

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-Patrie

\*\*\*\*\*

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES  
HUMAINES SOCIALES ET ÉDUCATIVES

\*\*\*\*\*

UNITE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN (SCIENCES  
HUMAINES ET SOCIALES / SCIENCES DE  
L'ÉDUCATION ET INGENIERIE  
ÉDUCATIVE

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE L'EDUCATION  
SPECIALISEE



THE REPUBLIC OF CAMEROON

Peace- Work-Fatherland

\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

THE FACULTY OF EDUCATION

\*\*\*\*\*

POST GRADUATE SCHOOL FOR  
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING  
UNIT FOR (SOCIAL SCIENCES / SCIENCES  
OF EDUCATION AND EDUCATIONAL  
ENGINEERING

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SPECIALIZE  
EDUCATION

**SUJET : ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ET  
REINSERTION SOCIALE DES ENFANTS  
ORPHELINS DU VIH/SIDA AGES DE 12-17 ANS  
DANS LE 7<sup>ème</sup> ARRONDISSEMENT DE N'DJAMENA**

*Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences de  
l'éducation*

*Filière : Éducation Spécialisée*

*Spécialité : Handicaps Sociaux et Conseils*

Par

**Odilon VARY TAO**

*Licence en administration et planification s*

Matricule : **20V3437**

Sous la direction de

**Valèse MAPTO KENGNE M.Éd.; Ph.D.**

Professeure au grade de Chargé de Cours

*Février 2023*



# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>i</b>
<b>DEDICACE</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>iii</b>
<b>RESUME</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES</b> .....	<b>vi</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>viii</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE: FONDEMENTS THEORIQUES DE L'ETUDE</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 1: PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE</b> .....	<b>5</b>
<b>CHAPITRE 2: REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	<b>24</b>
<b>CHAPITRE 3: CADRE CONCEPTUEL ET THEORIE EXPLICATIVE</b> .....	<b>54</b>
<b>DEUXIEME PARTIE: CADRE METHODOLOGIQUE</b> .....	<b>70</b>
<b>CHAPITRE 4: METHODOLOGIE</b> .....	<b>71</b>
<b>CHAPITRE 5: ANALYSE DES DONNEES</b> .....	<b>85</b>
<b>CHAPITRE 6: INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION</b> .....	<b>97</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>109</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>109</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>109</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>109</b>

A

*Mon père TAO MOUNDJAROUM*

*Ma mère TOUNGHOU Rachel*

## REMERCIEMENTS

Nos premiers et sincères remerciements s'adressent à Valèse MAPTO KENGNE Professeure au grade de chargé de cours, pour avoir accepté de diriger ce travail de recherche. Son soutien et sa rigueur s'associent à la sensibilité et en fait une personne d'exception. Ce mémoire s'est fait grâce à la collaboration et à la correction des différentes versions imprimées. Sans elle ce mémoire n'aurait pas certainement vu le jour.

Nous remercions toutes les professeures et tous les professeurs de la Faculté des Sciences de l'Éducation pour l'aide, pour les conseils prodigués, pour les commentaires constructifs et lumineux et pour l'accompagnement à différentes étapes de notre scolarité. Une reconnaissance particulière à monsieur le Doyen de la Faculté des Sciences de l'Éducation le Professeur Cyrille Bienvenu BELA, au Chef de Département de l'Éducation Spécialisé le Professeur Vandelin MGBWA, Charles NDIMI, Henri Rodrigue NJENGOUE NGAMALEU, Joachin BANIDJEL, Gilbert IGOUI, Yves EBE ZAMBO, Frédéric Ésaïe SONG, Jean Joël BEGNIKIN, Evelyne AMANA qui ont accompagné nos pas hésitants, nous permettant ainsi de relever les défis de la rigueur méthodologique.

Nous remercions tous nos enseignants de la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'Université de N'Djamena pour la formation offerte.

Nous remercions tous le personnel du Centre d'Accueil de l'Espoir (CAES) d'Efoulan pour nous avoir permis de passer notre stage de recherche dans leur environnement.

Nos camarades de promotion avec qui nous avons pu explorer des thématiques nouvelles en Science de l'Éducation, spécifiquement en handicaps sociaux et conseils.

Nos chers oncles paternels, cousine et petits frères Alex KOUAKENE KOÏ, MOUSSA DJAMI KOÏ, Jérémie KOUAKENE, YADIA MATCHOUABA, Innocent TOUKLA TAO.

Un grand merci à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail, qu'ils reçoivent également nos sincères gratitude.

## RESUME

La présente étude porte sur l'accompagnement psychosocial et la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena. D'après le rapport du Programme Commun des Nations Unies contre le SIDA (ONUSIDA, 2020) 45.1 millions des personnes vivent avec le Virus Immunodéficience Humaine (VIH) dans le monde. En 2020, environ 680 000 personnes sont mortes de maladies liées au sida dans le monde. Chaque personne qui décède laisse derrière elle des êtres humains et souvent, malheureusement, des enfants. Ces enfants sont souvent stigmatisés, rejetés et discriminés par la société. Ces problèmes rencontrés par les enfants orphelins du sida nous permettent de poser le problème de la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida.

Face à ces problèmes, la question posée est la suivante : l'accompagnement psychosocial participe-t-il à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena ? Pour répondre à cette question de recherche, l'hypothèse générale est formulée comme suit : L'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena. Des entretiens sont menés auprès de cinq (5) participants. Les données collectées sont analysées par l'analyse de contenu thématique. Les résultats obtenus sont présentés comme suit :

Les enfants orphelins du sida ressentent souvent le stress post-traumatique, la solitude liée à la perte de leurs parents et la séparation avec la fratrie. Ces derniers sont manqués d'un substitut qui doit être attentif pour répondre à leurs besoins affectifs, les accompagner et les aider à s'exprimer sans crainte d'être dérangé. Les répondants ont une scolarité inférieure à la classe de 5<sup>e</sup> et une répondante affirme n'est pas allée à l'école. Le manque de scolarisation compromet le développement et l'adaptation psycho socio affective des enfants.

Les résultats obtenus montrent que les enfants orphelins du sida ne sont pas réinsérés dans la société. Dès lors, l'accompagnement psychologique, social et éducatif participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida. Ce qui nous permet d'élaborer des perspectives au niveau de la stigmatisation, rejet et la discrimination et une autre perspective au niveau des acteurs impliqués auprès des enfants.

**Mot clés :** accompagnement psychosocial, enfant, orphelin, réinsertion sociale.

## ABSTRACT

This study focuses on the psychosocial support and reintegration of children orphaned by AIDS aged 12 to 17 years in the 7<sup>th</sup> arrondissement of N'Djamena. According to the 2020 UNAIDS report, 45,1 million people live with HIV/AIDS worldwide. In 2020, approximately 680.000 people died from AIDS-related illnesses around the world. These children are stigmatized, rejected and discriminated against by society. These problems encountered by children orphaned by AIDS allow us to pose the problem of the social reintegration of children orphaned by AIDS.

Faced with this problem, we can ask the following research question: does psychosocial support participate in the social reintegration of children orphaned by AIDS aged 12 to 17 years in the 7<sup>th</sup> arrondissement of N'Djamena? To answer this question of research, we formulated the following general hypothesis: psychosocial support participated in the social reintegration of children orphaned by AIDS aged 12 to 17 years in the 7<sup>th</sup> arrondissement of N'Djamena. Interviews are conducted with 5 participants. The collected data is analyzed by thematic content analysis. The results obtained are presented as follows:

Children orphaned by AIDS often experience post-traumatic, stress, loneliness related to the loss of their parents and separation from siblings; The latter lack a parental substitute who must be attentive to meet their emotional needs, accompany them and help them express themselves without fear of being disturbed. Respondents have less than 5<sup>th</sup> grade education and one respondent has not fully attended school. The lack of schooling compromises the development and psycho-socio affective adaptation of children.

The results obtained show that children orphaned by AIDS are not reintegrated into society. Consequently, psychological social and educational support contributes to the social reintegration of children orphaned by AIDS. This allows us to develop perspectives at the level of stigmatization, rejection and discrimination and another perspective at the level of actors involved with children.

**Keywords:** psychosocial support, child, orphan, social reintegration.

## LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

<b>ACJQ</b>	: Association des Centres Jeunesse du Québec
<b>AFD</b>	: Agence Française pour le développement
<b>AMREF</b>	: Association pour la Médecine et la Recherche en Afrique en Français
<b>APA</b>	: American Psychological Association
<b>ARV</b>	: Antirétroviral
<b>BM</b>	: Banque Mondiale
<b>CAES</b>	: Centre d'Accueil de l'Espoir
<b>CAMH</b>	: Centre for Addiction and Mental Health
<b>CEDIAM</b>	: Centre Diocésain d'Action Médicale
<b>CIDE</b>	: Convention Internationale de Droit de l'Enfant
<b>CJL</b>	: Centre Jeunesse de Laval
<b>CREOS</b>	: Cadre de Récupération et d'Encadrement des Orphelins du SIDA
<b>DOI</b>	: Digital Object Identifier
<b>EDS</b>	: Éducation Spécialisée
<b>EDST</b>	: Enquête Démographique et Santé au Tchad
<b>EPT</b>	: Éducation pour tous
<b>ESF</b>	: Éditions sociales françaises
<b>EU</b>	: Express Union
<b>FAO</b>	: Organisation des Nations Unies pour l'Agriculture et Alimentation
<b>FOSAP</b>	: Fonds de Soutien aux Activités de Population
<b>FSE</b>	: Faculté des Sciences de l'Éducation
<b>HCNLS</b>	: Haut Conseil National de Lutte Contre le Sida
<b>HEA</b>	: Household Economy Appraisal.
<b>IRFAM</b>	: Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations
<b>IBLT</b>	: Initiative du Bassin du Lac-Tchad
<b>ISBN</b>	: International Standard Book Number
<b>ITSS</b>	: Infection Transmissible Sexuellement par le Sang
<b>OEV</b>	: Orphelin et Enfant Vulnérable
<b>OMD</b>	: Objectif de Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONECS</b>	: Office Nationale des Examens et Concours

<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>ONU</b>	: Organisation des Nations Unies
<b>ONUSIDA</b>	: Programme Commun des Nations Unies contre le SIDA
<b>PDE</b>	: Promotion de Droit de l'Enfant
<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unis pour le Développement
<b>PPLS</b>	: Projet Population Lutte contre le SIDA
<b>PUF</b>	: Presse Universitaire de la France
<b>PVVIH</b>	: Personne Vivant avec le VIH
<b>SAMHSA</b>	: Substance Abuse and Mental Health Services Administration
<b>SARP</b>	: Standing Against Religious Persecution
<b>SIDA</b>	: Syndrome Immuno Déficience Acquise
<b>TS</b>	: Travailleurs de Sexe
<b>UNICEF</b>	: Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UNESCO</b>	: Organisation des Nations Unies pour l'Éducation et la Culture
<b>URL</b>	: Uniform Ressource Locator
<b>USAID</b>	: Agence de Coopération Internationale du gouvernement fédéral des États-Unis d'Amérique
<b>VIH</b>	: Virus Immunodéficience Humaine



## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau n°1 : Données régionales sur le sida 2020.....</b>	<b>10</b>
<b>Tableau n°2 : Part des orphelins pour cause de VIH/SIDA dans le total estimé des orphelins dans quelques pays d’Afrique Sub-saharienne .....</b>	<b>11</b>
<b>Tableau n°3 : Structure logique de l’hypothèse générale.....</b>	<b>78</b>
<b>Tableau n°4: Synoptique récapitulatif des hypothèses et des variables de l’étude .....</b>	<b>79</b>

## INTRODUCTION

L'accompagnement psychosocial est une démarche qui vise aux rétablissements des personnes à travers une approche centrée sur la connaissance et le soutien à la satisfaction des besoins individuels tout au long d'un processus de sortie d'une situation fâcheuse ceci, dans l'optique de les conduire vers leur autonomie (Nguettia, 2009).

Barras et Manço (2019) soulignent que le rôle de l'accompagnement est ainsi de créer une telle communauté autour des personnes impliquées, ce qui suppose, pour les professionnels de l'accompagnement, de développer une éthique relationnelle et une gestion de l'attachement, afin de renforcer le sentiment de sécurité, ainsi que la confiance en soi des parties en présence. L'accompagnement psychologique ne peut, par exemple, faire l'impasse d'une aide concrète, qui visera la réinsertion des personnes en difficulté dans la société.

Dans son rapport de 2020 sur le nombre des personnes vivant avec VIH, l'ONUSIDA estime qu'il y a 45.1 millions de cas des personnes infectées par le VIH soit environ 680.000 personnes sont mortes de maladies liées au sida dans le monde. Les personnes qui décèdent laissent derrière elle des êtres humains et souvent, malheureusement, des enfants. La situation et le bien-être des orphelins du sida dans les pays en voie de développement sont des préoccupations de plus en plus présentes qui nécessitent une attention particulière au niveau mondial. Depuis le début de l'épidémie du VIH/SIDA, le nombre d'orphelins et enfants vulnérables (OEV) ne cesse de croître et leur prise en charge pose problème Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002). Aujourd'hui, la problématique de réinsertion sociale des enfants orphelins du sida suscite de plus en plus de l'attention dans le monde en général et au Tchad en particulier.

Le VIH/SIDA est un problème social qui a aussi de grandes conséquences sur les familles et les proches. Chaque décès lié au sida représente une perte incalculable de potentiel humain. Les décès sont associés à un traumatisme au sein des ménages et des communautés (ONUSIDA, 2008). Malgré les efforts de la communauté internationale, la pandémie continue de progresser sur le continent à une vitesse exponentielle. Le VIH n'est pas le seul facteur de cause des enfants orphelins, la guerre, et d'autres maladies sont aussi les facteurs de cause des orphelins. Ces facteurs sont des raisons pour lesquels nous distinguons les orphelins qui sont pour cause le VIH et autre orphelins qui sont pour cause d'autres maladies et la guerre.

Devrait-on pour autant distinguer les orphelins et les enfants mis en péril pour causes de VIH/SIDA des autres ? Il ne s'agit pas de créer une catégorie à part. Car ils sont des orphelins comme des autres, des enfants comme les autres. La guerre et d'autres maladies affectant particulièrement les adultes sont aussi des facteurs majeurs de cause des orphelins.

Identifier ces facteurs de distinction ne peut être fait pour des raisons de compréhension de qui sont ces enfants, d'où ils viennent, quelle est leur histoire personnelle, pourquoi ils se trouvent dans la situation dans laquelle ils sont, pourquoi, par exemple, alors que la famille élargie pourrait prendre en charge, ils ne le sont pas dans de nombreux cas. Pour le reste, ils sont des enfants comme les autres, des orphelins comme les autres. Cette recherche a pour but premier de comprendre que l'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena dont l'un ou les deux parents sont décédés du sida.

À travers cette étude, la question principale se décline en ces termes : l'accompagnement psychosocial participe-t-il à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena? Pour répondre à cette question, une hypothèse générale est formulée de la manière suivante : L'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena. La méthodologie d'étude est qualitative qui répond à un objectif global sur la base d'entretien avec quelques cinq (5) enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena. Un guide d'entretien nous permet de collecter les données sur les caractéristiques sociodémographiques des participants, l'accompagnement psychosocial des enfants orphelins du sida et la réinsertion sociale qui permettent de comprendre que ces dernières ne sont pas réinsérer dans la société.

Dans sa structure, ce travail est axé sur six chapitres à savoir :

Dans le premier chapitre de ce mémoire, nous posons la problématique des enfants orphelins du sida. Il met l'accent sur la formulation du problème qui tente d'apporter une solution à notre recherche. Il s'agit également pour nous de présenter les objectifs poursuivis par l'étude et son intérêt. Dans le deuxième chapitre, nous présentons la revue de la littérature qui nous permet de faire un état de lieu sur l'accompagnement psychosocial avec ses différentes dimensions et la réinsertion sociale.

Les concepts majeurs qui nous servent de cadre d'analyse et de compréhension de notre sujet de recherche sont présentés dans le chapitre 3 et théories explicatives qui nous permettent d'expliquer la problématique de réinsertion sociale. Le quatrième chapitre nous présente la méthodologie qui est consacré aux méthodes et techniques d'investigations et la démarche utilisée pour la collecte des données. Le cinquième chapitre présente l'analyse de donnée qui provient de la validation de l'accompagnement psychosocial avec ses trois dimensions à savoir : la dimension psychologique, sociale et éducative et la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida. Le sixième chapitre interprétation consiste à montrer que l'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida.

**PREMIERE PARTIE: FONDEMENTS THEORIQUES DE  
L'ETUDE**

# CHAPITRE 1

## PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

La problématique de recherche est l'ensemble des concepts, théories, des questions, des hypothèses, des méthodes et des références qui contribuent à clarifier un problème de recherche (Gauthier, 2016, p.53).

Dans ce chapitre de notre étude, nous présentons les données statistiques sur le VIH/SIDA, analyser les différents axes du problème, faire le portrait général de la situation sur le plan international, national et local ainsi que les enjeux du problème, avant de formuler et poser notre problème à travers les éléments de constat sur lesquels se fonde notre travail. Nous présentons également les objectifs, les intérêts que suscitent cette recherche et l'objet d'étude.

### **1.1 PRESENTATION DES DONNEES STATISTIQUES A PARTIR DE QUELQUES INDICATEURS STATISTIQUES SUR LE VIH SIDA**

Dans son dernier statistique sur l'état de l'épidémie de sida, l'Agence de Coopération Internationale du Gouvernement Fédéral des États-Unis (USAID 2003) estime qu'il y a 16 millions d'enfants âgés de 0 à 17 ans deviennent orphelins chaque années dans les pays à plus revenus soit 44.000 par jour. Un enfant sur douze vivants dans les pays subsaharienne recouverts par cette statistique perd un parent ou les deux parents géniteurs et ceci ne tient pas compte des millions d'enfants dont l'un ou les deux parents sont toujours en vie mais se trouvent éloignés d'eux pour diverses raisons.

Les disparités sont très grandes entre sous-région d'Afrique (Nord, Sud, Est, Ouest et le Centre) et pays d'Afrique subsaharienne. Ainsi le taux des orphelins estimé pour les pays d'Amérique Latine et les Caraïbes est inclus dans ces statistiques. Ces pays ont au total au moins 10% d'enfants orphelins en dehors de l'Afrique subsaharienne (Afghanistan, Corée du nord, Laos, Haïti). Les principales causes de l'orphelinage sont la maladie et la guerre. Un bon nombre de la mortalité des adultes est liée aux maladies infectieuses surtout le VIH/SIDA dans les pays à faibles revenu, qui sont ceux couverts par ces statistiques.

Le VIH/SIDA est apparu en 1980, il tue désormais davantage que les maladies infectieuses et a relancé ces dernières du fait que le virus de VIH détruit le système immunologique. Ainsi le taux d'incidence et de prévalence du VIH/SIDA est largement

répandu, alors même qu'ils étaient en baisse partout depuis plusieurs décennies. Le VIH/SIDA a induit une très forte surmortalité adulte dans les régions du Centre et Sud d'Afrique où sa prévalence est élevée. En Afrique du sud, le sida est la cause de la moitié des décès d'adultes et la probabilité de décéder entre 15-60 ans en 2000 aurait atteint le taux de 75% pour les hommes et 58% pour les femmes. L'espérance de vie a reculé de 10 à 20ans en Afrique australe. Au Botswana elle serait passée de 63.3 à 39.5 ans en l'espace d'une décennie (session extraordinaire des Nations Unis sur le VIH, 2000).

Le VIH/SIDA tue proportionnellement moins d'enfants que d'adultes. Ainsi, sur environ 3 millions de décès annuels attribués au VIH/SIDA on estime qu'environ 20% ont concerné les enfants de moins de 15 ans alors qu'ils représentent de 40 à 50% de la population dans les pays les plus touchés par l'épidémie (Afrique du Sud, Cote d'Ivoire, Zambie, Nigeria, Éthiopie), 80% des décès concernent la tranche de la population entre 15 et 49 ans. Ce sont donc près de 2.4 millions de personnes en charge de famille ou participant aux charges familiales qui meurent chaque année, pour la grande majorité en Afrique sub-saharienne et couvrant les enfants de 0 à 17 ans ayant perdu soit le père ou la mère soit leurs deux parents géniteurs font état de 12.3 millions d'enfants concernés. La révision à la baisse de taux de prévalence du VIH/SIDA dans de nombreux explique en grande partie ces chiffres moins élevés, mais toujours aussi inquiétants (ONUSIDA, 2001).

Ces statistiques ne couvrent qu'une partie d'une réalité plus complexe et qu'il est nécessaire de dépeindre ici si l'on veut mesurer l'ampleur du phénomène, notamment là où l'épidémie de VIH/SIDA est très répandue. Généralement, la population jeune affectée comprend les enfants orphelins du sida. Ces derniers après la perte de leurs parents se retrouvent en situation de quasi-orphelinage ou en tout cas dans un état de précarité. Des millions d'autres enfants se trouvent dans cette situation aujourd'hui (ONUSIDA, 2001).

### **1.1.1. Impact du sida sur les systèmes éducatifs**

En Afrique, les systèmes scolaires les plus touchés par les conséquences du sida sont ceux de la Zambie, de la Côte d'Ivoire, de l'Ouganda, de la République Centrafricaine et du Lesotho. Dans ces pays, sont enregistrés en moyenne 10 cas de décès d'enseignants par mois, soit une perte annuelle de plus de 100 enseignants. En Côte d'Ivoire, selon certaines estimations 5 enseignants en moyenne décèderaient chaque semaine du virus du sida.

La situation du système scolaire zambien se révèle très préoccupante. Rien qu'en 1998, ce pays a perdu 1 300 enseignants du fait du sida, ne soit l'équivalent de deux tiers de tous les

nouveaux enseignants formés chaque année dans ce pays. L'école zambienne courait même le risque de voir doubler ses pertes en maîtres entre 1999 et 2000.

Une étude réalisée par la Banque Mondiale (2002) prévoyait qu'entre 2010 et 2020, «le sida aura tué entre 15 000 et 27 000 enseignants ». Ce qui serait une catastrophe pour le continent le moins scolarisé à cause du manque d'enseignants formés, d'écoles équipées en nombre suffisant.

Dans ces conditions, l'école en Afrique se retrouve avec de plus en plus d'enseignants qui meurent ou qui sont trop malades pour enseigner. Un enseignant infecté qui développe la maladie, se trouve très souvent à l'extérieur de l'institution scolaire à la recherche de soins. Le sida entraîne un absentéisme très fréquent chez les enseignants malades et, généralement les enseignants malades ne sont pas remplacés pour achever les programmes scolaires. Ce faisant, dans les écoles où un des enseignants est constamment malade, celles-ci se débattent avec un seul ou deux enseignants là où normalement il en faudrait souvent trois à quatre fois plus (UNAIDS, 2010).

Au regard de cette situation quasi apocalyptique, on constate que le sida ruine les espoirs des jeunes générations africaines. À quoi servent alors les salles de classe si elles sont vides parce que les enseignants sont décédés ou malades de sida, si les enfants sont déscolarisés parce qu'ils ont perdu un ou deux de leurs parents, si les enfants eux-mêmes sont affectés par la maladie et sont irréguliers à l'école ? Au regard de ce constat, la Banque mondiale rappelle par exemple que l'impact de l'épidémie sur l'éducation serait que 55 des pays les plus pauvres, dont la plupart se trouveraient en Afrique subsaharienne, seraient incapables d'atteindre leurs objectifs scolaires fixés à l'orée de 2015.

### **1.1.2. Une demande scolaire affectée par le sida**

L'épidémie de sida pose un certain nombre de défis spécifiques au secteur de l'éducation, en mettant notamment en danger sa capacité à accueillir et à assurer une éducation de qualité pour tous. Dans les pays les plus touchés (Afrique du sud, Malawi, Cote d'ivoire, Zambie, Kenya, Namibie, Congo, Zimbabwe, Botswana, Lesotho), le secteur de l'éducation est littéralement ravagé par l'épidémie de sida. L'ONUSIDA (1999) estiment 860 000 enfants vivant en Afrique sub-saharienne ont été privés de leurs enseignants, décédés du sida.

### **1.1.3. La situation scolaire des enfants affectés par le sida et des orphelins**

En Afrique subsaharienne compte plus de 90 % des orphelins du sida. Pour beaucoup d'entre eux, les chances sont minces non seulement d'accéder à l'école, mais en plus elles se



trouvent quasiment réduites pour la poursuite des études pour ceux qui y sont déjà inscrits. On estime par exemple que lorsque l'enfant a perdu un de ses deux parents, il n'a que 50 % de chance d'accéder à l'école et seulement 10 %, lorsque ce sont les deux parents. L'absence de soutien vital aux orphelins et enfants vulnérables est souvent le fait explicatif de leur situation de non scolarisation, de déscolarisation, voire de précarité scolaire pour ceux qui continuent leur scolarisation malgré tout.

La Banque mondiale (2002) estime que parmi les enfants scolarisés, un sur quatre quitte l'école avant d'avoir appris à lire et à écrire. Cette désaffection scolaire est très généralement corrélée à la conséquence du sida lorsque l'enfant se trouve affecté par le décès d'un ou des deux parents ; ou encore quand le parent pourvoyeur des ressources familiales est lui-même malade et ne peut plus garantir les ressources.

En Côte d'Ivoire, des études ont montré que lorsque la personne qui procure la principale source de revenu est atteinte du sida, le revenu du ménage est réduit des deux tiers et sa consommation, notamment en matière d'éducation, baisse de plus de moitié (Irin, 1998). Cela a pour conséquence de faire de la scolarisation une moindre priorité quand le sida frappe la famille (Kelly, 2000).

Les enfants qui ont perdu leurs parents à cause du sida, sont donc contraints d'abandonner l'école pour commencer à gagner leur vie. De fait, avec la pandémie du sida, l'accès à l'école devient non seulement hypothétique mais elle se présente comme une priorité de moindre importance, car la recherche du minimum vital est la priorité des priorités. Au-delà donc des conséquences émotionnelles qui surviennent après la perte de parents pour les enfants scolarisés, il y a également que ces orphelins perdent souvent leur source essentielle d'appui financier. C'est pourquoi de nombreux orphelins se retrouvent engagés dans des travaux économiques ou domestiques pour subvenir à leurs propres besoins. Il en résulte très souvent des abandons scolaires, étant donné que travail et scolarisation sont dichotomiques.

## **1.2. ANALYSE DES DIFFERENTS AXES DU PROBLEME**

Dans cette partie de notre travail, nous présentons deux axes du problème qui sert de cadre de référence pour répondre aux difficultés de réinsertion sociale des enfants orphelins du sida :

- La problématique de réinsertion sociale des enfants orphelins du sida est un problème qui date depuis bien des années. Face à ce fléau qui mine la société, une grande prépondérance est prise à cet égard pour la protection des droits de l'enfant ; c'est ainsi

qu'au lendemain de la seconde guerre mondiale, suite à la création de l'Organisation des Nations Unies (ONU), on a assisté à la création d'organismes internationaux spécialisés dans la protection des droits de l'enfant à l'instar de l'Organisation des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF, 1946) et bien d'autres s'occupent des enfants vulnérables. À cet effet, chaque État membre tente à sa manière d'implémenter en son sein les différentes résolutions afin de garantir à ces derniers un avenir moins mitigé.

- L'accompagnement psychosocial et la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida est une préoccupation non seulement des organismes tels que l'UNICEF mais aussi, celle des organismes étatiques tels que le Ministère des Affaires Sociales, ainsi que les promoteurs et défenseurs de la petite enfance, des particuliers qui ne restent pas indifférents à la souffrance de ce que vivent les orphelins (conditions de vie, besoins de base, rejets, discriminations et stigmatisations). Aussi, l'institution des Centres d'Accueil fait partie des multiples structures s'occupant des orphelins de sida et enfants vulnérables. Il est une œuvre sociale privée, un centre d'accueil pour enfant orphelin, enfant en détresse, et enfant né des parents vulnérables vivants avec le VIH/SIDA. Bref, il accueille les enfants vulnérables ayant été admis après une enquête sociale préalablement établit (ONUSIDA, UNICEF, 2011).

### **1.3. PORTRAIT GENERAL DU VIH/SIDA**

Estimer le nombre d'enfants rendus orphelins par décès d'un ou des deux parents est une entreprise fort complexe, surtout là où les statistiques démographiques sont éparées et les études peu fréquentes. C'est le cas d'une grande partie des pays les plus affectés par l'épidémie de VIH/SIDA. Par conséquent, l'estimation du nombre de ces enfants, et plus encore du nombre de ceux que l'on a désigné comme « enfant en situation de grande vulnérabilité », fait l'objet de nombreuses controverses. Jusqu'à là, les organismes de l'ONU à savoir : ONUSIDA et l'UNICEF ne comptabilisent les enfants que jusqu'à 14 ans et ne tenaient pas compte des orphelins de père. Avec cela, le nombre d'orphelin du Sida était estimé à environ 14 millions pour l'an 2000 et si rien n'est fait le nombre des orphelins pourraient augmenter à une quarantaine des millions en 2010.

Les estimations les plus récentes incluent les enfants de 15 à 17ans ainsi que les orphelins de père. En revanche elles sont restreintes à la seule Afrique Sub-saharienne parce que c'est dans cette région que l'on disposerait des estimations les plus faibles et où la prévalence du phénomène de l'orphelinage pour cause de VIH/SIDA serait suffisante pour valider les modèles statistiques d'évaluation développés pour le moment.

En 2003, il y aurait selon ces estimations 20.8 millions d'orphelins pour cause de VIH/SIDA dans cette partie du monde, dont 8.9 millions d'orphelins de mère, 7.3 millions d'orphelins de père et 4.6 millions d'orphelins doubles. Approximations ceci est à reprocher du nombre d'orphelins toutes causes confondues qui serait de l'ordre de 43.4 millions en Afrique Subsaharienne (soit 12.3% de l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans (ONUSIDA, UNICEF et USAID, 2003).

**Tableau n°1 : Données régionales sur le sida 2020**

Région	Personnes vivant avec le VIH en 2020	Nouvelles infections au VIH en 2020			Décès liés au sida en 2020	Personnes accédant au traitement en 2020
		Total	Âgés de 15 ans et plus	Âgés de 0 à 14 ans		
Afrique de l'Est et du Sud	20.6 millions	670.000	600.000	75.000	310.000	16.0 millions
	24.4 millions	930.000	830.000	130.000	470.000	16.1 millions
Asie et Pacifique	5.8 millions	240.000	230.000	13.000	130.000	3.7 millions
	7.0 millions	310.000	300.000	18.000	200.000	3.6 millions
Afrique de l'Ouest et du Centre	4.7 millions	200.000	150.000	150.000	150.000	3.5 millions
	5.8 millions	330.000	250.000	82.000	210.000	3.5 millions
Amérique Latine	2.7 millions	150.000	14.000	4.200	46.000	1.4 millions
Caraïbes	390 000	18.000	40.000	1.800	8.500	220.000
Moyen Orient et Afrique du Nord	3.5 millions	3.5 millions	3.5 millions	1.400	7.900	96.000
	310.000	28.000	26.000	2.100	46.000	94.000
Europe de l'Est et Asie centrale	1.6 million	140.000	130.000		35.000	870.000
	1.8 million	160.000	150.000		43.000	870.000
Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord	2.2 millions	67.000	66.000		13.000	1.9 million
	1.9 million	53.000	53.000		9.200	1.8 million
	2.6 millions	81.000	80.000		17.000	1.9 million
Totaux globaux	37.7 millions	1.5 million	1.3 million	150.000	680.000	27.5 millions
	45.1 millions	2.0 millions	1.8 million	240.000	1.0 million	27.7 millions

Source: Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA 2021.

Ce tableau nous présente les données régionales sur l'épidémie de sida dans le monde. Il nous permet de connaître le nombre exact des personnes vivant avec le VIH, nouvelles infections au VIH en 2020, décès liés au sida en 2020 et les personnes accédant au traitement en 2020. Dans ce tableau, nous constatons que l'Afrique de l'Est et du Sud bat le record en termes de total estimé des personnes vivant avec le VIH et le décès dus à cette maladie.

**Tableau n°2 : Part des orphelins pour cause de VIH/SIDA dans le total estimé des orphelins dans quelques pays d'Afrique Sub-saharienne**

Quelques Pays d'Afrique subsaharienne	Période	Nombre total d'enfants (0 à 17 ans en milliers)	Nombre total d'orphelins pour cause de sida en	Proportion des orphelins qui le sont pour cause de sida
Botswana	1997	260.000	1084	4%
Zambie	2000	360.000	35.000	9.2%
Malawi	2003	288.418	11.000	6%
Zimbabwe	2005	330.000	11.514	7%
Mozambique	2010	350.000	12.000	28.3%
Tchad	2013	1.082.929	176.000	54%
Totaux des quelques pays d'Afrique subsaharienne	1997-2013	2.671.347	246.625	145.3%

Sources : (UNICEF. Les orphelins du sida : réponses de la ligne du front en Afrique subsaharienne 2000-2005).

Sources : (ONUSIDA. rapport d'activités sur la riposte au sida au Tchad 2012-2013).

Le nombre total d'orphelin pour cause de sida s'élève à 246.625 pour l'ensemble de ces quelques pays couverts par les statistiques de l'ONUSIDA et l'UNICEF. Toujours selon ces estimations, quelques 18.1 millions d'enfants seraient devenus orphelin en 2020, toutes causes confondues, dans les pays à revenus faibles et moyens couverts par les évaluations.

D'après le rapport d'activités sur la riposte au sida au Tchad (2012-2013) on estime à 176.000 le nombre total d'orphelins du sida au Tchad en 2012-2013, cependant nous n'avons pas trouvé les données sur le nombre exact des enfants au Tchad. Ce manque de prise en charge associé aux problèmes successoraux (stigmatisation, rejet et discrimination) fait que ces orphelins du SIDA sont de plus en plus des véritables cas sociaux.

### 1.3.1. Aperçu générale du sida au Tchad

D'après les résultats de l'enquête nationale de séroprévalence de 2005 au Tchad, la prévalence du VIH est estimée à 3.3% dans la population générale. Des disparités sont observées en fonction du milieu de résidence (urbain : 7% et rural : 2.3%), du sexe (hommes : 2.6% et femmes : 4%), de l'âge (la tranche de 24-29 ans étant la plus affectée : hommes (3.5%) et femmes (5.6%). Des pics de séroprévalence très importants à noter à Ndjamena (8.3%) et au Logone Oriental (9.8%).

Par ailleurs, les estimations de l'ONUSIDA donnent une prévalence de 2.7% en 2013. Cette prévalence est très élevée dans certains groupes spécifiques comme les Travailleurs de sexes (TS) au sein desquels elle atteint 20% (Enquête TS, 2009). Par ailleurs, les décès dus au Sida auraient amorcé une baisse depuis 2008, passant de 16 000 en 2008 à 14 000 décès annuels en 2013 cette baisse de la mortalité serait à imputer en grande partie à la prise en charge médicale et à l'assistance alimentaire fournie par tous les acteurs aux PVVIH (ONUSIDA, 2013).

Face à l'ampleur du problème, le Ministère de l'Action Sociale et de la Famille du Tchad tente tant bien que mal de développer une stratégie de lutte. Les décaissements du financement du Fonds Mondial de lutte contre le sida prévoit la prise en charge des orphelins dans les années à venir et permettra certainement au Ministère de l'Action Sociale et de la Famille d'asseoir une stratégie globale de prise en charge de ces derniers. Notons quand même qu'une infime partie des orphelins bénéficie déjà d'un appui sur le plan scolaire, alimentaire, vestimentaire et sanitaire avec l'appui des partenaires tels que le PPLS2 (Projet Population et Lutte contre le SIDA2), le FOSAP (Fonds de Soutien aux Activités de Population), l'Association Musulmane d'Afrique, CEDIAM (Centre Diocésain d'action médicale), le CREOS (Cadre de Récupération et d'Encadrement des Orphelins du SIDA) et (PNUD, 2004).

Selon l'étude des impacts socioéconomiques du VIH/SIDA sur le secteur éducation au Tchad (2004), il découle de ce qui précède, la scolarisation et la formation professionnelle en petits métiers des enfants orphelins du VIH/SIDA s'avèrent indispensable pour un avenir meilleur de ces derniers. A ces propos, s'ajoute la sensibilisation des communautés pour un meilleur encadrement des enfants orphelins du VIH. La notion de réinsertion sociale des enfants orphelins du VIH/SIDA dans sa globalité constitue un domaine aussi vaste, nécessitant beaucoup plus de temps pour un aperçu général de ce phénomène. Nous pensons que pour avoir une vue approfondie sur le concept de réinsertion sociale des enfants orphelins

du VIH/SIDA, il est important de l'aborder d'une façon multidimensionnelle : psychosociale, économique, scolaire, etc. L'aspect psychosocial, l'encadrement des enfants orphelins du VIH/SIDA pourraient faire l'objet d'études dans l'avenir.

### 1.3.2 Situation actuelle de l'épidémie au Tchad

Les résultats de l'Enquête Démographique et Santé au Tchad (EDST, 2005) réalisée et qui intègre un volet comportement et un test de sérologie de VIH, les données montrent que le Tchad connaît une épidémie de VIH du type généralisé. En effet, la première enquête nationale de séroprévalence du VIH de 2005 a montré une prévalence moyenne de 3.3% dans la population de 15-49 ans. D'énormes écarts sont observés selon le milieu de résidence, le sexe et l'âge. Les travailleuses de sexe présentent une séroprévalence de 20% selon une étude réalisée en 2009 par le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS).

De même, l'enquête de zéro surveillance auprès des femmes enceintes en consultation prénatale organisée en 2013 montre un taux de séropositivité de 2.9%. De surcroît, les données de l'enquête comportementale et de la séroprévalence Initiative du Bassin du Lac-Tchad (IBLT) menée en 2011 a donné une estimation de 5.5% de la prévalence du VIH dans la population enquêtée, avec 4.1% pour les hommes et 7.4% pour les femmes. Bien que circonscrit dans 4 régions (Mandoul, Moyen Chari, Logone Occidental et Lac) du pays, cette prévalence est nettement supérieure à la prévalence au niveau national (3.3%) observée au Tchad en 2005 (rapport d'activité sur la riposte du sida au Tchad, 2012-2013, p.11).

ONUSIDA (2013) estime que la prévalence du VIH est de 2.7% dans la population générale du Tchad. Les données issues de ces estimations s'établissent comme suit pour l'année 2013:

- 210 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH;
- 14 000 décès annuels dus au sida ;
- 180 000 adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH dont 100 000 femmes ;
- 12 000 adultes de 15 ans et plus concernés par les nouvelles infections au VIH ;
- 12 000 décès annuels d'adultes de 15 ans et plus dus au sida ;
- 170 000 orphelins du sida.

**Source :** ONUSIDA, juin 2013

Au Tchad, la stratégie à la riposte nationale au VIH et au Sida s'inscrit dans le cadre de la multisectorialité qui, avec l'aide des partenaires techniques et financiers engage toutes les composantes de la société. En 2013, l'on note une action concertée et coordonnée de différents acteurs de lutte contre l'épidémie.

#### 1.4. ENJEUX DU PROBLEME SUR LE PLAN LOCAL, NATIONAL ET INTERNATIONAL

En 2001, une session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies qui s'est tenue à New York a pour la première fois été consacrée à la maladie du VIH/SIDA. Cette session a permis par la suite la production de trois articles par l'ONU consacrés aux « orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA ». Tout en annonçant le déploiement de nouvelles politiques de lutte contre le SIDA, ces articles « entérinaient également l'institutionnalisation de cette nouvelle catégorie de l'enfance globalisée que sont les « orphelins et enfants vulnérables » (Hejoaka, 2014, p. 59).

La catégorie des Enfant Orphelin Vulnérable (OEV) a été instituée au début des années 90 en réponse aux critiques adressées à la catégorie des « orphelins du sida ». En effet, l'épidémie du SIDA a commencé en Afrique australe et en Afrique centrale à la fin des années 80ce qui s'est traduit par une augmentation exponentielle du nombre d'orphelins. Nous verrons que le phénomène des orphelins du sida a conduit à l'épuisement des réseaux familiaux, d'entraide, de solidarité et de confiance au sein de la famille élargie.

Au Malawi le gouvernement a organisé en 1991 une consultation nationale qui a débouché sur la création de la *National orphan care task force*, la rédaction d'un guide national de prise en charge en 1992, puis la création d'un programme national en 1996. Les enfants bénéficiaires de ces programmes et politiques d'aide profiteraient alors de certains avantages, notamment en matière de santé et d'éducation. C'est en grande partie pour cette raison que ces programmes ont fait l'objet de nombreuses critiques et controverses du fait que nombre d'enfants en Afrique connaissent des difficultés socio-économiques. Les inégalités qu'ils produisent conduisent alors à ce Hejoaka nomme une « concurrence des souffrances » entre les enfants séropositifs et ceux qui ne le sont pas (Hejoaka, 2014, p. 61).

En 2002, l'Assemblée Générale de l'ONU s'est entendue sur l'institutionnalisation de la catégorie OEV. En ne ciblant plus exclusivement les enfants victimes de l'épidémie du SIDA, les programmes ont visé plus largement tous les enfants et orphelins vulnérables. Mais en pratique, les enfants séropositifs en restent les premiers destinataires. Les OEV sont caractérisés globalement par des conditions de vie difficiles et sont sujets à diverses souffrances telles que la malnutrition, la déscolarisation, la stigmatisation, la maladie physique ou même mentale (Sandrine, 2007).

La mise en place de la catégorie OEV a eu l'avantage de prendre en charge un plus grand nombre d'enfants et orphelins en situation difficile, le concept de « vulnérabilité » qui y est mobilisé pose problème. Au vu de la fragilité que sous-tend la catégorie des OEV, il s'agit donc de définir la notion de vulnérabilité qui est systématiquement reliée à l'état d'orphelinage. La psychologue Sandrine, nous dit que La vulnérabilité serait le résultat de la rencontre entre un risque extérieur et la capacité de l'individu à y faire face. De ce fait, l'individu ne peut être vulnérable de façon continue. Sandrine, en conclut que la vulnérabilité est un concept dynamique qui peut surgir, se réduire et disparaître. On peut donc en déduire que la catégorie des OEV fige les enfants et orphelins dans une vulnérabilité stigmatisant. Par ailleurs, elle semble être une notion floue, déjà pour les enfants eux-mêmes. Hejoaka (2014) a réalisé de nombreux entretiens avec des enfants pour lesquels la notion de vulnérabilité paraît méconnue et donc, pas signifiante.

Comment donc définir la vulnérabilité si pour les soi-disant concernés ce terme n'a pas de sens ? En revanche, selon ces entretiens les enfants se réfèrent régulièrement, avec leurs propres mots, au contexte de pauvreté dans lequel ils vivaient, évoquant le manque d'argent, la difficulté des parents à payer les frais de scolarité, la rareté et la non-diversité de l'alimentation ou encore le défaut des moyens de transport, nombres d'enfants devant parcourir les kilomètres entre leur domicile, l'hôpital et l'association à pied ». La vulnérabilité s'assimile donc dans ce contexte à la pauvreté. D'autre part, dans le contexte du VIH/SIDA, Hejoaka démontre que la vulnérabilité se renforce dans les discours « moralisateurs et mortifères produits sur le VIH/SIDA » dans les médias et au sein de contextes sociaux. Ces discours dans lesquels les enfants concernés sont constamment ramenés à leur condition d'orphelins séropositifs qui subissent « insultes et discriminations directes de la part d'adultes ou d'autres enfants » (Hejoaka, 2014, p. 67).

En effet, au Niger, le ministère de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant a publié un document qui recense les orientations nationales pour la prise en charge des enfants en situation de vulnérabilité. Celui-ci fait suite au lancement en 2006 d'un partenariat avec l'UNICEF qui devait aboutir à l'énoncé de la Politique Nationale de Prise en Charge des Orphelins et autres Enfants en situation de vulnérabilité pour leur réinsertion sociale. Au début du processus, une étude a été réalisée en 2007. Elle analysait en profondeur les causes sous-jacentes de la vulnérabilité des ménages nigériens et posait le cadre des défis globaux à surmonter pour favoriser le développement et par la même, diminuer le niveau de



vulnérabilité des enfants. Le rapport a pour objectif de formuler des orientations nationales pour une prise en charge des enfants en situation de vulnérabilité capable de développer et préserver leur capital humain et de garantir la réalisation de leurs droits fondamentaux.

Afin de réaliser cet objectif, leur tâche est d'identifier les groupes cibles en se demandant « Qui sont les enfants en situation de vulnérabilité ? » L'enfant est certainement la personne humaine la plus vulnérable, au vu des conséquences négatives durables et parfois irréversibles occasionnés par la réalisation de risques, en particulier ceux liés à la survie et au développement (Hejoaka, 2014, p. 67). Ce rapport nous permet donc de constater la difficulté pratique d'utiliser des catégories politiquement instituées afin de mettre en place des actions qui permettraient une prise en charge optimale d'une population ciblée comme vulnérable.

Au Tchad, la question de l'enfance, nous l'avons constaté, constitue un enjeu majeur au niveau étatique et institutionnel. Selon les législations adoptées, l'enfant a besoin d'être protégé et de vivre dans de bonnes conditions matérielles et psychologiques pour s'épanouir en tant qu'individu et ainsi pouvoir un jour devenir un adulte accompli. Les politiques largement influencés par des rapports d'ONG considèrent qu'il est inconcevable de ne pas prendre en charge les orphelins qui n'ont plus leurs parents pour qu'ils soient réinsérés dans la société où ils se trouvent. Ceux-ci dévièrent donc de la norme instituée selon laquelle un enfant est sous la responsabilité de ses parents.

## **1.5. PROBLEME DE RECHERCHE**

Notre sujet de recherche porte sur l'accompagnement psychosocial des enfants orphelins de Sida et inadéquation de réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans. Nous nous intéresserons aux difficultés ainsi qu'aux problèmes qui découlent de cette vie. Analyser les axes de réinsertion sociale est pour nous le moyen de comprendre comment agir efficacement avec cette population.

Après la mort des parents, les facteurs cités tels que la perte de revenus du ménage, le coût du traitement des maladies liées au VIH puis les dépenses liées aux funérailles laissent souvent les enfants orphelins dans la misère. Ils sont facilement dépossédés de l'héritage à la mort du parent, ce qui accroît les problèmes économiques déjà présents (UNICEF, UNAIDS, USAID, 2004).

La plupart des recherches s'accordent à dire que les conséquences du VIH/SIDA sur l'éducation sont particulièrement graves, du fait des capacités économiques réduites des familles d'accueil, qui peinent à assurer la scolarisation des orphelins. En effet, faute de

moyens financiers, la scolarisation des orphelins n'est pas une priorité, d'où une baisse de la fréquentation scolaire et souvent un taux élevé d'abandons scolaires. Les difficultés d'accès à l'éducation surviennent avant la mort d'un parent ; en effet, on compte de nombreux abandons scolaires pour les enfants dont un parent est affecté par la maladie, car ces derniers doivent faire face à la prise en charge de leurs parents. Ils sont pour la plupart souvent obligés de travailler, ils abandonnent ainsi leur scolarité ou sont exclus du système scolaire en raison de leur absentéisme principalement (Yaro et Dougnon 2003).

Selon une étude menée au Burkina Faso par Yaro et Dougnon (2003), près de huit sur dix orphelins ont dû abandonner l'école. Un d'entre eux dira par exemple que durant ses premières cinq classes de l'école primaire, il a toujours été en tête de sa classe. Lorsqu'il a perdu son père suivi quelques mois du décès de sa mère, ses résultats scolaires sont devenus médiocres, il l'explique :

*« Le fait d'aller à l'école affamé et que de retour à la maison, je devrais accomplir d'autres tâches domestiques avant de se reposer. Très vite, je ne pas pu supporter cette surcharge d'activités extrascolaires et j'ai dû quitter l'école malgré moi »*  
(Yaro et Dougnon, 2003, p.7).

UNICEF (1999) souligne que nombreux sont les orphelins en Afrique subsaharienne qui ne terminent pas leur scolarité, d'ailleurs l'UNESCO met en œuvre des programmes spéciaux de planification de l'éducation dans un contexte de VIH. En réponse à ce problème grandissant, les gouvernements du Malawi, de l'Ouganda et du Kenya Republic of Kenya et Health, 2001 ont mis en place des mesures afin d'abolir les frais de scolarité pour les enfants orphelins. D'autres études confirment que les orphelins sont davantage vulnérabilisés que les non-orphelins en termes d'éducation dans un contexte de VIH/SIDA.

Case, Christina et Joseph (2004) estiment que la pauvreté n'est pas la seule cause de l'absentéisme d'un orphelin : l'élément déterminant en la matière est la nature de la relation familiale entre l'orphelin et l'adulte qui prend les décisions dans la famille ; plus le lien est proche, plus l'enfant a de chances d'aller à l'école. Ainsi, les enfants vivant dans des ménages dirigés par d'autres personnes que leurs parents sont davantage défavorisés que ceux vivant avec leurs parents, et les enfants n'ayant aucuns liens de parenté avec le chef de ménage ont encore plus de difficultés. Il est donc essentiel de tenir compte des divers contextes familiaux des orphelins (par exemple, s'ils ont perdu un ou deux parents), de leurs conditions de vie (par

exemple, milieu urbain ou rural), et de leur sexe pour définir tant les problèmes que les solutions.

De plus, la discrimination liée à la perte d'un parent pour cause de Sida freine les enfants à poursuivre leur scolarité :

*« Au Burkina, lors des discussions de groupes avec des enfants orphelins, ils ont signalé que leurs meilleurs camarades les fuyaient après la mort de leurs parents. Bien qu'ils aient entrepris des tentatives de rapprochement avec leurs anciens camarades, ces derniers les ont toujours esquivés, refusant même de jouer avec eux, car selon eux il serait possible qu'ils aient contracté la maladie de leurs parents décédés. Très souvent ces attitudes discriminatoires qui sont soutenues par l'ignorance des élèves sont entretenues par les parents eux-mêmes » (Yaro et Dougnon, 2003, p.9).*

L'impact de la situation d'orphelin sur la santé dans un contexte de VIH/SIDA se calcule à partir de trois indicateurs : la malnutrition, le retard de croissance et la mortalité infantile. Les études font état de divergences quant à l'impact estimé du décès des parents sur ces indicateurs.

Landis (2019) estime que le traumatisme et la peur d'un enfant sont des sentiments universels face à la maladie et la perte d'un parent. L'infection par le VIH et l'aggravation de la maladie peuvent provoquer une détresse psychosociale chez les enfants, caractérisée par la peur de l'avenir et de la mort des parents ; une peur renforcée par une culture du silence et de négation de la réalité au sein de la famille, négation propre au contexte du VIH/SIDA, maladie « tabou » dans bien des sociétés.

En effet, la spécificité du VIH/SIDA est qu'il touche et discrimine les enfants d'un point de vue psychosocial avant la mort des parents. Une jeune fille sud-africaine de 16 ans vivant dans une famille affectée par le VIH/SIDA affirme :

*« 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 sont malades » (Save the Children 2001, p. 8).*

Dozon et Guillaume (2004) estiment que le VIH/SIDA est perçu comme une maladie jugée « immorale » et « sale », une « maladie honteuse » qui est sévèrement stigmatisée au sein des sociétés africaines. Chez les Mossis au Burkina Faso « le sidéen « gâte » le nom de sa

famille, il la déshonore. Cette crainte conduit certaines familles à cacher leur malade. La méconnaissance du VIH/SIDA et de ses modes de transmission augmente les craintes et les préjugés dont fait l'objet le reste de la famille. L'ensemble de la famille est suspecté d'être infecté par la maladie. A la mort des parents, les orphelins à cause du sida subissent une forte discrimination du fait de cette crainte injustifiée de la contamination.

Selon une étude menée en Ouganda par Ntozi et Mukiza-Gapere (1995), certains membres de la famille suspectent les orphelins d'être séropositifs et ont peur pour eux-mêmes et leurs enfants de les prendre en charge par risque de contamination ; même s'ils les prennent en charge, les orphelins restent isolés au sein même de la famille. La stigmatisation est une des raisons pour laquelle les familles sont réticentes ou refusent de prendre en charge des orphelins dont les parents sont morts du sida.

Nyambedha, Wandibba et Aagaard-Hansen (2001) soulignent que la notion d'orphelins du sida participe à cette stigmatisation et c'est pourquoi elle doit être utilisée avec précaution. Le VIH/SIDA a ainsi non seulement engendré des orphelins de parents mais également des orphelins de société ; pourtant traditionnellement le concept d'orphelin social n'existe pas au sein des communautés ; ainsi le VIH/SIDA a profondément modifié les fondements de la prise en charge et de ses obligations. Les orphelins peuvent en effet être traités comme des membres de second ordre dans la famille d'accueil ; ils sont défavorisés dans la distribution de vivres et dans la répartition du travail et souffrent d'un manque d'affection ; la famille d'accueil privilégiant leurs enfants biologiques qui reçoivent un traitement préférentiel.

Une enquête réalisée en Zambie par Nampanya-Serpell (1998) indique que les enfants orphelins se sentent différents des autres enfants, en raison principalement de leur non scolarisation. Family Health International (FHI, 2002) souligne que le bien-être de ces enfants étant entravé, la plupart d'entre eux n'ont que très peu d'espoir et d'optimisme face à leur avenir, tel que le montre une étude menée en Ouganda. En plus des souffrances endurées à cause de ces discriminations, les orphelins souffrent de la séparation avec leurs frères et sœurs lors du placement à travers le réseau de parenté.

Une étude en Ouganda menée par Gilborn, Nyonyintono, Kabumbuli et Jagwe-Wadda (2001) montre que même les enfants les plus âgés souffrent de cette séparation. Dans un groupe d'orphelins (âgés de plus de 13 ans) séparés de leurs frères et sœurs, 44% déclarent que cette situation les attriste et 17% disent qu'ils se sentent seuls.

En Zambie, l'étude citée précédemment montre que 56% des enfants orphelins pris en charge étaient séparés de leur fratrie. De plus, la fréquence des retrouvailles entre frères et sœurs d'une même fratrie, une fois dispersée est extrêmement faible (FHI, 2002).

Au Congo, une étude menée à Brazzaville auprès d'enfants orphelins indique que 63% de ceux-ci étaient séparés de leurs frères et sœurs, ce qui entraîne d'importants troubles psychosociaux chez ces enfants. Enfin, les études les plus récentes insistent sur l'importance pour la santé psychologique des enfants d'éviter de séparer les fratries lors du placement des orphelins. L'ensemble des problèmes énoncés ci-dessus se trouvent évidemment renforcés dans des situations de non prise en charge des orphelins. Leur vulnérabilité s'accroît lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes, sans protection parentale ni substituts parentaux.

Notons que la problématique de réinsertion sociale des enfants orphelins du sida à travers le monde qui, malgré les nombreuses conventions signées et ratifiées par bon nombre de pays continue de mobiliser de nombreuses interventions en vue de trouver des solutions à ce problème. Depuis plusieurs décennies, le monde infantile est en train de connaître une perturbation progressive au cours de son évolution tant dans sa forme que dans son fond. En effet, lié à la perte des liens sociaux traditionnels, aux mutations de la famille et au développement anarchique de l'espace urbain, le phénomène des enfants orphelins de Sida constitue un des marqueurs importants des transformations sociales et sociétales actuelles que connaît le Tchad.

## **1.6. QUESTION DE RECHERCHE**

### **1.6.1 Question générale de recherche**

L'accompagnement psychosocial participe-t-il à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena ?

### **1.6.2 Questions spécifiques**

L'accompagnement psychologique aide-t-il à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena ?

L'accompagnement social contribue-t-il à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena ?

L'accompagnement éducatif concourt-t-il à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena ?

## **1.7. HYPOTHESE DE RECHERCHE**

### **1.7.1 Hypothèse générale**

Hypothèse générale est celle qui guide toute la recherche. A la question générale, notre hypothèse générale est :

L'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7ème arrondissement de N'Djamena.

### **1.7.2 Hypothèse spécifiques**

Nos hypothèses spécifiques découlent des questions secondaires. Ce sont des réponses provisoires à ces questions. Elles s'inscrivent comme des suppositions avancées pour conduire notre étude.

L'accompagnement psychologique aide à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7ème arrondissement de N'Djamena.

L'accompagnement social contribue à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7ème arrondissement de N'Djamena.

L'accompagnement éducatif concourt à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7ème arrondissement de N'Djamena.

## **1.8. OBJECTIFS DE RECHERCHE**

### **1.8.1 Objectif général**

Notre objectif général tout au long de cette recherche est de comprendre que l'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7ème arrondissement de N'Djamena.

### **1.8.2. Objectifs spécifiques**

Montrer que l'accompagnement psychologique aide à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7ème arrondissement de N'Djamena.

Démontrer que l'accompagnement social contribue à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7ème arrondissement de N'Djamena.

Montrer que l'accompagnement éducatif concourt à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7ème arrondissement de N'Djamena.

## **1.9. EXPLICATION DU CHOIX DE L'OBJET DE RECHERCHE**

La présente étude a pour objet d'acquérir les connaissances pratiques sur la problématique liée à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida. Elle établit d'abord une typologie sur les problèmes rencontrés. Elle fait ensuite une évaluation des besoins particuliers pour les enfants orphelins du sida ainsi qu'un inventaire d'accompagnement psychosocial et des actions entreprises dans la perspective de leur réinsertion sociale. En fin, elle suggère en outre des propositions d'amélioration de réinsertion sociale en faveur des enfants orphelins du sida, avec plus d'efficacité, aux problèmes posés pour leur réinsertion sociale.

## **1.10. INTÉRÊTS ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE**

Sous ce titre, nous traiterons d'abord des intérêts de cette recherche avant de mettre l'accent sur sa pertinence.

### **1.10.1 Intérêts de la recherche**

L'intérêt est l'importance attribuée à une étude. Pour Sillamy (2006, p.145) l'intérêt est « ce qui importe à un moment donné ». Vu sous cette perspective, cette étude revêt d'un triple intérêt : thématique, personnel et académique.

#### **1.10.1.1 Intérêt thématique ou scientifique**

Toute recherche peut être définie comme une contribution à la solution d'un problème réel et participe soit à la construction de connaissances nouvelles, soit à l'approfondissement d'une connaissance établie. Cette recherche s'inscrit dans un cadre théorique et implique une démarche d'observation exploratoire, contribuant à l'avancement de la science. Partant de ce principe, force est de signaler que depuis la nuit des temps, les victimes de stigmatisation, rejet et discrimination existent.

#### **1.10.1.2 Intérêt personnel**

Partant de notre formation, les personnes en situation de handicap social sont au centre de notre préoccupation. Notre sensibilité au phénomène nous amène à aller à la rencontre de ces enfants orphelins du sida pour comprendre pourquoi ces derniers ne sont pas réinsérés dans la société. Cette recherche va donc nous acquérir les connaissances pratiques sur la problématique de l'accompagnement psychosocial et les stratégies de réinsertion sociale des enfants orphelins du sida.

Le présent mémoire représente une œuvre inédite destinée à être consultée par la communauté scientifique. Une présentation soignée en facilite la lecture et la compréhension. Elle contribue à l'effort de clarté, rend crédibles les conclusions qui s'en dégagent et démontre la pertinence des dispositifs méthodologiques mis de l'avant.

### **1.10.1.3 Intérêt académique**

Notre formation revêt un caractère professionnel et la fin doit être sanctionnée par la rédaction d'un mémoire de fin de formation. La rédaction de mémoire s'impose pour l'obtention du diplôme de Master. Ce travail est pour nous l'occasion d'approfondir les théories acquises sur l'accompagnement psychosocial et réinsertion sociale des enfants orphelins du sida qui peut servir d'inspiration à d'autres chercheurs qui traitent de ce sujet sous d'autres dimensions et éventuellement nous compléter pour une meilleure évolution scientifique.

### **1.10.2 Pertinence de la recherche**

« La pertinence scientifique de recherche s'établit en montrant comment la recherche peut répondre aux préoccupations des praticiens ou des décideurs concernés par le sujet de recherche » (Gauthier, 2009, p.56). C'est la qualité d'un problème scientifique qui repose sur des arguments, un raisonnement cohérent. De ce fait, elle se doit d'être en congruence avec des objectifs poursuivis. Nous croyons aussi que le présent travail puisse susciter l'intérêt d'autres études sur l'accompagnement psychosocial ou la réinsertion sociale des orphelins du sida ; et cela non seulement pour les fins de recherches futures, mais aussi pour la mise au point de nouvelles pistes d'intervention auprès des enfants orphelins. Dans le cas de l'espèce, la pertinence de ce travail se veut une contribution à la compréhension de la problématique portant sur la situation de l'accompagnement psychosocial et les stratégies de réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12-17ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena.

Précisons ici que les enfants orphelins du sida constituent des ressources et des atouts s'ils disposent des moyens pour assurer leur autosuffisance au sein d'un environnement permettant des interactions socioéconomiques avec la population hôte local. Aborder ainsi l'accompagnement psychosocial et réinsertion sociale des enfants orphelins du sida consiste à avoir une perspective plus holistique et complète qui comprend les dimensions de développement dans le tissu socioéconomique.



## CHAPITRE 2

### REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans cette partie de notre travail, il importe de situer notre thème par rapport aux ouvrages que nous avons consultés au cours de l'élaboration de notre travail et qui peuvent nous apporter un plus. En effet nous parlons de l'accompagnement psychosocial et réinsertion sociale des enfants orphelins du Sida dans le but de cerner le phénomène sur tous les plans.

#### 2.1. TRAVAUX SUR L'ACCOMPAGNEMENT

Selon le dictionnaire universel (2008), l'accompagnement est un ensemble des soins palliatifs dont on entoure une personne gravement malade. On peut distinguer plusieurs formes d'accompagnement qui peut être psychologique, social, éducatif, collectif ou individuel. Dans cette présente étude nous allons nous appesantir sur l'aspect psychologique, social et éducatif pour expliquer leurs nécessités chez les enfants orphelins du sida.

Au sens littéraire, l'accompagnement signifie être avec quelqu'un, lui tenir compagnie (Larousse, 2009). Dans le même sens, Paul (2004) estime que le concept d'accompagnement suppose une rencontre avec l'autre afin de faire route ensemble, en même temps, vers un but spécifique visant la réflexion.

Selon l'étymologie ; le mot accompagnement c'est « l'idée de marcher aux cotés de quelqu'un ou de manger son pain avec lui ». L'accompagnement consiste à « agir pour le bien de » donc l'accompagnement mise sur les capacités, des personnes à développer leur autonomie : capacité d'initiative, de choix, de construction de projet. Il est une démarche entreprise conjointement par une personne en difficulté et un ensemble de professionnels coordonnés. L'accompagnement concerne :

*« Les situations dans lesquelles il y a un acteur principal que, d'une manière ou d'une autre, il s'agit de soutenir, de protéger, d'honorer, de servir, d'aider à atteindre son but ; en aucun cas il ne s'agit de le supplanter en prenant sa place ou le devant de la scène, de le diriger » (Bouedec, 2002, p. 14)*

Pour une meilleure compréhension et saisie holistique et globale du concept ou de la notion d'accompagnement, il est important de s'intéresser à ses différentes formes.

### 2.1.1 Accompagnement psychologique

L'accompagnement psychologique est une action d'aide, de suivi et d'orientation qui consiste à amener une personne vulnérable ou en difficulté à faire de nouveaux apprentissages. Il permet au sujet d'adhérer à son propre projet de vie tout en suivant son rythme. Il s'agit en réalité d'approfondir le diagnostic social initialement et de définir avec le sujet la demande exprimée ; ainsi, toutes les informations recueillies chez le sujet doivent être prises en compte. C'est une activité qui vise la mise en commun de deux subjectivités dans l'objectif d'avoir la communauté de vue, et ainsi la méthode et la durée doivent être adaptées selon son cas et son problème. Laurine (2001) souligne que la notion d'accompagnement permet à la personne d'exercer par elle-même un grand contrôle sur sa vie, la soutenir dans ses efforts pour trouver la réponse aux problèmes et aussi retrouver sa propre voie.

L'accompagnement renvoi à l'approche non directive selon Rogers (1957) c'est-à-dire on donne à la personne traumatisée ou à la victime une grande part de choix de solution c'est-à-dire on propose, on suggère, mais on ne décide pas à sa place. On donne à la victime l'occasion à participer dans la résolution de son problème pour lui permettre de rebondir. Bref l'accompagnement c'est un cheminement.

Rogers (1957) continue de dire qu'il n'existe pas de cure type. Tout dépend du vécu actuel du sujet, toujours privilégié par rapport à son histoire passée. L'éducateur spécialisé va l'écouter avec apathie, dans une relation de confiance et d'authenticité. (On est loin de la neutralité des psychanalystes). Placé face à son sujet, pour que ce dernier puisse voir ses expressions, il doit observer deux attitudes fondamentales précisément définies par Carls Rogers.

- La congruence ou l'accord avec lui-même (coïncidence entre ses besoins, ses désirs, la conscience qu'il en a et l'expression qu'il en donne). Elle incitera l'orphelin à déjouer ces mécanismes de défense pour rétablir sa propre congruence.
- La compréhension empathique. Tout en restant lui-même, l'éducateur spécialisé cherche à se mettre à la place de l'orphelin, à entrer dans son univers et ses sentiments, en s'efforçant de les voir sous le même angle que lui. Aussi lorsque, celui-ci souffre, la compassion qu'il peut lire chez l'éducateur spécialisé lui donne à la fois le sentiment d'être compris et la sensation que sa douleur est partagée, donc allégée.

En règle générale rogérienne, l'éducateur spécialisé doit poser peu de questions. Il

peut rester silencieux ou prendre la parole pour répondre à une demande, attirer l'attention de sujet sur un point important, ou encore vérifier avec lui la compréhension qu'il a de ses difficultés. Tout vient du discours de sujet, de ses propres ressources, l'explication de son problème comme la façon de le résoudre. Mais il n'est plus livré à lui-même, l'éducateur serait à ses côtés. pour les indicateurs selon l'approche centrée sur la personne de Rogers, peut consulter toute personne qui souffre d'un mal être (stress, dépression, anxiété, difficultés familiales, conjugales ou professionnelles...), de troubles d'ordre psychosomatique ou d'incapacité à communiquer, et qui souhaite en parler à quelqu'un... qui lui réponde comme c'est le cas chez les personnes victimes des événements traumatiques comme les orphelins du sida.

Dans la présente partie de cette étude, nous concevons que l'accompagnement ne peut plus s'enfermer seulement dans le modèle de la relation d'aide. Il n'a donc plus pour seule visée la résolution du problème, mais il implique des changements du comportement, de la capacité d'action, des modes de raisonnement, d'imagination ou de relation chez les orphelins du sida. Autrement dit, elle vise à restaurer le pouvoir d'agir en situation traumatogènes dont ils sont victimes. L'accompagnement suppose de s'impliquer ensemble sur une situation commune tout en conservant un rapport d'étrangeté de l'accompagnement par rapport à l'accompagné. Nous pouvons dire que l'accompagnement apparait comme un processus, démarche, cheminement, autrement dit rythme continu d'opérations, de méthodes, de procédures, d'instrumentalisation, dont les outils ne peuvent être conçus que dans ce qui se joue entre l'accompagné et l'accompagnant.

### **2.1.2 L'accompagnement social**

L'accompagnement dans le cadre d'intervention sociale et selon le dictionnaire critique d'action sociale (1995) est un processus méthodologique d'une relation contractuelle d'insertion entre un agent spécialisé et un usager d'un service ou d'un dispositif d'action sociale. Il se repose sur trois dimensions ou trois compétences, de la pratique professionnelle:

- La première dimension est la prise en compte de la situation sociale, telle qu'elle est constituée par les usagers, sujet en situation d'aide spécialisé ;
- La deuxième dimension est la compréhension de la dynamique de l'action dans le cadre des contraintes, des potentialités et des événements qui la fondent ;
- La troisième dimension est l'adaptation de l'action commune à un champ de

possibilités stratégiques.

Les trois dimensions de l'action professionnelle établissent les bases tactiques et temporaires du contrat d'accompagnement. Elles permettent de définir, en termes d'objectifs, ce qui est possible à court et moyen terme et tracent les bornes d'un cheminement contractuel.

Le recours à la notion d'accompagnement dans les politiques sociales n'est pas un choix fortuit, dans la mesure où plusieurs autres termes (aide, assistance, tutelle, soutien, suivi, tutorat) sont très souvent utilisés pour désigner l'action sociale en termes d'accompagnement, mais, il reste à préciser que la notion d'accompagnement est plus globalisante.

### **2.1.3 Accompagnement éducatif**

L'accompagnement éducatif reprend le principe de l'accompagnement scolaire mais à l'intérieur de l'école. L'accompagnement éducatif est un dispositif mis en place, tout d'abord dans les collèges de l'éducation prioritaire puis étendu à toutes les écoles. Il s'agit d'un dispositif hors temps scolaire qui accueille les élèves après les cours pour leur proposer une aide aux devoirs et aux leçons, un renforcement des langues vivantes, des activités culturelles, artistiques et scientifiques ou une pratique sportive. Les textes de références sur l'accompagnement éducatif précisent que :

*« L'accompagnement éducatif répond au souci de donner à tous les élèves, quel que soit leur milieu social, les moyens de réussir leur parcours scolaire. Il a, notamment, pour vocation d'assurer des conditions d'études favorables, un accès à différentes activités, une ouverture au monde de l'art et de la culture à tous ceux qui n'en bénéficient pas dans leur milieu familial » (Louis et Raymond, 2009, p.196).*

L'accompagnement éducatif est proposé aux élèves volontaires de toutes les classes. D'une durée indicative de deux heures, l'accompagnement éducatif est proposé chaque semaine tout au long de l'année, de préférence en fin de journée après la classe. Les activités sont encadrées principalement par des enseignants volontaires, des assistants d'éducation, des intervenants extérieurs.

### 2.1.3.1 Accompagnement en éducation

Bouedec (2001) estime qu'il existe trois attitudes pour un accompagnement en éducation. Tout d'abord, l'accompagnateur doit vouloir du bien de l'accompagné pour lui nuire le moins possible. Ensuite, l'accompagnateur doit établir un contrat d'autonomie c'est à dire que l'accompagnateur et l'accompagné doivent se considérer comme des êtres responsables pour qu'il n'y est plus une dissymétrie dans la relation. Pour finir, entre l'accompagnateur et l'accompagné il doit y avoir une relation de confiance, c'est à dire que l'accompagné

*«Tente de s'assurer des compétences de l'accompagnateur, des diplômes, de son expérience, il cherche à savoir si l'accompagnateur sera discret (confidentialité) et à trouver l'assurance qu'il ne sortira pas de son domaine de compétence. De son côté l'accompagnateur a besoin de pouvoir se fier à ce que dit l'accompagné, et d'avoir la conviction qu'il a une volonté droite de faire un travail et suivi selon des règles posées » (Bouedec, 2001, p.179).*

### 2.1.4 Accompagnement psychosocial

Perdre un proche, un emploi ou même un revenu peut être bouleversant. Suite à un évènement traumatisant, la situation sociale, psychologique et même existentielle de certaines personnes est parfois ébranlée. L'accompagnement psychosocial permet aux personnes traumatisées de retrouver une vie autonome. Il aide les personnes à maintenir une bonne santé mentale. Grâce à l'accompagnement psychosocial, les personnes affectées par les évènements traumatisants restent en bonne santé mentale afin qu'elles puissent être autonome.

Selon Bossé (2009), il s'agit de « restaurer un mouvement »là où les personnes accompagnées ne parviennent pas à se dégager d'un statu quo qui les immobilise. Dans certains contextes particulièrement figés, on peut même avoir l'impression que rien n'est possible. Dans ce cas, toute la compétence de l'intervenant centré sur *l'empowerment* consiste à dégager peu à peu des marges de manœuvre pour inventer des solutions. Cette aptitude à dégager du nouveau suppose l'adoption d'un agir professionnel créatif, la mise en œuvre d'une action en contexte et une analyse des situations complexes afin d'éliminer les obstacles au développement des personnes accompagnées.

Partant de ces considérations, l'accompagnement psychosocial relève de différentes postures professionnelles, aucune n'étant meilleure que l'autre ; complémentaires, toutes doivent s'inscrire dans un contexte et une temporalité qui leur donnent sens et favorisent l'émancipation, l'implication grandissante et l'ouverture au monde des personnes aidées. L'accompagnement des personnes vulnérables, en particulier, participe d'un double mouvement de centration sur soi et d'ouverture aux autres, terme qui brasse l'ensemble des personnes concernées, les professionnels, les bénévoles..., car pour communiquer, une communauté de partage est nécessaire. Le rôle de l'accompagnement est ainsi de créer une telle communauté autour des personnes impliquées, ce qui suppose, pour les professionnels de l'accompagnement, de développer une éthique relationnelle et une gestion de l'attachement, afin de renforcer le sentiment de sécurité, ainsi que la confiance en soi des parties en présence (Bossé, 2009).

#### **2.1.4.1 Les conditions à la réalisation de l'accompagnement psychosocial**

Papazian et Zohrazia (2015) soulignent, pour que l'accompagnement psychosocial soit optimal, la présence de quelques conditions préalables est nécessaire : Les psychologues ou psycho éducateurs effectuant l'accompagnement psychosocial doivent avoir des bases dans les approches sous-tendant l'accompagnement psychosocial, (développementale, psychodynamique, systémique et transculturelle). Il est important que cet accompagnement soit un projet, porté par l'institution.

En effet, la disponibilité d'un local pour les rencontres, le dégagement de certains acteurs, l'organisation des rencontres multidisciplinaires et, le cas échéant, l'octroi de services, nécessitent l'engagement de l'institution. Il est important de pouvoir personnaliser l'accompagnement. En considérant l'unicité des familles et des enfants orphelins du sida, il est primordial que l'accompagnement psychosocial soit adapté. En d'autres mots, cette démarche pourrait donc impliquer des acteurs différents, avec des responsabilités appropriées aux besoins des orphelins de sida et de leur famille proche. Il est important de prévoir les ressources matérielles et temporelles nécessaires pour organiser des rencontres multidisciplinaires de discussion autour de cas de ces orphelins du sida, durant lesquelles les acteurs impliqués seraient libérés de leurs autres responsabilités. Ces rencontres économisent du temps (les informations sont partagées une seule fois à tous les acteurs impliqués dans le dossier de l'orphelin), permettent une compréhension collective de la situation de ce dernier,

permettent des échanges autour des pistes d'intervention et assurent une responsabilité partagée quant aux décisions prises et à la démarche adoptée.

Elles peuvent aussi favoriser la collaboration entre les accompagnateurs et les professionnels impliqués avec l'orphelin. Afin d'assurer ces rencontres, l'institution doit prévoir un local à cet effet. En cas de besoin et afin de développer la collaboration avec la famille proche et surtout la communauté, l'implication même partielle ou temporaire d'un intervenant communautaire est importante. Les clés de la réussite de l'accompagnement psychosocial : un porteur de dossier : l'institution (qui s'assure de la présence des acteurs impliqués et de la communication); une collaboration serrée entre tous les professionnels impliqués, la famille et les organismes communautaires; un filet de sécurité autour de l'enfant et de sa famille proche.

#### **2.1.5. L'accompagnement comme stratégie de réinsertion sociale des enfants orphelins du Sida**

Paul (2016) estime que la définition minimale de tout type d'accompagnement est « être avec » et « aller vers » en se basant sur la valeur du partage. Trois synonymes sont régulièrement associés au champ sémantique du concept « accompagner »: conduire, guider et escorter. Dans le champ de notre thématique, il est évident pour nous que l'accompagnement est de plus en plus présent dans notre société pour faciliter notamment la réinsertion sociale après avoir vécu un événement traumatisant qui met le sujet en déséquilibre sociale.

Cette notion englobe une grande diversité de situations et s'applique à des contextes variés et très différents les uns des autres (accompagnement après avoir subi un événement sur le plan personnel, social, économique, psychologique, d'un changement, etc.). Nous entendons ici le terme « accompagnement » comme toute démarche personnalisée visant les enfants orphelins du sida à concevoir et mettre en œuvre leur projet d'inclusion sociale et professionnelle et ce faisant à améliorer leurs chances d'accès ou de retour à l'emploi et de retrouver leur espace de vie psychosociale.

#### **2.1.6 Accompagner les enfants**

Debatty et Gérard (2008) soulignent que la sphère « rituel » répond aux besoins d'inclusion et d'affiliation par un vocabulaire essentiellement territorial et chorégraphique, en référence aux fondements de la communication interculturelle: il s'agit de développer une

compétence de décentration personnelle et institutionnelle, de « danser ensemble » dans la complexité et la diversité, d'y trouver sa place.

Dans un contexte à forte dimension traumatique, un centre d'accueil pour enfant non accompagnés considérés comme particulièrement vulnérables positionne son action dans un modèle concentrique. Il illustre une nécessaire hiérarchisation des besoins dans le développement d'un pouvoir d'agir auprès de personnes en situation de précarité extrême.

### **2.1.7 Les constructions de l'orphelin par les organisations d'aide à l'enfance**

Des prévisions ne manquent pas sur le nombre d'enfants orphelins en Afrique subsaharienne. Il en est de même des conséquences de ce phénomène à l'échelle nationale et internationale, tant sur le plan social, économique que politique. Selon les Nations unies, une des préoccupations majeures autour de l'enfance est de s'assurer que les enfants orphelins appartiennent à un groupe social et qu'ils obtiennent ainsi une identité et un soutien qui leur permettent d'être mieux préparés pour la vie d'adulte (Guillermet, 2008).

Selon Hejoaka (2014), l'appellation « orphelins et enfants vulnérables » n'a pas été instituée spontanément au début de l'épidémie du SIDA. C'est surtout à la fin des années 1980 que les interventions ont essentiellement ciblé les orphelins du SIDA. En 1999, le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), de concert avec le Programme des Nations unies pour le VIH/SIDA (UNAIDS), publia un rapport sur les « orphelins du SIDA ». Quelques semaines plus tard, des critiques s'élevèrent dans le milieu humanitaire contre cette particularisation des enfants orphelins, étant donné que des enfants ayant encore leurs parents (infectés du VIH), peuvent subir les mêmes conséquences.

Au nombre de ces conséquences, on peut citer : le fait de subir un stigmatisme pouvant engendrer des problèmes psychologiques, des difficultés économiques, l'incapacité d'avoir accès à l'alimentation, aux vêtements, à la scolarisation ou aux soins médicaux.

Selon Hejoaka (2014), dépendamment des variables retenues, il faut souligner que les enfants affectés par le VIH n'ont pas occupé une place de choix dans les politiques de ciblage au début de l'épidémie. Cet état de fait a été fortement critiqué puisque ces enfants n'étaient pas à la marge des problèmes de stigmatisation, de malnutrition ou de déscolarisation auxquels étaient confrontés les orphelins. Le ciblage excessif des interventions, en particulier sur certaines catégories, peut conduire à l'exclusion d'autres catégories d'enfants. Il peut également entraîner une compréhension incomplète des réalités sociales et économiques des



enfants dits vulnérables (Danhoudo, 2014). Par exemple, de Suremain et Bonnet (2014) montrent qu'en Ouganda, certains enfants orphelins ont plus de facilités pour accéder aux ressources sociales telles que la santé et l'éducation que les autres enfants, créant un sentiment d'injustice chez les familles qui, par conséquent, définissent diverses stratégies pour accéder à l'aide.

Selon Hejoaka (2014), l'analyse du traitement des enfants dans les programmes de lutte contre le SIDA met en évidence une tension qu'elle appelle « concurrence des souffrances » entre les enfants bénéficiaires des programmes et ceux qui en sont exclus.

Selon Sirota (2012), ces images d'enfants orphelins en difficulté, utilisées par les médias, sont construites à la fois autour de l'innocence et de la vulnérabilité de l'enfance, conjuguant sentimentalisme et compassion ; elles sont devenues l'une des figures majeures de la mise en scène de l'enfance contemporaine. Bien plus, ajoute-t-elle, cette vision compassionnelle des enfants considérés comme étant en danger est devenue l'un des principaux angles d'attaque des médias à propos de l'enfance, alimentant les débats publics et suscitant des politiques internationales. Les orphelins occupent une place de choix dans les programmes d'intervention ainsi que dans les discours des acteurs humanitaires. Ces acteurs humanitaires contribuent à constituer ce que (Guillermet, 2008) appelle les « mythologies sur l'orphelinage », c'est-à-dire des idées toutes faites mobilisées au niveau international, mais aussi sur le terrain par les acteurs de développement ainsi que par les acteurs locaux adoptant la catégorie sociale « orphelins et enfants vulnérables ».

Selon Fassin (2006) et (2010), les enfants orphelins sont devenus, dans son analyse des débats menés sur les « orphelins du SIDA », une catégorie morale et politique exacerbée, qui conjugue exaltation du malheur, exagération des chiffres et mise en scène de la souffrance. D'un autre côté, la médiatisation des enfants orphelins du SIDA dans les pays africains alimente ce que des « émotions collectives », c'est-à-dire une sorte de panique morale fondée sur des affects collectifs et où les médias, en premier lieu la télévision, jouent un rôle prédominant.

En raison des limites de la catégorie « orphelins du SIDA » à partir de 2000, la catégorie adoptée par les Nations unies passe d'« orphelins du SIDA » à « orphelins et enfants vulnérables » (OEV) « orphans and vulnerable children » (USAID et UNAIDS, 2000), englobant ainsi les enfants dont les parents sont malades du SIDA. En 2004, avec le rapport « Children on the Brink », souligne Guillermet, (2008), l'UNICEF et l'UNAIDS

proposent d'accorder de l'importance à la description de la diversité des situations rencontrées par les enfants du fait de la pandémie. Selon Hejoaka, l'intérêt pour la catégorie « orphelins et enfants vulnérables » relève entre autres de « la mobilisation politique internationale qui caractérise l'exceptionnalisme de l'épidémie et de l'ampleur des financements collectés avec la création du Fonds mondial pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en 2002 et du President's Emergency Plan for AIDS Relief en 2003 »

Selon Kunitz (1990), le soutien social peut être compris comme « une information qui donne lieu à croire au sujet qu'on s'occupe de lui et qu'on l'aime ; qu'il est estimé et considéré comme étant de valeur ; et qu'il appartient à un réseau de communication et d'obligation réciproque ». Notant l'importance de ce soutien social pour le bien-être des enfants orphelins, Kunitz souligne que ce soutien n'est pas exclusif à telle ou telle configuration ou groupe social, mais qu'il peut venir de sources différentes.

L'idée du soutien social rejoint celle des « besoins des orphelins » énumérés par Mukoyogo et Williams (1992) : les besoins physiques (l'alimentation, le logement, l'habillement) ; les soins médicaux ; la protection contre la stigmatisation dont les enfants orphelins sont particulièrement victimes (si les enfants de parents morts du sida en sont victimes) ; la protection contre l'exploitation par des personnes malveillantes qui peuvent soit les exploiter dans le travail, soit les déposséder de leurs droits d'héritage, soit les deux ; les besoins de « socialisation » et d'acquisition des valeurs culturelles, des règles sociales et de la connaissance du monde nécessaire pour pouvoir vivre en société ; les besoins affectifs et psychologiques, surtout dans le contexte de la perte de leurs parents, parfois de frères et de sœurs (Mukoyogo et Williams, 1992).

Dans les pays africains où la pandémie du sida est largement répandue, la prise en charge des « orphelins du sida » mobilise particulièrement les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, de même que les familles, démontrant ainsi une « solidarité » autour d'une action qui semble recueillir l'approbation générale. Bien entendu, il serait souhaitable que la prise en charge de tous les orphelins, quelle que soit la cause de leur condition, mobilise autant de solidarité.

### **2.1.8 Les enfants orphelins : catégorie sociale peu institutionnalisée en Afrique**

Contrairement à ce que l'on observe dans la plupart des pays occidentaux, le placement des enfants orphelins en institution (orphelinats, maisons d'accueil) est

extrêmement rare en Afrique subsaharienne. Il serait difficile de croire, actuellement, à une quelconque institutionnalisation des orphelins en Afrique de l'Ouest.

Comme le notent Marcoux, Noubissi et Zuberi (2010), le nombre des enfants de la rue et des enfants abandonnés en Afrique subsaharienne n'est pas négligeable, mais il reste insignifiant par rapport au nombre des enfants qui vivent en famille. C'est dire que la famille joue le rôle de filet social pour les enfants orphelins. Ce soutien de la famille aux orphelins en Afrique a été décrit par de nombreux auteurs comme relevant des normes et des valeurs communautaires, qui structurent les relations entre individus dans ces sociétés.

### **2.1.9 Des programmes d'intervention**

Les aides pourvues par les institutions privées, des ONG et les États témoignent d'une préoccupation à maintenir la famille comme acteur de prise en charge, notamment par la mise en place des programmes de « transfert monétaires ».

Selon le Programme des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), les aides ont été mis en place par certains gouvernements d'Afrique subsaharienne dans le cadre de leur stratégie de protection sociale, qui pour la plupart découlent d'un souci d'aider les populations vulnérables, souvent dans des contextes où le VIH/SIDA est très présent. La Banque Mondiale a d'ailleurs fait état des objectifs des programmes de transfert monétaire en Afrique subsaharienne parmi lesquels il y'a l'encouragement des familles à prendre en charge les orphelins du SIDA. Dans ce cadre, selon le FAO, les ménages tirant leur subsistance des revenus agricoles et prenant en charge les orphelins et enfants vulnérables font partie des principaux bénéficiaires. Ici, nous observons de façon concrète, ce qui est évoqué sur la forte préoccupation politique autour du VIH/SIDA, en décalage avec l'ampleur réelle de l'épidémie.

Plus généralement, Au Kenya ainsi qu'en Ouganda Valérie Golaz (2018) fait état de ces « cash transfère » institués par le gouvernement dans le but d'apporter un soutien aux familles vivant dans les conditions les plus difficiles ou prenant en charge les orphelins. Elle ajoute qu'au Kenya ces politiques sont déjà effectives, contrairement à l'Ouganda où elles sont en voie de développement. En effet, la Banque mondiale a mis en place un programme de transferts monétaires aux OEV au Kenya au sein duquel sont éligibles les ménages pauvres avec OEV. Ceux-ci reçoivent 21 dollars EU (Express Union) par mois, un montant qui aurait permis une augmentation d'inscriptions à l'école. Toutefois, nous ne savons pas comment ces ménages ont été choisis et l'institution ne donne aucun chiffre sur l'augmentation

d'inscriptions à l'école.

Enfin, en Afrique du Sud là où l'épidémie du SIDA a fait particulièrement des ravages, Didier Fassin explique que : « le gouvernement avait mis en place, pour les parents adoptants, des « *foster child grant* » dont le montant dépassait le salaire moyen d'un ouvrier. » Toutefois, les ONG vont rester les principales actrices dans l'assistance aux familles. En effet, les transferts monétaires provenant des ONG dites du Nord se sont révélés être des moyens innovants, rapides et efficaces vers les pays dits du Sud.

Dans la plupart de cas, ce sont les grand-mères qui s'occupent des enfants orphelins du VIH/SIDA. Cela pourrait être justifié par le rapprochement naturel ainsi que l'esprit de protection qui motiverait les grand-mères à s'occuper immédiatement des enfants de leurs filles ou fils morts. Ce même phénomène fut également constaté par Kabiswa (2005) qui, lors de son étude, a trouvé que les enfants se trouvaient dans l'obligation de revenir vivre chez leurs grand-mères en cas de décès de leurs parents dus au VIH/SIDA. Dans beaucoup de pays en développement menacés par le VIH/SIDA, les foyers sont surtout composés des jeunes, des enfants orphelins du SIDA et dans la plupart de cas, les grands-parents livrés à eux-mêmes.

Dans le même ordre d'idée, Foster, Drew et Makufa (1995) soulignent qu'en Afrique, la famille élargie constitue l'unité d'assistance prédominante aux orphelins. Les populations africaines conservent une vision du monde qui met avant tout l'intégrité de la famille élargie et encourage ses membres à rester, à survivre ensemble, plutôt que de vivre de manière indépendante.

## **2.2. TRAVAUX SUR LA RÉINSERTION SOCIALE**

Tremblay, Blanchette- Martin, Sirois, Dorval, Drouin, et Leblanc, (2010), la réinsertion sociale est un processus mis en place pour permettre aux individus vivant dans des situations difficiles de retrouver une certaine dignité. L'objectif est de permettre aux personnes isolées et exclues de la société de trouver un travail et de nouer des liens sociaux afin de retrouver une autonomie personnelle, professionnelle et de retrouver une confiance en soi. En d'autres termes, réinsertion sociale et réinsertion professionnelle possèdent des enjeux communs, et vont de l'élaboration d'un projet professionnel jusqu'au retour à l'emploi et à la jouissance de droits sociaux jusqu'alors éloignés de la personne en difficulté. Ce processus passe par la mise en place d'un certain nombre d'interventions.

Ces interventions ont pour rôle de les aider à devenir autonomes et à mieux s'intégrer dans la communauté. Elles prennent par exemple en compte la formation professionnelle, l'inclusion à des ateliers, ou encore, à un projet socio-éducatif dont le but est de favoriser l'insertion sociale et professionnelle des plus démunis. Il faut noter que le processus de réinsertion sociale doit être adapté à chaque individu en fonction de sa personnalité et ne doit pas être forcé. C'est pour cela qu'il existe des structures d'insertion composées de professionnels formés pour aider des publics divers dont les personnes placées sous-main de justice, les personnes rencontrant des difficultés sociales, ou encore, les personnes handicapées et les enfants en difficulté.

### **2.2.1 Réinsertion sociale des enfants orphelins du VIH/SIDA**

Selon le dictionnaire vocabulaire psychopédagogie (1973), la réinsertion sociale est la remise dans la communauté active et libre, de la cité et la participation à la vie sociale générale, d'un malade (guéri ou handicapé) ou d'un inadapté (totalement ou partiellement rééduqué), soit en le faisant encore bénéficiaire de mesures spéciales, soit en l'y intégrant au même titre que ceux qui, n'ont pas ou besoin de mesures spéciales. Surtess utilise plutôt le terme de réintégration pour désigner la réinsertion sociale. Il définit la réintégration comme:

*«Le processus par lequel un enfant séparé effectue ce qui devrait être une transition permanente vers sa famille et sa communauté (généralement d'origine), afin de bénéficier d'une protection, de soins et de trouver un sentiment d'appartenance»*  
(Surtees 2016, p. 43).

Eugene (2013) souligne que la réinsertion des enfants orphelins du VIH/SIDA dans la société consiste à les faire sortir de leur situation de stigmatisation, marginalisation et d'exclusion et de les permettre d'intégrer les structures jugées normales pour leur développement social. En ce sens, les institutions se donnent pour mission de les intégrer dans le système d'éducation classique ou de leur permettre d'apprendre une profession.

Pour l'Agence Française de Développement (AFD, 2011), chaque enfant étant unique, doit bénéficier d'une approche personnalisée et participative lui permettant d'élaborer avec l'équipe éducative dans un premier temps son « projet de sortie de rue », puis dans un second temps « son projet de vie ». Ce dernier se doit d'être individuel et adapté au cas par cas prenant en compte, d'une part, l'histoire, le parcours, l'âge, la maturité, les attentes de l'enfant et, d'autre part, l'environnement dans lequel non seulement il a vécu et celui dans lequel il

sera amené à évoluer. Il s'agit d'un processus à long terme. Il répond à une méthodologie rigoureuse basée sur une approche respectueuse des droits de l'enfant et conforme aux principes directeurs de la Convention relative aux droits de l'enfant : l'intérêt supérieur de l'enfant ; le droit à la survie, à la vie et au développement, la non-discrimination, le respect et la prise en compte des opinions de l'enfant.

Plusieurs acteurs (les institutions publiques, privées, associatives et les organisations internationales) s'engagent pour garantir la protection des enfants orphelins du VIH/SIDA lors d'une réintégration, dans la famille et dans la communauté. Pour les gouvernements, de nombreux services, organismes étatiques, législatifs, exécutifs et judiciaires doivent être impliqués pour assurer la protection, améliorer les conditions de vie de ces enfants. Les organisations non gouvernementales (ONG), internationales, services de coopération internationale et aide humanitaire, sont également impliqués dans la lutte contre la situation de rue, chacune avec un ou des focus et des axes spécifiques (Terre des hommes, 2014).

### **2.2.2 La réinsertion familiale**

Rimba (2018) de son côté affirme que soutenir les familles des enfants est essentiel pour avoir une réintégration transformatrice et bien traitée. Pour elle, la réintégration familiale est potentiellement un résultat très précieux pour de nombreux enfants orphelins conduit doit également être basé sur les ressources et capacités locales existantes. Une fois réintégré la famille, l'enfant doit se sentir à l'aise dans la famille, sans autre considération. Toutes les images négatives collées à l'enfant doivent être effacées par les membres de la famille afin de faire en sorte que le nouveau venu se sente réellement un membre à part entière de la famille. Toutefois, la réunification peut se faire auprès des proches parents lorsque les parents biologiques ne sont plus en vie. Il faut aussi noter que l'ensemble de cette opération ne peut se faire que dans l'intérêt supérieur de l'enfant, en mettant au cœur l'approche du droit Institut international des Droits de l'Enfant (IDE, 2007).

C'est dans ce sens qu'Eugene (2013) ajoute que la rue est considérée comme un espace non conventionnel pour le bon développement des enfants, alors que la famille est le meilleur endroit pour l'épanouissement des enfants. Pour lui, le processus de réinsertion consiste d'abord à identifier les parents des enfants et ensuite entamer le processus de réintégration. Le centre envoie des agents pour accompagner l'enfant dans son environnement natale. Ensuite, on cherche à comprendre la situation socio-économique de cette famille,

comprendre les motifs qui ont poussé l'enfant à fuir le toit familial, pour voir si c'est le parent qui est le coupable ou l'enfant.

Le retour de l'enfant constitue une possibilité qui doit être considéré mais qui ne sera ni systématiquement réalisable, ni forcément envisageable pour l'enfant, en particulier dans les situations avérées de violences intrafamiliales ou non, à laquelle ils semblent très attachés. Dans ce cas, il est important de pouvoir la rencontrer car c'est parfois cette personne qui accueillera l'enfant. Le processus de médiation entrepris doit s'adapter aux rythmes de chacun, celui du (des) parent(s) et celui de l'enfant. Il s'agit de renouer des liens, distendus, rompus ; ce renouement peut permettre une réintégration de l'enfant dans sa famille. Il s'agit parfois de créer du lien, lorsque l'enfant n'a jamais eu de véritable place au sein de sa famille. En d'autres termes, l'idée de réinsertion familiale communément admise est discutable car un véritable accompagnement de l'insertion familiale peut être requis et l'enfant et la famille doivent s'adapter aux rythmes de chacun (AFD, 2011).

### **2.2.3 La réinsertion scolaire**

L'enfant naît avec le même droit inaliénable de bénéficier d'un bon départ dans la vie, une bonne santé, d'une éducation et d'une enfance saine et protégée. Toutes ces opportunités de base se traduisent par une vie adulte productive et prospère. Mais dans le monde entier, des millions d'enfants voient leurs droits bafoués et sont privés du minimum nécessaire pour grandir en bonne santé, en raison de leur lieu de naissance, de leur race, de leur sexe, de leur origine ethnique ou familiale, ou parce qu'ils vivent dans la pauvreté ou avec un handicap (UNICEF 2016)

C'est dans ce sens qu'Eugene (2013) démontre que les institutions de prise en charge disposent des personnels pour encadrer ces enfants. Les activités d'apprentissage organisées par les intervenants sont focalisées sur l'alphabétisation pour permettre aux enfants non scolarisés de connaître les notions de base pour ensuite les intégrer à l'école formelle. Même après avoir intégré le système scolaire, l'enfant garde encore des contacts réguliers avec les institutions. Par ailleurs, selon certains intervenants, le processus d'intégration dans les écoles n'est pas compliqué, bien que certains enfants n'aient pas de pièces d'identité. Les enfants fréquentant les espaces scolaires sont considérés comme tous les autres, bien qu'ils soient souvent acceptés sans des pièces d'identification, ils ont les mêmes traitements que les autres enfants.

### **2.2.4 Réinsertion : en séquence, en parallèle ou intégrée**

Il est difficile de trouver une ligne directrice claire dans la littérature scientifique consultée quant au moment où devrait intervenir la réinsertion sociale dans le cheminement de réadaptation de la personne. Toutefois, il semble se dégager une tendance vers une approche intégrée.

Selon Boivin et de Montigny (2002), la réinsertion sociale devrait se situer entre la réadaptation et l'intégration à la vie en société. Toutefois, ces auteures précisent également que la réinsertion peut prendre place avant, pendant ou après la désintoxication ou la réadaptation. L'Observatoire européen abonde dans le même sens, précisant que la réinsertion peut constituer une ressource pour la réadaptation au même titre que la réadaptation peut constituer une ressource pour la réinsertion. Pour sa part, dans un document visant la réadaptation des personnes ayant des problématiques multiples (santé mentale, dépendance et itinérance), le SAMHSA (2003), indique qu'une approche intégrée de réinsertion est supérieure à une approche parallèle ou séquentielle. De surcroît, dans un rapport publié en 2011, le Centre Jeunesse de Laval (CJL) indique que la question de la réinsertion des orphelins doit infiltrer toute la trajectoire de services. De plus, le processus de réinsertion doit s'intégrer dans le processus clinique général et ne peut se dissocier du processus d'élaboration du Plan d'intervention et du Plan de services individualisé.

Selon Caldéron, Lagomanzini, Maguet et Menneret (2011), en début d'intervention, l'engagement d'une démarche de réinsertion, tant sociale que professionnelle, peut redonner du sens à un parcours de vie et motiver l'entrée ou le maintien en réadaptation.

### **2.2.5 Efficacité des interventions de réinsertion sociale**

L'intervention en réinsertion sociale cible plusieurs sphères. La présente recension des écrits s'intéresse particulièrement aux pratiques liées à la sphère sociale (ex. : logement, réseau de soutien, loisirs) et à la sphère occupationnelle. Ces deux sphères sont privilégiées ici, car ce sont celles qui sont le plus fréquemment décrites dans la littérature scientifique.

Selon les objectifs poursuivis dans le cadre des démarches de réinsertion sociale et de réadaptation de l'individu, la réinsertion sociale de certains vise le retour à une vie active, qui pourra passer par le retour ou l'entrée sur le marché du travail ou la scolarisation. Pour d'autres, les besoins en réinsertion sociale ciblent davantage la socialisation. Ceci peut se réaliser par le développement d'un réseau social non consommateur, par l'acquisition



d'habiletés sociales ou encore par le démarrage ou la reprise d'activités de loisirs mises de côté en raison de la consommation ou du jeu. Ainsi, la réinsertion dans la sphère sociale influence la réinsertion dans la sphère occupationnelle et vice-versa. De plus, il est parfois difficile de dissocier l'intervention en réadaptation de l'intervention en réinsertion sociale.

Dans bien des cas, la réinsertion et la réadaptation se chevauchent et sont difficilement séparables, ce qui est cohérent avec l'approche intégrée de services, qui semble ressortir dans la littérature scientifique. Bien que certains programmes ou activités présentés dans cette section soient d'abord des programmes de réadaptation, ils sont inclus dans l'approche intégrée, car certaines de leurs composantes ont des objectifs directement liés à la réinsertion sociale des usagers.

### **2.2.6 Programmes ou activités de réinsertion sociale touchant la sphère sociale**

Les recherches effectuées au cours de cette recension des écrits indiquent que l'efficacité des programmes et interventions ciblant particulièrement la sphère sociale est très peu évaluées, puisqu'elle fait souvent partie intégrante de la réadaptation et qu'elles sont par conséquent difficiles à dissocier l'une de l'autre. De plus, les évaluations disponibles sont habituellement faites à très court terme, ce qui laisse peu de chance d'évaluer les retombées à plus long terme. Elles comptent également peu de participants, ce qui rend difficile la généralisation des résultats, et elles sont habituellement effectuées sans groupe de comparaison, ce qui ne permet pas d'affirmer que les résultats observés sont réellement dus à l'intervention. Cette section présente différents programmes ou activités priorisant le développement de la sphère sociale, qui ont fait ou non l'objet d'une évaluation d'efficacité (Vidal, 2009).

La réinsertion sociale peut également se faire par l'intermédiaire de programmes de réinsertion en logement. Il existe actuellement divers types de services et de modalités d'insertion ou de retour en logement. Parmi ceux-ci, on retrouve le modèle des logements alternatifs qui peuvent ou non offrir des services de soutien aux enfants orphelins. Les logements offrant des services de soutien se retrouvent souvent sous la forme de coopératives ou de foyers collectifs rattachés à l'établissement de soins, et les résidents sont considérés comme des bénéficiaires du programme. Les logements n'offrant pas de services de soutien sont habituellement subventionnés et traitent distinctement les aspects de logement et de services (Vidal, 2009).

Selon l'expérience clinique du Centre for Addiction and Mental Health (CAMH, 2002), les logements avec services de soutien peuvent remplacer efficacement les soins hospitaliers de longue durée, surtout pour les personnes présentant des problèmes concomitants de santé mentale et de dépendance. Toutefois, le CAMH précise que la réinsertion sociale est meilleure si le niveau de soutien est apparié aux besoins de l'utilisateur et si les services de logement sont intégrés aux autres services communautaires et de santé mentale. De plus, il semblerait important d'offrir une intensité de service plus élevée lors de la période d'intégration en logement.

### **2.3. PROTECTION DE L'ENFANCE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

Delaunay (2009) estime que l'enfant et le respect de ses droits sont au cœur de nombreux débats. Enfants vulnérables, négligés, victimes, exploités, "trafiqués", abusés sexuellement, sont autant de groupes identifiés comme cibles par les programmes de protection de l'enfance. Selon cette même auteure, présentement, les savoirs sur l'enfance, particulièrement en Afrique, sont fortement orientés par la vision de l'enfance véhiculée par les grandes organisations internationales PNUD, OMS, Banque Mondiale et UNICEF, qui se fonde sur le concept de "protection de l'enfance".

Delaunay (2009) souligne que l'enfant est vulnérable, il subit différentes formes de violence, maltraitance, négligence, exploitation et les gouvernements en place se doivent de les protéger. Ceux-ci s'engagent à travers la ratification de textes internationaux tels que la Convention des droits de l'enfant (1989) à mettre en place une réelle politique de protection de l'enfance. Si les progrès sont considérables en termes de recherche sur la protection de l'enfance dans les pays du Nord, force est de constater les lacunes en termes de descriptions, de définitions et de compréhension des différents aspects touchant à la protection de l'enfant en Afrique.

En effet, de nombreux aspects demeurent ignorés. Les situations de violence, négligence, maltraitance, abandon, les conditions de prise en charge, y compris des orphelins, et les réponses institutionnelles mises en place, sont très peu documentées. Les difficultés de l'étude de ces phénomènes sont en partie liées au fait qu'en Afrique la perception de la maltraitance envers les enfants demeure du domaine de la sphère privée et familiale (Delaunay, 2009). On ne retrouve que très peu de données dans la littérature concernant les mauvais traitements que les orphelins du sida peuvent subir.

Selon l'étude de Nguyen (2010), quel que soit le statut sérologique de ces enfants, les cas de maltraitance et d'abus sexuels sont courants parmi cette population marquée par de multiples événements potentiellement traumatiques, tels que les hospitalisations et les décès de proches ou les ruptures familiales. De plus, rappelons que ces jeunes sont souvent victimes de rejet, de discrimination et de stigmatisation ce qui constitue une forme de maltraitance.

## **2.4. QUI SONT LES ORPHELINS ET LES ENFANTS EN SITUATION DE GRANDE VULNÉRABILITÉ ?**

Pour mieux cerner la population qui est l'objet de cette étude, il nous faut à présent explorer la définition et la réalité de l'orphelinage et de l'enfance en grande vulnérabilité, notamment dans le contexte des pays où le VIH SIDA fait exploser les nombres d'enfant affectés et bouleverse les fondements de sociétés.

Olivier (2005) affirme comme dans le cas de l'enfance, cette définition est par conséquent la compréhension de l'étendu du phénomène de l'orphelinage et de l'enfance vulnérable, varie beaucoup selon les environnements. Illustrer la diversité des situations apparaît comme un passage nécessaire afin de pouvoir définir des stratégies efficaces de soutien, voire de simple sauvetage, qui tiennent compte des conditions et contextes socioéconomiques et culturels dans lesquels vivent ces enfants.

Passer en revue les diverses définitions, perception et situation de l'orphelinage de l'enfance précaire ou en grande vulnérabilité conduit à envisager une classification des enfants concernés selon leur statut, leur condition, leurs besoins. Les classifications existent déjà, comme celle proposée par certains programmes de prise en charge des enfants dans les besoins, orphelin ou non, du fait même des impératifs de ces programmes. Nous faisons les points de ces classifications dans la mesure où elle aide à la fois à connaître les enfants qui sont l'objet de ce mémoire et dans la mesure où elles permettent justement d'identifier les stratégies de prise en charge et les actions les mieux à même de répondre à leurs besoins.

### **2.4.1 Les quasi-orphelins ou orphelins de fait**

Selon Olivier (2005), les limites des définitions de l'orphelinage, même étendues, ne rendent cependant toujours pas compte de l'amplitude et de la diversité du problème de la grande vulnérabilité et même de l'orphelinage de fait. Nous avons déjà signalé la réalité du double orphelinage lorsque, dans certaines sociétés préliminaires, le décès du père écarte la mère de la garde des enfants.

Dans d'autres cas ; les enfants sont éloignés de leurs parents survivent non pas parce que celui-ci est malade mais parce que les règles sociales en usage le supposent. Parmi les enfants d'un orphelinat, certains n'ont pas perdu les deux géniteurs mais tout de même étaient envoyés là parce que leurs mères sont considérées par leur communauté comme souffrant de troubles mentaux. On les estime incapables de s'occuper de leur enfant et notamment d'allaiter car on pense que leurs maux pourraient être transmis par le sein.

On retrouve le fait que les enfants placés en orphelinat n'ont pas nécessairement perdu leurs parents un peu partout. C'est par exemple le cas en Inde, où une étude menée dans la capitale de l'état de Mizoram montre que le décès des parents ne concerne qu'un quart des enfants dans les orphelinats de la ville. 47% d'entre eux avaient été placés en institution pour cause de divorce, 15% parce qu'ils étaient nés hors mariage.

En Afrique centrale, de nombreux enfants des rues trouvent refuge auprès de pasteurs/prophètes des églises charismatiques et autres. En République Démocratique du Congo, et spécialement en Kinshasa, les différents ordres religieux et les églises accueillent à plein temps des enfants, qui ne sont tous des orphelins. L'urbanisation démesurée, l'enfoncement dans la misère économique, le développement de sectes religieuses, la dévastation par le VIH/SIDA et la guerre, sont autant des facteurs aggravants la situation des enfants de Kinshasa. Orphelins ou pas, le point commun des certains enfants recueillis dans chacune de ces missions d'accueil d'un nouveau genre, est le fait d'être accusé de sorcellerie. Les orphelins pour cause de sida y sont très représentés. Parmi les enfants dont les parents sont vivants on trouve des ex-enfants en errance, des enfants prostitués (Olivier et Sandrine, 2005).

Le placement des enfants, n'est pas forcément, en soi, un élément de vulnérabilité car il peut constituer une façon de sortir l'enfant d'une situation désespérée et aussi parce que la circulation et les échanges d'enfants sont ancrés dans la pratique de très nombreuses cultures. Vivre éloigné de son parent n'est pas un facteur de fragilisation que si d'autres éléments de contexte viennent s'ajouter à cette situation, comme par exemple les mauvais traitements où la pauvreté préexistante dans la famille ou la structure d'accueil. La motivation des parents à confier leur enfant est le plus souvent une mesure de protection de celui-ci.

En Ouganda on estime qu'un ménage sur quatre accueille des orphelins et que ces familles comportent en moyenne deux membres de plus que les autres (7 contre 5). A Lavumisa, une petite ville de Swaziland, 10% de l'ensemble de la population sont des

orphelins. En outre les enfants deviennent orphelins « de facto » bien avant que leurs parents, porteurs du virus, ne soient décédés, ce qui aggrave encore l'ampleur du phénomène. Une étude en Ouganda dans une région où l'épidémie est un stade avancé, montre que de nombreux enfants sont confiés à d'autres membres de la famille étendue alors que leurs parents sont toujours en vie mais séropositifs. C'est une situation très difficile sur le plan psychologique pour toute la famille. L'auteur de l'étude note d'ailleurs que pour beaucoup d'orphelins du sida le véritable point de départ de l'orphelinage peut se situer avant le décès des parents. De plus la prise en charge des enfants livrés à eux-mêmes par d'autres membres de la famille suppose également une baisse de niveau de vie pour les enfants de ces parents et donc une vulnérabilité accrue (Olivier et Sandrine, 2005).

Le cas cette famille du village de Butuntumala, au Swaziland, cité ci-dessous, illustre le mécanisme qui finit par créer des orphelins de fait, ou en tout cas des enfants placés dans des situations de grande vulnérabilité, dont l'environnement peu à peu se dérobe sous eux. Ces situations laissent donc penser que les enfants des familles d'accueil, surtout là où l'épidémie de VIH/SIDA est très répandue, se trouvent eux aussi dans des situations critiques, et sont, de fait, des enfants grandement affectés par l'épidémie.

## **2.5. LA PANDÉMIE DE VIH/SIDA ET LA CONSTRUCTION DE L'ORPHELIN**

Avec la progression de la pandémie de SIDA, la question des enfants orphelins semble susciter un intérêt renouvelé, aussi bien au sein de la communauté internationale que dans la littérature récente sur l'enfance. Néanmoins, le phénomène des enfants orphelins en Afrique subsaharienne, c'est-à-dire des enfants ayant perdu au moins un parent biologique avant 18 ans, n'était pas négligeable même avant cette pandémie.

Au Burkina Faso par exemple, où la pandémie de SIDA est relativement moins répandue, la question des enfants orphelins a très peu retenu l'attention de la communauté scientifique de même que celle des pouvoirs publics. Les informations des recensements généraux de la population et de l'habitat dont on dispose pour les pays du Sahel permettent de noter que la proportion d'enfants orphelins est non seulement importante, mais également en croissance. Plusieurs faits permettent de conforter cette idée. En premier lieu, la mortalité des enfants y a connu une baisse très importante au cours des 25 dernières années. Au même moment, la fécondité est demeurée stable dans les pays du Sahel depuis 30 ou 40 ans, et se maintient à un niveau de près de sept enfants (Marcoux, Noumbissi et Zuberi, 2010).

Parallèlement à ces tendances, et bien qu'on ne puisse pas l'estimer avec précision, ajoutent-ils, la mortalité adulte a connu également une baisse, mais celle-ci serait moins importante que celle des enfants. Le maintien d'une fécondité élevée et la baisse de la mortalité infantile, ajoutés à une stabilisation des niveaux de mortalité adulte, voire une augmentation dans certaines sous-régions, expliquent que de plus en plus d'enfants perdent au moins un parent biologique avant 18 ans. Même dans les pays du Sahel où la prévalence du SIDA est relativement faible, on peut estimer qu'un nombre aussi important d'enfants ont perdu au moins un parent au moment de célébrer leurs 18 anniversaires.

Guillermet (2008) affirme que dans la plupart des enquêtes et recensements d'Afrique de l'Ouest, les chercheurs définissent l'orphelin comme tout individu de moins de 18 ans ayant perdu au moins un parent biologique. Les définitions varient néanmoins d'une enquête ou d'un recensement à l'autre. Les anthropologues se sont particulièrement intéressés aux conditions de vie économiques et sociales des enfants orphelins du SIDA. Cet intérêt de l'anthropologie pour les « orphelins et enfants vulnérables » a pour but d'apporter des réponses aux conséquences du SIDA à travers l'observation des situations vécues aussi bien par les orphelins que par leur entourage social.

Les études anthropologiques sur les « orphelins et enfants vulnérables » sont essentiellement orientées vers des préoccupations d'ordre médical et social (entre autres, la façon dont la maladie est vécue et le rapport des malades aux soignants). On note également des recherches socio-économiques sur la prise en charge des enfants orphelins (Foster, 2000).

Selon Guillermet (2008), ces travaux anthropologiques et économiques, qui se basent sur des observations ainsi que d'autres types d'enquêtes, sont menés sans opérer une véritable rupture avec le discours de santé publique qui considère la catégorie d'enfants vulnérables comme allant de soi.

Dozon et Guillaume (1994) estiment qu'il est important de questionner l'universalité du statut d'enfant orphelin. Ce statut est-il accordé à celui qui a perdu ses géniteurs, y compris lorsqu'il vit auprès d'autres responsables nourriciers ou « socialisateurs » ? Considère-t-on comme orphelin un enfant qui a perdu son oncle maternel dans une société matrilineaire où le frère de la mère joue un rôle primordial dans la prise en charge des enfants de cette dernière ? Que signifie la notion de parenté ? Cesse-t-on d'être orphelin ou orpheline lorsque l'on a soi-même donné vie tout en étant à la charge d'une ou de plusieurs personnes ?

Selon Bonnet (2014), les organisations internationales, les médias et les politiques publiques, tout comme l'aide internationale, ont précédé les sciences sociales pour placer les enfants au cœur de leurs préoccupations et interventions. Les enfants orphelins mobilisent les organismes d'aide à l'enfance, tant à l'échelle nationale qu'internationale. Ces organisations sont de véritables « inocultrices des normes globales ».

Du point de vue de ces organisations, la prise en charge des enfants orphelins requiert qu'une définition précise soit donnée à cette catégorie sociale. Dans leur positionnement sur l'échiquier international, elles mettent en avant les dimensions morales des interventions qu'elles orchestrent, sans pour autant garantir leur efficacité (Bonnet, 2014).

## **2.6. VIH/SIDA ET SES CONSÉQUENCES**

Selon Nguyen et Edwad (2010), dans les pays en voie de développement, les familles affectées par le VIH/SIDA ou touchées par les conséquences économiques, sociales et psychologiques de cette infection pour l'ensemble des membres, qu'ils soient séropositifs ou non, sont nombreuses. Les OEV grandissent souvent dans des familles où les conditions sociales et économiques sont précaires et peu satisfaisantes. D'après FHI, (2001, p. 24):

*« Les OEV et leurs familles sont confrontés à de graves menaces qui mettent en péril leur bien-être, notamment l'isolement, la perte de revenus, l'accès à l'éducation, le logement, le manque d'alimentation et d'autres besoins fondamentaux ».*

Cette partie du chapitre présente certaines conséquences qui sont vécues par les orphelins du sida et autres enfants vulnérables, tant au niveau biologique, qu'économique, que sur la santé, qu'au niveau scolaire, psychologique, social, familial ou socio sexuel à la suite de l'apparition de la maladie ou du décès de l'un ou des deux parents.

### **2.6.1 Conséquence socio-économique pour les enfants**

En général, selon Ambendet, Basnsimba, Brazaville, Dzqlamou, Mboussou, Mkaya, Puruehnce et Salami (2006), dans une communauté de l'Afrique Subsaharienne, les familles sont pauvres et celles qui ont à charge des OEV le sont encore plus. Les familles ressentent souvent un impact, non négligeable, sur leur revenu. En effet, avec la maladie des parents, les ressources de la famille diminuent et sont prioritairement affectées à la prise en charge du sida. Le sida aggrave la pauvreté des familles, par exemple lorsqu'elles perdent celui qui est leur unique « gagne-pain ». La présence d'un orphelin dans une famille implique aussi des coûts supplémentaires pour la nourriture, les vêtements, les frais de scolarisation, ainsi que

d'autres coûts liés à l'entretien d'un enfant (Banque Mondiale et UNICEF, 2002 ; OMS, 2002 ; ONUSIDA, UNICEF et USAID, 2002).

Selon Amat-Roze (2013), l'accroissement de la pauvreté dans les familles signifie des enfants moins bien nourris et moins soignés. Une étude menée en Côte d'Ivoire a montré que lorsqu'un membre de la famille avait le VIH/SIDA, le revenu de la famille chutait de 52 à 67% et la consommation de nourriture baissait de près de 41%. De plus, les enfants issus des familles affectées ou infectées par le VIH/SIDA doivent bien souvent grandir dans un contexte de précarité socioéconomique extrême, de négligence parentale, entraînant de nombreuses carences éducatives et affectives.

### **2.6.2 Conséquences physiques**

Selon la Banque Mondiale (2005), suite aux décès d'un ou des parents, ces enfants vivent un manque de soin en général. Les vêtements que portent les OEV sont habituellement les vieux vêtements des autres enfants et ils sont souvent sales et déchirés. Certains enfants se font refuser d'entrer en classe à cause de leur habillement ou ils n'ont pas toujours l'uniforme. D'autres n'auront pas de souliers ou de cahier d'école. Ils subissent un déclin de l'accessibilité à de la nourriture et à des soins de santé. Ils n'ont pas toujours accès à de l'eau potable dans leur milieu de vie. Dépendamment de leur résidence, ils n'ont pas toujours accès à un endroit pour se laver, entretenir leur hygiène. Ils n'ont pas toujours accès à de la nourriture, que ce soit au niveau de la quantité (nombre de repas) et de la qualité (non périmée), diversité, etc. Certains d'entre eux vivent dans la rue, ils n'ont pas accès à un domicile fixe.

### **2.6.3 Conséquence psychosociales**

Le décès d'un ou des deux parents fait subir aux enfants des pertes accablantes difficiles à vivre, en particulier dans les pays en voie de développement déjà affaiblis par la pauvreté ou les guerres (UNICEF, 1999 cité dans Ambendet et al. 2006). Cette perte précoce à cause du sida favorise la détérioration de la situation sociale des enfants qui est aussi souvent fragilisée dès l'apparition de la maladie chez un ou les deux parents.

Selon Ballo (2018), dans ces familles durablement et gravement déstabilisées, les enfants présentent fréquemment des troubles du comportement, des troubles d'apprentissage, des symptômes de repli sur soi, d'inhibition sociale et affective et des retards de développement. Ils sont aussi susceptibles de vivre des difficultés au niveau de leur adaptation



psychosociale en adoptant des compétences sociales déficitaires, telles que la fugue, la toxicomanie, des comportements délictuels, des comportements agressifs, provocateurs, voire dérangeants ou antisociaux. Ces difficultés psychologiques sont à l'origine des problèmes visibles comme l'absentéisme scolaire ou les comportements antisociaux, des cas de tentative de suicide chez les orphelins du sida ont même été observés.

Selon Nguyen (2010), ils souffrent aussi de détresse psychologique face aux difficultés financières et matérielles croissantes dues au VIH/SIDA et ses conséquences. Les OEV souffrent, dans la plupart des cas, d'une carence affective et sont victimes de stigmatisation et de discrimination. Les OEV sont aussi sujets à vivre des détresses psychologiques et des dommages au niveau de leur santé physique et mentale, comme l'anxiété, la dépression, l'irritabilité etc. ou de vivre des retards au niveau de leur développement émotif et cognitif comme des problèmes d'attachement, d'estime de soi, d'hyperactivité etc. ou bien encore au niveau de leur apprentissage comme des troubles d'apprentissage, le décrochage etc.

Certains enfants risquent d'être exposés à des milieux de vie difficiles, empreints de pauvreté, voire de violence, d'isolement social et d'abus. Ils peuvent aussi être confrontés à la séparation ou au divorce des figures parentales, aux problèmes de santé mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie de ceux-ci (Banque Mondiale, 2005). Il peut aussi s'avérer que les compétences parentales sont inadaptées ou qu'il y a présence de mauvaises habitudes de vie au sein du milieu familial. Ce dysfonctionnement familial peut aussi engendrer d'autres situations problématiques avec différents microsystèmes les amenant à vivre de l'intimidation, de l'exclusion, de l'isolement ou bien s'entourer de mauvaises fréquentations etc. Tout ceci amène un cumul de facteurs de risque qui augmentent les dangers concernant leur santé et leur sécurité et plus globalement leur bien-être. On observe alors que ces jeunes semblent être pris au piège dans un effet circulaire qui leur porte préjudice, ce qui a pour effet d'aggraver les conséquences déjà ressenties par leur statut d'orphelin (Banque Mondiale, 2005).

#### **2.6.4 Conséquences socio sexuelles**

Nous notons également un phénomène de désocialisation chez certains de ces enfants, un état dépressif et une plus grande exposition aux risques de viol et de prostitution. Selon Ambendet et al. (2006), la perte des parents accentuerait la vulnérabilité des orphelins face au VIH/SIDA, car leur situation de grande précarité les amène quelques fois à adopter certains comportements nuisibles à leur bien-être, mettant ainsi à risque leur santé et leur sécurité et par le fait même celles des autres dans certaines circonstances. Leur autonomie précoce et

forcée peut les conduire à adopter des comportements à risque afin de survivre, soit par le commerce du sexe ou en acceptant des relations sexuelles en échange d'argent, de biens ou de nourriture. La jeune fille peut aussi être contrainte à accepter un mariage précoce souvent avec une personne beaucoup plus âgée. En ce sens, Foster (1997) ajoute que les jeunes filles orphelines ou vulnérables sont particulièrement plus à risque de vivre de l'exploitation, d'être forcées de se marier très jeune, de travailler dans le commerce du sexe ou d'être abusées sexuellement.

### **2.6.5 Conséquences scolaires**

L'Éducation pour tous (EPT) est un objectif obligatoire pour toutes les nations (UNESCO, 2000 cité dans Banque Mondiale, 2002). Pourtant, le fait d'être orphelin semble avoir un effet non négligeable sur la scolarisation. Les enfants dont les parents sont atteints de la maladie ou ont succombé au sida sont parmi les groupes d'enfants vulnérables qui courent le risque le plus élevé d'être exclus ou privé de l'accès à l'éducation. En ce sens, dans quelques pays de l'Afrique de l'Ouest, on relève une baisse du taux de scolarisation parallèlement à un fort taux de décrochage scolaire chez les orphelins.

Les résultats scolaires sont affectés par l'absentéisme et le manque de soin et de soutien des parents. La probabilité que les orphelins fréquentent l'école régulièrement est limitée. Ainsi, la pandémie du VIH/SIDA entrave considérablement les opportunités des OEV d'aller à l'école et de recevoir l'éducation qui est si essentielle pour une vie réussie et qui est un droit. L'existence du VIH/SIDA dans un ménage aura un impact sur l'inscription, la fréquentation, la performance ou les résultats des enfants, et ce, pour plusieurs raisons (Banque Mondiale, 2002).

## **2.7. EFFETS SPÉCIFIQUES DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA**

L'impact du VIH/SIDA, qui induit une surmortalité effrayante dans certaines parties d'Afrique à l'attente aggravée les phénomènes décrits. Les orphelins dont au moins un des parents est mort du SIDA ont un vécu spécifique et sont davantage exposés que les autres à certain risque. Avec l'augmentation des épisodes des maladies puis des décès d'adulte, les enfants sont confrontés à des délinquances progressives et douloureuses de leur famille.

Chez les enfants orphelins ou vulnérables, et particulièrement les régions les plus touchées par le VIH/SIDA, les conséquences socioéconomiques et sur la santé sont les suivantes : Déscolarisation, croissance plus faible, santé détériorée ; mortalité infantile

juvénile accrue, plus grande exposition du VIH/SIDA (plus encore pour les jeunes filles), revenu plus faible, discrimination ; rejet, abus, (victime des préjugés, notamment que des orphelins des parents mort du SIDA sont eux même séropositif : ils sont rejetés), désocialisation, perte de sens et d'espoir, état dépressif etc.

### **2.7.1 Le rejet, la discrimination et la stigmatisation dont ils sont victimes**

Rappelons que plusieurs sont à risque de vivre de l'exclusion, des abus, de la discrimination et de la stigmatisation (ONUSIDA, UNICEF et USAID, 2002). Depuis le début de l'épidémie du VIH/SIDA, la stigmatisation et la discrimination ont alimenté la transmission du VIH et ont largement aggravé les répercussions négatives de l'épidémie. La stigmatisation et la discrimination associées au VIH continuent à se manifester dans tous les pays et dans toutes les régions du monde et constituent des obstacles majeurs à la prévention de nouvelles infections, à l'atténuation de l'impact et à la prise en charge, au soutien et aux traitements adéquats (ONUSIDA, 2005). Même dans les pays avec des épidémies bien établies, il existe souvent des attitudes répandues de rejet et de discrimination.

Smart (2003) souligne que la discrimination se trouve partout et elle est destructive. Généralement, elle ne se limite pas aux personnes infectées, mais touche aussi les familles. Les enfants des familles affectés par le VIH/SIDA sont les victimes de ce rejet et de cette discrimination à bien des niveaux et pour de nombreux aspects de leur vie. Au sein de la famille élargie, les enfants orphelins à cause du sida indiquent qu'ils doivent travailler plus durement que les autres enfants de la famille et qu'ils sont les derniers à recevoir la nourriture. On leur paye rarement l'école, et, les communautés les rejettent. De plus, les filles (et les femmes) sont les victimes de la discrimination du point de vue de l'accès à l'éducation, à l'emploi, au crédit, aux soins de santé, à la propriété foncière et à l'héritage. On assiste alors à une fragilisation des réseaux communautaires de solidarité par la peur suscitée par l'épidémie. Ils sont marginalisés et mis à l'écart de la société, tant de la part des adultes que des autres enfants.

Cette discrimination à l'école et dans les structures sanitaires et autres compromet leurs droits et limite leur accès à divers avantages et autres possibilités. Ces personnes portant déjà le lourd poids psychologique et physique de la maladie se retrouvent exclues de leur communauté qui s'illusionne souvent sur sa propre immunité (Kamanzi, 2004). Selon ce même auteur, en Afrique, on existe souvent d'abord comme « nous » avant d'être « je », chacun est « un singulier pluriel », fils ou fille de telle famille qui lui confère son identité.

Devenir un intouchable à cause du sida signifie quelque part ne plus exister ou exister comme un danger public. Un travail de restauration humaine et sociale des personnes atteintes reste donc à faire. Pour certains, être infecté par le virus relève simplement d'une malédiction, voire d'un châtement divin.

Le VIH/SIDA reste une maladie de la honte et beaucoup de peurs et de fausses croyances l'entourent encore. Ces enfants et ces familles sont souvent, malheureusement, étiquetés et marginalisés, car il existe encore trop de perceptions négatives et de tabous entourant le VIH/SIDA (Foster et Kambeu, 1997). La peur et la honte qui accompagnent le sida ont aussi fragilisé les réseaux sociaux et provoqué l'exclusion sociale des personnes reconnues comme porteuses du VIH. On le constate notamment s'agissant des orphelins, normalement pris en charge par le système de sécurité sociale traditionnel, par la famille élargie. Aujourd'hui, certains orphelins du sida ne savent plus à qui recourir, car la sécurité sociale publique n'est pas encore suffisamment développée pour prendre soin d'eux.

Brown et Sittiral (1995) et Lee (2000) soulignent que la stigmatisation et la discrimination sociale dont sont victimes les orphelins du sida favorisent les troubles affectifs. D'un autre côté, il n'y a pas seulement les communautés et des individus qui semblent apposer une étiquette sur ces enfants, ces derniers s'identifient eux-mêmes à celles-ci et se perçoivent de manière négative comparativement aux autres enfants.

Selon Foster (1997), les OEV se perçoivent différemment des autres enfants dans la famille, surtout au point de vue du style de vie, des mauvais traitements vécus et des lourds travaux domestiques qu'ils doivent accomplir. Ils se sentent parfois discriminés et ne se sentent pas en situation de pouvoir pour se défendre. Ils ont aussi plusieurs stigmates visibles de leur pauvreté économique.

ONUSIDA (2005) estime que les personnes vivant avec le VIH peuvent intérioriser les réactions négatives des autres et engendrer une auto stigmatisation ou une stigmatisation « intériorisée » comme certains l'ont appelée. Toujours selon ONUSIDA (2005), l'auto stigmatisation est associée à ce que certains auteurs ont parfois appelé la stigmatisation « ressentie » par opposition à la stigmatisation « effective », en ce qu'elle touche principalement aux sentiments de dignité et de valeur d'un individu ou d'une communauté affectée.

Chez les personnes vivant avec le VIH, ce phénomène peut se manifester par un sentiment de honte, de culpabilité et de dévalorisation qui, associé au sentiment d'être en

retrait de la société, peut conduire à la dépression, au repli, voire au désir de suicide. La honte associée au sida, une des manifestations de la stigmatisation décrite comme une stigmatisation « intériorisée », peut aussi empêcher les personnes vivant avec le VIH de chercher à obtenir des traitements, des soins et du soutien et d'exercer d'autres droits, tels que de travailler, de fréquenter l'école ...etc. Une telle honte peut aussi avoir une énorme incidence psychologique sur la perception que les personnes vivant le VIH ont d'elles-mêmes et sur la façon dont elles s'adaptent à leur statut, ce qui les rend vulnérables à la culpabilité, à la dépression et à l'isolement qu'elles s'imposent (ONUSIDA, 2005).

### **2.7.2 L'enfant et le deuil**

Romano (2009) souligne que la mort blesse les enfants et les adolescents, et l'expérience du deuil laisse des traces dans leur histoire. Ils perçoivent directement et indirectement les traumatismes et la mort, et ils en subissent les conséquences dans leur enfance. Comparé au deuil chez l'adulte, le deuil chez l'enfant a pour spécificité de survenir en pleine période de développement psychique, affectif et physique. Évidemment, les enfants n'ont pas une représentation de la mort identique à celle des adultes. Selon plusieurs auteurs, l'idée de mort, et, en particulier, la notion de mort définitive s'élabore progressivement avec le niveau de développement de l'enfant pour parvenir vers la préadolescence à une représentation proche de celle des adultes.

Glorion (2003) estime qu'on peut facilement imaginer que ses réactions, lors du décès d'un de ses proches, peuvent prendre des allures différentes suivant son âge. Les études d'autres auteurs convergent, les réactions de l'enfant face à la mort dépendent donc de son âge, de son niveau de développement psychoaffectif, mais surtout du sens et de la perception qu'il va pouvoir donner à cet événement (Bacqué, 2000 ; Hanus, 2002 cités dans Romano, 2009). La souffrance des enfants endeuillés est souvent minimisée, car elle ne se manifeste pas aussi clairement que chez l'adulte : l'enfant peut ne montrer aucun signe de souffrance psychique apparent et peut sembler manifester un réel détachement (Romano, 2009). Cependant, même en l'absence parfois choquante de manifestations de chagrin, même si les signes du deuil ne sont pas évidents, il est important de ne pas oublier que les enfants vivent leur deuil.

Selon Romano(2009), l'enfant peut aussi, de façon plus ou moins différée, extérioriser sa peine par du chagrin, des pleurs, de la tristesse. La détresse émotionnelle de l'enfant peut également s'exprimer par de la colère, de l'agressivité (à l'égard des proches comme de la

personne décédée qui l'a « abandonné », de l'agitation, de l'anxiété, de la révolte, des attitudes de régression, des perturbations du comportement (sommeil, alimentation) et des plaintes psychosomatiques.

Les travaux de Glorion (2003) indiquent que c'est la peur qui s'installe en premier chez l'enfant qui a perdu un parent, peut-être avant le chagrin. La peur de perdre son propre bien-être ou peur de ne pas savoir qui s'occupera de lui. Le sentiment d'insécurité peut aussi donner lieu à des attitudes de provocation, de colère, l'enfant cherchant à défier l'autorité du parent qui reste à la fois protecteur et éducatif. La perte d'un être aimé durant son enfance, en particulier au sein de sa propre famille, père, mère, frère ou sœur, grands-parents, est bien évidemment un drame grave qui risque de compromettre durablement l'équilibre psychologique et le développement ultérieur de celui qui le subit :

*« un enfant seul, cela n'existe pas : pour grandir, se construire, l'enfant a besoin d'être accueilli, porté, soutenu par ses proches, pensé dans un lien structurant à ses parents, à sa famille, à la société. Quand la mort fait irruption dans la vie d'un enfant, elle le blesse directement par la rupture des liens d'attachement entre lui et le proche décédé » (Romano, 2009, pp. 43-53).*

Les enfants en particulier les plus jeunes d'entre eux ont besoin pour vivre et grandir de la présence, du soutien de leurs parents ou de leurs substituts, de leurs tuteurs ou du groupe. Il peut s'agir des soins essentiels qui ne sont plus assurés (nourriture, propreté, sommeil), mais également des besoins d'attention, d'affection et de sécurité, indispensables pour permettre à l'enfant de continuer à vivre. Quoi qu'il en soit, et quelles que soient la nature et les circonstances d'un deuil, il est fondamental de savoir que l'enfant éprouve ce sentiment de culpabilité, tout simplement lié à sa condition d'enfant. Pour les aider et les accompagner, il est essentiel qu'on leur donne la possibilité d'exprimer leurs sentiments sans crainte de déranger alors même et surtout que la mort d'un parent les prive d'une grande partie de cette possibilité.

## **CHAPITRE 3**

### **CADRE CONCEPTUEL ET THEORIES EXPLICATIVES**

Dans cette section, il s'agit essentiellement de situer les concepts centraux de notre recherche dans les constructions théoriques qui traversent le domaine de la psychologie, en essayant de mettre en évidence leur contribution et leurs donner du sens aux concepts « accompagnement psychosocial », « réinsertion sociale », « enfant », « orphelin » et « VIH/SIDA ».

#### **3.1. ANALYSE ET DEVELOPPEMENT DES CONCEPTS ET DU RESEAU CONCEPTUEL SELON DIFFERENTS TRAVAUX ET AUTEURS**

Cette partie est consacrée essentiellement à l'analyse et à la discussion des concepts clés. L'objectif dans cette partie est de clarifier les concepts qui sont utilisés dans cette étude. Le concept général de « l'accompagnement psychosocial », sur lequel nous bâtissons notre recherche, il est susceptible d'être étudié sous des angles fort divers, il fait appel à d'autres concepts qu'il nous faut éclairer et expliciter : il s'agit des concepts de l'accompagnement psychosociale, réinsertion sociale, enfant, orphelin et VIH/SIDA.

##### **3.1.1 Clarification des concepts**

###### **3.1.1.1 Concept de l'accompagnement psychosocial**

Selon Gagnon (2009), l'accompagnement psychosocial fait référence aux processus et actions qui favorisent le bien être holistique des personnes dans leur monde social. Il inclut le soutien fourni par la famille et les amis. L'accompagnement psychosocial est aussi décrit comme un processus pour faciliter la résilience des individus, des familles et des communautés. L'objectif de l'accompagnement psychosocial est d'aider les individus à se rétablir après une crise qui a perturbé leur vie et d'augmenter leur capacité à revenir à la normalité après avoir fait l'expérience d'événements indésirables.

Les travaux sur l'accompagnement psychosocial indiquent que le soutien social permet aux personnes traumatisées de retrouver une vie autonome. Le soutien social aide les gens à maintenir une bonne santé mentale. Il se fait à quatre niveaux. Toutes personnes affectées par un événement dramatique n'auront pas forcément les mêmes besoins. Le soutien

psychosocial est divisé en quatre étapes, qui seront appliquées ou non selon la situation de chacun. Il se concentre sur la santé mentale des personnes traumatisées et agit à quatre niveaux qui sont :

- Répondre aux besoins essentiels ;
- Restaurer l'indépendance économique et l'intégration sociale ;
- Gestion du stress et relaxation ;
- Guérison des troubles de stress post-traumatique.

Les besoins visant à guérir et à redonner une certaine autonomie aux personnes affectées ont aussi un effet préventif.

### **3.1.1.2 Comprendre l'accompagnement psychosocial**

Historiquement, c'est dans les soins de santé que l'on a commencé à parler de l'accompagnement pour désigner ce qui excède les traitements et contribue au bien-être, et que l'on désigne en anglais par le mot *care* : l'attention portée à autrui, le soutien moral et psychologique, l'aide aux activités de la vie quotidienne telles que se nourrir, se laver, s'habiller ou se déplacer. C'est tout particulièrement dans les soins aux personnes âgées, handicapées ou mourantes que se sont d'abord développés une réflexion, des discours et des pratiques sur l'accompagnement. On va également parler d'accompagnement dans les pratiques d'entraide (self-help) et de soutien (groupes de parole) pour les personnes ayant un problème de dépendance, alcoolisme et toxicomanie, ou atteintes d'une maladie grave ou chronique, tel le cancer, le sida, les cardiopathies, en mettant l'accent sur la connaissance de soi, l'expression de sa souffrance, ainsi que sur le contrôle que la personne doit reconquérir sur sa vie à la suite de ces bouleversements (Gagnon et Marche, 2017).

Ce double héritage, on le retrouve dans le discours des personnes qui travaillent en soins palliatifs et chez celles qui œuvrent en maison de retraite. Pour les premières, accompagner consiste à aider les personnes à vivre dans la dignité cette dernière étape de leur vie et à demeurer maitresses de leur destin, et ce, en soulageant leur douleur, en assurant une présence auprès d'elles et en leur témoignant respect et considération. Pour les secondes, accompagner consiste à convaincre les personnes que la vie peut encore leur apporter plaisirs et satisfactions, et faire en sorte qu'elles puissent trouver leur place en maison de retraite, qu'elles s'y sentent bien et qu'elles puissent s'épanouir malgré leur âge et leur condition physique.



La première dimension qui ressort sur la manière d'intervenir est le souci de l'autre, l'attention qu'on lui accorde : être présent pour ne pas laisser la personne mourir ou vieillir seule, l'écouter et être attentif à ses besoins, s'intéresser à ce qu'elle est. Accompagner, c'est contrer la solitude et l'indifférence, comme le disent à leur manière toutes les personnes interrogées. Cette attention à l'autre est étroitement liée à la deuxième dimension qui est l'individualisation de l'aide. Accompagner, c'est vouloir traiter chaque personne comme un être unique, en fonction de ses goûts, de ses désirs et de sa situation personnelle. Sur le plan des moyens, cela exige de connaître la personne, de l'écouter et de la faire parler, d'être attentif à ses demandes, de ne rien lui imposer, de s'adapter à sa condition physique, et aussi à sa situation familiale, ce qui implique soit s'effacer en présence de la famille, soit se faire présent dans le cas d'absence de proches. Avec chaque personne en fin de vie, la relation se veut unique, les activités ne sont jamais identiques.

De chacune des personnes accompagnées, on dira conserver d'ailleurs un souvenir particulier. Savoir communiquer, être réceptif et accepter l'autre sans jugements est donc des éléments importants. L'individualisation des soins implique, et c'est la troisième dimension importante, une approche globale qui prend en compte la personne dans toutes ses dimensions, du confort physique à son apparence coiffure, habillement, de ses angoisses à l'hygiène corporelle ou de la médication à l'alimentation. Satisfaire ses besoins fondamentaux et soulager sa douleur, mais aussi reconnaître et respecter ses valeurs et ses croyances, ce qu'elle a été et ce qu'elle désire maintenant, lui renvoyer une image positive d'elle-même.

Accompagner, c'est permettre à la personne de bénéficier d'une véritable attention ou d'un intérêt authentique, d'être reconnue ; c'est prévenir la déshumanisation, la réduction de la personne à un corps malade ou handicapé. Souci de l'autre, individualisation et approche globale impliquent à leur tour un certain travail sur soi. C'est la quatrième dimension. La personne accompagnée doit parvenir à une certaine tranquillité, exprimer ses besoins et ses désirs pour pouvoir y répondre, parler de ses craintes et de ses douleurs pour les soulager, se réconcilier avec ses proches et parfois avec son passé, surmonter sa colère et ses frustrations et parvenir idéalement à accepter la mort.

De la part de la personne qui accompagne, cela implique également un travail sur soi : apprendre à s'adapter aux situations, à accepter les personnes telles qu'elles sont, à ne pas les juger, à les connaître pour répondre à leurs demandes, besoins et désirs, à tolérer leur refus et leur silence, à savoir communiquer et à comprendre ce qui n'est pas toujours clairement

exprimé, à les toucher, à les calmer, à les distraire, parfois à s'effacer. La personne qui accompagne doit apprendre à conserver une certaine maîtrise de soi, pour ne pas être submergée par ses émotions, et adopter une certaine distance professionnelle pour ne pas être trop affectée par la souffrance, la solitude ou la mort. La souffrance physique c'est plus facile de nos jours à apaiser parce qu'on a des médicaments. La souffrance morale, déjà, il faut être expérimenté pour la ressentir et ressentir l'intensité. Posture paradoxale de l'accompagnant qui doit à la fois être au plus près de la personne, se laisser toucher, tout en tenant ses émotions à distance pour demeurer disponible et efficace (Bonnet, 2008).

Il faut aussi savoir parler aux proches, les inviter à être présents au patient, leur communiquer des informations pertinentes, les écouter et bien réagir à leurs demandes répétées. On insiste sur la dimension interpersonnelle, sur la relation dont on ne cesse de dire qu'elle est à chaque fois unique, l'authenticité envers soi-même et envers autrui, gage d'une véritable « rencontre entre deux êtres humains ». On y pense en rentrant à la maison, on en rêve la nuit, on en sort parfois très préoccupé ou même angoissé. Cette intensité et ces émotions sont recherchées. Pour l'accompagner comme pour l'accompagnant, c'est l'occasion d'éprouver ce qui donne à la vie son sens et sa valeur : l'accueil, la communication, la reconnaissance. Les difficultés relatives renvoient davantage à la communication interpersonnelle : ne pas savoir quoi dire ou comment réagir ou répondre, se buter au mutisme de la personne ou se heurter à sa colère, la difficulté de se confier, le déni de la mort imminente par le patient ou la famille.

### **3.1.1.3 Le concept de la réinsertion sociale**

Les documents consultés ont permis de constater la diversité des termes utilisés pour conceptualiser la réinsertion sociale. Ceux-ci laissent croire que la terminologie varie selon qu'elle émerge des sciences sociales ou des sciences de la santé. Ainsi, il semble pertinent de présenter les différentes terminologies et concepts utilisés afin de déterminer un vocabulaire commun.

Réadaptation psychosociale Elle vise à optimiser les capacités d'une personne tout en atténuant les difficultés qu'elle éprouve en raison de sa conduite. Selon le Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2003), une variété de services peut être offerte pour aider les personnes à intégrer ou à réintégrer leur communauté. Parmi ces services, on retrouve, entre autres, les groupes psycho éducatifs, les suivis individuels, une aide directe dans le milieu de vie, l'accompagnement.

Selon Anthony, Cohen, Farkas et Gagné (2002), le concept de réadaptation psychiatrique est principalement utilisé dans le domaine de la santé mentale. Ce type de réadaptation vise à aider la personne à fonctionner de façon satisfaisante dans l'environnement de son choix, et ce, avec une intervention minimale des professionnels.

Rétablissement Dans la littérature scientifique, le concept de rétablissement est directement lié à la réinsertion sociale des usagers. En effet, le SAMHSA (2003) indique qu'il est possible de parler de rétablissement quand la personne dépendante est abstinente et qu'elle démontre des améliorations significatives dans au moins trois des sept domaines suivants : santé physique, santé mentale, relations familiales, réseau social, habitation, accès aux soins et maintien de la démarche.

Par contre, actuellement, il ne semble pas exister de consensus permettant de définir les critères indiquant qu'une personne dépendante est rétablie. La définition varie selon la spécialité dans laquelle les professionnels évoluent (Dodge, Krantz et Kenny). Il semble toutefois se dégager un tronc commun autour des notions de retour à la citoyenneté et de l'amélioration de la qualité de vie. Il est à noter que, là aussi, il n'existe pas de définition formelle du concept de qualité de vie. Celui-ci est utilisé tant au regard de la santé physique que de la santé psychologique ou sociale. Malgré ceci, après une évaluation des différentes définitions de la qualité de vie, ce concept est utilisé en fonction de la satisfaction envers la vie.

Intégration ou réintégration sociale Pour Boivin et de Montigny (2002) indiquent que l'intégration (ou la réintégration) sociale est la dernière étape de la démarche de la réadaptation. Elle permet à la personne de transposer dans la vie réelle l'autonomie acquise tout au long de sa démarche et lui permet de prendre ou de reprendre une participation sociale qui lui est propre. Toujours selon ces auteurs, l'intégration ne sera possible que si l'individu connaît et accepte les règles de fonctionnement du milieu et que ce dernier est ouvert à l'accueillir. Ainsi, au cours de sa démarche, l'individu développe son autonomie psycho-relationnelle, sociocommunautaire et socioprofessionnelle.

Plus précisément, l'autonomie psycho-relationnelle a trait au développement des ressources facilitant les rapports avec les autres et le milieu. L'autonomie sociocommunautaire cible le développement des capacités nécessaires pour s'impliquer dans la communauté et entreprendre des démarches pour avoir accès aux ressources du milieu alors que l'autonomie socioprofessionnelle implique l'utilisation du travail pour favoriser et

développer le potentiel de contribution sociale de la personne. Des activités récréatives, culturelles et sociales de même qu'une entrée ou un retour aux études ou sur le marché du travail peuvent permettre le développement de ces trois types d'autonomie.

Intégration sociale ciblant spécifiquement les jeunes L'Association des Centres Jeunesse du Québec (ACJQ, 2010) définit l'intégration sociale comme étant l'aboutissement d'un processus au cours duquel le jeune apprend et développe ses aptitudes à suivre les règles sociales de même que son appartenance à des groupes dont il doit respecter les normes morales et légales. L'intégration sociale implique également le développement de relations adéquates, stables et réciproques permettant au jeune de se sentir apprécié et investi Centre jeunesse de Laval (CJL, 2011).

Toujours selon l'approche mise en place par l'ACJQ, tous ces apprentissages se font en travaillant les dimensions personnelle, relationnelle ou familiale, fonctionnelle ou productive ainsi que la dimension symbolique du jeune. La dimension personnelle cible les apprentissages nécessaires à la construction de l'identité, à l'amélioration des capacités cognitives et au développement de la maturité émotionnelle. La dimension relationnelle ou familiale vise le développement de la capacité de s'ouvrir à l'autre, de faire confiance et de vivre des relations constructives dans l'ensemble des liens d'attachement. La dimension fonctionnelle ou productive cible la scolarisation et le développement d'aptitudes permettant l'entrée sur le marché du travail. En dernier lieu, la dimension symbolique vise l'adhésion aux normes et aux valeurs sociales, le respect des lois et le développement d'un sentiment d'utilité sociale.

Réinsertion sociale Selon Boivin et de Montigny (2002) survient lorsqu'une personne ayant déjà vécu une certaine forme de désinsertion s'engage dans une démarche d'autonomie dans au moins une sphère de sa vie (psycho-relationnelle, socioprofessionnelle ou sociocommunautaire). La réinsertion sociale se situe entre la réadaptation et l'intégration à la vie en société et peut se faire tant en amont, en aval que pendant la désintoxication ou la réadaptation. Pour ces auteures, toutes interventions offrant des possibilités de prévenir la désaffiliation tout en favorisant la connaissance ou la reconnaissance sociétale constituent des pratiques de réinsertion sociale et professionnelle.

#### 3.1.1.4 Qu'est-ce qu'un enfant ?

Selon la Convention internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), un enfant est un être humain ayant moins de 18 ans. Tout être humain de moins de 18 ans est donc un enfant, sauf si le pays dont il dépend prévoit un âge de majorité plus jeune. Ainsi, selon la convention pour être un enfant il faut donc remplir deux conditions : Être un être humain ; Ne pas être majeur, c'est-à-dire avoir moins de 18 ans ou ne pas avoir atteint l'âge de la majorité de son pays.

La question peut paraître incongrue parce que l'on se fait tous une idée assez précise de ce qu'est un enfant, Quoiqu'avec l'adolescence notre sens de la définition soit un peu bousculé. Mais en vérité la définition que nous adaptions de ce qu'est enfant varie considérablement d'une culture ou d'un pays à l'autre. Elle est une construction sociale et historique, bien qu'elle soit élaborée à partir de caractéristique physiologique universelles. Dans la préoccupation qui est la nôtre ici, nous nous attarderons seulement sur les définitions qui permettent de cerner la problématique posée : accompagnement psychosocial et réinsertion des enfants orphelins là où le VIH/SIDA bouleverse les fondements sociétaux du fait de son ampleur. Le VIH/SIDA crée cependant des situations nouvelles, notamment du fait de la stigmatisation qui l'accompagne souvent et de la masse d'enfants concernés. Les définitions et les pratiques traditionnelles sont alors bousculées.

A l'heure actuelle la définition de l'enfant retenue par les agences de l'Organisation des Nations Unies (ONU) traitant des questions liées à l'enfance (telles l'UNICEF et l'OMS) considèrent que l'on est enfant jusqu'au 15<sup>e</sup> anniversaire.

La définition de l'enfance varie cependant considérablement selon les cultures ou les pays. Cette définition a trait à des aspects divers des activités humaines. Ainsi l'âge du droit de vote est souvent aujourd'hui de 18 ans dans beaucoup de pays recouvrant au système électoral. Il a été même de 21 ans dans certains pays où il est aujourd'hui à 18 ans. C'est souvent donc considéré comme l'âge de transition vers l'âge adulte (et vers la virilité).

Quelques exemples illustrent la diversité de ce que l'on entend par « enfant » dans le monde. Ceci est nécessaire pour envisager de bien saisir la réalité complexe d'un phénomène, l'orphelinage et la grande vulnérabilité, certes général mais aux particularités nombreuses. Les interventions de terrain se doivent de prendre en compte la subjectivité du regard porté sur l'âge des enfants, car on « comprend » l'autre à partir de sa propre situation, de ses référents. Doit-on néanmoins fixer une limite à l'enfance, doit-on arrêter une définition unique de l'enfant ou bien laisser cette définition ouverte ? Fixer des limites uniques facilite

assurément la tâche d'identification et notamment du recensement des enfants susceptibles d'être l'objet de programmes de soutien. Mais c'est au risque d'exclure des jeunes adultes ou adolescents qui sont largement démunis du fait du décès de leurs parents de leur manque de ressources et de préparation pour la prise en charge de la fratrie par exemple (cas très fréquent).

C'est aussi au risque de porter un regard équivalent sur les enfants d'un même âge mais ayant vécu des expériences extrêmement diverses, et donc ayant des besoins très différents. De plus, comme la définition de l'enfant est donc largement le produit d'une construction sociale et historique, nous adopterions par conséquent une position encrée dans une culture particulière et l'on risquera d'exclure des individus qui, adulte selon la définition retenue, serait encore « enfant » selon certaines perceptions locales. Lorsque l'on aborde la question du recensement, à l'échelle mondiale on est certes obligé de se fixer une limite sans laquelle cet exercice serait extrêmement complexe et beaucoup plus coûteux. Mais même la limite de l'enfance fixée par l'ONU a été remise en cause dans des dernières estimations du nombre d'orphelins effectuée par ces agences (UNICEF et OMS, 2016).

### **3.1.1.5 Comprendre l'enfant**

L'historien Ariès (1973) est le premier chercheur à avoir réinterrogé les âges de la vie et les représentations sociales qui y sont liés. Dans l'ouvrage, *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, il introduit son propos par l'importance que l'on donne actuellement à l'état civil. Bonne (2010), ajoute que cette primauté accordée à l'État civil peut être problématique car il existe des sociétés où celui-ci « n'est pas rigoureusement appliqué ». Pourtant, dans les sociétés européennes, la prééminence de l'état civil n'est que très récente et l'importance qui est donnée à l'âge de nos jours est une construction moderne. En effet, jusqu'au XVI<sup>ème</sup> siècle, il était rare et difficile de se souvenir exactement de son âge (Ariès, 1973). L'âge calendaire avait donc peu d'importance.

Au XVI<sup>ème</sup> siècle les mots *puer* et *adolescents* n'étaient pas distincts l'un de l'autre. Il n'existait pas de terme en français pour distinguer ces deux termes et seul le mot *enfance* était connu. Par ailleurs, il montre que les âges de la vie sont des catégories poreuses et relationnelles qui dépendent des personnes qui les utilisent pour désigner un comportement ou une personnalité. Au 17<sup>ème</sup> siècle, l'enfance renvoie ainsi à la dépendance ou à la soumission à travers des termes issus des anciens « rapports féodaux et seigneuriaux ». On ne sortait de l'enfance qu'en sortant de la dépendance, ou du moins, des plus bas degrés de dépendance.

Enfin, Ariès nous parle des représentations artistiques de l'enfance. L'art médiéval ne tentait pas de représenter l'enfance jusqu'au 12ème siècle. Ariès souligne que :

« Les hommes du 10ème-11ème siècle ne s'attardaient pas à l'image de l'enfance, que celle-ci n'avait pour eux ni intérêt, ni réalité ». L'enfant n'était qu'un adulte mais en miniature. Il ajoute que « le sentiment charmant de la petite enfance demeure limitée à l'enfant Jésus jusqu'au 14ème siècle. » L'art ayant pour réputation d'être représentatif d'une époque, les représentations artistiques de l'enfance témoignent du désintérêt pour cet âge de la vie. Ariès le confirme en disant que : « L'enfance était un temps de transition vite passé et dont on perdait aussi vite le souvenir ». Ariès relate ainsi la « découverte du sentiment de l'enfance » et la naissance d'un discours chargé d'affects à son propos.

Ce statut lui confère donc un pouvoir décisionnel lui permettant de choisir de rester ou de repartir auprès de ses parents de l'autre monde. Ce n'est qu'à partir du moment où il commence à parler et accède à une alimentation solide que l'enfant est vu comme un être humain socialisé. En effet, dans cette société les géniteurs ne sont pas considérés comme les vrais parents de l'enfant avant son sevrage. Ce sont des entités spirituelles qui vivent dans « l'au-delà » et qui acceptent de confier cet enfant à un couple terrestre. Durant, les premières années de la vie de l'enfant, la mère biologique élèverait donc les enfants d'une autre.

Bonnet (2010) démontre que l'enfance en Afrique subsaharienne est pensée du point de vue du lien intergénérationnel. De ce fait, elle ajoute que l'on peut ainsi appeler un homme célibataire âgé de 25 ans, voire plus, « enfant » parce qu'il n'a pas encore eu, lui-même, un enfant. C'est la capacité à se reproduire qui fera de lui un adulte.

Tsala Tsala (1997) quant à lui considère l'enfant comme un élément de tous les systèmes sociaux (famille, clan, ethnie, nation, etc.) alors que Ndzino (1979) conçoit l'enfant comme le petit d'un homme et non comme un petit homme. Ils considèrent que l'enfant est un être immature et relativement peu autonome. On lui reconnaît des droits sans obligations surtout lorsqu'il s'agit d'enfants les plus jeunes. Le code pénal considère l'enfant comme un individu dont la responsabilité n'est pas entièrement engagée dans ses actes, car les juristes considèrent qu'il est immature et très peu conscient de la finalité de ses comportements.

Ce que « enfant » veut dire s'intéresser à la catégorie d'enfants orphelins revient d'abord à examiner le concept d'enfant. En effet, il n'existe pas de définition de l'enfance qui fasse consensus, et pas davantage de définition qui permettrait de dire sans ambiguïté qui est un enfant. En français, il existe une variété de termes pour désigner un enfant. Ces termes renvoient le plus souvent à des stades de son développement. Par exemple, note Bonnet, le «

nourrisson » signifie « besoin d'être nourri ». Il se réfère à un stade où le bébé n'est pas encore capable de manger tout seul. En revanche, pour les médecins, le terme « nourrisson » va d'un mois à un an. Avant un mois, les médecins parlent de nouveau-né. Dans le langage populaire, on parlera plutôt de « bébé».

L'enfance peut être démultipliée en catégories sociales : orphelins, enfants abandonnés, enfants de la rue, enfants maltraités, par exemple. Bien que ces différentes catégories d'enfants puissent avoir des points de recoupement, elles ne sont pas à confondre. Dans chaque catégorie, on distingue également des sous-catégories. À titre d'exemple, dans la catégorie « enfants orphelins », on retrouve les orphelins de mère, les orphelins de père et les doubles orphelins

### **3.1.1.6 Le concept de l'orphelin du sida**

Selon Larousse (2008), l'orphelin est « l'enfants qui a perdu son père et sa mère ou l'un des deux ». Pourtant cette définition n'est pas universelle. Elle excède par exemple celle longtemps adoptée par l'ONU. De plus, cette définition semble prise en défaut par la réalité vécue par des millions d'enfants, notamment là le VIH/SIDA crée un contexte nouveau. Un orphelin selon l'ONU était jusqu'à présent un enfant (de moins de 15 ans) qui a perdu sa mère ou ses deux parents. La raison pour laquelle le décès du père n'était pas inclus est essentiellement statistique : on supposait qu'il était trop difficile d'estimer le nombre d'enfant dont les pères étaient décédés, parce qu'il est parfois impossible de savoir si le père manquant est véritablement mort.

Selon la Banque Mondiale et l'UNICEF (2002), la définition du concept d'orphelin varie selon chaque culture. Dans la littérature concernant les enfants orphelins du Sida, certains définissent un orphelin comme une personne dont les deux parents sont décédés et pour d'autres, le décès d'un seul parent peut suffire pour l'utilisation du terme. Lors de notre revue de la littérature sur les orphelins du sida, nous avons constaté plusieurs définitions du terme orphelin. La définition dominante fait référence à un enfant dont au moins un parent est décédé du sida.

Avant 2002, l'ONU définissait l'orphelin comme un enfant qui a perdu sa mère et qui a moins de 15 ans. Il était supposé difficile de comptabiliser les orphelins de père car de nombreux pères quittaient le foyer familial pour subvenir aux besoins économiques de la famille (Olivier et Sandrine, 2005). Ce n'est qu'à partir de 2004 que l'ONU a intégré les



orphelins de père dans la définition de l'orphelin et a repoussé l'âge de la personne qualifiée d'orpheline à 17 ans, dans le but « d'intégrer les adolescents ».

Selon Dufour (2002), être orphelin ne recouvre pas la même réalité dans le langage institutionnel que dans le langage non institutionnel. Ainsi, dans le langage non institutionnel, un orphelin est un enfant qui a perdu un parent par décès. Dans ce cas, il est orphelin de père ou de mère. En cas de perte des deux parents, il est orphelin de père et de mère, ou double orphelin. Il y aurait également un âge limite pour être appelé orphelin. Cet âge se situe souvent à 12 ans, 14 ans ou 18 ans. Dans le langage institutionnel, l'orphelin désigne l'enfant qui réside à l'orphelinat. Il faut souligner que l'idée selon laquelle les orphelins constituent la seule clientèle des orphelinats ne correspond pas toujours à la réalité. On a pu noter que les orphelinats du XIXe et XX siècles en Occident, malgré leur nom, accueillaient des enfants dont les parents étaient toujours vivants mais incapables (ou n'ayant pas la volonté) d'en assumer la charge.

Toujours selon Dufour (2002), est orphelin tout enfant dont l'un des parents géniteurs est décédé (orphelin partiel) ou les deux parents géniteurs sont décédés (orphelin total). Si ces pertes sont antérieures et non résultantes de la crise, ces enfants ne sont pas compris dans le programme « Enfants Séparés en Urgence ». Ces orphelins peuvent bénéficier de programme établis spécifiquement pour les « Autres enfants Vulnérables », par le ministère en charge des affaires sociales et par différentes organisations non-gouvernementales et internationales.

### **3.1.1.7 Qu'est-ce qu'un enfant vulnérable ?**

Les enfants vulnérables sont ceux qui appartiennent aux groupes à haut risque qui n'ont pas toujours accès aux infrastructures ou services sociaux de base. Les principales sources de vulnérabilité sont le VIH/SIDA et les conflits (Subbarao et Coury 2001, cité dans BM, PDE, UNICEF, ONUSIDA, 2002). Le VIH/SIDA a fait augmenter le groupe des enfants vulnérables qui tend à englober tous les types d'orphelins y compris les orphelins du sida, les enfants infectés par le VIH, les prés orphelins qui ont à charge leurs parents en phase finale du sida, les enfants vivant dans des ménages qui accueillent les orphelins. Il faut ajouter à cette liste les catégories internationalement reconnues comme les enfants de la rue, les enfants exposés au trafic, les enfants engagés dans le trafic sexuel, la prostitution et les enfants affectés par les conflits armés (Subbarao, 2001). Ainsi, à mesure que la pandémie du VIH/SIDA progresse, le nombre d'enfants qui se retrouvent en situation de vulnérabilité, soit par le biais de l'emploi ou de leur exposition à des environnements à risque, augmente inévitablement (BM, PDE, UNICEF, ONUSIDA, 2002). En Afrique principalement, des

millions d'enfants sont aujourd'hui en danger, orphelins contraints à des stratégies de survie quand ils ne sont pas eux-mêmes déjà victimes du virus. Les enfants vulnérables ont expérimenté et continuent d'expérimenter beaucoup de difficultés. Le défi est d'empêcher ces difficultés d'aller au-delà d'une accumulation de simples événements stressants et d'accroître les ressources des familles et des communautés pour leur permettre de répondre aux besoins de ces enfants (Banque Mondiale, 2002).

La raison principale de la stratégie opérationnelle de Handicap International sur le VIH/sida réside dans la vulnérabilité accrue des personnes handicapées au VIH ; celles-ci représentent approximativement 15.6% (11.8– 18.0%) de la population mondiale. Les personnes handicapées présentent un risque d'infection à VIH égal, voire supérieur, à celui des personnes non handicapées. On croit souvent à tort que les personnes handicapées sont sexuellement inactives et n'ont pas besoin de services VIH ou de santé sexuelle et de la reproduction ; cette idée fautive est désormais remise en question. En effet, de nombreuses pratiques discriminatoires et la stigmatisation sociale, comme l'accès limité aux services de base (en particulier la santé, l'éducation et le transport) et spécifiquement un manque d'accès aux services et aux informations sur le VIH, contribuent à la vulnérabilité et à l'exclusion sociale des personnes handicapées. (Handicap International, 2012).

### **3.1.1.8 Le VIH/SIDA**

Selon le grand Larousse Médical (2003), le VIH/SIDA est défini comme un virus de la famille des rétrovirus. Les rétrovirus ont une propriété qui leur permet de transcrire leur A.R.N et A.D.N, cette propriété particulière rend complexe la lutte contre le virus en ce sens qu'il est capable de retranscrire leur A.R.N en A.D.N., cet A.D.N., appelé pro viral, s'intègre ensuite à l'A.D.N., de la cellule infectée pour y demeurer en attente ou pour se faire reproduire par l'A.D.N., de la cellule créant ainsi une grande confusion au système immunitaire qui éprouvera de la difficulté à faire la différence entre l'A.D.N. de la cellule infectée et l'A.D.N. virale.

En effet, le « VIH » Comme nous l'avons souligné reste le nom donné à un niveau de conséquences engendrées au niveau de la santé par ce dernier. Ces conséquences connues sous l'acronyme de SIDA. L'acronyme SIDA fait référence à un ensemble de signes et symptômes qui justifient objectivement (dans le sens clinique du terme) de la présence du VIH dans l'organisme. Il est le stade le plus avancé de l'infection au VIH dans l'organisme. Il est le stade le plus avancé de l'infection au VIH comme le souligne Aubry (2017), le SIDA

s'installe dans ce sens progressivement avec la destruction des fonctions des cellules immunitaires des sujets infectés. Après le premier contact avec le VIH, le SIDA peut s'installer entre 2 à 15 ans en fonction des organismes.

Médecins sans frontières(2016) proposent une double définition du SIDA, la première est clinique et présente le SIDA comme la survenue des infections opportunistes dans l'infection au VIH. La seconde est biologique et souligne que le SIDA renvoie à un taux de CD4 du patient  $< 200 / \text{mm}^3$ . Les infections opportunistes dans le cadre du VIH font référence aux pathologies qui s'installent quand le système immunitaire est affaibli par le virus.

## **3.2. THEORIES EXPLICATIVES**

### **3.2.1 Différentes approches et théories**

Les programmes, interventions et activités de réinsertion sociale tirent leur source de différentes approches théoriques. Cette section expose diverses approches ou théories couramment retrouvées dans la littérature scientifique, dont les prémisses de base sont utilisées en réinsertion sociale.

### **3.2.2 La théorie de l'autodétermination de Ryan et Déci 2000**

La théorie de l'autodétermination « postule que tous les individus ont une tendance innée et naturelle à développer un soi de plus en plus élaboré et unifié » qui peut être favorisé ou freiné par l'environnement social. De plus l'autonomie, la compétence et l'appartenance sociale vont faciliter la motivation intrinsèque et l'intégration de la motivation extrinsèque. L'autonomie est augmentée lorsque l'individu agit par intérêt et en cohérence avec ses valeurs. La compétence est « le sentiment d'interagir effectivement avec notre environnement et l'expérience d'exercer nos capacités » L'appartenance sociale permet d'avoir les mêmes sentiments que les autres et un sentiment de sécurité avec les autres. La théorie de l'autodétermination s'est développée en sous-théories chacune associée à processus motivationnel.

La première, la théorie de l'évaluation cognitive explique les effets du contexte social sur la motivation intrinsèque. Si l'activité n'est plus réalisée pour elle-même alors il y aura une diminution du sentiment d'autonomie, car le facteur extérieur va diminuer la motivation intrinsèque. Si le facteur extérieur est perçu comme contrôlant (menace de punitions, compétition, surveillance) alors il y aura aussi une baisse du sentiment d'autonomie et donc

une baisse de la motivation intrinsèque. Le continuum d'autodétermination est la catégorisation des régulations en fonction du degré d'internalisation dans le soi, il ne s'agit pas de stade de développement mais dépend des expériences vécues et du contexte social.

La seconde, la théorie de l'intégration organisatrice porte sur les effets régulateurs de la motivation extrinsèque dans le soi. S'il n'y a aucune régulation c'est que l'individu a une absence de motivation nommé amotivation pour faire une activité. Le type de régulation dépend de son intériorisation dans le soi. Par exemple, une régulation intégrée résulte d'une forte intériorisation et à l'inverse une régulation externe ne résulte pas d'intériorisation mais pour éviter une punition ou pour obtenir une récompense.

La troisième, la théorie des orientations de causalité tient compte des différences individuelles dans l'orientation motivationnel à être autodéterminer. Il existe l'orientation autonome où l'individu régule son comportement en se basant sur ses valeurs et ses intérêts, ce qui correspond à la régulation intrinsèque, à la régulation intégrée et à la régulation identifiée. Avec l'orientation contrôlée, l'individu régule son comportement par obligation ou à cause de pressions, il a donc une régulation introjectée ou externe. L'orientation impersonnelle implique que l'individu se comporte de manière passive, l'individu a une tendance à aller vers l'amotivation.

En conclusion, nous pouvons dire que la théorie de l'autodétermination et des sous théories présente une conception de la motivation intrinsèque et de la motivation extrinsèque au niveau de la dynamique entre l'individu et le contexte social.

### **3.2.2.1 La théorie de l'autodétermination en lien avec notre champ d'étude**

La première théorie en psychologie ayant étudié l'autodétermination comme un concept clé afin de mieux comprendre le fonctionnement des êtres humains est la théorie de l'autodétermination (Déci et Ryan, 2000).

Cette théorie prédominante en psychologie sociale et de la personnalité postule que l'autodétermination (aussi appelé autonomie) est un besoin universel à tous les êtres humains (avec ou sans handicap, de toutes cultures et tous âges) et caractérise également les différents types de motivation. Une personne est autodéterminée lorsqu'elle agit à partir de ses besoins, intérêts, préférences et valeurs propres à elle. Lorsqu'une personne est autodéterminée, elle agit aussi avec volition (de plein gré), elle

se sent à l'origine de ses comportements, elle éprouve un sentiment d'initiative personnelle et un sentiment de cohérence. Le contraire de l'autonomie/autodétermination n'est pas la dépendance, mais plutôt l'hétéronomie, qui consiste à se sentir contrôlé par des forces extérieures au soi ou vécue comme aliénante, par des impulsions/pressions internes ou des pressions extérieures (Déci et Ryan, 2006).

### 3.2.2.2 Importance de la théorie de l'autodétermination

Selon la théorie de l'autodétermination le soutien offert est considéré comme l'un des principaux facteurs déterminant l'émergence de l'autodétermination, aux côtés des capacités de la personne (c'est-à-dire, les habiletés et les attitudes que possède la personne) et des occasions offertes par l'environnement pour les mettre en pratique.

Selon Wehmeyer et Bolding (2001), les interactions sociales et le type de relation qui s'établissent entre l'agent de socialisation qui offre le soutien et la personne présentant un handicap peuvent avoir une influence positive ou négative dans le développement de son autodétermination. Ils soulignent l'importance des caractéristiques de cette relation :

*« Comment les personnes qui offrent le soutien interagissent avec la personne qui le reçoit ? À quel point ces interactions démontrent que la personne ayant un handicap est respectée et valorisée ? À quel point ces interactions encouragent l'indépendance, l'autonomie, respectent ses préférences et promeuvent des opportunités de faire des choix et d'exercer un contrôle sur vie ? »*

### 3.2.3 Théorie de la stigmatisation

La théorie de la stigmatisation, élaborée par le sociologue Goffman (1975), s'appuie le postulat que chaque individu possède deux représentations de son Soi social : une identité sociale virtuelle, qui correspond à la façon dont l'entourage perçoit l'individu, et une identité sociale réelle, qui correspond à la façon dont l'individu se perçoit. Selon Goffman, la stigmatisation varie selon le contexte social dans lequel la personne gravite, et elle se produit quand il y a un décalage entre le Soi social réel et le Soi social virtuel. Dans ce contexte, le

but de la réinsertion sociale est de diminuer le décalage entre les deux « Soi » et d'aider l'individu à ce que son Soi social virtuel devienne en accord avec son Soi social réel.

#### **3.2.4 Approche multi systémique Développée par Bronfenbrenner (1979)**

L'approche multi systémique tire son inspiration de l'interaction biologique de l'écosystème d'une personne pour expliquer les effets des interactions complexes existant entre les différents sous-systèmes (ex. : communautés, familles) sur l'environnement social. Ainsi, chaque sous-système offre les conditions nécessaires à la survie des autres sous-systèmes. Dans cette approche, l'être social n'est pas un individu isolé, car il est un élément du système social en plus d'être transcendé par lui. Cette approche préconise également que le changement d'un aspect dans la vie d'un individu se répercute sur l'ensemble de son système.

Selon l'approche multi systémique, le soutien social pourrait faciliter le changement de conduite en diminuant le stress, en encourageant la motivation, et par l'influence sociale de pairs. Conséquemment, la réinsertion sociale permettrait de créer le soutien social nécessaire à la motivation de l'individu et favoriserait une meilleure estime de soi par la prise de conscience que l'entourage se soucie de lui et croit en sa réussite tout en diminuant les renforcements.

## **DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE**

## **CHAPITRE 4**

### **METHODOLOGIE**

Dans ce chapitre, nous allons aborder les méthodes et techniques d'approche de notre étude. À cet égard, il convient d'expliquer les choix des sites de recherche, stratégie d'enquête sur le terrain, contexte du terrain de la recherche, déroulement des entretiens.

#### **4.1. APPROCHE METHODOLOGIQUE**

Cette étude entend adopter une méthodologie simple pour recueillir les informations auprès des enfants orphelins du sida dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena et plus précisément dans le Centre Dieu Benit où nous nous sommes rendus pour collecter les données. Cette méthode nous a permis d'être en contact avec les enfants orphelins du sida.

Pour cette étude, nous croisons plusieurs techniques en fonction des opportunités du terrain, des difficultés du contexte et de la disponibilité de nos répondants. Notre démarche méthodologique emprunte la technique des entretiens.

Les entretiens plus élaborés ont été possibles grâce à la création d'un certain rapprochement avec les enfants orphelins du sida sur leur situation et connaissance de leur réinsertion sociale. C'est sur cette démarche emprunté que repose essentiellement notre travail.

##### **4.1.1 Explication des choix des sites de recherche**

Le site de l'étude est l'espace dans lequel se déroule une recherche. Nous avons choisi le Tchad et les enfants orphelins du sida du 7<sup>ème</sup> arrondissement parce que nous avons eu l'occasion d'effectuer notre recherche. Nous avons saisi la possibilité de rentrer dans le pays pour y mener notre recherche, afin de développer notre objectivité scientifique par une approche qualitative. Les contextes culturels nous ont permis d'être en interaction avec les participants de recherche. C'est un choix qui permet de faire la différence tant au niveau des analyses que des résultats de la recherche.



Les enfants que nous avons rencontrés présentent des dynamiques pertinentes pour notre analyse. Ils ont traversé une difficulté psychologique après la mort de leur parents et inadaptation à pouvoir s'insérer dans leur nouvel milieu d'accueil.

Sur le plan psychologique après la perte de leur parents, les participants porte en eux le traumatisme, le stress et replis sur soi. Pour connaître il est nécessaire de leur donner la parole, de les laisser raconter se dire et mettre en mots leur propre expérience.

Il convient de dire que nous avons eu la possibilité de visiter le site de notre recherche et que cette recherche n'est pas exhaustive. Toutes fois les différents récits des participants nous ont permis d'identifier une trame d'accompagnement psychosocial. Cette trame nous situe aussi dans la pertinence sociale de cette étude et la nécessité de comprendre la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida.

#### **4.1.2 Présentation du site de recherche**

Orphelinat Dieu Bénit se situe au bout d'un chemin de terre, à l'écart du bruit des klaxons et de la circulation de N'Djamena, contribue à soutenir les mineurs non accompagnés. Il est situé au quartier Gassi dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de la ville de N'Djamena. Délimité au Sud par l'Assemblée Nationale, à l'Ouest par le Camp militaire, au Nord par le quartier Atrone et à l'Est par l'Office Nationale des Examens et Concours (ONECS).

Le centre Dieu Bénit est connu comme un "orphelinat", pourtant, en entrant dans la cour, devant les lourdes portes de fer qui séparent le bâtiment de la route, l'atmosphère change de la grisaille sombre que le mot "orphelinat" évoque. Dieu Bénit, ainsi que d'autres centres d'accueil, émergent des initiatives locales à la suite de l'abandon des mineurs et offrent un soutien aux familles qui ne sont pas en mesure de s'occuper de leurs enfants. L'institut a été découvert en 2011 par une dame de N'Djamena, Nadjimbaidjé Séphora, 57 ans, qui est elle-même devenue très jeune orpheline et était donc disposée à aider ceux qui se trouvent dans la même situation.

Actuellement, l'orphelinat compte 55 enfants, ainsi que 20 autres adolescents, qui font également partie du même projet, tous participants à un programme de réintégration familiale. En plus de la formation professionnelle et des séances de soutien psychologique, le centre fournis également des kits scolaires et créé des initiatives de formation professionnelle. Il y a une salle de classe à l'intérieur de la structure, juste à côté des

chambres. Certains enfants ont encore de la famille, qui a cependant accepté de les envoyer à Dieu Bénit pour les faire étudier et leur offrir de plus grandes opportunités. "Autrefois, c'était une pratique très courante"

La Fondation accueille les enfants âgés entre 5 à 18ans. Le but est de couvrir leurs besoins primaires, et leur apporté toute éducation nécessaire jusqu'à l'âge de 18 ans. De ce fait, chaque enfant termine au moins son parcours scolaire avec une formation professionnelle avant de quitter et voler de ses propres ailes à l'âge de maturité. Elle accueille et prend en charge les enfants orphelins tout en couvrant leur besoins vitaux. Ils grandissent dans un cadre convivial et sain ou ils reçoivent toute l'attention dont ils ont besoin pour leur épanouissement avant d'être réinsérer et devenir des adultes responsables qui contribuent au développement de leur communauté. Elle a pour mission :

- Travailler en faveur des enfants orphelins, abandonnés ou ceux que leur propre famille ne peut pas prendre en charge ;
- Donner à ces enfants la possibilité de créer des relations durables au sein d'une nouvelle famille ;
- Donner aux enfants la possibilité de grandir selon leur propre culture et religion d'origine ;
- Aider les enfants à découvrir et à exprimer leur aptitude, intérêt et talents individuels ;
- Offrir à chaque enfant l'éducation et la formation dont il a besoin pour réussir et devenir un membre actif à la société.
- Répondre aux besoins des enfants et adolescents socialement les plus défavorisés
- Établir des institutions et des programmes destinés à renforcer les familles dans notre entourage et à parvenir l'abandon des enfants

#### **4.1.3 Stratégie d'enquête sur le terrain**

L'enquête proprement dite est menée au Tchad et plus précisément dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement au Centre Dieu Benit. Cette enquête commence par une démarche administrative où nous avons demandé une autorisation auprès du Responsable du Centre qui nous a ensuite donné son approbation.

##### **4.1.3.1 Entretiens**

Vermeersch (2011) définit l'entretien comme un ensemble de pratiques d'écoute basées sur des grilles de repérage de ce qui est dit et de techniques de relances (questions,

reformulations, silences) qui visent à aider, à accompagner la mise en mots d'un domaine particulier de l'expérience en relation avec des buts personnels et institutionnels divers.

Selon Van der Maren (2010), l'entretien porte sur un événement qui s'est déroulé dans le passé, la communication de la chronologie officielle aux informateurs est essentiel avant l'entretien. L'informateur est un personnage important dans l'entretien, s'il n'est pas le personnage le plus important, dans toute recherche scientifique. C'est lui qui détient l'information dont le chercheur a besoin. C'est l'informateur qui décide de mettre à la disposition du chercheur une information de qualité.

L'entretien nous a permis à aider les répondants à formuler dans son propre langage le contenu, la structure de ses actions et sa pensée privée. Pour viser effectivement l'objectif, il est important d'éviter les formulations de questions sous formes d'alternatives.

#### **4.1.3.2 L'entretien semi-directif**

Gauthier (2016. p. 340) indique que :

*« L'entretien semi-dirigé est une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé »*

L'entretien semi-dirigé donne l'accès aux perceptions et aux opinions, il révèle des problèmes plus cachés ou plus difficilement observables, mais préoccupants dans certains secteurs ou segments de la population. Appelé aussi l'entretien individuel, Baribeau et Royer (2012, p. 23) affirment qu'il :

*« Permet de recueillir le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicite, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage sur un objet donné ».*

L'entretien individuel est considéré comme un instrument privilégié pour mettre à jour sa représentation du monde. Contrairement à l'entretien directif, l'entretien semi-directif

n'enferme pas le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies, ou dans un cadre fermé. Il lui laisse la possibilité de développer et d'orienter son propos.

L'entretien est individuel et se déroule dans une salle au Centre Dieu Benit mise à notre disposition après rendez-vous pris avec les participants dudit centre dans un environnement calme à l'abri de toute distraction. Lors de cet entretien, nous nous sommes présentés aux participants et avons énuméré l'objectif de l'étude. Une attention particulière était accordée pour les rassurer quant à l'aspect de la confidentialité de leurs propos. Nous avons encouragé également les participants à poser toutes les questions qu'une participation à la recherche suscitait pour eux. Ensuite à la lumière des précisions apportées, nous les avons rappelé qu'ils sont libres de renoncer à leur participation.

Ainsi, lors de l'entretien, nous avons d'abord demandé au participant de raconter son parcours. Ensuite, nous sommes revenus sur les différents thèmes du guide d'entretien. Par ailleurs, au cours des entretiens, nous avons utilisé les formats A4 et un stylo. Ce dispositif de collecte de données est mis en place au moment de l'entretien. Évidemment, les participants ont été mis au courant de leur utilisation. L'ensemble des données, tant verbales que factuelles, ont été retranscrites sous forme de verbatim à la fin de chaque entretien afin d'être soumises à l'analyse. La durée de l'entretien variait entre 15 minutes et 45 minutes selon la disponibilité du participant.

#### **4.1.5 Contexte du terrain de recherche**

La recherche sur le terrain est une méthode de collecte donnée qualitatives ayant pour but de comprendre, d'observer et d'interagir avec le gens dans leur environnement naturel. Elle nécessite des outils d'études tels que les grilles d'entretien. L'objectif est de comprendre comment un sujet se comporte dans un cadre spécifique afin d'identifier comment différentes variables peuvent interagir avec le sujet.

##### **4.1.5.1 Type de l'étude**

Il existe plusieurs types de recherche en science et notamment, dans les sciences sociales. On peut ainsi citer les recherches expérimentale, descriptive, fondamentale, qualitative, quantitative etc. Chacune d'elles obéit à une logique scientifique qui nécessite parfois des aménagements méthodologiques selon la spécificité du type de recherche sans toutefois rentrer en marge de la dialectique scientifique. C'est en obéissant à ces préceptes méthodologiques que nous disons que notre recherche est de type qualitatif. La recherche

qualitative a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication.

Fernandez et Pedinielli (2006) estiment que recherche qualitative est intensive à ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Elle permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux. Elle s'inscrit dans la recherche clinique, qui est non-objectivant et qui fait appel à la méthode qualitative. En effet, la recherche clinique repose sur l'idée que la situation clinique est la source d'inspiration et le lieu d'élaboration de la recherche. Elle porte une attention particulière à l'engagement de l'observateur et procède à une description minutieuse de la spécificité de la situation en se fondant sur le plan méthodologique, sur des études de cas comme source de connaissance du fonctionnement psychique qui vise à construire en une structure intelligible des faits psychologiques dont un individu est la source.

La recherche clinique permet d'aborder des phénomènes complexes. Son objectif étant de comprendre certains processus et de formuler des significations (Fernandez et Pedinielli, 2006). Évidemment, nous cherchons dans cette étude à appréhender les processus d'accompagnement psychologique dans la prise en charge des enfants orphelins du SIDA en état de réinsertion sociale.

#### **4.1.6 Déroulement des entretiens**

Les entretiens ont lieu pendant une semaine avec les participants retenus après leur soumission aux critères de sélection. Les participants ont toujours eu la possibilité de refuser un entretien et ils étaient libres d'y livrer ce qui leur était possible de dire. La consigne est de verbaliser spontanément l'expérience vécue, telle que le sujet ressent l'envie de le faire, où le préalable narratif n'est pas imposé. Les entretiens ont été menés suivant une grille construite sur les thèmes suivants :

- ✓ Accompagnement psychosocial
- ✓ Réinsertion sociale

L'attitude adoptée face à des sujets en souffrance psychique est celle de l'écoute, en évitant toute suggestion et en gardant la souplesse facilitant la verbalisation des sentiments. En effet, afin de ne pas perturber le déroulement de l'entretien, il a été décidé de laisser le sujet verbaliser ses pensées et parler de son vécu afin d'arriver à mettre en mots ses

représentations. L'attitude adoptée durant l'entretien change selon l'état du sujet durant la verbalisation de son vécu traumatique.

#### **4.2. CADRE OPERATOIRE**

Dans cette partie, nous présentons l'opérationnalisation de la question problème de cette recherche. Elle tente d'expliquer les réalités où sont représentées des variables en présence pour comprendre le contexte, ainsi que les interactions entre et à l'intérieur de ces variables. Les concepts multidimensionnels seront décomposés en dimensions, auxquelles à partir de la revue de la littérature, nous avons listé des mesures et des questions, ce qui nous a permis d'avoir des concepts mesurables. L'instrument de collecte de données est la grille d'entrevue que l'on retrouve à l'annexe. L'hypothèse générale ci-dessus dégage deux types de variables : une variable indépendante (VI) et une variable dépendante (VD).

Ce sont ces deux concepts opératoires variables qu'il faut définir en allant apparaître les modalités, les indicateurs et les indices.

**Notre variable indépendante (VI) d'étude est : accompagnement psychosocial.**

Elle compte trois modalités qui sont :

- ✓ Modalité 1 : accompagnement psychologique
  - Indicateur : perte d'affection
  - Indice : traumatisme
  - Indice : stress
  - Indice : repli sur soi
- ✓ Modalité 2 : accompagnement social
  - Indicateur : assistance sociale
  - Indice : aides alimentaire
  - Indice : soutiens médical
- ✓ Modalité 3 : accompagnement éducatif
  - Indicateur : suivis scolaires
  - Indice : aides aux devoirs

- Indice : cours de répétitions

**Notre variable dépendante (VD) d'étude est:** réinsertion sociale des enfants orphelins du VIH/SIDA

Elle compte trois modalités qui sont :

- ✓ Modalité 1 : réadaptation à la vie sociale
  - Indicateur : réadaptation au nouvel environnement
    - Indice : acceptation
    - Indice : relation avec les autres
    - Indice : climat d'entente avec les autres
- ✓ Modalité 2 : intégration sociale
  - Indicateur : les familles d'accueils
    - Indice : entourage de l'enfant
    - Indice : les centres d'accueils
- ✓ Modalité 3: Réintégration sociale
  - Indicateur: Réhabilitation
    - Indice: logement
    - Indice: éducation et formation
    - Indice: santé et bien être

D'où la structure logique de l'hypothèse générale suivante

**Tableau n°3 : Structure logique de l'hypothèse générale**

<b>VI : Accompagnement psychosocial</b>	<b>VD: Réinsertion sociale des enfants orphelins du VIH SIDA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Accompagnement psychologique</li> <li>❖ Accompagnement social</li> <li>❖ Accompagnement éducatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Réadaptation sociale</li> <li>❖ Intégration sociale</li> <li>❖ Réintégration sociale</li> </ul>

**Tableau n°4: Synoptique récapitulatif des hypothèses et des variables de l'étude**

Hypothèse générale	Hypothèses de recherches	Variable	Modalités	Indicateurs	Indices
Accompagnement psychosocial participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida	<b>HR<sub>1</sub></b> : accompagnement psychologique aide à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida.	<b>VI</b> : accompagnement psychosocial	accompagnement psychologique	Perte d'affection	Traumatisme Stress Repli sur soi
	<b>HR<sub>2</sub></b> : accompagnement social contribue à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida.		accompagnement social	Assistances sociales	Aides alimentaire Soutiens médical
	<b>HR<sub>3</sub></b> : accompagnement éducatif concourt à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida.		accompagnement éducatif	suivis scolaires	aides aux devoirs cours de répétitions
		<b>VD</b> : réinsertion sociale des enfants orphelins du VIH/SIDA	Réadaptation sociale	Réadaptation au nouvel environnement	Acceptation, relations avec les autres, climat d'entente avec les autres
			Intégration sociale	Familles d'accueils	Les centres d'accueils, Entourage de l'enfant
			Réintégration sociale	Réhabilitation	Logement, éducation et formation, santé et bien être



## 4.2.1 Technique d'échantillonnage et échantillon

### 4.2.1.1 Technique d'échantillonnage

Une technique d'échantillonnage désigne le prélèvement d'échantillon selon une procédure spécifiée. L'échantillonnage désigne en statistique les méthodes de sélection d'un échantillon à l'intérieur d'une population. Pour N'da (2015, p. 100), ce sont « les méthodes précises par lesquelles on procède pour trouver l'échantillon d'une étude donnée ». Ce sont les techniques permettant d'extraire de la population accessible les individus devant faire partie de l'échantillon d'étude.

Il consiste à obtenir des informations d'un groupe pour mieux tirer des conclusions sur l'ensemble de la population. La technique d'échantillonnage a pour avantage l'obtention des informations, le moindre coût, réduire les erreurs dans les estimations finales, la rapidité et la portée de l'information.

Il existe deux techniques d'échantillonnage : l'une est probabiliste et l'autre non probabiliste. La première donne la chance à chaque sujet d'être sélectionné et cette chance a une valeur quantitative ; alors que les chances ne sont pas égales dans la deuxième.

Dans le cas précis de notre travail, nous utilisons la méthode d'échantillonnage probabiliste de type aléatoire simple. Selon la technique d'échantillonnage aléatoire simple, la sélection des entités est très objective et les individus sont sélectionnés aléatoirement de la population. À partir des individus sélectionnés, il est possible de fournir une généralisation des résultats sur la population cible.

Nous avons donc choisi comme population cible les enfants orphelins du sida dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena. Dans le cadre de notre étude, nous nous intéressons particulièrement aux enfants orphelins du sida de la fondation Dieu Benit. Par conséquent, nous avons appliqué la technique d'échantillonnage aléatoire simple pour choisir les enfants orphelins du sida qui ont pris part à cette étude.

Cette méthode d'échantillonnage se justifie par le fait que l'étude ne prend pas en compte tous les enfants orphelins du sida du 7<sup>ème</sup> arrondissement de la ville de N'Djamena. Par conséquent, l'étude ne concerne pas non plus tous les enfants orphelins du sida de cet Arrondissement. Cette méthode d'échantillonnage que nous avons utilisé est très sélective et vise très exactement une population précise à étudier. Nous ne prenons pas au hasard les

enfants orphelins du sida, nous les ciblons et sollicitons leur consentement éclairé et nous les invitons à passer l'entretien.

#### **4.1.2.2 Échantillon**

« Un échantillon est un groupe relativement petit et choisi scientifiquement de manière à représenter le plus fidèlement possible une population » (N'da, 2015, pp.100-102). Ainsi, au lieu d'examiner l'ensemble de la population, on étudie une partie ou un sous-ensemble de cette population qui est représentatif et à partir duquel on peut tirer des conclusions pour l'ensemble de cette population. Il désigne aussi le groupe de sujet tiré à partir duquel les recherches vont être faites et les résultats inférés sur la population totale.

Dans le cas présent de notre étude, nous avons pris un échantillon de 05 participants. Nous travaillons spécifiquement avec les enfants orphelins du sida de la fondation Dieu Benit dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de la ville de N'Djamena. L'étude ne contient pas plusieurs types de participants, ce qui nous permet d'éviter de former un groupe de participants et d'indiquer comment seront constitués ces groupes.

### **4.2.2 Méthodes d'analyse des données de recherche**

Ce titre a pour objectif d'expliquer notre cheminement dans le processus d'analyse des données recueillies. Il obéit au modèle double entrée car, il présente en premier la constitution des données et, en second, la technique d'analyse utilisée. En effet, l'analyse des données en recherches qualitatives est très importante et c'est le moment le plus crucial puisque c'est dans cette partie que les résultats vont émerger. Ainsi, pour procéder à l'analyse des entretiens que nous avons réalisés, nous avons fait le résumé de chaque entrevue. Pour l'analyse des données, nous avons utilisé la méthode qualitative en s'appuyant sur l'idée que l'analyse des données et des résultats procure la qualité d'être intelligibles et interprétables.

#### **4.2.2.1. La constitution des données de l'étude**

La première étape de notre processus d'analyse a d'abord consisté à rassembler toutes les données recueillies susceptibles de répondre à notre question de recherche en lien avec les variables de notre modèle conceptuel. Il s'est agi pour nous d'une période de pré-analyse ayant pour but de vérifier que l'ensemble de nos données forme le corpus de notre recherche ou si l'on veut, l'ensemble du matériel à analyser pour reprendre.

Pour Deslauriers et Hurtubise (2007), cette étape est celle qui consiste à de décontextualiser et de déconstruire les données afin d'obtenir des unités comparables. Notre travail ici englobait la retranscription des données c'est-à-dire, faire d'abord une transcription sur papier pour chaque entrevue (verbatim). Nous avons veillé à ce que ce travail soit minutieusement élaboré, permettant de rassembler les données des cinq (5) entrevues que nous avons codifiées en sous-catégories de manière congruentes avec nos variables et suivant les modèles théoriques interprétatifs.

#### **4.2.2.2. La technique d'analyse des données**

La méthodologie est la posture épistémologique c'est-à-dire hypothético-déductive.

Notre recherche repose sur une méthode qualitative compte tenu de ce que dans notre démarche, nous avons des participantes en nombre limités.

Les données qualitatives que nous avons recueillies par le biais de guide d'entretiens semi-dirigé de cinq (5) participants sont analysées par différentes stratégies de thématisation des guides d'entretiens pour les enfants orphelins du sida pour répondre à notre objectif de recherche.

#### **4.2.2.3 La grille d'analyse**

La grille d'analyse est un instrument qui possède habituellement plusieurs dimensions, chacune permettant d'examiner l'objet de l'analyse sous un aspect différent. La grille d'analyse permet de recueillir des éléments d'information de manière organisée. Ainsi, dans le cadre de notre recherche, pour analyser nos données collectées à l'aide de notre guide d'entretien, nous nous sommes servis de l'analyse de contenu. Pour réaliser cette opération, nous avons procédé à l'analyse de contenu directe. Ce modèle d'analyse de contenus directs repose sur le fait que le chercheur se contente de prendre le sens littéral de la signification de ce qui a été étudié. Ce cadre peut être établi à priori et se fonder sur les catégories selon lesquelles on regroupera les unités d'informations que l'on s'attachera à extraire de la parole de nos répondants.

Les données qualitatives se présentent sous la forme de textes (de mots, phrases, expression du langage, ou d'informations symboliques, gestes, ton de la voix, impressions...). Elles peuvent correspondre à une retranscription d'une interview, à des notes d'observations sur le terrain, à des documents écrits de nature diverse (récits, compte-rendu, réponses à des questions). Selon les objectifs d'étude, ces données sont destinées, une fois analysées, à

documenter, à décrire et à évaluer en détail une situation, un phénomène ou une décision, à comparer, à mettre en relation et à en expliquer les causes, à prédire les comportements et les facteurs de succès et d'échecs.

## **CHAPITRE 5**

### **ANALYSE DES DONNEES**

Dans ce chapitre il s'agit, après la collecte des données, de les mettre en forme afin de les rendre lisibles et faciliter la compréhension des résultats. Cette section présente en premier lieu le profil des trois jeunes garçons et se termine avec la présentation des deux filles répondantes. Rappelons que tous les noms propres apparaissant à l'intérieur de ce mémoire sont fictifs afin de préserver l'anonymat et la confidentialité des informations révélées par les répondants.

#### **5.1. RESTITUTION DES RECIS DES PARTICIPANTS**

La recherche s'est appuyée sur cinq cas : Djimet, Masbo, Absakine, Fatimé, Remadji

##### **5.1.1 Cas Djimet**

###### **5.1.1.1 Profil de répondant**

Age : 15 ans

Age au moment du décès d'un ou de deux parents : 9ans

Sexe : masculin

Nombre de milieu de vie fréquenté : 1

Relation avec la fratrie : grand-mère et deux petites sœurs

Niveau scolaire : 5<sup>e</sup>

Djimet est âgé de 15 ans. Ses parents sont décédés lorsqu'il avait 9 ans. Au décès de ses parents, il a été recueilli par sa grand-mère. Il a été identifié comme OEV depuis deux ans. Son milieu de vie était composé de neuf membres, dont trois enfants. Djimet avait des relations avec ses deux petites sœurs. Il n'a aucun contact avec le reste de la famille élargie et ne connaît pas la raison de l'absence de relation, mais il souhaite en avoir. Il fréquente l'école et il est au secondaire. Il sait lire et écrire et parle l'arabe et le français. Il n'a pas appris de petit métier et ne souhaite pas poursuivre ses études, car il veut aider sa grand-mère. Par contre, il souhaite développer des compétences dans un métier, celui de mécanicien à engin à deux roues. Il n'a pas de buts fixés et a comme rêve de devenir quelqu'un. Il n'entretient pas

de relation amoureuse et n'a jamais reçu de conseil sur le VIH/SIDA, et les ITSS. Djimet ne se sent pas discriminé par son statut d'orphelin de sida et n'a pas la perception que le fait que ses parents soient décédés du sida lui porte préjudice. Djimet souhaite comme service une prise en charge totale, car souvent les petites maladies ou autres traitements ne sont pas prises en charge.

## **5.1.2 Cas Masbo**

### **5.1.1.2 Profil de répondant**

Age : 15 ans

Age au moment du décès d'un ou de deux parents : 13ans

Sexe : masculin

Nombre de milieu de vie fréquenté : 1

Relation avec la fratrie : deux frères

Niveau scolaire : CM1

Masbo est âgé de 15 ans. Ses parents sont décédés lorsqu'il avait 13 ans. Depuis le décès de ses parents, il vit avec ses grands-parents. Après enquête, il a été identifié et placé dans un centre d'accueil depuis un an. Son milieu familial était composé de dix membres, dont un enfant. Il a des relations avec ses deux frères environ une fois par mois et il aimerait bien en avoir davantage. Masbo fréquente l'école et est en 5e année du primaire. Il sait lire et écrire et parle l'arabe et le français. Masbo souhaite poursuivre ses études. Il n'a pas appris de petit métier, il veut développer des compétences dans le métier de mécanicien. Il n'a pas d'emploi et sa principale occupation c'est l'école. Masbo n'a jamais eu de relation amoureuse et il n'a pas reçu de conseil concernant le VIH et ITSS. Son but est de réussir à l'école et d'aider ses grands-parents. Son rêve est de réussir et d'aider les autres enfants vulnérables. Il a la perception qu'un orphelin n'a pas les mêmes droits qu'un autre enfant, voici ses propos : « *les enfants sont plus affectifs quand ils vivent avec leurs parents* ». Il ne se sent pas discriminé par son statut d'orphelin et il n'a pas la perception que le fait que ses parents soient décédés du sida lui porte préjudice. Il souhaite que toutes personnes de bonne volonté, le gouvernement, les organismes leurs viennent en aide. Les services psychosociaux et éducatifs reçus sont l'aide médicale, la prise en charge de besoin de base etc.

### 5.1.3 Cas Absakine

#### 5.1.1.3 Profil de répondant

Age : 13 ans

Age au moment du décès d'un ou de deux parents : 6ans

Sexe : masculin

Nombre de milieu de vie fréquenté : 2

Relation avec la fratrie : un frère et une sœur

Niveau scolaire : CE1

Absakine est âgé de 13 ans. Ses parents sont décédés lorsqu'il avait 6 ans. Il a changé plus d'une fois de milieu de vie. Au moment de l'étude, il est identifié comme OEV depuis un an. Il est accueilli par un conseiller psychosocial dans le centre d'accueil. Il dit ressentir une ambiance familiale dans son milieu de vie actuelle et il appelle son tuteur oncle. Son milieu de vie était composé de 16 membres, dont quatre enfants. Il a des relations avec la fratrie, un frère et une sœur lors des vacances et il souhaite avoir plus de contact avec eux. Absakine fréquente l'école, il est en 3e année du primaire. Il sait lire et écrire et parle l'arabe. Il n'a pas appris de petit métier et n'a pas d'emploi. Sa principale occupation c'est le football. Son but est de développer des compétences dans le métier de menuisier afin de réaliser son rêve de pratiquer ce métier. Il se sent discriminé par son statut d'orphelin, il a la perception que le fait que ses parents soient décédés du sida lui porte préjudice, voici son explication : « la peur ». Il a aussi la perception qu'un orphelin n'a pas les mêmes droits qu'un autre enfant, voici comment il l'exprime : « *on a besoin d'avoir ses parents avec soi* ». Il n'entretient pas de relation amoureuse et n'a jamais reçu de conseil sur le VIH/SIDA et les ITSS. Au moment de l'étude, il souhaite bénéficier des services d'accompagnement et la prise en charge par les différents organismes et de l'aide venant des autorités et autres.

## 5.1.4 Cas Fatimé

### 5.1.1.4 Profil de répondant

Age : 16 ans

Age au moment du décès d'un ou de deux parents : 8ans

Sexe : féminin

Nombre de milieu de fréquenté : 1

Relation avec la fratrie : une petite sœur

Niveau scolaire : CM1

Fatimé est âgée de 16 ans. Ses parents sont décédés lorsqu'elle avait 8 ans. Elle vivait dans la famille élargie maternelle avant d'être identifiée et appui comme OEV depuis 2 ans dans le centre d'accueil. Son milieu de vie était composé de 23 membres, dont 16 enfants. Elle a des relations régulières avec sa petite sœur. Elle aimerait bien avoir plus de contact avec la famille élargie et sa sœur. Fatimé ne fréquente pas l'école, mais elle y est allée pendant huit ans. Elle dit avoir arrêté l'école à cause d'un problème de frais de scolarité. Fatimé sait lire et écrire et parle l'arabe. Elle a déjà appris un petit métier, celui de la couture et travaille présentement dans ce domaine. Elle souhaite renforcer ses capacités et développer de nouvelles compétences en couture. Son but est de pratiquer la couture et elle rêve d'être autosuffisante pour subvenir aux besoins de sa famille. Fatimé a déjà eu une relation amoureuse, mais elle n'entretient aucune relation au moment de l'étude. Elle a reçu de conseil sur les ITSS et le VIH/SIDA, mais on ne lui a jamais parlé de moyens de contraception. Elle mentionne se sentir souvent seule : « *je médite le plus souvent à mes deux parents* ». Fatimé exprime qu'elle se sent discriminée à cause de son statut d'orpheline, voici ses propos : « *je me considère souvent inférieure aux autres en certaines circonstances* ». Par contre, elle n'a pas la perception que le fait que ses parents soient décédés du sida lui porte préjudice. Elle a bénéficié quelques fois des services des organismes locaux de N'Djamena. Selon elle, ce qui est le plus aidant, c'est le don des vivres et des vêtements. Il y a un service qu'elle souhaiterait bénéficier, voici ses propos : « *surtout un appui financier pour mon autonomisation dans le cadre de mon métier de couturière* ».



## 5.1.5 Cas Rémadji

### 5.1.1.5 Profil de répondant

Age : 17 ans

Age au moment du décès d'un ou de deux parents : 12 ans

Sexe : féminin

Nombre de milieu de fréquenté : 1

Relation avec la fratrie : oncle et tante

Niveau scolaire : 0

Rémadji est âgée de 17 ans. Ses parents sont décédés du sida lorsqu'elle avait 12 ans. Avant leur décès, ils étaient très malades surtout la mère. Ils n'avaient pas d'activités (emplois) fixes, leur revenu était circonstanciel. Après leur décès, elle a été prise en charge par la famille élargie. Elle est identifiée et appui comme OEV depuis 3 ans. Son milieu de vie était composé de 21 membres, dont 8 enfants. Rémadji a des relations avec des oncles et tantes au village et dans les autres quartiers de N'Djamena. Elle n'a jamais fréquenté l'école, elle ne sait ni lire ni écrire et parle le Ngambay et l'arabe. Elle a appris un petit métier, celui de tresser les cheveux. Elle souhaite développer des compétences dans le métier de tailleur-couturier. Elle a comme but d'avoir un travail et de se marier. Son rêve est de réussir dans la vie et d'être autonome. Rémadji mentionne être victime de mauvais traitements dans la famille, voici ses propos : « *oui, par le mari de ma tante, il me stigmatise à cause de mon statut d'orphelin du sida* ». Elle se sent discriminée par son statut d'orpheline du sida, elle pense qu'un orphelin n'a pas les mêmes droits qu'un autre enfant : « *les sentiments sont différents* ». Rémadji a la perception que le fait que ses parents soient décédés du sida lui porte préjudice : « *cela m'a fait beaucoup de mal quand j'ai su que mes parents sont décédés du sida et que je vis la même chose* ». Elle souhaite bénéficier de certains services des organismes locaux tels que la prise en charge alimentaires et bien autres pour son autonomisation.

À la suite de l'illustration des profils des enfants interviewés, nous allons examiner les éléments de réponse reçus à propos de leur réinsertion sociale.

## 5.2. ANALYSE DES ENTRETIENS DES PARTICIPANTS

Cette partie présente les résultats concernant l'accompagnement psychosocial souhaité, la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida et les conséquences psychosociales du VIH/SIDA sur ces enfants orphelins du sida.

### 5.2.1 Accompagnement psychologique

Dans cette section sur l'accompagnement psychologique, les résultats obtenus relativement à la perte d'affection, stress ressenti et l'isolement sont présentés.

#### 5.2.1.1 Un manque d'affection ou une absence parentale marquée

Deux enfants orphelins du sida participants n'ont pas la perception d'avoir les mêmes droits qu'un autre enfant. Autrement dit, ils se perçoivent différemment des autres enfants. Ils soulignent l'absence de leur parent et le manque d'affection qui en découle. À la question, penses-tu qu'un orphelin a les mêmes droits qu'un autre enfant, ils ont répondu ces propos :

*« Non, car les enfants sont plus affectifs quand ils vivent avec leurs parents » (Masbo) (M)*

*« Non, on a besoin d'avoir ses parents avec soi » (Absakine) (M)*

#### 5.2.1.2 Stress ressenti

Les données recueillies au moment de l'étude indiquent que ces enfants ressentent du stress. Pour les cinq enfants orphelins de notre échantillon, il y a présence de stress. Le stress face à leur situation en général semble se manifester à l'égard de certaines situations ou pensées. Pour certains enfants, le stress semble être lié à leur solitude ou à l'isolement. L'accompagnement consiste à mieux concilier l'individu et son environnement, le rendre plus cohérent, plus harmonieux, dans le but de favoriser un changement qui améliore son bien-être. C'est un domaine centré sur l'individu, qui entend prendre en compte sa singularité, ses particularités et sa dimension d'acteur, mais ne cherche pas à l'isoler de son environnement

Le domaine d'accompagnement renvoie sur les principes suivants :

- Il favorise l'écoute et la prise d'initiative de la personne aidée ; prioritairement à l'intérieur de l'écosystème du sujet ;
- Il tend à valoriser ses potentialités (psychologiques, physiques, intellectuelles) ;
- Il tend à renforcer ses relations aux autres et à son environnement ;

- Il constitue un processus vivant et itératif qui s'inscrit dans une période déterminée, mais qui se meut et s'adapte selon les changements survenus au cours de sa mise en œuvre et repose sur une posture flexible de dialogue et d'appui-conseil pour le sujet.

L'accompagnement induit donc un engagement réciproque entre les personnes qui reposent sur l'acceptation, de part et d'autre, d'un cheminement commun sur une période à déterminer. La démarche se doit d'être itérative, tant du côté de l'accompagné que de l'accompagnant. Ainsi, conformément au principe de non-discrimination, tous les enfants orphelins du sida ont le droit d'être protégés. A cet égard, il est fondamental que la cohésion sociale demeure au cœur de la conception des projets de réintégration et de réinsertion en faveur de ces derniers.

### **5.2.1.3 Sentiment de solitude vécue**

Dans cette étude, deux participants ressentent souvent de la solitude, les trois en ressentent rarement ou presque ressentent jamais. Il n'a pas été possible de préciser à quel facteur ce sentiment de solitude est lié. Ainsi, la solitude ressentie par les enfants peut-être en lien avec le décès des parents (deuil), la séparation avec la fratrie ou autre membre significatif de la famille.

## **5.2.2. L'accompagnement social**

L'accompagnement social trouve ses racines dans la philosophie du développement social pour traiter des facteurs de risques conduisant à l'isolement, à la perte d'autonomie, au mal être, au mal logement.

### **5.2.2.1 Assistances sociales**

#### **a) Aides alimentaires, logement et habillements inadéquat**

Se nourrir est un autre besoin de base essentiel à la survie. Les enfants mentionnent manger une ou deux repas par jour. Cependant, ces repas sont rarement diversifiés, la plupart d'entre eux mangent le couscous maïs ou mil une ou deux fois par jour. Même si ces enfants orphelins du sida répondants n'ont pas mentionné être victimes de malnutrition ou avoir connu une pénurie alimentaire au sein de leur famille élargie ou autre système familiale, on constate que leur alimentation reste minimale. Ces résultats montrent que les orphelins du sida sont mal nourris. Selon la Banque Mondiale (2005), les OEV font souvent face à une sous-alimentation ou sont victimes de malnutrition et certains auront une croissance ralentie, ils subissent un déclin de l'accessibilité à de la nourriture et à des soins de santé.

Tous les 5 participants enfants orphelins du sida ont un toit. Cependant, ils n'ont pas tous les mêmes conditions d'hébergement. Ils partagent tous la chambre ou la pièce avec d'autres personnes. Les résultats de notre étude montrent que ces enfants orphelins du sida demeurent donc vulnérables à l'égard de leurs conditions de logement.

Selon la hiérarchisation des besoins fondamentaux de Maslow, se vêtir est un besoin physiologique. Pourtant, c'est près de la moitié des répondants à l'étude qui n'ont pas de vêtements et de chaussures en bon état. Rappelons que dans la présente étude « en bon état » signifie, pas trop déchiré, de bonnes tailles, les uniformes pour l'école si nécessaire. Les résultats obtenus sont comparables à d'autres études, soit que les besoins au niveau vestimentaire semblent insatisfaits pour plusieurs enfants orphelins du sida. Selon la Banque Mondiale (2005), les vêtements que portent les OEV sont habituellement les vieux vêtements des autres enfants, ils sont plus souvent sales et déchirés. Selon Brazzaville, Dzalamou, Mboussou, Mkaya, Puruehnce et Salami (2006), les enfants rendus orphelins par le sida sont souvent mal nourris, mal vêtus et insuffisamment scolarisés.

#### **b) Suivis sanitaires**

Cette étude permet de constater que les enfants ont la perception d'être en bonne santé et d'autres ne pensent pas être en bonne santé. Pourtant, les données recueillies montrent que les enfants sont tous séronégatifs. Ainsi, les résultats de la présente étude montrent que les répondants mentionnent avoir accès aux services de santé. Selon la Banque Mondiale (2005, p. 96), à la suite du décès d'un ou des parents, ces enfants vivent un manque de soin en général, ils subissent un déclin de l'accessibilité à de la nourriture et à des soins de santé. Cette étude précise que :

*« Cette situation réduit l'accessibilité de ces enfants aux services sociaux de base (santé, éducation, logement, alimentation) aux orphelins demeure un facteur de risque pour la sécurité et le développement de ces derniers »*

#### **5.2.3. Accompagnement éducatif**

L'accompagnement éducatif concerne les domaines tels que (aides aux devoirs, pratiques culturelle et artistique, activités sportives) sur un temps scolaire. La mise en œuvre de l'accompagnement éducatif a lieu en respectant les dispositifs mis en place par les écoles primaires et collèges afin d'éviter les déperditions des élèves.

### 5.2.3.1 parcours scolaire difficile

On remarque que trois répondants n'ont pas complété leur primaire, une autre répondante qui n'a pas été à l'école c'est-à-dire qu'ils ont une scolarité inférieure à la 6e année du primaire. Aussi, ils ont fréquenté l'école de façon périodique due à la situation socioéconomique de leur famille. Mentionnons, en outre, que les données concernant le niveau de scolarité ne sont pas toujours faciles à obtenir ; en effet, il est difficile de connaître avec précision le niveau de scolarité atteint par les participants, parce qu'ils l'ignorent eux-mêmes quelquefois. Ils connaissent le nombre d'années pendant lequel ils ont fréquenté l'école, mais pas nécessairement leur niveau de scolarité. Les cinq répondants mentionnent avoir des difficultés d'apprentissage relativement à l'école. Autrement dit, c'est difficile pour eux d'aller à l'école. De plus, la fréquentation scolaire des répondants semble souvent irrégulière et ils redoublent des années. Rappelons que les enfants orphelins du sida participants à l'étude sont tous âgés de 12 à 17 ans. Quatre d'entre eux ont atteint au moins niveau du primaire, c'est-à-dire entre la première à la sixième année.

Les enfants au Tchad commencent généralement la première année à 5 ans, ainsi au moment du primaire les enfants ont généralement 5 à 12 ans. Un autre constat est que le nombre d'années de scolarisation réussie et le taux de complétion du primaire parmi ces enfants participants est très faible.

### 5.2.3.2 Discrimination et scolarité

Dans cette étude, les filles sont moins nombreuses que les garçons à fréquenter l'école. L'une des jeunes participantes n'a jamais fréquenté l'école. Les quatre répondants affirment savoir lire et écrire, tandis qu'une jeune fille mentionne être analphabète.

Les filles qui ont accès à l'école semblent donc arrêter leur scolarité de manière précoce pour soit aider la famille dans les tâches à la maison ou pour un emploi informel. La jeune fille qui mentionne être analphabète et qui ne fréquente plus l'école évolue dans des ménages plus pauvres. L'une d'entre elles a appris un « petit métier » comme emploi informel afin d'aider la famille. Ces données indiquent qu'il y a plusieurs facteurs (économique, social et culturelle) qui restreignent l'accès des filles à la scolarisation. L'une des filles qui a arrêté sa scolarisation mentionne comme raison d'abandon scolaire, l'impossibilité de payer les frais scolaires. Sur les cinq répondants, il y a seulement une répondante qui n'a aucuns frais de

scolarité. Ainsi, les frais scolaires semblent être encore l'une des raisons pour lesquelles une jeune fille ne fréquente pas l'école et que les autres y vont en alternance.

#### **5.2.4 Réinsertion sociale des enfants orphelins du sida**

Les personnes vulnérables, sans mixité sociale et sans responsabilité d'autrui sont davantage touchées que les autres par le non-recours à cause d'un repli sur soi plus prononcé.

Il apparait ici la notion de qualité relationnelle, qui se définit par conséquent dans la capacité à maintenir un va-et-vient vertueux entre liaisons et déniaisons. Solitude et interactions avec les autres se vivent par alternance : la régularité et la qualité de chacun décèlent deux temps conditionnent un processus d'individualisation réussi et la formation d'une pensée libre. Lorsque le manque de mixité sociale dure, que l'on ne peut en sortir, elle contribue à la perte des repères nécessaires à un retour en relations. C'est le cas de Djimet qui dit : « Nous ne collaborons pas trop dans ce centre ».

En effet les travaux du sociologue Paugam (1995) invitent à ne pas séparer les liens qui relient les individus entre eux des liens qui les unissent à la société toute entière. Ils distinguent quatre types de liens sociaux : la filiation (entre parents et enfants), la participation organique (entre acteur de la vie professionnelle), la citoyenneté (entre membres d'une même communauté politique) et la participation élective (entre proches choisis : voisinages, amis, associations...). C'est au sein de ces quatre lieux sociaux intégratifs que se réalise l'inclusion des personnes dans la société. Ils sont indispensables à tout individu :

*« Non seulement pour assurer sa protection face aux aléas de la vie, mais aussi pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son existence en tant qu'homme ».* Paugam (1995, p. 16)

Ainsi, protection et reconnaissance forment les deux dimensions que l'on retrouve dans chaque type de liens sociaux.

Le fait d'exercer une activité est un des espaces intégrateurs le plus structurant de notre société. Il permet de gagner sa vie et son autonomie mais aussi de partager des expériences, de s'impliquer dans des activités, de se sentir utile et reconnue par les autres et d'acquiescer un statut qui donne une place dans la société. Il favorise le sentiment d'appartenance à un groupe, la constitution d'une conscience collective et de solidarités.

De manière générale, un projet socialement durable devrait permettre un accès juste aux ressources matérielles, socio-affectives et cognitives pour les personnes vulnérables ou marginalisés.

#### **5.2.4.1 Insertion socioprofessionnelle**

Parmi les répondants, ce sont les deux filles qui ont fait l'apprentissage d'un petit métier. Les formations pour un « petit métier » sont souvent données de manière informelle, le jeune devient apprenti pendant un temps, il travaille donc gratuitement pour quelqu'un afin d'apprendre les rudiments d'un « petit métier ». D'autres apprennent à faire certaines activités comme la vente d'objet, tresser les cheveux, et ils en font leur métier. Les « petits métiers » ou activités génératrices de revenus appris ou en cours d'apprentissage par les répondantes sont : la couture, tresser les cheveux, Ce sont tous des emplois ou activités génératrices de revenus de nature informelle.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'insertion socioprofessionnelle des enfants orphelins du sida peu scolarisés pose un défi pour eux et la société tchadienne. Un autre constat est que ces enfants risquent d'être restreints à des « petits métiers » ou des activités génératrices de revenus de nature informelle les maintenant dans des conditions de vie précaires. De plus, même si les données recueillies permettent de constater que la plupart des répondants manifestent le désir de développer des compétences dans un « petit métier » afin d'assurer leur avenir, il n'y a que deux répondantes qui ont eu accès à ce type d'apprentissage. Ainsi, il est possible de constater un besoin au niveau de la scolarisation et de la formation pratique ou professionnelle des enfants orphelins du sida du Tchad.

#### **5.2.5 Conséquences du VIH/SIDA sur ces enfants orphelins du sida**

On observe un impact du VIH/SIDA sur les enfants orphelins du sida à la suite du décès de ses parents à plusieurs niveaux. Cette section présente les résultats concernant les conséquences du VIH/SIDA sur ces enfants. Il est question de rejet, la discrimination et la stigmatisation vécus et les sentiments à l'égard de leur situation en général.

##### **5.2.5.1 Le rejet, la discrimination et la stigmatisation**

Ces cinq enfants orphelins du sida et leurs familles sont souvent et malheureusement, étiquetés et marginalisés, car il existe encore trop de perceptions négatives et de tabous entourant le VIH/SIDA. Deux orphelins participants à l'étude ressentent le poids de la stigmatisation et de la discrimination à la suite du décès de leurs parents par le sida.

**a) Sujet de fausses croyances, peur et honte**

Le VIH/SIDA reste une maladie de la honte, la peur et les fausses croyances de la part de l'entourage diminuent la compréhension de la maladie et la compassion envers les personnes affectées et infectées.

Pour une autre répondante, c'est le fait que ses parents soient décédés du sida qui lui porte préjudice étant donné que le sida est encore vu comme une maladie de la honte et est lié à la peur au sein de la communauté tchadienne. Ce sentiment de peur ressenti peut être lié à la maladie vécue par ses parents, mais aussi à son statut sérologique et à la discrimination qui en découle.

**b) Sentiment d'infériorité et se discriminer soi-même**

Il n'y a pas seulement les communautés et les individus qui semblent apposé une étiquette sur ces enfants, ces derniers ont intériorisé ces étiquettes, ils s'identifient eux-mêmes à celles-ci et se perçoivent de manière négative comparativement aux autres enfants. Les propos d'une répondante sont éloquentes en ce sens : « *Je me considère souvent inférieure aux autres en certaines circonstances* » (Fatimé) (F)



## **CHAPITRE 6**

### **INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION**

Ce chapitre a comme visée d'interpréter et discuter des résultats de la présente étude en fonction des questions de recherche. Rappelons que le but de cette étude est de comprendre que l'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena.

#### **6.1 INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION**

Précisions que de par notre échantillon spécifique et les différences quant aux définitions que l'on retrouve dans la littérature, nous ne disposons que peu d'éléments des résultats. La majorité des résultats disponibles concernent exclusivement les orphelins du sida de père et de mère. Cette recherche vise de faire une percée scientifique pour mieux comprendre cette problématique spécifique.

##### **6.1.1 Accompagnement psychologique**

###### **b) Stress ressentis**

Les résultats obtenus permettent de constater que les enfants ressentent du stress. Le stress semble se manifester à l'égard de certaines situations ou pensées. Pour un répondant, c'est à la pensée des parents décédés, pour d'autres, c'est lorsqu'ils pensent à la maladie (VIH) ou encore le stress semble aussi être lié à leur solitude ou à l'isolement. Ces résultats concernant la présence de stress chez les répondants ne permettent pas d'aller aussi loin que ce que suggèrent les autres études par rapport à ce qui engendre le stress vécu par les orphelins du sida.

Selon Bor et Duplessis (1998), l'évolution lente et souvent imprévisible des maladies liées au sida constitue une source de stress chez les enfants. Dans une étude effectuée au Congo, pour les répondants reçus en consultation psychologique, un peu plus du tiers (39,4%) vivent un stress post-traumatique caractérisé par la reviviscence des scènes traumatiques liées à la souffrance psychique des parents, par des symptômes d'évitement des stimuli qui

rappellent la souffrance ou la mort de leur parent. Ces troubles psychologiques ont été significativement plus observés chez les orphelins des deux parents.

Martin (1998) a émis l'hypothèse selon laquelle certains enfants qui ont vécu les souffrances et 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 la guerre ou des catastrophes naturelles. Dans cette étude, nous avons pu seulement effleurer le stress vécu par les répondants, cette variable aurait avantage à être explorée davantage dans des études ultérieures.

#### **a) Solitude vécue**

Selon les résultats obtenus, plusieurs répondants ressentent souvent de la solitude. Cette solitude peut être liée aux décès de leurs parents (deuil), à la séparation avec la fratrie ou avec d'autres membres significatifs de la famille, ou à de l'isolement dans le milieu de vie.

Nos résultats concernant le sentiment de solitude vis-à-vis de leur statut d'orphelin de sida confirment ceux que l'on retrouve dans une étude effectuée au Kenya qui avait pour objectif de recueillir la réaction des enfants affectés par le VIH par rapport à la stigmatisation et l'isolement dont ils faisaient l'objet de la part de la communauté. Ainsi donc, la perte des parents dans l'enfance et dans certains cas la séparation avec la fratrie sont d'autres facteurs de risque pouvant compromettre le développement et l'adaptation chez les orphelins de père et de mère du sida. Deux répondants ne ressentent pas souvent de la solitude (rarement) parce qu'ils ont trouvé des substituts dans leur entourage.

#### **6.1.2 Accompagnement social**

Le réseau familial étendu peut être une source de soutien pour ces enfants et devenir un facteur de protection. Les familles africaines et plus particulièrement celle du Tchad sont souvent très grandes, la plupart des enfants sont logés dans de grandes familles, ce qui contribue pour certains à étendre leur réseau familial.

Le réseau familial étendu peut être une source de soutien social pour ces orphelins du sida et devenir un facteur de protection. Les familles tchadiennes sont souvent très grandes, la plupart de ces derniers sont logés dans de grandes familles avant d'être identifié et logés dans un centre d'accueil, ce qui contribue pour certains à étendre leur réseau familial. Ils ne sont pas isolés, ils sont relativement entourés d'adultes et d'autres enfants, même si cet entourage

n'est pas d'un soutien de proximité pour ces orphelins. Même si le réseau familial ou d'accueil n'est pas toujours soutenant, il demeure une ressource sur le plan matériel sur laquelle le jeune peut compter pour survivre.

Les répondants ont tous un substitut parental, les parents substitués peuvent davantage répondre à certains besoins affectifs et psychologiques des jeunes que des institutions ou orphelinats qui manquent souvent de personnel. Ils peuvent fournir aux enfants de l'affection, de l'attention, un sentiment d'identité personnelle et des relations sociales. En ce sens, selon ONUSIDA, UNICEF et USAID (2004), dans la plupart des pays en développement, la famille élargie et la communauté restent les filets de protection sociale les plus importants, et l'absence de liens avec ces systèmes de soutien accroît considérablement la vulnérabilité à long terme d'un orphelin. Cependant, certains jeunes vivent des difficultés avec le système familial. Certains expriment vivre de la solitude, de l'isolement ou du rejet malgré la présence d'un réseau familial. D'autres n'ont personne à qui se confier même si des membres de la famille sont disponibles.

Les résultats obtenus montrent que les répondants ont au moins une personne de confiance dans leur entourage et une personne-ressource à qui se référer en cas de besoin. Presque toutes les personnes de confiance font partie du système familial. Cependant, les résultats montrent aussi que trois répondants n'ont personne à qui se confier. Certains participants semblent donc ne pas avoir personne à qui exprimer ses sentiments. En ce sens, selon Glorion (2003), pour les aider et les accompagner, il est essentiel qu'on leur donne la possibilité d'exprimer leurs sentiments sans crainte de déranger, alors même et surtout que la mort d'un parent les prive d'une grande partie de cette possibilité.

### **6.1.3 Accompagnement éducatif**

#### **6.1.3.1 Parcours scolaire difficile**

À la lumière des résultats, il est possible de constater que la plupart des répondants n'ont pas complété leur primaire, c'est-à-dire qu'ils ont une scolarité inférieure à la 6<sup>e</sup> année du primaire. Certains des répondants ont décroché tôt du système scolaire et une répondante n'a jamais fréquenté l'école. Selon les résultats obtenus, les enfants interrogés le nombre d'années de scolarisation réussie et le taux de complétion du primaire est très faible. Ces résultats soutiennent ceux d'autres études qui soulignent que le fait d'être orphelin du sida semble avoir un effet non négligeable sur la scolarisation. Selon la Banque Mondiale (2005), dans

quelques pays en Afrique de l'Ouest, on relève une baisse du taux de scolarisation parallèlement à un fort taux de décrochage scolaire chez les enfants orphelins du sida.

Selon la Banque Mondiale (2002), l'existence du sida dans un ménage aura un impact sur l'inscription, la fréquentation, la performance ou les résultats scolaires des enfants. Encore selon cette étude, leurs résultats scolaires seront affectés par l'absentéisme, le manque de soin et de soutien par les parents. La probabilité que les orphelins fréquentent l'école régulièrement est limitée. Ainsi, la pandémie entrave considérablement les opportunités des OEV d'aller à l'école et de recevoir l'éducation qui est si essentielle pour une vie réussie.

Les résultats de notre étude sont dans le même sens que ces études et le manque de scolarisation des enfants peut être considéré comme un facteur de risque pouvant compromettre leur développement et leur adaptation psycho socio affective à court, moyen et long terme. Outre, le faible taux d'achèvement du primaire et certains décrochages, les répondants de la présente étude ont soulevé avoir des difficultés d'apprentissage en lien avec l'école. Autrement dit, c'est difficile pour eux d'aller à l'école.

### **6.1.3.2 Discrimination et scolarisation**

Les résultats de cette étude permettent également de souligner que les filles sont moins nombreuses que les garçons à fréquenter l'école. L'une des répondantes n'a jamais fréquenté l'école. Selon les résultats, la plupart des répondants savent lire et écrire, tandis qu'une fille mentionne être analphabète. À la lumière de ces résultats, il est possible de constater que les filles qui ont accès à l'école semblent arrêter leur scolarité de manière précoce pour aider la famille dans les tâches à la maison ou pour un emploi informel. Il semble y avoir des facteurs (économique, social et culturelle) qui restreignent ces filles à l'accès à la scolarisation. Ces résultats sont similaires à certaines études.

Selon la Banque Mondiale (2005), on observe que, à tous les niveaux, l'épidémie du VIH/SIDA peut réduire l'accès des filles à l'éducation. En effet, pour des raisons sociales, économiques, culturelles et physiologiques, les filles s'avèrent grandement exposées au VIH/SIDA ; et comparativement aux garçons, on les retient plus souvent à la maison. Bien que de récentes initiatives aient favorisé la scolarisation des filles, surtout au niveau primaire, les données montrent qu'en 2008, la parité entre garçons et filles n'avait pas encore été atteinte en Afrique (hors Afrique du Nord). Globalement, 91 filles étaient inscrites dans le

primaire pour 100 garçons, et 84 filles étaient inscrites dans le secondaire pour 100 garçons objectif du millénaire pour le développement (OMD, 2011).

L'une des répondantes a arrêté sa scolarisation (décrochage scolaire) à cause des frais de scolarité. Les frais scolaires sont gratuits dans les écoles publiques au Tchad. Pourtant, sur l'ensemble des répondants, il y a seulement une orpheline qui n'a aucuns frais de scolarité. Ainsi, selon les résultats obtenus, il est possible de constater que les frais scolaires semblent encore être l'une des raisons pour lesquelles une jeune fille ne fréquente pas l'école. Les résultats obtenus sont comparables à ceux de l'étude de l'ONU (2010), qui suggère :

*« Qu'en Afrique, les frais scolaires imposent une forte contrainte à la scolarisation des filles. Lorsque la scolarisation des garçons est mise en avant, les frais scolaires seront toujours considérés comme une contrainte supplémentaire à l'inscription des filles à l'école » (OMD, 2011, p. 76).*

Ces résultats nous amènent à constater une certaine discrimination des filles vis-à-vis à l'accès à la scolarisation, ce qui peut constituer est un facteur de risque supplémentaire pour leur développement et leur adaptation au sein de leur environnement social.

## **6.1.2 Réinsertion sociale des enfants orphelins du sida**

### **6.1.2.1 Insertion professionnelles**

Les résultats de la présente étude permettent de souligner une différence sexuelle quant à l'apprentissage d'un petit métier. Ce sont les filles qui ont fait l'apprentissage d'un petit métier ou activité génératrice de revenus (la couture et tresser les cheveux). Deux filles ont un emploi informel et les deux sont celles qui ont appris un « petit métier ». Ces résultats vont de pair avec d'autres études.

Selon OMD (2011), dans la plupart des pays africains, les femmes sont surreprésentées dans les emplois informels. Dans le cadre de cette étude, leurs conditions de travail n'ont pas été explorées. En ce sens, selon OMD (2011), dans certains pays en développement, plus de 80% des travailleurs occupent un emploi informel. Les emplois de ce type sont très vulnérables, car ils ne font l'objet d'aucun contrat écrit et d'aucune prestation de sécurité sociale. En ce sens, selon les résultats obtenus, les répondants manifeste le désir de développer des compétences pratiques dans un petit métier afin d'assurer leur avenir.

Les résultats permettent aussi de constater que même si la plupart des répondants souhaitent apprendre un « petit métier », il n'y a que trois répondantes qui ont eu accès à ce type d'apprentissage. Ils ont tous des buts et des rêves fixés afin de développer leur capacité d'autonomie ou s'assurer un avenir. Pour la plupart, leurs buts ou rêves sont en lien avec le travail, les études, apprendre un métier, être autonome et réussir dans la vie, certains participants l'ont exprimé ainsi : « *Apprendre le métier de menuisier et de devenir menuisier* » (*absakine*) » (*M*) », « *Être autosuffisante pour subvenir aux besoins de ma famille* » (*Fatimé*) (*F*). En ce sens, on constate un besoin sur le plan de l'éducation et de la formation professionnelle pour les jeunes orphelins du sida de notre échantillon.

Conscient de l'importance que revêtent les années d'études (la scolarisation) dans l'insertion professionnelle et l'autonomisation, on peut se questionner sur le défi qu'auront ces orphelins à relever. Malgré que la scolarisation soit un enjeu non négligeable à l'insertion professionnelle, elle semble difficilement accessible pour tous les jeunes orphelins étant donné la situation de précarité socioéconomique des familles qui les prennent en charge, leur statut d'orphelin et d'autres facteurs (culturel, social et économique) qui touchent davantage les filles. L'insertion professionnelle et même sociale des enfants orphelins peu scolarisés semble poser des défis sur le plan de la formation.

## **6.2. CONSÉQUENCES DU VIH/SIDA SUR LES ENFANTS ORPHELINS DU SIDA**

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente du chapitre, les résultats obtenus dans cette étude concordent avec certains écrits scientifiques qui montrent des conséquences scolaires, physiques et familiales sur les orphelins du sida ou les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV). Cette partie du chapitre est axée davantage sur deux grandes conséquences observées chez les participants à l'étude. Premièrement, les conséquences sociales de ce phénomène sur les participants sont exposées. Deuxièmement, à la lumière des résultats obtenus, nous portons un regard sur des conséquences psychologiques du VIH/SIDA sur le participant qui a perdu l'un ou ses deux parents.

### **6.2.1 Conséquences sociales**

On observe certaines conséquences sociales à la suite de l'apparition de la maladie (VIH/SIDA) dans un foyer et, souvent, celles-ci s'aggravent après le décès des parents. En ce sens, selon Mukoyogo, et Williams (1992), la perte précoce des parents à cause du sida favorise la détérioration de la situation sociale des enfants. De par la perte précoce de leurs

parents, leur statut sérologique et leur rôle d'enfant, les jeunes se retrouvent souvent en situation de vulnérabilité et exposés à des environnements ou situations qui peuvent compromettre leur sécurité et leur développement.

#### **6.2.1.1. Le rejet, la discrimination et la stigmatisation dont ils sont victimes**

Selon Smart (2003), la discrimination se retrouve partout et elle est destructive. Les enfants des familles affectés par le VIH/SIDA sont les victimes de ce rejet et de cette discrimination à bien des niveaux et pour de nombreux aspects de leur vie. Nos résultats corroborent les résultats de Smart (2003) et d'autres études sur cet aspect. Ainsi, plusieurs répondants ressentent le poids de la stigmatisation et de la discrimination à la suite du décès de leurs parents par le sida ou peut-être même aussi en lien avec leur propre statut sérologique. Rappelons que le sida reste une maladie de la honte et beaucoup de peur et de fausses croyances l'entourent encore. Plusieurs jeunes mentionnent se sentir discriminés par leur statut d'orphelin du sida.

Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude de Kamanzi (2004, p. 18) qui souligne que : « pour certains, être infecté par le virus relève simplement d'une malédiction, voire d'un châtement divin ». Ce même auteur suggère aussi dans son étude que ces personnes, portant déjà le lourd poids psychologique et physique de la maladie, se retrouvent exclues de leur communauté qui s'illusionne souvent sur sa propre immunité. En Afrique, on existe souvent d'abord comme « nous » avant d'être « je », chacun est « un singulier pluriel », fils ou fille de telle famille qui lui confère son identité. Devenir un intouchable à cause du sida signifie quelque part ne plus exister, ou exister comme un danger public (Kamanzi, 2004, p. 23).

Pour une répondante, c'est le fait que ses parents soient décédés du sida qui lui porte préjudice étant donné que le sida est encore vu comme une maladie de la honte et est lié à la peur au sein de la communauté tchadienne, voici ses propos : « *Les gens disent que c'est une maladie de la honte* » (Fatimé) (F). Un autre répondant aussi affecté par le VIH a la perception que le décès de ses parents à cause du sida lui porte préjudice, il mentionne la peur comme explication. Ce sentiment de peur ressenti peut être lié à la maladie vécue par ses parents, mais aussi à son statut sérologique ou à la discrimination qui en découle. Ces enfants qui sont déjà affectés par le deuil de leurs parents, souvent discriminés par leur statut d'orphelin du sida, doivent à leur tour affronter le poids de cette étiquette et les conséquences multidimensionnelles de la maladie. Plus particulièrement pour l'une des répondantes,

apprendre que ses parents sont décédés du sida est difficile ou plutôt douloureux, elle l'a exprimé ainsi : « *cela m'a fait beaucoup de mal quand j'ai su que mes parents sont décédés du sida et que je vis la même chose* » Rémadji (F). Ces résultats rejoignent d'autres études.

Selon Kamanzi (2004), la peur et la honte qui accompagnent le VIH/SIDA ont aussi fragilisé les réseaux sociaux et provoqué l'exclusion sociale des personnes reconnues comme porteuses du VIH. Les résultats de l'étude de l'ONUSIDA, UNICEF et USAID (2002), suggèrent que plusieurs OEV sont à risque de vivre de l'exclusion, des abus, de la discrimination et de la stigmatisation. Ainsi, ces difficultés vécues par les orphelins de notre étude sont similaires à plusieurs autres études. Ces propos des jeunes nous amènent à corroborer d'autres études à l'effet qu'il y a encore beaucoup de tabous et de fausses croyances entourant le VIH/SIDA au Tchad ce qui constitue un facteur de risque pour la sécurité, le développement et l'adaptation de ces orphelins du sida au sein de leur environnement social.

De plus, il n'y a pas seulement les communautés et des individus qui semblent discriminer ou stigmatiser ces orphelins, ces derniers se perçoivent souvent différemment et de manière négative comparativement aux autres enfants. L'une des répondantes se considère inférieure aux autres et une autre se discrimine elle-même, par son comportement, voici comment l'une d'elles l'a exprimé : « *je me considère souvent inférieur aux autres en certaines circonstances* » (Fatimé) (F). Ces résultats abordent dans le même sens que l'étude de Foster (1997), qui énonce qu'il n'y a pas seulement les communautés et des individus qui semblent apposer une étiquette sur ces enfants, ces derniers s'identifient eux-mêmes à celles-ci et se perçoivent de manière négative comparativement aux autres enfants.

Selon ONUSIDA (2010, p. 72),

*« l'auto stigmatisation est associée à ce que certains auteurs ont parfois appelé la stigmatisation ressentie par opposition à la stigmatisation effective, en ce qu'elle touche principalement aux sentiments de dignité et de valeur d'un individu ou d'une communauté affectée ».*

Chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA, ce phénomène peut se manifester par un sentiment de honte, de culpabilité et de dévalorisation qui, associé au sentiment d'être en retrait de la société, peut conduire à la dépression, au repli, voire au désir de suicide. En effet, une telle honte peut avoir une énorme incidence psychologique sur la perception que les



personnes vivant le VIH/SIDA ont d'elles-mêmes et sur la façon dont elles s'adaptent à leur statut, ce qui les rend vulnérables à la culpabilité, à la dépression et à l'isolement qu'elles s'imposent (ONUSIDA, 2010).

L'auto stigmatisation et l'estime de soi sont des aspects intéressants qui n'ont pas été explorés dans cette étude, mais qui sont ressortis dans les réponses fournies par les jeunes. On constate alors l'importance d'explorer davantage ces aspects et de mettre en place des interventions aux niveaux social, affectif et psychologique en complémentarité aux services offerts sur le plan médical.

En somme, les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude montrent que les cinq (5) répondants interrogés sont pour la plupart victime de stigmatisation et de discrimination. Ces résultats sont comparables à d'autres études. Selon Webb (2001), les orphelins du sida souffrent d'une carence affective et sont victimes de stigmatisation et de discrimination. Plusieurs sont à risque de vivre de l'exclusion, des abus, de la discrimination et de la stigmatisation (ONUSIDA, UNICEF et USAID, 2002).

La stigmatisation et la discrimination sociale dont sont victimes les orphelins du sida favorisent les troubles affectifs. En ce sens, les troubles affectifs et les troubles psychologiques n'ont pas été suffisamment explorés dans cette étude. Il serait pertinent de savoir si ces enfants ont développé certains types de troubles et quels troubles à la suite du décès de leurs parents, à la séparation avec la fratrie, à la discrimination et la stigmatisation dont ils sont victimes.

## **6.2.2. Conséquences psychologiques**

### **6.2.2.1. La représentation de soi**

Selon les résultats obtenus dans notre étude, trois répondants n'ont pas la perception d'avoir les mêmes droits qu'un autre enfant. La plupart d'entre eux soulignent l'absence de leurs parents et le manque d'affection qui en découle. Ainsi, plusieurs répondants se perçoivent différemment des autres enfants qui vivent avec l'un ou leurs deux parents. Selon les répondants, les enfants qui ont perdu leurs deux parents reçoivent moins d'affection que les autres enfants. Un autre jeune soulève aussi ce manque de présence parentale : « *On a besoin d'avoir ses parents avec soi* » (*Absakine*) (*M*). Pour un répondant, les sentiments ressentis par un enfant qui a perdu ses deux parents sont différents des autres enfants. Ces résultats semblent trouver certaines explications dans d'autres études.

Selon Romano (2009), quand la mort fait irruption dans la vie d'un enfant, elle le blesse directement par la rupture des liens d'attachement entre lui et le proche décédé. À la suite du décès des parents, il peut s'agir des soins essentiels qui ne sont plus assurés (nourriture, propreté, sommeil), mais également des besoins d'attention, d'affection et de sécurité, indispensables pour permettre à l'enfant de continuer à vivre. Toujours selon ce même auteur, la perte d'un être aimé durant son enfance, en particulier au sein de sa propre famille, père, mère, frère ou sœur, grands-parents, est bien évidemment un drame grave qui risque de compromettre durablement l'équilibre psychologique et le développement ultérieur de celui qui le subit.

Ces résultats amènent le constat que les enfants orphelins de père et de mère du sida vivent des difficultés aux niveaux affectif et psychologique à la suite de la perte de leurs deux parents du sida et peut-être même d'autres membres de la famille. Cependant, quelques répondants de la présente étude n'ont pas mentionné l'absence ou l'ennui des parents ou bien le manque d'affection. Ils ont la perception d'avoir les mêmes droits qu'un autre enfant, car ils se considèrent avant tout comme des enfants de Dieu, des êtres humains ou ils affirment qu'ils doivent avoir les mêmes droits pour l'épanouissement de l'enfant.

### **6.3. PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE SOCIALE**

#### **6.3.1. Pour la recherche**

Pour approfondir les connaissances sur l'accompagnement psychosocial et la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida, il serait intéressant, dans les recherches futures, d'approfondir les conséquences et les sentiments liés à la perte des parents, l'acceptation de leur statut et la représentation que les enfants ont de soi. Selon les résultats obtenus, on constate que plusieurs répondants se perçoivent différemment des autres enfants et ils sont plusieurs à ressentir certaines émotions telles que, le stress, la solitude etc. Cependant, ces avenues n'ont pas été suffisamment explorées dans le cadre de cette étude. En ce sens, il serait pertinent d'explorer davantage les sentiments des orphelins du sida sur le plan psycho-sociaux affectif, identitaire et motivationnel. Car, la perte précoce d'un ou des deux parents semble avoir un effet non négligeable sur leur construction identitaire et sociale.

Selon Fabianova et Sramata (2007), pour assurer une meilleure protection de l'enfance, il est très important d'explorer d'abord la psychologie et le statut social de ces enfants, de comprendre leurs réactions, leurs sentiments, leurs attitudes et leurs mécanismes

de défense. Il apparaît pertinent d'explorer davantage les besoins sociaux, affectifs et psychologiques de ces enfants orphelins du sida, peut-être avec l'aide d'échelle de mesure validée, dû à la pénurie d'études concernant les orphelins du sida.

Une autre perspective de recherche intéressante en continuité avec celle-ci serait d'approfondir l'impact du rejet, de la discrimination et de la stigmatisation sur le développement des enfants orphelins du sida qui en sont victimes afin de développer des services adéquats. Les résultats montrent plusieurs cas parmi notre faible échantillonnage. Ces résultats obtenus concordent avec d'autres études dans la littérature existante sur les orphelins du sida et autres enfants vulnérables (OEV). En ce sens, plusieurs études montrent que les orphelins du sida et les OEV sont sujets à vivre du rejet, de la discrimination et de la stigmatisation de la part de leur entourage, du voisinage, de la société et quelquefois de la famille. Cette discrimination destructive a un impact non négligeable sur le développement de l'enfant en affectant bien évidemment sa représentation de soi, son estime de soi, sa construction identitaire etc. De plus, selon les résultats obtenus, certains répondants se discriminent et se perçoivent comme inférieurs aux autres enfants, ceci a inévitablement un effet sur leur estime de soi.

Dans le cadre de cette étude, nous avons exploré le soutien social perçu des enfants. Il serait pertinent d'approfondir ce concept dans une autre recherche, car le soutien social est essentiel au bien-être et au développement social, affectif et psychologique d'un individu. De plus, il ne permet pas seulement de répondre aux besoins physiologiques des enfants (manger, avoir un toit, se laver, avoir des vêtements etc.), mais il peut aussi permettre la satisfaction de besoins d'autres niveaux (selon la hiérarchisation des besoins fondamentaux de Maslow) tels les besoins affectifs, d'amour, d'appartenance etc.

Une autre perspective de recherche qui émerge de la présente étude se situe dans la comparaison des points de vue des divers acteurs impliqués auprès des enfants. D'une part, il serait intéressant de connaître la perception des tuteurs ou des membres de la famille qui les accueillent ainsi que des acteurs institutionnels, relativement aux besoins des orphelins du sida et les services à mettre en place en termes d'appui aux enfants et à la famille. De plus, la perception des orphelins répondants pourrait être corroborée par celle des tuteurs. Comme certains répondants ont de la difficulté à se rappeler certains faits avec exactitude, l'accession à des données d'autres sources aurait contribué à dresser un portrait plus juste de leur situation de vie en général. D'autres types d'informations sur les comportements des enfants à l'intérieur

du système familial, sur les relations familiales existantes ...etc. auraient pu être obtenus et enrichir la présente recherche. Par ailleurs, selon Kamanzi (2004), la solidarité des familles et des communautés, même les plus généreuses ne peut plus à elle seule porter la charge de la prise en charge des OEV.

Banque Mondiale (2002) suggère que l'on devrait accroître les ressources des familles et des communautés pour leur permettre de répondre aux besoins de ces enfants. En ce sens, il serait pertinent de questionner ces tuteurs sur les ressources et appuis souhaités quant à la réponse aux besoins de base des orphelins doubles du sida afin d'assurer leur sécurité et leur développement jusqu'à l'âge adulte en milieu familial.

Pour de futures recherches, il serait intéressant de porter une attention particulière aux adolescentes, car les situations de vulnérabilité chez les filles sont de plus en plus présentes et peu de données sont disponibles à propos de cette population cible.

Selon Kamanzi (2004), les femmes sont déjà les plus touchées par l'épidémie, de par leur statut social, leur faible niveau d'instruction et leur dépendance économique ; elles sont également les premières à en subir les conséquences, pour les mêmes raisons. Le problème de l'éducation des jeunes filles se pose de manière particulièrement urgente, face à une épidémie qui les frappe davantage que les garçons. Ce même auteur suggère aussi que la possibilité de modifier le cours de l'épidémie est en grande partie en fonction de l'importance que l'on accordera aux femmes, et des moyens qu'on leur donnera pour prendre en main leur avenir et assurer elles-mêmes leur protection. Cela passe nécessairement par le relèvement de leur niveau d'éducation, et aussi par une sensibilisation des hommes aux problèmes que rencontrent les femmes.

### **6.3.2. Pour l'intervention**

Il semble y avoir peu d'intervention psychosociale pour les enfants orphelins du sida (dans le système de bien-être social tchadien). Ce constat rejoint l'étude de Lee (2000) ; Webb (2001) ; qui avance que « les besoins psychologiques des enfants orphelins sont soulevés et demeurent l'un des domaines les plus négligés en matière de soutien aux orphelins du sida ». Pour les orphelins affectés, comme le mentionne Kamanzi (2004), un dernier défi lié à cette pandémie de sida en Afrique nous semble tout aussi important que l'aide financière et autres initiatives techniques ou scientifiques ; il s'agit du soutien humain, psychologique ou spirituel des personnes vivant avec les personnes infectées du VIH/SIDA. À la lumière de ces résultats,

il semble essentiel de mettre en place des services au niveau social, affectif et psychologique pour répondre aux besoins de ces orphelins.

D'autre part, il semble que le processus de deuil des enfants orphelins du sida soit un aspect qui n'est pas pris en considération dans l'intervention auprès de cette population. L'accompagnement des enfants orphelins dans leur deuil semble être une piste d'intervention psychosociale à explorer et à mettre en place. En ce sens, Glorion (2003) suggère que pour les aider et les accompagner, il est essentiel qu'on leur donne la possibilité d'exprimer leurs sentiments sans crainte de déranger, alors même et surtout que la mort d'un parent les prive d'une grande partie de cette possibilité. De plus, cet accompagnement semble important, car, toujours selon Glorion (2003, p. 21), « même en l'absence parfois choquante de manifestations de chagrin, même si les signes du deuil ne sont pas évidents, il est important de ne pas oublier que les enfants vivent leur deuil ». Et, que la perte d'un être aimé durant son enfance, en particulier au sein de sa propre famille, père, mère, est bien évidemment un drame grave qui risque de compromettre durablement l'équilibre psychologique et le développement ultérieur de celui qui le subit.

Ainsi, devant la mort d'une mère ou d'un père, les enfants sont frappés d'une grande perte et traversent une période de chagrin, d'angoisse, de peur et de perte d'espoir qui peut les marquer pour toujours avec des conséquences telles les troubles psychosomatiques, la dépression chronique, le peu d'estime de soi-même, le manque d'aptitude utile dans la vie, les problèmes d'apprentissage et un comportement social inadapté (Smart, 2003). En ce sens, il serait pertinent d'accompagner ces enfants à la suite des conséquences de la perte de leurs parents afin de les outiller à gérer leur deuil, leur stigmatisme d'infériorité vis-à-vis des autres enfants et leur autonomisation.

Une intervention au niveau de la scolarisation et de la formation à un métier des enfants orphelins du sida serait essentielle si l'on s'intéresse à leur perspective d'avenir. Comme il est mentionné dans la discussion, on peut se questionner sur le défi à relever de ces enfants étant donné leur faible niveau de scolarisation et leur manque de formation. Rappelons que la scolarisation est un enjeu non négligeable à l'insertion professionnelle et à l'autonomisation des orphelins, cependant elle semble difficilement accessible étant donné la situation de précarité socioéconomique des familles qui les prennent en charge, leur statut d'orphelin et d'autres facteurs (culturel, social et économique) qui touchent davantage les filles.

Selon Ambendet et al. (2006), l'apprentissage de compétences pratiques ou de « petit métier » semble être une solution pour ces jeunes orphelins du sida, ils suggèrent qu'il pourrait aussi être intéressant de se pencher sur l'acquisition de compétences pratiques 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. L'insertion professionnelle et même sociale des enfants orphelins peu scolarisés semble poser des défis sur le plan de la formation ainsi que sur les interventions possibles à mettre en place, mais cet appui semble essentiel afin d'assurer un avenir à ces orphelins et favoriser leur autonomisation et leur participation citoyenne.

Une intervention au niveau de la stigmatisation et de la discrimination des enfants affectés par le sida s'avère essentielle. Ces enfants et populations locales doivent être informés sur le virus et ses modes de transmission afin de contrer le rejet, la stigmatisation et la discrimination. Comme nous l'avons mentionné précédemment, il existe toujours trop de tabous, honte, fausses croyances et peur entourant cette maladie. Selon Smart (2003), on assiste à une fragilisation des réseaux communautaires de solidarité par la peur suscitée par l'épidémie. Les enfants infectés ou affectés sont marginalisés et mis au ban de la société, tant de la part des adultes que des autres enfants. Toujours selon ce même auteur, il est important de renverser cette tendance. Car, cette discrimination à l'école et dans les structures sanitaires et autres compromet leur droit et souvent limite leur accès à divers avantages et autres possibilités. En ce sens, un programme d'information et de sensibilisation semble prioritaire ainsi que des plaidoyers en faveur des orphelins du sida.

En fin, une autre intervention à privilégier afin à cette population cible, c'est la formation des acteurs sociaux (intervenants sociaux, éducateurs, conseillers etc.) qui œuvrent auprès des orphelins du sida. Pour l'implantation de services au niveau social, affectif et psychologique, il s'avère nécessaire d'outiller et de former les acteurs sociaux, étant donné que ces types d'intervention ne sont pas disponibles dans l'offre de services psychosociaux actuelle. Une évaluation des besoins de formation des acteurs sociaux serait aussi nécessaire.

## CONCLUSION

Cette recherche a pour objectif de comprendre comment l'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena. ONUSIDA (2020) estime à 45,1 millions des personnes vivent avec le VIH dans le monde. En 2020, environ 680 000 personnes sont mortes de maladies liées au sida dans le monde, contre 1.9 million de personnes en 2004 et 1.3 million de personnes en 2010. Chaque personne qui décède laisse derrière elle des êtres humains et souvent, malheureusement des enfants. Par ailleurs, les décès dus au Sida auraient amorcé une baisse depuis 2008, passant de 16 000 en 2008 à 14 000 décès annuels en 2013 cette baisse de la mortalité serait à imputer en grande partie à la prise en charge médicale et à l'assistance alimentaire fournie par tous les acteurs aux PVVIH (ONUSIDA, 2013). Les résultats de ce rapport ont permis de poser le problème de réinsertion sociale des enfants orphelins du sida.

Pour expliquer ce problème, nous nous sommes servis de la théorie de la stigmatisation de Gauffman (1975), la théorie de l'autodétermination de Ryan et Déci (2000) et l'approche multi systémique développée par Bronfenbrenner (1979) pour expliquer cette problématique de la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida.

La première théorie est développée dans le cas général. Nous l'avons utilisé particulièrement dans cette étude pour servir de grille de lecture de l'accompagnement psychosocial des enfants orphelins du sida. Il est question d'une part de la compréhension multifactorielle entre les deux « Soi » et d'aider l'individu à ce que son Soi social virtuel devienne en accord avec son Soi social réel à travers la théorie de Gauffman (1975). Et d'autre part d'une explication à travers la théorie de l'autodétermination de Ryan et Déci (2000) l'autonomie est augmentée lorsque l'individu agit par intérêt et en cohérence avec ses valeurs. L'approche multi systémique développée par Bronfenbrenner (1979) nous a permis de comprendre le soutien social nécessaire à la motivation de l'individu et favoriserait une meilleure estime de soi par la prise de conscience que l'entourage se soucie de lui et croit en sa réussite tout en diminuant les renforcements.

C'est pour répondre à la question de recherche, l'accompagnement psychosocial participe-t-il à la réinsertion sociale des enfants orphelin du sida âgés de 12 à 17ans dans le 7<sup>ème</sup>arrondissement de N'Djamena qu'une hypothèse générale est formulée de la manière suivante : L'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion des enfants orphelin du sida âgés de 12 à 17ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement N'Djamena. Cette hypothèse a été opérationnalisée en trois hypothèses de recherche à savoir : HR1 : L'accompagnement psychologique participe à la réinsertion sociale des enfants orphelin du sida âgés de 12 à 17ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena en écoutant ces personnes en termes de traduire leur intérêt et leur compréhension dans le but d'aider ces dernières à exprimer leurs problèmes. HR2 : L'accompagnement social participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena en garantissant leur intégrité sociale. HR3 : L'accompagnement éducatif participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena en termes de suivis scolaires et d'aide aux devoirs.

La méthodologie de l'étude est essentiellement qualitative a répondu à un objectif global sur la base d'entretiens avec cinq enfants orphelins du sida. Un guide d'entretien nous a permis de collecter les données : les caractéristiques sociodémographiques des participants, l'accompagnement psychosocial et la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida.

De l'analyse de contenu thématique et de l'interprétation des résultats sur la base de la théorie de la stigmatisation de Gauffman (1975), la théorie de l'autodétermination de Ryan (2000) et l'approche multi systémique développée par Bronfenbrenner (1979), nous avons pu affirmer que l'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion sociale des enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena. En outre, nous pensons que la relation entre les spécialistes et le gouvernement pourrait résoudre le problème de la réinsertion sociale que nous avons observé chez les enfants orphelins du sida âgés de 12 à 17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena.

C'est dans cette optique que nous avons proposé un plan d'action élaboré en nous basant sur les résultats obtenus auprès de nos participants pour leur accompagnement. Ce plan est une tentative d'amélioration de réinsertion des enfants orphelins du sida.



## REFERENCES

- Adubang'o, A. (2011). *Prise en charge communautaire des enfants orphelins du VIH/SIDA: Expérience de la cité d'Aru. Ouagadougou: Burkina Faso.*
- Amat-Roze, J.-M. (2003). *L'infection à VIH/SIDA en Afrique subsaharienne, propos géographiques. Hérodote, pp. 117-155.*
- Ambendet, A., Bansimba, T., Brazzaville, C., Dzalamou, M., Mboussou, F., Mkaya J., Puruehnce M.-F. et Salami L. (2006). *Évaluation du retentissement psychosocial du SIDA chez les orphelins à Brazzaville, vol 5, n°11, p. 1083. ISBN : 978-2-9521220-1-6.*
- Apaix, O. et Sandrine, D. (2005). *Pour un plan d'action en faveur des orphelins et enfants vulnérable, vol 1, Analyse de situation, Orphelins Sida International. Paris : P.U.F.*
- Ariès, P. (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime. Paris : le Seuil.*
- Aubry, R. (2017). *Soins palliatifs, éthique et fin de vie : une aide pour la réflexion et la pratique à l'usage des soignants. Paris : Lamarre.*
- Audemard, C. et Vignikin, K. (2016). *Des mécanismes de prise en charge traditionnels et ancestraux : Orphelins et enfants vulnérables à cause du Sida en Afrique, vol 15, n°3, pp. 203-209, [Doi.org/10.1016/j.autrev.2016.11.001r](https://doi.org/10.1016/j.autrev.2016.11.001r).*
- Aubrecht, C. et Silverstein, L. (2003). *Qualitative Data in Introduction to Coding Analysis. New York: New York University Press.*
- Ayiwin, U. (1973). *Dictionnaire vocabulaire de psychopédagogie, prospectives. Paris : P.U.F.*
- Bacqué, M. F. (2000). *Le deuil à vivre. Paris : Odile Jacob.*
- Banque Mondiale (2005). *L'éducation et le VIH/SIDA. Une lueur d'espoir. Éditions Saint-Martin. Paris : Nouveaux horizons p.96.*
- Banque Mondiale (BM), Partenariat pour le développement de l'enfant (PDE), l'UNICEF et l'ONUSIDA. (2002). *Manuel de formation : Garantir l'accès à l'Éducation des Orphelins et Enfants Vulnérables. Manuel de l'instructeur.*

- Banque Mondiale (2002). Education and HIV/AIDS: A Window of Hope. Washington D.C.: Edition International Bank for Reconstruction and Development /World Bank.
- Ballo, M. (2019). La prise en charge des orphelins en Afrique subsaharienne : *entre structures formelles et informelles*. Paris : Université d'Aix Marseille.
- Bagirishya, H. (2008). *Enfance en difficulté et socialisation en milieu urbain africain. Étude des parcours de vie d'orphelins d'Addis Abéba (Éthiopie)*. Mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec.
- Baribeau, C. et Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : *usage et mode de représentation dans la revue des sciences de l'éducation*, vol 38, n°1, p.23. Doi.org/10.7202/1016748ar.
- Barras, C. et Manço, A. (2019). *L'accompagnement des familles entre réparation et créativité*. Paris : L'Harmattan.
- Barreye, J.-Y., Bouquet, B., Chantreau, A. et Lassus, P. (1995). Accompagnement. Dans *le dictionnaire critique d'action sociale*. Paris Bayard. ISBN : 978-227-12044-0
- Blanc, M.-E. (2004). *Soutien psychosocial et prise en charge des PVVIH AHANOI-VIETNAM* (Rapport de mission pour la GIP ESTHER). Paris : association consulting, santé et Développement.
- Bonnet, D. (2010). La construction sociale de l'enfance : *une variété de normes et de contextes*, *Informations sociales*, vol 160, n° 4, pp. 12-18. Doi.org/10.3917/inso.160.0012.
- Boivin, et de Montigny. (2002). La réinsertion socioprofessionnelle des personne ex-toxicomanes au Liban : *perception, réalité et défis*, vol 10, n°1, pp.197-237. Doi.org/10.7202/1007852ar.
- Bor, R., et Duplessis, P. (1998). "L'impact du VIH/SIDA sur la famille : *Nouvelles perspectives de recherches ressenties*". *Journal de Famille et Thérapie*.
- Bossé, Y., Francine, D. et Line, V. (2009). L'évaluation de l'empowerment des personnes : *développement d'une mesure d'indices psychosociologiques du pouvoir d'agir*, *Canadian Journal of Community Mental Health*.

- Bronfenbrenner, U. (1979). Le modèle « Processus-Personne-Contexte-Temps » dans la recherche en psychologie du développement : *Principes, applications et implications*, vol3, n°1, pp. 187-249.  
Doi.org/10.1177/002246699603.
- 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*: Pergamon Elsevier/Science
- Caldéron, C., Lagomanzini, P., Maguet, O. et Menneret, F. (2011). Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues: *Recommandations pour un accompagnement individuel et collectif*. Lyon : Rhône-Alpes.
- Caroli, D. (2008). « Enfants abandonnés ou orphelins sociaux ? Évolution de la politique sociale dans la Russie de la perestroïka et post-communiste (1989-2004) », *Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, n°4
- Case, A., Christina, P. et Joseph A. (2004). Orphans in Africa: *Parental Death, Poverty, and School Enrollment, Demography*, 41, 3,483-508.  
<http://www.jstor.org/stable/1515189>.
- Cook, J. (1996). La prise en charge des enfants orphelins du Sida : *transfert et soutien social dans Anthropologie et sida*. Bilan et perspectives, sous la direction de Benoit, J. et Desclaux, A. Paris : Karthala.
- Danhoundo, G. (2014). *Les orphelins et leur famille en Afrique : Une réflexion sur les logiques d'acteurs autour du soutien aux enfants orphelins chez les Mossis, à Ouagadougou*. Thèse de doctorat en sociologie. Université de Laval.
- Danhoundo, G. (2017). L'orphelin et ses constructions en Afrique : *une catégorie sociale hétérogène, Enfances, Familles, Générations* n°26, p.48.  
Doi.org/10.7202/1041067ar.
- Debatty, J. et Gerard, B. (2008). *Besoins humains et accompagnement psychosocial*. Paris : L'Harmattan.
- Delaunay, V. (2009). *Abandon et prise en charge des enfants en Afrique : une problématique centrale pour la protection de l'enfant*. Edition, Mondes en développement.

- Demazière, D. et Dubar, C. (2004). *Analyser les entretiens biographiques : l'exemple de récits d'insertion*. Paris : Nathan. Collection Essais et recherches.
- Dépelteau, F. (2011). *La démarche d'une recherche en sciences humaines, de la question de départ à la communication des résultats*. Québec : Presses de l'Université de Laval.
- Deslauriers, J.-P. et Hurtubise, Y. (2007). *Introduction au travail social*. Québec : Presses de l'Université de Laval.
- Djoudalbaye, B. (2007). *Analyse de la prise en charge globale des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA à l'Association des jeunes pour la promotion des orphelins d'Ouagadougou*. Mémoire de Master, Institut Supérieur des Sciences de la Population, Ouagadougou.
- Dodge, K., Krantz, B. et Kenny, P. J. (2010). How can we begin to measure recovery? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol 5, n°31, p.23. Doi.org/10.1186/1747-597X-5-31ar.
- Dozon, J.-P. et A. Guillaume. (1994). « Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du SIDA » dans *Populations africaines et SIDA*, sous la dir. de Vallin. Paris : L'Harmattan
- De Suremain, C., Bonnet, D. et Rollet, (2014). « L'enfant dans l'aide internationale » : *tensions entre normes universelles et figures locales*, *Autrepart - revue de sciences sociales au Sud*, vol 3, n° 72, pp. 3-21. Doi.org/10.3917/autr.072.0003
- Dufour, D. (2002). *Naitre rien : des orphelins de Duplessis, de la crèche à l'asile*. Montréal : Multimondes.
- Eugene, C. (2013). *La problématique des enfants de la rue à Port-au-Prince et les stratégies d'interventions des institutions de prise en charge*. Mémoire de Master, Université de Montréal.
- Fabianova, L. et Sramata, M. (2007). Aspects psycho-sociaux des enfants abandonnés et orphelins atteints par le VIH/SIDA au Nairobi : *une autre face de la pauvreté*. *Pensée plurielle*, pp. 207- 213.

- Fassin, D. (2010). *Quand les corps se souviennent : expérience et politique du sida en Afrique du sud*, Paris : Découverte
- Fernandez, L. et Pedinielli (2006). *La recherche en psychologie clinique*. Paris : Nathan. Collection Fac Psychologie
- Foster, G., Makufa, C., Drewa, R., Mashumba, S., et Kambeu, S. (1997). *Perception of children and community members concerning the circumstances of orphans in rural Zimbabwe. Aids Care*. pp. 391-405.
- Frenet, C. (2012). *Naissance d'une pédagogie populaire*, Paris : Maepero, p.395.
- Furtos, J. (2014). La clinique psychosociale et la souffrance d'exclusion comme paradigmes des situations extrêmes, vol 34, n°1, pp.343-350. Doi.org/10.3917/Ddunod.chagn.2014.02.0343
- Gabareau, A. (2013). *Accompagnement et définition de projet professionnel Contribution à l'étude de l'accompagnement à la définition de projet professionnel, dans le cadre de la prestation CAP projet*. Mémoire de Master, Université François –Rabelais, Tours.
- Gagnon, E. et Marche, H. (2017). Ce qu'accompagner veut dire, vol 17, n°1, pp.90-111. Doi.org/10.7202/100523ar.
- Gauthier, B. et Bourgeois, I. (2016). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*, édition 6, presse de l'Université de Québec. ISBN 276054396X, 9782760543966, p. 670.
- Giroux, C. (2008). *La prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables par les grand-mères au Burkina Faso. Vers une piste d'intervention féministe face à l'épidémie du VIH SIDA*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Québec.
- Glorion, F. (2003). Accompagner l'enfant en deuil, Tome 51, pp.21-33. Doi.org/10.3917/lea.031.0021.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Edition de Minuit.
- Golaz, V. (2018). *Mobilité spatiale, famille et accès aux ressources. Comprendre les sociétés est-africaines et leurs transformations*. Mémoire de Master, Université Paris Descartes, Paris.

- Guillermet, É. (2008). *Les constructions de l'orphelin. Anthropologie d'une enfance globalisée entre Islam, malnutrition et sida à Zinder*. Thèse de doctorat en anthropologie. Lyon : Université Lumière Lyon 2.
- Gupta, R. (2016). Globalization, Women and the HIV/AIDS Epidemic. *PeaceReview*, p. 16.
- Handicap International. (2012). Une programmation VIH/sida inclusive du handicap et intégrée aux services. Lyon Cedex 7:  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_fr.pdf)
- Hanus, M. (2002). *Le travail de deuil*, dans Amar, N. Couvreur, C. et Hanus, M. (dir), *le Deuil*, pp. 13-32. Monographie de la Revue Française de Psychanalyse, Paris : PUF.
- Hejoaka, F. (2014). La concurrence des souffrances : *Genèse et usages électifs de la catégorie des orphelins et enfants vulnérables au temps du sida*, vol 72, n° 4, pp.59-75. Doi.org/10.3917/autr.072.0059.
- Hendje, J.-S. (2003). *Le SIDA : perspectives africaines*. Yaoundé édition clé.
- Irin-cea, (1998). *Sida : Bulletin spécial d'Irin sur le sida en Afrique*. Nations -Unies, Bureau de coordination des affaires humanitaires Irin Afrique de l'Ouest.
- Kamanzi, S. (2004). *Le sida en Afrique, un défi à la solidarité internationale*. Marseille: Centre Laennec.
- Kelly, J-M. (2000), *The encounter between HIV/AIDS and education*, UNESCO, Paris
- Kunitz, S.-J. (1990). « *Social Support and Mortality in Post-Transition Populations*», dans Swedlund, A. C. et Armelagos, G. J. (dir), *Disease in Populations in Transition. Anthropological and Epidemiological Perspectives*, pp. 279-297 New York: Bergin and Garvey.
- Landis (2009). Impact du style d'attachement et du type de soutien social sur les symptômes de stress post-traumatique, Essai. Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Département de psychoéducation et de psychologie, p. 156
- Laurin, N. (2001). Ce qu'accompagner veut dire, vol 4, n° 1, pp.76-85. Doi.org/10.7202/100523ar

- Larousse, (2008). Orphelin. Dans *le dictionnaire Larousse*.
- Larousse médical, (2008). VIH/SIDA. Dans *le dictionnaire Larousse médical*.
- Le Bouedec, G., Du Crest, A., Pasquier, L. et Sthal, R. (2001). L'accompagnement en éducation et formation : *un projet impossible*. Paris : l'Harmattan, p.207.
- Louis, J.-M. et Ramond, F. (2009). *Comprendre et accompagner les enfants en difficulté scolaire*. Paris : Dunod.
- Makave, V., Ani, C., Grantham, M. (2002). Psychological well-being of orphans in Dar El Salaam, *Acta paediatr*,346, pp.1907-1910
- Martin, T. (1998). AIDS hospices and orphanages, *Annals of tropical paediatrics*, 18, .21-25
- Manon, L. (2018). *Conception d'un guide d'accompagnement basé sur une pédagogie de l'inclusion pour des intervenantes et des intervenants en stages en techniques de la santé au collégial*. Mémoire de maîtrise, Sherbrook : Université de Sherbrook.
- Marcoux, R., Noumbissi A., et Zuberi T., (2010). « Orphan in Three Sahelian Countries: *Exploratory Analyses from Census Data*», vol37, n°1-2, pp. 24-26. Doi.org/10.7202/1041067ar.
- Maslow, A. (1972). *Vers une psychologie de l'Être (Toward a psychology of bieng)*. Paris : P.U.F.
- Mayer, R. et Oullet, F. (1992). *Méthodologie de recherche pour les intervenant sociaux*, vol 5, n°2, p. 537. Doi.org/10.7202/301191ar.
- Millaud. (2003). *La science, les sciences humaines et l'Afrique, quel horizon géographique, réponse à Emmanuel Dongala*. Suède : Université de Stockholm.
- Montclos, M. (2011). Les ONG humanitaires islamiques en Afrique : *une menace ou un bienfait?*, *Sécurité globale*, vol. N°16, n° 2, pp.7-28. Doi.org/10.3917/secug.016.0007.
- Mukoyogo, C. et Williams G. (1992). Orphelins du SIDA : une perspective communautaire en Tanzanie, Londres, Dar es Salam : Actionaid, AMREF, World in Need. Collection stratégique pour l'Espoir no5, pp. 9-13.
- Nampanya-Serpell, N. (1998). Children orphaned by HIV/AIDS in Zambia : risk factors from

premature parental death and policy implication. Unpublished PhD, Baltimore: University of Maryland

- N'da, P. (2015). Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : *réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. Paris: L'harmattan.
- Ndeda, M. (2013). The Gendered Face of Orphanhood: *the Double Vulnerability of Female Orphans in Child-headed Households in Kisumu East District*, Les Cahiers d'Afrique de l'Est / The East African Review, vol 42, n°2, pp. 81-104. Doi.org/10.4000/eastqfrica.421.
- Nguettia, M. (2009). « Les méthodes de réinsertion sociale des enfants et jeunes de la rue d'Abidjan : étude évaluative de leur impact psychosocial » 3eme congrès international de l'Association internationale pour la formation, la recherche et l'intervention sociale Hammamet-Tunisie Du 21 au 24 Avril.
- Ntozi, J.-P., et Mukiza-Gapere. (1995). Impact of AIDS on marriage patterns, customs and practices in Ouganda. Health transition Review, supplement to vol 5, n°3, pp. 20-28. [Doi.org/10.8567/104374ar](https://doi.org/10.8567/104374ar).
- Nguyen, A. et Edwad, H. (2010). Les traumatismes psychiques chez les enfants infectés ou affectés par le VIH/SIDA au Cambodge : *de l'histoire singulière à la dimension collective*. *La psychiatrie de l'enfant*, 53, pp. 385-429.
- Nyambedha, Wandibba, et Aagaard. (2001). Policy implications of the inadequate support systèmes for orphans in Western Kenya, vol 58, n°1, pp. 83-96. Doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00145-2.
- Ndolebé, O. (2021). *Accompagnement éducatif et réinsertion sociale des enfants de la rue placés en institution : centre Dieu bénit de N'Djamena*. Mémoire de Master, Université de Yaoundé 1.
- OMD (2011). Éliminer la pauvreté en 2015 c'est possible. Nations Unies : New York.
- OMS (2021). Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. Nations Unies: New York.
- OMS (2002). VIH/SIDA Surveillance Épidémiologique Mise à jour pour la Région pour



l'Afrique de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régionale pour l'Afrique, 2003, p.77

ONUSIDA, UNICEF, USAID (2021). Les enfants au bord du gouffre ; rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action.

ONUSIDA (2017). Fiche d'information : statistique mondiale sur le VIH. Genève ONUSIDA.

ONUSIDA (2012-2013). Rapport d'activités sur la riposte au VIH/SIDA au Tchad. p. 48.

ONUSIDA (2010). Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida. Nations Unies: New York.

ONUSIDA (2008). Rapport annuel de l'ONUSIDA sur la voie de l'accès universel. p.72. [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

ONUSIDA (2001). Investir dans notre avenir : le soutien psychosocial aux enfants affectés par le VIH/SIDA. Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA.

ONUSIDA (1999). Elargir la riposte mondiale au VIH /SIDA par une action mieux dirigée : réduction du risque et de la vulnérabilité : définition, analyse raisonnée et voie à suivre.

Osibouake, (2006). La prise en charge des enfants vulnérables et les orphelins du SIDA en question, Osibouake. <http://osi.bouake.free.fr/article.php?Aid-article>.

Papazian-Zohrazian, G. (2015). *Les enfants traumatisés et endeuillés par la guerre*. Dans Fawer Caputo, C. et Julier-Costes, M. (dir), *la mort à l'école : Anoncer, accueillir, accompagner*, pp. 249-270. Paris : De Boeck Supérieur.

Paul, M. (2020). La démarche d'accompagnement : *Repères méthodologiques et ressources théoriques*, vol 29, n°1, pp.1-3. Doi.org/10.18262/fp.2021.a27

Paul, M. (2016). L'accompagnement ou la traversée des paradoxes, *dans penser accompagnement des adultes*, n°27, pp. 251-274, Doi.org/10.3917/puf.claude.2007.01.0251

Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris: édition l'Harmattan.

- Paugam, S. (1995). Ce qui attache les individus aux groupes et à la société : *une comparaison européenne*. *Revue suisse de sociologie*, vol 46, n°1, pp. 7-35.  
Doi.org/10.2478/sjs-2020-0002.
- Revue La Palabre. (2010). L'approche psychosociale dans l'accompagnement protecteur des enfants, vol 29, n°3, pp.247-256.  
Doi.org/10.1007/s12144-010.
- Reynal, G. et Derycke, H. (2010). Signe des temps articles 156-10. Paru dans archives de sciences sociales des religions,  
Doi.org/10.4000/assr.20696.
- Rimba, E.-Z. (2018). *Street children in wamena: approach to intervention*. Mémoire de Master, Northwest University, Evanston.
- Romano, H. (2009). Accompagner l'enfant sur le chemin du chagrin. *Le journal des psychologues*, pp.48-53.
- Sandrine, D. (2007). Orphelins, enfants affectés et infectés par le VIH/SIDA : *opérationnaliser le concept de vulnérabilité dans les programmes de prise en charge*, Face à face. Regards sur la santé, n° 10.  
<http://journals.openedition.org/facaface/147>.
- Save the children (2011). *Save the children Child protection: taking action against all forms of abuse, neglect, violence and exploitation*. ISBN: 978-87-91682-43-8.
- Shibuya, T. et Taylor, V. (2013). Les divers modes de prise en charge des orphelins et les moyens d'action des pouvoirs publics: *le cas du Mozambique dans le contexte de la Communauté de développement de l'Afrique australe*, *Revue internationale de sécurité sociale*, vol 66, n°1, pp.77-104. Doi.org/10.1111/issf.12004.
- Sillamy, N. (2006). *Dictionnaire de Psychologie*. France : Université de Lorraine.
- Sirota, R. (2012). Les figures de l'enfance de la sphère médiatique à la sphère scientifique », dans *Les figures de l'enfance : un regard sociologique*. Québec : Presses Inter-Universitaires, pp. 1-10.
- Smart, R. (2003). Politiques pour les orphelins et enfants vulnérables: un cadre pour

- progresser. Agency for International Development (USAID) p. 29.
- Soubbarao, K. et Coury, D. (2001). « Reachinoor Africa's orphans: A framework for public action », *psychology*, vol 5, n°1, pp. 55-62.
- Surtess, A. (2016). I've got your number: spontaneous perspective taking in an interactive task, vol 150, pp. 43-52.  
Doi.[org/10.1016/j.cognition.2016.01.014](https://doi.org/10.1016/j.cognition.2016.01.014).
- Rotabi, K., et Cheney, K. (2014). Addicted to Orphans': How the global orphan industrial complex jeopardizes local child protection systems », *Conflict, Violence, and Peace: Geographies of Children and Young People* Vol. 11, n°3, pp. 234-245.  
Doi.org/10.1007/978-981-4585-98-9-3-1.
- Ryan, R.-M. et Deci, E.-L. (2000). « Théorie de l'autodétermination et la facilitation de motivation intrinsèque et le bien-être ». *American Psychologist*. pp.68-78.
- Terre des hommes (2014). Aide à l'enfance : faire reculer la mortalité infantile, avenues de Montchoisi 15 : Lausanne.
- Tessier, S. (1998). *Les structures et institutions de prise en charge*. Paris : PUF.
- Tremblay, J., Blanchette- Martin, N., Sirois, M., Dorval, J., Drouin, M. et Leblanc, L. (2010). *Évaluation des besoins en réinsertion sociale, Description du RÉSO*. Québec: Service de recherche CRUV/CRAT-CA.
- Tsala Tsala, J. - P. (1997). *Manuel de psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : l'Harmattan.
- Tönnies, F. (2010). « Première partie. Théorie de la communauté », *Le Lien social*, pp.11-43.
- UNAIDS, UNICEF et USAID (2004). *Children on the Brink 2004: A Joint Report of New Orphan Estimated and Framework for action*. New York, États-Unis. pp.46.  
[www.unaids.org](http://www.unaids.org), [www.unicef.org](http://www.unicef.org), ou [www.usaid.gov](http://www.usaid.gov).
- UNAIDS (2010). Rapport National UNGASS 2010. Présidence de la République du Mali. Haut Conseil National de lutte contre le sida (HCNLS) Secrétariat exécutif. Mars 2010. p.92. [www.unaids.org](http://www.unaids.org).
- UNICEF (2016). La situation des enfants dans le monde. L'égalité des chances pour chaque

enfant. New York : Etats-Unis

UNICEF (2008). Pauvreté des enfants et inégalités au Tchad. Unissons-nous pour les “enfants au centre du développement au Tchad”

Van der Maren, J.-M. (2010). Entretiens de groupe: *concepts, usages et ancrage*, revue de recherche qualitative, vol 29, n° 1, pp. 129-139. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Rvue.html> Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Vermeersch, P. (2011). *L'entretien d'explicitation*. Paris : Editions sociales françaises (ESF).

Webb, D. (2001). Children affected by HIV/AIDS: *Rights and responses in developing World, Save the Children*, pp.23- 35

Yaro, Y. et Dougnon, D. (2003). *Inégalités scolaires à Ouagadougou dans les années 2000*. Thèse de Doctorat, Université de Paris.

**ANNEXES**

**ANNEXE 1 : Lettre de présentation**

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
 Paix – Travail – Patrie  
 UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
 -----  
 CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
 DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES,  
 SOCIALES ET EDUCATIVES  
 -----



REPUBLIC OF CAMEROON  
 Peace – Work – Fatherland  
 THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
 -----  
 POST GRADUATE SCHOOL FOR THE  
 SOCIAL AND EDUCATIONAL  
 SCIENCES  
 -----

B. P. : 755 Yaoundé  
 Email : crfd.shse@univ-yaounde1.cm  
 Siège : Face Bibliothèque Centrale de l'UYI

Réf. **22-0813** /UYI/CRFD\_SHSE/TTJP

### AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur Jacques Philippe TSALA TSALA**, Coordonnateur du Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **Odilon VARY TAO**, Matricule **20V3437**, est inscrit en **Master II** à la Faculté des Sciences de l'Éducation, Département : **Education Spécialisée**, Spécialité : **Handicap Social**.

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction du **Dr. Valèze MAPTO KENGNE**. Son sujet porte sur : « **Accompagnement psychosocial et réinsertion sociale des enfants orphelins du SIDA âgés de 12-17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena/Tchad** ».

Je vous saurai gré de bien vouloir mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider dans son travail.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.


Fait à Yaoundé, le **21 JUN 2022**

Le Coordonnateur du Centre de Recherche  
 et de Formation Doctorale en Sciences  
 Humaines, Sociales et Éducatives



*Jacques Philippe TSALA TSALA*  
 Professeur Titulaire

## ANNEXE 2 : Questionnaire qualitatif ou guide d'entretien

<p>RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN</p> <p>Paix – Travail – Patrie</p> <p>*****</p> <p>UNIVERSITE DE YAOUNDE I</p> <p>*****</p> <p>FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION</p> <p>*****</p> <p>DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION SPECIALISÉE</p> <p>*****</p>		<p>THE REPUBLIC OF CAMEROON</p> <p>Peace – Work – Fatherland</p> <p>*****</p> <p>UNIVERSITY OF YAOUNDE I</p> <p>*****</p> <p>FACULTY OF EDUCATION</p> <p>*****</p> <p>DEPARTEMENT OF SPECIALIZEOF EDUCATION</p> <p>*****</p>
--	---	--

### Questionnaires adressés aux répondants

Dans le cadre de rédaction de notre mémoire de fin de formation à la Faculté des Sciences de l'Éducation à l'Université de Yaoundé1, au Département de l'Éducation Spécialisée, option : handicaps sociaux et conseils, nous menons une recherche sur le sujet : **"Accompagnement psychosocial et réinsertion des enfants orphelins du SIDA âgés de 12-17 ans dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de N'Djamena "**

Pour ce faire, nous vous demandons de bien vouloir répondre à cette série de questions dont la sincérité sera d'une importance capitale.

#### Identification des participants

Nom :

Âge :

Âge au moment du décès d'un ou des deux parents :

Sexe :

Milieu de vie fréquenté :

Relation avec la fratrie :

Niveau scolaire :

## **Questionnaires adressés aux enfants orphelins du sida**

### **Thème 1: Accompagnement psychosocial**

1. Depuis quand tu es orphelin de tes deux parents ?
2. Tu peux me dire avec quel membre de la famille tu vis après la disparition de tes deux parents?
3. Depuis quand tu es identifié et appuyé comme OEV ?
4. As-tu reçu des services d'accompagnements depuis ton arrivé dans ce centre ?
5. Qu'en penses-tu à ce changement d'environnement ou de ce milieu ?
6. As-tu reçu de l'aide dans le domaine de la prise en charge éducative?
7. Quels sont tes difficultés dans ce centre ?
8. Penses-tu qu'un orphelin de sida a le même droit qu'un autre enfant ?
9. As-tu reçu les conseils sur le VIH/SIDA et les ITSS ?

### **Thème 2: Réinsertion sociale**

10. Entretiens-tu la relation avec les membres de la famille dans ce centre ?
11. Quelles sont tes attentes vis-à-vis de la population, des autorités, des ONG, des partenaires internationaux ? (autrement dit les services, les aides que tu souhaites avoir plus)
12. As-tu des projets personnels ? si oui tu peux me dire en quelque mot ?
13. Après avoir reçu une formation qui cadre avec ton projet, accepte-tu de quitter le centre pour ton épanouissement personnel ?



## TABLE DES MATIERES

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>i</b>
<b>DEDICACE</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>iii</b>
<b>RESUME</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES</b> .....	<b>vi</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>viii</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE: FONDEMENTS THEORIQUES DE L'ETUDE</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 PRESENTATION DES DONNEES STATISTIQUES A PARTIR DE         QUELQUES INDICATEURS STATISTIQUES SUR LE VIH SIDA</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2. ANALYSE DES DIFFERENTS AXES DU PROBLEME</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3. PORTRAIT GENERAL DU VIH/SIDA</b> .....	<b>9</b>
<b>1.3.1. Aperçu générale du sida au Tchad</b> .....	<b>12</b>
<b>1.3.2 Situation actuelle de l'épidémie au Tchad</b> .....	<b>13</b>
<b>1.4. ENJEUX DU PROBLEME SUR LE PLAN LOCAL, NATIONAL ET         INTERNATIONAL</b> .....	<b>14</b>
<b>1.5. PROBLEME DE RECHERCHE</b> .....	<b>16</b>
<b>1.6. QUESTION DE RECHERCHE</b> .....	<b>20</b>
<b>1.6.1 Question générale de recherche</b> .....	<b>20</b>
<b>1.6.2 Questions spécifiques</b> .....	<b>20</b>
<b>1.7. HYPOTHESE DE RECHERCHE</b> .....	<b>21</b>
<b>1.7.1 Hypothèse générale</b> .....	<b>21</b>
<b>1.7.2 Hypothèse spécifiques</b> .....	<b>21</b>
<b>1.8. OBJECTIFS DE RECHERCHE</b> .....	<b>21</b>
<b>1.8.1 Objectif général</b> .....	<b>21</b>

1.8.2. Objectifs spécifiques.....	21
<b>1.9. EXPLICATION DU CHOIX DE L’OBJET DE RECHERCHE .....</b>	<b>22</b>
<b>1.10. INTÉRÊTS ET PERTINENCE DE L’ÉTUDE.....</b>	<b>22</b>
1.10.1 Intérêts de la recherche.....	22
1.10.1.1 Intérêt thématique ou scientifique .....	22
1.10.1.2 Intérêt personnel.....	22
1.10.1.3 Intérêt académique .....	23
1.10.2 Pertinence de la recherche.....	23
<b>CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1. TRAVAUX SUR L’ACCOMPAGNEMENT .....</b>	<b>24</b>
2.1.1 Accompagnement psychologique .....	25
2.1.2 L’accompagnement social.....	26
2.1.3 Accompagnement éducatif.....	27
2.1.3.1 Accompagnement en éducation .....	28
2.1.4 Accompagnement psychosocial .....	28
2.1.4.1 Les conditions à la réalisation de l’accompagnement psychosocial .....	29
2.1.5. L’accompagnement comme stratégie de réinsertion sociale des enfants orphelins du Sida.....	30
2.1.6 Accompagner les enfants .....	30
2.1.7 Les constructions de l’orphelin par les organisations d’aide à l’enfance.....	31
2.1.8 Les enfants orphelins : catégorie sociale peu institutionnalisée en Afrique.	33
2.1.9 Des programmes d’intervention.....	34
<b>2.2. TRAVAUX SUR LA RÉINSERTION SOCIALE .....</b>	<b>35</b>
2.2.1 Réinsertion sociale des enfants orphelins du VIH/SIDA .....	36
2.2.2 La réinsertion familiale.....	37
2.2.3 La réinsertion scolaire.....	38
2.2.4 Réinsertion : en séquence, en parallèle ou intégrée.....	39
2.2.5 Efficacité des interventions de réinsertion sociale.....	39
2.2.6 Programmes ou activités de réinsertion sociale touchant la sphère sociale.	40
<b>2.3. PROTECTION DE L’ENFANCE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE.....</b>	<b>41</b>

<b>2.4. QUI SONT LES ORPHELINS ET LES ENFANTS EN SITUATION DE GRANDE VULNÉRABILITÉ ? .....</b>	<b>42</b>
2.4.1 Les quasi-orphelins ou orphelins de fait.....	42
<b>2.5. LA PANDÉMIE DE VIH/SIDA ET LA CONSTRUCTION DE L'ORPHELIN.....</b>	<b>44</b>
<b>2.6. VIH/SIDA ET SES CONSÉQUENCES .....</b>	<b>46</b>
2.6.1 Conséquence socio-économique pour les enfants .....	46
2.6.2 Conséquences physiques .....	47
2.6.3 Conséquence psychosociales.....	47
2.6.4 Conséquences socio sexuelles.....	48
2.6.5 Conséquences scolaires .....	49
<b>2.7. EFFETS SPÉCIFIQUES DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA.....</b>	<b>49</b>
2.7.1 Le rejet, la discrimination et la stigmatisation dont ils sont victimes.....	50
2.7.2 L'enfant et le deuil.....	52
<b>CHAPITRE 3 : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIE EXPLICATIVE .....</b>	<b>54</b>
<b>3.1. ANALYSE ET DEVELOPPEMENT DES CONCEPTS ET DU RESEAU CONCEPTUEL SELON DIFFERENTS TRAVAUX ET AUTEURS.....</b>	<b>54</b>
3.1.1 Clarification des concepts .....	54
3.1.1.1 Concept de l'accompagnement psychosocial.....	54
3.1.1.2 Comprendre l'accompagnement psychosocial.....	55
3.1.1.3 Le concept de la réinsertion sociale.....	57
3.1.1.4 Qu'est-ce qu'un enfant ? .....	60
3.1.1.5 Comprendre l'enfant .....	61
3.1.1.6 Le concept de l'orphelin du sida.....	63
3.1.1.7 Qu'est-ce qu'un enfant vulnérable ? .....	64
3.1.1.8 Le VIH/SIDA.....	65
<b>3.2. THEORIES EXPLICATIVES .....</b>	<b>66</b>
3.2.1 Différentes approches et théories.....	66
3.2.2Théorie de la stigmatisation.....	66
3.2.3 La théorie de l'autodétermination de Ryan et Déci 2000 .....	68
3.2.4 Approche multi systémique Développée par Bronfenbrenner (1979) .....	69

<b>DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>70</b>
<b>CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE.....</b>	<b>71</b>
<b>4.1. APPROCHE METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>71</b>
4.1.1Explication des choix des sites de recherche .....	71
4.1.2 Présentation du site de recherche .....	72
4.1.3 Stratégie d'enquête sur le terrain.....	73
4.1.3.1 Entretiens.....	73
4.1.3.2 L'entretien semi-directif .....	74
4.1.5 Contexte du terrain de recherche .....	75
4.1.5.1 Type de l'étude.....	75
4.1.6 Déroulement des entretiens .....	76
<b>4.2. CADRE OPERATOIRE.....</b>	<b>77</b>
4.2.1 Technique d'échantillonnage et échantillon.....	81
4.2.1.1 Technique d'échantillonnage.....	81
4.1.2.2 Échantillon.....	82
4.2.2 Méthodes d'analyse des données de recherche.....	82
4.2.2.1. La constitution des données de l'étude .....	82
4.2.2.2. La technique d'analyse des données .....	83
4.2.2.3 La grille d'analyse.....	83
<b>CHAPITRE 5 : ANALYSE DES DONNEES .....</b>	<b>85</b>
<b>5.1. RESTITUTION DES RECIS DES PARTICIPANTS .....</b>	<b>85</b>
5.1.1 Cas Djimet.....	85
5.1.1.1 Profil de répondant.....	85
5.1.2 Cas Masbo .....	86
5.1.1.2 Profil de répondant.....	86
5.1.3 Cas Absakine.....	87
5.1.1.3 Profil de répondant.....	87
5.1.4 Cas Fatimé.....	88
5.1.1.4 Profil de répondant.....	88
5.1.5 Cas Rémadji.....	89

5.1.1.5 Profil de répondant.....	89
<b>5.2. ANALYSE DES ENTRETIENS DES PARTICIPANTS .....</b>	<b>90</b>
5.2.1 Accompagnement psychologique.....	90
5.2.1.1 Un manque d'affection ou une absence parentale marquée.....	90
5.2.1.2 Stress ressenti.....	90
5.2.1.3 Sentiment de solitude vécue .....	91
5.2.2. L'accompagnement social.....	91
5.2.3. Accompagnement éducatif.....	92
5.2.3.1 parcours scolaire difficile .....	93
5.2.3.2 Discrimination et scolarité .....	93
5.2.4 Réinsertion sociale des enfants orphelins du sida .....	94
5.2.4.1 Insertion socioprofessionnelle.....	95
5.2.5 Conséquences du VIH/SIDA sur ces enfants orphelins du sida.....	95
5.2.5.1 Le rejet, la discrimination et la stigmatisation.....	95
<b>CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION .....</b>	<b>97</b>
6.1.1 Accompagnement psychologique .....	97
6.1.2 Accompagnement social.....	98
6.1.3 Accompagnement éducatif.....	99
6.1.3.1 Parcours scolaire difficile.....	99
6.1.3.2 Discrimination et scolarisation .....	100
6.1.2 Réinsertion sociale des enfants orphelins du sida .....	101
6.1.2.1 Insertion professionnelles.....	101
<b>6.2. CONSEQUENCES DU VIH/SIDA SUR LES ENFANTS ORPHELINS DU SIDA .....</b>	<b>102</b>
6.2.1 Conséquences sociales .....	102
6.2.1.1. Le rejet, la discrimination et la stigmatisation dont ils sont victimes .	103
6.2.2. Conséquences psychologiques .....	105
6.2.2.1. La représentation de soi .....	105
<b>6.3. PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE SOCIALE.....</b>	<b>106</b>
6.3.1. Pour la recherche.....	106

<b>6.3.2. Pour l'intervention .....</b>	<b>108</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>109</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>109</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>109</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>109</b>