



# Université d'Abomey-Calavi (UAC)

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



## Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines (FLASH)

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

### Département de Psychologie et des Sciences de l'Education (DPSE)

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

**Mémoire de maîtrise en psychologie**

Option : Psychologie clinique

**Les Problèmes psychologiques des orphelins et enfants  
vulnérables (OEV) du VIH / SIDA: A propos de 51 cas de  
l'hôpital BETHESDA.**

**Réalisé et soutenu par :**

BOCOVO Colette

YELOME Dagbénigbè Mardochée

**Sous la direction du :**

Professeur Denis AMOUSSOU- YEYE

Professeur associé à l'UAC

Directeur de recherche

***Soutenu en 2013***

## INTRODUCTION

La naissance ou l'apparition d'un enfant est un sujet de grande joie dans les milieux familiaux. L'enfant devient ainsi l'objet de toutes les attentions car sensible et précieux aux membres de la famille. Cette valeur précieuse que constitue l'enfant a conduit différents chercheurs à le placer au cœur de leurs travaux. Ainsi Jean Piaget, Claparède et Henry Wallon ont consacré leurs travaux à étudier les stades de développement de l'enfant. Les résultats de ces travaux ont certainement contribué aujourd'hui à poser les fondements d'une connaissance plus poussée de l'enfant, gage à le transformer en adulte accompli et homme à part entière et épanoui. Malheureusement, nombre de facteurs sociaux politiques économiques et autres ont entravé cet épanouissement. L'enfant ne jouit pas correctement du droit à la santé, à la protection, à l'instruction, à l'éducation.... Les guerres, le divorce, la famine, les pandémies, les catastrophes naturelles, la pauvreté et bien d'autres constituent autant de facteurs dévastateurs des familles et obturateurs du développement harmonieux des enfants.

Depuis plus de deux 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 ; ce qui en fait une affection chronique de pronostic défavorable. Le cycle de la maladie fait traverser plusieurs étapes aux personnes infectées ou affectées par le VIH /SIDA au point où l'espoir d'un retour à une situation normale paraît hypothétique. Malgré l'existence de divers traitements efficaces et qu'un diagnostic de séropositivité ne représente plus systématiquement une condamnation à mort dans les mois ou les années à venir, cela demeure un événement qui vient complètement bouleverser la vie de la personne vivant avec le VIH /SIDA. 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. Par son ampleur, l'épidémie apparaît comme une véritable menace pour le devenir des populations africaines et particulièrement les enfants qui représentent l'une des franges de la population la plus vulnérable. Sur 13 millions d'enfants rendus orphelins à cause du VIH/SIDA dans le monde, les 2/3 vivent en Afrique. Ces enfants sont confrontés à de nombreux problèmes de santé, 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, et de devenir adultes trop tôt.

En Afrique de l'Ouest, plus de 10 millions d'enfants sont rendus orphelins ou vulnérables à cause du SIDA. Les projections indiquent que ce nombre d'enfants rendus orphelins à cause du SIDA pourrait tripler d'ici 2020. 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 où près de 5% des enfants sont orphelins (PNLS, 2001) et face à cette dimension nouvelle du problème, il convient de s'intéresser aux obstacles et insuffisances rencontrés dans la prise en charge et l'accompagnement des orphelins dans les sociétés béninoises, afin d'accroître le niveau de la réponse 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 cette étude dont les résultats permettront de mieux orienter les actions de soutien à

apporter à cette population. Notre travail s'articulera autour de quatre (4) principaux chapitres. Le premier chapitre abordera les considérations théoriques, le deuxième présentera le cadre d'étude et la démarche méthodologique, le troisième chapitre sera consacré à la présentation et à l'analyse des résultats et le dernier chapitre à l'interprétation et à la discussion.

**CHAPITRE I**  
**CONSIDERATIONS THEORIQUES**

## **I- Problématique**

### **1-1 Problème et questions de recherches**

L'épidémie du Sida frappe de plein fouet les enfants sous plusieurs formes. Celle-ci prend quotidiennement d'ampleur et constitue un problème quasiment insoluble voire un cauchemar pour toute l'humanité et pour l'Afrique en particulier. Malgré les multiples programmes de soutien, et les nombreuses mesures prises par les différents organismes et structures internationaux, le SIDA 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 ses piliers et crée des problèmes économiques, psychologiques, et sociaux comme la pauvreté discrimination, la stigmatisation, les conflits qui dressent le lit à des 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 Candice AUDEMORD et Kokou VIGNIKIN (2001). Non seulement cette pandémie prive les orphelins de leurs droits à jouir d'une enfance de qualité ou tout ou moins d'une enfance normale, mais elle a aussi des effets particulièrement délétères sur leurs chances de survie ou de développement harmonieux. 40 à 50% (ONU-SIDA, 2007) de ces enfants, qu'ils soient orphelins ou vulnérables, sont contaminés dès leur naissance en Afrique subsaharienne et 15 à 30% (ONU-SIDA, 2007) le sont en Europe. Parmi les 23000000 de personnes vivant avec le VIH/SIDA, on dénombre 15000000 d'enfants de 0-17ans (ONU-SIDA, rapport épidémiologique 2007). Les chiffres des réseaux d'OEV révèlent que 800000 nourrissons sont infectés parmi lesquels 600000 par la transmission de mère-

enfant (USAID, UNICEF, 2006). Selon les mêmes chiffres, 6000 jeunes s'infectent chaque jour et ignorent majoritairement leur état sérologique (USAID, UNICEF 2006).

Au Bénin, on a estimé les OEV à 370000 dont 62000 représentent les enfants de 6-11ans (USAID, UNICEF 2006). En milieu urbain, précisément dans la ville de Cotonou, où se situe le cadre de notre étude "BETHESDA". Plus de 7.000 enfants sont orphelins ou enfants vulnérables. 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 socioculturelles, source de tous les comportements à risques liés au VIH où enfants et femmes sont 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 OEV 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. A cela s'ajoute à priori l'annonce de 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 plongés ses nombreuses progénitures victimes de leur innocence. Ainsi, à travers l'étude de notre thème intitulé « Les problèmes psychologiques des orphelins et enfants vulnérables du VIH/SIDA à propos de 51 cas étudiés de l'hôpital BETHESDA de Cotonou », nous avons choisi de nous interroger sur les aspects suivants:

- ❖ Comment se présente concrètement la situation socioéconomique des OEV du VIH /SIDA ?
- ❖ Quelles sont les réalités psychologiques auxquelles font face les OEV du VIH/SIDA et leurs implications ?

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 de cas.

## **1-2- hypothèses et objectifs**

### **1-2-1-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 des enfants ;
- Les OEV du VIH/SIDA de l'hôpital Bethesda présentent un tableau psychopathologique nécessitant une prise en charge psychologique appropriée ;

### **1-2-2- Objectifs**

### **Objectif général:**

Cette étude vise à mettre en évidence les réalités quotidiennes que vivent les OEV du VIH/SIDA et leurs problèmes psychologiques.

### **Objectifs spécifiques**

- 1- Identifier les différents degrés de vulnérabilité des OEV/VIH/SIDA.
- 2- Mettre en évidence les troubles psychologiques chez les OEV/VIH/SIDA de l'hôpital de Bethesda.

### **1-3- Clarification conceptuelle**

Problèmes psychologiques : On appelle problème tout ce qui entrave, empêche, ce qui crée de dysfonctionnement, de difficulté. Selon le dictionnaire Larousse encyclopédique illustré(1999) ce sont des difficultés souvent complexes aux quelles on est confronté. Est psychologique tout ce qui a rapport avec la vie mentale, psychique ; ce sont les éléments relevant d'un dysfonctionnement, d'une anomalie ou d'une entrave à la vie interne des enfants. L'apparition du VIH dans le cercle familial crée un état de choc dans la vie de l'enfant. De notre point de vue, le terme problème 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, le conflit intrapsychique traduit la difficulté inconsciente et particulière à laquelle le sujet est confronté. 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... Pour SIGMUND Freud, la sexualité en serait l'élément originel.

OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables

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

Cependant au Bénin, la politique nationale ne prend en compte que les OEV du fait du VIH/SIDA

Orphelin : On définit l'orphelin, comme étant tout enfant de 0 à 17 ans ayant perdu soit ses deux parents : orphelin de plein statut ou orphelin double ou orphelin complet, soit l'un des deux parents : orphelin de statut partiel soit orphelin maternel ou orphelin paternel.

Enfant : La convention des Nations Unies relatives aux droits de l'enfant, **«on appelle enfant tout être humain âgé de moins de 18 ans sauf dans les cas ou d'après la loi applicable à l'enfant la majorité est à atteindre à un plus jeune âge»**.

Du latin « **Infantum** » l'enfant signifie celui qui ne parle pas. Il est **« l'être humain dont la structure Biologique, mentale, psychologique n'est pas encore achevée »** (BOKO, 2005.) selon Merleau Ponty, il ne faut pas concevoir l'enfant comme un «être absolu» ni comme le même ; mais comme un polymorphe **« il est pour l'adulte à la fois l'autre que lui et déjà à quelques degrés semblables à lui »**. L'enfant est un être immature qui amorce progressivement son développement. Ce processus est marqué par trois (03) phases à savoir la période d'innovation, la période d'intégration et enfin la période d'équilibre. C'est toute personne quelque soit le sexe (fille et/ou garçon) dont l'âge est compris entre 0 et 18 ans. 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.

Le concept Enfants vulnérables regroupe l'ensemble des enfants qui peuvent être blessés, atteints physiquement, moralement, psychologiquement ou autre... Enfants qui résistent mal aux attaques. Selon le dictionnaire Larousse, est vulnérable celui ou celle qui est susceptible d'être atteint par un mal ou un péril qui le ou la menace. La vulnérabilité, selon L'ONUSIDA (1998) se définit comme le résultat de la rencontre entre un risque extérieur et la capacité de l'individu 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 et disparaître. Selon le monde médical, elle se définit comme une fragilité face à une maladie ou une agression extérieure. Dans le cas d'espèce, ce terme renvoie à la situation d'extrême fragilité des enfants, induite par l'action directe ou indirecte du VIH/SIDA sur leur vie. 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, etc.)

- 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)...ceci fait donc appel à la notion de l'Enfant infecté.

Enfant infecté : La définition actuelle de l'infection VIH de l'enfant, retenue en 1987 et révisée en 1994, par le Centre pour le Contrôle des Maladies (C.D.C) d'Atlanta tient compte des difficultés du diagnostic chez le nourrisson et de l'évolution de la maladie avec des formes asymptomatiques et symptomatiques. L'infection au VIH s'étend d'enfants apparemment en bonne santé à des enfants

diversement atteints ; la forme la plus sévère correspond au Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA). En somme, les enfants infectés sont les enfants vivant avec le VIH alors que les enfants affectés par le VIH sont tous les enfants qui subissent l'impact psychosocial de la maladie. Cet autre terme recouvre :

- Les orphelins du fait du VIH/SIDA,
- Les enfants vivant dans les familles ayant à charge des parents malades du SIDA
- Les enfants dont les parents sont atteints et qui de ce fait doivent renoncer prématurément à leur enfance :
  - pour assumer la responsabilité de la famille,
  - abandonner l'école,
  - travailler,
  - élever leurs frères et sœurs plus jeunes
  - prendre soins de leurs parents ou d'autres membres de la famille.

(Centre pour le contrôle des maladies (C.D.C) d'Atlanta, 1987)

## **II-BREVE REVUE LITTERAIRE**

Les problèmes des OEV/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 intitulée « Ce que les autorités religieuses peuvent faire contre le SIDA : Action en faveur des enfants et des jeunes, publié par l'UNICEF » il a été question de l'ampleur de la situation des enfants dont 14 millions ont actuellement 15 ans. Selon un chiffre d'étude, 4 sur 5 orphelins du Sida vivent en Afrique subsaharienne et ceux-ci souffrent d'énormes maladies. Ils sont privés de leurs droits isolés, traités de façon discriminatoire et déshérité. Seulement, il n'a nulle part été question de l'ampleur psychologique de ces situations tragiques.

Dans la revue « les générations orphelines d'Afrique » publiée par UNICEF/New York en Février 2004, p52, 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 leurs emplois. Selon une étude réalisée en Zambie, la prostitution est un secteur dans laquelle on retrouve 47% d'orphelins doubles et 24% des 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. Les auteurs de cette revue ont le mérite de mettre en évidence quelques problèmes psychologiques des OEV 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 Collection Unissons nous pour les enfants contre le SIDA, publication UNICEF/New York, publiée en Février 2007, il est rapporté à la page 40 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 aux 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'il 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 OEV/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. Ces auteurs n'ont malheureusement pas pu aller plus loin en montrant l'impact psychoaffectif de cette maladie sur les OEV 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 difficile à traduire en statistique. 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 prises en charge.

La revue dénommée « Une meilleure protection des enfants affectés par le Sida » ; Publication UNICEF /NEW YORK, Mai 2007 ; p59, 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 de leurs frères et sœurs quand ceux-ci

deviennent orphelins. Souvent, ils n'arrivent pas à faire respecter leurs droits de succession et sont rejetés par leur communauté et mis au banc de la société. Selon les études réalisées par cette revue, il existe aujourd'hui en Afrique près de 10 millions d'enfants de moins de 15 ans qui sont dans ce cas dont l'enfance est perdue et dont les droits d'être élevés par une famille aimante, de s'épanouir, d'étudier et de développer tous leurs potentiels sont bafoués. Cette revue n'a pas pu montrer comment se développe le conflit psychologique à ces 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 la fédération mondiale pour la santé mentale l'épidémie de VIH/SIDA a eu des répercussions profondes sur la vie des enfants sous différentes formes. Ces effets sont accablants pour les adolescents et les enfants qui souffrent de la perte de leurs proches, d'où la genèse des problèmes de développement liés à la responsabilité du rôle de chef de famille (question traitée dans l'ouvrage 'troubles affectifs et comportements des enfants et des adolescents' publié en Juillet 2001.)

Selon le Dr Patrick DIXON (2001), dans son livre le «sida et vous », la multiplication du nombre d'OEV 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. A son avis, ne pas offrir le montant des frais scolaires aux OEV risque de créer un déséquilibre dans la communauté et d'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

voir « orphelin du Sida » écrit sur la porte). En effet cette mesure pourra favoriser 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 leurs places dans leurs familles plutôt que dans les centres d'accueil ; une bonne solution pour réduire les risques de la stigmatisation et de la discrimination.

Dans un rapport d'étude publié par les experts, les enfants, longtemps laissés pour compte dans la lutte contre le sida, manquent aujourd'hui encore de tests de détection et de traitements adaptés, ont souligné nombre de participants à la Conférence internationale sur le SIDA de Mexico en 2007. Les chiffres fournis pour 2007 par l'ONUSIDA sont sans appel :

- 2 millions d'enfants sont infectés par le virus (1,6 million en 2001), dont près de 90% vivent en Afrique subsaharienne.
- 370.000 enfants de moins de 15 ans sont nouvellement infectés (450.000 en 2002), dont 90% par transmission de la mère à l'enfant. (ONUSIDA, 2007)
- 270.000 enfants sont décédés. Ce qui n'a pas empêché le laboratoire Bristol-Meyers Squibb, d'annoncer en mars qu'il cesserait fin 2008 la commercialisation de gélules d'Efavirenz particulièrement bien adaptées à l'usage pédiatrique, du fait d'un faible volume de prescription. La grande majorité des mères n'ont pas accès aux méthodes très efficaces de prévention de la transmission mère-enfant : sur 100 mères séropositives, 30 à 40 donnent naissance à des enfants infectés, selon les experts. Et sans traitement, « la moitié des enfants nés avec le VIH mourront avant d'atteindre l'âge de deux ans », souligne le Dr Fernando Parreno, pédiatre pour Médecins sans frontières au Zimbabwe. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) vient d'imposer de traiter les bébés le plus tôt possible, et donc de les dépister rapidement. Problème : les tests sont « compliqués et chers », disent les ONG, qui

demandent des « tests rapides ». Quant aux traitements, les grands laboratoires ont eu du mal à s'y intéresser. « C'est le nord qui paie les recherches, et les pays du nord n'ont pas d'enfants séropositifs », explique Benjamin Coriat, chercheur en économie de la santé. Faute de médicaments adaptés, on coupait en 2 ou 3 les médicaments pour adultes pour les donner aux enfants, comme le rappelle l'ancien ministre français Philippe Douste-Blazy, président d'Unitaid, un groupement spécialisé dans la fourniture de traitements pédiatriques. Les militants du Fonds Clinton offraient dans les campagnes des coupe-pilules pour faciliter l'opération. Aujourd'hui, il existe un sirop sur le marché –très amer- et quelques trithérapies sous forme de pilule unique –qui conviennent seulement à un certain type d'enfants. De nouvelles formules devraient bientôt être disponibles. Au plan financier, chacun reconnaît qu'Unitaid a joué un rôle non négligeable en faisant passer en deux ans, le nombre d'enfants traités de 75.000 à près de 200.000. M. Douste-Blazy a annoncé à Mexico son intention d'en mettre sous traitements 100.000 de plus par an d'ici 2010. En ce qui concerne l'accompagnement, essentiel pour les enfants, les stratégies divergent. Le réseau américain JLICA défend le « transfert de revenu », autrement dit une aide financière directe aux familles, sans passer par les ONG et leurs « consultants ». Car, dit Jim Kim, même si les médicaments sont gratuits, « le prix du ticket de bus empêche les plus pauvres des pauvres d'emmener leurs enfants aux centres de santé ». « Ils ont réinventé les allocations familiales », grommelle David Goetghebuer, Conseiller au programme Enfants-Sida de MSF, qui défend quant à lui un suivi en collaboration avec les communautés locales. Il reste encore, pour les enfants comme pour les adultes, à vaincre la stigmatisation et la discrimination.

Dans la revue *Llavecitas*, réalisée par des enfants touchés par le sida en Amérique centrale, Angelica, une petite fille de 10 ans, confie : « 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)

Selon les recherches effectuées par Marthe 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 que eux-mêmes démunis des moyens nécessaires pour aller à leur rescousses. Elle 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.

**CHAPITRE II**  
**CADRE DE L'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE.**

## **I- Présentation du cadre d'étude : ONG Bethesda**

L'Organisation Non Gouvernemental (ONG) BETHESDA est une organisation apolitique à but non lucratif, visant la promotion des actions de développement, du bien-être mental, physique, social et spirituel des communautés. Elle fut créée en février mil neuf cent quatre vingt dix (1990) par des églises d'obédience protestante en collaboration avec des missionnaires mennonites français et américains. C'est une organisation à structure intégrée.

Le nom Bethesda est inspiré d'un récit biblique qui rapporte l'existence d'une piscine mystique en Israël. Un ange y descendait chaque année et agitait l'eau. Le premier à s'y plonger était guéri quelle que soit sa maladie. La guérison historique d'un homme, malade et abandonné depuis trente huit ans (38 ans) eut lieu en cet endroit là. (cf. la Bible, Jean 5V1 à 13). Sa vision est de prendre en charge le bien-être physique, mental et social de l'individu, de la famille et de la communauté à un coût réduit dans une approche intégrée. Elle a pour mission de capitaliser le savoir et le savoir faire pour freiner les effets de la pauvreté des populations.

L'ONG BETHESDA a pour objectifs de :

- Aider les populations en milieux urbains et ruraux à passer du statut de bénéficiaires de soins à celui de promoteur de la santé dans leur propre communauté ;
- Encourager les activités génératrices de revenus en particulier dans les groupes de femmes et de jeunes ;
- Soutenir les programmes d'éducation dans les domaines de la nutrition, des soins de santé primaire, d'hygiène du milieu ;
- Promouvoir les mesures préventives et curatives des maladies endémiques en milieux urbains et ruraux ;
- Appuyer tous les efforts dans le domaine de la protection de l'environnement ;
- S'associer attentivement à tout programme visant la protection des droits de l'homme, le respect de la dignité humaine et des ressources naturelles ou les initier. Elle intervient fondamentalement dans trois domaines :
  - ✓ La santé à travers L'HOPITAL ;

- ✓ L'assainissement du milieu à travers le département de Développement Communautaire et Assainissement du milieu (DCAM)
- ✓ La promotion sociale à travers le département de micro finance ;

## **1-1- PRESENTATION DE L'HOPITAL**

### 1-1-1 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'Etat 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 dix neuf (19) février mille neuf cent quatre-vingt dix (1990) un centre de santé fut créé, l'hôpital Bethesda.

### 1-1-2 Situation géographique

L'hôpital BETHESDA est localisé dans le huitième 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 8419habitants/km<sup>2</sup>. Cotonou est une ville cosmopolite où se consacrent 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 au-dessus du seuil de pauvreté (Institut Nationale de la statistique et d'analyse économique 2006,347). 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 limité 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 sur deux quartiers à savoir HOUEHOUN et MINONKPO. Le site de HOUEHOUN 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.

### 1-1-3 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 .Il 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 interne qu'externe .En sa qualité d'organe consultatif, il joue le rôle de conseiller médical auprès de la direction sur les questions spécifiques.

✓ Le personnel administratif

Il comprend :

- un assistant administratif, responsable de la gestion des ressources humaines.
- un service comptabilité finance
- une surveillance générale
- une aumônerie

1.1.4 Les services techniques de l'hôpital

- *La Pédiatrie*, avec l'appui d'un médecin Pédiatre
- *L'odontostomatologie*, pour le traitement de la maladie de la bouche et des dents
- *Le laboratoire de l'analyse bio médicale*, où se font les cinq classes d'examens bio médicales, hématologie, sérologie, bactériologie et parasitologie.
- *La radiologie*, avec un équipement complètement renouvelé avec un personnel spécialisé dans le domaine.
- *La gynéco-obstétrique*, avec une gynécologue et quatre sages-femmes
- *L'ophtalmologie*, dotée d'une pharmacie, d'une lunetterie et d'un bloc opératoire
- *La chirurgie*, avec un bloc opératoire et un service technique ultra moderne
- *La 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 génériques
- *La dermatologie*, dirigée par un spécialiste qui reçoit uniquement sur rendez-vous
- *Le service d'oto-rhino-laryngologie*, communément appelé ORL
- *La psychiatrie* dirigée par un psychiatre et un collaborateur psychologue
- *La kinésithérapie* nouvellement mise en service récemment avec la collaboration des spécialistes 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.

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. L'hôpital reçoit près de cent vingt mille (120000) patients par an.

## **II- Démarche méthodologique**

### **2.1- population cible et échantillonnage**

#### **2.1.1-population cible**

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale quantitative et qualitative qui s'est déroulée sur une période de 3 mois .Elle porte sur les OEV du VIH/SIDA infectés ou affectés qui se font suivre régulièrement par le service de prise en charge de l'hôpital Bethesda.

#### **2.1.2- Échantillonnage**

Pour réaliser cette étude nous avons administré des questionnaires et guide d'entretien à 51 OEV ayant entre 5-18 ans, à des prestataires et à des

parents ou tuteurs. Ce chiffre 51 est retenu relativement au nombre d'OEV qui fréquentaient l'hôpital Bethesda lors de notre passage.

### **2-1-3- Critères d'inclusion**

☞ Pour les prestataires

Les prestataires en contact direct avec les OEV 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 des parents ou tuteurs d'OEV vivants à leur côté jusqu'au moment de l'enquête.

☞ Pour les OEV

- Appartenir à la file active de l'hôpital Bethesda
- Être prise en charge par l'hôpital dans une période d'au moins un an.
- Être d'accord pour participer à l'étude.

### **2-1-4-Critères d'exclusion**

Les OEV trop jeunes qui ne peuvent pas participer à l'entretien en raison de leur âge ou de leur état de santé très altéré.

### **2-1-5-Les variables**

Les variables à l'étude sont de deux ordres : les variables dépendantes et indépendantes. Les variables dépendantes sont des variables spécifiques à chaque enfant que nous devons prendre en compte tout au long de l'enquête. Elle s'appuie sur les conditions de vie, sur les problèmes psychologiques

énumérés au niveau de chaque enfant, sur les attitudes et les aptitudes des enfants.

Quant aux variables indépendantes, elle concerne le sexe, l'âge, l'ethnie, la religion, la nationalité, le type de famille, le statut sérologique, le type d'enfant (orphelin ou vulnérable) et l'enfant sous tutorat ou non, état de santé des parents vivants, situation matrimoniale des parents, état de santé de l'enfant, rendement scolaire.

## **2.2-Techniques et instruments de collecte des données**

Les techniques utilisées pour le recueil des données sont l'observation, les entretiens puis l'administration de questionnaires aussi bien chez les OEV, que chez les tuteurs parents et les prestataires de services. Les instruments de collecte sont liés aux outils utilisés à savoir : un questionnaire écrit (question – réponse), un guide d'entretien, une grille d'observation et un enregistreur pour la conservation et la transcription des entretiens sonores.

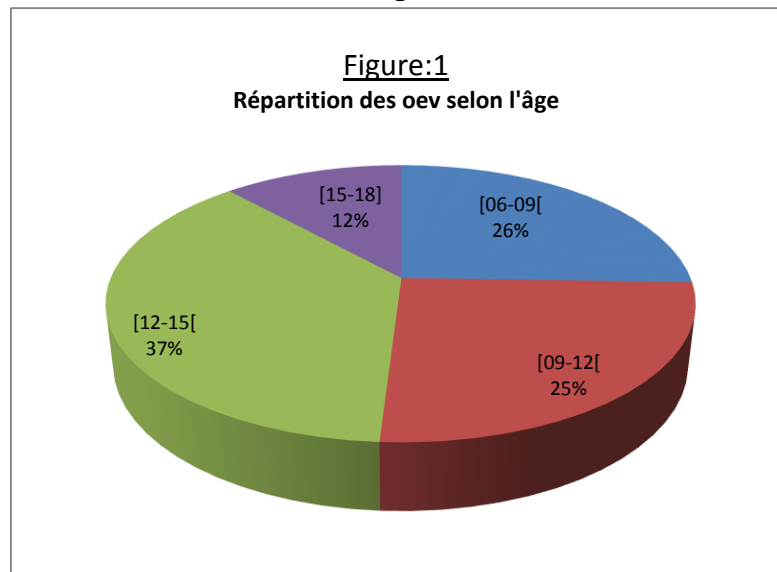
## **2-3- Mode de traitement des données**

Le traitement et l'analyse des données quantitatives, recueillies auprès des OEV ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel 2007. Les données recueillies auprès des prestataires intervenant dans leur prise en charge et des parents ou tuteurs sont traitées manuellement et à l'aide du logiciel Word 2007. Nos calculs ont été vérifiés à plusieurs reprises.

**CHAPITRE III**  
**PRESENTATION DES RESULTATS**

## I- Présentation des résultats

Figure : 1 Répartition des OEV selon l'âge



**Source :** Données de l'enquête.

La lecture de cette figure montre que les enfants de 12 à 15ans sont les mieux représentés dans notre population d'étude.

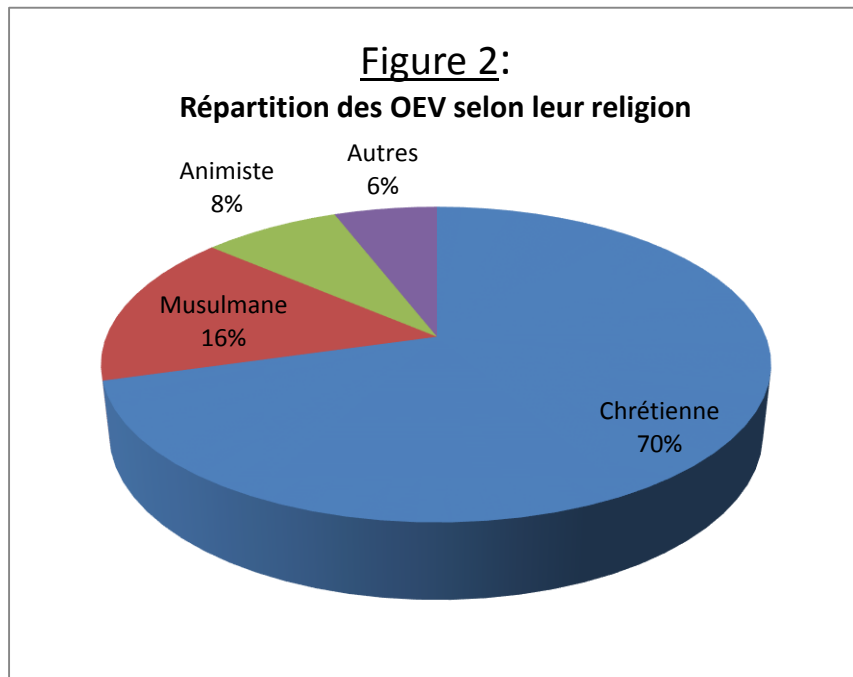
Tableau : 1 Répartition des OEV selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	19	37,25%
Féminin	32	62,75%
<b>Total</b>	51	100%

**Source :** Données de l'enquête.

De la lecture de ce tableau nous remarquons que les filles sont plus vulnérables que les garçons en ce qui concerne l'infection au VIH

**Figure : 2 Répartition des OEV selon la religion**



**Source :** Données de l'enquête.

Les enfants de La religion chrétienne paraissent plus vulnérables et touchés par le VIH sida que ceux des autres religions

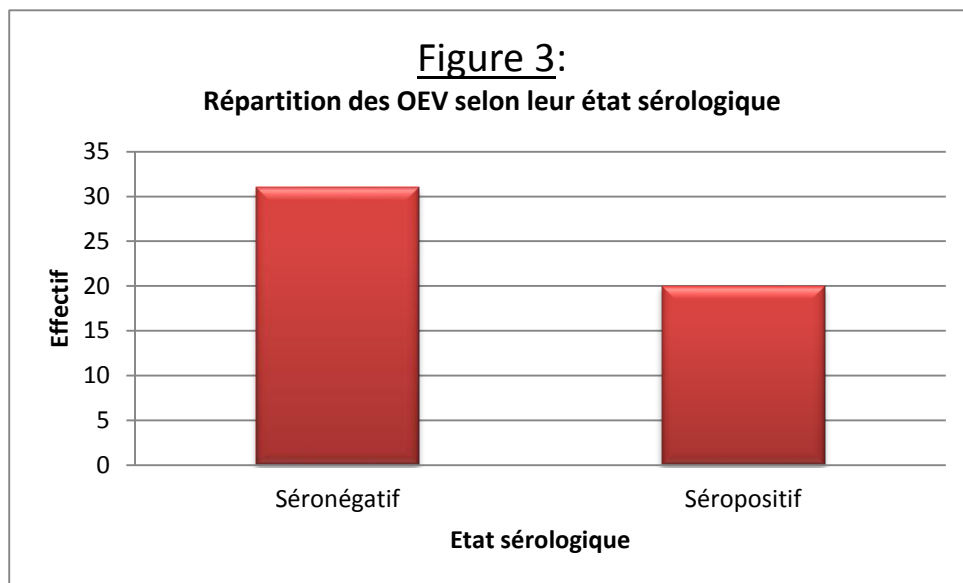
**Tableau : 2 Répartition selon le statut de l'enfant :**

Statut de l'enfant	Effectif	Pourcentage
Orphelin de père	11	21%
Orphelin de mère	09	18%
Orphelin double	09	18%
Enfants vulnérables	22	43%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

**Source :** Données de l'enquête.

Il ressort de la lecture de ce tableau que le VIH sida a rendu plus d'enfants orphelins. Ceux-ci sont plus nombreux que les enfants vulnérables non orphelins. Les orphelins de père paraissent plus nombreux que le nombre des orphelins de mère et celui des orphelins doubles.

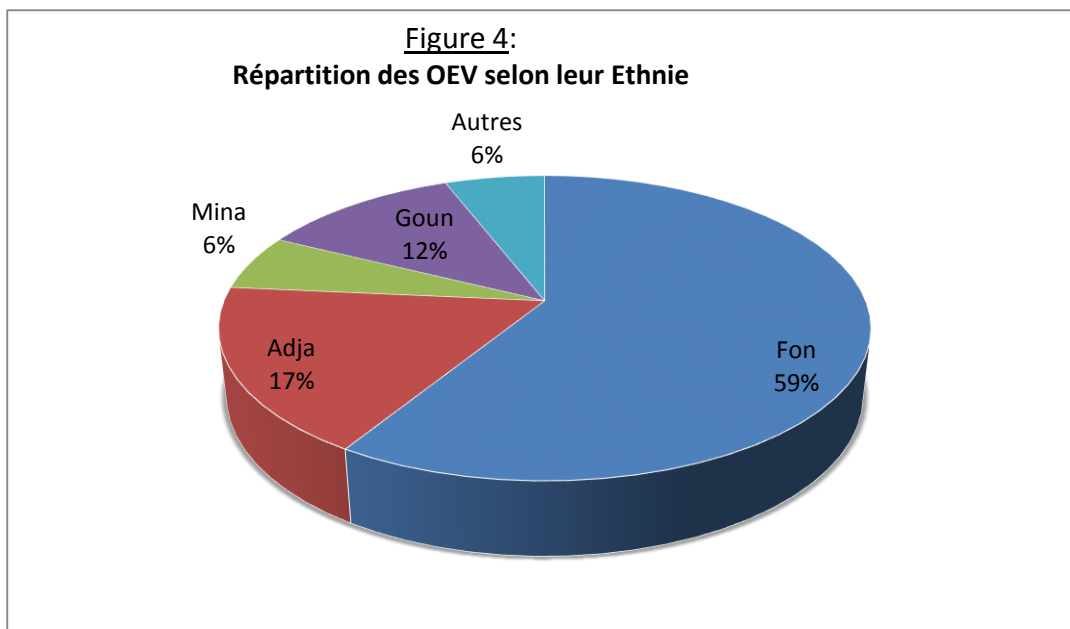
**Figure : 3 Répartition selon l'état sérologique des enfants**



**Source :** Données de l'enquête.

Cette figure nous montre que les enfants non contaminés sont plus nombreux que ceux qui le sont en raison surtout des progrès réalisés dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

**Figure : 4 Répartition des OEV selon l'ethnie**



**Source :** Données de l'enquête.

Ces résultats montrent que les enfants du milieu fon sont plus affectés par le VIH que les autres enfants de la même localité enquêtée

**Tableau : 3 Répartition des OEV selon le niveau d'instruction**

Niveau de scolaire	Effectif	Pourcentage
Primaire	25	49%
Secondaire	14	27,50%
Déscolarisés	12	23,50%
Non scolarisé	00	00%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

**Source :** Données de l'enquête.

Nous constatons que près de la moitié des O E V est encore au niveau primaire.

**Tableau : 4 Répartition des OEV selon le rendement scolaire**

Rendement scolaire	Effectif	Pourcentage
Réussite	20	39%
Echec	31	61%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

**Source :** Données de l'enquête.

Ces résultats témoignent de la prépondérance de l'échec scolaire dans le rang des O E V

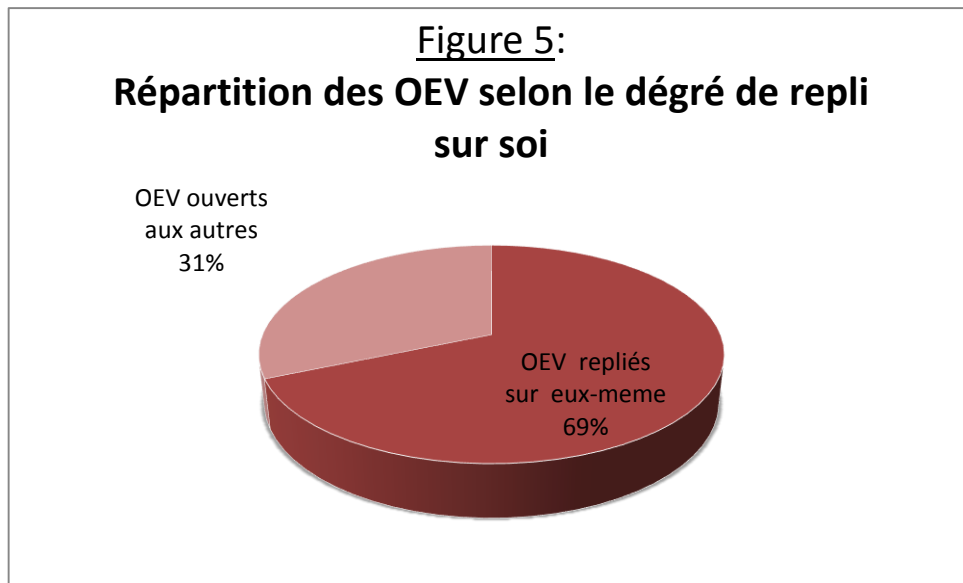
**Tableau : 5 Répartition des OEV selon la présence d'idées de suicide**

	Effectif	Pourcentage
OEV ayant d'idées de suicide	13	25,5%
OEV n'ayant pas d'idées de suicides	38	74,5%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

**Source :** Données de l'enquête

Près de 26% des OEV présentent des idées de suicide et portent en eux des tendances à se donner la mort.

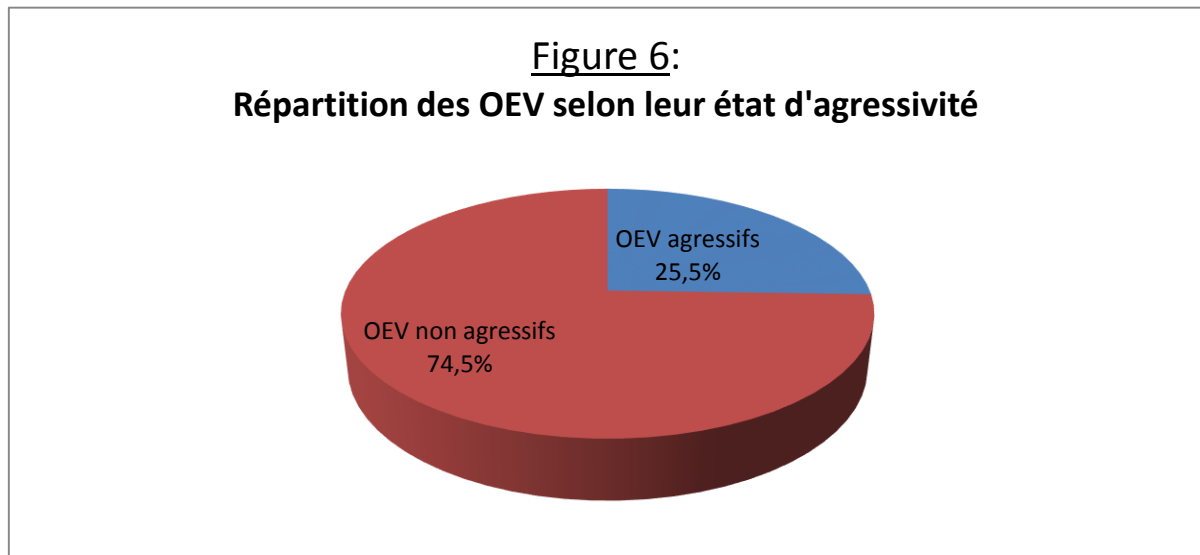
**Figure : 5 Répartition des OEV selon le degré de repli sur soi**



**Source :** Données de l'enquête

En majorité, les O E V sont repliés sur eux mêmes et ont une faible ouverture aux autres.

**Figure : 6 Répartition des OEV selon leur état d'agressivité**



**Source :** Données de l'enquête.

74,50% des O E V présentent des comportements agressifs

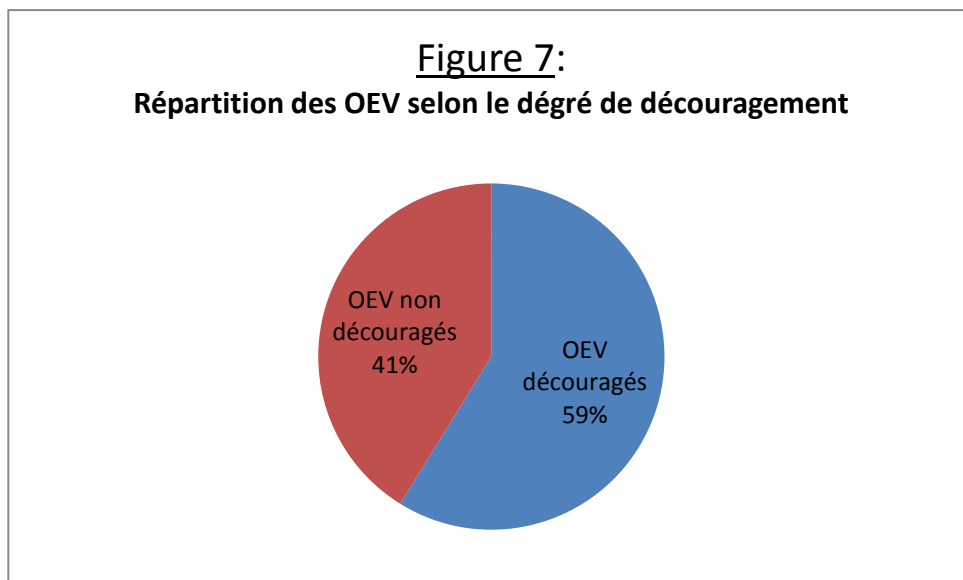
**Tableau : 6 Répartition des OEV selon la présence des signes d'angoisse**

OEV présentant les signes de l'angoisse	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	35	69%
<b>Non</b>	16	31%

**Source :** Données de l'enquête

69% des O E V présentent des signes relevant de l'angoisse.

**Figure : 7 Répartition des O E V selon le découragement**



**Source :** Données de l'enquête

La figure présente 59% des O E V vivent dans le découragement

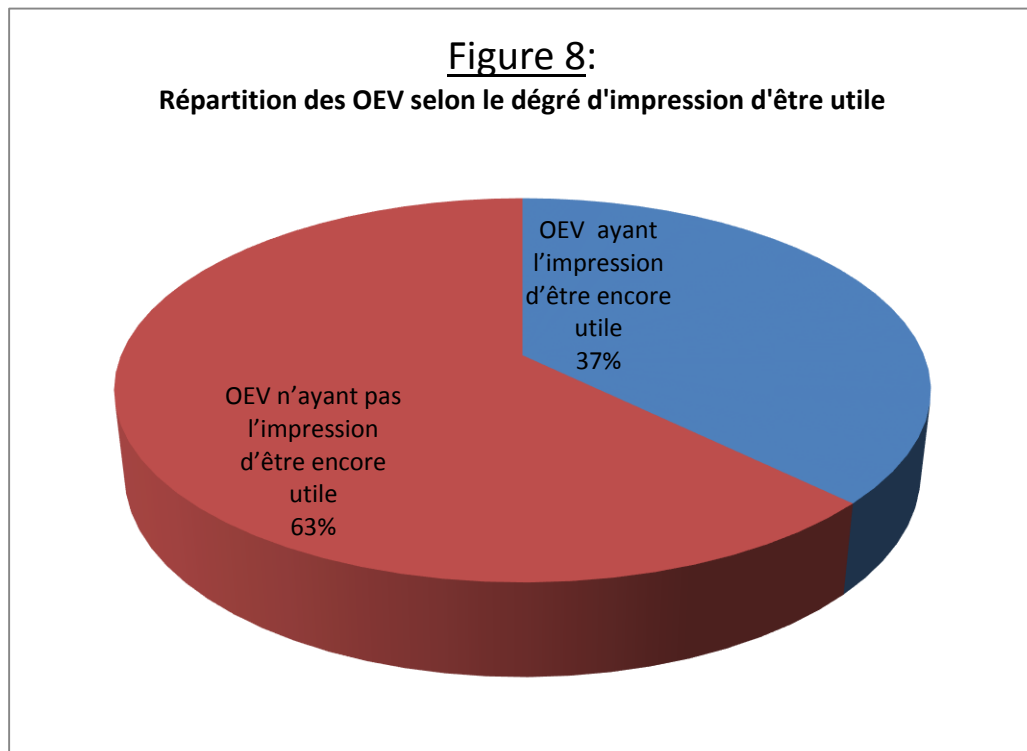
**Tableau : 7 Répartition des OEV selon le degré d'estime de soi**

Estime de soi	Effectif	Pourcentage
OEV ayant une faible estime de soi	31	61%
OEV ayant une forte estime de soi	20	39%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

**Source :** Données de l'enquête

Cette répartition permet de constater que 61% des OEV ont une mauvaise estime de leurs personnes

**Figure : 8 Répartition des OEV selon L'impression d'être encore utile**



**Source :** Données de l'enquête

Seulement 37% des OEV ont l'impression d'être encore utiles

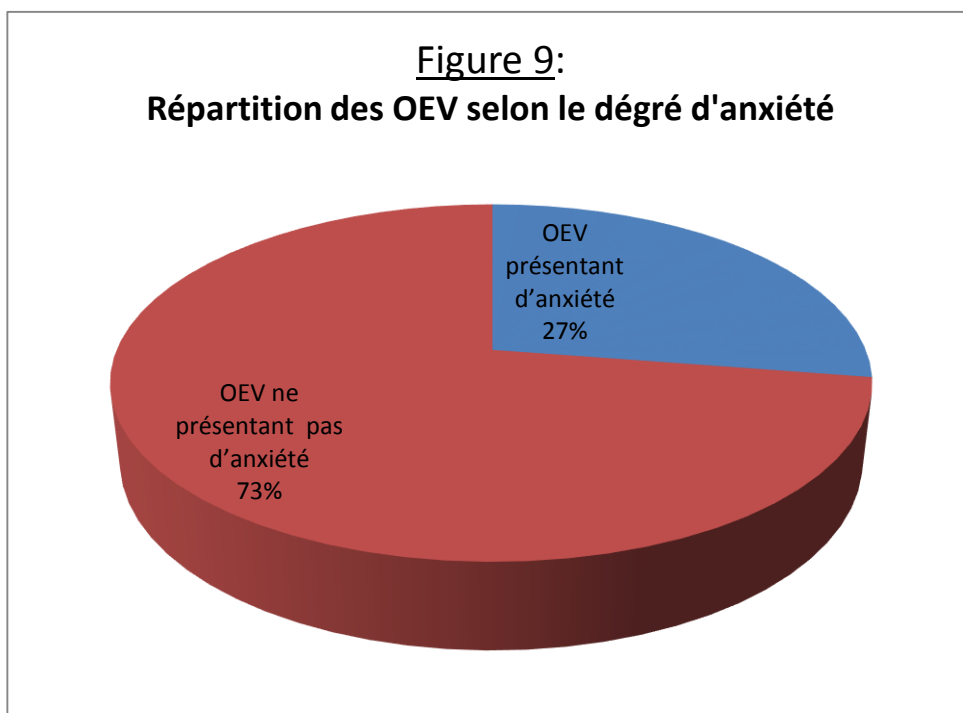
**Tableau : 8 Répartition des OEV selon le trouble de sommeil**

Trouble de sommeil	Effectif	Pourcentage
OEV présentant de trouble de sommeil	14	27%
OEV ne présentant aucun trouble de sommeil	37	73%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

**Source :** Données de l'enquête.

La lecture de ce tableau nous indique que 27% des O E V présentent des troubles de sommeil.

**Figure : 9 Répartition des OEV selon le degré d'anxiété**



**Source :** Données de l'enquête

Ces résultats nous montrent que le quart des orphelins et enfants vulnérables présentent à divers degrés une anxiété.

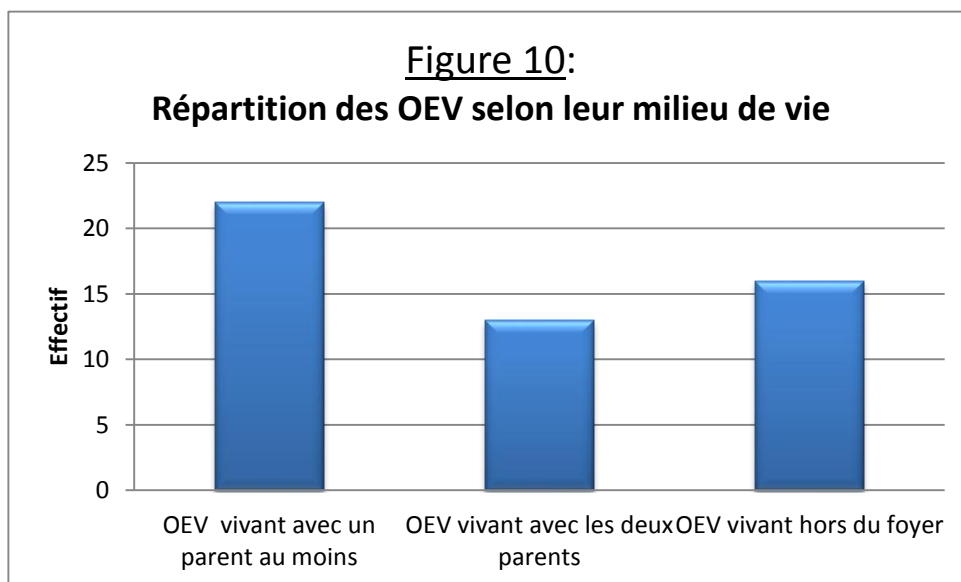
**Tableau : 9 Répartition des enfants selon la situation socio-économique des parents**

Situation socio-économique	Effectif	Pourcentage
OEV dont les parents sont en activité	20	39%
OEV dont les parents sont invalides	31	61%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

**Source :** Données de l'enquête.

Les études ont révélé que 61% des de notre population d'étude ont des parents invalides. Donc incapable de travailler pour subvenir aux O E V besoins de la famille

**Tableau : 10 Répartition des enfants selon le milieu de vie**



**Source :** Données de l'enquête.

Les résultats de notre enquête montrent que 31% des o e v vivent hors du foyer. C'est à dire qu'ils ne sont pas avec l'un des deux parents au moins.

**Tableau : 10 Répartition des enfants selon l'état sérologique des parents**

<b>Parents malades</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Un des parents malade du SIDA	15	30%
Les deux parents malades du SIDA	18	35%
Parents décédés du VIH/SIDA	18	35%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

**Source :** Données de l'enquête

30% des OEV ont un parent malade su SIDA, 35% ont les deux parents malades du SIDA et autres 35% ont des parents décédés du VIH/SIDA

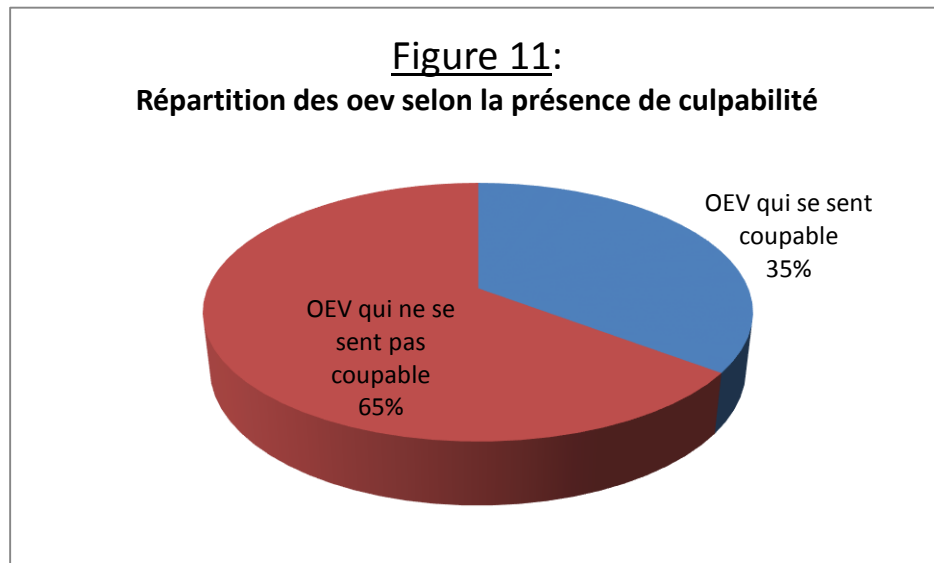
**Tableau : 11 Répartition des enfants selon le degré d'alimentation**

<b>Degré d'alimentation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
OEV bien nourri	15	29%
OEV mal nourri	36	71%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

**Source :** Données de l'enquête

71% des OEV ne sont pas bien nourris.

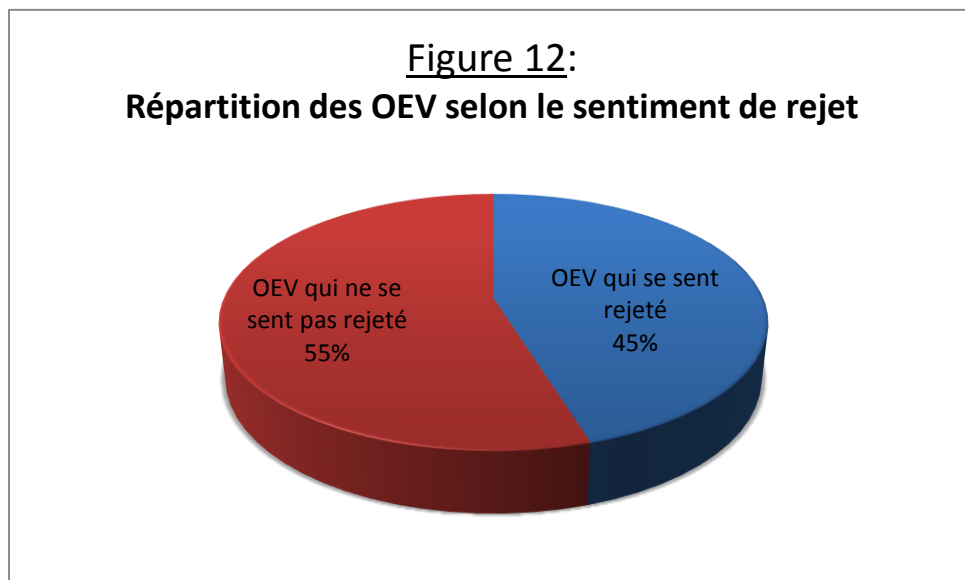
**Figure : 11 Répartition des OEV selon la présence de culpabilité**



**Source :** Données de l'enquête

Seulement 35% des OEV se sentent coupables

**Figure : 12 Répartition des OEV selon le sentiment de rejet**



**Source :** Données de l'enquête

45% des OEV se sentent rejetés

## **CHAPITRE IV INTERPRETATION ET DISCUSSION**

## **4.1- Caractéristiques générales**

### 4.1.1- Le sexe des OEV

On remarque une nette prédominance des filles sur les 51 OEV enquêtés, soit 32 filles (62,75%) contre 19 garçons (37,25%). ainsi les filles sont plus vulnérables que les garçons en ce qui concerne l'infection au VIH. Les résultats issus de notre étude par rapport au sexe sont légèrement au-dessus du taux obtenu par Marthe TONOUKOUIN lors de ses recherches de mémoire en 2010 soit 60% de filles.

### 4.1.2- L'âge des OEV

La tranche d'âge 12 à 15 ans est plus représentée dans notre population d'étude soit 37,50%. Les enfants ont une prise de conscience de leur situation en fonction de leur âge. En effet, les OEV situés dans la tranche d'âge de 14 – 17 ans ont plus facilement le poids des souffrances sur le dos que ceux des autres tranches d'âge. 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 15ans dont environ la moitié d'entre eux (47%) étaient des orphelins doubles et 24% des orphelins d'un seul parent (UNICEF/NEW-YORK, 2007)

### 4.1.3- Rendement scolaire et niveau d'instruction des OEV

Les échecs scolaires (61%) relevés au niveau de notre population d'étude peuvent s'expliquer par le fait que très peu d'enfants soient restés avec leurs parents et ont bénéficié de leur amour. Le parent parfois présent est pratiquement 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 le Docteur Gabriel BOKO 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. » (BOKO, 2009). C'est justement ce que TOMATIS voulait souligner lorsqu'il écrit : « les foyers sourds de cœur et d'âme sont sans doute les plus grands pourvoyeurs de délinquants et d'inadaptés sociaux » Les résultats de cette étude avoisinent ceux obtenus par l'UNICEF en 2007. En effet, Selon une étude réalisée en Ouganda, 14% des élèves du primaire avaient à un moment ou à un autre manqué un trimestre entier ; ce pourcentage était beaucoup plus élevé (27%) dans le cas des orphelins doubles. L'écart est encore plus important dans le secondaire, où 16% des non-orphelins et 43% des orphelins doubles avaient manqué un trimestre. Dans le cadre de l'enquête, plus d'un quart des orphelins déclaraient que leurs résultats scolaires s'étaient dégradés en partie du fait des interruptions de leurs scolarités et en partie à cause du stress. (UNICEF/NEW-YORK, 2007)

La déscolarisation de 23,50% des OEV pourrait aussi s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas pu connaître la joie d'être à l'école, pour avoir été stigmatisés ou pour avoir eu une difficile relation avec ses pairs alors que l'enfant de 05-12 ans doit apprendre l'acquisition d'une personnalité polyvalente à travers les jeux qu'il organise avec ses pairs. Les charges familiales contribuent aussi largement à étouffer l'enfant qui n'est jamais arrivé à se passionner des devoirs scolaires parce qu'assumant des charges familiales qui ne relèvent pas de sa compétence et qui lui arrachent sa liberté et son épanouissement (Théorie de KÜNKEL, 1939). Les études ont montré que la pauvreté n'est pas la seule cause de l'absentéisme d'un orphelin. La nature de la relation familiale entre l'orphelin et l'adulte qui prend les décisions dans la famille ou le ménage en est une autre. Plus ce lien est proche, plus l'enfant a la chance d'aller à l'école. Les enfants vivant dans les ménages dirigés par des gens autres que leurs parents sont plus mal lotis que ceux vivants avec des

parents et les enfants n'ayant aucun lien de parenté avec les chefs de ménage ont plus de difficultés

#### **.4.2-Problèmes socio - économiques**

Soixante-un pourcent (61%) des parents de notre population d'étude sont invalides et donc sont incapables de travailler pour subvenir aux besoins de la famille. Plusieurs de ces OEV se retrouvent alors dans une situation sociale précaire. Les O E V souffrent à divers niveaux des effets du VIH / SIDA. Même si les problèmes psychologiques sont moins perceptibles, il n'en demeure pas moins que les orphelins et enfants vulnérables alimentaire, de la délinquance, de l'usage de la drogue, de l'abus et de l'exploitation sexuelle, des accidents, des grossesses précoces et non désirées, de la discrimination sont déchirés. Ils souffrent à degrés divers de la malnutrition, de la carence, de la stigmatisation, des accusations sorcières et bien d'autres ; ce qui affecte profondément leur personnalité et donc leur vie psychologique.

En effet si les résultats de nos enquêtes nous ont révélé que 61% des OEV vivent avec des parents invalides physiquement ou psychologiquement et donc qui ne peuvent subvenir à leurs besoins nutritionnels, il convient de notifier à quel point les chiffres de 71% d'OEV souffrant de malnutrition et de carence alimentaire se justifient. 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 fratrie et de pouvoir survivre. Dans le combat pour sa survie et celle de sa famille, l'adolescent est souvent obligé d'abandonner l'école. Rappelons qu'une étude rapide effectuée en Zambie en 2002 a déjà établi que l'âge moyen des enfants se prostituant était de 15ans. 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 exercent une activité économique en Afrique Subsaharienne. (UNICEF, 2004).

Après la mort des parents, ils n'arrivent pas à faire respecter leurs droits à la succession et sont rejetés par leur communauté qui parfois les exproprie. Nos résultats sont superposables à ceux retrouvés au cours d'une enquête réalisée en milieu urbain en Cote d'Ivoire et rapportés par PETER PIOT de l'ONUSIDA 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. »

### **4.3-problèmes psychologiques**

L'impact psychologique de la maladie des parents et de leur mort nécessite une prise en charge des OEV, 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 socio – économique sont perçues, plus la souffrance psychologique ne s'accroît.

#### 4.3.1-le sentiment de rejet

Le sentiment de rejet (55%) vécu par les OEV résulte non seulement de ce fait mais aussi du fait que les parents ont une difficile relation avec le corps malade de l'enfant et parfois, ceux-ci les considérant comme morts, les éloignent de leur capital affectif. Dans la fratrie, l'enfant infecté est confronté à des griefs surtout lorsqu'il est surprotégé. La fratrie peut aussi avoir honte de lui ; dans ce cas, le rejet est l'expression de ce qu'ils éprouvent. Ce sentiment de rejet 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 que quand quelqu'un est*

*malade dans une famille, toutes les autres personnes vivant sous le même toit sont malades* ». Placés dans les familles d'accueil, ils sont traités comme des membres de la famille de second ordre et donc, mal acceptés.

#### 4.3.2- Le repli sur soi

Le repli sur soi est une sorte d'auto défense adoptée par la plupart des hommes ayant vécu le rejet et la stigmatisation. Dans notre population d'étude, plus de (69%) des enfants interrogés se sont difficilement exprimés et ont avoué pour la plupart de n'avoir pas d'amis ni à l'école, ni la maison et certains tuteurs ont exprimé leur inquiétude de voir leurs enfants toujours isolés malgré leur effort de les intégrer à un groupe d'enfants de leur âge. Ils ont aussi exprimé leurs soucis de ne pouvoir échanger avec les enfants qui adoptent souvent un mutisme sans précédent. Selon les professionnels de la santé rencontrés sur les sites de Bethesda, certains de ces enfants n'arrivent à parler que lorsqu'on s'intéresse plus profondément à eux et qu'on arrive à gagner leur confiance avec une valorisation de leurs personnalités.

#### 4.3.3- La colère

Par la colère, 56% des OEV ont eu à exprimer au moins une fois leur réaction naturelle de mécontentement face à leur situation qu'ils veulent changer. Cette colère peut 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 à la mort de leurs parents. La colère est parfois tournée contre eux-mêmes pour n'avoir pas su prévenir la mort de leurs parents. Ce qui justifie d'ailleurs, le fait que 61% des OEV de notre échantillon ont une mauvaise image d'eux et souffrent du mépris de soi.

#### 4.3.4- L'anxiété et l'agressivité

L'anxiété (27%) et l'agressivité (25,50%) constatées chez les enfants s'expliquent aussi par une dégradation de la relation mère séropositive et

enfant ; 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 ce sujet que : « 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, symbole d'une parfaite communication et d'échange affectif est remplacé par celui artificiel par mesure de protection au plan clinique.

#### 4.3.5- L'angoisse et la culpabilité

La culpabilité (35%) et l'angoisse (69%) éprouvées pourraient 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 agressifs parce qu'ils désirent s'affirmer malgré le VIH. Trente-cinq pourcent 35 % de notre population d'étude se sent coupable. En exemple de culpabilité, les plus jeunes enfants croient qu'ils ont fait quelque chose de mauvais pour avoir causé la mort ou la maladie de leurs parents. Cette culpabilité est d'ailleurs parfois accentuée par la société surtout chez ceux dont les naissances coïncident avec la maladie ou la mort des deux parents ou de l'un d'eux. Selon M. KLEIN, la culpabilité surgit du fait d'avoir détruit l'objet aimé alors que pour FREUD, elle prend son origine dans le complexe d'Œdipe.

#### **4.4 – Leur statut d'orphelin dans le contexte du VIH/SIDA**

##### 4.4.1- La perte de l'un des deux parents : Orphelin de père ou de mère

D'après les résultats de nos recherches 39% sont orphelins d'un parent, 18% sont orphelins doubles. Selon le milieu de vie, 43% des OEV vivent avec un parent, 31% vivent hors du foyer et seulement 26% vivent avec les deux parents. Ces résultats 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. L'enfant orphelin a perdu l'un ou les deux parents. Cet événement aussi 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. Parfois, ces enfants longtemps occupés à donner les soins aux parents malades s'aperçoivent que ceux-ci ne vivent plus. Le drame se produit à leurs yeux ou parfois entre leurs mains. Si l'enfant a été un peu plus tôt déplacé du milieu familial, c'est qu'il a appris la nouvelle dans des conditions qui ne lui permettent pas de faire un travail de deuil efficace. Selon Jacques et Claire Poujol (1996), in vivre heureux en couple, 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 Il se caractérise pas le refus de croire la négation, la surprise, la torpeur, l'hébétement Jacques et Claire Poujol(1996)

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.

➤ Le désinvestissement ou la dépression

Cette phase du deuil dure au minimum trois mois, mais 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, Dieu et contre le parent disparu qui l'a laissé. La personne réalise la perte de l'objet, le manque ; et souffre souvent des troubles divers : insomnie, perte de l'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. A 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 Le 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 rendus compte que 21% de notre population d'étude sont orphelins de père et que l'absence du père est un facteur important du déséquilibre psychique et psychologique. 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. 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 le Docteur GABRIEL BOKO, 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 ,2005). 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 constaté 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

l'en veut et se sent dans une insécurité permanente ; ce qui 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 le pasteur POUJOL, est inconsciente et non volontaire. Elle est psychologique et non mesurable visiblement, spécifique et ne peut être assumée par la mère, absolue, immuable, éternelle en tous lieux et dans toutes les cultures. 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 devient amorphe. Il n'est pas préparé à bien assumer une quelconque liée à son statut d'homme et sera efféminé pouvant perdre ainsi l'agressivité scientifique qui est le ressort de tout élan d'apprentissage scolaire.

4.4 .3-Le statut d'orphelin de mère : Un handicap psychologique pour l'enfant

Les résultats de nos recherches montrent que seulement 18% des OEV de notre population d'étude sont orphelins de mère. Néanmoins, plusieurs autres études, surtout ceux publiés par le système communautaire/local pour la protection de l'enfant au Bénin, *childpro* (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 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.

A la naissance, qui est, selon Otto Rank, un « traumatisme », il 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 où Winnicott a pu dire : « Un enfant seul, ça n'existe pas. ». Pour Freud, le bébé aime sa mère non pas comme étant distincte de lui, mais comme étant lui-même. Il n'aime en réalité que lui-même, c'est le narcissisme primaire. Pour Michael Balint, l'amour que le tout-petit porte à sa mère est un amour primaire. Lorsqu'il vit les inévitables frustrations (la tétée tarde à venir ou bien elle ne le prend pas dans ses bras lorsqu'il le voudrait), naît le « défaut fondamental », qui restera en lui pour toujours. C'est comme la cicatrice que laisse la désillusion de la symbiose parfaite. Le bébé retourne son investissement sur lui-même, c'est le narcissisme. 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 R. Barande) existe, puisqu'il l'a vécue un jour.

L'originalité de Mélanie Klein, psychanalyste d'enfants est d'avoir 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. Lorsqu'il se refuse, ne satisfait pas et frustre, il est le « mauvais sein haï et persécuteur », sur lequel il projette son agressivité, tout ce qu'il sent en lui-même de mauvais et de dangereux pour son « bon moi ». Ayant ainsi mis en dehors de lui-même ce mauvais sein, il se donne la permission de le détester. Si l'enfant juge que ce sein est méchant, c'est parce que sa pulsion de mort lui donne la capacité d'imaginer la méchanceté. En même temps qu'il clive (partage) le sein maternel, l'enfant se clive aussi lui-même en un bon moi et un

mauvais moi. Il va s'efforcer de garder en lui, protéger, aimer, le bon moi contenant ce qui est bon, la pulsion de vie.

Quant au mauvais moi, qui contient ses pulsions d'agression et de persécution, il le « projette » sur le sein de la mère et ainsi l'expulse. Ainsi il met en place un mécanisme de défense contre l'angoisse que son bon moi soit persécuté et anéanti.

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 deviendra ainsi apte à aimer et à s'aimer. Le souvenir de ces mécanismes qui lui ont été utiles va rester dans son inconscient. Devenu enfant ou adulte, chaque situation nouvelle, difficile ou angoissante l'incitera à intérioriser un bon objet, et à repousser sur des mauvais objets, des boucs émissaires, ce qui ne lui plaît pas en lui, dans son couple ou dans son groupe. Vers le quatrième mois et jusqu'à douze mois, une meilleure organisation des perceptions permet au bébé de mieux se situer. Il appréhende sa mère dans sa totalité, en tant que personne distincte de lui, parfois présente et parfois absente, et qui a des relations avec d'autres que lui. Il découvre que la mauvaise mère et la bonne mère ne font qu'une, que le sein qui le frustré est le même que celui qui le satisfait, que sa mère est bonne et méchante à la fois. Cette ambivalence qu'il expérimente, en aimant sa mère et en la haïssant tout à la fois, en projetant sur elle aussi bien sa pulsion de mort. 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 courts 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 ; ce qui est parfois le cas. La frustration persistante chez l'enfant ? Celle-ci finira par créer des pathologies psychologiques dues à un défaut de soins maternels. 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 de leurs substituts. D'où la nécessité d'évaluer l'état de la relation entre la mère et son enfant toujours dans le contexte du VIH.

4-4-4- Une mère infectée équivaut aussi à une responsabilité aussi affectée

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

Les 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, 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. Elles symbolisent la douceur, l'amour et l'affection pour les enfants, on assiste souvent à une éducation monoparentale marquée par l'absence du père. La mère ne pouvant assurer son rôle et celui du père convenablement, on assiste à un certain déséquilibre sur les plans social, éducatif et psychologique.

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.

L'amour maternel débordant rend timide, amorphe et prédestine l'enfant à l'échec scolaire puisqu'il n'est pas préparé à supporter le rythme et les exigences scolaires. 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 ce dernier auprès des grands parents ou dans une famille d'accueil. Ce qui justifie les résultats obtenus au cours de nos recherches à savoir : 31% d'OEV vivent hors du foyer.

4-5 -L'enfant séropositif: l'annonce de la séropositivité est une équation à plusieurs inconnus.

L'annonce de la séropositivité à un enfant est une des étapes les plus difficiles de la question des OEV. 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 aux parents de le faire 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. Ne pas dire la vérité trop longtemps aux enfants peut provoquer chez eux des troubles psychologiques qui peuvent

s'exprimer 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. A leur avis, elle ne doit pas se faire de façon brutale car c'est un processus sous forme de dialogue avec l'enfant et qu'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, enfance et sida, Regroupement des associations du Réseau Afrique 2000 et des associations partenaires de AIDES en Afrique centrale, 2008). Voici des cas d'OEV à qui l'annonce de la séropositivité est restée une équation :

### **Cas 1**

Joséphine âgée de 14 ans, vit avec sa grande mère maternelle et ses trois frères dont le plus jeune est séropositif au VIH. La maman de Joséphine est décédée depuis deux ans et son papa malade est retourné dans son village d'origine. -Cécilia, diagnostiquée VIH+ suite au décès de sa maman n'est pas au courant de son statut sérologique. Elle est suivie à l'hôpital mais ne prend pas de traitement antirétroviral. Son taux de CD4 est en effet encore élevé. Le petit frère de Joséphine est suivi dans le même hôpital et il est sous ARV. Depuis quelques temps, Joséphine pose de nombreuses questions à son médecin. : - pourquoi suis je obligée de venir voir le docteur ? -pourquoi le docteur donne des médicaments à mon petit frère et pas à moi ? -pourquoi mes deux autres frères ne viennent pas voir le docteur ici ?

### **Cas2**

Irma est une jeune fille séropositive âgée de 13 ans. Elle vit avec son père. Sa mère est décédée du sida quand elle avait 6 ans. A 9 ans, son père lui a annoncé son infection par le VIH après qu'Irma ait appris par sa tante qu'elle

souffrait de la même maladie que sa défunte mère. Depuis ce temps, Irma, qui est sous traitement antirétroviral depuis 8 mois, n'a plus jamais eu de dialogue avec son père sur sa maladie parce que le père redoute qu'Irma lui pose des questions sur l'origine de l'infection de ses parents. *Comment faut-il aider le père à parler à nouveau de la maladie à Irma ? Quand ?*

Cette 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. Ceux-ci se demandent à quoi bon d'étudier encore quand l'on sait qu'on ne vivra pas encore 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.

# CONCLUSION

## Conclusion

En définitif nous pouvons retenir que les orphelins et enfants vulnérables sont confrontés à des problèmes psychologiques de toutes sortes. Ils vivent des conditions socioéconomiques déplorables qui ont un impact considérable sur leur vie psychologique et psychoaffective. La première hypothèse selon laquelle l'infection ou le décès des parents infectés par le VIH/SIDA a pour conséquence immédiate la vulnérabilité des enfants, se justifie grâce aux résultats obtenus au cours de nos recherches. Selon ces résultats 61% des enfants vivent avec des parents invalides physiquement, puis assistent au drame de parents souffrants de qui ils sont obligés de s'occuper. 43% des OEV vivent avec un parent, 31% vivent hors du foyer. Si 29% de ces enfants sont nourris, il y a au moins 71% qui sont mal nourris. Ils ne trouvent pas à manger à temps ou bénéficient d'une ration alimentaire insuffisante et souffrent donc de la carence alimentaire. 61% sont victimes de l'échec scolaire et 23,50% sont obligés d'abandonner l'école.

D'après les mêmes résultats, 55% des OEV ont le sentiment de rejet, 35% de notre population d'étude se sentent coupables, 69% sont repliés sur eux-mêmes, 56% éprouvent de la colère, 27% de l'anxiété 25,50% développent de l'agressivité 61% des OEV ont une mauvaise image d'eux-mêmes, 35% sont enclins à la culpabilité et 69% vivent une angoisse éprouvée. Les études ont montré que ces enfants sont souvent déprimés et ont une vie difficile d'adaptation sociale. Ces chiffres confirment donc la seconde hypothèse selon laquelle les OEV du VIH/SIDA de l'hôpital Bethesda 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 OEV et de montrer les problèmes psychologiques auxquels ils sont confrontés. Nous pouvons nous en 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 OEV du VIH/SIDA de l'hôpital BETHESDA

présente un tableau psychopathologie sombre qui nécessite une prise en charge appropriée.

Nos travaux nous ont permis de découvrir que la situation des OEV est très peu perçue par les décideurs de la société. En effet, très peu de programmes s'intéressent aux problèmes psychologiques rencontrés par les OEV. Ce sont surtout les aspects socioéconomiques, médicaux et parfois spirituels qui sont abordés par les programmes de prise en charge ou par les ONG. Nous ne pensons avoir étudié tous les contours du problème. De toute évidence, des recherches ultérieures nous ouvriront sans doute des opportunités nouvelles pour approfondir les problèmes psychologiques des OEV dans la localité concernée, pour apporter un plus à la politique nationale utile au bien être psychologique des orphelins et enfants vulnérables du VIH/SIDA.