

ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



Numéro 11

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF

Évaluation du retentissement psychosocial du SIDA chez les orphelins à Brazzaville

F.F MBOUSSOU *, J. MKAYA *, T. BANSIMBA *, M. DZALAMOU **, L. SALAMI ***, A. AMBENDET ***, M.F. PURUEHNCE ****

* Médecins d'Afrique, Brazzaville, Congo

** Service de psychiatrie, CHU de Brazzaville, Congo

*** UNICEF, Congo

**** PNLIS, Congo

Introduction

Le phénomène des orphelins du SIDA est un désastre. Le décès d'un ou des deux parents fait subir aux enfants des pertes difficiles à combler, en particulier dans les pays en voie de développement déjà affaiblis par la pauvreté et les guerres (UNICEF, 1999). Les enfants rendus orphelins par le VIH/SIDA sont souvent mal nourris, mal vêtus, insuffisamment scolarisés. Ils souffrent d'une carence affective et sont victimes de stigmatisation et de discrimination sociale (D. Webb, 2001). Les filles les plus âgées courent plus de risques d'être abusées sexuellement, s'exposant ainsi à la maladie qui a emporté les parents.

Au Congo, on estime le nombre d'enfants ayant perdu leurs parents à cause du Sida à 53 000 (Unaid, 2000). Les orphelins du Sida représentent 46,5% des orphelins de toutes causes. Ce pourcentage passera de 53,4% en 2005 et à 58,8% en 2010 (S. Hunter and J. Williamson, 2000).

Le but de ce travail est d'évaluer l'ampleur de ce phénomène à Brazzaville et d'apprécier la répercussion psychosociale de la perte des parents chez l'enfant. Ceci dans le but de planifier les interventions permettant d'assurer la protection sociale des enfants rendus orphelins par le VIH/SIDA. Ce travail est une des activités du projet « prise en charge des orphelins du SIDA à Brazzaville » de l'ONG Médecins d'Afrique financé par la Représentation de l'UNICEF au Congo.

1. Méthodes

Nous avons répertorié les décès des adultes dus au Sida enregistrés dans les hôpitaux de Brazzaville (Centre Hospitalier et Universitaire, Centres Hospitaliers de Talangai et Makélékélé, Centre de Traitement Ambulatoire) entre janvier 1998 et Septembre 2001. Les familles de ces personnes décédées ont fait l'objet d'une enquête. Elles ont été visitées par des assistants sociaux venus des hôpitaux précités, des ONG intervenant dans le secteur des orphelins et autres enfants vulnérables. Les orphelins âgés, les parents vivants, les substituts parentaux et les responsables des centres d'accueils ou orphelinats ont été interrogés sur la base d'un questionnaire standardisé.

Nous avons recherché la situation des conjoints et le nombre d'enfants âgés de moins de 18 ans laissés par les personnes décédées. Pour chaque enfant, nous avons précisé l'âge, le sexe, la scolarité, la situation du tuteur (lien de parenté, emploi, nombre de personnes à charge).

Les décès dus au VIH/SIDA non enregistrés dans les hôpitaux n'ont pas été pris compte. En effet, il n'a pas été possible d'évaluer le nombre de décès à domicile dus à cette cause puisqu'il s'agit des cas des familles qui recourent à la médecine traditionnels ou mystico-religieuse, pour lesquels il n'y a pas de préoccupation diagnostique objective.

Entre le 10 octobre et le 30 Décembre 2001, une partie des enfants recensés, choisis sur la base d'une planification faite au hasard, a fait l'objet d'un examen psychologique systématique. Les consultations psychologiques ont été menées par trois psychologues cliniciens. L'examen

psychologique comportait une série d'entretiens cliniques centrés autour du vécu de la maladie des parents, du retentissement psychologique et social de la mort d'un ou des deux parents. L'objectif était d'évaluer le stade de développement psychologique de l'enfant et de rechercher l'existence d'un trouble psychologique ou d'une pathologie. Les entretiens ont été réalisés d'abord avec l'enfant seul, puis en présence de son tuteur. Les tests psychologiques n'ont pas été utilisés au cours de ces consultations de dépistage. Les orphelins adolescents, sexuellement actifs ont bénéficié systématiquement d'un « counseling » de prévention VIH/SIDA en vue de les aider à faire l'analyse de leur comportement sexuel, à prendre conscience des risques encourus et à identifier les compétences psychosociales à développer pour se mettre à l'abri du VIH/SIDA.

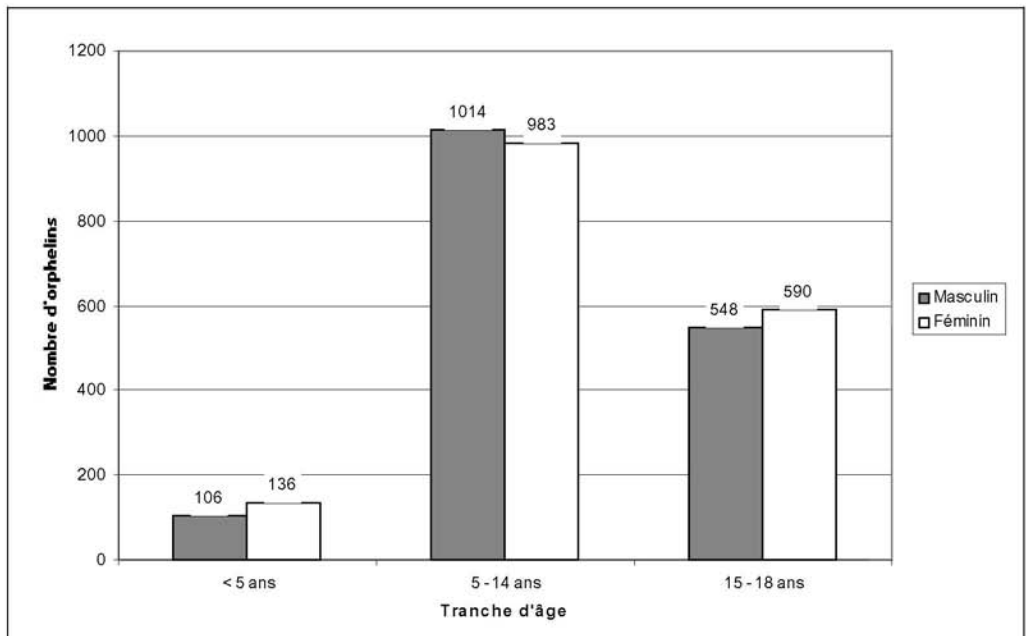
2. Résultats

2.1 Enquête sur la situation sociale des orphelins du SIDA

Sur un total de 1 622 cas de décès dus du VIH/SIDA enregistrés dans les hôpitaux, 1 293 familles ont été visitées. 329 familles n'ont pas été retrouvées pour diverses raisons : changement d'adresse, logement endommagé durant les guerres, communication d'une fausse adresse...

Nous avons répertorié 3 377 orphelins dont 244 (soit 7,2%) âgés de moins de 5 ans, 2 004 (soit 59,4%) âgés de 5 à 14 ans et 1 129 (soit 33,4%) de 15 à 18 ans. Nous avons rapporté dans la figure 1 la répartition par tranche d'âge et sexe des orphelins recensés.

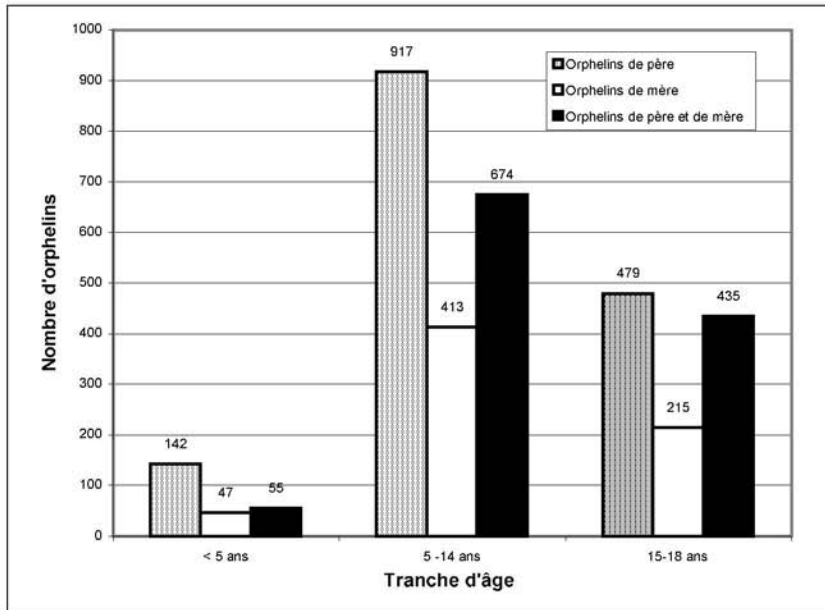
FIGURE 1 : RÉPARTITION DES 3 377 ENFANTS RENDUS ORPHELINS PAR LE VIH/SIDA SELON L'ÂGE ET LE SEXE



L'âge moyen des orphelins était de $11,7 \pm 4,4$. Il y avait 1 668 garçons (soit 49,3%) et 1 709 filles (soit 50,7%) ; le sexe ratio garçon/fille était de 1/1,02.

La figure 2 présente la répartition des enfants selon le(s) parent(s) décédé(s) et par groupe d'âge de l'enfant à l'enquête.

FIGURE 2 : RÉPARTITION DE 3 377 ENFANTS RENDUS ORPHELINS PAR LE VIH/SIDA SELON LE(S) P AARENT(S) DÉCÉDÉ(S)



Il y avait 1 538 orphelins de père (soit 45,5%), 675 orphelins de mère (soit 20,0%) et 1 164 orphelins des deux parents (soit 35,5%). Le nombre d'enfants ayant perdu leur mère ou les deux parents et âgés de moins de 15 ans était de 1 189 (soit 35,2%).

La majorité des orphelins étaient accueillis par des parents proches : 3 156 (93,4%) versus 27 (0,8%) enfants accueillis dans les orphelinats. La figure 3 rapporte la répartition des orphelins selon le lien avec le tuteur.

Les orphelins étaient restés ensemble après le décès des parents dans 476 familles sur les 1 293 (soit 36,8 %). Dans tous les autres cas, les enfants ont été séparés, accueillis par deux ou trois membres de la famille élargie.

Le total des orphelins accueillis par des membres de la famille élargie a été de 1 831. Il s'agissait de grands-parents dans 39,5 % des cas (soit 723 orphelins), de tantes ou oncles dans 60,5% (soit 1 108 orphelins). Les membres de la famille élargie ayant accueilli les orphelins étaient des parents maternels dans 78,2% des cas. 470 orphelins ont été accueillis par des frères ou sœurs aînés.

Un des deux parents était encore vivant chez 1 002 orphelins (soit 29,7%). Le pourcentage de remariage du parent vivant était significativement plus important chez les pères : 30,2% de pères versus 1,4% de mères ($p < 0,001$). Aucun cas d'héritage de veuves par les parents du mari « défunt » n'a été observé.

Enfin seize orphelins (soit 0,4%) ont été accueillis par des amis des parents.

194 orphelins de moins de 18 ans étaient devenus chef de familles ; 1 964 (58,2%) avaient des tuteurs sans-emploi ou retraités ; pour 945 orphelins, les tuteurs étaient salariés moyens avec au moins 6 personnes à charge. Le nombre moyen de personnes à charge était de $7,5 \pm 5,2$.

FIGURE 3 : RÉPARTITION DES ORPHELINS SELON LE LIEN AVEC LE TUTEUR

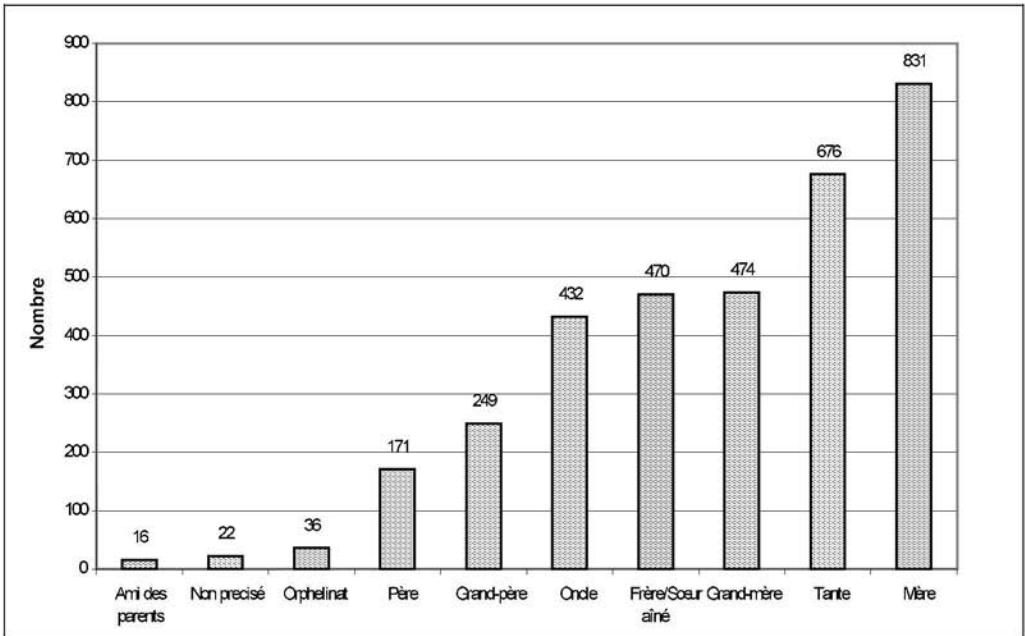
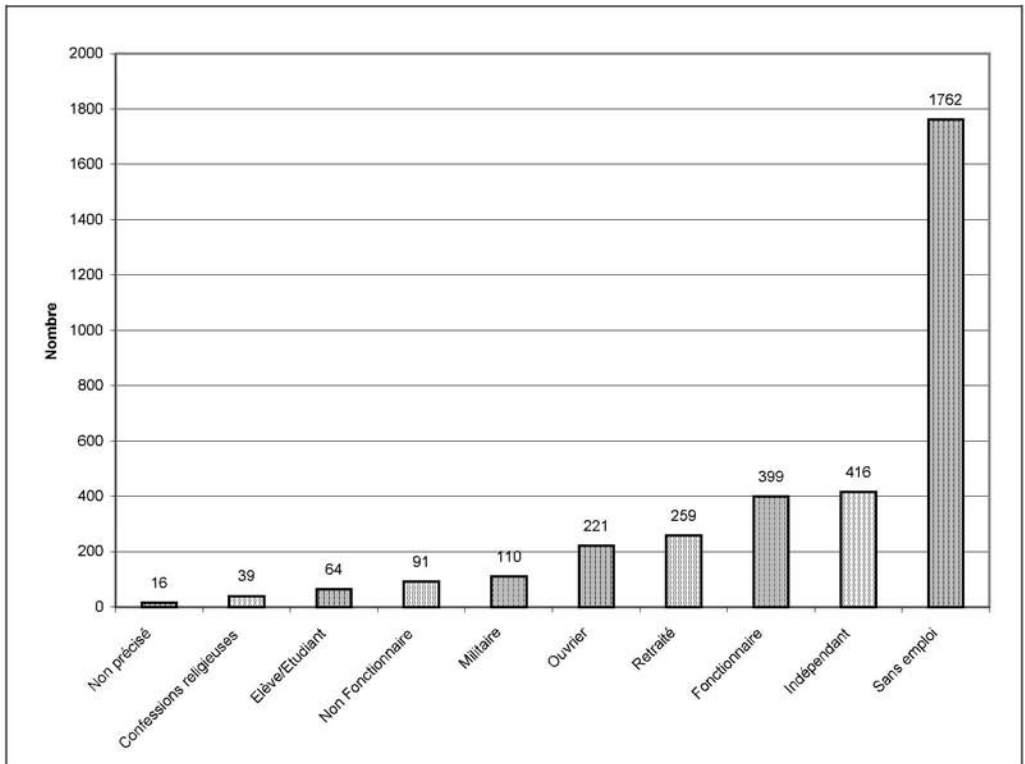


FIGURE 4 : RÉPARTITION DES ORPHELINS SELON LA PROFESSION DU TUTEUR



Nous avons rapporté, dans la figure 4, la répartition des orphelins selon la profession de leurs tuteurs.

Sur un total de 3 133 orphelins en âge scolaire, 2 578 (82,3%) étaient scolarisés. Nous avons observé un retard scolaire d'au moins deux classes chez 1 085 enfants (42,1%). 799 enfants ont abandonné leur scolarité et ont sollicité un appui du projet « prise en charge des orphelins du Sida » en vue d'une formation professionnelle ou d'une activité génératrice de revenus.

2.2 Retentissement psychologique

690 orphelins âgés de 4 à 18 ans ont bénéficié d'une consultation psychologique de dépistage. Il s'agissait de 335 garçons (48,6%) et 355 filles (51,4%). Le tableau 1 rapporte la répartition des enfants consultés selon l'âge.

TABLEAU 1 : RÉPARTITION DE 354 ORPHELINS ADMIS EN CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE PAR ÂGE

Statut - Âge	Orphelins d'un parent	Orphelins de deux parents	Total
0-14 ans	220	352	572
15-18 ans	26	92	118
TOTAL	246	444	690
Pourcentage	35,6%	64,3%	100,0%

Au total 177 orphelins ont présenté des troubles psychologiques, soit 25,6%. Il s'agissait de :

- Troubles affectifs (dépression, anxiété, irritabilité, hétéro-agressivité, sentiments de rivalité...) dans 57 cas (32,2%) ;
- Troubles d'adaptations (fugues scolaires ou à domicile, comportements délictuels, tendance au vol, comportements hyperkinétiques, toxicomanie au cannabis...) dans 79 cas (soit 44,6%) ;
- Stress post-traumatiques caractérisés par la reviviscence des scènes traumatiques liées à la souffrance physique des parents, par des symptômes d'évitement des stimuli qui rappellent la souffrance ou la mort de leurs parents, dans 41 cas (23,2%).

Ces troubles psychologiques ont été observés significativement plus souvent chez les orphelins des deux parents : 105 cas (soit 59,3%) versus 72 cas (soit 40,6%) chez les orphelins d'un seul parent. Plusieurs observations liées aux conséquences du SIDA ont favorisé ces troubles : doutes sur la cause du décès des parents, stigmatisation, discrimination sociale, précarité sociale, expulsion du toit parental, ignorance du décès des parents (absence rattachée à un long voyage)...

2.3 Comportements des adolescents sexuellement actifs

Parmi les 690 orphelins reçus en consultation psychologique, 309 étaient sexuellement actifs et ont bénéficié d'un conseil de prévention VIH/SIDA. L'âge moyen des premiers rapports sexuels était de $12,3 \pm 3,8$ avec des extrêmes allant de 10 à 18 ans.

Tous ont affirmé avoir déjà eu des rapports non protégés. Soixante neuf orphelins (soit 22,3%) ont affirmé avoir déjà utilisé le préservatif. Celui-ci a été utilisé comme contraceptif dans 56 cas (soit 81,2%), de façon irrégulière dans les 13 autres cas (soit 18,8%). Il n'y a eu aucun cas d'utilisation systématique du préservatif.

3. Commentaires

3.1 Situation sociale des orphelins du SIDA

La perte précoce d'un ou des deux parents à cause du SIDA favorise la détérioration de la situation sociale de enfants (C. M. Mukoyogo et G. Williams, 1992 ; A. Palloni et Y. Jullee, 1992 ; Runter et Susan S., 1990). Ceux-ci sont confrontés à des menaces graves qui mettent en péril leur bien-être physique et psychologique. Dans ce travail, 58,2% d'enfants avaient des tuteurs retraités ou sans emploi, 5,7% d'orphelins étaient devenus des chefs de famille. Cette situation réduit l'accessibilité de ces enfants aux services sociaux de base (santé, éducation, logement, alimentation) (Family Realth international, 2001). En effet, lorsque les familles et les enfants doivent se préoccuper des besoins quotidiens afin d'atténuer leurs souffrances du moment, ils deviennent incapables d'agir sur les facteurs qui contribuent à la santé et au bien-être à long terme (FRI, 2001). V. Makave (2002) a observé que les orphelins du SIDA étaient significativement moins scolarisés que les autres orphelins et n'avaient pas de ressources alimentaires suffisantes. Nous avons noté dans ce travail, un abandon de la scolarité chez 23,7% d'orphelins. Cependant, les enfants rendus orphelins par le VIR/SIDA ne deviennent pas vulnérables seulement après la mort de leurs parents. Leur santé, leur développement et leur bien-être affectif sont menacés bien avant que l'un ou l'autre des deux parents ne disparaissent (C. M. Mukoyogo et G. Williams, 1991).

En effet, avec la maladie des parents, les ressources de la famille diminuent et sont prioritairement affectées à la prise en charge du Sida (N. Bechu et al., 1997 ; C. M. Mukoyogo et G. Williams, 1991 ; FRI, 2001). Il serait intéressant d'établir une comparaison de la situation sociale des enfants avant et pendant la période de la maladie puis après le décès des parents. Ceci aurait permis une meilleure évaluation de l'impact du SIDA sur la vie de ces enfants.

Nous avons observé une persistance de la solidarité familiale. La majorité des orphelins (93,4%) ont été accueillis par des parents proches. Cependant les enfants d'une même famille ont été séparés, accueillis par plusieurs membres de la famille élargie dans 63,2% des cas. Cette dispersion des enfants se produit après un débat familial prolongé, la décision se fondant sur une combinaison de considérations traditionnelles et économiques (Mutangadura et Webb, 1999). Les frères et sœurs devenus orphelins et que l'on sépare connaissent habituellement plus de difficultés affectives que ceux qui restent ensemble. Les tantes et oncles, les grands parents maternels ont été les membres de la famille élargie qui ont le plus accueillis les orphelins dans cette étude. M. O. Folayan (2001) a également constaté, dans une enquête menée au Nigeria que la plupart des orphelins étaient pris en charge par des membres de la famille maternelle. En Tanzanie et en Zambie, on estime que 80% des parents qui accueillent les orphelins sont des grands-mères (Caldwel, 1997). Dans la plupart des sociétés africaines, le système basé sur la famille élargie fournit donc un réseau de solidarité large qui permet d'assurer la prise en charge des orphelins. Du fait de l'amplification du phénomène des orphelins occasionnée par le SIDA et les conflits armés, certaines mailles de ce réseau de solidarité familiale commencent à tomber (C. M. Mukoyogo et G. Williams, 1991 ; ONUSIDA, 2001). Dans ce travail, certains enfants ont même été accueillis par des amis des parents décédés et 27 enfants (0,8%) ont été accueillis dans les orphelinats. Le nombre de ceux qui vivent dans la rue n'a pas été évalué.

Toutefois, l'accueil d'un enfant au sein de sa famille élargie ne garantit pas son bien-être social, en particulier dans les sociétés africaines déjà affaiblies par la pauvreté et les conflits armés (UNICEF, 1999 ; S. Runter et J. Williamson, 2000). Il est donc nécessaire que les interventions en faveur des orphelins renforcent les capacités des familles à répondre à leurs besoins économiques et psychosociaux (S. Runter et J. Williamson, 2000 ; D. Webb, 2001 ; UNICEF, 2002).

3.2 Retentissement psychologique

Les besoins psychologiques des enfants demeurent un des domaines les plus négligés en matière de soutien des orphelins du SIDA. Pourtant ces difficultés psychologiques sont à l'origine de problèmes visibles comme l'absentéisme scolaire ou les comportements antisociaux (Lee, 2000 ; D. Webb, 2001 ; N Bechu, 1997). V. Makave et al. (2002) ont même observé des cas de tentative de suicide chez les orphelins du SIDA.

Dans ce travail 25,6% des enfants qui ont bénéficié d'une consultation psychologique ont présenté des troubles. Il s'agissait dans 76,8% des cas de troubles affectifs et d'adaptation psychosociale. Ces troubles sont dus aux conséquences du SIDA, la stigmatisation et la discrimination sociale dont sont victimes les orphelins du SIDA favorisant des troubles affectifs (Brown et Sittirai, 1995 ; Lee, 2000). Pour Bor et Duplessis (1998), l'évolution lente prolongée et souvent imprévisible des maladies liées au SIDA constitue une source de stress chez les enfants. Si les enfants associent l'infection à VIH à un comportement immoral, la découverte du fait que leurs parents sont séropositifs peut leur causer une grande détresse (D. Webb, 2001). Martin (1998) a émis l'hypothèse selon laquelle certains enfants qui ont vécu les souffrances et des morts multiples par SIDA parmi les membres de la famille risquent de développer un syndrome post-traumatique assimilable à ce qui se manifeste parfois chez les survivants de guerre ou de catastrophes naturelles. Dans ce travail nous avons observés 41 cas (23,2% des enfants consultés) de stress post-traumatique. Cependant, l'utilité de la notion de « trauma » dans la réponse aux besoins de ces enfants a été contestée parce qu'elle implique la nécessité de distinguer détresse morale consécutive à des circonstances adverses et maladie mentale (D. Webb, 2001).

3.3 Comportements sexuels à risque

La perte des parents accentue la vulnérabilité des orphelins face au SIDA. Dans ce travail, nous avons observé une précocité des rapports sexuels chez les orphelins reçus en consultation psychologique. L'usage du préservatif n'a pas été systématique chez tous ces adolescents. Bagarukay et al en Ouganda (1993) et Rajkumar en Inde (2000) ont également décrit une activité sexuelle plus précoce et un nombre accru de partenaires chez les orphelins ayant abandonné la scolarité. Pour Barnett et Blaikie (1992), cette situation est en partie liée au fait que ces enfants sont forcés à quitter la maison familiale à la mort d'un ou des deux parents. Ils sont ainsi coupés des formes traditionnelles d'apprentissage et isolés de leurs traditions et coutumes. L'acquisition des compétences pratiques peut revêtir une importance particulière pour les enfants affectés par le VIH/SIDA étant donné qu'ils risquent de devoir survivre par leur propre moyen à un moment précoce de leur vie.

Conclusion

Le phénomène des orphelins du SIDA constitue une véritable crise sociale. La perte des parents à cause du Sida retentit sur le développement psychologique des enfants et réduit leur accès aux services sociaux de base. Les conséquences économiques et sociales du SIDA peuvent également accentuer la vulnérabilité des orphelins face au SIDA. Cette enquête nous a permis de nous rendre compte de la persistance de la solidarité familiale dans nos communautés et de la nécessité de renforcer les capacités de celles-ci à répondre aux besoins économiques et psychosociaux des orphelins et autres enfants vulnérables.

BIBLIOGRAPHIE

- BARNETT H., BLAIKIE P., 1992. AIDS in Africa : its present and future impact ; Belhaven Press, London, p.28.
- BAGARUKAYO H., SHUEY D., Babishangire B., JOHNSON K.,1993. An operationnal study relating to sexuality and preventionamong primary school students in Kabale District of Uganda ; Amref, Entebe, Uganda.
- BECHU N., GUILLAUME A., DELCROIX S., BITAH NGUESSAN, 1997. « Devenir socio-économique des enfants et familles touchés par le VIH/SIDA dans les pays en développement - l'exemple de la Côte d'Ivoire » in : Le Sida en Afrique : recherche en sciences de l'homme et de la société (ANRS/OROSTOM, Collection Sciences Sociales et SIDA), pp. 141-151.
- BOR R., DUPLESSIS P., 1998. « The impact of HIV/AIDS on families : New perspectives on recent research », Families systems and health, 15, pp. 413-423.
- BROWN T., SITTIRAI W., 1995. The impact of HIV on children in Thailand ; Program on AIDS, Thai Red Cross Society and Save the Children UK.
- CALDWEL J., 1997. « The impact of the African AIDS epidemic », Health Transition Review,7 (supplement 2), pp. 169-188.
- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, 2001. Soins pour les orphelins, les enfants affectés par le VIH/SIDA et les autres enfants vulnérables - Cadre stratégique, USAID ? Washington DC, pp. 5-6.
- FOLAYAN M. O., FAKANDE I., OGUNBODEDE E. O., 2001. « Caring for the people living with HIV/AIDS and AIDS orphans in Osun State : a rapid survey report », Niger J Med, 10, pp.177-181.
- HUNTER, SUSAN S., 1990. « Orphans as a window on the AIDS epidemic in Sub-sahara Africa : initial results and implication of study in Uganda », Social Science and Medicine, 31, pp.681-690.
- HUNTER S., Williamson J.,2000. Children on the Brink, executive summary, USAID, pp. 1-10.
- LEE T., 2000. Evaluating community - based orphan Care in Zimbabwe : monitoring and evaluation of the quality of services and programs, SAF AIDS website.
- MAKAVE V., ANI C., GRANTHAM-MCGREGOR, 2002. « Psychological well-being of orphans in Dar El Salaam », Acta paediatrica, 346, pp. 1907-1910.
- MARTIN T., 1998. « AIDS hospices and orphanages », Annals of tropical paediatrics, 18, pp. 21-25.
- MUKOYOGO C. M., WILLIAMS G., 1991. Orphelins du SIDA : une perspective communautaire en Tanzanie, Londres, Dar es Salam : Actionaid, AMREF, World in Need (Collection stratégies pour l'Espoir n° 5), pp. 9-13.
- MUTANGADURA G., WEBB D., 1999. The socio-economic impact of adult morbidity and mortality on households in Kafue District, ZAMBIA ; SAF AIDS, Harare, Zimbabwe.
- ONUSIDA, 2001. Investir dans notre avenir : le soutien psychosocial aux enfants affectés par le VIH/SIDA, Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, p. 24.
- ONUSIDA, 2000. Congo : Fiche épidémiologique sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles, ONUSIDNOMS, mise à jour (Révisée), p. 3.
- PALLONI A., JULEE Y., 1992. « Some aspects of the social context of hiv and its effects on Women, Children and families », Population Bulletin of United Nations, 33, pp. 64-87.
- PREBE E., 1990. « Impact of HIV/AIDS on African children », Soc.Sci.Med., 31, pp. 671-680.
- RAJKUMAR V., 2000. HIV, AIDS and Children, Save the Children UK, India.

UNAIDS, 2001. Report on the global epidemic.

UNICEF, 1999. Les orphelins du SIDA : réponse de la ligne de front en Afrique de l'Est et Australe; Division de la Communication, Unicef, New-York, pp. 2-6.

UNICEF, 2002. Les orphelins et autres enfants affectés par le VIH/SIDA - Fiche de synthèse de l'Unicef, New-York, p. 2.

WEBB D., 2001. Children affected by HIV/AIDS : Rights and responses in developing World, Save the Children UK, pp. 23-35.