of orphans and children with HIV / AIDS and their psychological problems. Three hypotheses were emitted and were used in this research. It is a cross-sectional, descriptive, analytical, quantitative and qualitative study that has been conducted within 3 months and focuses on orphans and children with HIV / AIDS who are to be followed regularly by the care service and the social center of Cotonou Health Zone V at Bethesda Hospital. The sampling method called simple random sampling was used with individuals meeting the inclusion criteria. The processing and analysis of quantitative data, collected from orphans and children with HIV / AIDS were conducted using the SPSS 21 and Excel 2007 software. Qualitative data collected from orphans and children with HIV / AIDS and the providers involved in their care and parents or guardians are transcribed manually and using Word 2010 software. The results of this research allow to conclude that children are immediately made vulnerable in medical, moral, psychoaffective, socio-economic as soon as one of the parents is infected and that the increased vulnerability of these children have a considerable impact on their psychological and psycho-emotional life and that the orphans and children infected with HIV / AIDS present a psychopathological table requiring appropriate psychological care.

**Key words :** Orphans-Infected children- vulnerability-Psychopathology-minimum fare.

## INTRODUCTION

La naissance ou l'arrivée d'un enfant est un sujet de grande joie dans les milieux familiaux. L'enfant est précieux pour ses diverses familles et constitue quasiment l'objet de toutes les attentions, d'où la place privilégiée que lui concèdent les différents chercheurs dans leurs travaux. Ainsi, WALLON, PIAGET et CLAPAREDE ont étudié les stades du développement de l'enfant. Les résultats de ces travaux ont certainement contribué à poser aujourd'hui les fondements d'une connaissance plus poussée de l'enfant, en vue de le conduire à l'âge adulte et le rendre homme à part entière, accompli et épanoui. Malheureusement, nombre de facteurs sociopolitiques, économiques et autres, ont entravé cet épanouissement. L'enfant ne jouit pas correctement du droit à la santé, du droit à la protection, à l'instruction, à l'éducation, pour ne citer que ceux-là. Les guerres, le divorce, la famine, les pandémies, les catastrophes naturelles, la pauvreté, entre autres, constituent de nos jours, autant de facteurs dévastateurs des familles et du développement harmonieux des enfants.

Depuis plusieurs décennies, l'humanité se trouve confrontée au Syndrome d'Immuno Déficience Acquis (SIDA), terrible maladie, d'expansion rapide dans le temps et dans l'espace, et à ce jour incurable. Le sida est en fait une affection chronique à pronostic défavorable. Le cycle de la maladie fait traverser plusieurs étapes aux personnes infectées ou affectées par le VIH /sida, au point que l'espoir d'un retour à une situation normale paraît hypothétique. Bien qu'il existe divers traitements suffisamment stabilisateurs d'un assez bon état de santé et qu'un diagnostic de séropositivité ne représente plus systématiquement une condamnation à mort dans les mois ou les années suivant le dépistage ; ceci demeure cependant un événement qui vient complètement bouleverser la vie de la personne vivant avec le VIH/sida.

Selon l'ONUSIDA (2016), 36,7 millions de personnes vivaient en 2015 avec le VIH. Dans le monde, 150 000 enfants ont été nouvellement infectés par le VIH en 2015, contre 290 000 en 2010 (ONUSIDA, 2016).

La pandémie du sida est devenue, en l'espace d'un quart de siècle, un problème de développement pour la quasi-totalité des pays africains. En effet, elle touche la tranche de la population la plus productive, et affecte tous les secteurs d'activités socio-économiques.

La situation est particulièrement dramatique pour l'Afrique subsaharienne, qui s'est retrouvée avec 65% du nombre total des personnes vivant avec le VIH, 70% des décès dus au sida dans le monde, et 91% des nouvelles infections chez les enfants en 2008. Pour la même période, le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 33,4 millions dont 2,1 millions d'enfants de moins de 15 ans et les nouvelles infections à 1,9 million, dont 430 000 enfants âgés de moins de 15 ans (ONUSIDA, 2009). En 2014, le nombre de personnes vivant avec le VIH a atteint les 36,9 millions dont 17,1 millions ignorent qu'elles sont infectées (ONUSIDA, 2015).

Dans le monde, 280 000 Enfants de moins de 15 ans sont décédés du sida en 2008, tandis que le nombre de nouvelles infections à VIH est de 390 000 à 460 000 en 2001 (ONUSIDA, 2009). Mais des progrès ont été enregistrés dans la lutte contre la maladie depuis deux décennies, et le rapport ONUSIDA en 2010, note une stabilisation de la croissance globale de l'épidémie mondiale de sida. En effet, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH recule régulièrement depuis la fin des années 1990 et l'on note une diminution du nombre de décès liés au sida, grâce à un élargissement et à une intensification significative de l'accès au traitement antirétroviral au cours des dernières années (ONUSIDA, 2010). Par son ampleur, l'épidémie apparaît comme une véritable menace pour le devenir des populations africaines et particulièrement des enfants qui

représentent l'une des franges de la population la plus vulnérable. Les 2/3 des 13 millions d'enfants rendus orphelins à cause du VIH/sida dans le monde, vivent en Afrique. Ces enfants sont confrontés à de nombreux problèmes de santé, de carence affective, de malnutrition, d'accès à l'éducation, d'accès aux soins de santé, d'isolement social, de discrimination et de déni de leurs droits patrimoniaux. Ils sont le plus souvent dans des situations de précarité croissante, obligés de se débrouiller pour survivre, ils sont rendus trop tôt adultes.

En Afrique occidentale et centrale encore appelée la région AOC (Afrique Occidentale et Centrale), 45% des enfants sont nés avec le virus du sida et 9 enfants sur 10 n'ont pas accès au traitement (ONUSIDA : 2, 2015). Dans le même temps, 4 enfants sur 10 qui succombent à la maladie, meurent dans cette même région. En 2014, la région comptait 720.000 enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH, alors que la couverture des ARV pédiatriques était seulement à 11%. (MSF, 2016). Dès lors, plusieurs analyses ont été menées afin de mieux comprendre la problématique des "orphelins du sida". Ces études ont révélé que ces enfants connaissent des problèmes d'ordre économique et psychosocial particuliers, liés d'une part, au traumatisme que cause cette maladie et d'autre part, à l'épuisement des revenus des ménages. Ils sont de plus en plus vulnérables face au VIH/sida. La détresse et la dépression, aggravées par les préjugés et l'exclusion sociale, commencent avant le décès des parents.

Au Bénin, on dénombre 451 809 orphelins toutes catégories confondues dont 28 021 orphelins du sida (CNLS, 2016) et il convient de s'intéresser aux obstacles et insuffisances rencontrés dans la prise en charge et dans l'accompagnement des orphelins, afin d'accroître le niveau de la riposte nationale. Dans le cadre de la mise en place d'une stratégie multisectorielle de lutte contre le sida, le gouvernement a fait de la question des orphelins et enfants vulnérables, une véritable priorité. C'est dans cet esprit que s'inscrit

notre étude, dont le but visé est une meilleure orientation des actions de prise en charge de cette catégorie de population.

« La question sur les problèmes psychologiques des orphelins et enfants infectés par le VIH/sida » est un sujet plus que d'actualité, car les répercussions sur ce groupe de victimes de l'épidémie sont à court, moyen et long termes. En effet, depuis quelques années, une approche psychopathologique s'affirme afin de mieux comprendre et mesurer les conséquences psychologiques de l'épidémie sur les enfants. On comprend alors mieux l'état psychologique des enfants victimes du VIH/sida ou ses effets sur les enfants infectés et/ou ceux affectés.

Bien que les problèmes des orphelins et des enfants soient au cœur des préoccupations mondiales, très peu d'études ont été réalisées pour mesurer l'ampleur psychologique de la maladie sur cette catégorie d'enfants. Au Bénin où le département de psychologie est assez nouveau, on enregistre peu d'études dans le domaine, portant sur les enfants et le VIH/sida, d'où peu d'actions préventives ou curatives d'ordre psychologique bien étudiées. Dans les structures de prise en charge, c'est surtout le volet socioéconomique qui est pris en compte, puisque la vulnérabilité ne semble perçue qu'à ce plan. On pourrait aussi penser que les outils et moyens pour la prise en charge sur le plan psychologique sont peu disponibles.

Devant une certaine impuissance des acteurs à percevoir à juste titre le volet psychologique, notre étude se propose de s'intéresser quelque peu aux orientations et appuis à la prise en charge dans ce secteur.

Nous estimons que nos réflexions, au terme de la rédaction de ce mémoire, permettront d'améliorer la prise en charge psychologique des orphelins et des enfants infectés ou affectés du VIH/sida. Un projet de stratégies permettra de

renforcer les structures de prise en charge sises à Cotonou, en particulier et celles du Bénin, en général.

Notre travail s'articule autour de 4 principaux chapitres. Le premier chapitre a abordé les considérations théoriques, le deuxième a présenté le cadre d'étude et la démarche méthodologique, le troisième chapitre est consacré à la présentation des résultats et le dernier, à la discussion.

## 1. GÉNÉRALITÉS

### 1.1 CLARIFICATION CONCEPTUELLE

#### 1.1.1 Problèmes psychologiques

Un **problème** est tout ce qui entrave, empêche, qui crée un dysfonctionnement, une difficulté. Selon le dictionnaire *Larousse encyclopédique illustré* (1999), les problèmes sont des difficultés souvent complexes auxquelles on est confronté. Le grand dictionnaire de psychologie (1999) précise que ce n'est pas seulement la situation, mais c'est aussi la relation entre la tâche à résoudre et les compétences du sujet.

Est **psychologique** tout ce qui a rapport avec la vie mentale ou psychique. Qui appartient à la psychologie ou qui en relève.

Le **problème psychologique** est constitué d'éléments relevant d'un dysfonctionnement, d'une anomalie ou d'une entrave à la vie interne des enfants. C'est aussi l'état de choc créé dans la vie de l'enfant par l'apparition du VIH dans le cercle familial.

De notre point de vue, problème psychologique ici fait allusion à la désorganisation intrapsychique, sociale et familiale dans laquelle sont plongés les enfants ; ceci fait appel à la notion du conflit psychologique.

Selon le dictionnaire *Psychanalytique* (1999), le conflit intrapsychique traduit la difficulté inconsciente et particulière à laquelle le sujet est confronté. Selon le grand dictionnaire de psychologie (1999), c'est la situation d'un sujet dans laquelle celui-ci se trouve soumis à des tendances cognitives et motivationnelles de sens contraire. Il précisera plus loin que c'est l'expression d'exigences internes inconciliables, telles que désirs et représentations opposés, et plus spécifiquement de forces pulsionnelles antagonistes (le conflit psychique peut être manifeste ou latent). C'est l'opposition entre des désirs contradictoires

ou l'opposition entre un désir et un interdit ([www.geopsy.com](http://www.geopsy.com)). Ces conflits peuvent se traduire par la confrontation entre les différentes instances psychiques ; par exemple dans les névroses, le conflit s'installe entre le ça et le surmoi mais aussi entre les pulsions de vie et de mort, entre le désir et le mécanisme de défense.

### **1.1.2 Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV)**

En général, ce concept désigne :

- les orphelins du fait du VIH/sida (infectés par le VIH ou non) ;
- les enfants non orphelins, mais affectés ou rendus vulnérables du fait du VIH/sida.

Au Bénin, la politique nationale prend plus en compte, les OEV du fait du VIH/sida. Pour cette

- **Orphelin**

On définit l'orphelin, comme étant tout enfant de moins de 18 ans ayant perdu soit ses deux parents c'est-à-dire orphelin de plein statut ou orphelin double ou orphelin complet, soit l'un des deux parents c'est-à-dire orphelin de statut partiel soit orphelin de mère ou orphelin de père (UNAIDS/UNICEF, 2004).

- **Enfant**

Du latin « Infans », l'enfant signifie celui qui n'a pas encore 13 ou 14 ans. Selon la convention des Nations Unies, relative aux droits de l'enfant, « on appelle enfant tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf dans les cas où d'après la loi applicable à l'enfant la majorité est à atteindre à un plus jeune âge ». Il est « l'être humain dont la structure Biologique, mentale, psychologique n'est pas encore achevée » (BOKO, 2009). L'enfant est un être en devenir, il change dans le temps, car croît ; mais aussi dans l'espace, car l'environnement

le transforme. Il est différent de l'adulte, mais aspire à devenir comme lui bientôt.

L'enfant est un être immature qui avance progressivement dans son développement. Ce processus est marqué par trois (03) phases (GESELL, 1953) à savoir la période d'innovation, la période d'intégration et enfin la période d'équilibre. C'est toute personne quel que soit le sexe (fille ou garçon) dont l'âge est compris entre 0 et 18 ans. Dans plusieurs pays, l'âge de 18 ans est généralement accepté comme l'âge de la majorité, bien qu'il existe des exceptions juridiques dans tous les pays, par exemple, l'âge légal du mariage, l'âge auquel on peut faire un testament ou donner son consentement pour un traitement médical.

- **Enfant vulnérable**

Selon le petit dictionnaire *Larousse* (2014), est vulnérable un sujet qui est susceptible d'être atteint par un mal ou un péril qui le menace. Selon SMART (2003), la vulnérabilité est un concept complexe, difficile à définir tel qu'en témoignent les définitions locales ou communautaires de la vulnérabilité (enfants souffrant d'infirmités ou vivant dans le dénuement). Selon l'ONUSIDA (2011), c'est un phénomène englobant l'inégalité des chances, l'exclusion sociale, le chômage ou la précarité et les autres facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques qui rendent une personne plus susceptible d'être infectée par le VIH et de développer le sida. Le concept de vulnérabilité ne se limite pas uniquement aux individus tels que des enfants, mais il est souvent utilisé à l'égard des ménages. La vulnérabilité se définit donc comme le résultat de la rencontre entre un risque extérieur et la capacité de l'individu ou du ménage à y faire face. Il s'agit d'un concept dynamique puisque la vulnérabilité peut surgir à un moment particulier de la vie d'un individu, puis se réduire, voire disparaître. Selon le monde médical, elle se définit comme une fragilité face à

une maladie ou une agression extérieure. Ce concept regroupe l'ensemble des enfants qui peuvent être blessés, atteints physiquement, moralement, psychologiquement ou socialement (les enfants résistent mal aux attaques).

Dans le cadre de notre travail, ce concept renvoie à la situation d'extrême fragilité des enfants, induite par l'action directe ou indirecte du VIH/sida sur leur vie. Selon UNICEF (2001), la vulnérabilité peut donc être :

- Sociale (fragilité des mécanismes de tutorat, accentuation de la mobilité des enfants, dislocation de la cellule familiale, séparation de la fratrie, abandon scolaire, non scolarisation, entre autres) ;
- Économique (paupérisation des familles, travail précoce, développement des situations de « survie ») ;
- Juridique (violation des droits successoraux, violation des Droits des enfants) ;
- Psychoaffective (manque de confiance, baisse de l'estime de soi, perte des liens, deuil, isolement et marginalisation).

- **Enfants infectés**

Les enfants infectés représentent les enfants ayant contracté le VIH/sida, à la suite de transmissions materno-infantile du virus, d'injections (dangereuses) faites avec des instruments non aseptisés ou de rapports sexuels précoces (souvent par abus). Une certaine proportion d'enfants et d'adolescents sont ainsi infectés et risquent de mourir avant l'âge adulte, du moins dès l'âge reproductif, si aucune mesure n'est prise. Il a été estimé qu'en 2013, environ 3,2 millions d'enfants entre 0 et 14 ans sont infectés par le VIH/sida dans le monde, tandis que 650 autres sont nouvellement infectés chaque jour. (ONUSIDA, 2014). En somme, les enfants infectés sont les enfants vivant avec le VIH, alors que les enfants affectés par le VIH sont ceux qui subissent l'impact psycho-socio-économique de la maladie.

- **Enfants affectés**

Les enfants affectés par le VIH/sida sont les enfants ayant perdu leur père, leur mère ou les deux, des suites du VIH/sida ; c'est aussi les enfants ayant un membre de la famille infecté par le VIH/sida. On y compte aussi les enfants vivant dans une communauté fortement touchée par le VIH/sida et par conséquent, indirectement affectés.

Ce concept recouvre donc :

- Les orphelins du fait du VIH/sida,
- Les enfants vivant dans les familles ayant à charge des parents malades du sida ou des orphelins du sida ;
- Les enfants dont les parents sont atteints et qui, de ce fait doivent renoncer prématurément à leur enfance pour assumer une certaine responsabilité vis-à-vis de la famille. Ils sont alors obligés d'abandonner l'école, de travailler, d'élever leurs frères et sœurs plus jeunes, de prendre soins de leurs parents ou d'autres membres de la famille (C.D.C- Atlanta, 1987).

### **1.1.3 Psychothérapie**

Selon le dictionnaire le *Petit Larousse Illustré* (2014), la psychothérapie est toute utilisation de moyens psychologiques pour traiter une maladie mentale, une inadaptation ou un trouble psychosomatique. Elle se définit comme l'art de soigner l'esprit. Selon le dictionnaire de la psychanalyse et de la psychologie (1986), la psychothérapie utilise les connaissances de la psychologie et de la psychanalyse. Ses procédés sont très divers (entretiens, groupes de parole, par exemple) et visent à améliorer la relation d'un patient au monde et à atténuer ses souffrances. L'Ordre des Psychologues du Québec définit la psychothérapie dans le projet de loi 21, comme : « Un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème

entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien » (Assemblée Nationale Québec, 2009).

Nous connaissons tous avec des degrés d'intensité variable, des événements de vie qui nous affligent et devant lesquels nous n'avons pas toujours des ressources physiques, psychologiques et morales nous permettant d'y faire face.

#### **1.1.4 Psychothérapie de soutien**

C'est un ensemble de techniques utilisées par le psychologue, qui vise à aider le patient à surmonter une crise et à rétablir son équipement intérieur. Il s'agit pour le thérapeute d'aider le patient à se reconstruire en utilisant au mieux ses capacités propres de réparation. La psychothérapie de soutien peut être utilisée en monothérapie.

### **1.2 SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES ENFANTS EN RAPPORT AVEC LE VIH/SIDA ET LEUR PRISE EN CHARGE**

#### **1.2.1 Situation épidémiologique liée au VIH/sida**

Le VIH/sida a irrémédiablement perturbé la vie de plusieurs millions d'enfants de par le monde. En 2007, on a estimé que 2,1 millions d'entre eux vivaient avec le VIH/sida et que 15 millions avaient perdu un ou deux parents à cause du même virus. Le rapport sur les enfants et le sida, cosigné par l'UNICEF, l'OMS et l'ONUSIDA, affirme que le plus grand défi des deux années qui devraient suivre, serait d'empêcher les nouvelles infections (UNICEF, 2008). Deux millions d'enfants atteints du VIH/sida n'ont toujours pas accès à des médicaments

adaptés et les enfants vivant avec le VIH continuent à souffrir des lacunes persistantes de la couverture thérapeutique.

L'Afrique sub-saharienne est de loin la plus touchée avec près de 87,5% des cas d'infections concernant des enfants (560 000 cas d'infections sur 640 000 dans le monde pour l'année 2004), et 85% des enfants de moins de 15 ans infectés par le virus (1 850 000 d'enfants sur 2100 000 dans le monde en 2004). Il est ainsi estimé qu'en 2004, 450 000 décès chez les enfants de moins de 15 ans en Afrique sub-saharienne étaient dus au VIH/sida (ONUSIDA et OMS, 2004). On y a estimé à 1,4 million, le nombre des nouvelles infections à VIH en 2014, avec une chute de 41% depuis 2000. En 2000, 2,3 millions [2,2 millions-2,4 millions] et en 2014, 1.4 million [1,2 million à 1,5 million] selon l'ONUSIDA (2015).

En 2006, l'Afrique de l'ouest a enregistré 40% des cas de décès d'enfants en Afrique. En 2012, 647 000 enfants de moins de 15 ans, recevaient un traitement antirétroviral dans les pays pauvres et à faibles revenus. La couverture du traitement du VIH pour les enfants était toujours inférieure de moitié à celle des adultes en 2012 (ONUSIDA, 2013). Sans ces traitements, la moitié de ces enfants mourront avant leur deuxième anniversaire. Toutefois, la diminution des nouvelles infections à VIH est plus forte chez les enfants. On a enregistré de 2001 à 2012, que le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH a chuté de 52%, de 550 000 en 2001 à 280 000 en 2012 (ONUSIDA 2013).

Le Bénin est un pays à épidémie généralisée et à faible prévalence. Le premier cas de sida a été enregistré en 1985. Le nombre de cas de sida cumulé en 2008 est de 11 541 cas. En 2006, grâce à la troisième édition de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS III) combinée au dépistage du VIH, la prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1,2 % avec une disparité régionale et une atteinte beaucoup plus importante

des femmes : 1,5% contre 0,8% pour les hommes (CNLS, 2010). Un peu plus de la moitié de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et des filles. En Afrique subsaharienne, les femmes vivant avec le VIH sont plus nombreuses que les hommes vivant avec le VIH, et les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont jusqu'à huit fois plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les hommes (ONUSIDA : 2, 2010). La prévalence estimée au cours des années 2008 et 2009 est respectivement de 1,8% et 2,0%, avec comme sérotype le VIH1 à plus de 98%. La différence entre le milieu urbain et le milieu rural est significative d'une année à une autre : 2,6% en milieu urbain contre 1,1% pour le milieu rural en 2008 et 2,7% en milieu urbain contre 1,5% pour le milieu rural en 2009. En 2011-2012, le Bénin a organisé une Enquête Démographique et de Santé associée à la biologie du VIH et des IST, qui a permis d'estimer une prévalence de 1,2% avec 1,4% pour les femmes et 1% pour les hommes au sein de la population générale (CNLS, 2014). En 2016, 4589 enfants infectés ont été dénombrés dans la catégorie de 0-14 ans avec 271 nouvelles infections et 258 décès au cours de la même année (CNLS, 2016). Parmi ceux de 15-17 ans, plus de 1046 enfants infectés ont été dénombrés (CNLS, 2016).

En règle générale, le VIH agit de la même façon chez les enfants que chez les adultes. Il existe cependant certaines différences. En effet, les enfants ont généralement un compte de CD4+ beaucoup plus élevé que les adultes, qu'ils soient séropositifs ou pas. Il en est de même pour la charge virale (la quantité de VIH dans le sang). Le compte de CD4+ et la charge virale des enfants atteignent habituellement le même niveau que ceux des adultes dès la puberté. Une autre différence entre les enfants et les adultes est que leur système immunitaire n'a pas fini de se développer. Peu de recherches ont été effectuées pour déterminer précisément quel effet le VIH exerce sur un système immunitaire en développement. Seulement, on peut faire remarquer que les enfants atteints du

VIH ont tendance à contracter davantage d'infections bactériennes, comme des pneumonies et des sinusites (CATIE, 2016).

### **1.2.2 Modes de transmission chez les enfants**

On distingue généralement trois modes de transmission qui n'épargnent pas les enfants. Ce sont la transmission de la mère à l'enfant, la transmission par la voie sanguine et la transmission par la voie sexuelle.

#### ➤ ***Transmission de la mère porteuse du virus à l'enfant***

Le mode de transmission le plus fréquent au niveau des enfants est la transmission de la mère porteuse du virus à l'enfant. En effet, près de 10% des infections sont dues à ce mode. Ainsi, 3 enfants sur 10, nés de mères infectées deviennent eux aussi infectés par le VIH (BLYTH et al, 2011). La transmission de la mère à l'enfant se fait de trois différentes manières :

##### **– Pendant la grossesse**

Le virus réussira à traverser le placenta de la femme enceinte si sa contamination est survenue au cours de la grossesse. Selon les enquêtes en décembre 2012, plus de 900 000 femmes enceintes vivant avec le VIH dans le monde ont bénéficié.

##### **– Durant l'accouchement**

Le virus peut aussi se transmettre au cours de l'accouchement lorsque l'enfant avale du liquide ou du sang de la mère. Le virus peut aussi passer de la membrane muqueuse de la bouche ou des yeux du nouveau-né pour aller dans son organisme. Si celui-ci est né avec l'aide des instruments comme les pinces, une blessure enregistrée sur la peau trop fragile de l'enfant peut être fatale pour lui. Mais le risque de contamination est sensiblement réduit lorsque la mère est mise sous un traitement antirétroviral avant la période de l'accouchement. Cette prévention, parfaitement organisée dans les pays industrialisés, est encore très

imparfaite ou inexistante dans beaucoup de régions du monde, comme le Bénin. Le risque est encore réduit si l'accouchement n'est pas effectué par césarienne.

– **Lors de l'allaitement**

Le lait maternel est le dernier moyen par lequel le virus pourrait être transmis à l'enfant. Près de 10% des enfants sont infectés lorsqu'ils sont allaités pendant toute une année ou plus (BLYTH et al, 2011). Ce virus passe par la membrane muqueuse de la bouche du bébé surtout si les mamelons de la mère sont blessés ou si les seins de la mère ont une inflammation.

➤ ***Les infections par transfusion de sang contaminé ou par injections dangereuses***

La contamination par les transfusions de sang contaminé ou par injections dangereuses sont de moindre importance. Seulement, certains enfants se retrouvent infectés à la suite d'un séjour à l'hôpital. L'enfant peut être d'une part infecté lors d'une transfusion sanguine, si le sang qui lui a été donné n'a pas été analysé. Mais il peut également être infecté lors d'une injection si le personnel soignant ne prend pas les précautions nécessaires pour éviter toute contamination. Lors d'un séjour à l'hôpital, la probabilité d'être infecté par le VIH au cours d'injections dangereuses peut en effet devenir élevée si, comme c'est souvent le cas dans les régions endémiques, plus de la moitié des autres malades sont séropositifs. Un autre risque auquel peuvent être confrontés les enfants est l'infection par injection de drogues. Utiliser une seringue non stérile ou partager son aiguille avec d'autres personnes peut entraîner un risque d'infection. Même si l'utilisation de drogues est moins importante chez les enfants de moins de 18 ans, elle existe. Il existe aussi un risque par la négligence des adultes, par le fait par exemple, d'une lame utilisée et laissée à la portée des enfants qui finissent par se couper la peau. Percer les oreilles aux enfants, les scarifier avec des

matériels non stérilisés peuvent être fatales pour les enfants. Mais il faut noter que le risque est très minime dans ces derniers cas, les chiffres sont estimés à cinq pour cent (5%) pour toutes les personnes infectées par le VIH (DIXON, cité par BLYTH, 2011).

➤ ***Les infections dues aux abus sexuels et/ou aux activités sexuelles précoces***

Même si les activités sexuelles sont souvent associées aux adultes, ils représentent également un risque pour les enfants, en particulier pour ceux qui s'approchent de 15 ans. Beaucoup de jeunes ont des relations sexuelles consenties bien avant l'âge légal de consentement. L'éducation sexuelle et celle liée au VIH/sida est proposée à différents âges dans le monde, mais celle-ci est trop souvent inadaptée aux demandes des jeunes.

Des enfants débutent bien souvent leur vie sexuelle sans avoir été informés ni sur les différents risques d'infections auxquels ils s'exposent ni sur les moyens de se protéger. L'âge moyen au moment du premier rapport sexuel est de 19,1 ans (garçons : 19,6 ans et les filles : 18,5 ans). Sept jeunes travailleurs sur 10 (72,1%) étaient déjà sexuellement actifs avec 74,5% des garçons et 69,8% des filles (CNLS ,2008). L'âge médian au premier rapport sexuel se situe entre 16,5 et 17,2 ans. (CNLS ,2008). Selon les données recueillies au cours des dernières années par l'ONUSIDA, plus de 60% des adolescentes (de 15 à 19 ans) dans 21 pays africains ont au moins une idée fautive à propos du sida ou n'ont jamais clairement entendu parler du sida (LEMARIÉ, 2006).

D'autres enfants sont exposés au virus du sida par des activités sexuelles non consenties : abus ou viol. En plus du traumatisme qu'entraîne une telle expérience, ils peuvent être infectés si le violeur est lui-même porteur du virus. Selon certaines études, la tranche d'âge la plus représentée chez les enfants admis après une agression sexuelle était celle des 3 ans (SMITH, 2005). En réalité, les enfants sont par nature plus vulnérables aux lésions, infections et maladies

et ils sont rarement en mesure d'exiger des rapports protégés ou de repousser un agresseur.

### **1.2.3 Suivi de la prise en charge et problèmes spécifiques**

La prise en charge d'un enfant infecté par le VIH demande une consultation hospitalière tous les 3 mois auprès d'un médecin spécialiste, avec un bilan sanguin pour surveillance de la maladie et des effets secondaires immédiats du traitement. Un enfant traité grandit normalement et mène aujourd'hui une vie normale avec très peu de différence par rapport aux autres qui ne sont pas infectés.

Le nombre des orphelins (de toute étiologie) a largement augmenté de plus de 50% en Afrique Sub-saharienne, alors qu'il est en diminution dans les autres parties du monde depuis 2001. L'épidémie du VIH/sida en est la principale cause en Afrique Sub-saharienne : plus de 15 millions d'enfants de 0 à 17 ans ont perdu l'un ou les deux parents pour cause de VIH/sida, soit 80% du nombre total d'enfants orphelins pour cause de VIH/sida dans les pays en développement. Même dans les pays où le taux de prévalence du VIH/sida se stabilise ou décroît, le nombre d'orphelins continuera à augmenter ou du moins restera élevé pendant plusieurs années, en raison du temps d'incubation de la maladie, de l'ordre de 10 ans pour la souche VH-1, la plus répandue en Afrique Sub-saharienne. Par conséquent la mise sous contrôle de l'épidémie ne se fera ressentir que plusieurs années après la diminution des taux de transmission de l'infection.

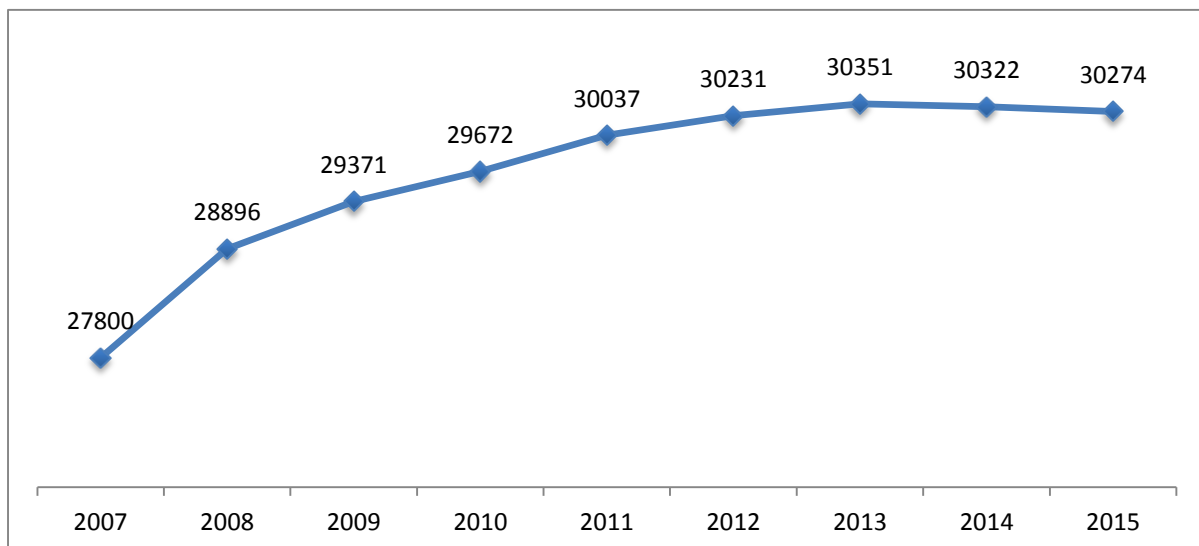
Outre l'augmentation du nombre d'orphelins, l'épidémie du VIH/sida a des conséquences sur la nature même du statut d'orphelin. Dans des conditions « sans Sida », les orphelins de père sont plus nombreux que les orphelins de mère. En effet, les hommes ont, en règle générale, des enfants plus tardivement que les femmes et ont par conséquent plus de probabilité de mourir avant que

tous leurs enfants n'aient atteint l'âge adulte. Cependant, avec l'épidémie du VIH/sida, les données sont bouleversées. Pour de multiples raisons sociales et biologiques, les femmes sont plus exposées aux risques d'infection au VIH. Des 22,4 millions d'adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne en 2005, 13,2 millions sont des femmes, soit 58,93%. Selon ONUSIDA (2006), les femmes d'Afrique subsaharienne ont 1,3 fois plus de risque d'être infectées par le VIH que les hommes de cette même région. Le risque des jeunes femmes entre 15 et 24 ans d'être infectées est même trois fois plus élevé que celui des hommes dans la même classe d'âge (ONUSIDA, 2006).

Par conséquent le nombre d'orphelins de mère tend à augmenter plus vite que le nombre d'orphelins de père. D'autre part, le VIH/sida se caractérise dans le sens que si l'un des parents est infecté, le deuxième parent a de fortes probabilités d'être également infecté. Un enfant ayant ses deux parents infectés par le virus a ainsi un risque important de perdre les deux dans un court terme. L'épidémie du VIH/sida est ainsi la cause de l'augmentation de la proportion d'orphelins double par rapport à l'ensemble des orphelins. Tous les enfants orphelins du Sida ne vivent pas dans les mêmes conditions suivant les pays, les cultures, les âges et leurs statuts. L'hypothèse implicite que ces enfants forment un groupe indifférencié dont les membres vivent les mêmes réalités est fausse. Tout d'abord, suivant qu'ils aient perdu leur mère, leur père ou leurs deux parents, les enfants ne se retrouvent pas dans la même situation. Perdre une mère signifie souvent perdre le tuteur direct et, bien souvent, la principale source d'affection. Différemment, perdre un père met souvent la famille dans une situation financière difficile. Enfin, perdre ses deux parents signifie parfois, ne plus avoir de cadre protecteur, être vulnérable et livré à soi-même. Cependant, compte tenu de l'importance de la solidarité intergénérationnelle et de la circulation des enfants au sein de la famille élargie, on peut se demander

ce qu'est un orphelin dans le contexte africain. En effet, en Afrique, un grand nombre d'enfants ne vivent pas avec leurs parents biologiques et ne sont donc pas élevés par eux : ils sont confiés à la famille élargie. Le placement des enfants au sein des réseaux de parenté et de relations est une pratique très ancienne et fréquente en Afrique. D'ailleurs, de nombreux enfants, lorsqu'ils deviennent orphelins, ne vivaient pas forcément avec leurs parents biologiques. Ainsi, même si un enfant vivait avec ses parents biologiques, et que l'un ou les deux parents meurent, il n'est pas automatiquement considéré comme orphelin, car les règles traditionnelles régissant les sociétés africaines permettent la prise en charge des enfants au sein de la famille élargie ou de la communauté. De ce fait, un orphelin ne devrait jamais vraiment être considéré comme orphelin, tant qu'il est pris en charge par le reste de la famille.

Au Bénin, le nombre d'orphelins compris entre 0 et 18 ans est estimé en 2010 à 307.412 soit 8,43% du nombre d'enfants au Bénin pour la même année (CNLS, 2010) dont 30274 par le fait de sida en 2015 (CNLS 2008, confer Figure 1).



**Source** : Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS, ONUSIDA Bénin, 2010

**Figure 1** : Répartition des orphelins du sida (en effectif), au Bénin, de 2007 à 2015

### 1.3 PROBLÉMATIQUE

La pandémie de sida est la guerre non déclarée la plus mortelle au monde, dont l'Afrique a été la première victime (UNICEF, 2001). Malgré les multiples programmes de soutien, et les nombreuses mesures prises par les différents organismes et structures internationaux, elle reste un fléau non maîtrisé à cause des conditions misérables de vie des populations qui n'arrivent pas à se procurer les soins primaires. Cette lacune génère de nombreuses conséquences détruisant ainsi la vie, non seulement des personnes infectées, mais aussi celle de leur environnement immédiat. Cette situation est davantage chaotique dans les pays pauvres, surtout ceux de l'Afrique de l'ouest et plus précisément dans notre pays le Bénin.

En effet, l'épidémie du sida prive des familles de leurs piliers et crée des problèmes économiques, psychologiques, et sociaux comme la pauvreté, la discrimination, la stigmatisation, les conflits, qui dressent le lit à de nombreux troubles psychologiques. Infectés ou non, les enfants vivant dans ces familles touchées par la maladie sont fragilisés bien avant le décès des parents atteints et à fortiori lorsque les parents décèdent, selon les études réalisées par AUDEMORD et VIGNIKIN (2001). Non seulement, cette pandémie prive les orphelins de leurs droits à jouir d'une enfance de qualité ou tout au moins d'une enfance normale, mais elle a aussi des effets particulièrement délétères sur leurs chances de survie ou de développement harmonieux.

Au niveau mondial, le nombre d'enfants vivant avec le VIH est passé de 1,5 million en 2001 à 2,5 millions en 2007. Le nombre estimé de nouvelles infections chez les enfants a toutefois diminué, passant de 460 000 en 2001 à 420 000 en 2007. Les décès attribuables au sida parmi les enfants avaient augmenté, de 330 000 en 2001 à 360 000 en 2005, mais ont commencé à diminuer, l'estimation pour 2007 étant de 330 000 (ONUSIDA, 2007). Près de 90% des enfants de moins

de 15 ans infectés vivent en Afrique subsaharienne (OMS, 2012) tandis que 40 à 50% (ONUSIDA, 2007) de ces enfants, qu'ils soient orphelins ou infectés, sont contaminés dès leur naissance en Afrique subsaharienne et 15 à 30% (ONUSIDA, 2007) le sont en Europe. Les chiffres des réseaux d'OEV révèlent que 800000 nourrissons sont infectés parmi lesquels 600000 par la transmission de la mère à l'enfant ([www.reseauoev.org](http://www.reseauoev.org)). Selon les mêmes chiffres, les jeunes (15-24 ans) sont plus vulnérables à l'infection. On estime que chaque jour 6000 personnes entre 15 et 24 ans contractent l'infection à VIH.

En 2016, on a estimé à 4589, le nombre d'enfants infectés par le virus au Bénin (CNLS, 2016). Tandis que 1,5% de femmes sont infectées au sein de cette population (CNLS, 2014), de nombreuses femmes séropositives tombent enceinte et transmettent ainsi le virus à de nombreuses progénitures. En milieu urbain, précisément dans la ville de Cotonou, où se situe le cadre de notre étude, hôpital "BETHESDA" et le centre social de la zone sanitaire V, la prévalence est de 3,25% (CNLS, 2016). Ceci s'explique d'une part, par une urbanisation vertigineuse et son statut de ville cosmopolite caractérisée par la recherche effrénée de profits et l'effritement du tissu social au profit des activités économiques. D'autre part, Cotonou est la ville des brassages socioculturels, source de tous les comportements à risques liés au VIH où enfants et femmes sont parfois obligés de se livrer à des activités sexuelles pour pouvoir survivre et pour paraître conformes à l'identité sociale. Ville purement économique, les enfants sont livrés à eux-mêmes, obligés d'abandonner l'école, de s'occuper de leurs parents malades ou même de travailler pour se prendre en charge. Ainsi, ils se retrouvent parfois seuls face aux défis de la vie. Même si la psychologue clinicienne Myriam Macarelle écrit dans la revue *Sidaction*, parution de janvier-février 2006 qu'« Aucune étude ne permet d'évaluer précisément l'impact de l'épidémie sur la santé psychologique », le VIH/sida apparaît cependant comme

un facteur de fragilisation et de désharmonie mentale. Les orphelins et les enfants porteurs du VIH/sida doivent faire face à toutes sortes de pressions sociales telles que la stigmatisation, la discrimination, l'incapacité financière des parents, due à la dégradation de leur santé ou à leur décès. À cela s'ajoute à priori l'annonce de la séropositivité de l'un ou des deux parents, la manifestation physique de la maladie de l'un ou des deux parents, son nouveau statut d'orphelin, la réaction de son entourage. Quand l'enfant constatera que la communauté a démissionné, il fera face seul de façon tragique à la maladie, la malnutrition, la morbidité, et la mortalité juvénile, l'échec scolaire voire la déscolarisation puis devient victime de l'exploitation économique, sexuelle et pourrait devenir un garde malade pour les parents rongés par la maladie.

Devant cette situation difficile, déplorable et alarmante, nous nous évertuerons à étudier les conséquences psychologiques dans lesquelles se trouvent plongées ses nombreuses progénitures. Ainsi, à travers l'étude de notre thème intitulé « Problèmes psychologiques des orphelins et enfants porteurs du VIH/sida », nous avons choisi de nous interroger sur les aspects suivants :

- Comment se présente concrètement la situation socioéconomique des orphelins et enfants porteurs du VIH /sida ?
- Quelles sont les réalités psychologiques auxquelles font face les orphelins et enfants porteurs du VIH/sida et leurs implications ?
- Quelle alternative pour une prise en charge psychologique appropriée ?

En vue de mieux cerner les enjeux de ces questions de recherche, nous proposons l'élaboration de quelques pistes de réflexion en guise d'hypothèses nous permettant de présenter les objectifs à atteindre au terme de notre étude.

## **1.4 HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS**

### **1.4.1 Hypothèses**

Si nous admettons que le VIH /sida constitue aujourd'hui un fléau qui entrave l'évolution de l'Afrique noire, la prospective de mieux aborder les contours du thème nous pousse à émettre les hypothèses suivantes :

- L'infection ou le décès des parents par le VIH/sida a pour conséquence immédiate la vulnérabilité psychologique des enfants ;
- Les orphelins et enfants porteurs du VIH/sida présentent un tableau psychopathologique nécessitant une prise en charge psychologique appropriée.
- L'accompagnement psychologique des enfants reste aléatoire et nécessite l'implication de psychologues pour un accompagnement plus professionnel et plus efficace.

### **1.4.2 Objectifs de la recherche**

#### ***Objectif général***

L'objectif général est d'étudier les réalités quotidiennes que vivent les orphelins et enfants porteurs du VIH/sida et leurs problèmes psychologiques.

#### ***Objectifs spécifiques***

- 1) Identifier les vulnérabilités psychologiques des orphelins et enfants porteurs du VIH/sida.
- 2) Décrire les troubles psychologiques chez les orphelins et enfants porteurs du VIH/sida de l'hôpital de Bethesda et du centre social de la zone sanitaire V de Cotonou.
- 3) Recenser les besoins, failles ou insuffisances observés dans l'accompagnement des orphelins et enfants porteurs du VIH/sida, afin de

pouvoir proposer des pistes d'accompagnement psychologique appropriées.

### **1.5 ÉTAT DE LA QUESTION**

Les problèmes des orphelins et des enfants infectés du VIH/sida est un thème qui a intéressé nombre d'auteurs et institutions dans bien d'ouvrages et revues. En effet, à la page 31 de la revue « Ce que les autorités religieuses peuvent faire contre le sida : Action en faveur des enfants et des jeunes », publiée par l'UNICEF (UNICEF, 2002), il a été question de l'ampleur de la situation des enfants dont 14 millions ont actuellement 15 ans. Selon une étude, 4 sur 5 orphelins du sida vivent en Afrique subsaharienne et ceux-ci souffrent d'énormes maladies. Ils sont privés de leurs droits, traités de façon discriminatoire et déshérités. Selon cette même revue, ces enfants ne peuvent plus compter sur les adultes, les enfants sont en situation de risque grave : ils risquent de souffrir de la faim, de devoir abandonner leurs études, de perdre leur héritage, de se droguer, d'être victimes de violence sexuelle ou psychologique, et de contracter eux-mêmes le VIH. Seulement, il n'a nulle part été question de la description de l'ampleur psychologique de ces situations tragiques sur ces enfants.

Dans la revue « Les générations orphelines d'Afrique » publiée par UNICEF à New York en Février 2004 (UNICEF, 2004), il a été relevé que les orphelins souffrent des pires formes de travail des enfants. Ils servent comme employés de maison, et n'ont pas le droit de quitter volontairement leur emploi. Selon une étude réalisée en Zambie et rapportée par cette même revue, la prostitution est un secteur dans laquelle on retrouve 47% d'orphelins doubles et 24% d'orphelins d'un seul parent. Ceux-ci vivent difficilement et sont traumatisés. Ils sont privés d'affection dans les familles d'accueil et se sentent seuls et très différents des autres enfants. Ils ont du mal à exprimer leurs inquiétudes et présentent des signes sérieux de détresse. Ils peuvent intérioriser leurs sentiments et leur stress,

en croyant être anormaux d'une façon ou d'une autre, avec une faible estime de soi. Ils souffrent de dépression, d'anxiété et deviennent parfois agressifs. Les auteurs de cette revue ont le mérite de mettre en évidence quelques problèmes psychologiques des orphelins et des enfants infectés, surtout en apportant plus de détails sur le parcours socio-économique difficile de ceux-ci.

Dans la revue « Enfants et sida », 2<sup>ème</sup> bilan de la situation de la Collection "Unissons-nous pour les enfants contre le sida", publiée par UNICEF en Février 2007, il est rapporté à la page 40 que l'infection au VIH ne fait qu'augmenter la souffrance des enfants et l'ONU fait constater que beaucoup de responsables d'enfants hésitent à révéler aux enfants qu'ils sont séropositifs de peur d'ajouter un poids supplémentaire au stress et à l'anxiété dont ils sont la proie. Ainsi, ils proposent qu'un système ou un réseau soit mis en place pour l'accompagnement psycho-social. Dans tous les cas, ces auteurs ont manqué de préciser que l'annonce de la séropositivité aussi complexe qu'elle soit, relève beaucoup plus de la compétence des parents ou tuteurs que des institutions de prise en charge.

Selon la revue « les orphelins du sida, réponse de la ligne de front en Afrique de l'Est et en Afrique australe », les orphelins et enfants infectés par le VIH/sida subissent des pertes accablantes que rien ne vient adoucir car ils vivent dans des sociétés déjà affaiblies par le sous-développement et la pauvreté. Ainsi, elle rapporte que les orphelins risquent plus d'être malnutris et de souffrir d'un retard de croissance que les enfants qui ont encore leurs parents qui s'occupent d'eux. Les auteurs ont estimé qu'il n'y a pas de réponse instantanée aux problèmes que pose le sida, et ceux liés au nombre élevé d'orphelins n'y font pas exception. Ils n'ont donc malheureusement pas pu aller plus loin en montrant l'impact psychoaffectif de cette maladie sur les orphelins et enfants infectés dans ce contexte d'extrême pauvreté.

Dans la revue « la situation des enfants dans le monde » publiée par l'UNICEF en 2000, il est rapporté que le sida fait subir aux enfants qui sont les membres les plus vulnérables de la société et les moins visibles, des pertes difficiles à imaginer et encore difficiles à traduire en statistiques. Ils ont estimé que le chaos peut provoquer des troubles psychiques chez les enfants et paralyser leur développement, ce qui rend les programmes destinés à répondre à leurs besoins aussi nécessaires que ceux qui pansent leurs plaies physiques. Les auteurs de cette revue ont réussi à montrer l'impact psychologique de la maladie et ont même proposé un accompagnement psychologique pour rendre plus efficace les autres formes de prise en charge.

Dans la revue « Une meilleure protection des enfants affectés par le Sida » publiée par l'UNICEF en Mai 2007, il a été rapporté que lorsque les parents tombent malades et commencent à dépérir, les enfants, surtout les adolescents, sont souvent obligés d'abandonner l'école pour s'occuper de leurs parents mourants, puis du reste de la fratrie à la mort des parents. Souvent, ils n'arrivent pas à faire respecter leurs droits de succession et sont rejetés par leur communauté. Selon la même revue, des études ont révélé que les enfants devenus orphelins et ceux dont les parents sont malades, ont un taux d'assiduité scolaire moins élevé et un accès moins fréquent aux soins de santé, parce que les pourvoyeurs de soins trouvent plus difficile de pourvoir aux besoins médicaux de tous les enfants de la maisonnée. Cette revue n'a pas pu montrer comment se développe le conflit psychologique aux différentes étapes de la vie de ces adolescents ; ainsi, ils pourraient parler de l'impact psychologique du travail des enfants et de l'impact psychoaffectif de ces enfants dont les droits sont ainsi bafoués.

Selon DIXON (2001), dans son livre le « sida et vous », la multiplication du nombre d'orphelins et des enfants infectés par le VIH/sida et l'augmentation des

foyers dirigés par les enfants constituent deux des conséquences sociales les plus navrantes et les plus frappantes de l'épidémie du sida. Selon lui, la responsabilité des revenus et des soins, parfois non seulement pour leurs frères et sœurs mais aussi pour leurs parents souffrants et leurs grands parents âgés, devient de plus en plus, pour ces enfants, une charge à assumer. À son avis, ne pas offrir le montant des frais scolaires aux OEV risque de créer un déséquilibre dans la communauté et accroître les stigmatisations et les préjugés. Il propose qu'on permette aux familles et aux communautés de s'occuper des orphelins et de ne pas les envoyer dans les orphelinats où ils peuvent être stigmatisés (surtout si l'on peut lire « orphelin du sida » écrit sur la porte). En effet, cette mesure pourra favoriser quelque peu le développement harmonieux et le maintien de leur sens de l'appartenance à une famille et à une communauté. Il a réussi, dans son ouvrage, à montrer que ces enfants ont surtout leur place dans leurs familles plutôt que dans les centres d'accueil. On y voit une bonne solution pour réduire les risques de la stigmatisation et de la discrimination.

Le Conseil Œcuménique des Églises (1998), dans son ouvrage « Face au sida, l'action des églises », a montré que tout au long de l'histoire, toutes les sociétés ont cherché à protéger les individus de leur vulnérabilité dans le domaine de la sexualité. Elle propose alors que les églises s'engagent à devenir des communautés thérapeutiques pour soutenir et accompagner les nombreux enfants orphelins et assister les adolescents contraints de travailler pour nourrir leur famille. Le conseil a aussi appelé à accorder une attention particulière à la situation des enfants de tous âges touchés par le sida et de chercher à créer autour d'eux un environnement qui les soutient. Les auteurs n'ont pas abordé explicitement les problèmes psychologiques mais ont réussi à mettre en exergue des moyens propices à un accompagnement psychologique par les communautés.

Dans la revue LLAVECITAS, réalisée par des enfants touchés par le sida en Amérique Centrale, Angelica, une petite fille de 10 ans, fait une confidence : « Je ne veux pas dire que je souffre de « ça » parce que les gens vont moins m'aimer ». Cette revue a donc permis de toucher du doigt certaines de ces réalités psychologiques exprimées par les enfants mêmes (LLAVECITAS, 2003).

AKPLA (2004) a fait une étude sur la prise en charge des OEV dans son mémoire intitulé « la prise en charge psychosociale des Orphelins et Enfants Vulnérables du VIH/sida dans le Couffo : les dynamismes et les contraintes ». L'ONG IFAD appuie ces enfants en famille bien que disposant d'un orphelinat. Pour lui, la meilleure stratégie consiste à assurer les cinq besoins fondamentaux de ces enfants. Ce qui relève et pose le problème de pérennisation car, il serait difficile de faire sur une longue durée la prise en charge en institution des OEV.

Dans son mémoire de Maîtrise, AWANNOUGBE (2005) a montré les différents types et les formes de prise en charge dans son étude intitulée « La contribution à la prise en charge et à l'intégration socio-économique des OEV : cas de la commune de Porto-Novo ». Elle a mentionné les différents traumatismes qui affectent la réussite des OEV à l'école comme sur les lieux d'apprentissage, et a aussi parlé de la discrimination et de la stigmatisation qui les excluent de la société. Dans l'analyse des actions pour l'amélioration des conditions de vie des OEV à Porto-Novo, les familles d'accueil viennent mensuellement au siège de l'ONG Action Sociale pour discuter, échanger entre elles en compagnie des accompagnateurs d'ONG afin de trouver ensemble les approches de solutions aux différents problèmes. Des appuis pour le renforcement de leurs capacités économiques sont faits en vue d'une autonomisation des familles. Cela leur permet de mieux encadrer les enfants afin de leur garantir une intégration sociale durable.

Pour DINGNIGBEDE (2008) qui a travaillé sur le thème : « l'Etude comparée des approches communautaires et institutionnelles de prise en charge psychosociale des Orphelins et Enfants Vulnérables des conséquences du VIH/sida : cas de Porto-Novo et d'Akpro-Misséréte », l'état psychologique dans lequel vivent les orphelins est catastrophique. Il estime qu'ils sont des enfants exclus socialement et dont les droits à la liberté sont bafoués surtout quand ils seront obligés de vivre dans un centre d'accueil avec des règles parfois trop rigides. Selon ses recherches, la prise en charge psychosociale des OEV souffre d'insuffisances liées à la satisfaction des besoins des OEV dans l'un ou l'autre des cas. Pour lui, l'approche communautaire, visant le renforcement des capacités des parents/tuteurs des OEV et des communautés serait plus bénéfique aux OEV en terme de durabilité et donc de pérennisation tout en limitant les problèmes liés à la discrimination.

Selon les recherches effectuées par TONOUKOUIN (2010) dans son mémoire de Maîtrise intitulé : « accompagnement et soutien psychosociaux des OEV à base communautaire dans le village d'HILLACONDJI », les enfants étaient les plus touchés et les plus déshérités en ce qui concerne la transmission du VIH/sida et la survie. Les parents étant préoccupés par la situation de leurs enfants, restent impuissants parce personnellement démunis des moyens nécessaires pour aller à leur rescousse. L'auteur soutient que l'infection au VIH se vit dans une détresse psychologique et la pauvreté préexistante rend la vie quotidienne plus difficile. Elle propose comme perspective de restaurer l'équilibre psychologique des enfants ; ce qui ne peut se faire que dans un contexte familial et communautaire. Elle dit donc qu'il s'agit premièrement de répondre aux besoins sociaux des familles et plus particulièrement à ceux des enfants afin de fixer leur attention sur les différentes procédures. Les résultats auxquels elle est parvenue

permettent de se rendre compte du profond lien entre les conditions sociales et les problèmes psychologiques de ces enfants.

## **2. CADRE D'ÉTUDE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE**

### **2.1. PRÉSENTATION DE L'HÔPITAL BETHESDA**

#### **2.1.1 Contexte historique**

La création de l'hôpital Bethesda répond aux besoins de bien-être et de prise en charge sanitaire de la population béninoise à une certaine étape de l'histoire politique du Bénin. En effet, après la crise économique qui a secoué le Bénin à la fin des années quatre-vingts, les structures sociales sont devenues défailtantes et l'État s'est senti incapable de répondre et d'assurer les besoins de sa population. Il urgeait donc de recourir à une solution palliative. C'est alors que le conseil interconfessionnel du Bénin composé des églises d'obédience protestante a jugé nécessaire d'initier des projets concrets à caractère social pour soulager les peines et l'angoisse de la population. Le 19 février 1990, un centre de santé fut créé, le Centre de Santé Bethesda.

#### **2.1.2 Situation géographique**

D'abord centre de santé, puis hôpital, cette structure de santé BETHESDA est localisée dans le 8<sup>ème</sup> arrondissement de la commune de Cotonou, capitale économique du Bénin. Cette commune est située au sud du pays et constitue à elle seule le département du littoral avec une superficie de 79 km<sup>2</sup> et une densité de 8419 habitants/km<sup>2</sup>.

Cotonou est une ville cosmopolite où s'observe la plupart des activités économiques, politiques, administratives et culturelles. La ville de Cotonou abrite aussi des populations socio-économiques défavorisées qui se regroupent au sein d'une urbanisation spontanée très limitée, faute de moyen ; 38% de sa population vit en-dessous du seuil de pauvreté, la pauvreté monétaire touche environ une personne sur quatre (25,9%). Sur la période 2006 à 2009, il est noté

une légère baisse de la pauvreté, quel que soit le milieu de résidence, puis une augmentation de la pauvreté entre 2009 et 2011 (INSAE, 2013). Dans cette ville de Cotonou, les pauvres sont encore très pauvres. Selon les travaux de ATTANASSO (2005), Cotonou est la ville qui contribue de loin à la pauvreté urbaine, pour près de 75%, à la sévérité de la pauvreté urbaine.

Sa population est constituée de Fon, de Mina, de Yoruba et de leurs apparentes. Les autres groupes ethniques, notamment les Baribas, les Dendis, les Peulhs sont moins nombreux. Une frange non négligeable est représentée par la communauté étrangère. Cotonou est limitée au Nord par la commune de So-ava et le lac Nokoué. Au Sud par l'océan atlantique, à l'Est par la commune de Sèmè-kpodji et à l'Ouest par la commune d'Abomey-Calavi. L'hôpital BETHESDA est localisé dans la zone sanitaire V. Les activités de l'hôpital se déroulent sur trois sites qui sont à cheval entre deux quartiers, à savoir Houehoun et Minonkpo. Le site de Houéhoun abrite la maternité et la consultation pour la famille. Les deux sites de Minonkpo abritent le service d'ophtalmologie et le bâtiment principal, avec tous les autres services.

### **2.1.3 Administration de L'hôpital**

#### ***Direction de l'hôpital***

L'organisation administrative et technique de la direction est placée sous la responsabilité du directeur. Ce dernier est investi des pouvoirs dans les limites des objectifs stratégiques et dans le cadre des résolutions adoptées au conseil d'administration (CA).

#### ***Comité de direction***

C'est l'organe micro structurel qui se réunit pour connaître les dossiers ayant trait aux activités des services médicaux et paramédicaux ; de même, il veille à

l'application des décisions du conseil d'administration, ainsi qu'aux tests légaux auxquels Bethesda est soumis.

### ***Staff administratif***

Comité directeur élargi aux responsables des services et aux médecins, le staff discute de tous les sujets relatifs aux activités des services et de l'hôpital ainsi que des problèmes d'interrelation entre les différents services.

### ***Conseil médical consultatif***

C'est le staff médical qui réunit l'ensemble des médecins autour des questions spécifiques de santé, notamment la qualité des soins, la déontologie médicale, le recyclage-formation du personnel de santé tant en interne qu'en externe. En sa qualité d'organe consultatif, il joue le rôle de conseiller médical auprès de la direction sur les questions spécifiques.

### ***Personnel administratif***

Il comprend :

- ☞ Un assistant administratif, responsable de la gestion des ressources humaines ;
- ☞ Un service de comptabilité finance ;
- ☞ Une surveillance générale ;
- ☞ Une aumônerie.

#### **2.1.4 Services techniques de l'hôpital**

L'hôpital dispose des services techniques comme :

- ☞ ***Le service de Pédiatrie***, avec l'appui d'un médecin Pédiatre
- ☞ ***Le service d'Odontostomatologie***, pour le traitement de la maladie de la bouche et des dents

- ☞ **Le Laboratoire des analyses bio médicales**, où se font les cinq classes d'examens bio médicales, examen en hématologie, sérologie, bactériologie et parasitologie
- ☞ **Le service de Radiologie**, avec un équipement complètement renouvelé avec un personnel spécialisé dans le domaine
- ☞ **Le service de Gynéco-obstétrique**, avec une gynécologue et quatre sages-femmes.
- ☞ **Le service d'Ophthalmologie**, doté d'une pharmacie, d'une lunetterie et d'un bloc opératoire.
- ☞ **Le service de chirurgie**, avec un bloc opératoire et un service technique ultra moderne.
- ☞ **Le service de Cardiologie**, avec tous les équipements de prise en charge et une équipe de trois assistants, dirigée par un spécialiste.
- ☞ **la Pharmacie**, approvisionnée en médicaments de première nécessité et des médicaments à nom générique.
- ☞ **Le service de dermatologie**, dirigé par un spécialiste qui reçoit exclusivement sur rendez-vous.
- ☞ **Le service d'Oto-rhino-laryngologie**, communément appelé ORL.
- ☞ **Le service de Psychiatrie** dirigé par un psychiatre et un collaborateur psychologue.
- ☞ **Le service de Kinésithérapie** nouvellement mis en service avec la collaboration de spécialistes kinésithérapeutes externes.
- ☞ **Le service de Consultation pour la famille.**
- ☞ **Le service SARFor**, qui s'occupe de la prise en charge psycho-socio-spirituelle des patients, du personnel et surtout des OEV. Ce service est chargé de l'annonce des séropositivités et de la gestion de l'après résultat.

☞ ***Le site de Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida et des tuberculeux***

L'hôpital Bethesda est érigé en site de prise en charge gratuite d'une part des tuberculeux, et d'autre part des personnes vivant avec le VIH/sida. Ce site occupe une salle dans le secteur de la Médecine Générale qui est situé au rez-de-chaussée du bâtiment principal de l'hôpital à l'entrée à l'aile gauche. Le site de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida et des tuberculeux est dirigé par un médecin qui accumule la fonction de Médecin Chef à la Médecine Générale. Il utilise aussi un Infirmier qui est le Major de la Médecine générale et un Médiateur. De même, depuis 2006 jusqu'en octobre 2011, 2072 PVVIH ont été enregistrées dont 1261 mises sous ARV.

L'hôpital est animé par cent soixante-quinze (175) travailleurs dont quinze (15) occasionnels et cent soixante (160) permanents répartis en personnel administratif, en personnel médical et en personnel de service. Il a une capacité d'hospitalisation de 110 lits et environ 100 000 consultations médicales par an. Près de 2000 accouchements et des césariennes gratuites y sont aussi effectués annuellement.

## **2.2. PRÉSENTATION DU CENTRE SOCIAL DE LA ZONE SANITAIRE V DE COTONOU**

### **2.2.1 Création et situation géographique**

La création de ce centre date des années quatre-vingts et est l'un des plus anciens de Cotonou. Créé pour répondre au besoin en gestion des cas sociaux dans les hôpitaux, il a fini par servir de cadre véritable au service de renforcement des prestataires du service de la protection sociale et de la condition de vie. Il couvre l'hôpital saint Luc, les centres de santé de Mènontin, de Saint Michel, de Saint Jean, de Zogbo, l'hôpital Bethesda.

Le centre social de la zone sanitaire V de Cotonou est situé dans le 8<sup>ème</sup> arrondissement de Cotonou derrière la mairie de Cotonou, dans la rue du CEG Ste Rita.

### **2.2.2 Personnel du Centre de Promotion Sociale**

Le Centre de Promotion Sociale de la zone sanitaire V est composé de membres permanents et non permanents.

#### ***Membres permanents***

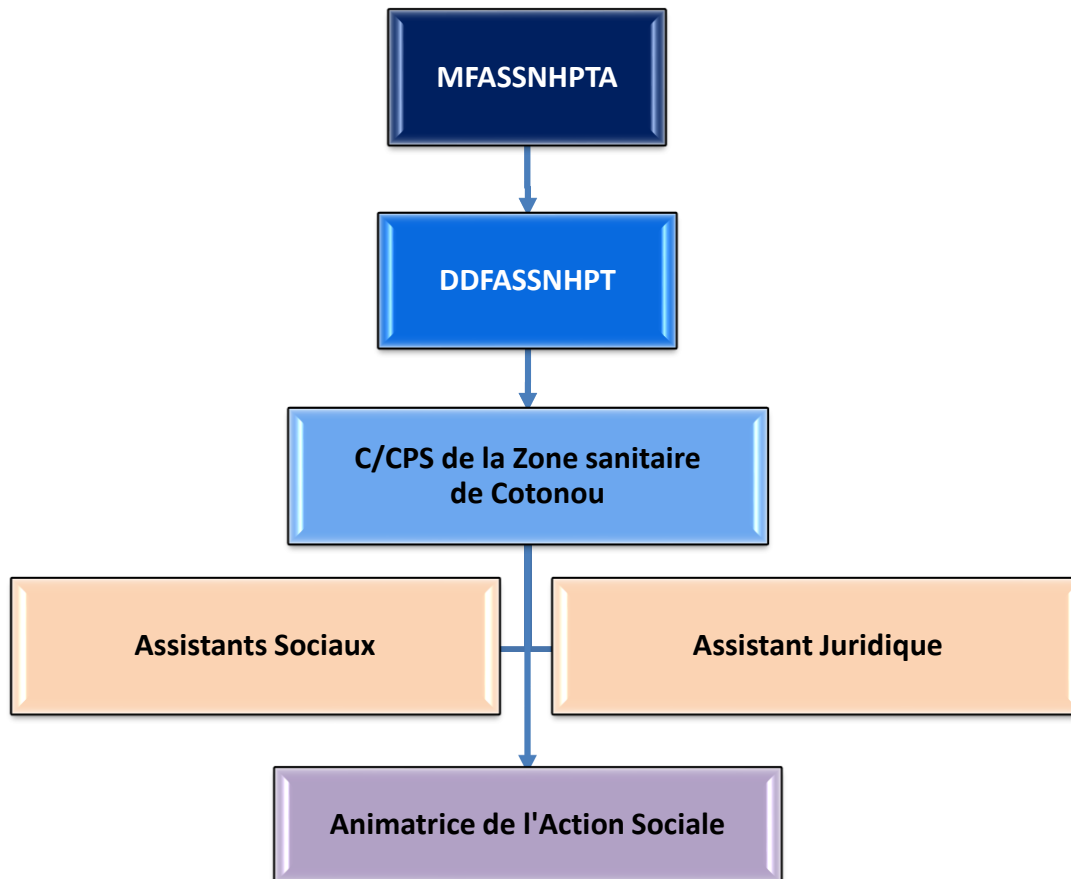
- Un Technicien Supérieur de l'Action Sociale (chef centre) ;
- Trois contrôleurs de l'Action Sociale dont l'un joue le rôle d'assistant Juridique ;
- Une Animatrice de l'Action Sociale.

#### ***Membres non permanents***

- Deux stagiaires ANPE (Agence Nationale pour l'Emploi) ;
- Un stagiaire de l'École de Formation Médico-sociale.

### **2.2.3 Organigramme du Centre de Promotion Sociale**

Le centre de promotion sociale est sous l'autorité du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Affaires Sociales. Chaque centre est dirigé par un technicien supérieur assisté par des compétences selon les ressources disponibles. Pour représenter cet organigramme nous avons conçu la figure 2 ci-dessous.



**Figure 2** : Organigramme des Centres de Promotion Sociale, au Bénin.

#### 2.2.4 Fonctionnement du Centre de Promotion Sociale (CPS) de la zone sanitaire V de Cotonou

##### Objectifs d'un CPS

Les objectifs d'un Centre de Promotion Sociale, au Bénin sont entre autres :

- ☞ Renforcer la qualité des prestataires des secteurs de la protection sociale ;
- ☞ Contribuer à la promotion et à la protection des différentes composantes de la famille ;
- ☞ Consolider la participation communautaire et la solidarité au sein des familles et communautés en faveur des personnes les plus vulnérables
- ☞ Garantir une vie épanouie à l'enfant et l'adolescent grâce à des actions éducatives, ludiques, culturelles, de protection (santé, survie) ;
- ☞ Œuvrer pour le bien-être des personnes en situation de handicap ;

- ☞ Créer les meilleures conditions pour un vieillissement actif ;
- ☞ Réduire la vulnérabilité des personnes affectées ou vivant avec le VIH/sida ou indigents ;
- ☞ Promouvoir la participation des collectivités locales et de l'état à la protection des indigents ;
- ☞ Accroître l'accessibilité des individus, familles, groupes sociaux aux opportunités économiques ;
- ☞ Créer les conditions favorables au renforcement du régime général de sécurité sociale,

### ***Tâches et missions du CPS***

- ☞ Identifier, à travers une étude du milieu, les risques sociaux qui entravent le développement humain durable au sein d'une communauté desservie ;
- ☞ Œuvrer à la résolution des problèmes sociaux en se basant sur les potentialités du milieu, les ressources de l'État et les appuis de partenaires ;
- ☞ Donner des appuis conseils aux individus, familles et élus locaux en cas de nécessité ;
- ☞ Appuyer les communautés à la base dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'élaboration des projets et programmes de développement ;
- ☞ Contribuer à la promotion de la famille, de l'adolescent, des personnes handicapées, de troisième âge et de tout autre groupe social vulnérable ;
- ☞ Contribuer à l'amélioration de l'état alimentaire et nutritionnel des enfants ;
- ☞ Organiser des séances d'information, de sensibilisation et de mobilisation sociale sur divers sujets ayant trait à l'amélioration des conditions et du niveau de vie de la population ;
- ☞ Appuyer les communautés à se constituer en groupe de solidarité pour le développement des communes.

### **2.2.5 Activités menées dans le Centre de Promotion Sociale (CPS)**

Les activités des CPS sont d'ordre administratif et technique

#### ***Activités Administratives***

Les activités administratives sont classiques. Il s'agit de :

- ☞ Tenue de réunion ;
- ☞ Rédaction du rapport ;
- ☞ Gestion du courrier, du personnel et de ressources financières et matérielles ;
- ☞ Session.

#### ***Activités techniques***

Parmi les activités techniques, on retrouve des activités de prévention :

- ☞ La consultation sociale ;
- ☞ L'enquête sociale ;
- ☞ La démarche ;
- ☞ La visite à domicile ;
- ☞ La référence des cas ;
- ☞ L'appui aux personnes en situation difficile et aux communautés victimes de sinistre, sous forme de secours financier en nature ou de soutien psychologique : les activités de développement communautaire à travers l'appui des communautés à la base dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des projets et programmes de développement.

Pour mener à bien ces activités, les responsables des centres de promotion sociales utilisent les stratégies telles que la sensibilisation, la mobilisation sociale à travers la communication pour un changement de comportement, l'organisation des groupements des femmes, des jeunes, des personnes handicapées, des personnes vivant avec le VIH/sida, la formation des jeunes filles déscolarisées dans les centres de formation ou dans les cours

éducatifs, l'octroi de secours aux personnes indigentes, l'appui aux cas sociaux et apprentis en fin de formation.

Notons aussi l'intervention des acteurs sociaux depuis des années qui ont œuvré pour le bien-être de l'individu, du groupe et de la communauté et la promotion des politiques de l'Etat ainsi que la collaboration des structures privées par le CPS également. Avec toutes ces structures, le CPS entretient de bonnes relations et travaille en bonne synergie. Il a aussi des partenaires étatiques.

### **2.2.6 Partenaires étatiques du CPS**

Parmi ceux-ci, on peut citer :

- ☞ Le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Affaires Sociales (MFPTAS) ;
- ☞ La Direction Départementale de la Fonction Publique, du Travail et des Affaires Sociales (DDFPTAS) ;
- ☞ La Mairie de Cotonou ;
- ☞ Les autres CPS de Cotonou et des villes environnantes ;
- ☞ Les Services Sociaux Hospitaliers du CNHU-HKM, de HOMEL, de l'hôpital de Mènantin, de Saint Luc, de Bethesda, du Centre Hospitalier National Psychiatrique de Cotonou ;
- ☞ Les Services Sociaux Spécialisés et les Collèges d'Enseignement Général pour les actions d'exonération en faveur des enfants indigents et en situations difficiles ;
- ☞ Les forces de l'ordre (commissariat, brigade de protection des mineurs) et les OPJ (Officier de Police Judiciaire) ou équivalents.

### **2.2.7 Rôle de l'Assistant Social au sein du Centre de Promotion Sociale (CPS)**

Son rôle consiste entre autres à :

- Élaborer et tenir à jour le répertoire des structures de protection de l'enfance ;
- Visiter mensuellement chacune de ces structures et tenir les archives des comptes rendus de visite ;
- Mettre en place et superviser le système de collecte des données de la protection de l'enfant, conformément aux bases de données en vigueur ;
- Procéder au suivi trimestriel des enfants réinsérés de la commune ;
- Asseoir et suivre les bases de participation des enfants au niveau de la commune,
- Coordonner et suivre mensuellement les actions des organisations non gouvernementales qui œuvrent en faveur de la famille ;
- Suivre mensuellement les personnes handicapées appuyées et installées ;
- Visiter mensuellement les orphelinats et autres centres d'accueil ;
- Veiller trimestriellement à la vulgarisation du code des personnes et de la famille et d'autres institutions juridiques en faveur de la famille, ratifiés par le Bénin ;
- Élaborer et tenir à jour le répertoire des différents groupes vulnérables de la commune à savoir :
  - ☞ Les personnes vivant avec un handicap ;
  - ☞ Les orphelins et Enfant vulnérables ;
  - ☞ Les filles mères ;
  - ☞ Les personnes vivant avec une maladie comme le VIH/sida.

## **2.3. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE**

### **2.3.1 Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale, de type descriptif à visée analytique, à la fois quantitative et qualitative qui s'est déroulée sur une période de 3 mois (de novembre 2014 à janvier 2015).

### **2.3.2 Population d'étude et échantillonnage**

#### **Population d'étude**

Elle porte sur les orphelins et les enfants porteurs du VIH/sida, qui se font suivre régulièrement par le service de prise en charge de l'hôpital BETHESDA et/ou par le centre social de la zone sanitaire V de Cotonou, ayant de 06 à 17 ans.

#### **Échantillonnage**

Un échantillon est le sous ensemble de la population mère, qui correspond à tous les sujets d'un grand groupe dont les caractéristiques précises sont en relation avec le sujet de recherche. L'échantillonnage utilisé dans le cadre de la présente enquête s'est appuyé sur un échantillon aléatoire. La base de sondage a été celle donnée par les responsables des deux centres. En effet, nous avons eu des entrevues dans divers groupes en fonction de diverses caractéristiques retenues. Les individus inclus sont déterminés par les caractéristiques des enfants de notre cible. Le choix de cette méthode se justifie par le fait qu'elle paraît plus proche de la réalité et plus facile à réaliser.

#### **○ Taille de l'échantillonnage**

À partir de la base de sondage, il s'est avéré nécessaire d'avoir une taille supportable telle que les estimateurs soient obtenus à une précision, avec 90% de chances de ne pas commettre d'erreur.

Il se dégage la taille de l'échantillon au niveau national selon la formule (DURAND, 2002) suivante :

$$n = \frac{p * (1 - p) + \frac{e^2}{z_{\alpha}^2}}{\frac{e^2}{z_{\alpha}^2} + \frac{p*(1-p)}{N}}$$

Où  $Z_{\alpha}$  est la quantile d'ordre  $1 - \frac{\alpha}{2}$  de la loi normale centrée réduite et donc 1,6449 lorsque le seuil de confiance accepté est de 90% ;  $p$  est la proportion de personnes ayant le comportement dont on estime la précision ;  $e$  est la marge d'erreur que l'on est prêt à accepter en décimale et  $N$  est la taille de la base échantillonnage.

○ **Application**

Pour un effectif total  $N$  de 300 enfants de la file active des deux structures, on estimera  $p(1-p)$  à peu près, a priori en fonction de l'ordre de grandeur de  $p$ . Ainsi, on fait l'hypothèse d'une dispersion maximale dans un cas plus pessimiste; dans ce cas, la valeur de  $p$  qui réalise  $p(1-p)$  maximale est  $p = 50\%$  et donc  $p(1-p) = 0,25$ . On obtient au total  $n = 57$  orphelins et enfants infectés. Ce chiffre correspond donc à 19% de l'effectif de la file active des deux centres.

Toutes les personnes répondant aux critères d'inclusion ont été retenues. Les critères d'inclusion et d'exclusion en jeu dans notre étude sont les suivants :

○ **Critères d'inclusion**

☞ Pour les prestataires

- Les prestataires en contact direct avec les orphelins et enfants porteurs du VIH/sida dans l'exercice de leur fonction et présents dans le centre choisi pendant la période de l'enquête.

☞ Pour les parents ou tuteurs

- Un cinquième (1/5) des parents ou tuteurs ayant à charge les orphelins ou enfants infectés jusqu'au moment de l'enquête.

☞ Pour les orphelins et les enfants porteurs du VIH/sida

- Appartenir à la file active de l'hôpital Bethesda ou du centre social de la zone sanitaire V de Cotonou.
- Être pris en charge par l'hôpital ou par le centre social dans une période d'au moins un an.
- Être capable de parler ou de s'exprimer
- Être d'accord pour participer à l'étude.

○ **Critères de non inclusion**

Les orphelins et les enfants porteurs du VIH/sida trop jeunes qui ne peuvent pas participer à l'entretien en raison de leur âge ou de leur état de santé très altéré et ceux dont nous n'avons pas eu un accord de participation.

### **2.3.3 Les variables de l'étude**

Les variables de l'étude sont de deux ordres : les variables dépendantes et les variables indépendantes.

#### **Les variables dépendantes**

Elles sont des variables spécifiques à chaque enfant que nous devons prendre en compte tout au long de l'enquête. Ce sont des facteurs descriptifs liés aux effets psychologiques de leurs statuts d'orphelin ou d'enfant infecté. Elle s'appuie sur les conditions de vie, sur les problèmes psychologiques relevés au niveau de chaque enfant, sur les attitudes et les aptitudes psychologiques des enfants.

## **Les variables indépendantes**

Elles sont explicatives et concernent les facteurs reliés aux caractéristiques sociodémographiques et économiques comme le sexe, l'âge, l'ethnie, la religion, la nationalité, le type de famille, le tutorat de l'enfant, l'état de santé des parents vivants, la situation matrimoniale des parents, l'état de santé de l'enfant, son rendement scolaire, ou celui de sa formation.

### **2.3.4 Pré-enquête**

Avant la période d'enquête proprement dite, une pré-enquête a été réalisée en octobre 2014, sur les deux sites d'étude. Cette pré-enquête a permis de mieux adapter l'approche de la méthode d'étude et d'apporter des modifications aux outils de collecte des données.

### **2.3.5 Collecte des données**

La collecte des données s'est faite par des recherches dans les centres de documentation et par les enquêtes sur le terrain.

### **2.3.6 Techniques et instruments de collecte des données**

#### **Les techniques de collecte des données**

Les techniques utilisées pour le recueil des données sont :

- **L'observation**

Nous avons procédé à l'observation aussi bien directe qu'indirecte. L'observation directe a consisté à porter notre attention sur l'objet d'étude tout en nous comportant en spectateur au cours des consultations. À cet effet, nous avons eu à intégrer non seulement l'hôpital Bethesda pour la prise en charge médicale des enfants infectés et le centre social qui prend en charge aussi bien les enfants infectés que les orphelins afin de mieux étudier le phénomène dans son cadre évolutif, en vue d'atteindre le maximum d'objectivité. Par ailleurs,

cette observation, bien que souvent participative est en pratique, neutre, aux fins de se garder de toute subjectivité. Aussi, avons-nous eu recours, dans le même temps, au type d'observation non systématisé, employé surtout au niveau de la pré-enquête. Cela a permis de préparer notre étude du phénomène.

L'observation indirecte qui rejoint le recours à la documentation tout au long de l'étude nous a permis de renforcer le premier type d'observation afin de bien nous enquérir des faits que nous ne serions pas en mesure d'observer nous-mêmes sur le terrain d'enquête, puis de décrire le phénomène du sida et de le présenter dans la réalité tel qu'il est, tel qu'il s'impose à l'observation.

- **Les entretiens**

Nous avons eu recours à des entretiens à partir des guides d'entretien. À la nature aussi qualitative du sujet, l'entretien semi-structuré, par le biais du guide d'entretien a permis de collecter les informations à partir des discours des parents, tuteurs et autres agents de santé et qui va s'étendre aux autres acteurs dans la rédaction du mémoire. Nous avons opté pour ce type d'entretien, afin d'avoir des informations assez précises tout en économisant le temps.

- **L'administration de questionnaire**

Selon QUIVY et CAMPENHOUDT (1995) « le questionnaire consiste à poser à un ensemble de répondants, le plus souvent représentatif d'une population, une série de questions relatives à leur situation sociale, psychologique ou familiale, à leur opinion, à leur attitude à l'égard d'options ou d'enjeux humains et sociaux, à leurs attentes, à leur niveau de connaissance ou de conscience d'un événement ou d'un problème, ou encore sur tout autre point qui intéresse les chercheurs ». Dans le cadre de ce travail, nous avons élaboré un type de questionnaire à l'endroit de la population d'étude. Cela nous a permis de collecter des informations.

L'administration de questionnaire a été faite aussi bien chez les orphelins que chez les enfants porteurs du VIH/sida.

### **Les instruments de collecte**

Les instruments de collecte sont liés aux techniques utilisés à savoir :

- Une grille d'observation ;
- Des guides d'entretien ;
- Un enregistreur pour la conservation et la transcription des entretiens sonores ;
- Un questionnaire

Nous avons utilisé deux types de guides d'entretien :

- ☞ Un pour les parents ou tuteurs des enfants ;
- ☞ Un pour les professionnels intervenant dans la prise en charge des enfants.

### **2.3.7 Mode de traitement des données**

Le traitement et l'analyse des données quantitatives, recueillies auprès des orphelins et des enfants porteurs du VIH/sida ont été réalisés à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Scientist (SPSS), dans sa version 21, et Excel 2007. Des analyses croisées ainsi que des modèles tests ont été réalisés pour mieux apprécier les variables de l'étude au niveau de notre population d'étude. Une phase de tri, de regroupement, de classement des données a permis la présentation et l'analyse des résultats. Le test de chi deux a été utilisé pour comparer les résultats. Le seuil de significativité retenu est  $\alpha = 5\%$  (0,05) ; toute valeur de  $p < 0,05$  témoigne d'une corrélation statistiquement significative. Les données qualitatives recueillies auprès des orphelins et des enfants porteurs du VIH/sida et auprès des prestataires intervenant dans leur prise en charge et des parents ou tuteurs sont transcrites manuellement et à l'aide du logiciel Word 2007. La transcription des entretiens a été faite par l'équipe de prospection.

Toutes les opinions qui ont été énoncées par les participants ont été retransmises à la lettre et regroupées par rubriques, sous forme d'encadré.

#### **2.4. DISPOSITIONS ETHIQUES**

Pour le bon déroulement de cette enquête, les dispositions suivantes ont été prises :

- 1) Exposer le but de notre étude ;
- 2) Solliciter une autorisation auprès des responsables des différentes structures concernées à savoir le centre social de la zone sanitaire V de Cotonou et l'hôpital Bethesda de Cotonou ;
- 3) Veiller à ce que chaque enfant soit mis dans une condition clinique pour développer une relation de confiance effective avec nous, afin d'avoir des résultats objectifs ;
- 4) Garantir à l'enfant le respect de la confidentialité et de l'anonymat de ses échanges à tous les niveaux de l'étude ;
- 5) Obtenir l'accord verbal des enfants à répondre aux questions ;
- 6) Obtenir l'accord des tuteurs ou parents et des personnes ressources avant de les inclure dans cette étude.

#### **2.5. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET LIMITES DE L'ÉTUDE**

##### ***Difficultés***

De façon générale, cette étude a reçu un accueil chaleureux des parents, tuteurs et personnel de notre cadre d'étude mais les difficultés rencontrées dans cette étude sont liées à l'inexistence de documents qui s'intéressent au volet psychologique et à la prise en charge de ces orphelins et enfants porteurs du VIH/sida.

Les sources d'accès aux données au plan national sont rares. Celles sur les enfants infectés sont vraiment difficiles à constituer, car les strictes règles en vue d'éviter la discrimination et la stigmatisation ne nous ont pas permis de différencier les orphelins et les enfants porteurs du VIH/sida dans la grande catégorie des Orphelins et des Enfants Vulnérables (OEV).

Il ne nous a pas été facile de rentrer en possession des quelques données psychologiques relevées par le psychologue du centre social qui n'intervient que semestriellement ou de façon annuelle, selon le planning des partenaires du centre.

### ***Limites de l'étude***

Notre étude étant une étape préliminaire pour mettre en exergue la nécessité de prendre psychologiquement en charge les orphelins et enfants porteurs du VIH/sida, nous n'avons pas assuré leur prise en charge psychologique.

Nous n'avons pas appliqué aux enfants des tests de personnalité ni des tests de dessin, en vue de montrer la corrélation entre la personnalité de chaque enfant et la gestion des effets psychologiques de l'infection et du décès de leurs parents. Cela n'a pas été possible compte tenu du temps dont nous disposons pour effectuer les entretiens et les observations ; nous comptons atteindre cet objectif au cours d'une autre recherche.

### **3 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

#### **3.1 VIGNETTE CLINIQUE**

##### **IDENTITÉ DE LA PATIENTE**

Nom : G

Prénoms : U

Age : 16 ans

Sexe : Féminin

Ethnie : Adja

Profession : Élève en classe de 6<sup>ème</sup> au collège.

Religion : Catholique

État sérologique : infectée mise sous ARV

Statut : Orphelin de mère

Adresse : réside au quartier Agla à Cotonou (voir le dossier pour adresse complète)

##### **MOTIF DE CONSULTATION**

Confiée au Psychologue pour trouble de comportement et de l'humeur

##### **ANAMNÈSE**

Les troubles ont commencé de façon lente par un repli excessif sur soi observé chez la patiente, quand elle était en classe de CM1, au lendemain du décès de son père alors que la mère était morte sept années après sa naissance. En effet, à l'âge de 5 ans, elle a été mise sous ARV après que son taux de CD4 ait considérablement chuté. Malade pendant longtemps, elle a été hospitalisée et a difficilement commencé l'école. Son cursus académique a été marqué par des crises multiples qui n'ont pas favorisé la disproportionnalité entre l'âge et le niveau scolaire. Quand il a su que son père souffrait de la même maladie qu'elle et sa mère, elle n'a pas cessé de s'isoler et de fuir du regard tous ceux qui veulent

l'approcher. Elle refusait souvent de s'alimenter et de prendre volontairement ses médicaments. Quelques mois après le décès du père, elle a considérablement maigri et ressentait une fatigue constante et permanente (asthénie), se plaignait de céphalées, d'insomnie fréquente, de nausée, de fourmillements au niveau du bas ventre et une sensation de chaleur dans le dos. Après quelques soins, elle est rentrée à la maison avec un trouble notoire de l'humeur et une intolérance face aux bruits et au bavardage. Elle pleurait régulièrement et se sentait coupable de ce qui est arrivé à ses parents (culpabilité accentuée). Elle parlait de sa responsabilité active et se positionnait comme celle par qui le malheur est arrivé dans sa famille. « Si je n'étais pas née, tout cela ne serait pas arrivé ». Elle dit avoir une sensation de poussière dans la gorge et se plaint d'essoufflement. Elle présente un ralentissement psychomoteur. Aujourd'hui, elle n'arrive plus à apprendre et estime qu'il est inutile pour les membres de sa famille de continuer à payer les frais de scolarité car dit-elle « je sais que je vais aussi mourir bientôt comme mes parents ». Seulement, le taux de CD4 est normal et ne présente aucune anomalie.

La première rencontre avec le psychologue a donné lieu à une méfiance et a fini par une logorrhée. Le jour suivant son hospitalisation, elle a crié et a dénoncé des prétendus sorciers qui le pourchassent ; elle dit avoir aussi vu des amis qui veulent la tuer. Le lundi avant la consultation, elle avait déjà dit à un des enfants de son tuteur si elle connaissait un moyen par lequel on peut vite mourir pour quitter ce monde de souffrance. Elle s'enferme souvent et pleure ; se plaint de l'insomnie et des céphalées. La veille de notre rencontre, elle a caché la photo de ses parents sous le lit de son tuteur car elle estime que la photo lui rappelle sans cesse que c'est elle qui est responsable.

## **ANTÉCÉDENTS**

☞ Personnels : Néant

- ☞ Médicaux : infecté au VIH/sida et sous traitement
- ☞ Chirurgicaux : Néant
- ☞ Psychiatriques : Néant
- ☞ Familiaux :

Sa mère avait déjà fait une dépression sévère après avoir eu la nouvelle de sa contamination. Une évacuation psychiatrique a dû être nécessaire pour sa stabilité mentale, avant que son décès n'intervienne quelques 9 mois après.

## **BIOGRAPHIE**

- ☞ Parents :
  - Père : H.K est mort, âgé de 47 ans ; il était soudeur, chrétien catholique, père de 04 enfants dont 02 décédés, il vivait à Cotonou avant son décès.
  - Mère : A.G. est morte à l'âge de 39 ans, elle était couturière de profession et d'ethnie Fon
  - Fratrie utérine : 04 enfants (03 filles et 01 garçon)
    - 1<sup>er</sup> enfant : fille : C.E. décédée à 02 ans des suites du sida.
    - 2<sup>ème</sup> enfant : la patiente, 16 ans née deux ans après la mort de la première ; elle est catholique, élève en classe de 6<sup>ème</sup>.
    - 3<sup>ème</sup> enfant : Garçon de 13 ans, chrétien catholique, élève en classe de 5<sup>ème</sup> et célibataire sans enfant.
    - 4<sup>ème</sup> enfant : D.N. décédé pour des raisons non connues, à l'âge de 4ans.

## **Développement du patient**

- ☞ Circonstances de conception-grossesse-accouchement :

Conception désirée, grossesse bien accueillie ; déroulement marqué par une menace d'avortement précoce lié à une angoisse qui serait née de la peur de contaminer l'enfant.

L'accouchement aurait été effectué dans un centre de santé non inscrit pour le PTME. Le bébé est né avec une mauvaise section du cordon ombilical ; ce qui a provoqué son infection.

☞ Développement psychomoteur : normal

☞ Milieu éducatif : bonne ambiance conjugale et familiale, patiente élevée par les deux géniteurs

☞ Scolarité : Elle a commencé le CI à l'âge de 7 ans et a repris quatre classes dont le CE1, le CE2, le CM2 et la classe de 6<sup>ème</sup>. Ses résultats ne sont pas bons du tout, malgré qu'elle ait repris la 6<sup>ème</sup>. Elle apprend mais ne retient guère.

☞ Développement sexuel et adaptation sentimentale :

Elle a eu sa puberté à l'âge de 14 ans. Elle serait toujours vierge et n'aurait pas encore une relation amoureuse. Elle n'a pas non plus aucun penchant sentimental constaté par les parents. Ces derniers affirment qu'elle est très réservée et ne veut rien dire concernant sa puberté.

☞ Développement ultérieur : RAS

☞ Évènements marquants

- Positif : Séronégativité de son jeune frère (« Mon frère qui ne prend pas de médicaments comme moi, car moi je souffre avec cette histoire »)
- Négatif : le décès de ses deux parents

## **ENQUÊTE SOCIALE**

Elle est calme, réservée, docile et généreuse, (selon les propos des parents)

Ses loisirs : des moments devant la télévision

PEC sociale : oui

## **DEMANDES DU PATIENT**

- Consciente : « Je veux aller voir l'assistante sociale »
- Inconsciente : Besoin d'être écoutée et demande de guérison

## **EXAMEN CLINIQUE**

### ➤ **Examen Somatique**

Examen de l'état général : assez bon état général

Température : 37°3

Tension Artérielle : 110/650 mm de Hg

Poids : 34 Kg

### ➤ **Examen psychiatrique**

#### – **Présentation :**

- Tenue : propre et adaptée
- Contact a syntone : sujet distant, avec un regard abaissé
- Mimique : amimie
- Comportement : attitude inhibée avec absence d'initiative motrice, mutisme et méfiant

#### – **Troubles de conduites instinctuelles**

- Trouble de Sommeil marqué par des temps d'insomnie totale
- Alimentation : refus de s'alimenter
- Sexuel : néant
- Sphinctérien : néant

- **Trouble des conduites sociales** : néant
- **Conduites additives** : néant
- **Fonctions supérieures**
  - Fonction symbolique : au niveau du langage, il existe un mutisme sélectif avec une lenteur articulatoire
  - Fonction mnésique : pas de trouble de la mémoire
  - Fonctionnement de la pensée, du jugement : pas de trouble du cours ni du contenu de la pensée mais difficulté de concentration
  - Évaluation globale de l'intelligence : pas de trouble objectivable de la fonction intellectuelle
  - Activité perceptive : pas d'hallucination
  - Conscience de soi et environnement : pas de trouble
  - État émotionnel : irritabilité, trouble de l'affectivité marquée par des pleurs persistants. Agressivité verbale et parfois « crise de nerfs ».

### **STRUCTURE DE LA PERSONNALITÉ**

- Mécanisme de défense : la conversion
- Symptômes : oppositionisme, perte d'estime de soi
- Maladie : décompensation en cours
- Conclusion : structure névrotique

### **HYPOTHÈSE DIAGNOSTIQUE**

Trouble anxio-dépressif

### **PSYCHOTHÉRAPIES**

- Psychothérapie de soutien individuelle et familiale

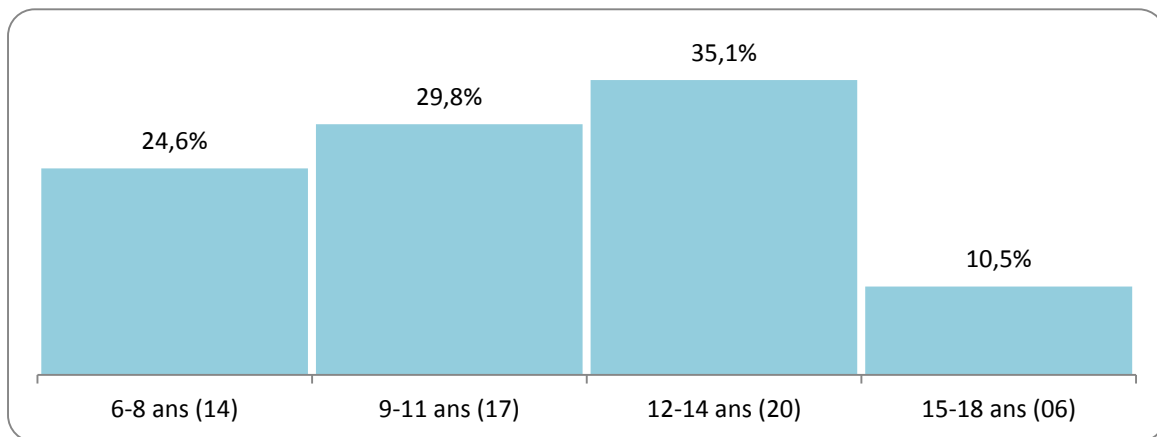
- Psychoéducation pour réinstaller et réintégrer l'habitude alimentaire et la prise médicamenteuse.

## 3.2 RÉSULTATS QUANTITATIFS

### 3.2.1 Caractéristiques générales des orphelins et enfants infectés

#### ➤ Age des enquêtés

Au moment de l'enquête, les enfants enquêtés étaient âgés de 6 à 18 ans, comme le montre la figure 3.



**Figure 3** : Répartition des orphelins et enfants infectés enquêtés par tranche d'âge

Nous constatons un pic au niveau de l'intervalle 12-14 ans. L'âge moyen et l'âge médian sont respectivement de 11,5 et de 10,1 ans ; la population d'enquête est jeune.

#### ➤ Sexe

Nous avons eu 59,6 % d'enquêtés de sexe féminin et 40,4 % de garçons.

#### ➤ Nationalité

Cotonou étant une ville cosmopolite et un centre de trafic par excellence, nous avons recensé des familles issues de pays limitrophes, avec 04 enfants orphelins et infectés de nationalité nigériane, soit 7% de notre population d'enquête et 05,

de nationalité togolaise, soit 8,8%. Nous avons eu 48 enfants béninois, sur les 57 enquêtés, ce qui donne 84,2%.

### ➤ *Quartier de résidence*

Le quartier de résidence est le lieu d'habitation des enquêtés. Ce lieu peut être confondu avec le lieu d'habitation des parents ou des tuteurs, car notre population d'intérêt est constituée d'enfants de 6 à 17 ans révolus.

**Tableau I : Répartition des individus selon les arrondissements de résidence des enquêtés**

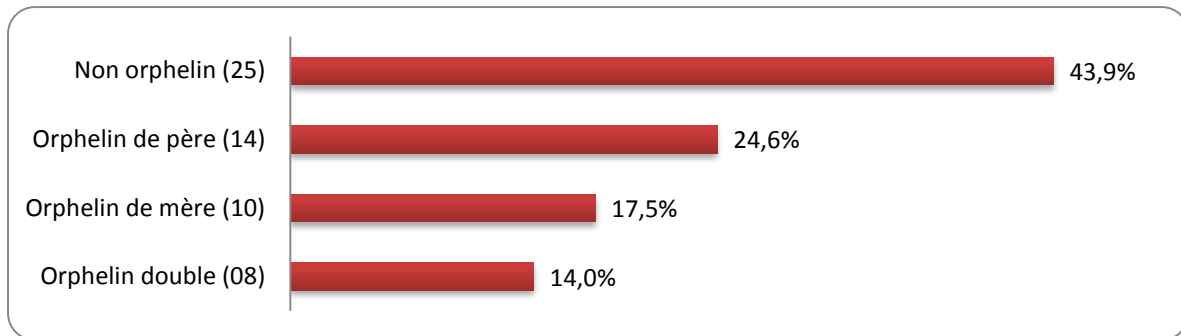
	N	%
<b>Cotonou (Département du Littoral)</b>	<b>42</b>	<b>73.7</b>
4 <sup>ème</sup> arrondissement	1	1.7
5 <sup>ème</sup> arrondissement	1	1.7
7 <sup>ème</sup> arrondissement	1	1.7
9 <sup>ème</sup> arrondissement	13	22.8
10 <sup>ème</sup> arrondissement	7	12.3
11 <sup>ème</sup> arrondissement	3	5.2
12 <sup>ème</sup> arrondissement	4	7.2
13 <sup>ème</sup> arrondissement	12	21.1
<b>Arrondissement de Godomey</b>	<b>15</b>	<b>26.3</b>
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100.0</b>

La lecture du tableau I nous permet de constater que très peu d'enfants (13/57) viennent des arrondissements que couvre la zone sanitaire V. Quelques arrondissements de résidence des enfants sont éparpillés autour de l'hôpital Bethesda et du centre social, mais la plupart reste assez isolée de cet hôpital et du centre social. L'arrondissement de Godomey est celui qui est le plus éloigné mais le plus représenté. En effet, nous avons réalisé notre enquête dans la zone sanitaire V (8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> arrondissements de la commune de Cotonou).

### ➤ *Statut de l'enfant*

Le statut de l'enfant, renseigne sur sa situation selon que ses géniteurs soient vivants ou morts au moment de l'enquête. Il est nécessaire de préciser

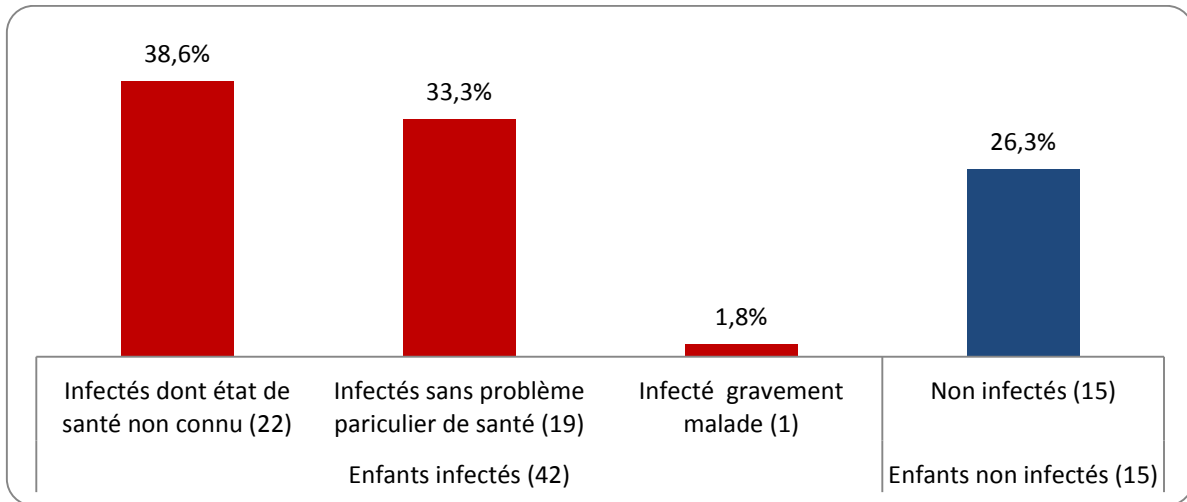
qu'un enfant non infecté est celui dont la vulnérabilité est liée à l'infection de l'un ou de ses 2 parents, ou que d'autres enfants, orphelins ou non vivent désormais dans sa famille.



**Figure 4** : Répartition des individus selon leur statut d'orphelin ou non orphelin  
L'étude a révélé que 56,1% des enfants enquêtés sont orphelins (de père et /ou de mère), comme le montre la Figure 4.

#### ➤ **État de santé**

Nous avons réparti notre population d'étude en deux catégories, selon la sérologie VIH : les enfants infectés et les non infectés. Par ailleurs, une subdivision a été faite pour les enfants infectés en fonction de leur état de santé ; nous avons le groupe d'enfants infectés dont l'état de santé récent n'est pas connu, le groupe d'enfants infectés sans problème particulier de santé et le groupe des infectés gravement malades. Ce regroupement a permis de mettre en évidence l'influence de la connaissance de leur infection au VIH-sida et celle de leurs parents sur leur état psychologique.

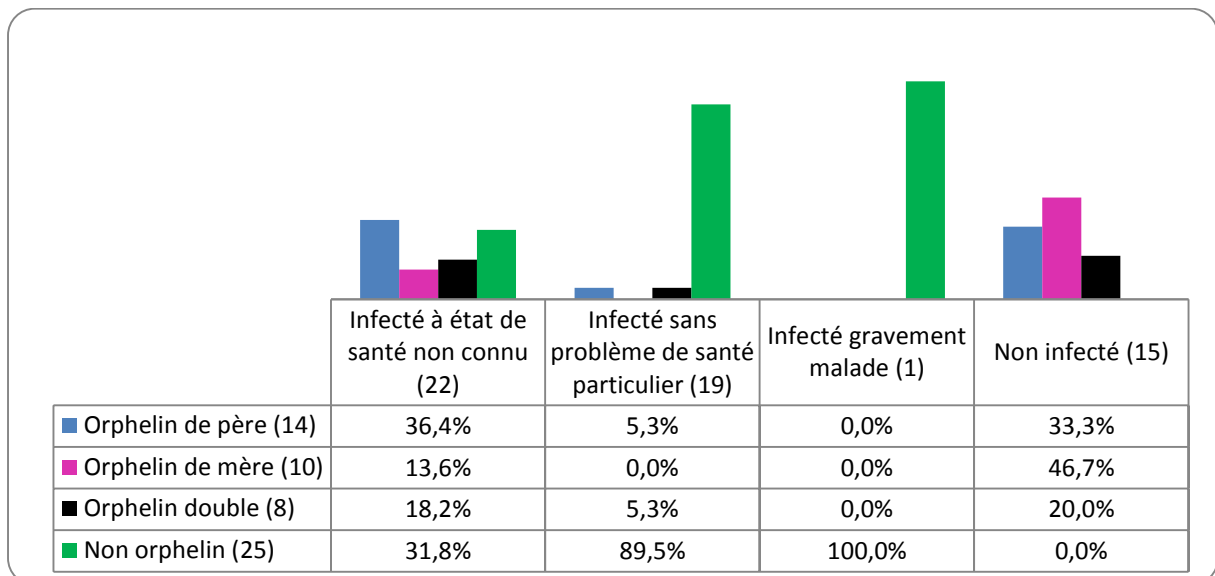


**Figure 5 :** Répartition des enfants enquêtés par état sérologique.

L'étude a retrouvé 42 enfants sur les 57 enquêtés (73,7%) atteints du VIH/sida contre 26,3% non infectés.

➤ **Éventuel statut d'orphelin et état sérologique**

Il s'agit ici d'appréhender si l'état de santé de l'enfant a un lien avec son éventuel statut d'orphelin.



**Figure 6 :** Fréquence des enfants dans leur état de santé en fonction d'un éventuel statut d'orphelin

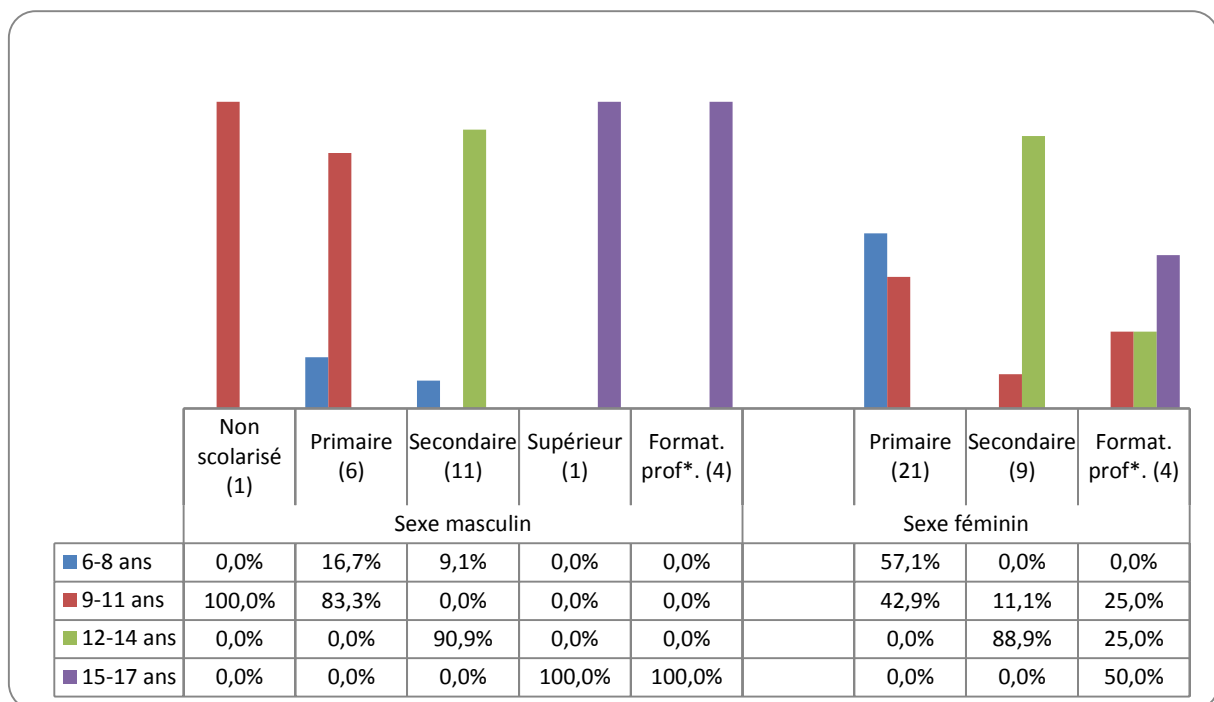
p=0,000

La Figure 6 nous montre que 36,4% des infectés à état de santé non connu sont des orphelins de père, 13,6% des infectés sont des orphelins de mère et 18,2% de ces infectés sont des orphelins doubles. Les 15 non infectés avaient tous au moins un parent décédé. Des 25 enfants non orphelins figurent le seul infecté gravement malade.

➤ **Âge, sexe et niveau de scolarisation**

Le niveau de scolarisation est considéré ici comme la dernière classe fréquentée ou en cours de fréquentation par l'enfant au moment de l'enquête. Le niveau de scolarisation primaire est de 47,4%, suivi du secondaire.

La Figure 7 fait état des détails des divers niveaux d'instruction en fonction de l'âge et du sexe.



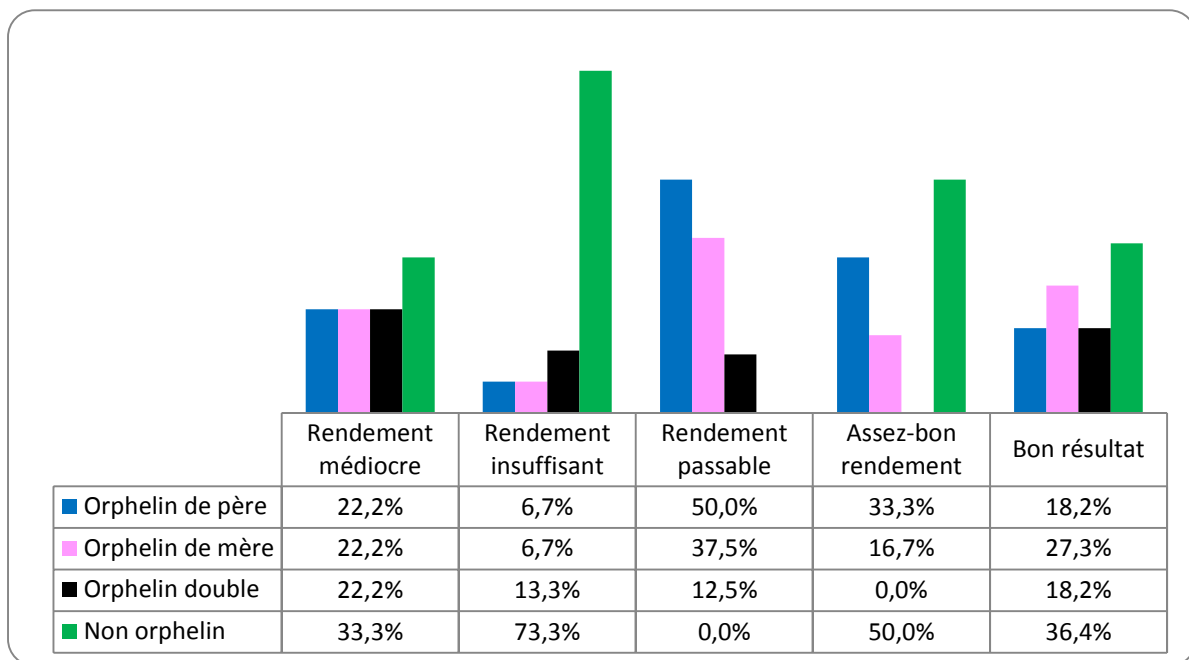
**Figure 7** : Fréquence des enfants dans leur niveau de scolarisation en fonction du sexe et de leur âge au moment de l'enquête

Format prof\* : formation professionnelle

La lecture de la Figure 7 nous permet de constater que tous les garçons en apprentissage ont au moins 15 ans et que les filles commencent déjà à 9 ans.

➤ **Rendement scolaire et statut de l'enfant**

Il s'agit ici de présenter les enquêtés selon leur rendement scolaire. Ainsi, leur fréquence absolue sera distribuée selon que le niveau de travail est médiocre, insuffisant, passable, assez bon ou bon.



**Figure 8** : Répartition des enquêtés selon le rendement scolaire et le statut de vie parentale

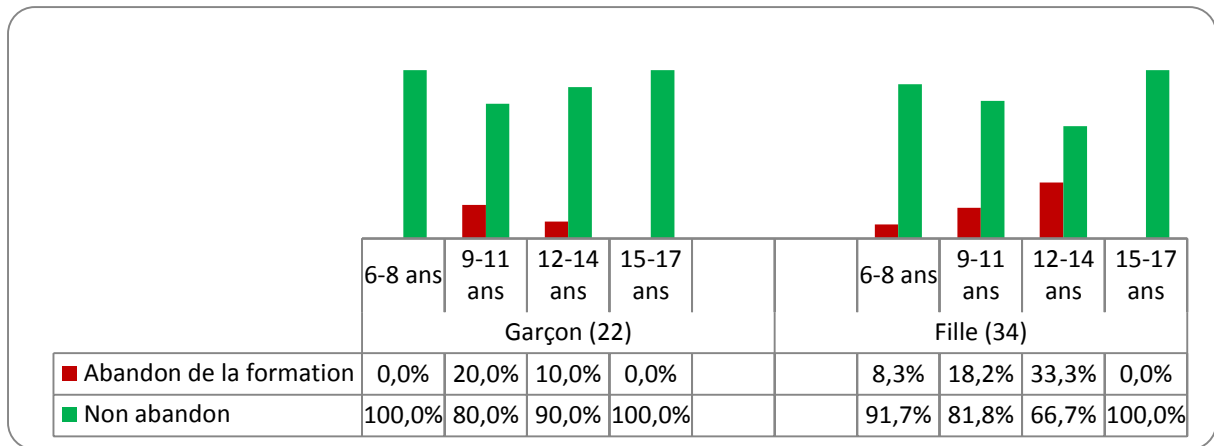
p=0,188

La lecture de la Figure 8 nous permet de constater que 66,6% de ceux dont les résultats scolaires sont médiocres (ne travaillent pas du tout) sont tous des orphelins. Ensuite, 73% de ceux ayant un rendement insuffisant sont des non orphelins.

➤ **Age, sexe, rendement scolaire et abandon de l'école ou de la formation**

Les résultats révèlent qu'il y a 9,1% d'abandon chez les garçons et 17,6% chez les filles ; soit 26,7% des enfants qui veulent vraiment abandonner l'école

parce qu'ils n'espèrent pas voir leurs résultats s'améliorer ( $p=0,810$ ). Après l'âge de 14 ans, ils sont souvent en formation pour un métier. C'est ce que nous confirme la figure 9.



**Figure 9** : Répartition des enquêtés selon le décrochage scolaire, l'âge et le sexe  $p=0,230$

### 3.2.2 Les problèmes socio-économiques des enfants

Nous abordons ici les conditions dans lesquelles vivent les orphelins et enfants infectés de notre population d'étude plus spécifiquement, la situation économique de leurs parents.

#### ➤ *Taille du ménage et situation socioéconomique des parents*

Pour rendre objectivement compte de la situation critique des enfants de notre population d'étude, il paraît important de comparer la taille du ménage et la classe sociale des parents.

##### ○ **Taille du ménage et situation socioéconomique de la mère**

La taille du ménage est comprise entre 5 et 10, avec un pic à la taille 7. Tous les ménages (100%) dont la taille est 5, de 6, de 7, de 9 et de 10, ont des mères vivant dans des situations d'extrême pauvreté.

○ **Taille du ménage et situation socioéconomique du père**

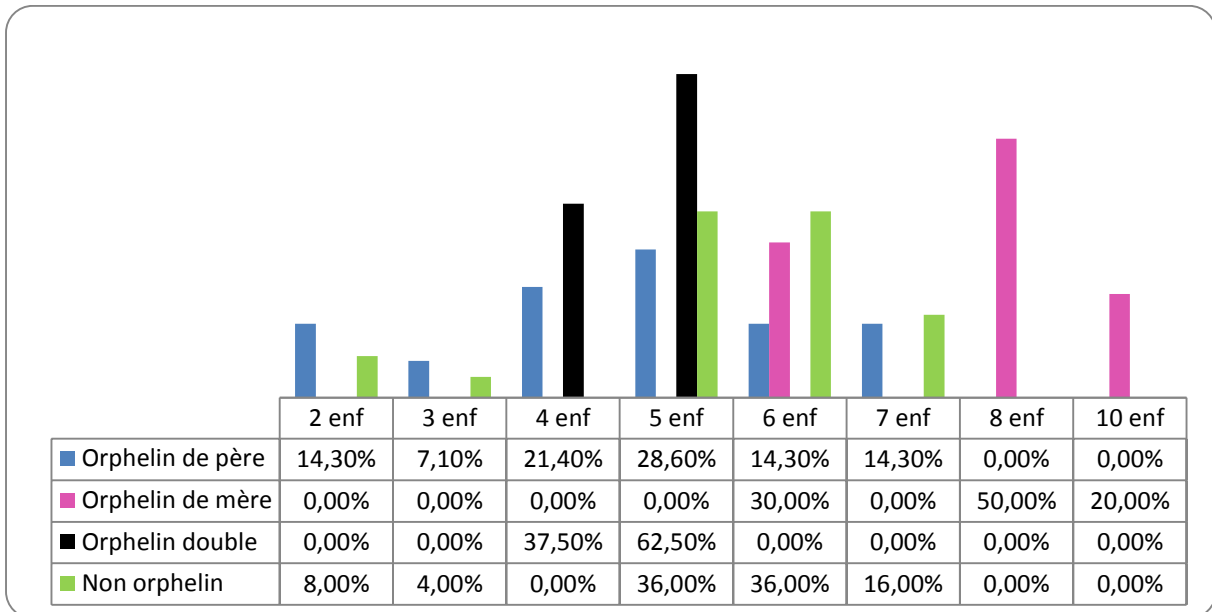
La taille du ménage et la classe sociale du père nous ont permis de bien nous rendre compte de la situation des enfants enquêtés. Ces résultats montrent que la taille du ménage est comprise entre 5 et 22. De plus, 100% de ceux qui vivent dans des ménages dont la taille est de 5, 6, ceux de la taille de 8, 12 et de 14, ont un père démuné.

➤ ***Les sources des revenus du ménage et la charge socioéconomique***

Les ménages sont constitués de 05 à 22 personnes. C'est aussi une charge socioéconomique qui nécessite d'importantes ressources pour la survie. Il ressort que pour 63,2% des enfants, deux (2) personnes contribuent au revenu du ménage, alors que dans les 35,1% des cas, une seule personne contribue au revenu. Pour mieux comprendre la situation critique de ces enfants, il est important de se référer au nombre d'enfants qui travaillent pour subvenir à leurs propres besoins et celui de ceux qui travaillent pour subvenir aux besoins de leur ménage.

➤ ***Statut des enfants et nombre de personnes en charge dans le ménage***

Le statut d'orphelin impose parfois une augmentation des charges ou nécessite que des enfants soient pris en charge par des proches ; d'où l'importance pour nous de savoir le statut des enfants et le nombre de personnes à charge. Ceci nous permettra de bien comprendre la situation socio-économique des enfants enquêtés.



**Figure 10** : Fréquence du nombre total d'enfants vivant dans le ménage et statut de vie parentale

Enf= enfants.

Selon la Figure 10, 70% des orphelins de mère vivent dans des ménages dont le nombre d'enfants à charge varie de 8 à 10.

Ceci permet de mieux comprendre le nombre d'enfants qui travaillent. Le test de khi deux donne  $p=0,000$ .

### ➤ **Statut de l'enfant et les raisons de son travail**

Le fait de travailler est lié parfois au statut des enfants. Si certains travaillent pour leurs propres besoins, d'autres le font pour les besoins du ménage. C'est ce que le Tableau II nous permet de comprendre.

**Tableau II** : Fréquence des enfants selon le statut de l'enfant et les raisons de son travail

	Au travail pour ses besoins	Au travail pour les besoins du ménage
<b>Orphelin de père</b>	35,7%	0,0%
<b>Orphelin de mère</b>	30,0%	20,0%
<b>Orphelin double</b>	62,5%	62,5%
<b>Non orphelin</b>	0,0%	0,0%

$p=0,001$  et  $p=0,000$

Ces résultats permettent de constater que 62,5% des orphelins doubles et 35,7% des orphelins de père travaillent pour satisfaire leurs propres besoins. Aussi, 62,5% des orphelins doubles et 20% des orphelins de mère travaillent-ils pour satisfaire les besoins de leur ménage.

#### ➤ *Situation socioéconomique du père et rendement scolaire*

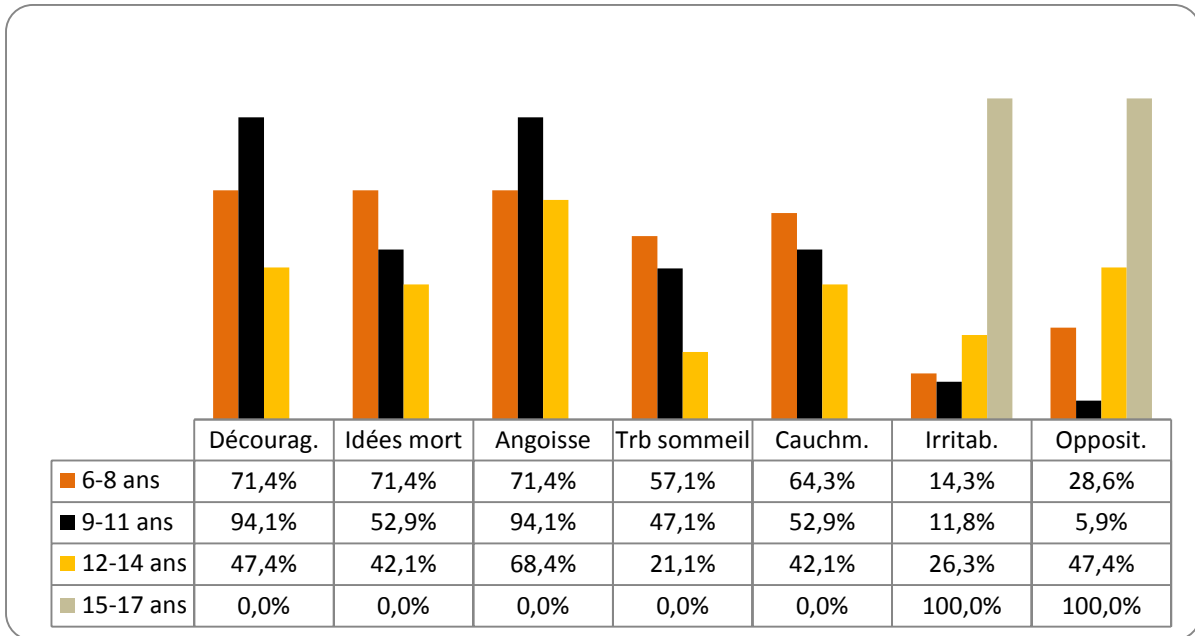
Les résultats montrent que 100,0% des enfants qui ont un résultat médiocre, 92,3% de ceux qui ont un résultat insuffisant et 66,7% de ceux qui ont un résultat passable sont des enfants issus de pères démunis, donc vivant dans des conditions socio-économiques précaires.

### **3.2.3 La situation psychologique des enfants**

Dans cette catégorie, il sera essentiellement question de présenter les résultats de l'enquête relatifs à l'état psychologique des enfants infectés du VIH/sida et ou orphelins. Toutefois, il est à préciser que les parents des enfants orphelins sont décédés des suites de la contamination au VIH/sida. Ainsi, avons-nous croisé généralement les variables qui ont rapport aux problèmes psychologiques des enfants avec la variable des infectés.

➤ **Age en corrélation avec les problèmes psychologiques**

Les réalités psychologiques sont perçues ou ressenties de différentes manières selon l'âge de l'enfant affecté ou infecté.



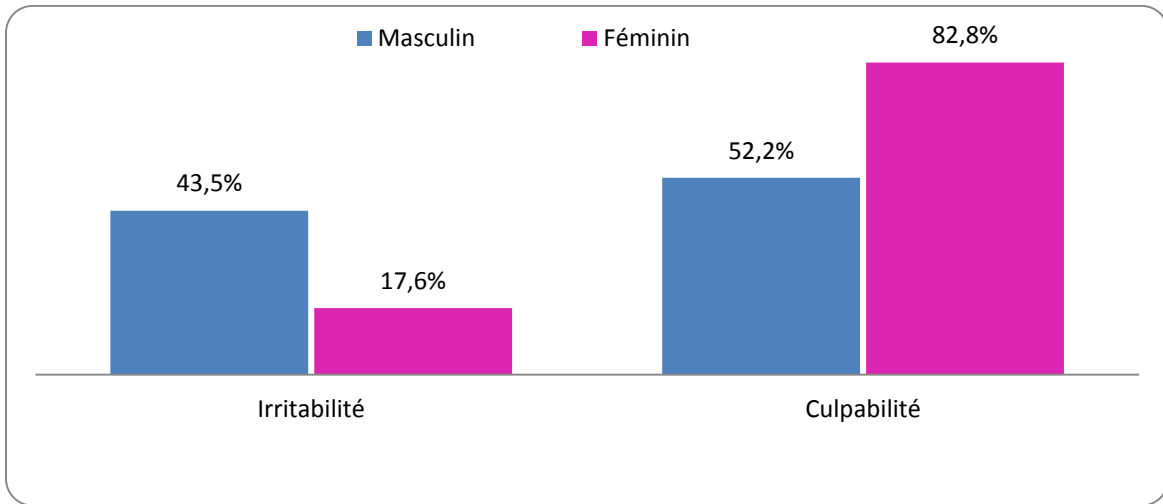
**Figure 11** : Fréquence des enfants enquêtés selon l'âge et les problèmes psychologiques

Décourag.= découragement ; Idées mort = idées de mort ; Trb sommeil = troubles de sommeil ; Irritab.= irritabilité ; Cauchm.= irritabilité ; Opposit.= opposition.

A la lecture de la Figure 11, nous constatons que tous les enfants de 15 à 17 ans sont irrités et ont des réactions d'opposition, tandis que 94,1% de ceux de 9 à 11 ans et 71,4% de ceux de 6-8 ans se sentaient découragés et angoissés.

➤ **Sexe et problèmes psychologiques**

Suivant le sexe, les problèmes psychologiques peuvent varier.



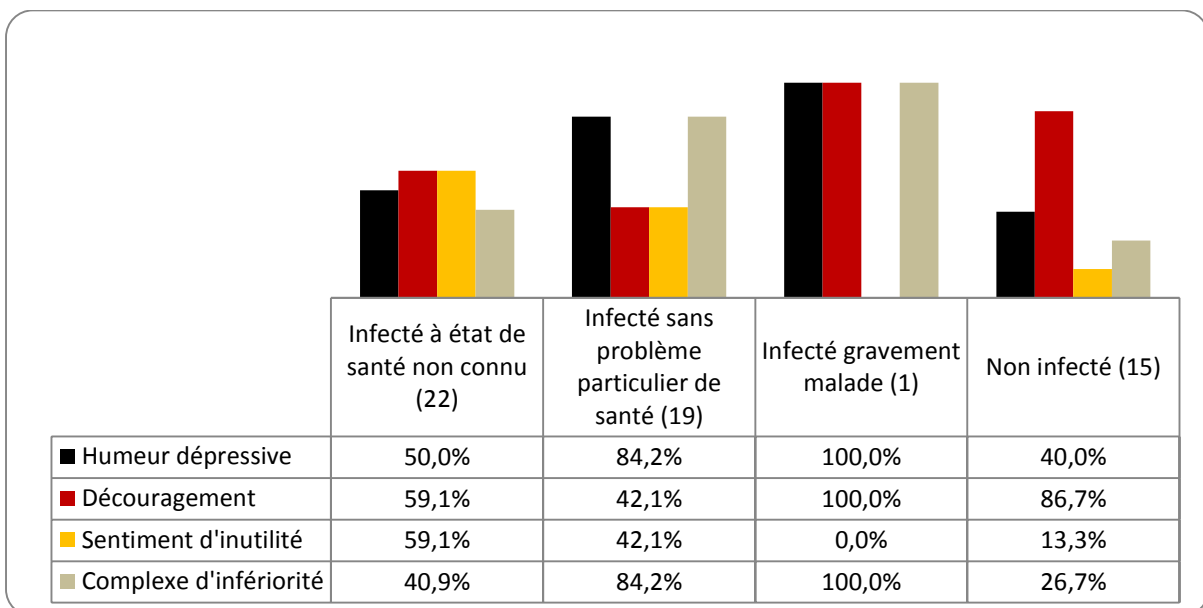
**Figure 12** : Fréquence des individus selon le sexe et les problèmes psychologiques

$p=0,034$  et  $p= 0,018$

Sur la Figure 12, on remarque que 82,8% des filles se sentaient coupables et responsables de ce qui est arrivé à leurs parents versus 52,2% chez les garçons. Il y avait 43,5% de garçons souffrant d'irritabilité pour 17,6% de filles.

➤ **État de santé en corrélation avec des problèmes psychologiques**

Selon l'état de santé, les problèmes psychologiques peuvent se présenter sous un aspect ou sous un autre.



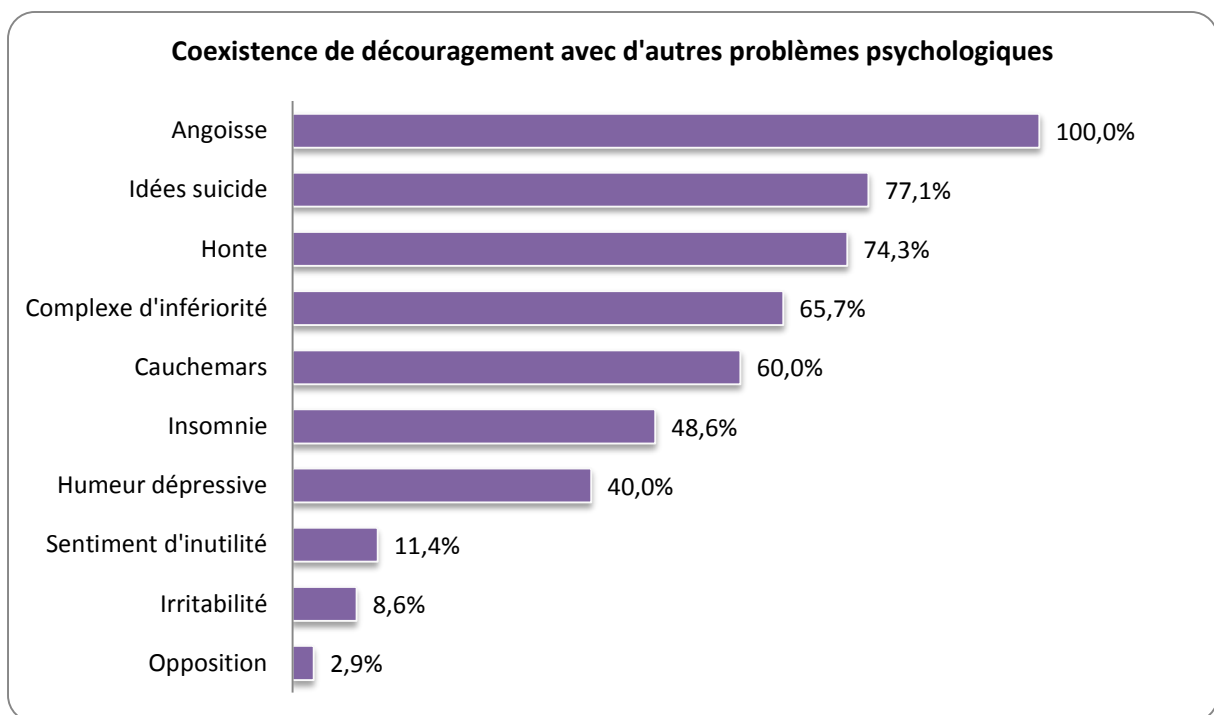
**Figure 13** : Fréquence des enquêtés selon l'état de santé et les problèmes psychologiques

$p=0,034$  ;  $p=0,053$  ;  $p=0,053$  ;  $p=0,003$

Il ressort de la lecture de la Figure 13 que le seul enfant infecté gravement malade a une humeur dépressive, est découragé et a aussi un complexe d'infériorité. Des non infectés, 86,7% se sentent découragés contre 59,1% de ceux infectés n'ayant aucun problème particulier de santé. Dans cette dernière catégorie d'enfants, 84,2% ont signalé un complexe d'infériorité et une humeur dépressive.

➤ **Découragement et autres problèmes psychologiques**

Le découragement mis en corrélation avec d'autres problèmes psychologiques permettra de nous rendre compte de l'ampleur de l'impact.

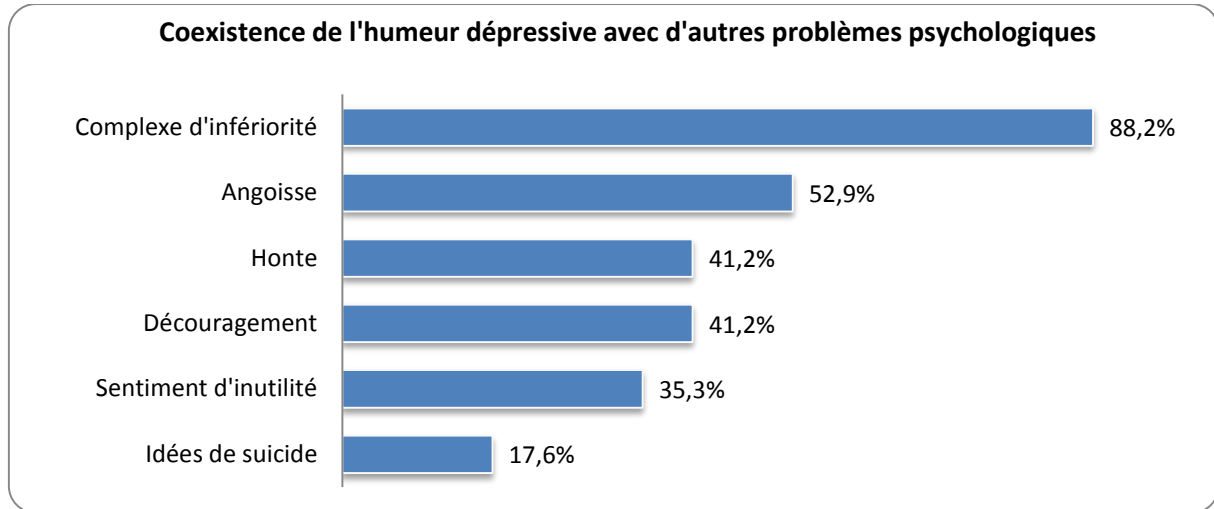


**Figure 14** : Fréquence des enfants enquêtés selon le découragement et l'existence d'autres problèmes psychologiques

Tous les enfants enquêtés découragés sont angoissés (100%). Ont déclaré se sentir couvert de honte, 74,3% des découragés ; 77,1% ont des idées de suicide et 60% faisaient des cauchemars.

➤ **Humeur dépressive en corrélation avec d'autres problèmes psychologiques**

Ceux qui avaient une humeur dépressive avaient d'autres problèmes psychologiques inhérents ou non.

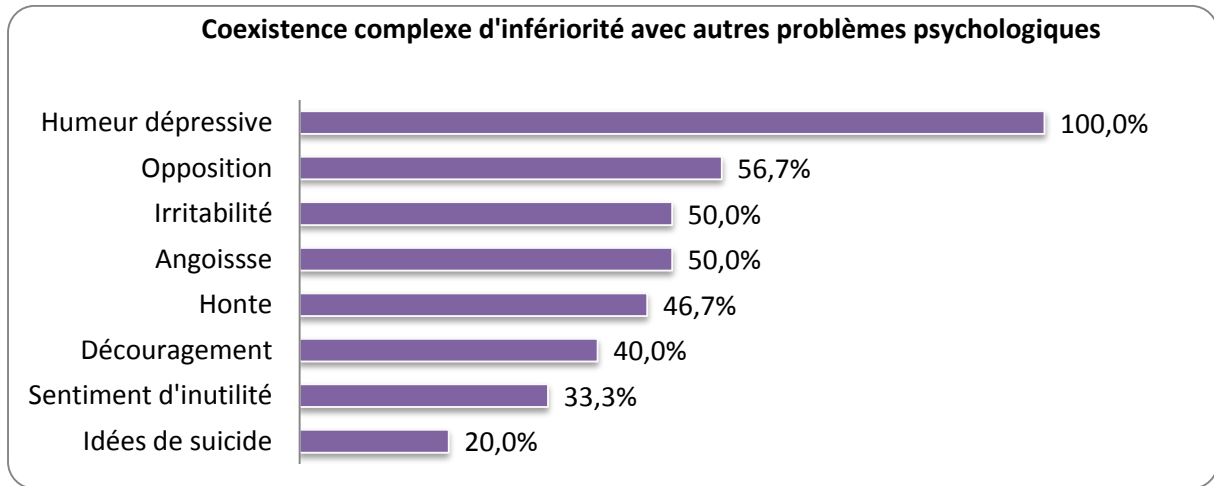


**Figure 15** : Fréquence des enfants enquêtés selon l'humeur dépressive et l'existence d'autres problèmes psychologiques

Nous constatons avec la Figure 15 que 88,2% de ceux qui avaient une humeur dépressive souffraient d'un complexe d'infériorité et d'angoisse dans une proportion de 52,9%. La honte et le découragement étaient signalés à fréquence égale de 41,2% par les enfants enquêtés ayant une humeur dépressive ;

➤ **Complexe d'infériorité en corrélation avec d'autres problèmes psychologique**

Ceux qui souffrent du complexe d'infériorité font également face à bien d'autres problèmes psychologiques qui en sont liés ou non.

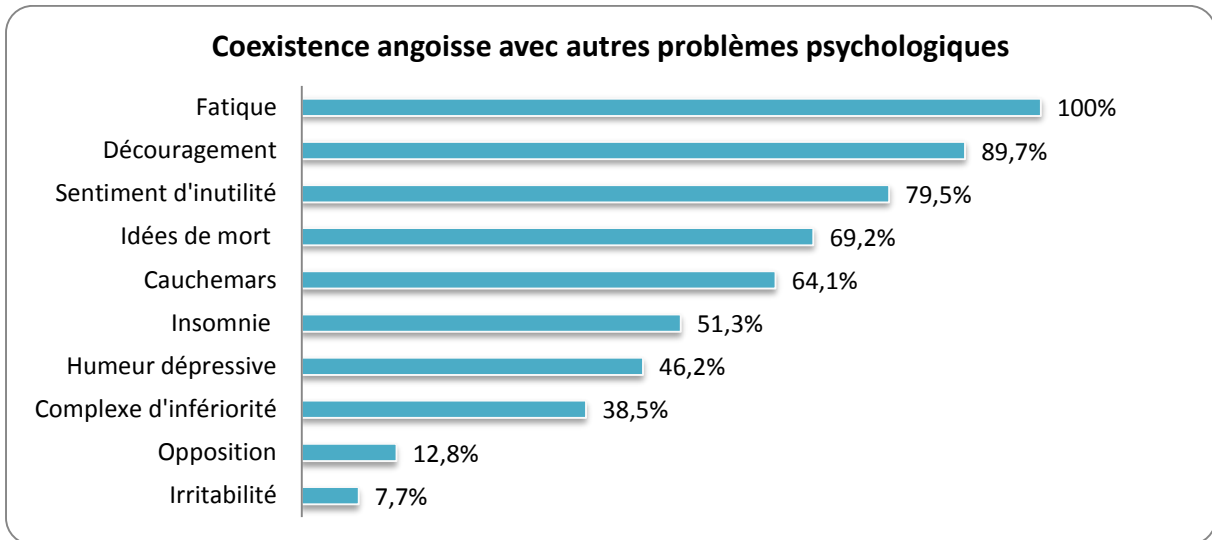


**Figure 16** : Fréquence des enfants enquêtés selon le complexe d'infériorité et autres problèmes psychologiques

Il existe une certaine corrélation entre ces différentes variables de cette figure qui montre que la totalité de ceux qui souffrent du complexe d'infériorité ont une humeur dépressive. Une proportion de 56,7%, de 50,0% et de 46,7% souffre respectivement de rébellion (oppositionisme), d'irritabilité, d'angoisse et de honte.

➤ **Angoisse en corrélation avec d'autres problèmes psychologiques**

Les enfants de notre population d'étude qui sont angoissés font face à d'autres problèmes psychologiques qui ont probablement un lien avec d'autres problèmes psychologiques.

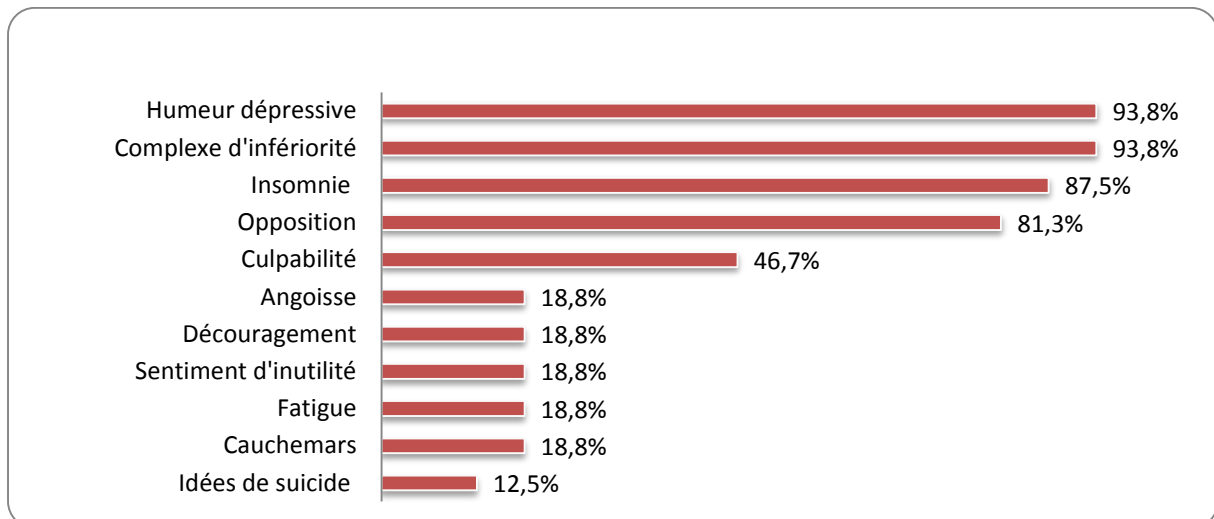


**Figure 17** : Fréquence des enfants enquêtés selon l'angoisse en rapport avec d'autres problèmes psychologiques

La Figure 17 présente une proportion de 100% de ceux qui souffrent de l'angoisse qui affirment être fatigués. Selon cette même figure, 89,7% se plaignent du découragement et 79,5% se sentent inutiles, 69,2% ont des idées de mort et 64,1% ont des cauchemars. Il existe bien une corrélation entre ces différentes variables ; donc un lien significatif dans cette sémiologie (cf. le tableau III).

➤ ***L'irritabilité en rapport avec d'autres problèmes psychologiques***

Les enfants de notre population d'étude ayant signalé une irritabilité ont été interrogés par rapport à d'autres problèmes psychologiques, comme le montre la Figure 18.

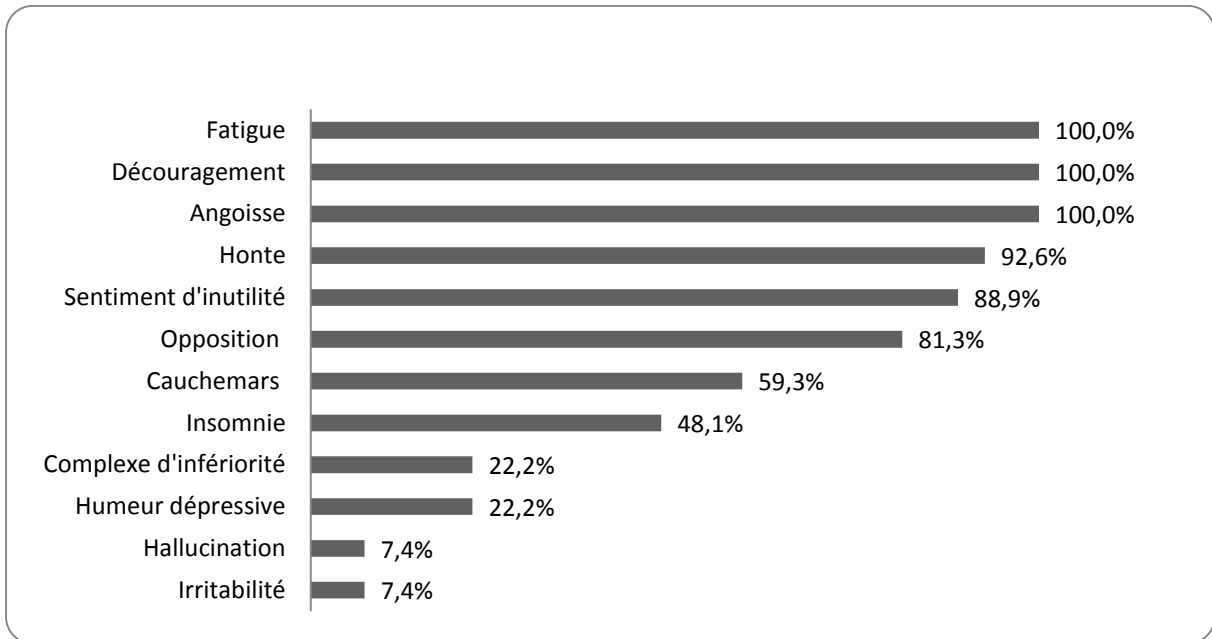


**Figure 18** : Fréquence des enfants enquêtés selon Irritabilité en rapport avec d'autres problèmes psychologiques

La Figure 18 nous permet de constater que parmi ceux qui souffrent de l'irritabilité, une proportion de 93,8% a une humeur dépressive et autant souffrent de complexe d'infériorité. Parmi ces mêmes enfants irrités, il y a une proportion de 87,5% qui souffre d'insomnie tandis que 81,3% s'opposaient à tout.

➤ ***Idées de mort/suicide et autres problèmes psychologiques***

Les enfants qui avaient des idées de mort/suicide faisaient aussi face à d'autres problèmes psychologiques à des proportions diverses.

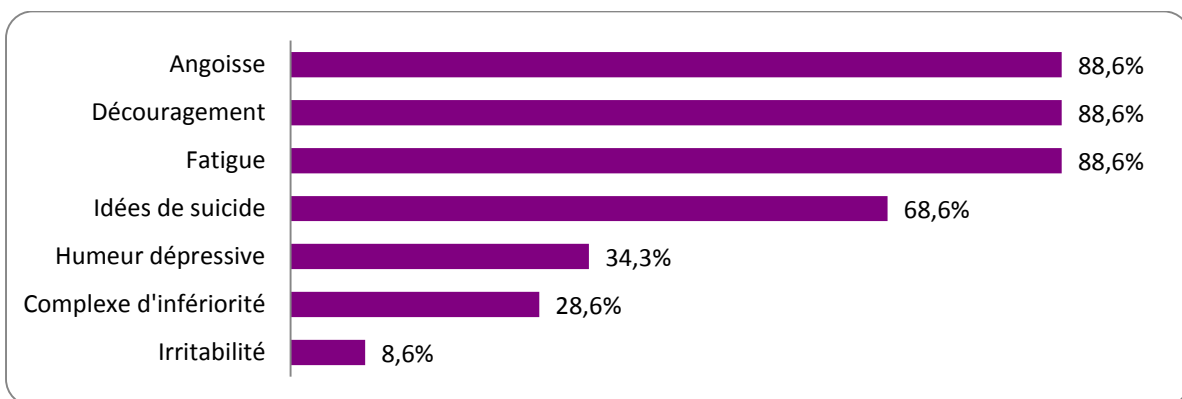


**Figure 19** : Fréquence des enfants enquêtés selon les idées de mort/suicide en rapport avec autres problèmes psychologiques

Selon la lecture de la Figure 19 qui s'est intéressé aux enfants qui ont des idées de mort et/ou de suicide, il est à remarquer que la totalité de ces enfants souffraient aussi de fatigue, de découragement et d'angoisse.

➤ **Sentiment d'inutilité en corrélation avec autres problèmes**

Les enfants qui avaient un sentiment d'inutilité faisaient aussi face à d'autres problèmes psychologiques à des proportions diverses



**Figure 20** : Fréquence des enfants enquêtés selon le sentiment d'inutilité en rapport avec autres problèmes psychologiques.

La lecture de la Figure 20 montrent que ceux qui souffrent du sentiment d'infériorité souffrent de l'anxiété, du découragement et de la fatigue, chacune dans une proportion de 88,6% tandis que 68,6% de ceux-ci ont une tendance au suicide.

***Corrélation et valeurs de p à valeur de significativité statistiques***

Le Tableau III nous situe sur les diverses corrélations qui donnent une significativité statistique de diverses variables étudiées.

**Tableau III** : Corrélations dont le degré de significativité (p) est inférieur au seuil de significativité  $\alpha=0,05$

	<b>Variabes corréliées</b>	<b>p</b>
Sexe	Irritabilité	0,034
	Culpabilité	0,018
Age	Découragement	0,000
	Idées de suicide	0,019
	Angoisse	0,000
	Trouble du sommeil	0,023
	Cauchemar	0,040
	Irritabilité	0,000
	Opposition	0,001
Découragement	Humeur dépressive	0,000
	Honte	0,012
	Idées de suicide	0,000
	Angoisse	0,000
	Insomnie	0,001
	Cauchemars	0,006
	Irritabilité	0,000
	Opposition	0,000
	Sentiment d'inutilité	0,000
	Complexe d'infériorité	0,000
Humeur dépressive	Complexe d'infériorité	0,000
	Sentiment d'inutilité	0,000
	Idées de suicide	0,000
	Angoisse	0,002
	Honte	0,000
	Découragement	0,000
	Instabilité psychomotrice	0,037

Angoisse	Fatigue	0,000
	Découragement	0,000
	Humeur dépressive	0,002
	Sentiment d'inutilité	0,000
	Idées de suicide	0,000
	Cauchemars	0,000
	Insomnie	0,000
	Irritabilité	0,000
	Opposition	0,000
	Complexe d'infériorité	0,002
Complexe d'infériorité	Opposition	0,004
	Irritabilité	0,004
	Idées de suicide	0,000
	Sentiment d'inutilité	0,000
	Humeur dépressive	0,000
	Découragement	0,000
	Honte	0,016
	Angoisse	0,002
	Instabilité psychomotrice	0,031
Irritabilité	Angoisse	0,000
	Découragement	0,000
	Humeur dépressive	0,001
	Sentiment d'inutilité	0,000
	Idées de suicide	0,001
	Opposition	0,000
	Insomnie	0,026
	Cauchemars	0,011
	Culpabilité	0,025
	Complexe d'infériorité	0,000
	Fatigue	0,000
	Idée de mort	Fatigue
Complexe d'infériorité		0,000
Cauchemars		0,050
Insomnie		0,012
Opposition		0,000
Sentiment d'inutilité		0,000
Humeur dépressive		0,000
Découragement		0,000
Angoisse		0,000
Honte		0,000
Hallucinations		0,014
Irritabilité		0,001
Sentiment d'inutilité		Irritabilité

	Angoisse	0,000
	Découragement	0,000
	Humeur dépressive	0,000
	Complexe d'infériorité	0,000
	Fatigue	0,000
Etat de santé	Idées de suicide	0,000
	Humeur dépressive	0,034
	Découragement	0,053
	Sentiment d'inutilité	0,053
	Complexe d'infériorité	0,003

### 3.3 RESULTATS QUALITATIFS

L'enquête qualitative a eu pour cible, les personnes pouvant donner des informations nécessaires, susceptibles de nous aider à appréhender les problèmes psychologiques des orphelins et des enfants infectés du VIH/sida. Il s'agit notamment du personnel de santé travaillant à la prise en charge médicale et les assistants sociaux qui travaillent pour leur prise en charge psychosociale, et les parents ou tuteurs de ces enfants, objets de notre étude. Ceci a permis d'avoir les résultats qualitatifs synthétisés ici pour renforcer les résultats obtenus et pour compléter ceux obtenus auprès des enfants. Ces résultats obtenus se présentent comme suit :

#### 3.3.1 Parents ou tuteurs

##### ➤ *Les problèmes psychologiques des enfants enquêtés*

Le décès d'un ou des parents infectés du VIH/sida, expose les enfants à divers problèmes psychologiques qui inquiètent. Certains adultes affirment que cela les affectent également et estiment que les enfants doivent l'être davantage. Les encadrés ci-dessous retracent les propos recueillis au cours de l'enquête sur le terrain.

- **Détresse psychologique des enfants exprimée par un adulte**

Les enfants vivent la détresse psychologique telle que exprimée dans l'encadré N°1.

**Encadré 1: Verbatim de tuteur lié à la détresse psychologique d'un enfant**

« ... J'imagine ce que cet enfant endure si déjà j'ai eu moi-même tout ce mal à accepter ce décès tragique de mon frère et de son épouse... »  
(oncle et tuteur d'enfant orphelin).

Ces propos posent le problème de la détresse psychologique des enfants due à la mort tragique de leurs parents.

- **Fatigue des enfants**

Les enfants de notre population d'étude sont sujets à la fatigue, selon les propos recueillis dans l'encadré N°2.

**Encadré 2: Verbatim d'un parent lié aux effets des antirétroviraux**

« ...Mon enfant est souvent fatigué et dort beaucoup. Même en classe, son maître se plaint d'elle surtout que les résultats deviennent de plus en plus mauvais et je ne peux rien lui expliquer à propos de son statut ... » (Tuteur d'un enfant).

Il ressort de l'analyse de ces propos, les problèmes suivants : difficultés scolaires, fatigue physique et psychologique liées au traitement antirétroviral et perte d'intérêt pour les études.

- **Sentiment de désespoir et d'inutilité des enfants**

Les propos suivants recueillis auprès d'un tuteur permettent de se rendre compte des divers sentiments négatifs vécus par les enfants enquêtés.

**Encadré 3: Verbatim d'un parent lié au sentiment de désespoir et d'inutilité d'un enfant**

« Il me demande sans cesse de quoi ses parents sont-ils morts et pourquoi il prend aussi des médicaments chaque jour. Il est allé jusqu'à dire un jour, qu'il sait qu'il a le sida et qu'il va mourir aussi bientôt et de ne plus se gêner pour lui payer la scolarité ».

De ces propos, il ressort que cet enfant est en proie au sentiment de désespoir, d'inutilité et à une mauvaise image de soi.

**- Idées de mort/suicide des enfants**

Les enfants de notre population d'étude se sentent aussi confrontés à des idées de mort tels que les propos rapportés dans l'encadré N°4 l'expriment.

**Encadré 4: Verbatim d'un parent lié aux idées de mort chez les enfants enquêtés**

« Je ne peux pas croire que mon enfant puisse dire qu'il a envie de mourir. Il aurait dit à un de ses frères qu'il est fatigué de cette vie et qu'il se serait tué depuis, s'il savait comment y parvenir ». (un parent)

Ces propos témoignent que cet enfant, comme plusieurs autres, est confronté aux idées de suicide, au sentiment d'être inutile et à la détresse psychologique.

**- Stigmatisation et discrimination subies par les enfants et exprimées par un adulte**

Placés dans des familles d'accueils, certains enfants ne sont pas pleinement acceptés ni intégrés.

**Encadré 5: Verbatim d'un parent lié à la discrimination**

« Nous avons toujours peur de lui et nous avons interdit à nos enfants de le fréquenter au risque de se faire contaminer et nous nous sommes bien méfiés de lui. Nous lui avons donné une cabane à part et ses matériels étaient bien marqués. Nous leur avons même interdit de fréquenter sa douche. » (Un tuteur).

Les propos de ce tuteur attestent de la stigmatisation et de la discrimination que vivent les enfants porteurs du VIH/sida dans leur milieu de vie.

**- Enfant garde malade et abandon de l'école**

Selon l'encadré 6, les enfants abandonnent l'école du fait de la maladie de leurs parents. La stigmatisation et la discrimination en sont des causes indirectes.

**Encadré 6: Verbatim d'un parent lié au statut d'enfant garde malade**

« ...Elle a arrêté l'école parce que sa mère était tout le temps malade et il n'y avait personne pour s'occuper d'elle surtout que nous savons de quoi le père était décédé... »

De l'analyse de ces propos il ressort que cet enfant est victime de l'infection de sa maman et fait face au décrochage ; il devient du fait un enfant garde malade à cause de la discrimination et de la stigmatisation dont sont victimes sa mère malade pour qui personne n'est disponible à devenir garde malade.

➤ ***Les difficultés d'ordre socio-économique et nutritionnel***

Les familles biologiques et d'accueil des enfants, elles rencontrent surtout des difficultés d'ordre économique et nutritionnel.

**- Invalidité des parents et difficultés financières**

L'invalidité physique des parents expose plus les enfants à la misère comme le font constater les propos de l'encadré 7.

**Encadré 7: Verbatim d'un parent lié à son invalidité**

«...à cause de la maladie, je ne travaille plus et mon mari non plus, on n'arrive pas à payer la scolarité de nos enfants, à manger et les habiller correctement ».

Ces propos témoignent de l'invalidité des parents pour des raisons de maladie, puis de la précarité socio-économique dans laquelle vivent ces familles biologiques.

- **Difficultés à se nourrir**

Certains de nos enfants sont confrontés à des difficultés à trouver à manger comme le dit ce responsable de famille d'accueil dans l'encadré 8.

**Encadré 8: Verbatim d'un parent lié à leur difficulté à s'alimenter**

« Nous achetons les acajous, nous les grillons, puis nous les vendons. Le jour où les acajous ne sont pas achetés, ou...houn...(les deux mains subitement jointes) nous dormons à jeun, même avec ces enfants qui sont sous traitement » a affirmé un responsable de famille d'accueil.

Ces propos attestent les difficultés que ces enfants ont à se nourrir ; ce qui pose le problème de l'efficacité du traitement et de l'observance pour les enfants qui sont sous antirétroviraux.

- **Enfant au travail et problèmes socio-économiques**

L'encadré 9 nous permet de comprendre le lien évident entre la situation socio-économique et la raison du travail des enfants.

**Encadré 9: Verbatim d'un parent lié au travail des enfants**

« Nous nous occupons de la fabrication artisanale de pain et de biscuits. Après leur vente, l'argent nous aide pour les besoins de ces enfants qui sont obligés d'aller les vendre eux-mêmes après les avoir travaillés avec nous ...Quelle école ? On dit qu'on ne trouve pas à manger et vous parlez d'école ?...» (Un responsable de famille d'accueil)

De ces propos, il est à constater que ces familles d'accueil sont confrontées à des problèmes socio-économiques, plus précisément à des problèmes de survie ; elles abritent et entretiennent en leur sein des enfants travailleurs et déscolarisés.

### **3.3.2 Les agents de santé et personnel du centre social**

➤ **Actions en faveur des familles**

- **Insuffisance de l'appui nutritionnel et alimentaire (1/4)**

Les agents impliqués dans la prise en charge des enfants orphelins et infectés donnent leur avis sur l'appui nutritionnel comme le présente les encadrés 10, 11, 12,13.

**Encadré 10: Verbatim d'un agent de santé lié à leur limite dans l'appui nutritionnel et alimentaire**

« Nous appuyons les familles avec des vivres mais c'est insuffisant car il faut attendre le trimestre pour quelques kilos de céréales et autres. Nous reconnaissons que cela ne fait pas grande chose. Mais nous sommes limités ; eh bien »

Les propos de cet agent montrent l'insuffisance de l'appui nutritionnel et alimentaire et attestent des difficultés des familles au plan nutritionnel.

- **Insuffisance de l'appui nutritionnel et alimentaire (2/4)**

Les propos de l'encadré 11 donnent plus de détails sur l'insuffisance de la quantité de l'appui alimentaire.

**Encadré 11: Verbatim d'un agent de santé lié à Insuffisance de l'appui nutritionnel et alimentaire**

« Nous les appuyons parfois financièrement avec 35000f/an. Ils reçoivent 5Kg de riz, de 10Kg de maïs, de 5Kg de haricot et de 2 litres d'huile par trimestre. Mais cela ne couvre que quelques jours ; c'est quand même important ».

Les propos de cet agent montrent aussi l'insuffisance de l'appui nutritionnel et alimentaire et attestent des difficultés des familles au plan nutrition.

- **Insuffisance de l'appui nutritionnel et alimentaire (3/4)**

L'encadré 12 vient confirmer encore cette insuffisance alimentaire. Les parents préfèrent une aide à l'autonomie plutôt que l'aide insuffisante.

**Encadré 12: Verbatim d'un agent de santé lié au désir d'autonomie exprimé par les ménages**

« Nous leur offrons des appuis mais ils estiment qu'il faut leur apprendre à pêcher plutôt que de leur donner à manger du poisson. Malheureusement, nous ne sommes pas les gouvernants. C'est bien dommage ».

Ce verbatim permet de constater que les ménages préfèrent une autonomisation par l'appui économique à l'initiative plutôt que la dépendance alimentaire. L'appui alimentaire est insuffisant.

-**Insuffisance de l'appui nutritionnel et alimentaire (4/4)**

L'encadré 13 révèle à quel point cette insuffisance alimentaire est nuisible pour la santé.

Des propos qui attestent toujours de l'insuffisance de l'appui nutritionnel et alimentaire et de l'incapacité des agents sociaux à faire au-delà de leur capacité actuelle.

### **-Appui scolaire**

**Encadré 13: Verbatim d'un agent de santé lié aux problèmes alimentaires**

« C'est vrai qu'ils sont pris en charge au plan sanitaire mais ils ont du mal à manger alors que les médicaments ont des effets actifs sur la santé et cela nécessite de la force physique pour les supporter »

L'encadré 14 permet de percevoir l'appui scolaire apporté par le centre social.

**Encadré 14: Verbatim d'un agent de santé lié à l'appui scolaire**

« Les enfants chefs de ménage ne sont pas laissés. Ils bénéficient de kits scolaires et de matériels didactiques et autres. On les soutient d'une manière ou d'une autre. Un tien vaut mieux que deux tu auras ».

Ces propos montrent que les agents ont une pleine conscience des difficultés à se nourrir.

### **Effort de prise en charge**

Les agents impliqués dans la prise en charge sont conscients que les parents se plaignent mais reconnaissent leur limite.

**Encadré 15: Verbatim d'un agent de santé lié aux difficultés dans la prise en charge**

« La vie ne peut pas tout donner. Aussi, nous donnons ce qu'il faut. Ils se sont plaints des ONG qui ne leur répartissaient pas convenablement les biens et nous en avons pris acte... »

Ces propos attestent de l'effort de prise en charge fourni par le centre social. L'expression « ...Nous en avons pris acte » atteste de leur désir de mieux faire.

***Verbalisation de difficultés de prise en charge***

Les agents impliqués dans la prise en charge expriment à travers l'encadré 16, leurs difficultés face aux problèmes psychologiques des enfants.

**Encadré 16: Verbatim d'un agent de santé lié à l'absence moyens pour la prise en charge**

« Vous savez que personne n'a les moyens pour supporter d'autres enfants. Nous savons que les enfants ont besoin de soutien pour mieux s'en sortir car cela est source de nombreux problèmes psychologiques ».

Ces propos nous permettent d'établir un lien entre les difficultés des familles d'accueil, leurs conditions sociales et leurs problèmes psychologiques.

**Conditions de vie et problèmes psychologiques**

L'encadré 17 permet de bien se rendre compte du lien entre les conditions de vie des enfants et leurs problèmes psychologiques.

**Encadré 17: Verbatim d'un agent de santé lié aux conditions sociales difficiles**

« Il y a de forts liens entre les problèmes socio-économiques des enfants et leurs problèmes psychologiques. Si tu n'as pas les moyens de manger ou d'aller à l'école, de quel équilibre psychologique disposes-tu ? »

L'analyse de ces propos montre les liens entre les difficultés des familles d'accueil, leurs conditions sociales et leurs problèmes psychologiques.

## Conditions sociales et enfants travailleurs

L'encadré 18 nous permet de constater que les conditions sociales ont un lien avec leur situation d'enfants qui travaillent.

### **Encadré 18: Verbatim d'un agent de santé lié à la situation sociale des enfants**

« Un enfant qui n'a pas de parents est obligé d'aller travailler pour s'en sortir et ces cas sont nombreux chez nous. Nous récupérons quelques-uns qui vont à l'école ou en apprentissage et les autres reçoivent des appuis pour initier des activités génératrices de revenus. Mais cela n'est pas courant car vous savez vous mêmes qu'il faut le soutien des partenaires techniques et financiers(PTF) ».

Ce verbatim nous permet de comprendre que les conditions sociales sont difficiles et la souffrance oblige les enfants à devenir des enfants travailleurs parfois avec l'appui financier et économique du centre social, même si cela paraît insignifiant.

### ➤ *Les problèmes psychologiques*

#### **L'insomnie et la fatigue intellectuelle**

Les enfants enquêtés ont des problèmes psychologiques tels que nous présente l'encadré 19.

### **Encadré 19: Verbatim d'un agent de santé lié aux problèmes psychologiques**

« ... ce sont le mutisme, la timidité trop poussée, un isolement personnel, l'insomnie, la fatigue intellectuelle ... »

Ces propos des agents des services de prise en charge montrent que ces enfants sont en proie à une détresse psychologique qui s'exprime par une sémiologie très expressive.

## **Sentiment d'inutilité**

Le verbatim de l'encadré 20 permet de constater à quel point ils sont désespérés.

### **Encadré 20: Verbatim d'un agent de santé lié aux problèmes psychologiques des enfants**

« Certains enfants que nous recevons ont le sentiment d'être inutiles et n'entendent plus se battre pour réussir... "Ma réussite servira à quoi si je dois mourir dans peu de temps comme mes parents ? disent-ils souvent".

Ces propos retracent comment les problèmes psychologiques entravent le rendement scolaire des enfants.

## **Stigmatisation et rejet**

Les enfants enquêtés sont mal acceptés dans leur milieu comme l'exprime cet agent de santé dont les propos sont rapportés dans l'encadré 21.

### **Encadré 21 : Verbatim d'un agent de santé lié à la stigmatisation et au rendement scolaire**

« Un enfant stigmatisé ne peut plus travailler à l'école ; il se sent rejeté. »

L'analyse de ces propos permet de se rendre compte des effets du rejet vécu par ces enfants. Ce rejet a d'impact négatif sur leur scolarité.

## **Irritabilité et faible rendement scolaire**

Les enfants enquêtés vivent des situations qui les irritent et a d'impact sur les études comme le rapporte le verbatim de l'encadré 22

### **Encadré 22 : Verbatim d'un agent de santé lié aux problèmes psychologiques relevés par les parents**

« Certains parents disent que leurs enfants sont agressifs, coléreux et très irrités ; d'autres soulignent que les leurs ne travaillent pas bien à l'école malgré les efforts d'accompagnement. »

Ces propos de parents rapportés par des agents de santé montrent l'agressivité, la colère et les mauvais résultats des enfants de notre population d'étude.

### **Problèmes psychologiques et abandon de l'école**

L'encadré 23 présente les liens entre les problèmes psychologiques et l'abandon de l'école.

**Encadré 23 : Verbatim d'un agent de santé lié aux problèmes psychologiques des enfants et situation scolaires**

« Les problèmes psychologiques des enfants sont trop mais pas perceptibles. Nous le constatons quand les parents les soulignent et quand les résultats scolaires sont mauvais...ou quand l'enfant abandonne l'école. »

Ces propos montrent que les problèmes psychologiques sont moins perceptibles alors qu'ils ont des effets silencieux.

### **Fugue et maltraitance**

La maltraitance est parfois à la base de la fugue observée chez les enfants selon l'encadré 24.

**Encadré 24: Verbatim d'un agent de santé lié à la maltraitance et à la fugue des enfants**

« Certains enfants fuient les familles d'accueil et estiment qu'ils sont maltraités et ne sont pas nourris. »

Ces propos nous permettent de nous rendre compte des problèmes d'insuffisance alimentaire et de maltraitance vécus par les enfants.

### ➤ **Prise en charge Psychologique**

Des propos ci-dessous on perçoit à quel point les agents de santé ont besoin de l'accompagnement d'un psychologue pour réussir la prise en charge médicale de ces enfants.

#### **Besoin de psychologue**

Les agents de santé expriment dans l'encadré 25, la nécessité d'avoir un psychologue pour ces cas.

**Encadré 25: Verbatim d'un agent de santé lié au besoin de recrutement d'un Psychologue**

« Il faut absolument un psychologue pour ces enfants. Nous relevons tellement de plaintes des parents et tuteurs que nous n'arrivons pas à régler... Nous non plus, nous ne comprenons pas la raison de ces problèmes psychologiques mais nous savons que ce n'est pas facile pour l'enfant de vivre avec l'infection ».

Nous le constatons quand les parents les soulignent et quand les résultats scolaires sont mauvais ...ou quand l'enfant abandonne l'école. ».

#### **Agents de santé et approche aléatoire**

L'encadré 26 met en exergue l'approche aléatoire utilisée par les agents de santé selon leurs propos.

**Encadré 26: Verbatim d'un agent de santé lié à leur approche aléatoire de la prise en charge**

« Bien entendu nous avons été formés pour leur prise en charge psychosociale et nous réussissons sur beaucoup de points. Même si nous reconnaissons nos limites nous avons quand même plein de moyens de prise en charge psychologique ; même si nous n'avons pas de psychologue »

Ces agents de santé font beaucoup d'efforts pour accompagner les enfants par rapport à leurs problèmes psychologiques mais de manière aléatoire telle qu'ils le reconnaissent aussi.

## **Compétences psychologiques aléatoires des agents de santé**

Les propos de l'encadré 27 confirment encore ceux de l'encadré précédent.

**Encadré 27 : Verbatim d'un agent de santé lié à leur compétences psychologiques aléatoires**

« Je suis convaincu que je ne suis pas qualifié pour régler leurs problèmes psychologiques ! Je fais de mon mieux. Avec l'écoute et le conseil, nous essayons de faire ce que nous pouvons einh ! »

Ces propos posent aussi le problème de la qualité aléatoire non seulement de la prise en charge psychologique des enfants mais aussi de la compétence appropriée de ceux de ceux qui l'assurent. En témoigne l'interjection « einh ! » émise à la fin.

## 4. DISCUSSION

### 4.1 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

#### 4.1.1 L'âge et le sexe des orphelins et enfants infectés

La tranche d'âge de 12 à 15 ans est plus représentée dans notre population d'étude soit 33,3%. Par contre les enfants de 15 à 17 ans sont les moins représentés avec une proportion de 12,3%. Nous avons constaté au cours de nos enquêtes que les enfants ont une prise de conscience de leur situation en fonction de leur âge. En effet, les enfants orphelins et infectés situés dans la tranche d'âge de 14-17 ans sentent et expriment plus facilement le poids de leur souffrance que ceux des autres tranches d'âge. Ils sont plus exposés avec des comportements à risques liés à l'adolescence. Notre population d'étude est jeune.

Une approche comparative nous permet de constater qu'en Zambie, une étude rapide effectuée en 2002 établit que l'âge moyen des enfants se prostituant était de 15 ans dont environ la moitié d'entre eux (47%) était des orphelins doubles et 24% des orphelins d'un parent (UNICEF, 2007). On remarque une nette prédominance des filles, 59,6 % contre 40,4 % de garçons. Ainsi, les filles paraissent plus vulnérables et plus exposées que les garçons en ce qui concerne l'infection au VIH /sida. Les résultats issus de notre étude par rapport au sexe sont très proches du taux de 60% de filles obtenus par TONOUKOUIN (2010) au Bénin, lors de ses recherches pour son mémoire de maîtrise. En effet, ce sont souvent les filles qui s'occupent des tâches domestiques, de leurs parents malades ainsi que de leurs sœurs et frères cadets. Elles sont aussi plus vulnérables aux abus sexuels, à l'exploitation, à la prostitution et au trafic d'enfants. Elles ont moins de chance d'avoir accès à l'éducation, aux informations, aux formations et aux opportunités de travail ; en plus, leurs droits successoraux sont moins reconnus.

#### **4.1.2 Rendement scolaire, sexe et abandon de la formation ou de l'école des orphelins et enfants infectés**

La figure 8 nous permet de constater que 66,6% de ceux dont les résultats scolaires sont médiocres (ne travaillent pas du tout) sont tous des orphelins. Ensuite, 73% de ceux ayant un rendement insuffisant sont des non orphelins. Ce qui veut dire que le taux d'échec est vraiment élevé chez les non orphelins. Ce taux d'échec n'est pas obligatoirement lié à leur statut, car  $p=0,188$  ( $>0,05$ ) ne révèle pas une significativité, ni un lien de dépendance. Ainsi, ce faible taux de réussite à l'école pourrait être lié aux différentes difficultés que rencontrent ces enfants dans leur vie quotidienne. Ces difficultés qui peuvent être liées à l'environnement ou à l'état de santé de leurs parents car ils deviennent des gardes malades souvent et prodiguant des soins à leurs parents du fait de leur état de santé. Aussi, on peut s'expliquer le phénomène par le fait que très peu d'enfants soient restés plus longtemps avec leurs parents et aient bénéficié de leur amour. Cela est plus préoccupant chez les filles qui sont très sollicitées en placement et pour des activités hors famille. Ce fait justifie le taux d'abandon élevé chez les filles car les résultats révèlent qu'il y a 9% d'abandon chez les garçons contre 14,7% chez les filles. La figure 7 nous permet d'ailleurs de constater que tous les garçons en apprentissage ont au moins 15 ans et que les filles commencent déjà à 9 ans. Dans la même logique, les résultats montrent que 24,5% des enfants ayant un résultat médiocre et insuffisant et veulent vraiment abandonner l'école parce qu'ils n'espèrent pas voir leurs résultats s'améliorer. Par ailleurs, ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction (15,8%) sont pratiquement tous des apprentis.

L'absence d'une relation de proximité avec les parents est aussi source de difficultés scolaires chez les enfants et chez les adolescents. Les élèves qui ont peu d'interactions agréables avec leurs parents ont moins de chance de réussite

à l'école comparativement aux autres élèves qui bénéficient d'une relation positive avec leurs parents. Le parent bien que présent est absent à cause de sa santé détériorée, et donc incapable de combler les besoins psychoaffectifs de l'enfant. Le cas des orphelins paraît plus courant et dramatique. C'est ce que voudrait mettre en exergue BOKO (2009), lorsqu'il écrit à cet effet : « l'indisponibilité parentale crée un déséquilibre pour l'enfant qui s'exprime par un vaste sentiment d'insécurité qui entraîne à l'âge scolaire, de graves perturbations dans le processus d'acquisition des savoirs. ». Les résultats de notre étude révèlent selon la figure 9, qu'il y a 9,1% d'abandon chez les garçons et 17,6% chez les filles ; soit 26,7% des enfants qui veulent vraiment abandonner l'école parce qu'ils n'espèrent pas voir leurs résultats s'améliorer ( $p=0,810$ ). Après l'âge de 14 ans, ils sont souvent en formation pour un métier. Les résultats de notre étude avoisinent ceux obtenus par l'UNICEF en 2007. En effet, selon ces résultats d'une étude réalisée en Ouganda rapportent que 14% des élèves du primaire avaient à un moment ou à un autre, manqué un trimestre entier de fréquentation scolaire. L'écart est encore plus important dans le secondaire, où 16% des non-orphelins et 43% des orphelins doubles avaient manqué tout un trimestre de cours (UNICEF, 2007). Dans le cadre de la même enquête, plus d'un quart des orphelins déclaraient que leurs résultats scolaires s'étaient dégradés en partie du fait des interruptions de leurs scolarités et en partie à cause du stress (UNICEF, 2007). En témoignent les propos d'un des tuteurs rapportés dans l'encadré N°3, qui attestent du manque de motivation que vivent certains de ces enfants en proie au sentiment d'inutilité et à la mauvaise image de soi : « Il me demande sans cesse de quoi ses parents sont-ils morts .... Il est allé jusqu'à dire un jour, qu'il sait qu'il a le sida et qu'il va mourir aussi bientôt et de ne plus se gêner à lui payer la scolarité». Cette affirmation confirme donc les difficultés scolaires, la perte d'intérêt pour les études sans cesse croissante. Les

mêmes résultats nous permettent de constater dans le tableau II que 62,7% des orphelins doubles travaillent respectivement pour leurs propres besoins et pour ceux de leur ménage. Les charges familiales et les charges personnelles assumées par ceux-ci contribuent aussi largement à étouffer l'enfant qui n'est jamais arrivé à se passionner des devoirs scolaires parce qu'assumant des charges qui ne relèvent pas de sa compétence et qui lui arrachent sa liberté et son épanouissement. C'est à juste titre que l'un des tuteurs affirme suivant l'encadré N°6 : « ...Elle a arrêté l'école parce que sa mère était tout le temps malade et il n'y avait personne pour s'occuper d'elle surtout que nous savons de quoi le père était décédé... » De l'analyse de ces propos, il ressort que cet enfant est victime de la maladie de sa mère et fait face à l'abandon scolaire ; il devient du fait un enfant garde malade à cause de la discrimination et de la stigmatisation de ses parents. Les études ont montré que la pauvreté n'est pas la seule cause de l'absentéisme au cours et du faible rendement scolaire d'un orphelin. La nature de la relation familiale entre l'orphelin et l'adulte qui prend les décisions dans la famille en est une autre. Plus ce lien est proche, plus l'enfant a la chance d'être assidu à l'école. Les enfants vivant dans des ménages dirigés par des gens autres que leurs parents sont plus mal lotis que ceux vivant avec leurs parents ; les enfants n'ayant aucun lien de parenté avec les chefs de ménage ont plus de difficultés scolaires.

## **4.2 PROBLÈMES SOCIO-ÉCONOMIQUES**

Selon les résultats issus de nos enquêtes et présentés dans la figure 10, nous constatons sans grande surprise que la plupart des orphelins de père vivent dans une situation de précarité avec leurs mères. Il en est de même pour les orphelins de mère pour qui les résultats sont plus alarmants avec une proportion de 70% qui vivent dans des ménages ayant 8 et 10 enfants. Mais la situation est plus préoccupante lorsque nous constatons que certains enfants ont leurs deux

parents vivants et vivent encore dans une pauvreté primaire. Nous savons en effet, que plus la taille du ménage n'est grande, moins le revenu de la famille contribue à l'épanouissement de tous. Ceci explique mieux la situation misérable dans laquelle vivent ces orphelins et enfants porteur du VIH /sida. En effet, 76,3% des pères vivaient dans une situation sociale précaire et donc sont démunis et incapables de subvenir aux besoins de la famille, de même que 97,4% des mères vivaient dans l'incapacité totale de subvenir aux besoins de leurs enfants et plusieurs de ces enfants se retrouvent de ce fait dans une situation sociale précaire. Rappelons qu'une proportion de 62,5% des orphelins doubles et 35,5% des orphelins de père travaillaient pour satisfaire leurs propres besoins. De plus 62,5% des orphelins doubles et 20% des orphelins de mère travaillent pour satisfaire les besoins de leur ménage (Tableau II). En témoignent ces propos de parent infecté selon l'encadré N°7 : « ...à cause de la maladie, je ne travaille plus et mon mari non plus, on n'arrive pas à payer la scolarité de nos enfants ni à manger ni à les habiller correctement ». C'est ce qui justifierait la proportion de 22,8% des enfants travaillant pour subvenir à leurs propres besoins.

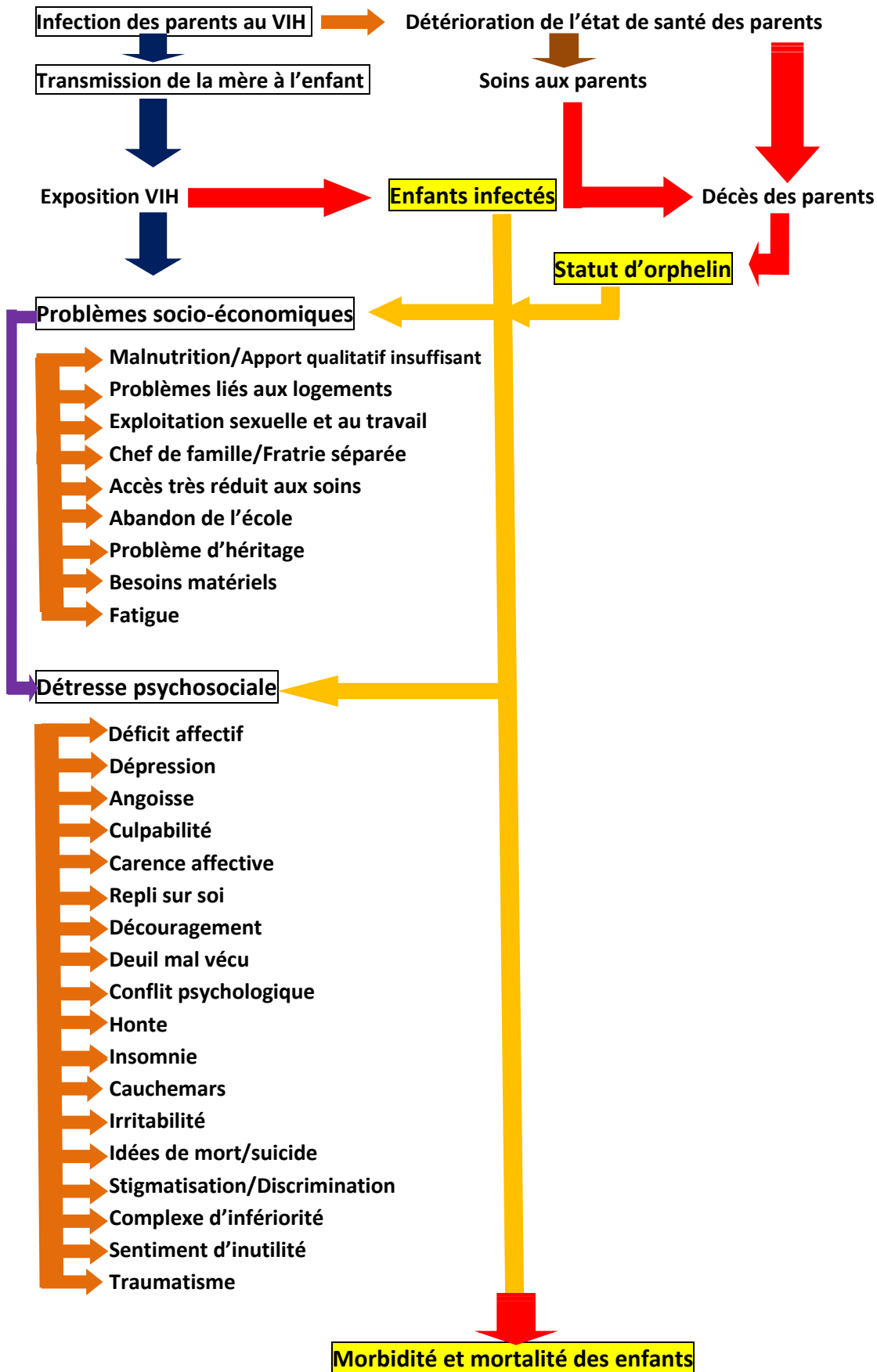
Nous comprenons mieux cet état de chose quand nous nous référons au nombre d'enfants total vivant et en charge dans les ménages dans lesquels vivent les enfants. C'est une proportion de 50% des orphelins de mère qui vivent dans les ménages ayant huit(8) enfants en charge. Les orphelins et enfants porteurs du VIH/sida souffrent donc à des degrés divers de la malnutrition et de la carence alimentaire. Ce qui les oblige à aller travailler tel que le fait constater le tableau II. Ainsi, c'est 62,5% des orphelins doubles et 35,7% des orphelins de père qui travaillent pour satisfaire leurs propres besoins. De plus, 20% des orphelins de mère travaillent pour satisfaire les besoins de leur ménage (tableau II). Leur situation d'enfants travailleurs pourrait alors les exposer à la délinquance, à l'usage de la drogue, à l'abus et à l'exploitation sexuelle, à des

accidents, à des grossesses précoces et non désirées, à de la discrimination, de la stigmatisation, à des accusations sorcières et à bien d'autres vices et travers ; tout cela ce qui affecte profondément leur personnalité et donc leur vie psychologique. C'est ce qu'on pourrait comprendre par ces propos recueillis auprès d'un agent Y de confirmer selon l'encadré N°17 : « Il y a de forts liens entre les problèmes socio-économiques des enfants et leurs problèmes psychologiques. Si tu n'as pas les moyens de manger ou d'aller à l'école, de quel équilibre psychologique disposes-tu ? ». Or c'est à ces mêmes adolescents qu'il reviendra plus tard d'assumer le rôle du chef de ménage en vue de nourrir les autres membres de la famille et de pouvoir survivre.

Dans le combat pour sa survie et celle de sa famille, l'adolescent est souvent obligé d'abandonner l'école. Toutes choses qui attestent que les orphelins et les enfants infectés souffrent à divers niveaux, des effets du VIH/sida. Ce qui confirme **l'hypothèse 1** selon laquelle l'infection ou le décès des parents par le VIH/sida a pour conséquence immédiate la vulnérabilité psychologique des enfants. C'est donc pour mettre en exergue la cause de cet abandon qu'un responsable de famille d'accueil affirme selon l'encadré N°9, ce qui suit : « Nous nous occupons de la fabrication artisanale de pain et de biscuits. Après leur vente, l'argent nous aide pour les besoins de ces enfants qui sont obligés d'aller les vendre eux-mêmes ... Quelle école ? On dit qu'on ne trouve pas à manger et vous parlez d'école ?... ». Il convient ici de rappeler qu'une étude effectuée en Zambie en 2002 a déjà établi que l'âge moyen des enfants se prostituant était de 15 ans. Environ la moitié d'entre eux (47%) étaient des orphelins doubles et 24% orphelins d'un parent. L'obligation de gagner de l'argent était la principale raison citée pour expliquer leur prostitution (ONUSIDA, 2006). Selon les mêmes recherches, 29% des enfants âgés de 5 à 14 ans exerçaient une activité économique en Afrique Subsaharienne (UNICEF, 2004). À cet effet, TOMKIEWICZ

(1996,) écrit : « La perte de la famille, de l'école, de toute relation avec des adultes positifs, peut se manifester pendant des années par la petite délinquance, le marché noir, la prostitution ».

Les propos que voici, d'un responsable de famille d'accueil, recueillis au cours de nos enquêtes sont une preuve de ce dénuement socio-économique, en référence à l'encadré N°8 : « Nous achetons les acajous, nous les grillons, puis nous les vendons. Le jour où les acajous ne sont pas achetés ... nous dormons à jeun, même avec ces enfants qui sont sous traitement ». N'GAGNE et al (2006), au Sénégal, rapportent d'après leurs enquêtes que les enfants vivant avec le VIH sont plus exposés aux maladies et à la malnutrition ; cela affectera leur présence à l'école, et aura donc des répercussions sur leurs performances scolaires. Aussi, les affections fréquentes et chroniques, comme les diarrhées et les infections respiratoires, empêchent-elles ces enfants de se rendre à l'école. Nos résultats sont superposables à ceux retrouvés au cours d'une enquête réalisée en milieu urbain en Côte d'Ivoire et rapportés par ONUSIDA (2010), où il a été noté que les familles où survient un cas de sida subissaient souvent une réduction marquée de leurs revenus jusqu'à 67% pendant que les dépenses de santé ont plus que quadruplé. Nous avons réalisé une figure qui nous permet de mieux nous rendre compte de la réalité que vivent ces orphelins et enfants infectés, en établissant un lien entre les problèmes socio-économiques et les problèmes psychologiques.



**Figure 21** : Cycle de problèmes socioéconomiques et psychologiques des enfants orphelins et/ou infectés par le VIH/sida

### **4.3 PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES**

L'impact psychologique de l'état de maladie des parents et de leur mort nécessite une prise en charge psychologique appropriée des orphelins, souvent sous-estimée par les structures et les adultes en charge de ces enfants. La vulnérabilité psychologique des enfants est liée aux risques. Les enfants ont une prise de conscience de leur situation en fonction de leur âge. Ainsi, plus la réalité sanitaire et celle socio-économique sont perçues, plus la souffrance psychologique s'accroît comme énoncé dans l'hypothèse 1. À cet effet, un agent de santé rencontré sur le terrain dira, selon l'encadré N°23 : « Les problèmes psychologiques des enfants sont trop, mais pas perceptibles. Nous le constatons quand les parents les soulignent et quand les résultats scolaires sont mauvais ... ou quand l'enfant abandonne l'école ». L'ensemble des résultats collectés dans cette rubrique nous permet de découvrir la sémiologie qui annonce l'imminence ou même la présence d'un trouble psychologique. Les résultats des travaux de AWANNOUGBE (2005) rendent bien compte de cette réalité : « Dans 100% des ménages, les enfants ont encore des problèmes psychologiques. Ils sont pleurnichards, agressifs et fugueurs ».

#### **4.3.1 Orphelins et enfants infectés en proie à la stigmatisation et à la discrimination**

La stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les orphelins et les enfants infectés sont décrites dans les propos rapportés dans l'encadré N°5 : « Nous avons toujours peur de lui et nous avons interdit à nos enfants de le fréquenter au risque de se faire contaminer et nous nous sommes bien méfiés de lui. Nous lui avons donné une cabane à part et ses matériels étaient bien marqués. Nous leur avons même interdit de fréquenter sa douche ». Aussi, les parents ont-ils une difficile relation avec le corps malade de l'enfant et parfois, ceux-ci, les considèrent comme morts, les éloignent de leur capital affectif. Dans

la fratrie, l'enfant infecté est confronté à des griefs surtout lorsqu'il est surprotégé. A l'inverse, la fratrie peut aussi avoir honte de lui. Cela est vécu de façon dramatique comme le fait remarquer une adolescente de 16 ans : « Ils nous traitent mal ; on n'a pas envie de marcher dans la rue ; on se fait insulter. Ils murmurent sur notre passage. Ils croient qu'il suffit qu'un seul membre de la famille soit malade dans une famille pour que toutes les autres personnes vivant sous le même toit le soient aussi » (UNICEF, 2004). Placés dans les familles d'accueil, ils sont traités comme des membres de second ordre dans cette famille et donc, mal acceptés. Cela n'est pas sans conséquence sur la scolarité des concernés. C'est ce que voudrait faire comprendre un des agents de santé rencontré, lorsqu'il affirme selon l'encadré N°21 : « Un enfant stigmatisé ne peut plus travailler à l'école ; il se sent rejeté ».

La stigmatisation et la discrimination poussent parfois à la fugue. C'est ce que voudrait faire comprendre un autre agent de santé selon l'encadré N°24 : « Certains enfants fuient les familles d'accueil et estiment qu'ils sont maltraités et ne sont pas nourris ».

La maltraitance est donc aussi une forme d'expression de la discrimination dans les familles d'accueil. À cet effet, AWANNOUGBE (2005) suggère de renforcer la capacité des enseignants à mieux gérer les OEV avec discrétion, sans discrimination ni stigmatisation, à travers des communications pour le changement de comportement. On devra donner aussi des fiches de formation conçues pour la cause. La honte a un lien étroit avec la connaissance de sa situation ou de celle de ses parents et la stigmatisation. Suivant les résultats de la figure 14, 74,3% des enfants découragés, ont honte d'eux-mêmes ou de leurs parents, tandis 92,6% de ceux qui ont des idées de mort/suicide éprouvaient cette honte selon la figure 19. Nous constatons d'ailleurs que la majorité des enfants qui sont reçus à l'hôpital Bethesda et au Centre social résident dans des

localités relativement plus éloignées des arrondissements de la zone sanitaire V de Cotonou. Pour certains, le choix d'un centre aussi éloigné s'explique par le désir d'échapper à la stigmatisation et de surmonter la honte. La valeur de  $p=0,000$ , montre une certaine significativité de la corrélation les idées de suicide et cette honte.

#### **4.3.2 Age, sexe, état de santé et problèmes psychologiques des orphelins et enfants porteurs du VIH/sida**

Les réalités et les problèmes psychologiques sont perçus de différentes manières selon l'âge des enfants et selon le sexe. À travers le croisement de la variable âge, avec ceux liés aux problèmes psychologiques, nous constatons à partir de la figure 11, que tous les enfants de 15 à 17 ans sont plus irrités et opposés que ceux des autres âges. Avec la lecture de la figure 12, La proportion de garçons souffrant de l'irritabilité est de 43,5% alors que seulement une proportion de 17,6% de filles en souffre. Le résultat du test de khi deux étant significatif avec  $p=0,034$  et  $p= 0,018$  dans les deux cas, il convient de souligner qu'il y a une corrélation entre l'irritabilité et l'âge d'une part, et entre l'irritabilité et le sexe d'autre part. Cela suggère que les enfants, à un certain niveau, comprennent bien ce qui leur arrive.

L'opposition pourrait être liée aux aléas de la puberté, mais aussi à une expression logique de l'irritabilité éprouvée. C'est ce que la figure 18 nous fait comprendre, car parmi ceux qui souffrent de l'irritabilité, une proportion de 81,3% sont opposés à tout, 93,8% sont sujets à une humeur dépressive, tandis que 93,8% souffrent du complexe d'infériorité. Si une proportion de 82,7% des enquêtés du sexe féminin se culpabilise et se sent responsables de ce qui est arrivé à leurs parents, il faut y voir leur fragilité. Cette culpabilité est plus remarquée chez les enfants infectés avec une proportion de 50%. Pour expliquer les faits, ils commencent leur discours par « c'est quand je suis né que... ». Cela

pourrait s'expliquer par le fait qu'ils se considèrent comme étant à l'origine des soucis de leurs parents. Mais à l'orée de l'épanouissement sexuel, ils leur en veulent en même temps, de leur avoir transmis un virus mortel et ils portent sur eux un regard critique. Entre cette culpabilité et cette angoisse, ils peuvent devenir irrités et opposés à tout parce qu'ils désirent s'affirmer malgré le VIH. Cette irritation peut aussi s'exprimer par l'agressivité surtout verbale envers le père ou la mère ou même les proches parents qu'ils blâment par rapport à leur infection ou par rapport à la mort de leurs parents. Les enquêtés ont eu à exprimer au moins une fois leur réaction naturelle de mécontentement face à leur situation qu'ils veulent changer. La colère est parfois tournée contre eux-mêmes pour n'avoir pas su prévenir la mort de leurs parents. En témoignent ces propos d'un parent, rapportés par un agent de santé et présentés selon l'encadré N°22 : « Certains parents disent que leurs enfants sont agressifs, coléreux et très irrités .... ».

En effet selon les travaux réalisés par Fritz, la sévérité ou toute rigueur excessive de la mère vis-à-vis de l'enfant est mal digérée par celui-ci. Il écrit à cet effet : « le facteur décisif réside dans le fait que le retrait apparent de l'amour maternel, à quoi correspond chez l'enfant, l'impression d'une rupture des relations naturelles de confiance entre sa mère et lui » (KÜNKEL, 1939). Cette perte de confiance en l'adulte lui donne l'impression qu'il est en danger. Les mères séropositives accablées par la souffrance, le souci de mieux-être, ont certainement soumis leurs enfants aux hostilités et leur ont accordé très peu d'affection. Certains de ces enfants ont été privés de l'allaitement maternel ; ce symbole d'une parfaite communication et d'échange affectif est remplacé par celui artificiel par mesure de protection au plan clinique. Un croisement des variables liés à l'irritabilité et la culpabilité montrent que 46,7% de ceux qui sont irrités se culpabilisent avec une certaine significativité car  $p=0,025$  et le degré de

liberté est égale à 1. Les plus jeunes enfants qui croient qu'ils ont fait quelque chose de mauvais pour avoir causé la mort ou la maladie de leurs parents, sont un exemple de culpabilité. Cette culpabilité est d'ailleurs parfois amplifiée par la société, surtout chez ceux dont la naissance coïncide avec la maladie ou la mort des deux parents ou de l'un d'eux. Selon KLEIN (1937), la culpabilité surgit du fait d'avoir détruit l'objet aimé, alors que pour FREUD (1916), elle prend son origine dans le complexe d'Œdipe.

#### **4.3.3 Orphelins et enfants infectés en proie à l'angoisse**

L'angoisse survient chez 100% de ceux qui sont découragés (figure 14) ; chez 52% de ceux ayant une humeur dépressive (figure 15) et chez 71,4% des enfants de 6-8 ans (figure 11).

Selon les recherches effectuées par AKA DAGO-AKRIBI (2007), l'existence de la maladie chronique chez l'enfant affecte profondément son développement affectif, cognitif et relationnel. Elle est source d'une angoisse, notamment de mort, aussi bien chez l'enfant que chez les parents. L'angoisse apparaît parfois sous la forme d'une crise panique intense laissant l'enfant terrifié. L'observateur pourrait penser que l'enfant souffre de douleur au niveau abdominal. L'enfant a un trouble de sommeil, de l'appétit, et peut développer une attitude défensive avec une baisse de rendement scolaire et des réactions caractérielles (VINATIER, 1973). Pour BAKER (2001), ce qu'il y a de plus terrifiant, c'est que ces enfants semblaient mener une existence ordinaire et soudain, quand l'angoisse les saisit, leur vie n'est plus jamais la même. Ce qui est vécu par certains des enfants de notre étude.

Selon les résultats de nos recherches l'angoisse intervient souvent dans des états anxieux. L'anxiété est un sentiment pénible d'attente. Il y a deux termes qui lui sont proches : ce sont la peur et l'inquiétude. L'état anxieux se caractérise par le sentiment d'insécurité, d'incertitude, de doute, d'indécision d'hyperactivité, et

bien d'autres (VINATIER, 1973). Quant à la question de la peur, certains parents ont affirmé à l'instar des enfants, que ceux-ci vivent souvent dans la peur.

#### **4.3.4 Enfants infectés et orphelins victimes de la fatigue physique et mentale**

Des résultats quantitatifs de notre étude, 100% de ceux qui souffrent d'angoisse se sentaient souvent fatigués (figure 17), tout comme 100% de ceux qui ont des idées de suicide (figure 18). La corrélation est significative avec  $p$  respectivement = 0,000. Cela peut s'expliquer par le fait que certains de ces enfants sont sous ARV, dont l'effet reste très perceptible. En effet, les ARV provoquent souvent une fatigabilité très pesante sur les enfants. En témoigne cette déclaration d'un parent, rapporté dans l'encadré N°2 : « ...Mon enfant est souvent fatigué et dort beaucoup...». La fatigue est donc une des conséquences de l'effet des médicaments sur le physique des enfants. C'est ce que BAVYL et al (2004) ont montré dans leur étude réalisée à propos des effets indésirables des ARV. Un des agents de santé rencontrés sur le terrain a justement cité la fatigue intellectuelle comme un des problèmes psychologiques (encadré N°19) « ... ce sont le mutisme, la timidité trop poussée, un isolement personnel, l'insomnie, la fatigue intellectuelle .... ». Aussi, le poids du drame de la mort de leurs parents et la situation socioéconomique seraient-ils les causes de dépression chez plusieurs enfants dont la fatigue est l'une des manifestations. Ce qui confirme déjà en partie notre **deuxième hypothèse**.

#### **4.3.5 Idées de suicide, sentiment d'être inutile et mauvaise image de soi**

Une proportion de 77,1% de ceux qui sont découragés pense au suicide. Il arrive que plusieurs de ces enfants développent l'idée de se suicider car se sentant inutiles dans la société et développant une mauvaise image de soi.

Les résultats de nos enquêtes sur le terrain exposent (figure 19), que 100% de ceux qui pensent au suicide sont respectivement fatigués, découragés et angoissés. Ainsi, nous remarquons que ceux qui y pensent et cherchent les moyens de le faire, estiment qu'ils préfèrent mourir que de vivre avec un état permanent de maladie et de traitement.

Les enfants infectés qui pensent au suicide sont plus nombreux que les orphelins non infectés mais dont les parents sont décédés des suites du sida. Selon eux, il vaut mieux de se suicider que de vivre avec un état permanent de maladie et de traitement. Pour de nombreux parents et tuteurs, cela est inimaginable. C'est d'ailleurs ce constat qu'établit ce propos recueilli d'un parent présenté dans l'encadré N°4 : « Je ne peux pas croire que mon enfant puisse dire qu'il a envie de mourir. Il aurait dit à un de ses frères qu'il est fatigué de cette vie et qu'il se serait tué depuis s'il s'avait comment y parvenir ». Nous retrouvons dans l'expression "*envie de mourir* " le déguisement des idées de suicide et le sentiment d'être en train de vivre inutilement. Ce dernier paraît d'ailleurs plus lisible dans ces propos l'encadré N°3, recueillis auprès d'un autre parent enquêté : « Il me demande sans cesse de quoi ses parents sont-ils morts et pourquoi il prend aussi des médicaments chaque jour. Il est allé jusqu'à dire un jour, qu'il sait qu'il a le sida et qu'il va mourir aussi bientôt et de ne plus se gêner pour lui payer la scolarité. ». Le sentiment d'être inutile et la mauvaise image de soi ont un lien logique avec les idées de suicide qui sont tous des signes d'une possible dépression, car ils souffrent aussi en une proportion élevée (92,6%) de la honte suivie, de près, par une proportion de 88,9% qui sont en proie au sentiment d'inutilité. De l'étude (figure 13), 59,1% des enfants infectés à état de santé non connu ne se sentent plus utiles à la société avec  $p=0,053$ . N'GAGNE et al (2006) feront constater, que la maladie ou le décès d'un membre de la famille peut entraîner des perturbations psychoaffectives, la perte de l'estime de soi, un

manque de confiance en soi, l'isolement et le repli sur soi-même. Ils précisent que tous ces éléments sont accrus lorsque l'enfant est lui-même infecté par le VIH. Les propos de l'encadré N°20 permettent de mieux s'en rendre compte : « Certains enfants que nous recevons ont le sentiment d'être inutiles et n'entendent plus se battre pour réussir... "Ma réussite servira à quoi si je dois mourir dans peu de temps comme mes parents ? "Disent-ils ». Cette situation est probablement liée à leur infection et au désespoir suscité par la situation de leurs parents infectés ou à leurs conditions de vie.

#### **4.3.6 Pronostics d'un tableau psychopathologique dépressif**

La plupart des enfants infectés et des orphelins de notre population cible présente un certain nombre de signes préoccupants qui relèvent de la symptomatologie de la dépression. Ce sont : la fatigue intellectuelle et physique, les troubles de l'humeur, l'irritabilité, la perte du goût de la vie et de l'école, le mépris de soi, la perte de l'estime de soi, le sentiment d'échec et d'incapacité. Ces signes sont annonciateurs de la déprime imminente ou vécue par ces enfants. L'humeur dépressive se fait remarquer (figure 13) chez 50% des infectés à état de santé non connu, 84,2% chez les infectés sans problème particulier de santé et 40% chez les non infectés ( $p=0,034$ ). Si elle persiste, elle pourrait donner plus tard accès à un état dépressif chronique chez ces enfants. Pour SPITZ (1948) et BOWLBY (1969) la dépression de l'enfant est une réaction affective fondamentale à des événements extérieurs, marqués notamment par la perte ou la séparation d'avec l'objet d'amour. Ainsi, les orphelins et enfants séparés de leurs parents du fait de l'infection au VIH/sida sont de potentiels candidats à la dépression.

Selon GUENICHE (2011), l'expression clinique de la dépression infantile varie selon l'âge et le degré de maturation cognitivo-affective de l'enfant. La tristesse et la douleur morale, bien que rarement directement exprimées par l'enfant,

constituent les affects centraux ; d'autres symptômes d'apparence secondaire comme l'inhibition et l'agitation par exemple, motivent souvent la consultation. Pour MAZET et HOUZEL (1996), les troubles de l'humeur véritablement dépressifs pourront n'apparaître que plus tard dans l'évolution de l'enfant ou lors d'un éventuel traitement psychothérapeutique.

#### **4.3.7 Enfants infectés et le syndrome psychiatrique iatrogène**

Les résultats de notre enquête nous révèlent que 73,7% soit un effectif de 42 sur 57 enfants, sont infectés et sont pour la plupart sous traitement. L'administration concomitante de plusieurs médicaments est à l'origine d'interactions très peu évaluables. Ainsi, certaines plaintes relevées comme la fatigue, le trouble de sommeil, les états anxieux et parfois hallucinatoire, les états dépressifs, l'agitation et le trouble de l'humeur sont-elles liées aux médicaments en usage.

Dans la classe des antirétroviraux, la zidovudine AZT induit des troubles de sommeil, des états anxieux, voire des états maniaques. Dans la catégorie des antimétabolites, (anticancéreux), on incrimine la vincristine (oncovin) et les vinblastines (velbe) entraînent un état dépressif, un état hallucinatoire et une agitation. L'interféron est responsable des troubles de l'humeur, du comportement et l'atteinte des fonctions mentales supérieures tandis que la chambrucine peut provoquer chez le patient des hallucinations et une épilepsie temporale (AHYI et EZIN HOUNGBE, 2005).

#### **4.4 TROUBLES PSYCHOLOGIQUES LIÉS AU STATUT D'ORPHELIN DANS LE CONTEXTE DU VIH/sida**

##### **4.4.1 Perte de l'un des deux parents : Orphelin de père ou de mère, et ses implications**

D'après les résultats de nos recherches 14,0% sont orphelins doubles, 42,1% sont orphelins d'un parent à savoir 17,5% d'orphelins de mère et 24,6% d'orphelins de père. Ces résultats de la figure 4 sont inférieurs à ceux collectés au niveau du système communautaire/local pour la protection de l'enfant au Bénin (Childpro) en 2008. Ceux-ci se présentent comme suit : 46,6% des OEV ont perdu leur mère et 60, 3% ont perdu leur père. La fréquence cumulée des résultats de notre étude nous donne 56,1% d'enfants orphelins de père, de mère ou des deux. Ainsi, si l'enfant orphelin a perdu l'un ou les deux parents, il faudra reconnaître que cet événement déjà difficile pour l'adulte l'est davantage pour l'enfant, surtout quand il a une pleine conscience de ce que signifie la mort, parlant de son caractère irréversible. C'est certainement ce que voudrait faire comprendre un tuteur et oncle d'enfant orphelin lorsqu'il affirme selon l'encadré N°1 : « ... J'imagine ce que cet enfant endure si déjà j'ai eu moi-même tout ce mal à accepter ce décès tragique de mon frère et de son épouse... ». Il faut considérer que l'enfant ne conçoit pas la mort de la même manière que les adultes : « [...] la mort réelle est chez l'enfant une réalité lointaine et impalpable » (ROMANO, 2007). Pour le tout-petit, les notions d'irréversibilité et d'universalité de la mort ne sont pas encore acquises. La conception d'une mort provisoire est d'ailleurs renforcée par les contes de fées – où un prince charmant peut ramener une princesse à la vie par un baiser – ainsi que les jeux vidéo - où le héros a plusieurs vies et où chaque « game over » n'est en fait que la possibilité d'un nouveau départ. La mort peut aussi être vue comme un long sommeil, ou un long voyage, tel qu'aimerait le faire croire un père à son jeune fils dans

*L'incompris* de Comencini (1967). « Le tout-petit n'a pas de compréhension intellectuelle de ce qu'est la mort mais souffre au niveau émotionnel de la séparation » (Romano, 2007). Étant donné que toute séparation introduit une perte qui peut engendrer un traumatisme important.

En ce qui concerne les adolescents, longtemps occupés à donner les soins aux parents malades, ils s'aperçoivent que ceux-ci ne vivent plus. Le drame se produit souvent sous leurs regards, ou parfois entre leurs mains. Si l'enfant a été un peu plus tôt déplacé du milieu familial, la nouvelle de décès lui parvient souvent dans des conditions qui ne lui permettent pas de faire un travail de deuil efficace. Selon POUJOL (2009), un travail de deuil efficace se fait en trois phases : l'état de choc et de détresse, le désinvestissement ou la dépression et le réinvestissement et la réadaptation.

#### ➤ **L'état de choc et de détresse**

Il débute à la nouvelle du décès et se prolonge jusqu'aux obsèques. Selon eux, Il se caractérise par le refus de croire, par la négation, par la surprise, par la torpeur et même par l'hébétement. Pour POUJOL (2009) les obsèques ne sont évidemment pas une cérémonie en faveur des morts mais en faveur de ceux qui restent. Elles les obligent à reconnaître la réalité du décès, elles leur donnent la permission, dans un lieu et dans un temps adéquat, de commencer à exprimer leur chagrin et de recevoir des condoléances de la part de l'entourage. Or, il n'est parfois pas permis aux enfants d'être informés du décès, ni à ceux-ci d'assister aux obsèques pour se rendre compte de la réalité. Selon une certaine tradition africaine, l'enfant ne doit pas se mettre en contact avec un cadavre ; ce qui fait qu'ils sont systématiquement éloignés des obsèques. Aucune condoléance n'est adressée à l'enfant et parfois à ceux parmi eux qui sont informés, aucune

opportunité n'est donnée d'exprimer leur chagrin, leur souffrance du vide affectif abrupt.

➤ ***Le désinvestissement ou la dépression***

Cette phase du deuil dure au minimum trois mois, sinon souvent une ou plusieurs années. La douleur la plus intense dure six semaines. L'enfant endeuillé doit rompre les liens affectifs avec le parent disparu et renoncé à tout attachement à lui. C'est le temps des larmes, de la nostalgie, du regret, de la colère contre les médecins, contre la vie, contre Dieu et contre le parent disparu qui l'a laissé. La personne réalise la perte de l'objet, le manque ; et souffre souvent de troubles divers : insomnie, perte d'appétit, symptômes dépressifs, sensation physique de creux. L'enfant, longtemps après, constatant le vide autour de lui, se rend compte des montages de l'entourage ou de leur mutisme au sujet de ses parents, déduisant ainsi que ceux-ci étaient morts. Il vivra alors cette période difficilement et le désinvestissement inarticulé crée un dysfonctionnement psychologique qui entrave son développement.

L'insomnie, les symptômes dépressifs et la perte d'appétit sont mal gérés à cette étape et peuvent devenir plus persistants.

➤ ***Le réinvestissement ou la réadaptation***

L'enfant endeuillé réalise qu'il doit combler le manque et réinvestir sur d'autres personnes ou d'autres choses. Il doit se réadapter, réintégrer la vie malgré l'absence du parent. À cette étape, il a besoin d'être aidé pour affronter la réalité. Mais parfois, cette réadaptation ne se fait que par l'école ou par ses pairs. Encore que pour certains de ces enfants stigmatisés, l'école et le groupe des pairs deviennent une terreur. L'annonce du décès étant retardée, le travail de deuil l'est aussi.

#### **4.4.2 Statut d'orphelin de père : un déficit au développement psychologique de l'enfant**

D'après les études réalisées dans le cadre de notre enquête, nous nous sommes rendu compte que 24,6% de notre population d'étude sont orphelins de père et que 14% sont orphelins double (figure 4). En effet, dans la psychologie de l'enfant, le père joue un rôle d'autorité, du garant de l'ordre, du droit, du respect de la loi et de la discipline. L'absence du père est un facteur important du déséquilibre psychique et psychologique. Pour DOLTO (1994), « tout enfant désire et souhaite être élevé par ses deux parents. L'enfant a besoin de l'un et l'autre pour se structurer dans son intelligence comme dans son affectivité. Entre trois personnes, les pensées et les affects circulent. Quand on est à deux, cela fait miroir et fatale dépendance réciproque. » Ainsi, lorsque pour des raisons de maladie, d'incapacité physiologique ou de décès, cela venait à manquer, elle entraîne chez l'enfant une instabilité psychologique caractérisée par un manque de repère, une incapacité à fixer un objectif précis à ses actes et à ses projets. Selon BOKO (2009), cet enfant est un candidat potentiel à la délinquance, aux actes crapuleux ; et si cette autorité paternelle existait, elle devait lui montrer les limites de la vie, les bornes nécessaires aux comportements de la société. Dans le cas contraire, l'enfant développe la tendance à rejeter ou à détruire toutes les autres autorités établies par la société dans laquelle il est appelé à vivre plus tard, à commencer par l'autorité scolaire. Dans le cas où l'enfant accusera son père décédé ou invalide de l'avoir négligé ou abandonné, une relation conflictuelle naît et peut justifier certaines difficultés scolaires comme celles liées aux fautes orthographiques et grammaticales ; le refus de barrer des « t » ou de prolonger les pieds des « p » des « q » (BOKO, 2009). L'absence du père peut développer chez l'enfant le complexe d'abandonisme encore appelé le complexe d'ADLER. C'est un ensemble de comportements et d'attitudes

observés chez les sujets qui ont été précocement privés d'une présence qui représente la sécurité. L'enfant n'aimera pas rester seul et chaque absence constatée autour de lui, donnera l'impression d'être menacé, d'être dans l'insécurité à la longue. Le complexe d'ADLER peut se transformer en monomanie, c'est-à-dire la manie de la persécution. L'enfant devenu adulte pense que le monde entier autour de lui, lui en veut et se sent dans une insécurité permanente ; ce qui entre autres, peut conduire au suicide.

Le père a aussi une fonction de séparation psychologique de l'enfant d'avec la mère et de la mère d'avec l'enfant. C'est ce qui est appelé la fonction symbolique de la différenciation psychologique. Le père est chargé d'initier l'enfant à la différence des sexes et des générations. Cette fonction unique du père selon POUJOL (2009), est inconsciente et non volontaire. Elle est psychologique et non mesurable visiblement, elle est spécifique et ne peut être assumée par la mère ; elle est absolue, immuable, éternelle en tous lieux et dans toutes les cultures. Le repérage de la fonction symbolique du père par rapport à la contingence du père réel, détermine une des bases les plus fondamentales de la clinique psychanalytique (DOR, 2012). L'absence du père pourrait amener la mère à maintenir l'enfant dans un attachement exclusif à elle seule. Ainsi, l'enfant est préparé à un avenir affectif difficile et à la limite psychotique. Le garçon, sur lequel la mère exerce une autorité excessivement étouffante, court le risque de perdre sa masculinité, et devenir amorphe. Il n'est pas préparé à bien assumer une quelconque responsabilité liée à son statut d'homme et pourrait être efféminé, pouvant perdre, ainsi, l'agressivité scientifique qui est le ressort de tout élan d'apprentissage scolaire (BOKO, 2009).

#### **4.4.3 Statut d'orphelin de mère : Un handicap psychologique pour l'enfant**

Les résultats de nos recherches montrent que seulement 17,5% des enfants de notre population d'étude sont orphelins de mère. Toutefois, plusieurs autres études, surtout celles publiées par le système communautaire/local pour la protection de l'enfant au Bénin, *child pro* (2008) ont révélé que 47,7% d'OEV du sexe féminin ont perdu leurs mères contre 52,3% chez les garçons. Depuis la vie intra-utérine, le fœtus vit une situation extraordinaire qui ne se reproduira plus jamais.

Sans même qu'il ait eu à exprimer ses besoins, quatre éléments à la fois réels et symboliques le comblent.

- Le cordon ombilical lui permet d'expérimenter la relation et l'acceptation.
- Le placenta le nourrit,
- Il flotte en toute sécurité dans le liquide amniotique.
- Enfin il satisfait son désir de plaisir auto-érotique en suçant déjà son pouce.

OTTO (1968) va même faire des références linguistiques pour lier l'utérus maternel à la demeure, la seule partie de cet appareil que connaisse l'inconscient, à savoir l'utérus féminin dans lequel l'individu a vécu, a été protégé et réchauffé, avant le traumatisme de la naissance ». À cet effet, BELHASSEN (2011), écrit : « Pour qu'il y ait trauma, il faut qu'un événement réunisse quatre facteurs : la force de l'événement (le choc qu'il produit doit faire violence au sujet puisque le caractère excessif de l'excitation est en rapport avec la tolérance de ce même sujet) ; l'impossibilité de trouver une réponse adaptée à la situation pour réduire ou enrayer l'impact ; le chamboulement intérieur qui rappelle l'intensité relative du choc et les effets qu'il produit ; la nocivité et la durabilité des répercussions sur l'organisme psychique ».

À la naissance, qui est, selon lui, un « traumatisme », l'enfant quitte pour toujours cette plénitude, ce paradis. Mais va instaurer un lien privilégié avec sa mère, lien qui a passionné les psychanalystes. Il est entièrement dépendant de sa mère, au point que WINNICOTT (2001) a pu dire : « Un enfant seul, cela n'existe pas.. ». Et surtout, il lui en restera une nostalgie qui le poussera à rechercher sans cesse la relation parfaite. Chacun de nous sait que cette relation parfaite (appelée unité-couple par Barande) existe, puisqu'il l'a vécue un jour ». (POUJOL, 2009).

KLEIN(1937), psychanalyste d'enfants quant à elle, a montré que la relation mère-enfant est imprégnée de tragique : « le bébé ressent pour sa mère, très tôt et simultanément, de l'amour et de la haine. Il l'aime totalement (il lui sourit) quand elle le satisfait et la déteste aussi totalement l'instant d'après (il hurle de rage) quand elle le frustre, par exemple en lui retirant le sein et en le recouchant après la tétée alors qu'il n'est pas endormi. Lorsqu'elle se refuse, ne satisfait pas et frustre, elle est le « mauvais sein haï et persécuteur », sur lequel l'enfant projette son agressivité, tout ce qu'il ressent en lui-même de mauvais et de dangereux pour son « bon moi ».

En général, dans la vie d'un nourrisson, les bons moments de fusion, de plaisir d'amour, sont plus fréquents que les mauvais, ce qui lui permet de comprendre peu à peu que sa propre pulsion de vie (son bon moi) est plus forte que sa pulsion de mort (son mauvais moi). Il découvre que la mauvaise mère et la bonne mère ne font qu'une, que le sein qui le frustre est le même que celui qui le satisfait, que sa mère est bonne et méchante à la fois. Cette ambivalence, il l'expérimente, en aimant sa mère et en la haïssant tout à la fois et en projetant sur elle aussi bien sa pulsion de mort. (POUJOL, 2009).

Dans le cadre de notre étude, nous trouvons par déduction qu'au sein de la dyade mère-enfant, la relation n'est pas totalement parfaite car le père ne peut

pas combler le vide de la mère. Vide pouvant s'expliquer par la mort à cause du VIH, le divorce suite à l'annonce de la sérologie positive de son épouse, ou présence au cours de quelques mois seulement. De plus, la mère séropositive, pour des raisons socio- physiologiques choisit conformément aux prescriptions des services de la PTME d'adopter l'allaitement artificiel qui vient à ne pas être disponible par défaut de moyens. Parfois, la mère invalide manque à ses obligations. C'est aussi parfois comme si elle ne vit plus. La frustration persistante chez l'enfant, finira par créer des pathologies psychologiques dues à un défaut de soins maternels, au maternage efficace. La mère étant décédée, la pulsion de mort et de sein méchant vont se perpétuer au détriment de l'équilibre psychologique et psychoaffectif. Ces enfants en danger doivent bénéficier d'une attention particulière de tous, en l'occurrence de l'affection des substituts parentaux. BOWLBY (1969) les désigne par « personnalités dépourvues de tendresse », ces enfants ayant subi des séparations d'avec leur mère. Il introduit la notion d'exclusion défensive des affects, c'est-à-dire l'exclusion des émotions, lorsque l'enfant est en détresse et qu'il n'obtient pas le réconfort de la figure d'attachement. L'enfant aura alors comme stratégie de ne pas activer le système d'attachement (comportements visant le rapprochement avec la figure d'attachement). L'enfant n'exprime plus ses émotions puisqu'il n'y a pas de réponse et il perd le contact avec sa vie affective (PILLET, 2007). D'où la nécessité d'évaluer l'état de la relation entre la mère et son enfant, toujours dans le contexte du VIH.

#### **4.5 MERE INFECTEE, EQUIVALENCE D'UNE RESPONSABILITE AFFECTEE**

*Selon la structure de sa propre trajectoire, la mère imposera un contexte psychologique donné à son enfant (BOKO, 2009).*

Plusieurs études Psychanalytiques et psychologiques montrent que la mère est reconnue dispensatrice des soins nécessaires au développement de l'enfant,

fondatrice de son sentiment, de continuité et de confiance. Elle est pourvoyeuse du sens des comportements de l'être en développement et auxiliaire de son appareil psychique qu'elle supplée en de nombreuses occasions. Dans les sociétés africaines, en général et en particulier chez les fon, adja, yoruba et goun du Bénin, la femme est le noyau de la famille. C'est à elle qu'incombent les soins et l'éducation des enfants avec le soutien des pères. Elle symbolise la douceur, l'amour et l'affection pour les enfants.

L'enfant, touché dans son corps nous donne à voir une mère qui vit douloureusement le fait de ne pas avoir pu le protéger du virus, elle se sent coupable mais aussi dévalorisée à cause de son enfant malade. Ainsi, par peur d'exposer son enfant aux intempéries, elle refuse l'épanouissement de son fils à travers les jeux et les fréquentations de ses pairs. En même temps que lui, elle souffre dans sa peau, car, aussi détruite par le VIH. Cette souffrance de la mère est d'autant plus importante que, l'enfant constitue une partie d'elle-même sur le plan physique mais aussi psychologique, et elle ne sait comment le soutenir, ce qui justifie cet étouffement affectif. Or, la condition de l'équilibre psychologique et de l'indépendance future de l'enfant est la capacité de la mère à adapter ses réponses aux besoins psychoaffectifs de celui-ci en lui laissant prendre une autonomie graduellement croissante et en l'ouvrant à la dimension de la louange et de la vie sociale.

Toutefois, il arrive que les mères, sous l'emprise de la maladie et des implications sociales, économiques induites par l'infection, déclinent leur responsabilité en plaçant ces derniers auprès des grands parents ou dans une famille d'accueil. TONOUKOUIN (2010) a rapporté à l'issue de ses études que le traumatisme psychologique augmente lorsque les OEV sont placés dans des familles d'accueil, car la séparation de la fratrie est une cause de sentiment d'insécurité, de

manque d'amour, de dépression et d'angoisse dont les pourcentages sont respectivement estimés à 18,8%,36,36% et 16,36% dans sa population d'étude.

#### **4.6 ENFANT SEROPOSITIF : ANNONCE DE LA SEROPOSITIVITE, EQUATION A PLUSIEURS INCONNUS**

L'annonce de la séropositivité à un enfant est une des étapes les plus difficiles de la question des enfants infectés. Certains parents ou tuteurs rencontrés lors des enquêtes ont exprimé leur hésitation à révéler aux enfants qu'ils sont infectés par le VIH, de crainte d'ajouter un poids supplémentaire au stress et à l'anxiété auxquels ils sont en proie. Il était même arrivé à certains parents et tuteurs de se demander s'il leur revenait d'en parler aux enfants ou plutôt aux agents de santé de le faire. Mais fort des expériences des spécialistes de la question, il est plus recommandé que les parents le fassent, car le plus souvent, les craintes et les peurs se situent plus du côté des parents que des enfants qui, la plupart du temps ont déjà compris de quoi leurs parents souffrent. Garder la vérité trop longtemps peut provoquer chez ces enfants des troubles psychologiques qui peuvent s'exprimer par exemple par le refus de prendre des médicaments. Selon les spécialistes de la question, regroupés du 03 au 07 mars 2008 à Brazzaville, l'annonce permet d'aller plus loin dans l'explication de l'action du virus dans l'organisme et du mode d'action des traitements. À leur avis, elle ne doit pas se faire de façon brutale car c'est un processus sous forme de dialogue avec l'enfant et il faut se saisir des questions de l'enfant pour entamer le dialogue. Mieux vaut une réponse incomplète que fausse. Ils ont d'ailleurs étudié des cas similaires à ce que nous avons rencontré sur le terrain (UNICEF, 2008).

- Une annonce mal faite a largement contribué à créer la dépression chez certains enfants, à inhiber leur motivation au travail, et à créer d'importants échecs et déperditions scolaires. L'anxiété, la peur de mourir bientôt, le

désespoir, sont autant de problèmes psychologiques inhérents à la mauvaise annonce. Les enfants se demandent à quoi bon continuer ses études quand l'on sait qu'on ne vivra pas longtemps. Par contre, pour d'autres, une explication honnête, appropriée et compatissante peut contribuer à réduire la confusion et l'anxiété, améliorer les relations des enfants avec les personnes qui s'occupent d'eux et pourra les aider à comprendre pourquoi il est tellement important de suivre le traitement, encore qu'ils doivent pour quelques-uns, tenter leurs premières relations sexuelles. Les différents résultats ci-dessus exposés et les diverses analyses nous permettent de dire que **l'hypothèse 2** selon laquelle les orphelins et enfants porteurs du VIH/sida de l'hôpital Bethesda et du centre social de la zone sanitaire V présentent un tableau psychopathologique nécessitant une prise en charge psychologique appropriée, se confirme.

#### **4.7 À PROPOS DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE ADOPTÉE ET MISE EN ŒUVRE DANS LES CENTRES**

Dans le contexte du VIH au Bénin, la prise en charge psychosociale est, selon le document de politique, *normes et procédures de prise en charge psychosociale des OEV*, l'ensemble des services médicaux, psychosociaux, spirituels, nutritionnels, matériels, économiques, éthico-juridiques et communautaires offerts, de manière organisée ou non, aux personnes vivant avec le VIH/sida et aux familles affectées par le VIH/sida. De façon opérationnelle, la prise en charge psychosociale des orphelins et enfants infectés au Bénin couvre un paquet minimum de services qui a aussi fait objet de notre enquête.

##### **4.7.1. Soutien psychologique**

C'est l'ensemble des services ou des interventions à offrir aux orphelins et aux enfants infectés pour préserver, rétablir ou maintenir leur équilibre émotionnel et mental. Le but de ce service est de prévenir et d'aider à surmonter

les manifestations de détresse et de traumatisme. Seulement, il n'y a presque pas de psychologue spécialisé dans les centres de prise en charge où se sont déroulées nos recherches, ni dans les autres centres sociaux du pays. C'est justement pour exprimer ce constat déplorable que cet agent rencontré sur le terrain, suivant l'encadré 25, dira : « Il faut absolument un psychologue pour ces enfants. Nous relevons tellement de plaintes venant des parents et tuteurs que nous n'arrivons pas à régler... Nous non plus, nous ne comprenons pas la raison de ces problèmes psychologiques mais nous savons que ce n'est pas facile pour l'enfant de vivre avec l'infection ». Les quelques rares psychologues qui interviennent sont recrutés par PLAN Bénin et envoyés une fois par an dans les centres pour apporter leurs services à quelques structures ou ONG. Jusqu'à un moment récent, la prise en charge psychologique était assurée par des assistants sociaux qui s'efforçaient dans les limites de leurs compétences. C'est à juste titre qu'un assistant social a pu dire, selon l'encadré 26 : « Bien entendu nous avons été formés pour leur prise en charge psychosociale et nous réussissons sur beaucoup de points. Même si nous reconnaissons nos limites nous avons plein de moyens de prise en charge psychologique, même si nous n'avons pas de psychologues ». Et à un autre de dire : « Je suis convaincu que je ne suis pas qualifié pour régler leurs problèmes psychologiques ! Je fais de mon mieux. Avec l'écoute conseil, nous essayons de faire ce que nous pouvons hein » (Encadré 27). L'expression "*hein*" utilisée par ce dernier, permet de se rendre compte que la prise en charge psychologique reste un vaste chantier à explorer. Ce qui confirme notre **troisième hypothèse**.

#### **4.7.2. Soutien spirituel**

C'est une relation ou un processus d'accompagnement d'un OEV en vue de l'aider à trouver un équilibre psychologique et moral en se basant sur sa foi et ses croyances. Près de la moitié des enfants de notre population d'enquête

estiment qu'elle bénéficie du soutien spirituel soit de la part de leur religion d'appartenance ou de la part de l'hôpital Bethesda qui est un centre confessionnel. Contrairement à cet hôpital, bien de structures croient jusque-là que le soutien spirituel relève de la seule compétence des religions. Seulement, tous autant qu'il est possible peuvent aider les enfants à s'accrocher à l'objet de leur foi et à développer la confiance en un Être transcendant capable de les aider à sortir de leur situation difficile. Il faudra donc les aider à enraciner leur conviction religieuse et les pousser à sortir de leur pessimisme et de leur culpabilité. Il est aussi nécessaire de pouvoir les accompagner dans la logique de leur confiance en un Dieu fort, grand et Tout-Puissant qui s'intéresse à eux. D'ailleurs, tous les individus ont cette tendance naturelle à s'attacher ou à rechercher le soutien d'un être suprême qui peut les sauver de leurs situations. Leur recommander d'intégrer et de participer, dans leurs collèges, aux séances des antennes des Groupes Bibliques des Élèves et Étudiants du Bénin (GBEEB), des Groupes des Élèves Musulmans de leurs établissements ou de tout autre groupe de prière pour les élèves, aiderait à mieux maximiser les possibilités d'appui spirituel.

#### **4.7.3. Appui nutritionnel**

C'est l'ensemble des mesures prises avec l'OEV en vue de l'aider à surmonter les perturbations psychosociales liées à son état nutritionnel. À cet effet, le centre social est la structure chargée de fournir le kit nutritionnel aux enfants. Selon nos enquêtes sur le terrain et les propos rapportés dans l'encadré 11, celui-ci est constitué de 5Kg de riz, de 10Kg de maïs, de 5Kg de haricot et de 2 litres d'huile par trimestre. D'après les résultats de notre enquête, cet appui était autrefois géré par les ONG qui ont été défaillantes par rapport à la bonne et effective répartition. Ce qui a obligé les CPS à leur retirer l'agrément de la distribution pour s'en charger eux-mêmes comme exprimé dans l'encadré 15 : « La vie ne

peut pas tout donner. Aussi, nous donnons ce qu'il faut. Ils se sont plaints des ONG qui ne leur répartissaient pas convenablement les biens et nous en avons pris acte... ». Aussi, des conseils alimentaires, hygiéniques et nutritionnels sont-ils donnés aux enfants ; l'organisation des repas conviviaux mensuels, et la dotation en lait artificiel pour accompagner les enfants issus de la PTME. Seulement, cet appui dépend en grande partie du soutien du Programme Alimentaire Mondial puis de PLAN Bénin qui ne sont pas toujours en mesure de couvrir toutes les fois les demandes. Les propos d'un agent recueillis au cours de nos enquêtes et présentés dans l'encadré N°10 montrent l'insuffisance de l'appui nutritionnel et alimentaire et attestent des difficultés des familles au plan nutritionnel comme le rapporte l'encadré 10 : « Nous appuyons les familles avec des vivres mais c'est insuffisant car il faut attendre le trimestre pour quelques kilos de céréales et autres. Nous reconnaissons que cela ne fait pas grande chose. Mais nous sommes limités...éh bien ».

Selon les études réalisées par DAOUNDO (2010), les investissements de certains Partenaires Techniques et Financiers à travers les ONG sont quelque fois concentrés sur des appuis alimentaires, alors que les ménages souhaitent les prendre les enfants en charge, mais à condition qu'ils soient appuyés économiquement pour leurs activités génératrices de revenus. À quoi sert-il donc, dira-t-il, de prendre la charge des enfants pendant trois ans ou six ans avec une bonne performance scolaire et de les retrouver quelques années plus tard dans la rue en quête du minimum pour assouvir sa faim ? Ce questionnement amène donc à réfléchir sur un système dynamique d'autonomisation des parents/tuteurs d'enfants orphelins et infectés après le retrait des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Ce réquisitoire des parents, rapporté par les agents de santé dans l'encadré 12, prouve combien précaire est cette prise en charge : « Nous leur donnons des appuis mais ils estiment qu'il faut leur

apprendre à pêcher que de leur donner à manger du poisson. Malheureusement, nous ne sommes pas les gouvernants. C'est bien dommage ».

#### **4.7.4. Appui médical**

C'est l'intervention périodique faite dans le processus de l'observance médicale. Le centre social offre donc un kit ou une prise en charge médical (Encadré 14) aux enfants qui prend en compte 70% des dépenses sanitaires selon les agents de santé rencontrés sur le terrain. En ce qui concerne les non-infectés de notre population d'étude, c'est un appui apporté en vue de les aider à prévenir une éventuelle contamination.

Il consiste aussi à administrer aux enfants des soins de premier niveau, appliquer le suivi de l'observance des traitements par ARV pour les enfants infectés et organiser des séances de kinésithérapie pour les enfants atteints de troubles psychomoteurs et respiratoires. Elle prend aussi en compte la prise en charge des consultations de routine qui permettent de faire un contrôle continu de l'état clinique des enfants puis de prévenir et de soigner les infections opportunistes chez l'enfant infecté.

#### **4.7.5. Protection juridique**

Elle se définit comme l'ensemble des actions entreprises pour assurer le respect des lois prescrites ou établies par le législateur dans le but de protéger les orphelins et enfants infectés contre les agressions et abus de tous genres, pouvant perturber leur mieux être psychosocial. Seulement très peu de enfants enquêtés sont conscients de cette protection que leur accorde la loi. Une sensibilisation s'impose alors pour leur faire connaître cette offre de service.

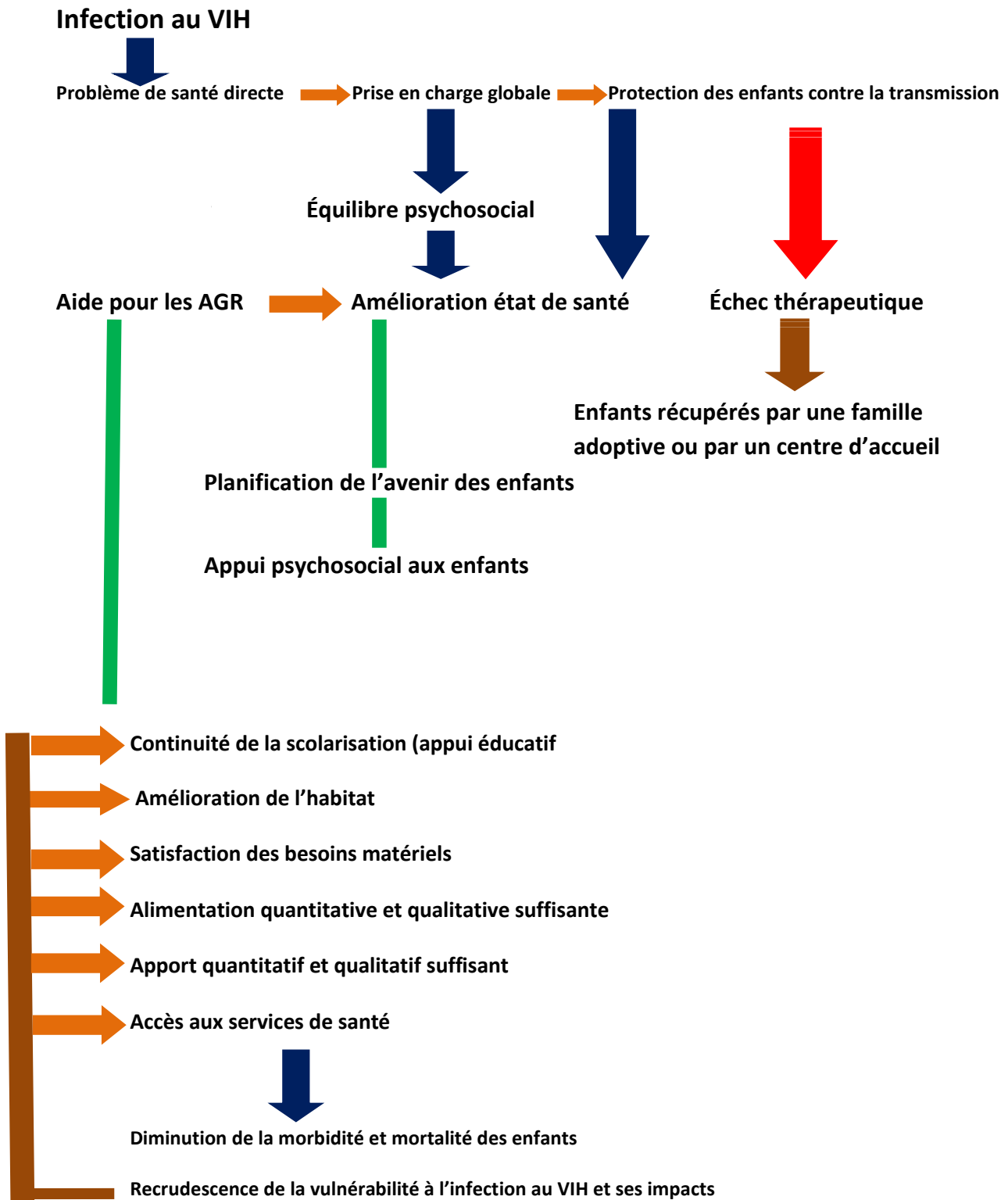
#### **4.7.6. Soutien à la scolarité et à la formation professionnelle**

Le soutien scolaire et socioprofessionnel est l'ensemble des aides et des appuis apportés aux orphelins et enfants infectés pour motiver et enthousiasmer leur

scolarisation ou leur formation socioprofessionnelle et/ou leur maintien à l'école ou à l'atelier. Cette prise en charge scolaire implique le paiement des frais d'inscription et d'examens, la distribution de kits ou fournitures scolaires avec un soutien financier annuel de 35000 f CFA par an tel que le rapporte l'encadré N°11. Le centre social effectue par moment des descentes sur le terrain pour se rassurer de la présence effective de ces enfants à l'école et pour recevoir les observations des enseignants sur leurs apprenants. Pour ces enfants qui ne vont pas à l'école, il leur est souvent attribué des matériels, le payement des frais de formation, et bien d'autres actions utiles dans le souci du bien être global des enfants comme rapporté dans l'encadré 13.

#### **4.7.7. Appui économique**

C'est l'ensemble des interventions faites à l'endroit des orphelins et enfants infectés en âge de travailler (14 ans) et qui sont devenus chefs de ménage, dans le but de leur apporter une assistance pour leur réconfort psychosocial dans l'exercice d'une activité économique et qui s'étend jusqu'à l'insertion professionnelle. Certains ménages réclament un appui économique et à l'initiative plutôt qu'une aide alimentaire qui ne sert que dans un délai limité comme le présente l'encadré 12. Ce schéma illustre mieux la situation des ménages où vivent ces enfants orphelins et infectés selon l'impact de ces différents appuis. Seulement, cet appui pose le problème d'une certaine inefficacité qui devient un cycle dans la résolution des problèmes des ménages affectés par le VIH /sida.



**Source** : Inspirée de TONOUKOUIN, 2010, P.63

**Figure 22** : Cycle de résolution des problèmes des ménages affectés par le VIH/sida

## **4.8. QUELQUES PROPOSITIONS DE THÉRAPIES POUR UNE PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE EFFICACE DES ORPHELINS ET ENFANTS INFECTÉS**

### **4.8.1. Camp de soutien ou la thérapie par le camp**

Il consistera à réunir des enfants pour interagir dans un système de prise en charge dans lequel on organise des activités communes à leur endroit, des activités personnalisées, orientées et suivies. Pour les initiateurs du camp en Thaïlande, Tous les enfants qui participent au camp pratiquant la thérapie par l'art ont vécu la discrimination. Ils ont aussi été victimes de problèmes tels que l'isolement social et la perte de leurs parents à cause du sida. Aussi, n'est-il pas surprenant qu'ils souffrent souvent de dépression à leur arrivée (UNICEF, 2007). Ailleurs, les activités sont choisies à dessein avec des cours consacrés au développement personnel, à l'estime de soi, au bien-être psychologique et social. Les sources de stress/crise et les réponses au stress et/ou à la crise, l'intervention immédiate, y compris le processus de résolution de problèmes ou de guérison sont aussi nécessaires. Les problèmes psychologiques et/ou sociaux courants et les directives préconisées, les activités d'intervention, qui pourraient comprendre le dessin, l'écriture, la chanson, la danse, les discussions, le jeu, le jeu de rôle ou le théâtre, le psychodrame, la danse ou l'expression corporelle et bien d'autres qui serviront à atténuer et à lutter contre les effets psychologiques du sida. Les thèmes sont liés à la souffrance d'être rejeté, à la crainte de la mort, à la solitude. Les activités doivent être liées au fait que la famille et les amis évitent de voir l'enfant (OEV) ; il sera par la suite orienté vers un travail plus systématique de l'expression émotionnelle de la peur, la colère, la tendresse le dégoût entre autres (MARC, 1987). Des entretiens individuels et des activités de désinvestissement émotionnel sont confiés aux enfants pour leur équilibre psychologique. Selon MBAYE et BECKER (2006) il existe bien d'autres moyens

comme les poèmes et les récits : « souvent les enfants ont plus de facilité à s'exprimer à l'aide de poèmes et de compositions, que dans d'autres méthodes de rédaction ». Ainsi, on peut organiser des activités thérapeutiques à orientation spécifique :

- Écrire des lettres à un parent décédé ou à des frères et sœurs absents peut aider les enfants plus âgés à exprimer leurs sentiments ;
- Faire des dessins est un autre moyen important. En effet, le dessin est souvent un moyen facile pour les enfants très jeunes, d'exprimer leurs sentiments de perte et de tristesse ou de décrire leur situation. Des temps de distraction sont accordés pour permettre à tous d'intégrer un réseau de relations pour surmonter la solitude et le repli sur soi. Ces activités les aident à acquérir l'estime de soi, à retrouver confiance et elles leur enseignent qu'ils valent tous autant que n'importe quel autre enfant (travail sur l'estime de soi).

Des encadreurs ou assistants en psychologie observent et notent les enfants selon qu'ils réagissent, s'ouvrent aux autres ou connaissent de progrès dans la thérapie. Ces enfants vont interagir, partager les expériences et s'aider mutuellement.

#### **4.8.2. Thérapie par l'art et les jeux**

L'art permet de surmonter la dépression et permet d'extérioriser le monde intérieur, de se libérer des émotions sombres et des désillusions que vivent les enfants qui sont en proie à des luttes. Mélanie KLEIN a eu l'idée d'utiliser le jeu spontané de l'enfant comme moyen d'expression et de communication et comme instrument thérapeutique. Cette technique semble adaptée aux caractéristiques propres de l'enfant ; car le jeu est sa forme d'expression spécifique et habituelle ; on peut y voir un mode de manifestation symbolique de ses désirs, de ses pulsions, de ses fantasmes et de ses expériences

relationnelles. Le jeu peut s'analyser alors un peu comme un rêve ou un langage qui traduit en images et en actions les mouvements intérieurs du sujet. L'enfant y occupe de multiples positions, y joue plusieurs rôles, s'identifiant à ses parents, à ses frères et sœurs, à différents objets ou personnages imaginaires. Il y projette les différentes facettes de sa personnalité et son mode de relation à son entourage. Le jeu peut donc se lire comme l'expression directe des expériences inconscientes avec lesquelles le thérapeute peut ainsi établir un contact immédiat, alors que, dans l'analyse des adultes, il ne le fait, le plus souvent que dans la vision fantasmatique de l'enfant. Il constitue aussi pour lui, un moyen de maîtriser cet univers et l'aide à surmonter les conflits et les expériences pénibles (intérieur ou extérieur) qu'il doit affronter. (MARC, 1987).

En projetant sur le monde extérieur –par exemple sur ses jouets– ses impulsions et ses peurs, il apprend à apprivoiser et apprendrait à dominer son angoisse ou ses pulsions agressives. KLEIN (1959) s'appuie donc sur la compréhension du jeu spontané qui se déroule dans le cabinet du thérapeute et sur ce qui s'y révèle : des peurs, des angoisses et de la culpabilité de l'enfant : « Les vrais résultats de l'analyse ne peuvent être atteints qu'en tirant au clair le rapport fondamental qui unit la culpabilité de l'enfant à ses éléments de jeu, en les interprétant dans les moindres détails ». Nonglak BOONYABUDDHI, un responsable du projet VIH/sida de l'UNICEF (2007) rapporte à ce propos « Il y a quatre ans, lorsqu'on a démarré pour la première fois les peintures, des enfants avaient pour thème la tristesse, la mort et les problèmes rencontrés avec leur famille, et toutes ces peintures étaient de couleur sombre. À présent, leurs peintures respirent la lumière et la joie. Ceci prouve que la vie des enfants peut connaître un retournement, mais seulement s'ils reçoivent l'amour et l'attention qu'ils méritent ».

#### **4.8.3. Psychoéducation**

La psychoéducation est surtout utilisée dans les domaines des pathologies mentales et comportementales. L'objectif est d'acquérir des compétences pour faire face à la maladie : mieux connaître les problèmes psychologiques et les conduites à tenir, ainsi que les signes d'alerte. La démarche est voisine de celle de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), mais il n'y a pas ici de bilan d'éducation personnalisée. La psychoéducation relève d'une norme extérieure aux enfants.

#### **4.8.4. Psychothérapie psychanalytique**

Elle s'intéresse au vécu de la personne des enfants, à l'expression de leurs traumatismes, à la recherche de liens entre leur état actuel et leur histoire de vie. En utilisant la parole, l'analyse des associations libres, du transfert et du contre-transfert, elle tente d'offrir au patient la possibilité de trouver un dénouement à ses conflits internes, un appui sur ses propres ressources, une analyse de sa vie, sa façon de fonctionner, ses désirs, son inconscient, sa place de sujet.

#### **4.8.5. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)**

Elle repose sur le postulat que, le comportement de santé peut être modifié en agissant sur les déterminants cognitifs (connaissances, représentations), émotionnels et physiques. C'est la forme d'intervention qui donne les meilleurs résultats dans le traitement de plusieurs d'adaptation (TURGEON et PARENT, 1963). Dans les problèmes chroniques, l'objectif sera d'amener les enfants à réussir des changements de comportement afin de mieux vivre au quotidien et de mieux s'adapter et intégrer la société. Les enfants peuvent apprendre à mieux gérer leur maladie et les problèmes connexes et à en rendre les conséquences moins négatives. L'approche est fondée sur une norme intérieure aux enfants.

#### **4.8.6. Thérapie Rogérienne**

Elle est fondée sur l'empathie qui sous-tend la communication entre le psychologue et le patient, le psychologue étant considéré comme un miroir. La thérapie rogérienne se veut centrée sur l'enfant dans sa globalité et non pas sur le problème. Cette présence ne s'objective pas seulement par la proximité spatiale. Elle est, d'abord, une relation entre deux personnes, sans fards, sans apprêts (ROGERS, 1970). Il s'agit d'une approche non directive (ROGERS et KINGET, 1971), située dans le présent, qui permettra d'aider l'enfant à mettre en œuvre ses ressources personnelles pour s'ajuster à la situation d'orphelin et faire face à ses difficultés socio-économiques et sanitaires. Elle s'adapte donc aux capacités de changement de l'enfant pour l'aider à aller vers son mieux-être et son développement personnel.

#### **4.8.7. Thérapie par la relation d'aide**

ROGERS (1968) définit la relation d'aide comme « une situation dans laquelle un des participants cherche à favoriser une appréciation plus grande des ressources latente dans l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage des ressources. ». Pour lui, Cette relation est caractérisée du côté du thérapeute par la chaleur, l'intérêt, l'émotion sympathique et un degré clairement et nettement limité d'attachement affectif.

Ainsi, le thérapeute accepte dans un climat de complète permissivité l'expression de toute la gamme des émotions et des sentiments, même les plus empreintes de culpabilité, d'agressivité, de honte. Cette relation est aussi caractérisée par la liberté qu'aura chaque enfant, client dans la relation, de venir au rendez-vous, ou de la manquer, d'utiliser les séances en bavardages futiles ou de manière féconde, sans se dérober aux règles fixées dès le départ. Elle est exempte de toute forme de pression et de coercition (MARC, 1987). Ce qui

revient donc à être souple et positif en vue de favoriser l'autonomie et le développement de l'enfant. Pour MARC (1987), le thérapeute ne doit pas être un guide pour le patient mais une sorte de miroir ou celui-ci peut saisir le reflet de ses sentiments, des contradictions, de ses hésitations et de ses choix. Si cette relation ainsi décrite sous l'alliance thérapeutique est réelle, l'enfant pourra être dans sa vie authentiquement lui-même, se départir de ses mécanismes de défense et de ses surcompensations qui lui permettraient d'affronter le monde (ROGERS, 1987).

#### **4.8.8. École et résilience des enfants orphelins et infectés**

Il est important de comprendre que le traumatisme vécu par les enfants dans un contexte comme celui de l'infection au VIH ou celui de la mort des parents suite à la maladie du sida ne peut pas forcément être appréhendé et saisi dans sa globalité par les adultes. Parler de résilience scolaire, c'est mettre en évidence une réussite scolaire qui apparaît en dépit des prédictions négatives des spécialistes ou de l'entourage de l'enfant. Lorsque les facteurs de protection sont suffisants, l'individu s'adapte aux problèmes sans vivre de dysfonctionnement dans sa vie. Il reste ainsi en situation d'homéostasie ou développe sa résilience étant donné les mécanismes d'adaptation qu'il déploie pour passer outre l'adversité (THEORET et al, 2003). L'école comme la famille est un domaine important pour le développement de la résilience, l'école peut la révéler quand les élèves réussissent bien scolairement. Mais l'école peut également apporter des éléments qui vont favoriser la résilience : dans le contexte scolaire, les sujets en souffrance peuvent puiser des ressources défensives et trouver des supports protecteurs : lien avec les pairs, contacts privilégiés avec un enseignant, possibilité de réussir, d'être valorisé dans différents projets pas seulement liés à la réussite scolaire.

L'école sera une opportunité de résilience ; pour ANAUT (2006) « *on comprend que l'école puisse être pour certains élèves un lieu de résilience car l'institution scolaire représente un des plus riches creusets de liens psychoaffectifs pour l'enfant* ». L'école en tant que facteur externe de protection peut donc s'avérer être un excellent tuteur de résilience car elle offre un environnement dont le cadre est structurant et rassurant : horaires, règles de vie, qualités relationnelles aussi bien entre pairs qu'entre adultes et élèves. Elle fixe les normes, permet une orientation, des projets d'avenir, favorise des projets de groupes.

L'enfant qui a vécu des traumatismes peut se saisir de ce cadre, de ces règles comme facteurs de résilience. L'école peut permettre aux élèves de développer leurs compétences cognitives, sociales et psychoaffectives ; compétences susceptibles de renforcer leurs propres ressources. L'expérience de la réussite développe son sentiment de compétence et renforce la confiance et l'estime de soi.

#### **4.8.9. Thérapie par le panégyrique**

En Afrique, il est courant que l'on fasse référence aux panégyriques pour galvaniser les fils de la lignée. Selon FIOSSI KPADONOU (2014), « les panégyriques font la jonction des corps social, physique et spirituel entre vivants et morts à partir du nouveau-né et constituent une approche traditionnelle apaisante de maternage en désuétude pour les lesquels nous devons penser à une stratégie de transmission allégée et harmonisée pour les mères béninoises ... ». Faire recours aux panégyriques, implique donc que le psychologue s'intéresse à fond aux us et coutumes et stimule les parents, notamment la mère afin qu'elle puisse connaître et utiliser pour son enfant les louanges panégyriques des origines du père de celui-ci et qu'elle se mette plus près de lui. Ainsi, chaque enfant dont les panégyriques sont loués se sent

considéré, valorisé. Il pourra alors mieux réussir à surmonter une mauvaise estime de soi.

#### **4.8.10. Collaboration et complémentarité dans la prise en charge psychologique des enfants**

Compte tenu de la multi-dimensionnalité et leur interdépendance, la prise en charge en général et celle psychologique en particulier, plusieurs acteurs doivent s'impliquer. Le staff de prise en charge en tant qu'entité doit donc comporter un certain nombre de compétences, biomédicales, psychologiques et sociales, qui sont nécessaires pour répondre aux besoins des enfants infectés. L'interdisciplinarité qui prévaut alors dans ce staff et qui se définit par le fait de travailler ensemble en échangeant de façon intense dans un but commun, deviendra un principe fondateur du staff. Ainsi, on perçoit la complémentarité qui existe entre tous les professionnels de santé, intégrant le psychologue. Celui-ci accueille au travers des consultations, ponctuelles ou régulières, l'expression des enfants, leur souffrance et leurs représentations, tente de leur offrir un étayage relationnel servant d'assise à l'expression de leur vécu et de leurs difficultés. Il doit renforcer l'alliance thérapeutique avec les enfants, montrer sa capacité à soutenir et à prendre en compte la parole de chacun, à contribuer à développer le staff dans son ensemble, et participer au travail de l'équipe, par la mise en commun de sa spécificité puis apporter l'éclairage nécessaire sur les aspects qui relèvent de sa compétence. Une attitude bienveillante et soignante permet de renforcer l'alliance thérapeutique et offre au patient une contenance rassurante, sur laquelle il peut prendre appui. Tous les membres du staff, à des degrés divers, ont des compétences en soin et/ou en accompagnement psychosocial. Il est vrai que les ONG et les assistants sociaux jouent un rôle très important dans l'accompagnement psychologique des OEV, mais doivent pour

autant reconnaître leurs limites face à certaines pathologies relevant purement du domaine clinique.

Il s'agit d'écouter l'autre de sa place et de ne pas traiter autre chose que ce pourquoi on est là. Parfois, il convient de tendre la main au psychologue ou au psychiatre lorsqu'émergent des ressentis tels qu'un sentiment d'impuissance face au patient, l'impression de ne plus être assez compétent, le manque de disponibilité, une distance qui ne paraît plus adéquate ou, chez le patient, un deuil pathologique, une pathologie psychiatrique.

Même si les compétences psychologiques des professionnels de santé et acteurs sociaux sont réelles, ceux-ci doivent pour autant reconnaître leurs limites.

## CONCLUSION

L'infection au VIH/sida demeure un problème majeur de société qui met en jeu plusieurs facteurs psychologiques, aussi bien au niveau des parents que des enfants. Il s'agit d'une situation de vulnérabilité psychique des enfants infectés et orphelins, qui peuvent entraîner un état de troubles psychologiques temporaires, périodiques ou permanents. Cette situation pourrait remettre en cause leur avenir, déjà hypothéqué par l'infection au VIH, l'état de santé de leurs parents, voire le décès de ces derniers ; c'est l'un des résultats de notre étude.

En effet, les enfants sont immédiatement rendus vulnérables au plan médical, moral, psychoaffectif, socio-économique, dès que l'un des deux parents est infecté. Ce qui confirme notre **première hypothèse**. Il y avait 36,4% des infectés à état de santé non connu qui sont des orphelins de père, 13,6% des infectés sont des orphelins de mère et 18,2% de ces infectés sont des orphelins doubles. Les 15 non infectés avaient tous au moins un parent décédé.

Les chiffres montrent que 66,6% de ceux dont les résultats scolaires sont médiocres sont tous des orphelins. Ensuite, 73% de ceux ayant un rendement insuffisant sont des non orphelins. Ce qui veut dire que le taux d'échec est vraiment élevé chez les non orphelins qui sont parfois obligés d'abandonner l'école ou la formation. Ces différents niveaux de vulnérabilité confirment notre **première hypothèse** selon laquelle l'infection ou le décès des parents infectés par le VIH/sida a pour conséquence immédiate, la vulnérabilité des enfants. Cette **hypothèse** se vérifie grâce aux résultats obtenus au cours de nos recherches.

Par ailleurs, il convient de relever que la vulnérabilité accrue de ces enfants ont un impact considérable sur leur vie psychologique et psychoaffective. D'après les mêmes résultats, la proportion de ceux qui souffrent de la culpabilité est très élevée chez les filles. Ceux qui souffrent du sentiment d'infériorité souffrent de

l'angoisse, du découragement et de la fatigue. La totalité des enfants qui ont des idées de suicide souffrent respectivement de fatigue, de découragement et d'angoisse. Ils souffrent aussi de honte, suivie de près par un sentiment d'inutilité. Leur état d'infectés porte entrave à leur bien être mental et leur statut constitue un handicap au développement harmonieux. Parmi ceux qui souffrent de l'irritabilité, une proportion élevée a une humeur dépressive, un complexe d'infériorité, souffrent d'insomnie et sont rebelles. Il existe un lien significatif au cœur de cette sémiologie. Les études ont montré que ces enfants sont souvent déprimés et ont une vie difficile d'adaptation sociale. Ces résultats confirment donc **la deuxième hypothèse** selon laquelle les orphelins et enfants infectés du VIH/sida de l'hôpital Bethesda et du centre social de la zone sanitaire V présentent un tableau psychopathologique nécessitant une prise en charge psychologique appropriée. Cette étude nous a permis de mettre en évidence les réalités que vivent les orphelins et enfants infectés et de montrer les problèmes psychologiques auxquels ils sont confrontés. Nous pouvons nous rendre compte que l'infection au VIH/sida des parents entraîne la vulnérabilité des enfants ; le décès d'au moins un géniteur affecte l'équilibre mental des enfants. Les orphelins et enfants infectés du VIH/sida du centre social de la zone sanitaire V et de l'hôpital Bethesda présentent un tableau psychopathologique sombre qui nécessite une prise en charge appropriée. Malheureusement, les agents de santé font recours à des efforts d'accompagnement psychologique très aléatoires avec des méthodes moins professionnelles qui ne garantissent pas de succès thérapeutique certain.

Nos travaux nous ont permis de découvrir que les problèmes psychologiques des orphelins et enfants infectés sont très peu perçus par les décideurs de la société. En effet, très peu de programmes s'intéressent aux problèmes psychologiques rencontrés par les orphelins et enfants infectés. Ce sont surtout

les aspects socio-économiques, médicaux et parfois spirituels qui sont abordés par les programmes de prise en charge ou par les ONG. Ce qui confirme notre **troisième hypothèse** selon laquelle l'accompagnement psychologique des enfants reste aléatoire et nécessite l'implication de psychologues pour un accompagnement plus professionnel et plus efficace.

Nous ne pensons pas avoir étudié tous les contours du problème. De toute évidence, des recherches ultérieures nous ouvriront sans doute des opportunités nouvelles pour approfondir les problèmes psycho-pathologiques des orphelins et enfants infectés dans un échantillon plus élargi, pour apporter un plus d'amélioration à la politique nationale utile au bien être psychologique des orphelins et enfants vulnérables du VIH/sida.

## SUGGESTIONS ET PERSPECTIVES

### ➤ Suggestions

Nous reconnaissons les nombreux efforts fournis par les autorités, les ONG, l'hôpital Bethesda, le centre social de la zone sanitaire V et les prestataires à l'endroit des orphelins et enfants infectés du VIH /sida. Néanmoins, nous avons quelques suggestions à faire pour améliorer la qualité de la prise en charge psychologique.

#### ▪ À l'endroit des ministères de la santé et des affaires sociales

- ☞ Renforcer les équipes de prise en charge sur les sites par l'implication des psychologues tant au niveau des sites de traitement du sida que dans les centres sociaux ;
- ☞ Équiper les centres sociaux d'un cadre d'écoute et de psychothérapie bien adapté à l'entretien clinique ;
- ☞ Décentraliser les animations des cellules Cœurs d'Espoir et les rendre plus viables
- ☞ Recruter suffisamment de relais pour dynamiser les visites à domicile.

#### ▪ À l'endroit de l'hôpital Bethesda et du centre social

- ☞ Recruter un psychologue au sein de l'hôpital, pour une prise en charge efficace des enfants infectés ;
- ☞ Augmenter la quantité des vivres et pour une distribution mensuelle et non trimestrielle ;
- ☞ Plaider pour une exonération des frais de scolarité et pour un suivi plus efficace à l'école des enfants infectés et des orphelins ;
- ☞ Renforcer la capacité du personnel soignant et social par des formations psychologiques, afin de les outiller sur les notions d'écoute et

d'accompagnement des enfants infectés et orphelins, en vue d'une meilleure orientation et une adéquation des soins ;

- ☞ Évaluer les questions d'accommodation, les attitudes des milieux d'accueil, les problèmes liés à la culture de l'enfant, ses représentations de la maladie et la recherche de soins (faire des recherches action) ;
- ☞ Inciter les parents ou tuteurs à poser des questions sur la situation de leurs enfants et à exprimer leurs craintes et leurs peurs vis-à-vis de l'état de leurs enfants ;
- ☞ Renforcer le sentiment de confiance des parents et leur capacité à s'investir adéquatement dans la vie de leurs enfants et de prendre soin d'eux ;
- ☞ Valoriser et encourager l'accompagnement des femmes enceintes par leur conjoint ou un parent proche en vue de faciliter une mise en application des orientations médicales.

▪ **À l'endroit du département de psychologie**

- ☞ S'impliquer dans le suivi des étudiants sur les lieux de stage et aider à une professionnalisation adaptée de la formation ;
- ☞ Organiser et structurer les psychologues pour se rendre plus visibles et pour exprimer leurs points de vue sur les questions relevant de leur domaine ;
- ☞ Plaider pour un recrutement des psychologues dans les structures sanitaires sur les sites de prise en charge du VIH/sida et dans les centres de promotion sociale

➤ **Perspectives pour des études doctorales**

Ces recherches très passionnantes sur les enfants orphelins et ceux infectés, nous ont permis de percevoir l'univers psychopathologique dans lequel

le VIH/sida a plongé de nombreux enfants. Dans le cadre de la poursuite des études, nous envisageons approfondir les travaux pour une prise en charge plus intégrée à la culture et aux milieux africains. Ainsi, nous étudierons à l'échelle nationale l'impact psychopathologique et les troubles psychiatriques infantiles liés au VIH/sida.

Nous nous intéresserons ensuite aux mécanismes traditionnels et africains de résilience qui impactent le fonctionnement psychologique des enfants qui finissent pour la plupart à bien s'insérer dans la vie socio professionnelle. Nous allons enfin analyser la perception des enfants par rapport à l'efficacité des thérapies appliquées à leur prise en charge.

**ANNEXES**

<b>Questionnaire d'enquête auprès des orphelins et enfants infectés du VIH/sida</b>				
<b>N°Q</b>	<b>Variable</b>	<b>Modalité</b>	<b>Code</b>	<b>Saut</b>
<b>Q0</b>	Numéro d'identification		/ _ / _ / _ _	
<b>Section 1 : Renseignements généraux sur l'enfant</b>				
<b>Q1</b>	Sexe	1- Masculin 2- Féminin	/ _ /	
<b>Q2</b>	Age	1- [0, 3[ 2- [3, 6[ 3- [6, 9[ 4- [9, 12[ 5- [12, 15[ 6- [15, 17]	/ _ /	
<b>Q3</b>	Religion	1- Chrétienne 2- Musulmane 3- Endogène 4- Sans religion 5- Autre_____	/ _ /	
<b>Q4</b>	Nationalité	1- Béninoise 2- Togolaise 3- Nigérienne 4- Nigériane 5- Burkinabé 6- Autre_____	/ _ /	
<b>Q5</b>	Ethnie	1- Adja et apparentés 2- Fon/Mahi et apparentés 3- Yorouba/Nagot et apparentés 4- Dendi et apparentés 5- Bariba et apparentés 6- Bétamaribé et apparentés 7- Peulh	/ _ /	

		8- Étranger		
<b>Q6</b>	Commune d'origine			
<b>Q7</b>	Quartier de résidence	_____		
<b>Section2 : Rendement scolaire</b>				
<b>Q8</b>	Niveau de scolarisation	1- Aucun 2- Maternelle 3- Primaire 4- Secondaire I 5- Secondaire II 6- Formation professionnelle	/ _ /	Si Q8=6 Allez à Q10
<b>Q9</b>	Comment travaillez-vous à l'école ?	1- Pas du tout 2- Pas bien 3- Assez bien 4- Passable 5- Bien	/ _ /	
<b>Q10</b>	Etes-vous sur le point d'abandonner l'école/formation professionnelle ?	1- Oui 2- Non	/ _ /	
<b>Q11</b>	Avez-vous abandonné l'école/formation professionnelle ?	1- Oui 2- Non	/ _ /	
<b>Section 3 : Statut et état de santé</b>				
<b>Q12</b>	Quel est votre statut ?	1- Orphelin de père 2- Orphelin de mère 3- Orphelin double 4- Non orphelin	/ _ /	
<b>Q13</b>	Quel est l'état de votre santé ?	1- Infecté 2- Infecté sans problème particulier de santé 3- Infecté souvent malade 4- Infecté gravement malade 5- Non infecté	/ _ /	

<b>Section 4 : Renseignements généraux sur les parents</b>				
<b>Q14</b>	Votre papa vit-il ?	1- Oui 2- Non 3- Ne sait pas	/_/_/	Si Q14=2 ou 3 Allez à Q19
<b>Q15</b>	Quel est son quartier de résidence ?	_____		
<b>Q16</b>	Quelle est sa fonction ?	_____		
<b>Q17</b>	Quelle est sa situation matrimoniale ?	1- Célibataire 2- Divorcé/séparé de votre mère 3- Veuf 4- Vit avec votre mère 5- Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q18</b>	Quel est l'état financier de votre papa	1- Démunie 2- Moyen 3- Aisé 4- Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q19</b>	Votre maman vit-elle ?	4- Oui 5- Non 6- Ne sait pas	/_/_/	Si Q19=2 ou 3 Allez à Q24
<b>Q20</b>	Quel est son quartier de résidence ?	_____		
<b>Q21</b>	Quelle est sa fonction ?	_____		
<b>Q22</b>	Quelle est sa situation matrimoniale ?	6- Célibataire 7- Divorcé/séparé de votre père 8- Veuve 9- Vit avec votre père 10- Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q23</b>	Quel est l'état financier de votre maman	5- Démunie 6- Moyen 7- Aisé 8- Ne sait pas	/_/_/	

<b>Section 5 : Situation socio-économique du ménage</b>				
<b>Q24</b>	Quel est le nombre total d'individu vivant dans votre ménage ?	Marquez 99 si la réponse correspond à la modalité "Ne sait pas"	/ _ / _ /	
<b>Q25</b>	Quel est le nombre total d'enfant vivant dans votre ménage ?	Marquez 99 si la réponse correspond à la modalité "Ne sait pas"	/ _ / _ /	
<b>Q26</b>	Quel est le nombre total d'individus en charge dans votre ménage ?	Marquez 99 si la réponse correspond à la modalité "Ne sait pas"	/ _ / _ /	
<b>Q27</b>	Quel est le nombre total d'individu contribuant au revenu du ménage ?	Marquez 99 si la réponse correspond à la modalité "Ne sait pas"	/ _ / _ /	
<b>Q28</b>	Bénéficiez-vous des soutiens alimentaires ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/ _ /	
<b>Q29</b>	Bénéficiez-vous des soutiens médicaux ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/ _ /	
<b>Q30</b>	Bénéficiez-vous des soutiens à la scolarisation ou la formation professionnelle ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/ _ /	
<b>Q31</b>	Bénéficiez-vous des soutiens psycho-sociaux ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/ _ /	
<b>Q32</b>	Bénéficiez-vous des soutiens économiques ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/ _ /	
<b>Q33</b>	Bénéficiez-vous des soutiens juridiques ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/ _ /	
<b>Q34</b>	Bénéficiez-vous des soutiens spirituels ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/ _ /	

<b>Q35</b>	Travaillez-vous pour subvenir à vos besoins ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q36</b>	Travaillez-vous pour subvenir aux besoins de votre ménage ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Section 6 : État psychologique de l'enfant</b>				
<b>Q37</b>	Êtes-vous souvent fatigué ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q38</b>	Êtes-vous souvent découragé ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q39</b>	Vous sentez-vous souvent malheureux ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q40</b>	Sentez-vous souvent inférieur aux autres ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q41</b>	Sentez-vous utile à la société ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q42</b>	Avez-vous honte de l'état sérologique de/des parents ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q43</b>	Pensez-vous quelque fois au à la mort/suicide ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q44</b>	Que sentez-vous face au(x) parent(s) infecté(s) ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q45</b>	Croyez-vous souvent à la survenue d'un danger ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q46</b>	Faites-vous souvent des aller et venir sans motif ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q47</b>	Dormez-vous bien ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	

<b>Q48</b>	Avez-vous des cauchemars ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q49</b>	Entendez-vous souvent des bruits ou autre son que personne d'autre n'entend ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q50</b>	Voyez-vous des choses que personne d'autre ne voit ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q51</b>	Avez-vous des difficultés à parler de vos besoins aux autres ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q52</b>	Avez-vous toujours envie de coopérer avec votre entourage ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q53</b>	Est-ce qu'il vous arrive de passer des heures en silence sans vouloir parler à quelqu'un ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q54</b>	Tout vous énerve- t'-il autour de vous ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q55</b>	Vous opposez-vous aux règles ou aux personnes ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q56</b>	Culpabilisez-vous vos parents de votre situation ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	
<b>Q57</b>	Vous culpabilisez-vous vous-même de votre situation ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/_/_/	

**GUIDE D'ENTRETIEN (PARENTS OU TUTEURS)**

1) Quels sont les problèmes que vous découvrez chez vos enfants ? -----

-----  
-----  
-----

2) Avez-vous informé vos enfants de leur état sérologique ? (si votre enfant est séropositif ?) -----

-----  
-----  
-----

3) Comment votre enfant vit – il votre infection au VIH ?(parent infecté) ----

-----  
-----  
-----

4) Comment la fratrie réagit – elle vis-à-vis de l'enfant infecté ? -----

-----  
-----  
-----

5) Comment les enfants arrivent – ils à survivre malgré vos revenus limités et votre défaillance physique ? -----

-----  
-----  
-----

6) Qu'est-ce que vous envisagez faire pour un plein épanouissement de votre enfant orphelin ou infecté? -----

-----  
-----  
-----

7) Comment trouvez-vous les comportements et les réactions de votre entourage face aux enfants orphelins ou infectés ? -----

-----

-----  
-----  
8) Les orphelins dont vous avez la charge arrivent – ils à intégrer leur nouveau milieu social ? -----  
-----  
-----

9) Qu'est-ce que vous ressentez souvent en voyant ces enfants dont vous avez la charge ? -----  
-----  
-----

10) Comment trouvez-vous leur motivation pour les études ? -----  
-----  
-----

11) Quels sont les comportements et attitudes qui vous étonnent ou vous inquiètent chez vos enfants ? -----  
-----  
-----

12) Dites-moi ce que vous pensez de la manière dont Bethesda s'intéresse à votre enfant ? -----  
-----  
-----  
-----

**GUIDE D'ENTRETIEN (Agent de santé)**

1) Quelles sont les catégories d'enfants orphelins ou infectés que vous recevez souvent dans votre centre ? -----

-----  
-----  
-----

2) Quels sont les problèmes psychologiques que vous découvrez chez les enfants orphelins ou infectés du VIH /sida? -----

-----  
-----  
-----

3) Y a – t – il un lien logique entre certaines conditions sociales des enfants orphelins ou infectés et les troubles psychologiques constatées ?-----

-----  
-----  
-----

4) Y a-t-il des problèmes psychologiques qui reviennent régulièrement ou qui leur sont communs à tous ?-----

-----  
-----

5) Quels sont les moyens que vous mettez en œuvre pour leur prise en charge psychologique ?-----

-----  
-----

6) Arrivez-vous à prendre en charge les besoins sociaux des enfants orphelins ou infectés de votre centre ?-----

-----  
-----  
-----

7) Quels programmes de Prise en Charge avez-vous ? -----

-----  
-----  
-----

8) Que faites-vous pour limiter la stigmatisation et la discrimination dans l'environnement des enfants orphelins ou infectés ? -----  
-----

9) Quelles actions faites-vous en faveur des familles des enfants orphelins ou infectés? -----  
-----

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AHYI (R.G.) et EZIN HOUNGBE (J.), *La psychopathologie*, Cours de la 3<sup>ème</sup> année de Psychologie clinique, Tome III, FSS-DPSE, UAC, 2005, P.42-43.
2. AKPLA (M. N.), *La prise en charge psychosociale des Orphelins et Enfants Vulnérables du VIH/SIDA dans le Couffo : les dynamismes et les contraintes*, Mémoire de Maîtrise en Développement Communautaire UAC/INJEPS Porto-Novo, 2004, P.39 – 41.
3. ANAUT (M.), 2006, *la résilience au risque de la psychanalyse*, [http://www.univ-lyon2.fr/crppc/spip.php/article\\_88](http://www.univ-lyon2.fr/crppc/spip.php/article_88). (consulté le 22 avril 2016 à 17h23)
4. AUDEMARD (C.) et VIGNIKIN (K.), *Orphelins et enfants vulnérables à cause du Sida en Afrique*, publication, Lomé, 2003, 12p.
5. ATTANASSO (M.), les indicateurs de base de la ville de Cotonou, Document présenté lors de la 4<sup>ème</sup> PEP, Research Network General Meeting, june 13-17,2005, Colombo, Sri Lanka, 2005,P.13, 40.
6. AWANNOUGBE (T. J. M.), *La contribution à la prise en charge et à l'intégration socio-économique des OEV : cas de la commune de Porto-Novo*, Mémoire de maîtrise en Développement Communautaire UAC/INJEPS Porto-Novo, 2005, P.52-63.
7. BAKER (R.), *les crises d'angoisse : les comprendre pour mieux maitriser*, éditions EMPREINTE, 2001, Paris, P.10.
8. BAVYL (J.G.) et JUNOD (P.), *les effets indésirables des ARV*, Support de formation continue, Le Médecin du Québec, volume 39, numéro 1, janvier 2004, Québec, 2004, P.5, 7-8.
9. BELHASSEN, (M.), *Les traumatismes de l'enfance*, Paris: Le Pommier, 2011, P.19, 22.
10. BLOCH (H.), CHEMAMA (R.) et al (1999), *Grand dictionnaire de la psychologie*, édition Larousse, Paris, version numérique, 1999, P.744, 2585,
11. BLYTH (M.) et GARLAND (J.), *Le sida, c'est réel et c'est dans notre église*, Publication pour la Jeunesse africaine, 2011, P.59 ; 60 et 66

12. BOKO (C. G.), *Psychologie et guidance en milieu africain*, CAREEC, Cotonou, 2009, P.21 ; 43 ; 114 ,119.
13. BOWLBY (J.): *Attachement et perte*, Vol I. L'attachement (1969), traduit en français par J. Kalmanovitch, Paris, PUF, 1978, P.48, 55-79.
14. CNLS, *Rapport National de situation à l'intention de L'UNGASS Bénin*, Document de travail, 2008, P.44.
15. CNLS, *Rapport National de situation à l'intention de L'UNGASS Bénin*, Document de travail, 2010, P.13
16. CNLS, *Rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/SIDA au Bénin en 2014*, Document de travail, P.8.
17. CNLS, *Rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/SIDA au Bénin en 2016*, Document de travail, P.23, 28-30.
18. CONSEIL ŒCUMÉNIQUE DES ÉGLISES, *Face au sida : l'action des Eglises*, Document d'étude du COE, WCC Publications, 1998, P.34, 110,121.
19. DAGO-AKRIBI (H.A.), *Enfant et VIH : du somatique au psychologique*, Face à face [En ligne], 10 | 2007, mis en ligne le 01 octobre 2007. URL : <http://faceaface.revues.org/85>. (consulté le 08 octobre 2015).
20. DAOUNDO (B.), *Problématique de la pérennisation des interventions de prise en charge psychosociale des orphelins et enfants vulnérables au Bénin*, mémoire de master, Université catholique de Lille/ Université polytechnique internationale du Bénin - Master gestion des projets et management de la qualité, 2010, P.65
21. DEKENS (S.), *Orphelins, enfants affectés et infectés par le VIH/SIDA : opérationnaliser le concept de vulnérabilité dans les programmes de prise en charge*, Face à face [En ligne], 10 | 2007, mis en ligne le 01 octobre 2007. URL : <http://faceaface.revues.org/147>.(consulté le 25 avril 2017).
22. DINGNIGBEDE (S.), *L'Etude comparée des approches communautaires et institutionnelles de prise en charge psychosociale des Orphelins et Enfants Vulnérables des conséquences du VIH/SIDA : cas de Porto-Novo et d'Akpro-Misséréte*, Mémoire de Maîtrise en Développement Communautaire UAC/INJEPS Porto-Novo, 2008, P.43-48.

23. DIXON (P.), *le sida et vous*, Éditions ACET Internationale et opération mobilisation, Paris, 2001, P.p. 141-142.
24. DOR (J.), *le père et sa fonction en psychanalyse*, Edition éres, Paris, 2012, P.45.
25. DOLTO (F.), *Les différentes étapes du développement de l'enfant*, éditions Gallimard, France, 1994, P.26
26. DURAND (C.), *l'échantillonnage et la gestion du terrain*, Université de Montréal, 8 mars 2002, P12.
27. FIOSSI PADONOU E. (2014), *Louanges panégyriques des enfants : où en sommes-nous dans la transmission ?*, Base Santé Psy, Article, PSYCAUSE, n° 66,2014, P.p. 48-51
28. FREUD (S.), *Introduction à la Psychanalyse*, tome II, traduit de l'allemand avec l'autorisation de l'auteur par le Dr Jankélévitch en 1921, édition du groupe « Ebooks libre et gratuits », 1916, P.95.
29. GEOPSY.COM (2005), *vocabulaire de psychanalyse*, Psychologie interculturelle et psychothérapie, Document de formation, P.4.
30. GUENICHE (K.), *Psychopathologie de l'enfant*, 3ème édition, collection Armand COLIN, 2011, Paris P.72-73.
31. INSAE, *Evaluation de la pauvreté au Bénin*, Draft provisoire, Une étude financée par la Banque Mondiale, Cotonou, 2013, P.40
32. KLEIN (M.) et RIVIERE (J.), *L'amour et la haine*, tr.fr. Paris, Payot 2001,1937, P.90-91.
33. KLEIN (M.), *La psychanalyse des enfants*, Paris, P.U.F, 1959, P.20.
34. KUNKEL (F.), *Psychothérapie du caractère*, Emmanuel Vitte, Lion, 1939, Paris, P. 46.
35. LEMARIE (A.), *Étude comparative de la prise en charge de enfant infecté et affecté par le VIH /sida en Afrique du sud*, au Botswana et Swaziland, mémoire, Afrique du sud, 2006, P.21.
36. MARC (E), *Le processus de changement en thérapie*, Editions RETZ, Paris, 1987, P.49.

37. MAZET(Ph.), HOUZEL (D.), *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Maloine, 1996, P.53.
38. MEDECINS SANS FRONTIERES, *Le prix de l'oubli, Des millions de personnes en Afrique Occidentale et Centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH*, Publication, Bruxelles, 2016, P.5, 7,13.
39. NGAGNE (M.) et BECKER (C.), *Guide de prise en charge des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA au Sénégal*, Document de travail, Dakar, 2006, P. 67-68, 96.
40. OMS, *La riposte mondiale au VIH/sida : le point sur l'épidémie et le progrès du secteur de santé vers un accès universel*, rapport de la situation 2011, 2012, New York P.11 ;
41. ONUSIDA, *Le VIH/SIDA: une affaire qui vous concerne*, programme commun des Nations unies, 2003, New-York, P17
42. ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de sida 2007*, rapport annuel, Genève, Suisse, 2007, P.9.
43. UNICEF, *la situation des enfants en Afrique 2008 : La survie de l'enfant*, Unissons- nous pour les enfants, New York, 2008, P.7.
44. ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de sida*, Genève, Décembre 2009, P.6, 21.
45. ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de sida*, Publication, Genève, 2010, P.16.
46. ONUSIDA : 2, *SIDA-Feuilles de résultats. Vue d'ensemble : rapport de ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010*, New York, Novembre 2010, p.11.
47. ONUSIDA, *Guide de terminologie de l'ONUSIDA*, version révisée d'octobre 2011, Genève, P.29.
48. ONUSIDA, *Rapport mondial, Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013*, Genève, 2003, P.6, 38, 42,184.
49. ONUSIDA : 1 (2014), *Enfants et VIH/sida, Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida*, Genève, P.4.
50. ONUSIDA : 2, *Le sida en chiffres, Journée mondiale de lutte contre le sida édition 2015*, Genève, P.6.

51. ONUSIDA, *Consultation TDR sur 90-90-90 régionale Avec les implémenteurs en Afrique de l'Ouest et du Centre*, Dakar, novembre 2015, P.1.
52. ONUSIDA, *statistiques mondiales*, Fiche d'information, Novembre 2016, P.1
53. OTTO (R.), *Le traumatisme de la naissance*, édition Payot, Paris, 1968, Pp. 95 -97.
54. POUJOL (J.) et POUJOL (C.), *vivre heureux en couple*, publié en France aux éditions EMPREINTES, 2009, Pp.163-164, 192-195
55. QUIVY (R.) et CAMPENHOUDT (L.), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, 1995, P.167
56. PILLET (V.), *La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire*, Dialogue 2007/1, n° 175, article scientifique, 2007, Pp. 7-14.
57. ROGERS(C.), *Le développement de la personne*, Paris, éditions Dunod, 1968, P.29, 41.
58. ROGERS (C), *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, ESF, 1980, P.42, 95,96.
59. ROMANO (H.), *L'enfant face à la mort* , Enfance majuscule, n°94 (Mai-Juin), article scientifique, 2007, Pp.16-25.
60. SMART (R.), *Politiques pour les orphelins et enfants vulnérables : Un cadre pour progresser*, POLICY Project, Juillet 2013, Pp.4-5.
61. THEORET et al, *Analyse de la résilience chez les personnels scolaires œuvrant en milieux défavorisés : vers des pistes pour une intervention de soutien*, Faculté des sciences de l'éducation Université de Montréal, Document de travail, 2003, P.15.
62. TONOUKOUIN (A .F. M.), *Accompagnement et soutien psychosociaux des orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) du VIH /SIDA à base communautaire dans le village d'Hillacondji*, mémoire de maîtrise en Psychologie, DPSE /FLASH/UAC, 2010, Pp.69-70.
63. TOMKIEWICZ (S.), *L'enfant et la guerre* , Enfance Majuscule, n°31 (oct.-nov.), 1996, P.12.
64. TURGEON (L.) et PARENT(S.) , *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et adolescents* ,Tome 1 Troubles intériorisés, Presse de l'Université du Québec,1963,P.3.

65. SYSTEME COMMUNAUTAIRE/LOCAL POUR LA PROTECTION DE L'ENFANT AU BENIN, CHILDPRO, *la situation des orphelins et enfants vulnérables(OEV) au Bénin*, Rapport annuel, 2008, P.88.
66. UNICEF, *Les orphelins du SIDA réponses à la Ligne de front en Afrique de l'EST et en Afrique Australe*, 2001, New York, P.2, 4,27.
67. UNICEF, *Situation des enfants dans le monde : la petite enfance*. Rapport, New York, publication de Février 2001, P.26-27.
68. UNICEF, *Ce que les autorités religieuses peuvent faire contre le SIDA: Action en faveur des enfants et des jeunes* ; Publication, New York, 2002, P.31.
69. UNICEF, *Enfants et SIDA : 2ème bilan de la situation*, New York Révision, 2002, P.40.
70. UNICEF, *Les orphelins et les autres enfants touchés par le VIH/SIDA*, Fiche de synthèse publiée en Juillet 2002, New York, 2002, Pp.1-2.
71. UNICEF, *Les générations orphelines d'Afrique*, Publication; New York, Février 2004, P.26 ; 28-29.
72. UNICEF, *Orphelins et enfants affectés et infectés par le VIH/SIDA, opérationnaliser le concept de vulnérabilité dans les prise en charge*, Publication, New York, 2007, P.1-12.
73. UNICEF, *Appel à l'action : Les enfants, la face Cachée du SIDA, Unissons-nous contre le sida*, publication, New York, 2005, P.6.
74. UNICEF, *Une meilleure protection des enfants affectés par le sida*; Publication; New York, Mai 2007, pp.13-16.
75. UNICEF, *Les générations orphelines et vulnérables d'Afrique : les enfants affectés par le SIDA* ; Publication, New York, 2001, pp.5 ; 15-17 ; 23 27;30-32.
76. UNICEF, *Les générations orphelines d'Afrique* ; New York, 2004, pp.7, 27;
77. VINATIER (J.), *Soins infirmiers en psychiatrie*, Manuel de psychiatrie, Paris, 1973, P. 211-213.
78. Winnicott (D.), *l'enfant et le monde extérieur, le développement des relations*, collection sciences de l'homme, éditions Payot 2001, Paris, P.107.

## WEBOGRAPHIE

- 1) <http://www.faceaface.revues.org/85> (consulté le 13 août 2016 à 15h17mn)
- 2) <http://www.catie.ca/fr/guides-pratiques/vous-et-votre-sante/16> (consulté le 03 janvier 2017 à 14h29mn)
- 3) <http://www.lemonde.fr/sante/article> (consulté le 03 février 2017 à 15h17mn)
- 4) <http://www.msf.fr/actualite/articles/quel-avenir-enfants-atteints-sida>(consulté le 20 juin 2017 à 15h17mn)
- 5) [http://www.unicef.org/french/aids/23619\\_38544.html](http://www.unicef.org/french/aids/23619_38544.html) (consulté le 03 septembre 2016 à 19h47mn)
- 6) [http://www.unicef.org/french/aids/benin\\_61951.html](http://www.unicef.org/french/aids/benin_61951.html) (consulté le 03 août 2017 à 15h17mn)
- 7) [http://www.unicef.org/french/aids/benin\\_61951.html](http://www.unicef.org/french/aids/benin_61951.html) (consulté le 22 août 2016 à 14h41mn)
- 8) [http://www.unicef.org/french/aids/cameroon\\_27281.html](http://www.unicef.org/french/aids/cameroon_27281.html) (consulté le 27 mai 2017 à 19h55mn)
- 9) [http://www.unicef.org/french/aids/china\\_21607.html](http://www.unicef.org/french/aids/china_21607.html) (consulté le 23 juin 2017 à 22h34mn)
- 10) [http://www.unicef.org/french/aids/Thailand\\_39998.html](http://www.unicef.org/french/aids/Thailand_39998.html) (consulté le 13 octobre 2017 à 16h57mn)
- 11) [http://www.unicef.org/french/infobycountry/Thailand\\_statistics.html](http://www.unicef.org/french/infobycountry/Thailand_statistics.html) (consulté le 03 août 2017 à 15h17mn)
- 12) <http://www.clinique-psychologues->(consulté le 03 août 2017 à 15h17mn)
- 13) [montreal.ca/psychotherapie\\_info.php](http://montreal.ca/psychotherapie_info.php) (consulté le 04 juillet 2017 à 12h37mn)
- 14) <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00504947/document> (consulté le 03 mars 2017 à 13h23mn)

- 15) [https://www.unicef.org/french/aids/Thailand\\_39998.html](https://www.unicef.org/french/aids/Thailand_39998.html) (consulté le 03 avril 2017 à 15h17mn)
- 16) [http://www.memoireonline.com/12/13/8368/m\\_Problematique-de-la-perennisation-des-interventions-de-prise-en-charge-psycho-sociale-des-orphelins0.ht](http://www.memoireonline.com/12/13/8368/m_Problematique-de-la-perennisation-des-interventions-de-prise-en-charge-psycho-sociale-des-orphelins0.ht) (consulté le 03 Juillet 2016 à 12h16mn)
- 17) [www.reseauoev.org](http://www.reseauoev.org) (consulté le 03 août 2017 à 15h17mn)
- 18) <https://www.ordrepsy.qc.ca/qu-est-ce-qu-un-psychotherapeute->
- 19) <http://www.univ-lyon2.fr/crppc/spip.php/article/88> (consulté le 23 août 2016 à 15h17mn)
- 20) <https://faceaface.revues.org/147> (consulté le 30 août 2017 à 10h47mn)
- 21) [https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=EKEovMU14ZgC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Th%C3%A9rapie+cognitivo-comportementale+%28TCC%29&ots=1Eo5YfNBq3&sig=luTjjiOsZJIGp3o1feeq6zDO6\\_PU#v=onepage&q=Th%C3%A9rapie%20cognitivo-comportementale%20%28TCC%29&f=false](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=EKEovMU14ZgC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Th%C3%A9rapie+cognitivo-comportementale+%28TCC%29&ots=1Eo5YfNBq3&sig=luTjjiOsZJIGp3o1feeq6zDO6_PU#v=onepage&q=Th%C3%A9rapie%20cognitivo-comportementale%20%28TCC%29&f=false) (consulté le 03 août 2017 à 15h17mn)
- 22) <http://www.catie.ca/fr/guides-pratiques/vous-et-votre-sante/16> (consulté le 02 août 2017 à 17h26mn)
- 23) <http://www.catie.ca/fr/guides-pratiques/vous-et-votre-sante/16> (consulté le 01 août 2017)

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>i</b>
<b>DÉDICACE .....</b>	<b>ii</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>iii</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>v</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>viii</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. GÉNÉRALITÉS .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 CLARIFICATION CONCEPTUELLE.....</b>	<b>6</b>
1.1.1 Problèmes psychologiques.....	6
1.1.2 Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) .....	7
1.1.3 Psychothérapie .....	10
1.1.4 Psychothérapie de soutien.....	11
<b>1.2 SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES ENFANTS EN RAPPORT AVEC LE         VIH/SIDA ET LEUR PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Situation épidémiologique liée au VIH/sida .....	11
1.2.2 Modes de transmission chez les enfants .....	14
1.2.3 Suivi de la prise en charge et problèmes spécifiques.....	17
<b>1.3 PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>20</b>
<b>1.4 HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS .....</b>	<b>23</b>
1.4.1 Hypothèses.....	23
1.4.2 Objectifs de la recherche.....	23
<b>1.5 ÉTAT DE LA QUESTION.....</b>	<b>24</b>
<b>2. CADRE D'ÉTUDE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE .....</b>	<b>31</b>
<b>2.1. PRÉSENTATION DE L'HÔPITAL BETHESDA.....</b>	<b>31</b>
2.1.1 Contexte historique .....	31
2.1.2 Situation géographique .....	31
2.1.3 Administration de L'hôpital.....	32
2.1.4 Services techniques de l'hôpital.....	33
<b>2.2. PRÉSENTATION DU CENTRE SOCIAL DE LA ZONE SANITAIRE V DE         COTONOU .....</b>	<b>35</b>

2.2.1	Création et situation géographique .....	35
2.2.2	Personnel du Centre de Promotion Sociale.....	36
2.2.3	Organigramme du Centre de Promotion Sociale .....	36
2.2.4	Fonctionnement du Centre de Promotion Sociale (CPS) de la zone sanitaire V de Cotonou.....	37
2.2.5	Activités menées dans le Centre de Promotion Sociale (CPS) .....	39
2.2.6	Partenaires étatiques du CPS .....	40
2.2.7	Rôle de l'Assistant Social au sein du Centre de Promotion Sociale (CPS). 41	
<b>2.3.</b>	<b>DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....</b>	<b>42</b>
2.3.1	Type et période d'étude .....	42
2.3.2	Population d'étude et échantillonnage .....	42
2.3.3	Les variables de l'étude .....	44
2.3.4	Pré-enquête .....	45
2.3.5	Collecte des données .....	45
2.3.6	Techniques et instruments de collecte des données .....	45
2.3.7	Mode de traitement des données .....	47
<b>2.4.</b>	<b>DISPOSITIONS ETHIQUES.....</b>	<b>48</b>
<b>2.5.</b>	<b>DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET LIMITES DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>48</b>
<b>3</b>	<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....</b>	<b>50</b>
<b>3.1</b>	<b>VIGNETTE CLINIQUE.....</b>	<b>50</b>
<b>3.2</b>	<b>RÉSULTATS QUANTITATIFS.....</b>	<b>56</b>
3.2.1	Caractéristiques générales des orphelins et enfants infectés.....	56
3.2.2	Les problèmes socio-économiques des enfants .....	62
3.2.3	La situation psychologique des enfants .....	65
<b>3.3</b>	<b>RESULTATS QUALITATIFS.....</b>	<b>76</b>
3.3.1	Parents ou tuteurs .....	76
3.3.2	Les agents de santé et personnel du centre social .....	81
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>90</b>
<b>4.1</b>	<b>CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES.....</b>	<b>90</b>
4.1.1	L'âge et le sexe des orphelins et enfants infectés .....	90

4.1.2	Rendement scolaire, sexe et abandon de la formation ou de l'école des orphelins et enfants infectés.....	91
<b>4.2</b>	<b>PROBLÈMES SOCIO-ÉCONOMIQUES.....</b>	<b>93</b>
<b>4.3</b>	<b>PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES.....</b>	<b>98</b>
4.3.1	Orphelins et enfants infectés en proie à la stigmatisation et à la discrimination	98
4.3.2	Age, sexe, état de santé et problèmes psychologiques des orphelins et enfants porteurs du VIH/sida.....	100
4.3.3	Orphelins et enfants infectés en proie à l'angoisse .....	102
4.3.4	Enfants infectés et orphelins victimes de la fatigue physique et mentale..	103
4.3.5	Idées de suicide, sentiment d'être inutile et mauvaise image de soi.....	103
4.3.6	Pronostics d'un tableau psychopathologique dépressif .....	105
4.3.7	Enfants infectés et le syndrome psychiatrique iatrogène.....	106
<b>4.4</b>	<b>TROUBLES PSYCHOLOGIQUES LIÉS AU STATUT D'ORPHELIN DANS LE CONTEXTE DU VIH/sida .....</b>	<b>107</b>
4.4.1	Perte de l'un des deux parents : Orphelin de père ou de mère, et ses implications.....	107
4.4.2	Statut d'orphelin de père : un déficit au développement psychologique de l'enfant.....	110
4.4.3	Statut d'orphelin de mère : Un handicap psychologique pour l'enfant .....	112
<b>4.5</b>	<b>MERE INFECTEE, EQUIVALENCE D'UNE RESPONSABILITE AFFECTEE .....</b>	<b>114</b>
<b>4.6</b>	<b>ENFANT SEROPOSITIF : ANNONCE DE LA SEROPOSITIVITE, EQUATION A PLUSIEURS INCONNUS .....</b>	<b>116</b>
<b>4.7</b>	<b>À PROPOS DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE ADOPTEE ET MISE EN ŒUVRE DANS LES CENTRES.....</b>	<b>117</b>
4.7.1.	Soutien psychologique .....	117
4.7.2.	Soutien spirituel.....	118
4.7.3.	Appui nutritionnel .....	119
4.7.4.	Appui médical.....	121
4.7.5.	Protection juridique.....	121
4.7.6.	Soutien à la scolarité et à la formation professionnelle .....	121
4.7.7.	Appui économique .....	122

<b>4.8. QUELQUES PROPOSITIONS DE THÉRAPIES POUR UNE PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE EFFICACE DES ORPHELINS ET ENFANTS INFECTÉS .....</b>	<b>124</b>
4.8.1. Camp de soutien ou la thérapie par le camp .....	124
4.8.2. Thérapie par l'art et les jeux .....	125
4.8.3. Psychoéducation .....	127
4.8.4. Psychothérapie psychanalytique .....	127
4.8.5. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC).....	127
4.8.6. Thérapie Rogérienne .....	128
4.8.7. Thérapie par la relation d'aide .....	128
4.8.8. École et résilience des enfants orphelins et infectés .....	129
4.8.9. Thérapie par le panégyrique.....	130
4.8.10. Collaboration et complémentarité dans la prise en charge psychologique des enfants.....	131
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>133</b>
➤ <b>Suggestions.....</b>	<b>136</b>
➤ <b>Perspectives pour des études doctorales .....</b>	<b>137</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>A</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>K</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>S</b>