



Université Senghor

Université internationale de langue française  
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables (OEV)  
par le VIH/SIDA en Haïti : le cas des départements du Sud, des  
Nippes et du Nord-ouest : Identification des obstacles et propositions  
d'amélioration.

présenté par

Rose-Myriam ORIGÈNE

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité « Santé internationale »

Le 13 Avril 2011

Devant le jury composé de :

Christian MESENGE Président

Directeur du Département Santé de l'Université Senghor

Sani KOZMAN Examineur

Consultant international de VIH, Président ONG de  
Personnes vivant avec le VIH

Christophe RAPP Examineur

Professeur à l'Hôpital Val de Grace, France



## Remerciements

Ce document est le fruit de recherches minutieuses et sérieuses, il n'aurait pas été possible sans le concours désintéressé de plus d'un, à qui nous exprimons notre gratitude et sincères remerciements, citons en particulier :

- l'Université Senghor, pour m'avoir offert l'occasion de bénéficier d'un Master en Développement/Spécialité Santé Internationale.
- Le Directeur du Département Santé, Dr. Christian Mésenge pour son encadrement, ses conseils et son enthousiasme.
- La secrétaire du Département Santé, Mme Alice Mounir pour sa disponibilité et ses conseils.
- Nos différents formateurs, pour leurs enseignements.
- Les équipes DMER et CHAMP de Catholic Relief Services (CRS)/Haïti. Travailler à vos côtés et bénéficier de votre expérience, m'ont permis d'enrichir mon savoir et savoir-faire.
- Le Prof. Christophe Rapp pour ses corrections et ses conseils.
- Le Docteur Leonardo Shamamba, Coordonnateur du Programme CHAMP/CRS-Haïti, pour son encadrement durant le stage.
- Les partenaires du Programme CHAMP/CRS-Haïti, et autres intervenants dans la prise en charge des OEV/VIH dans les Départements du Sud, des Nippes et du Nord-Ouest, pour avoir grandement contribué à la réalisation de cette étude sur le terrain.
- Tous ceux qui ont accepté de répondre à nos multiples questions. Ceci nous a permis, de collecter les données et informations nécessaires sur la prise en charge des OEV dans leurs communautés respectives.
- Tout le personnel de l'Université Senghor, pour avoir contribué d'une façon ou d'une autre à cette formation.

## Dédicaces

*« Un homme n'est jamais seul, un homme n'est jamais faible quand il mêle son énergie à l'immense océan des énergies humaines ». Martin GRAY*

Je dédie ce mémoire à :

- Au Dieu Tout Puissant qui m'a su insuffler son esprit saint et me combler de son puissant amour durant ces 2 années d'étude.
- Ma tendre mère, Madame Iralia Germeille Origène pour tant de sacrifices consentis pour faire de moi ce que je suis. Qu'elle trouve ici l'expression de mon profond amour.
- Mes sœurs et frères bien aimés, Junior Claude Emmanuel, Jean-Claude, Gardy, Rose-Carline et Marie-Carole Origène pour leur amour.
- Mes neveux et nièces : Jade, Caina, Karl, Kleny, Klelie.
- Mes tantes et oncles, Nerilia, Marie-Thérèse, Ilane, Monique, Adrien Germeille pour leur soutien.
- Les familles, Moise, Germeille, Saint-Eloi, Perrin, Origène, Constant, Dervil, Magnus, et des Sr. Oblates de Marie Immaculée d'Haïti pour leur soutien.
- Ma compatriote et colocataire, Tanya Merceron pour m'avoir supporté pendant 2 ans de cohabitation.
- Mes amis, mes anciens collègues du Catholic Relief Services, spécialement ceux du projet CHAMP et de MCHN pour leur conseil.
- Aux Orphelins et autres enfants rendus Vulnérables par le VIH/SIDA en Haïti.
- A tous mes camarades de la XIIe promotion du Master en développement, spécialement ceux du département Santé. Nous avons passé ensemble d'agréables moments d'apprentissage. J'espère que nous saurions relever le défi du développement dans nos pays respectifs.

Enfin, tous ceux et celles qui m'ont soutenu de près ou de loin au cours de cette formation et durant mon stage, qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

## Résumé

**Introduction** : Le Sida de par ses sombres impacts sur la vie de bon nombre d'enfants, demeure un grand problème social et de santé publique à travers le monde. En Haïti, on comptait près de 6800 enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH et près de 220.000 à 315.000 orphelins et autres enfants vulnérables par le VIH en 2010. Tout compte fait, il entraîne des répercussions sur la vie, la santé, l'éducation, l'économie, l'harmonie et l'équilibre psychique des enfants et de leurs familles. En dépit de maintes interventions entreprises en Haïti, la situation demeure critique.

**Objectif de cette étude** : Décrire la situation des enfants orphelins et vulnérables (OEV) par le VIH en Haïti en vue de dégager les principaux obstacles à une prise en charge adéquate de ces derniers et du coup formuler des recommandations.

**Méthodologie** : Etude descriptive et analytique de la situation d'une population d'orphelins et enfants vulnérables par le VIH, bénéficiaires ou non d'un programme de prise en charge dans 3 Départements d'Haïti (Sud, Nippes et Nord-Ouest) sélectionnés par échantillonnage aléatoire.

Recueil d'entretiens auprès des OEV, des tuteurs d'OEV, de leaders communautaires et d'intervenants dans la prise en charge des OEV.

**Résultats** : 90 OEV ont été sélectionnés, dont 30 dans chaque département. 74 % étaient des filles contre 26% de garçons, l'âge moyen était de 15 ans. Parmi les 73,3% scolarisés 35,6% ont pu bénéficier de subvention scolaire. 33,45 % sont orphelins de père ou de mère, 45,6% de tuteurs et 32,2% d'enfants ont une activité génératrice de revenu, 65,6% ont été formés sur le VIH/SIDA, mais 47,8% ne connaissent pas les modes de transmission du VIH, 25,6% ont été dépistés au VIH, 43% vivent avec 1 à 4 enfants dans le ménage, 24,5% ne peuvent pas jouir des biens de leurs parents.

De plus, on a vu que la prise en charge de ces enfants fait face à des obstacles liés à la nonchalance des autorités politico-administratives, carences en ressources humaines et des moyens logistiques, de détournement de fonds, et de l'ignorance de la population.

**Conclusion** : Cette étude, nous a montré que la prise en charge globale des OEV se résume essentiellement à l'appui scolaire. Ils sont confrontés à des problèmes d'ordre nutritionnel, sanitaire, psychique, matériel et éducationnel. La situation des ménages reste très précaire. La présence de l'état ne se fait pas vraiment sentir et certaines interventions réalisées par les ONG de la place semblent ne pas être adaptées à la réalité haïtienne et souvent ne touchent pas les plus vulnérables, du coup n'arrivent pas à atteindre les résultats escomptés. L'enjeu reste toujours de taille.

**Mots-clefs** : VIH/SIDA – Orphelins – Enfants – Vulnérabilité – Haïti - Prise en charge des OEV.

## Abstract

**Introduction:** AIDS by its negative impacts on children lives remains a major social and public health problem worldwide. In Haiti, there were nearly 6800 children infected under 15 and around 220,000 to 315,000 orphans and other children made vulnerable by HIV in 2010. All things considered, it causes an impact on the lives, health, education, economy, harmony and mental balance of children and their families. Despite numerous interventions undertaken in Haiti, the situation remains critical.

**Objective of this study:** To describe the situation of orphans and vulnerable children (OVC) by HIV in Haiti in order to identify the main obstacles to adequate care for them and make recommendations.

### Methods:

Descriptive and analytic study of the status of a population of orphans and vulnerable children, whether or not supported by an HIV program in three Departments of Haiti (South, Nippes, and Northwest) selected on random sampling basis.

Interviews have been conducted with OVC, OVC caretakers, community leaders and stakeholders caring for OVC.

**Results:** 90 OVC were selected, including 30 from each department. 74% were female against 26% male, the average was 15 years. Among the 73.3% OVC in school, 35.6% received school fees and/or supplies. 33.45% are orphaned from one parent, 45.6% caretakers and 32.2% of children interviewed have an income generating activity; 65.6% were trained on HIV / AIDS but 47.8% do not know the modes of HIV transmission, 25.6% were screened for HIV, 43% are living with 1-4 other children in the household, 24.5% do not have access to goods left by their parents. Moreover, there are many challenges in taking care of these children such as indifference of political and administrative authorities, inadequate staffing and logistics, embezzlement, and ignorance of the population.

**Conclusion:** This study shows that the overall care of OVC is essentially related to school support. They face problems of nutrition, health, psychological, and educational materials. The household situation remains very precarious. The presence of the government is not really felt and some interventions by NGO operating locally seems not to be adapted to the Haitian reality and often do not reach the most vulnerable, and therefore they are unable to achieve expected results. The challenge remains important.

**Keywords:** HIV / AIDS - Orphans - Children - Vulnerability - Haiti - Support for OVC.

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

AGR : Activité génératrice de revenu

APIAVGA : Association des personnes infectées au VIH dans la Grande-Anse

ARV : Anti rétroviral

ASON : Association de solidarité nationale

ATAL : Asosyasyon Tèt ansanm Laval

CAP : Connaissance, attitude et pratique

CCC/MC : Communication pour le changement de comportement et la Mobilisation communautaire

CDE : Convention relative aux droits de l'enfant

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CHAMP: Community Health and Aids Mitigation Project

CRS: Catholic Relief Services

DMER : Design, Monitoring and Evaluation Reporting

ECVH : Enquête sur les conditions de vie en Haïti

EMMUS : Enquête Mortalité, Morbidité et utilisation des services

FHI: Family Health International

FOSREF : Fondation pour la Santé Reproductive et l'Éducation Familiale

GAPSAC: Groupement alternatif pour la promotion de la santé et l'action communautaire

GHESKIO : Groupe Haïtien d'Étude du Sarcome de Kaposi et des infections opportunistes

HSH : Hommes ayant des rapports avec des Hommes

ICC: International Child Care

IHSI: Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique

IST : Infections sexuellement transmissibles

M&E: Monitoring and Evaluation

MESI: Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface

MCHN: Maternal child Health and Nutrition

MST: maladie sexuellement transmissible

MSPP : Ministère de la santé Publique et de la Population

MUSO : Mutuelle de solidarité

OEV : Orphelin et enfant vulnérable

OIT : Organisation internationale du travail

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations unies

ONUSIDA : ONUSIDA en français, UNAIDS en anglais est un programme crée en 1995 au sein de l'ONU, destiné à coordonner l'action des différentes agences de l'ONU pour lutter contre la pandémie du VIH/SIDA.

OVC: Orphans and Vulnerable Children

PEPFAR: The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief

PEC : Prise en charge

PEC/OEV : Prise en Charge des Orphelins et Enfants vulnérables

PIB: Produit intérieur brut

PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA

PTME : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

PVVIH: Personne vivant avec le VIH

REFANO : Réseau des femmes actives du Nord-Ouest

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SIDA: Syndrome d'immunodéficitaire acquise

SMI: Santé Materno-infantile

SPSS : Le logiciel Statistical Package for the Social Science

TB-VIH : Co-infection Tuberculose et le Virus de l'immunodéficience Humaine

UNICEF : Programme des Nations Unies pour l'enfance

UNGASS : Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA

USAID : Agence des États-Unis pour le Développement International

VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine

## Sommaire

Remerciements .....	i
Dédicaces .....	ii
Résumé .....	iii
Abstract.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés .....	v
Sommaire .....	1
Introduction .....	5
<b>Chapitre 1 : Rappels et Problématique .....</b>	<b>7</b>
1.1 Caractéristiques et contexte global d’Haïti .....	7
1.2 Situation de l’épidémie du SIDA en Haïti.....	8
1.3 Aperçu de la situation des orphelins et autres enfants vulnérables par le VIH .....	9
1.3.1 Situation des OEV par le VIH dans le monde.....	9
1.3.2 Situation des OEV en Haïti, toutes catégories confondues. ....	11
1.4 La dynamique du problème .....	12
1.5 Atteindre les OMD en Haïti, les défis posés par les OEV par le VIH/SIDA. ....	13
1.6 Les défis à relever.....	14
1.7 Justification des projets en faveur des OEV ( ).....	14
• L’argument des droits.....	14
• L’argument économique.....	14
• L’argument du capital social .....	15
• L’argument du cout de l’inaction .....	15
• L’argument sanitaire .....	15
• L’argument éducationnel.....	16
1.8 <b>Question de recherche .....</b>	<b>16</b>
1.9 <b>Justification du choix du sujet .....</b>	<b>16</b>
1.10 <b>Objectifs de l’étude.....</b>	<b>17</b>
Objectif Général .....	17
Objectifs spécifiques .....	17
<b>Chapitre 2 : Revue de littérature .....</b>	<b>18</b>
2.1 Définition de concepts.....	18
2.1.1 Enfant .....	18

2.1.2	Les droits de l'enfant :	18
2.1.3	Tuteur	18
2.1.4	Famille	19
2.1.5	Famille d'accueil	19
2.1.6	Communauté	19
2.1.7	Stigmatisation	19
2.1.8	Discrimination	20
2.1.9	Orphelin	20
2.1.10	OEV	20
2.1.11	Les 5 Principales catégories d'enfants vulnérables pour l'implication de la Banque mondiale	21
2.1.12	Enfant infecté par le VIH	21
2.1.13	Enfant affecté par le VIH	21
2.2	Approches sur la situation du VIH dans le Monde et en Haïti, les caractéristiques d'OEV par le VIH et les principes directeurs prônés en faveur de ces derniers.	22
2.2.1	Haïti et Stigmatisation due au VIH/SIDA	23
2.2.2	Riposte nationale à l'épidémie du Sida en Haïti	23
2.2.3	Caractéristiques des OEV par le VIH selon l'UNICEF.	24
2.2.4	Conséquences de l'épidémie du VIH/SIDA sur l'orphelinage	24
2.2.5	Projet de principes directeurs pour l'élaboration de programmes OEV, coordonné par l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'USAID	25
<b>Chapitre 3 : Cadre Méthodologique du travail</b>		<b>26</b>
3.1	Terrain d'enquête	26
3.2	Population de l'étude	26
3.3	Echantillonnage	26
3.4	Critères d'inclusion	27
3.5	Critères d'exclusion	27
3.6	Techniques de collecte des données	28
3.7	Méthodes d'analyses des données	30
3.8	Considérations éthiques	30
3.9	Administration et Supervision de l'étude	30
3.10	L'expérience du stage en Haïti	31
3.10.1	Contexte du stage	31
3.10.2	Les objectifs du Stage	31
3.10.3	Présentation de la structure d'accueil (CRS)	31
3.10.4	Présentation du programme CHAMP de CRS-Haïti	31

3.10.5	Apports du stage dans l'élaboration du mémoire professionnel .....	32
3.10.6	Autres acquis socioprofessionnels .....	33
<b>Chapitre 4 : Présentation des résultats de l'enquête.....</b>		<b>34</b>
4.1	Taille de l'échantillon.....	34
4.2	L'âge des enquêtés.....	35
4.3	Le sexe .....	35
4.4	La religion.....	35
4.5	L'éducation .....	35
4.6	Répartition des enquêtés en fonction du sexe, le groupe d'âge et de l'insertion scolaire .....	36
4.7	L'alimentation .....	36
4.8	Les enfants orphelins .....	37
4.9	Droits dont jouissent les enfants .....	37
4.10	Enfants ayant une activité génératrice de revenus .....	37
4.11	Répartition des enfants selon leurs tuteurs .....	37
4.12	Répartition des enfants en fonction des effectifs par ménage .....	38
4.13	Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le VIH/SIDA, la santé, l'hygiène, la nutrition et les droits des enfants.....	38
4.14	Connaissances sur les modes de contamination par le VIH/SIDA.....	38
4.15	Situation sexuelle des enquêtés .....	39
4.16	Enfants ayant fait le test de dépistage au VIH .....	39
4.17	Situation psychosocial des enquêtés .....	39
4.18	Devenir des OEV .....	40
4.19	Relation avec les autres au sein du ménage .....	40
4.20	Types d'appui sollicité par les enquêtés.....	40
4.21	Arbre à problème de la situation des OEV/VIH-SIDA dans les départements du Sud, des Nippes et du Nord-Ouest d'Haïti.....	41
4.22	<b>Obstacles empêchant la prise en charge adéquate des OEV par le VIH/SIDA en Haïti. ....</b>	<b>43</b>
–	Obstacles liés à la nonchalance des autorités politico-administratives .....	43
–	Obstacles liés à des ressources humaines .....	43
–	Obstacles liés à la logistique .....	43
–	Obstacles liés au détournement de fonds .....	44
–	Obstacles liés à l'ignorance de la population.....	44
–	Obstacles liés spécifiquement à la prise en charge des OEV/SIDA.....	44
<b>Chapitre 5 : Discussion .....</b>		<b>46</b>
5.1	Caractéristiques de la population étudiée.....	46
5.2	Situation médicale.....	46

5.3	Situation psychosociale.....	46
5.4	L'éducation .....	47
5.5	L'alimentation .....	48
5.6	Situation socioéconomique.....	48
5.7	Soutien communautaire envers les OEV.....	50
5.8	Limites et Difficultés de l'étude .....	50
<b>Recommandations.....</b>		<b>52</b>
•	Aux autorités politico administratives .....	52
•	Organisations Communautaires (Associations de Femmes, Société Civile, familles, leaders communautaires, etc.).....	52
•	Aux Organisations Non Gouvernementales et Agences :.....	53
<b>Conclusion .....</b>		<b>54</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>		<b>55</b>
<b>Liste des figures.....</b>		<b>59</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>		<b>59</b>
<b>Annexes.....</b>		<b>60</b>
Annexe 1 : tableau de la répartition des arguments prioritaires pris en compte pour justifier les projets en faveur des OEV.....		60
Annexe 2 : Guide d'entretien avec les OEV.....		61
Annexe 3 : Guide d'entretien avec les intervenants sur le terrain.....		64
Annexe 4 : Guide d'entretien avec les leaders communautaires.....		65
Annexe 5 : Guide d'entretien avec les responsables d'OEV.....		66
Annexe 6 : Répartition des institutions subventionnant des frais scolaires aux OEV par le VIH dans les départements du Sud, des Nippes et du Nord-Ouest d'Haïti.....		67
Annexe 7 : Les éléments d'un programme global de soins et de soutien qui répondront aux différents besoins des orphelins et autres enfants en situation vulnérable.....		68

## Introduction

L'infection à VIH reste l'un des plus grands défis en matière de santé publique dans le monde. Quoique certaines avancées aient déjà été observées dans la lutte pour contrecarrer ce fléau, ils sont aujourd'hui 33,3 millions à travers le monde. Depuis 1999, année où l'épidémie aurait atteint son maximum, le nombre de nouvelles infections dans le monde a reculé de 19 %, atteignant 2,6 millions en 2009. (ONUSIDA, rapport 2009).

Haïti, avec une prévalence de 2,2%, abrite la moitié des personnes vivant avec le VIH dans les caraïbes. Le pays est devenu plus malade du SIDA durant ces 20 dernières années à cause d'une crise de gouvernance qui s'y est donné et constituant l'un des facteurs majeurs de cette explosion de la séroprévalence. (Thélot, 2009)

Si dans le monde, le nombre d'enfants rendus orphelins et vulnérables par la maladie avoisine les 15 millions, en Haïti ils sont au nombre de 300.000, et c'est l'une des conséquences les plus visibles et les plus désastreuses de cette maladie. Les jeunes orphelins sont particulièrement vulnérables à l'exploitation sexuelle et aux risques d'infections par le VIH et les autres IST.

A côté de ces enfants rendus orphelins, des millions d'autres voient leur santé, leur éducation, leur sécurité ou leur moralité compromise en raison de la maladie ou du décès d'un parent proche ou de nombreux membres de leur communauté.

La communauté internationale n'a commencé que récemment à reconnaître et analyser le problème de la prise en charge des orphelins du sida (Foster 2002). Ce n'est qu'en 2001 que l'assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA a adopté une déclaration d'engagement concernant les orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH sous la forme d'un cadre d'action (Grassly et Timaeus, 2003).

En Haïti, pour répondre à ce défi, certains organismes nationaux et internationaux ont entrepris de maintes initiatives, l'État haïtien avait ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant, et élaboré en 2006 de concert avec l'UNICEF un cadre de référence en faveur de la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables haïtiens. Mais l'ampleur et la complexité des problèmes psychosociaux, économiques et sanitaires rencontrés par les OEV ainsi que la problématique de leurs conditions de vie demeurent critiques. Le manque de synergie dans les interventions est responsable de redondances et d'un manque d'encadrement des plus nécessaires.

Ainsi par cette étude, on s'évertuera à décrire la situation de ces enfants en Haïti, identifier les obstacles entravant la prise en charge adéquate de ces derniers et du coup proposer des recommandations.

Pour ce, notre travail va se répartir comme suit :

- La problématique de la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables par le VIH en Haïti
- Une revue de littérature abordant les différents thèmes et concepts concernant les OEV et l'état actuel des connaissances sur le sujet.
- La méthodologie décrivant la démarche poursuivie et les techniques de collecte, d'analyse et de traitement des données utilisées pour la réalisation du travail

- La présentation des résultats de l'enquête
- L'identification des obstacles empêchant la prise en charge adéquate des OEV par le VIH en Haïti.
- La discussion des résultats
- La formulation des recommandations
- La conclusion du travail

## Chapitre 1 : Rappels et Problématique

### 1.1 Caractéristiques et contexte global d'Haïti

La République d'Haïti occupe le tiers occidental de l'île d'Hispaniola qu'elle partage avec la République Dominicaine. Elle se situe au centre de la région Caraïbe, à égale distance (1000 Km) de Miami, de Panama et de Bogota. Sa superficie est de 27,750 Km<sup>2</sup>, ce qui en fait le troisième plus grand pays des Caraïbes après Cuba et la République Dominicaine. (UNGASS Haïti, 2010)



Figure 1: Carte Géographique d'Haïti (Source : Google image.)

En 2009, la population était estimée à 9.923.243 habitants, répartie en 51.5% de femmes et 48.5% d'hommes. La pyramide des âges révèle la prédominance des jeunes : 43.2% de la population ayant moins de 18 ans. (IHSI, Mars 2009).

La République d'Haïti est divisée administrativement en 10 départements : l'Artibonite, le Centre, la Grande Anse, le Nord, le Nord-est, le Nord-ouest, les Nippes, l'Ouest, le Sud et le Sud-Est. Ces dix-derniers sont eux-mêmes subdivisés en 41 arrondissements, 133 communes et 565 sections. (EMMUS IV, 2005-2006)

78 % de la population vit sous le seuil de pauvreté de deux dollars par jour et 54 % dans un état de pauvreté extrême (moins d'un dollar par jour). (PNUD, 2007)

Le chômage prend une ampleur considérable, soit 45,5% dans l'aire métropolitaine contre 28,2% dans les villes de province. Par ailleurs, les femmes sont sur-chômeuses relativement aux hommes, avec un taux respectivement de 32.1% contre 23.4%. Enfin, le chômage affecte particulièrement les jeunes de 15-19 ans (61.9%) et de 20-24 ans (50%). (IHSI, 2001)

Les enfants, les femmes, les adolescents, les personnes à faible revenu et celles vivant en milieu rural sont les cibles prioritaires de l'action gouvernementale en matière de protection sociale. Avec l'épidémie de l'infection au VIH, les orphelins du SIDA constituent une autre catégorie de personnes vulnérables.

Les femmes et les enfants sont les cibles de choix de violences et d'agressions qui se propagent en raison de facteurs économiques, politiques, sociaux et culturels complexes.

Le pays présente un déficit important en services sociaux de base : éducation, eau, santé, assainissement. L'enquête EMMUS IV, conduite en 2005/2006 montrait par exemple que seulement 26% des ménages s'approvisionnaient en eau provenant d'adduction d'eau publique. Le taux d'alphabétisation avoisine les 52%, ce qui représente 500.000 enfants en âge de l'être qui ne sont pas scolarisés. (EMMUS IV, 2005.2006)

Avec une croissance démographique annuelle de 1,7% et un PIB de 700 \$/hab. Haïti est placé à la 149<sup>e</sup> position sur 182 pays en ce qui a trait à l'indice de développement humain. (Rapport PNUD 2009). En 2009, la Banque mondiale estimait l'espérance de vie à la naissance à 61,4 ans (Banque mondiale, 2009). Les services de sécurité sociale et autres instruments de protection sociale sont pratiquement inexistantes.

La situation sanitaire du pays demeure sombre et ne cesse d'attirer l'attention de plus d'un avec la survenue d'un séisme causant la mort de plus de 220.000 personnes (UNICEF, 2010), auquel s'ajoute une épidémie de choléra plongeant le pays dans une pauvreté extrême et aggravant la précarité des systèmes sanitaires et d'assainissement à laquelle le pays faisait déjà face. Moins de la moitié de la population a accès aux services de santé de qualité (UNGASS, Haïti 2010).

La mortalité maternelle était estimée à 523 pour 100.000 naissances vivantes sur la période 1994-2000 (EMMUS III) et à 630 pour 1000,000 naissances vivantes pour la période avant l'enquête conduite en 2005/2006 (EMMUS IV). (Ce taux est le plus élevé pour la région Amérique Latine /Caraïbes). Le risque de mourir avant l'âge de 5 ans est de 78 décès pour mille naissances vivantes. Chez les jeunes, les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées des adolescentes sont des préoccupations. (UNGASS, 2010)

Les ressources humaines en santé sont limitées et mal réparties à travers le territoire. La couverture en personnel de santé est de 2,5 médecins, une infirmière, 2,5 auxiliaires, pour 10.000 habitants tandis que la norme de l'OMS est de 25 ressources humaines pour 10.000 habitants. Des 1850 médecins qui assurent la couverture sanitaire, 90 % d'entre eux sont confinés dans le département sanitaire de l'Ouest. Le milieu rural est desservi essentiellement par les ONG et la capacité de régulation et de supervision du système par l'Etat est faible. (UNGASS Haïti, 2007)

Avec la faiblesse des revenus et l'absence d'un système étendu de protection sociale, les problèmes de santé sont vécus péniblement par les familles et débouchent sur des phénomènes de décapitalisation, d'abandon du milieu scolaire par les enfants et de déficiences nutritionnelles marquées.

## **1.2 Situation de l'épidémie du SIDA en Haïti**

L'épidémie du VIH/SIDA continue d'être une grande préoccupation en Haïti, malgré les progrès réalisés au cours de ces dernières années et une plus grande disponibilité des ressources financières. Haïti est plus sévèrement touché que tout autre pays de la Caraïbe, atteignant un taux de prévalence de près de 2,2% dans la population générale. Le taux le plus fort étant trouvé dans le Département des Nippes

(3%) et le plus bas dans le Sud-est (1.4%). Les femmes avec un taux de prévalence de 2,3 %, sont légèrement plus infectées que les hommes (2,0 %). Il en résulte un ratio d'infection femme/homme de 1,15, soit 100 hommes infectés pour 115 femmes infectées. Les groupes d'âge les plus atteints sont 30-34 ans chez les femmes avec une prévalence de 4.1% et 40-44 ans chez les hommes avec une prévalence de 4.4%. (EMMUS-IV, 2005-2006). Le taux de couverture des tests de dépistage du VIH est donc plus élevé chez les femmes que chez les hommes, soit respectivement 98% contre 95 %. (EMMUS IV, 2005-2006)

En 2002, on estimait que 85% des adultes séropositifs de la Caraïbe vivaient en Haïti ou en République dominicaine (Putnam *et al*, 2002). Parmi les facteurs essentiels qui contribuent au développement de l'épidémie du VIH en Haïti se trouve: l'instabilité sociopolitique, la pauvreté, l'accès limité aux soins de santé et aux informations relatives à la santé, la stigmatisation des personnes vivant avec le SIDA et de leurs familles, les normes sociales encourageant la multiplicité des partenaires sexuels et les mécanismes mal développés de contrôle et traitement des IST. Plusieurs auteurs pensent également qu'un manque d'engagement constant du gouvernement et de la société haïtienne en général pour la prévention et le contrôle du VIH/SIDA a contribué au développement de l'épidémie (Brutus, 1996; Cayemittes *et al*, 2001; Putnam *et al*, 2001).

En 1993, le taux de prévalence du VIH/Sida chez les adultes haïtiens dépassait les 6%. Malgré le nombre impressionnant de personnes infectées et de décès dus au sida, il a fallu attendre les financements du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2002 et ceux du PEPFAR en 2004 pour que de véritables plans nationaux de lutte contre le sida soient élaborés en Haïti et que l'on commence à démocratiser l'accès aux antirétroviraux pour les malades qui en ont besoin. (Thelot, 2010). A l'expiration du plan stratégique 2002-2006, le pays a voulu définitivement appliquer les principes des « Three Ones ». Un Plan Stratégique National Multisectoriel a été élaboré pour 5 ans (2008-2012). Ce plan décrit la structure de Coordination du Programme: la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS) et la mise en place d'un système unique de Suivi/Evaluation. (UNGASS, Haïti 2010). Le plan stratégique national s'articule autour de 6 axes principaux qui sont : 1) La réduction du risque, 2) la réduction de la vulnérabilité, 3) la réduction de l'impact, 4) la promotion et la défense des droits humains, 5) la construction de la pérennité des interventions, 6) la surveillance de l'épidémie et la recherche. (PNLS, 2008)

**Table I: Les estimations et projections qui ont été réalisées en mai 2009 par le Programme National de lutte contre le SIDA (PNLS) auraient touchées plusieurs paramètres de l'épidémie comme suit :**

PVVIH	Femmes VIH+	Enfants VIH +	Femmes enceintes VIH+	Personnes sous ARV	Personnes besoin d'ARV	Nouvelles infections	Rapport Femme/Homme
127.321	63.000	8.700	7.000	24.000	32.000	11.320	147/100

(Sources : UNGASS, 2010 et ONUSIDA 2010)

### 1.3 Aperçu de la situation des orphelins et autres enfants vulnérables par le VIH

#### 1.3.1 Situation des OEV par le VIH dans le monde

Les mots et les statistiques ne sauraient suffirent pour traduire la tragédie humaine des enfants qui pleurent des parents morts ou mourants, et qui, montrés du doigt par la société à cause de leur lien

avec le VIH/sida, sont plongés dans la crise économique et l'insécurité à cause de la disparition de leurs parents et se débattent sans services ni systèmes de soutien dans des communautés appauvries.

En 2009, quelque 370.000 enfants sont nés avec le VIH et on estime à 2,5 millions le nombre total d'enfants de moins de 15 ans séropositifs quoique 53% des femmes enceintes séropositives aient reçu un traitement pour prévenir la transmission verticale du virus, contre 35% en 2007. La prévalence du VIH chez les jeunes y a baissé de plus de 25 % grâce à l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque. Mais les jeunes séropositifs sont estimés à 5 millions dans le monde et représentent quelque 40 % des nouvelles contaminations par le VIH. (ONUSIDA, 2009)

Ils sont 16,6 millions d'enfants de moins de 17 ans à avoir perdu leurs parents à cause du VIH. Environ 80% de ces enfants vivent en Afrique subsaharienne. Cependant, la crise des orphelins n'est pas limitée à cette région. En 2002, on estimait à 1,8 million le nombre d'orphelins vivant en Asie du Sud et du Sud-est, à 85 000 en Asie de l'Est et dans le Pacifique, à 330 000 en Amérique latine, à 250 000 dans les Caraïbes et à 65 000 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. Dans certains pays, les orphelins constituent une frange importante de la population. Ainsi, la Zambie se trouve en tête de liste pour ce qui est du nombre d'orphelins. En 1996, ce pays comptait déjà à lui seul 1 660 000 orphelins de 0 à 15 ans, dont 750 000 étaient orphelins de mère et 910 000 des orphelins de père (UNICEF et ONUSIDA, 2005).

Selon certaines estimations, il y aura plus de 100 millions d'orphelins du Sida dans le monde d'ici quelques années. Des enfants abandonnés, parfois contaminés à la naissance, parfois en bonne santé dont personne ne pourra s'occuper puisque leur famille aura été anéantie par cette épidémie. <sup>1</sup>

Bien que les pays africains et asiatiques aient mis en place des politiques et des plans d'action intégrés pour ces enfants (Malawi, Zimbabwe, Thaïlande), les plans nationaux en sont encore au stade de la conception dans la plupart de pays. Au plan de la communauté, de nombreux groupes ont élaboré une grande variété de réponses. Leur portée est encore mal connue, mais l'on s'accorde à penser que la couverture géographique des programmes existants est insuffisante. (FHI, 2001).

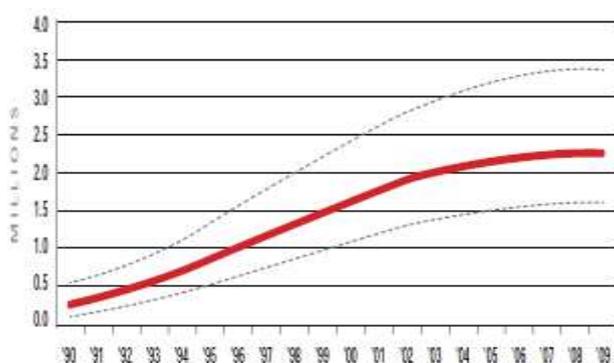


Figure 3: Nombre d'enfants vivant avec le VIH dans le monde de 1990 à 2009

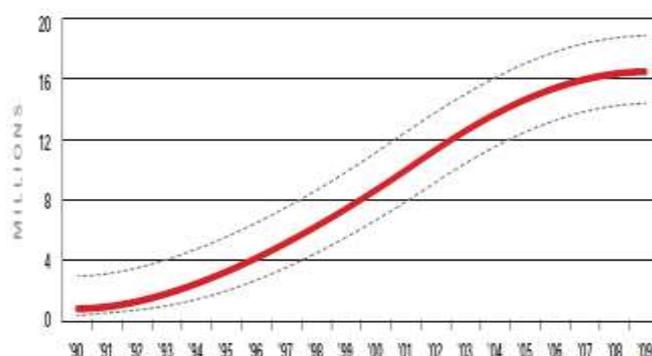


Figure 2: Nombre d'orphelins du SIDA dans le monde de 1990 à 2009

(Source: UNAIDS, global report 2010 on HIV-AIDS)

<sup>1</sup> <http://www.womenofafrica.org/orphelinsida.htm>

### **1.3.2 Situation des OEV en Haïti, toutes catégories confondues.**

Sur plus de 9 millions d'Haïtiens, près de la moitié a moins de 18 ans. Sans ressources, les parents ne peuvent subvenir aux besoins du foyer. La séparation familiale et l'abandon sont fréquents. Il n'est pas rare de croiser des enfants errant seuls. Ils se retrouvent alors sans protection, vivant dans les rues. Ils sont de fait déscolarisés et le plus souvent privés d'accès aux services sociaux les plus élémentaires. Ils sont souvent, exclus de la société et stigmatisés. C'est ainsi que se cumulent les vulnérabilités pour ces enfants vulnérables, affectés par le VIH/sida ou vivants avec la maladie en Haïti.

En Juillet 2006, dans le cadre de la Campagne mondiale « Unissons nous pour les enfants contre le VIH/SIDA », un forum national a été organisé par l'UNICEF en collaboration avec le gouvernement haïtien, la société civile et les autres organisations internationales engagés en vue de concevoir un plan cadre de prise en charge des orphelins et enfants vulnérables, d'où le premier cadre de référence pour l'harmonisation de toutes les interventions en faveur des enfants les plus vulnérables d'Haïti, dont les orphelins et les enfants infectés ou affectés par le VIH/SIDA. Cadre qui jusqu'à présent n'a pas été mis en vigueur.

Suite au séisme ayant frappé Haïti le 12 janvier 2010, il s'avère nécessaire d'évaluer la situation des OEV avant et après cette catastrophe.

Avant le séisme : En Haïti, les 4.2 millions d'enfants représentaient près de la moitié de la population (47%). Près d'un tiers de ces enfants vivaient en situation de vulnérabilité, soit plus d'un million d'enfants. Plus de 400 000 enfants haïtiens, soit un enfant sur 10 sont orphelins de père ou de mère ou des deux parents, dont la majorité à cause du VIH/SIDA. D'autres vivaient dans les rues avec peu voire aucun contact avec leurs familles, ils seraient 4 000 enfants dont 2 500 dans la capitale. Seule la moitié des enfants en âge d'aller à l'école primaire y étaient inscrits, mais en réalité tous ne la fréquentaient pas. Moins de 2 enfants et adolescents sur 10 achèvent le cycle du secondaire.

1,2 million d'enfants étaient exposés à la violence et aux sévices, 225.000 placés en domesticité, 4.000 vivaient dans les rues, 2000 enfants par an victimes de traite vers la République Dominicaine (République voisine). Plus de 4 enfants sur 10 soit 1,7 million n'ont pas accès à l'assainissement. Un enfant sur 5, soit 861.000 n'avaient pas accès à de l'eau salubre. 30% seulement sont enregistrés à la naissance. 0,8% d'enfant souffrait de malnutrition aigue sévère contre 4,5% de malnutrition aigue globale. Taux de mortalité des moins de 5 ans le plus élevé de la région : 78 décès pour 1000 naissances vivantes. Seulement 58 % des enfants ont été vaccinés contre la rougeole. En 2007-2008, on estimait que la moitié des victimes de violence sexuelle était des enfants.

Après le séisme : 1,5 millions d'enfants ont été touchés par le séisme, dont 500.000 extrêmement vulnérables. Ces enfants courent le risque d'abus sexuel, d'exploitation, de violence et de traite. Plus de 2,5 millions d'enfants ont subi une interruption de leur scolarité. 65.000 ont besoin d'aide nutritionnelle. 1,6 million de personnes vivent dans 1342 sites spontanés, dont 800 000 enfants. 330 000 enfants déplacées hors de la capitale Port-au-Prince. 52% des ménages souffrent d'insécurité alimentaire dans les zones touchées par le séisme. 900 000 enfants courent le risque de maladies graves dues aux déplacements de populations. 300.000 orphelins et autres enfants vulnérables par le VIH. (UNICEF, 2010)

## 1.4 La dynamique du problème

Au vu de ce qui précède, la crise engendrée par l'augmentation du nombre d'orphelins et autres enfants vulnérables en Haïti n'est pas une crise à court terme. Ils sont passés de 200.000 en 2004 à 300.000 en 2010. (UNICEF, 2010). Quoique la prévalence du VIH s'est stabilisée (2,2%), et un train d'interventions mis en place, le nombre d'orphelins pourrait rester élevé pendant encore plusieurs années, en raison du décalage entre le moment où une personne contracte le VIH et celui où elle en meurt.

Chaque année, certains orphelins atteignent l'âge de 18 ans et ne sont plus comptabilisés comme orphelins. En Haïti, contrairement à d'autres pays, à 18 ans, les enfants dépendent toujours de leurs parents, et beaucoup d'entre eux sont en classe primaire. L'âge des orphelins et leur âge au moment où ils le deviennent ont des répercussions significatives sur la planification des mesures qui répondent aux besoins des enfants à chaque stade de leur développement.

Plusieurs études ont documenté l'appauvrissement des familles provoqué par le SIDA. Lorsqu'un membre tombe malade, les soins médicaux et autres dépenses augmentent, et la capacité de travailler et de générer des revenus a toutes les chances de diminuer. Ce qui laisse moins de ressources pour les enfants. Il est commun de les voir travailler pour subvenir aux besoins du reste de leur famille. Beaucoup plus que les autres enfants, leur situation précaire les expose à l'exploitation par le travail, à l'exploitation sexuelle, aux violences physiques et psychologiques, ainsi qu'à la traite et aux adoptions illégales. Après la mort d'un parent malade, les dépenses funéraires peuvent grever lourdement le budget du foyer, de plus ils sont souvent victimes de dépossession et d'expropriation.

Si certains orphelins sont bien supportés, d'autres courent des risques multiples. Ils sont discriminés au sein de certains ménages soit par le chef de famille, soit par les enfants biologiques du chef de ménage. Ils reçoivent une nourriture différente de celle des autres, sont mal lotis, battus ou surchargés de travail, ne bénéficient pas au besoin des soins de santé. Ce qui aboutit à des taux de scolarisation plus faibles chez les orphelins du VIH que chez les autres orphelins.

Quoique certains gouvernements et organismes aient mis en place des stratégies pour alléger le fardeau des orphelins et enfants vulnérables haïtiens dans les domaines de : l'éducation, la santé, l'eau l'hygiène et l'assainissement, la protection de l'enfance et la nutrition. Il est largement admis qu'une organisation ou un programme ne peut prendre seul en charge tous les besoins. Cependant les partenariats dans ce domaine sont encore rares et les programmes à ce jour ont de très grandes difficultés à toucher de manière adéquate l'ensemble des enfants dans le besoin.

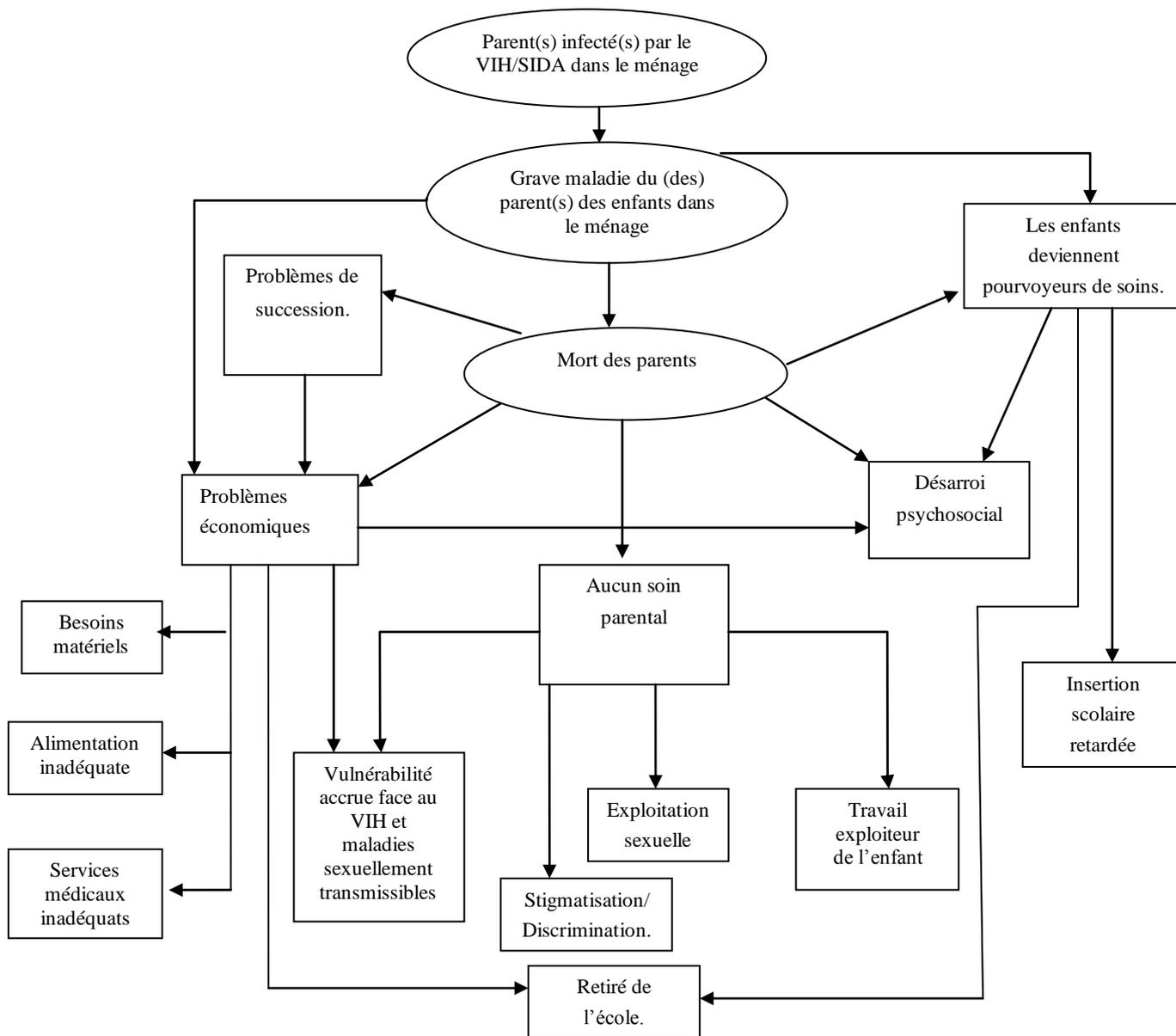


Figure 4: Barrières empêchant les OEV de s’inscrire à l’école et de poursuivre leur éducation.

Source : Adapté de Foster et Williamson (2000); Williamson (2000b)

### 1.5 Atteindre les OMD en Haïti, les défis posés par les OEV par le VIH/SIDA.

Les objectifs du millénaire pour le développement sont un ensemble de stratégies coordonnées traitant plusieurs problèmes simultanément qu’environ 189 pays dont Haïti en Septembre 2000, se sont engagés à mettre en œuvre. Ces objectifs qui sont au nombre de 8, devraient être atteints en 2015. Les orphelins et enfants vulnérables par le sida continuent à poser un réel défi à l’atteinte des objectifs 1,2, et 6 de l’OMD, respectivement : la réduction de l’extrême pauvreté et la faim, l’assurance de l’éducation primaire pour tous, le combat contre le VIH/SIDA, le paludisme et d’autres maladies<sup>2</sup>. Dans la mesure où le nombre d’OEV ne fait que croître alors que les politiques publiques peinent à proposer des solutions viables à leurs situations pour le moins fragiles. Le VIH de part ses conséquences

<sup>2</sup> ([http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/fr/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/fr/)).

désastreuses, affecte la santé, l'éducation, la main-d'œuvre et la croissance économique, le développement communautaire et les conditions de vie en Haïti.

Les OEV continuent de faire face à d'importantes menaces à savoir : la dégradation de l'environnement, la morbi-mortalité, le manque d'assainissement, l'insuffisance et les inégalités observées dans l'accès aux soins de santé, l'alimentation, l'éducation et la protection contre les violences et les exploitations de toutes sortes.

Seulement 41% de personnes nécessitant les ARV en ont accès, y compris des femmes enceintes, ce qui risque d'augmenter le nombre d'enfants nés séropositifs et d'orphelins par le VIH. Tout ceci porte à croire, qu'il reste beaucoup à faire dans la lutte pour une prise en charge adéquate des OEV par le VIH en Haïti.

## 1.6 Les défis à relever

L'absence régulière de dispositions concernant les enfants affectés par le VIH et le SIDA a conduit l'UNICEF, ONUSIDA et leurs partenaires à lancer en 2005 la campagne mondiale Unissons-nous pour les enfants contre le SIDA. Cette campagne poursuit quatre objectifs concrets et mesurables :

- Prévenir l'infection au VIH chez les adolescents et les jeunes
- Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Assurer un traitement pédiatrique
- Fournir aide et protection aux enfants affectés par le VIH et le SIDA.

(Source : les générations orphelines et vulnérables d'Afrique, les enfants affectés par le SIDA, 2004)

## 1.7 Justification des projets en faveur des OEV (3)

Pour ce, plusieurs arguments sont pris en compte, à savoir :

### • L'argument des droits

D'après la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'Enfant (CDE), qui a été ratifiée par plusieurs pays, tous les enfants ont droit à l'éducation, à la santé et à la protection contre l'abus et l'exploitation économique. Les orphelins, les enfants affectés par la guerre et les enfants handicapés bénéficient de droits de protection spécifique au-delà des droits de base. Priver un nombre assez important d'enfants de ces droits va à l'encontre des engagements des signataires de la CDE, et constitue une violation des droits fondamentaux de l'homme.

### • L'argument économique

Le refus d'investir dans les OEV entraîne deux coûts économiques importants, à savoir :

---

<sup>3</sup> (Boîte à outils OEV pour l'Afrique Sub-saharienne, Première édition, Juin 2005)

1. La perte de PNB du fait que les OEV grandissent pour devenir des adultes avec un faible niveau de productivité et
2. le coût lié à l'élimination des conséquences sociales d'avoir une vaste population de jeunes adultes mécontents.

Toutefois, bien que les investissements dans les enfants les plus vulnérables puissent être coûteux, en règle générale, plus les investissements se réalisent en amont, plus ils sont rentables.

- **L'argument du capital social**

D'importantes inégalités, la discrimination, le manque de participation et l'exclusion entravent le développement économique et la stabilité démocratique, ce qui constitue un argument supplémentaire pour justifier les investissements publics dans des groupes désenchantés et vulnérables. Les OEV sont sans doute les membres les plus vulnérables de la société.

Un soutien social et de bonnes relations interpersonnelles ont des effets positifs sur la santé. Le soutien social contribue à donner aux individus les ressources affectives et pratiques dont ils ont besoin<sup>4</sup>.

Les enfants qui grandissent en dehors ou en marge des familles et des communautés sont moins enclins à intégrer pleinement les contraintes sociales liées à leur comportement. Ainsi, il y a de fortes chances qu'ils s'engagent dans des activités dangereuses, qu'ils soient victimes d'accidents, que les filles tombent enceintes à un âge précoce, qu'ils contractent des IST, et même commettent des crimes. Une importante cohorte de jeunes adultes qui ne trouvent pas de travail, parce qu'il leur manque l'éducation et une socialisation adéquate, ont moins de chance de voir leur intérêt à maintenir le système économique et politique. Ils sont donc exposés au recrutement comme membres de milices de bandes urbaines et de groupes de bandits.

- **L'argument du coût de l'inaction**

Le coût de l'inaction ou du manque d'action adéquate, pourrait entraîner une érosion de grande envergure du capital social au fur et à mesure que les OEV délaissés grandissent pour devenir des adultes dysfonctionnels.

- **L'argument sanitaire**

C'est au cours des premières années que s'acquiert le capital biologique et humain qui détermine la santé de l'individu pendant toute sa vie. Un mauvais départ dans la vie et une croissance insuffisante laissent une empreinte biologique durable pendant la phase de développement.<sup>5</sup>

Bon nombre d'entre eux encourent le risque d'un mauvais état de santé physique et mental, et de décès prématuré. Ce qui posera un problème majeur de santé publique dû au taux élevé de morbidité et le coût du traitement chez les OEV, lié à la malnutrition, à une mauvaise hygiène, à la toxicomanie, et à un comportement sexuel irresponsable.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> OMS. 2008. Commission des déterminants sociaux de la santé.

<sup>5</sup> OMS.2008. Commission des déterminants sociaux de la santé.

<sup>6</sup> (OMS), Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through*

- **L'argument éducationnel**

Face à un manque d'éducation formelle et de compétences techniques, on peut s'attendre à la réduction du futur revenu total de la famille et des pertes éventuelles d'efficacité au niveau du secteur de l'éducation à cause des taux élevés de redoublement et d'abandon chez les OEV. D'où la réduction de la productivité et de l'activité économique future, ainsi que de la base des recettes publiques.

## **1.8 Question de recherche**

Malgré les nombreuses interventions mises en œuvre dans la prise en charge de cette catégorie d'enfant, certaines insuffisances sont constatées dans la couverture géographique des interventions, la faible couverture des besoins, le rythme irrégulier des actions, la stigmatisation des bénéficiaires, la faiblesse de la coordination des interventions, la faiblesse du suivi des activités, des normes et standards dont l'application pose problème, etc. Pour répondre à leurs besoins, il faut bien comprendre leur situation et les effets possibles des mesures qui permettent de l'améliorer. Ce qui fait que l'enjeu reste de taille. On voudrait par cette étude mieux poser le problème pour dégager les principaux obstacles à la prise en charge adéquate des OEV par le VIH/SIDA en Haïti et du coup aider à mieux orienter les efforts en cours et ceux à venir.

## **1.9 Justification du choix du sujet**

L'impact du VIH/SIDA s'inscrit le plus profondément dans la vie des enfants. Ce sont leur survie et leur épanouissement qui sont menacés. Dans certaines régions du pays, ils sont oubliés et victimes de stigmatisation et de discrimination. Quoiqu'il y ait beaucoup d'intervenants sur le terrain, la situation de ces derniers ne fait qu'aggraver et ce sombre tableau ne cesse d'inquiéter plus d'un.

Cette étude permettra de mettre un accent sur la problématique des OEV et attirer l'attention de la société, des politiques, des communautés, des partenaires au développement, des associations humanitaires et de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA sur le rôle déterminant et capital qu'ils doivent jouer dans la réinsertion des enfants infectés et/ou affectés par le virus dans le tissu social.

Elle contribuera à répondre aux multiples préoccupations des intervenants sur la problématique des OEV et soutenir la politique de pérennisation de certaines actions en cours en Haïti. Elle vient par conséquent enrichir davantage l'Université Senghor/Alexandrie-Egypte en matière de documents de référence sur les OEV par le VIH.

---

*action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on the Social Determinants of health*, Genève, p. 29.

## **1.10 Objectifs de l'étude**

### **Objectif Général**

Décrire la situation des enfants orphelins et vulnérables par le VIH/SIDA en Haïti en vue d'identifier les obstacles et de faire des propositions d'amélioration.

### **Objectifs spécifiques**

- Identifier les principaux obstacles empêchant une prise en charge adéquate des OEV par le VIH/SIDA en Haïti.
- Faire des recommandations en vue d'une meilleure prise en charge des enfants orphelins et vulnérables haïtiens.

## Chapitre 2 : Revue de littérature

Pour mieux cerner la question de recherche posée dans la problématique et 'atteindre les objectifs fixés, il s'avérait nécessaire d'établir le cadre théorique de notre travail. Pour ce, nous avons utilisé surtout les bases de données « Google », « Medline », « be.files » et consulté des rapports publiés par certains organismes tels que : l'UNICEF, la Banque Mondiale, la FHI, la CRS, l'ONUSIDA et l'Institut Haïtien de Statistique et d'informatique. Nous avons défini quelques concepts et passé en revue la situation du VIH dans le Monde et en Haïti, certaines approches et recommandations en faveur d'une prise en charge adéquate de ces enfants.

### 2.1 Définition de concepts

#### 2.1.1 *Enfant*

D'après la « Convention des Nations Unies relative aux droits de l'Enfance », ratifiée par de nombreux pays, dont Haïti le 8 janvier 1995 "l'enfant est tout être humain (fille et /ou garçon) âgé de moins de dix-huit ans », sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable.<sup>7</sup>

#### 2.1.2 *Les droits de l'enfant :*

D'après la Convention relative aux droits de l'enfance, adoptée et ratifiée le 20 novembre 1980, entrée en vigueur le 2 septembre 1990, les enfants doivent jouir de certains droits. Il s'agit *des droits*:

- À la santé et à la survie: droit à la nourriture, à un toit, à l'eau potable et aux soins de santé.
- À la protection : contre les abus, le délaissement, l'exploitation (sexuelle ou au travail).
- Au développement physique, émotionnel, psychologique. Droits à l'éducation, aux jeux et aux loisirs, à être aimé et à vivre dans un environnement favorable à leur épanouissement.
- À la participation dans un environnement social favorable où ils doivent jouer un rôle déterminant: ils doivent avoir accès aux informations et jouir pleinement de leurs droits civiques (nom, identité, non-discrimination, protection), économiques, politiques (liberté d'expression), culturels et religieux<sup>8</sup>.

#### 2.1.3 *Tuteur*

Personne nommée par un juge pour prendre soin d'un mineur, le représenter dans tous les actes civils et gérer ses biens<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> (<http://www.droitsenfant.com/cide.htm>)

<sup>8</sup> <http://www.droitsenfant.com/convenf.htm>

<sup>9</sup> (Source : [www.immoweb.ca](http://www.immoweb.ca))

#### **2.1.4 Famille**

La famille est une institution formée d'un ensemble de personnes unies par des liens de parenté qui peuvent être biologiques ou sociaux. En tant qu'institution, elle assure les fonctions de protection économique, sociale et culturelle à ses membres.<sup>10</sup>

#### **2.1.5 Famille d'accueil**

C'est une personne seule ou un couple qui accueille dans son foyer un ou des enfants en difficulté qui lui sont confiés. Cette famille s'assure de fournir un milieu familial substitut (hébergement, soins, entretiens, sécurité, éducation) pour une période de temps indéterminée. Elle offre des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial. Elle crée un milieu de vie chaleureux et encadrant pour maximiser le développement physique, mental, social et affectif du jeune placé. Elle prend la relève de la famille naturelle pour une période plus ou moins longue selon les placements<sup>11</sup>.

#### **2.1.6 Communauté**

Étymologie : du latin "*communis*": communauté, lui-même issu de "*cum*": avec, ensemble, et de "*munus*": charge, dette. Charges partagées, obligations mutuelles. La communauté est le caractère de ce qui est commun à plusieurs personnes ou choses. Au sens général, une communauté désigne un groupe social constitué de personnes partageant les mêmes caractéristiques, le même mode de vie, la même culture, la même langue, les mêmes intérêts.... Elles interagissent entre elles et ont en outre un sentiment commun d'appartenance à ce groupe<sup>12</sup>.

#### **2.1.7 Stigmatisation**

Réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés (minorités ethniques, homosexuels, malades, handicapés, alcooliques, toxicomanes, chômeurs, délinquants, infectés ou affectés par le VIH/SIDA, etc.), consistant à attribuer une étiquette qui les catégorise comme déviants. La stigmatisation produit chez les personnes cibles des sentiments de vulnérabilité, de honte, et des comportements de retrait, d'entraide, ou parfois d'agression<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> [http://webetab.ac-bordeaux.fr/Etablissement/SudMedoc/ses/1999/fam1\\_99.htm](http://webetab.ac-bordeaux.fr/Etablissement/SudMedoc/ses/1999/fam1_99.htm)

<sup>11</sup> ([http://www.cj12.qc.ca/Famille\\_d%27accueil/FA\\_definition.htm](http://www.cj12.qc.ca/Famille_d%27accueil/FA_definition.htm))

<sup>12</sup> (Source : <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Communaute.htm>)

<sup>13</sup> E. Goffman, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1993. - C.-N. Robert, " Fabriquer la délinquance juvénile ", in : *Revue Suisse de Sociologie*, 3, 1977, pp. 31-65. Références:

### 2.1.8 Discrimination

Le fait de maltraiter des personnes et de ne pas leur laisser les mêmes droits qu'aux autres à cause de leur religion, leur couleur de peau ou leur façon de vivre<sup>14</sup>.

### 2.1.9 Orphelin

«Le rapport conjoint UNICEF/ONUSIDA/USAID sur l'estimation du nombre d'orphelins et les stratégies de programme » ainsi que « Les Enfants au bord du gouffre », définissent l'orphelin comme un enfant âgé de 0 à 17 ans dont la mère (orphelins de mère), ou le père (orphelins de père), ou les deux parents (orphelins doubles) sont décédés. C'est la définition officielle. <sup>15</sup>.

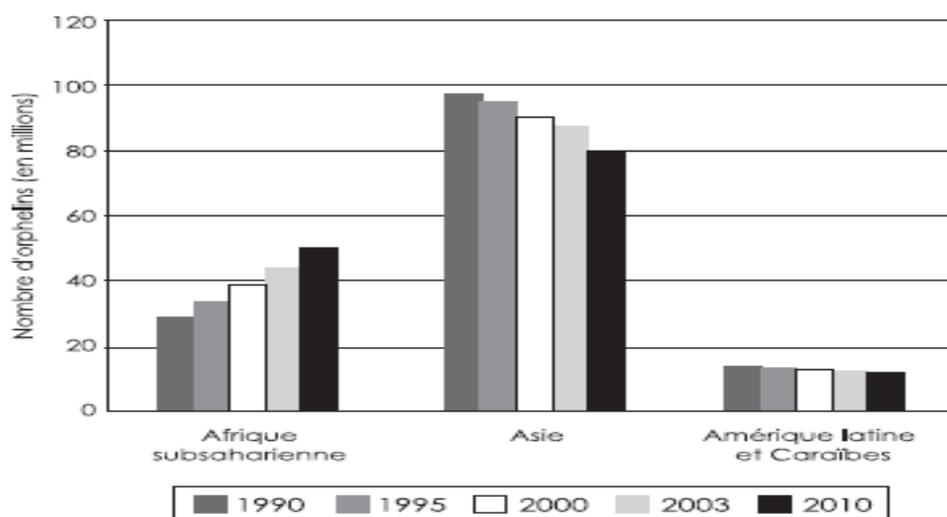


Figure 5: Nombre estimatif d'enfants devenus orphelins a travers le monde

(Source: Les enfants au bord du gouffre 2004)

### 2.1.10 OEV

OEV (Orphelins et autres enfants vulnérables) : Ce concept s'applique généralement aux enfants qui, comparés à leurs pairs locaux, ont plus de chance d'être exposés aux risques suivants :

- 1) Mortalité.
- 2) Taux de vaccination bas, accès limité aux services de santé, malnutrition et morbidité élevée, morbidité élevée.
- 3) Taux de scolarisation bas, mauvais rendement scolaire et /ou taux d'abandon élevés.
- 4) Délaissement comparés aux autres enfants dans le ménage (moins d'attention, de

<sup>14</sup> dans la page [dunpapou.survivalfrance.org/lexique.html](http://dunpapou.survivalfrance.org/lexique.html)

1.1.1 <sup>15</sup> (Source: Les enfants au bord du gouffre 2004)

nourriture, de soins, de câlins). 5) Abus et maltraitements par la famille et /ou la communauté (harcèlement et violence). 6) Exploitation économique et sexuelle<sup>16</sup>.

### **2.1.11 Les 5 Principales catégories d'enfants vulnérables pour l'implication de la Banque mondiale**

Même si la vulnérabilité n'est pas liée à l'affiliation d'un groupe particulier, les enfants vulnérables sont souvent membres d'une ou plusieurs catégories, citons :

1) Enfants de la rue. 2) Enfants victimes des pires formes de travail infantile. 3) Enfants associés à des groupes armés et autres enfants vulnérables à cause du conflit armé. 4) Les orphelins en général, et enfants vulnérables à cause du VIH/SIDA en particulier. 5) Enfants vivant avec un handicap.<sup>17</sup>

### **2.1.12 Enfant infecté par le VIH**

La définition actuelle de l'infection VIH de l'enfant, retenue en 1987 et révisée en 1994, par le Centre pour le contrôle des maladies (C.D.C, 1994) d'Atlanta tient compte des difficultés du diagnostic chez le nourrisson et de l'évolution de la maladie avec des formes asymptomatiques et symptomatiques. L'infection à VIH s'étend d'enfants apparemment en bonne santé à des enfants diversement atteints; la forme la plus sévère correspond au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Somme toute, l'enfant infecté est l'enfant vivant avec le VIH.

### **2.1.13 Enfant affecté par le VIH**

Les enfants affectés par le VIH sont tous les enfants qui subissent l'impact psychosocial de la maladie. Ce terme recouvre :

- Les enfants vivant dans les familles ayant à charge des parents malades du SIDA.
- Les enfants orphelins du VIH/SIDA, dont les orphelins de père, de mère ou les orphelins doubles.
- Les enfants qui sont infectés par le VIH/SIDA.
- Les enfants vivant loin du foyer à cause du VIH/SIDA.

C'est un concept complexe, difficile à définir tel qu'en témoignent les définitions locales ou communautaires de la vulnérabilité (enfants souffrant d'infirmités ou vivant dans le dénuement). Selon le dictionnaire Larousse, est vulnérable celui ou celle qui est susceptible d'être atteint par un mal ou un péril qui le ou la menace. Dans le cas d'espèce, ce terme renvoie à la situation d'extrême fragilité des enfants, induite par l'action directe ou indirecte du VIH/SIDA sur leur vie. (Centre pour le contrôle des maladies (C.D.C) d'Atlanta, 1987).

---

<sup>16</sup> <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/210670/toolkitfr/howknow/categories.htm>

<sup>17</sup> <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/210670/toolkitfr/howknow/categories.htm>

## 2.2 Approches sur la situation du VIH dans le Monde et en Haïti, les caractéristiques d'OEV par le VIH et les principes directeurs prônés en faveur de ces derniers.

Table II: Répartition par région de la prévalence du VIH dans le monde en 2009

Régions	Populations			
	Adultes et enfants vivants avec le VIH	Nombre de nouvelles infections en 2009	Prévalence chez les adultes	Nombre de décès dus au sida en 2009
Afrique Sub-saharienne	22,5 millions	1,8 millions	5%	1,3 millions
Afrique du Nord et Moyen-Orient	460.000	75.000	0,2 %	24.000
Asie du Sud et du Sud-est	4.1 million	270.000	0,3 %	260.000
Asie de l'Est	770.000	82.000	<0,1 %	36.000
Amérique centrale et du Sud	1.4 million	92.000	0,5 %	58.000
Amérique du Nord	1.5 million	130.000	0,8 %	76.000
Europe occidentale et centrale	820.000	31.000	0,2 %	8.500
Océanie	57.000	4.500	0,3 %	1.400

Source : ONUSIDA, Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010, Genève : Onusida, 11/2010, 364 p.

Table III: Estimation de l'épidémie du VIH chez les enfants (0-14 ans) et les adultes de (15 ans et +) de 2007 à 2010 en Haïti.

Populations	Années			
	2007	2008	2009	2010
PV VIH enfants (0-14 ans)	5.888	6.066	6.228	6.366
Nouvelles infections (0-14 ans)	1.593	1.601	1.618	1.617
Décès annuels de (0 -14 ans)	1.305	1.335	1.362	1.380
Adultes de (15 ans et +)	109.116	112.145	115.497	118.506
Prévalence chez les (15 ans et +)	1,89	1,89	1,90	1,90
Décès annuels ( 15 ans et +)	6.804	6.949	7.103	7.265
Mères ayant besoin de PTME	5.224	5.250	5.305	5.302

Source: Health Policy Initiative, USAID, Octobre 2007.

### 2.2.1 Haïti et Stigmatisation due au VIH/SIDA

Dès l'avènement de l'épidémie de VIH/Sida dans le monde au début des années 80, la République d'Haïti s'est trouvée sur le banc des accusés (Farmer, 1996). La stigmatisation du peuple haïtien présenté comme l'épicentre de l'épidémie par la communauté internationale, notamment les pays d'Amérique du Nord et de l'Europe occidentale (Grmek, 1989) avait eu des effets désastreux sur l'économie nationale. En effet, à partir du moment où la première désignation du 'mal' endémique a été faite sous les termes du 4H (Homosexuels, Héroïnomanes, Hémophiles, Haïtiens) et consacrée par le CDC ainsi que la FDA, ceci eut un effet catastrophique sur le tourisme en Haïti. L'anthropologue Daniel Vangroenveghe nous rapporte que le nombre de touristes, de 75 000 au cours de l'hiver 1981-82, chuta à 10 000 en 1983. (Thélot, 2009)

### 2.2.2 Riposte nationale à l'épidémie du Sida en Haïti

Sur le plan programmatique Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) demeure le coordonnateur de la lutte contre le VIH/SIDA. Le Programme National de lutte contre le SIDA (PNLS) est géré par une Coordination centrale du MSPP, qui assure les fonctions de planification, de normalisation, de coordination, de suivi/évaluation du Programme. Dans les départements sanitaires, La coordination centrale est relayée par des coordinations départementales, relevant administrativement des Directions Départementales.

Les interventions du Programme sont exécutées par des organismes partenaires non gouvernementaux, dans des institutions publiques, mixtes et privées humanitaires. Tous les intervenants ont la possibilité de participer à la planification, la coordination et aux prises de décision à travers les « Clusters » qui sont des groupes de réflexion ou de consultation réunissant les représentants des Institutions partenaires du PNLS. Selon les champs d'intérêt ou les sphères d'activité, ces groupes se distinguent en « Clusters de CCC/MC, de Formation, de M&E, de Prise en charge et de Laboratoire. Tout ceci englobe deux grands domaines programmatiques qui sont : la prévention et la prise en charge.

Les activités de prévention sont dominées par la Communication pour le changement de comportement et la Mobilisation Communautaire (CCC/MC), en particulier le rejet des comportements sexuels à risque (rapports sexuels non protégés, partenaires multiples, etc.), les services de CDV, de PTME, de sécurité transfusionnelle et de sécurité des injections.

Quant à la prise en charge, elle est divisée en plusieurs catégories, citons : la prise en charge des adultes, des enfants exposés ou porteurs du VIH, des IST, de la co-infection TB-VIH. Un volet de Prise en charge des adolescents est en marche aux Centres GHESKIO. Les services de prise en charge sont grandement développés à travers tout le pays grâce au financement de PEPFAR, des Nations Unies, du Fonds Mondial et du partenariat privé-public.

**Table IV : Offre institutionnelle des services de CDV, PTME, Soins palliatifs et d'ARV de 2005 à 2009 en Haïti.**

Année	CDV	PTME	Soins Palliatifs	ARV
2005	79	71	33	24
2006	108	78	47	32
2007	128	88	64	39
2008	148	98	86	50
2009	167	111	84	63

Sources : 1) MESI (<http://www.mesi.ht>); 2) M&E-PNLS Statistiques de services

### 2.2.3 Caractéristiques des OEV par le VIH selon l'UNICEF (UNICEF, 2005).

- Un enfant rendu vulnérable par le VIH/SIDA est âgé de moins de 18 ans (UNICEF, 2005) et :
- a perdu l'un de ses parents ou les deux, en raison du VIH/SIDA ou
- a un parent qui est chroniquement malade du VIH/SIDA (que le parent vive dans le même ménage que l'enfant ou non), ou
- infecté, ou
- vit dans un ménage où, au cours des 12 mois écoulés, au moins un adulte est décédé du VIH/SIDA après avoir été malade pendant 3 des 12 mois ayant précédé son décès, ou
- vit dans un ménage où au moins un adulte a été gravement malade du VIH/SIDA pendant au moins 3 des 12 mois écoulés, ou
- vit en dehors de la protection familiale (c'est-à-dire vit dans une institution ou dans la rue).

### 2.2.4 Conséquences de l'épidémie du VIH/SIDA sur l'orphelinage

1) Explosion du nombre global d'orphelins, 2) Augmentation de la proportion d'orphelins doubles, 3) Modification des attributs et rôles sociaux des genres, 4) Tissus sociaux affectés, 5) Structures traditionnelles et capacité des familles à prendre en charge les orphelins bousculées, 6) Stigmatisation et discrimination, 7) Mécanismes de prise en charge par la famille étendue bousculés par la surmortalité. (Appaix, 2005).

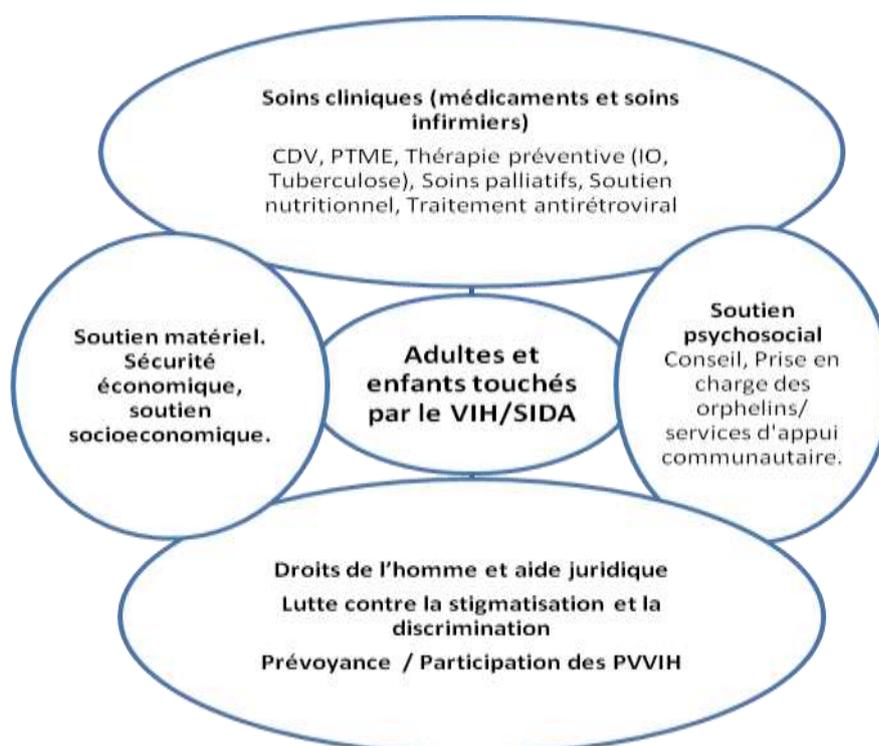


Figure 6: Les quatre domaines principaux de prise en charge du VIH (OMS, 2004)

Source : Traitement Division, Family Health International, 2001.

**2.2.5 *Projet de principes directeurs pour l'élaboration de programmes OEV, coordonné par l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'USAID (FHI, 2001)***

- **Principes de base des programmes**

1. Stabiliser et renforcer les familles par des mécanismes communautaires
2. Accroître les capacités économiques des familles et des communautés
3. Renforcer la capacité des familles et des communautés à répondre aux besoins psychosociaux des orphelins, des enfants vulnérables et des personnes qui en ont la charge
4. Créer des liens entre les activités de prévention du VIH/sida, les soins à domicile et les interventions de soutien aux orphelins et aux autres enfants vulnérables
5. Cibler les enfants et les communautés les plus vulnérables et non les « orphelins du sida »
6. Porter une attention particulière au rôle joué par le genre
7. Faire participer les enfants et les adolescents en tant que « éléments de la solution »
8. Renforcer le rôle des écoles et des systèmes éducatifs
9. Réduire la stigmatisation et la discrimination

- **Principes de collaboration entre les programmes**

10. Accélérer les échanges en matière de formation et d'information
11. Renforcer les partenariats à tous les niveaux et développer des coalitions entre les protagonistes principaux
12. Veiller à ce que l'aide extérieure ne nuise pas à l'esprit d'initiative et à la motivation au sein de la communauté.

## **Chapitre 3 : Cadre Méthodologique du travail**

Le cadre méthodologique suivant présente la démarche poursuivie et les outils utilisés pour réaliser ce travail. Pour ce, on a effectué des recherches documentaires sur le sujet, entrepris une étude descriptive et analytique sur la situation de ces enfants en Haïti. Et enfin, l'expérience du stage au Catholic Relief Services/Haïti nous a permis de mieux appréhender le problème et faciliter l'accès à certaines informations et la prise de contact avec les personnes faisant parti de notre champ d'étude.

### **3.1 Terrain d'enquête**

Notre choix s'est porté sur 3 Départements d'Haïti (Sud, Nippes et Nord-Ouest), zones desservies par le projet CHAMP/CRS-Haïti, comme terrain d'étude. Elles ont été choisies en raison de la divergence de la situation socioéconomique et sanitaire de chacune et du nombre important d'OEV qu'elles comportent.

### **3.2 Population de l'étude**

Cette population se définit comme celle qui doit nous servir de base de sondage dans le cadre du recueil des données sous forme d'enquête sur le terrain. Pour mieux éclairer notre objet d'étude et atteindre les objectifs susmentionnés, il nous a été fondamental de diversifier nos sources d'informations. Pour ce, nous avons ciblé :

- les OEV de 13 à 17 ans bénéficiaires du programme CHAMP/CRS-Haïti, d'autres programmes ou non.
- les tuteurs d'OEV (parents, familles d'accueil).
- Institutions/organisations intervenant dans la prise en charge des OEV. (Points de délivrance de services communautaires, Hôpital, association de PVVIH)
- Les leaders communautaires (religieux, maires, directeurs d'école, représentants de la société civile, responsables d'organisations communautaires de base).

### **3.3 Echantillonnage**

Les données quantitatives utilisées au cours de cette étude ont été fournies par l'enquête auprès des groupes cibles et de certains archives, documents disponibles, et d'enquêtes préalables. Ainsi, nous avons eu recours à la méthode des quotas pour le choix des éléments de cet échantillon compte tenu d'une part des contraintes de temps, logistiques, statistiques précises dont souffrent nos populations d'enquête. Toutefois, le quota fixé, nous avons été amenés pour certains échantillons à procéder à la méthode aléatoire afin de choisir les éléments en l'occurrence celui des OEV dans les structures de prise en charge et quelques autres OEV non pris en charge par aucun programme.

Toutefois sans faillir aux règles fixant la pratique d'échantillonnage, des composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population de l'étude ont été utilisées. Ainsi, nous avons distingué 4 groupes cibles :

- Orphelins et enfants vulnérables par le VIH : 90 OEV (30 dans le Sud, 30 dans les Nippes, 30 dans le Nord-Ouest).
- Leaders communautaires : 30 (10 dans le Sud, 10 dans le Nord-Ouest, 10 dans les Nippes)
- Tuteurs d'OEV (mère ou père, oncles ou tantes, familles d'accueil) : 60 (25 dans le Nord-Ouest, 15 dans le Sud et 20 dans les Nippes).
- Intervenants dans la prise en charge des OEV par le VIH : 14 ( 6 dans Les Nippes, 2 dans le Nord-Ouest, 6 dans le Sud).

**Table V: Répartition des échantillons de l'enquête**

Départements	Population de l'étude				Total/dep
	OEV	Tuteurs d'OEV	Leaders communautaires	Intervenants ds la PEC OEV	
Sud	30	15	10	6	61
Nippes	30	20	10	6	66
Nord-Ouest	30	25	10	2	67
Total	90	60	30	14	194

(Source : Enquête de terrain)

### 3.4 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude:

- Les enfants de (13 à 17 ans) infectés et ou affectés (orphelins et vulnérables) par le VIH,
- OEV pris bénéficiaires d'un programme de PEC
- OEV non bénéficiaires d'un programme de PEC
- Tuteurs d'OEV (parents et ou familles d'accueil d'OEV a charge au moins un enfant dont l'un des parents au moins est décédé.
- Intervenants dans la PEC des OEV dans les 3 départements de desserte du projet CHAMP ciblés.
- Leaders communautaires habitant dans les 3 départements ciblés pour l'étude depuis plus d'un an.
- Personnes ayant accepté de participer à l'enquête après information et garantie du respect de la confidentialité.

### 3.5 Critères d'exclusion

Ont été exclus de notre étude :

- Les enfants ne répondant pas aux critères de sélection des OEV par le VIH ;
- Les institutions n'intervenant pas dans la prise en charge des OEV ;
- Les zones non desservies par le projet CHAMP ;
- Refus de participer à l'enquête ;
- Etre VIH+ non responsable ou sans enfant.

### **3.6 Techniques de collecte des données**

Un sujet aussi délicat que celui de cerner les conditions socio-économiques des orphelins nécessitait une combinaison de méthodes et de techniques, le tout dans une approche participative qui intègre la population concernée par l'étude dans l'analyse de ses problèmes afin que ne soient prises en compte que les priorités définies par cette même population en l'occurrence les orphelins et les familles d'accueil, les leaders communautaires.

#### **– Pré-enquête**

La pré-enquête demeure a priori, une étape cruciale de la recherche ; elle nous a permis de prendre contact avec le terrain de l'étude et de tester les instruments d'enquête afin de l'adapter à la réalité pour pouvoir mieux saisir les faits. Elle nous a renseigné sur la pertinence des questions et aussi à juger leur tolérance. Ainsi certaines questions attribuées aux OEV ont été reformulées et d'autres supprimées, parce que jugées obscures ou sans intérêt pour notre étude. De plus, cette pré-enquête nous a permis de mieux connaître les différents aspects qui nous favoriseraient à pénétrer dans notre champ d'enquête et à avoir l'accès facile auprès des enquêtés. De ce fait, on s'est rendu dans le département des Nippes sur une période d'une semaine.

#### **– Recherche documentaire**

Le premier niveau d'investigation a été celui de la recherche documentaire. Elle a permis de fixer le cadre conceptuel de l'enquête, de circonscrire avec précision le champ de l'enquête. Elle a consisté à identifier et exploiter certains écrits disponibles traitant de la question de la prise en charge des orphelins en Haïti. Il s'agit de rapports, communications, publications scientifiques, ect), de rapports d'activités, de dépliants, de fascicules d'ateliers et de séminaires, de photocopies de point de presse, de livres et de mémoires.

#### **– Observation**

Deux types d'observation ont été retenus à ce niveau :

L'observation directe : elle a consisté à porter notre attention sur l'objet d'étude en nous comportant en spectateur. A cet effet, nous avons eu à intégrer non seulement les ONG ou PDSC intervenant dans la prise en charge des OEV, ou Associations de lutte contre le VIH/SIDA afin de mieux étudier le phénomène dans son cadre évolutif mais du dehors en vue d'atteindre le maximum d'objectivité. Par ailleurs, cette observation, bien que souvent participante est dans sa pratique neutre, aux fins de se garder de toute subjectivité. Aussi avons-nous eu recours dans le même temps au type d'observation non systématisé, employé surtout au niveau de la pré-enquête. Cela nous a permis de préparer notre étude du phénomène.

L'observation directe est complétée par le type indirect qui rejoint le recours à la documentation, tout au fil de l'étude. Dans l'objectivité de s'enquérir de faits que nous ne serions pas à mesure d'observer nous-mêmes sur le terrain d'enquête.

– **La méthode des focus groupe**

Six focus groupes ont été réalisés, respectivement 2 dans chaque département, pour permettre aux leaders communautaires et tuteurs de s'exprimer sur la problématique de la prise en charge des orphelins. Cela nous a permis de déceler des messages-clés, des convergences, de même que les divergences sur la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables.

– **L'entretien semi-structuré**

Nous avons également réalisé 13 entretiens avec des organismes et associations intervenant dans la prise en charge, 11 autres avec des enfants. La question de connaître leur vécu et les conditions socio-économiques revêt une certaine intimité et ils n'étaient pas spontanés à en parler en public. Nous l'avons appliquée sur les orphelins chez qui nous avons plutôt observé des réserves. C'est alors que nous avons choisi de nous entretenir en privé, ce qui a permis à certains enfants de nous livrer leurs confidences, de s'exprimer librement et surtout de déverser leurs émotions. Certains d'entre eux ont pleuré en exprimant leur situation. La même technique a été utilisée lorsqu'il s'agissait de consulter les autres intervenants en province pour connaître les problèmes des OEV et en quoi ils les secourent.

Avant de procéder à l'enquête proprement dite, le coordonateur du programme CHAMP/CRS avait informé et sensibilisé le staff, les partenaires et managers de zone des 3 départements ciblés, sur l'objectif de l'étude ainsi que la méthodologie qui allait être utilisée.

– **Questionnaire et guide d'entretien**

4 types de questionnaires ont été administrés à quatre catégories de population suivantes :

- les OEV
- les tuteurs d'OEV
- les intervenants dans la PEC/OEV
- les leaders communautaires.

Le questionnaire pour les leaders communautaires comporte les thèmes suivants : le cadre de vie des orphelins, les attitudes et comportements de la société vis-à-vis des orphelins, les services fournis par la communauté ou en perspective. Les difficultés et les recommandations pour améliorer la prise en charge communautaire des orphelins.

Pour les tuteurs, on avait abordé les thèmes suivants : le cadre de vie des OEV, les attitudes et comportements de la société vis-à-vis des orphelins, l'assistance bénéficiée, les principales difficultés rencontrées dans la PEC/OEV et les souhaits pour une meilleure prise en charge des OEV.

Le questionnaire pour les orphelins, a regroupé les thèmes suivants : l'identification, les conditions de vie et problèmes rencontrés, l'assistance bénéficiée, enfin la connaissance sur le VIH/SIDA.

Quant au questionnaire adressé aux intervenants dans la PEC/OEV, il a comporte plusieurs thèmes dont : l'identification de la structure, les zones d'intervention, la population cible, les méthodes d'approche des enfants, les types de prise en charge, l'organisation et fonctionnement de la structure dans le cadre de la prise en charge, les difficultés rencontrées, les perspectives, les suggestions pour une meilleure prise en charge et les propositions d'expérience de prise en charge des OEV.

A cela, il faut ajouter des entretiens individuels pour pallier aux limites des questionnaires d'une part et d'autre part obtenir certains détails.

### **3.7 Méthodes d'analyses des données**

Selon la méthode d'étude mise en place, les données recueillies ont subi deux procédures d'analyse : une qualitative, l'autre quantitative.

#### **– Analyse quantitative**

Les données recueillies à partir du questionnaire et relatives aux conditions de vie des orphelins, aux attitudes et comportements à l'égard des orphelins, ont été quantifiées pour donner une vue générale de ces questions dans la population enquêtée à travers une description des faits, des estimations ponctuelles et des représentations graphiques. Pour ce faire, après la codification, la saisie avec les logiciels SPSS et EXCEL, l'apurement des données, une analyse statistique a été faite.

#### **– Analyse qualitative**

Les données qualitatives recueillies à partir du guide d'entretien individuel, collectif et approfondi ont été transcrites sur support papier et ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. L'analyse a mis en évidence le contenu des différents thèmes des instruments d'enquête utilisés. Les réponses données sur chacun des thèmes ont été recherchées dans tous les entretiens et rangées manuellement dans des catégories. Cela a permis d'expliquer le sens de certains faits individuels et sociaux en rapport avec les OEV, tels que leurs conditions de vie, le rôle, les attentes et les difficultés rencontrées par les acteurs ou tuteurs dans l'accompagnement et la prise en charge des OEV.

### **3.8 Considérations éthiques**

Cette étude a tenu compte du fait que la recherche d'informations sur des êtres humains peut porter atteinte aux droits et libertés de la personne. De ce fait, les dispositions nécessaires ont été prises pour les protéger. Il s'agit du consentement libre et éclairé des sujets, et le respect de la confidentialité ou de l'anonymat.

### **3.9 Administration et Supervision de l'étude**

On a pu administrer seule, les différents questionnaires et animer les séances d'entretien et de focus groupes sur le terrain durant toute la période de l'étude. Tout ceci, selon les suggestions et conseils de l'équipe DMER/CRS-Haïti et sous la supervision et l'encadrement du Coordonateur du programme CHAMP/CRS-Haïti.

### **3.10 L'expérience du stage en Haïti**

#### **3.10.1 Contexte du stage**

Le stage intervient dans le cadre de la formation pour l'obtention du Master Professionnel en Développement, Spécialité Santé Internationale de l'Université Senghor d'Alexandrie en Egypte, Operateur direct de la francophonie.

Le choix de l'analyse de la prise en charge globale des OEV se justifie par le fait que l'épidémie de SIDA frappe de plein fouet les enfants sous diverses formes. En infectant les parents, le sida prive les enfants des familles touchées de ses piliers et des ressources. Infectés ou non, les enfants vivant dans les familles touchées par la maladie sont fragilisés bien avant le décès des parents infectés par le VIH et davantage lorsque les parents décèdent. Non seulement la pandémie prive les OEV de leurs droits à jouir d'une enfance de qualité ou tout au moins normale, mais elle a des effets particulièrement délétères sur leurs chances de survie ou de développement harmonieux.

#### **3.10.2 Les objectifs du Stage:**

Renforcer et acquérir des connaissances et habiletés opérationnelles (savoirs-être et savoir-faire) venant compléter la formation reçue pendant la première année du Master ;

Mettre en application les compétences acquises tout au long du Master à travers un projet de stage portant sur une problématique santé ;

C'est ainsi que notre stage s'est déroulé au programme Community Health and Mitigation Project (CHAMP) de Catholic Relief services (CRS), du 10 Mai au 10 Aout 2010.

#### **3.10.3 Présentation de la structure d'accueil (CRS)**

Le CRS, fondé en 1943, intervient dans plus de 100 pays dans le monde et sur 5 continents et assiste plus de 100 millions de personnes. Intervient en Haïti depuis 1954, au lendemain du cyclone Azèle ayant tué plus d'un million de personnes, il est bien perçu par la communauté haïtienne. Il intervient dans les domaines suivants : santé materno-infantile et nutrition, VIH/Sida, agriculture, réponses aux urgences, protection de l'enfant, éducation, justice sociale et maintien de la paix....

#### **3.10.4 Présentation du programme CHAMP de CRS-Haïti**

Depuis 2007, le CRS intervient dans les soins communautaires aux PVVIH et OEV grâce au Fonds PEPFAR/USAID. Actuellement membre du consortium FHI-CRS-ICC ayant présenté la proposition de services intégrés dans la prise en charge du VIH/SIDA au niveau communautaire à l'USAID.

L'équipe de CRS utilise cinq (5) stratégies intersectorielles et les principes directeurs pour concevoir, planifier, exécuter et suivre les activités du projet CHAMP: l'intégration des services, le renforcement des capacités, le partenariat et la coordination, les approches axées sur la collectivité et l'amélioration des performances. Grâce à ces stratégies transversales comme principes directeurs CHAMP intervient

dans 5 départements du pays (Sud, Nord-Ouest, Nippes, Artibonite, Grande-Anse) intégrant le volet VIH/SIDA, santé maternelle et infantile, tuberculose, et la composante des moyens d'existence du projet à travers des sous-subsidies octroyées à des organisations communautaires de base qui implémentent le programme. Il s'agit notamment de l'Association de la Solidarité Nationale (ASON), Mouvement Haïtien pour le Développement Rural (MHDR), Réseau des Femmes Actives au Nord-Ouest (REFANO), Groupe alternatif pour la Promotion sociale et l'action communautaire (GAPSAC), « Asosyasyon Tèt Ansamn Laval » (ATAL) et Association des Personnes Vivants avec le VIH dans la Grande Anse (APIAVGA). Le programme a desservi de (Oct-Juin 10): 2349 OEV et 1901 PVVIH dans les 5 départements desservis.

– **Objectifs de CHAMP**

Augmenter la structure organisationnelle, technique et les capacités de leadership du secteur santé pour servir efficacement les PVVIH et leurs familles.

Elargir la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des soins intégrés et des services de soutien parmi les PVVIH et leurs familles.

– **Principales activités de CHAMP**

Vulgarisation du concept d'intégration du VIH/SIDA aux soins communautaires.

Renforcement et Elargissement des programmes de soutien aux PVVIH et leurs familles.

Renforcement des capacités d'organisation, de leadership et technique des différents acteurs encadrés par le CRS

Mobilisation des intervenants communautaires à travers des formations en communication et organisation d'atelier stratégique par le personnel du projet.

Mise sur pied des mécanismes de coordination entre les différents acteurs de l'intervention.

**3.10.5 Apports du stage dans l'élaboration du mémoire professionnel**

Identifier les mécanismes d'adaptation de la famille face aux problèmes actuels des OEV au sein des familles et des communautés.

Identifier les structures, systèmes, stratégies et mécanismes existants des secteurs public et privé qui peuvent soutenir ou compléter les activités au profit des OEV et des personnes qui s'occupent d'eux.

Obtenir des données sous forme standardisée pour permettre de comparer les données de l'analyse avec les données d'autres études menées sur les OEV.

Mieux comprendre la situation des OEV afin de pouvoir proposer des pistes d'actions.

Repérer les lacunes dans les services, stratégies et autres efforts en cours qui s'adressent aux enfants vulnérables.

### **3.10.6 Autres acquis socioprofessionnels**

Fournir un niveau de référence pour une évaluation supplémentaire sur la situation des OEV du VIH en Haïti au fil des temps.

Réaliser avec plus de facilité des enquêtes de terrain

Apte à évaluer un projet de santé communautaire.

Capable d'utiliser les logiciels SPSS et Excel pour l'enregistrement et l'analyse des données d'une enquête.

## Chapitre 4 : Présentation des résultats de l'enquête

La situation des orphelins et enfants vulnérables du VIH/SIDA en Haïti n'écarte pas celles des autres pays sous-développés, mais semble être la plus alarmante de la région caribéenne. Malgré les diverses stratégies de prise en charge instituées par certains organismes tant nationaux qu'internationaux, celles-ci ne sauraient suffire pour parler de prise en charge proprement dite des OEV en Haïti. Analysons ensemble les données recueillies étalant approximativement le vécu de ces enfants dans 3 départements de desserte du Projet CHAMP/CRS-Haïti (Sud, Nippes et Nord-Ouest).

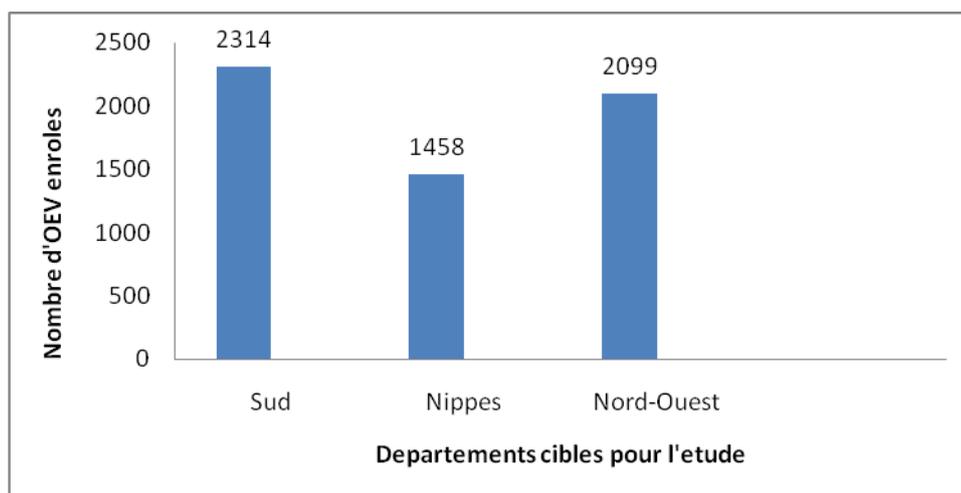


Figure 7: Répartition des OEV enrôlés par le CRS dans les Départements du Sud, des Nippes et du Nord-Ouest durant l'Année 2010. (Source: Indicators and Targets Matrix CRS-Haiti by Department, 2010).

Parmi ces enfants enrôlés, Grâce au financement de CRS: 1620 ont été servis dans le Sud, 1021 dans les Nippes et 1469 dans le Nord-Ouest durant l'Année 2010 par le Community Health and AIDS Mitigation Project (CHAMP). Les services suivants leur ont été offerts, à savoir : le support scolaire et l'appui psychosocial.

### 4.1 Taille de l'échantillon

Au total, 90 OEV, ont pu être enquêtés au cours de la collecte qui a eu lieu du 10 Juin au 6 Aout 2010. De plus, pour mieux appréhender le sujet et collecter certaines informations, des rencontres individuelles avec des intervenants dans la prise en charge des OEV, des réunions avec des Tuteurs d'OEV et des leaders communautaires ont été organisées.

## 4.2 L'âge des enquêtés

Puisque notre groupe cible était des enfants âgés de 13 à 17 ans, ce graphe montre que la majorité 62 % se trouvaient dans la tranche d'âge de 13 à 15 ans et 38 % dans celle d'une minorité de 16 à 17 ans. La moyenne d'âge étant de 15 ans (minimum : 13 ans, maximum : 17 ans).

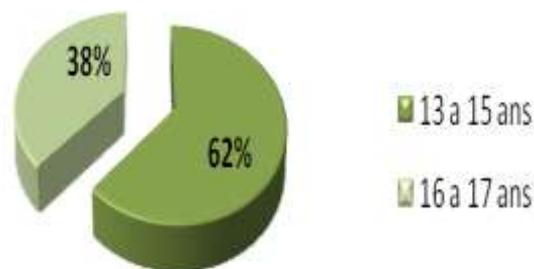


Figure 8: Répartition des enquêtés selon leur groupe d'âge

Source : Enquête de terrain

Ce pourcentage pourrait avoir des incidences sur toutes les formes d'analyses et interprétations des résultats. Ceci laisse aussi supposer que la majorité des enfants enrôlés dans le programme CHAMP se trouve dans cette catégorie. Toutefois, ce petit échantillon de 38 % des 16 à 17 ans, si minime soit-il, a permis d'avoir une vue plus ou moins de la situation.

## 4.3 Le sexe

Les deux modalités de la variable sexe sont : fille et garçon. De cette répartition, il apparaît que dans les 3 Départements, les filles sont les plus nombreuses dans la population étudiée soit 74 % contre seulement 26 % pour les garçons.

## 4.4 La religion

Pour ce qui est de la fréquentation des lieux de culte, dans notre étude, on avait 58% de catholiques, 40% de protestants et 2% qui n'appartiennent à aucune religion.

## 4.5 L'éducation

Pour rendre compte du niveau d'étude, 2 variables (primaire et secondaire) ont été retenues. Nous avons enregistré 60 enfants en niveau primaire contre 30 en secondaire. Ceci s'explique du fait que la taille de notre échantillon ait majoritairement porté sur le groupe de 13 à 15 ans et qu'ils sont pour la plupart en niveau primaire.

Table VI: Répartition des enquêtés suivant la source de financement des frais scolaires.

Départements	Enfants à l'école	Enfants financés par CRS	Enfants financés par d'autres institutions	Enfants financés par leurs tuteurs	Enfants non scolarisés
Sud	30	16	0	14	0
Nippes	15	13	2	0	15
Nord-Ouest	21	3	0	18	9
Total	66	32	2	32	24

(Source : Enquête de terrain)

Ce tableau montre le taux de scolarisation des enfants et les sources de financement de leurs études. Ainsi sur 90 enquêtés, 73,3% sont scolarisés contre 26,7 % de non scolarisés. Parmi les 73,3%

scolarisés, 35,6 % ont pu bénéficier d'une subvention de frais scolaires via le projet CHAMP/CRS-Haïti, 2,2 % de la FOSREF dans les Nippes, et 35,6 % par leurs tuteurs. A signaler, que La CRS et la FOSREF sont financées par PEPFAR et l'USAID, la présence de l'UNICEF n'a pas été signalée et en plus personne n'avait affirmé avoir bénéficié d'une subvention gouvernementale.

#### 4.6 Répartition des enquêtés en fonction du sexe, le groupe d'âge et de l'insertion scolaire

Sur 73,4% d'enfants scolarisés parmi les enquêtés, la majorité sont des filles soit (46,7%) contre 26,7% de garçons. Chez les non scolarisés soit (26,7%) de l'échantillon, les filles sont aussi plus nombreuses soit 17,8% contre (8,9%) de garçons.

**Table VII: Répartition des enquêtés en fonction du sexe, le groupe d'âge et de l'insertion scolaire**

Scolarisation des enfants	Sexe			Groupes d'âge		
	Filles	Garçons	Total	13 à 15 ans	16 à 17 ans	Total
Enfants scolarisés	46,7%	26,7%	73,4%	52,2%	21,2%	73,4%
Enfants non scolarisés	17,8%	8,9%	26,7%	10%	16,7%	26,7%

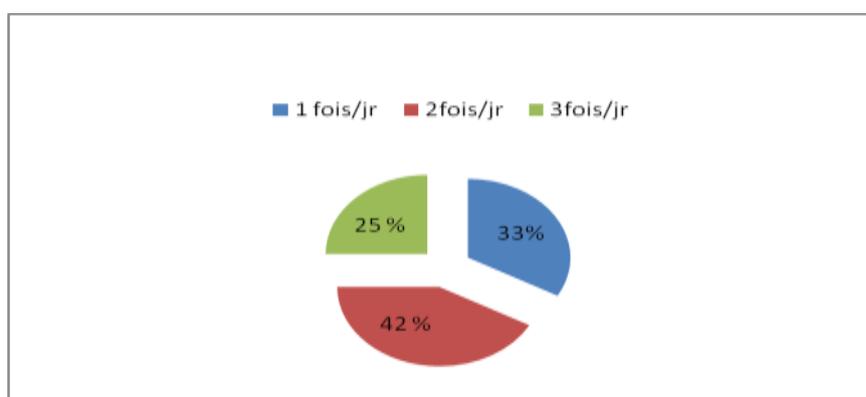
Source : Enquête de terrain

A souligner, que chez parmi les scolarisés on retrouve davantage d'enfants de 13 à 15 ans, soit 52,2 % contre 21,2% chez les 16 à 17 ans. Cette figure est pareille chez les non scolarisés, 16,7 % d'enfants de 16 à 17 ans contre 10 % de 13 à 15 ans.

#### 4.7 L'alimentation

Pour évaluer l'alimentation des enquêtés, on ne s'est pas intéressé à la constitution mais plutôt à la fréquence des repas. Ainsi nous avons retenu : la prise de repas 1 fois/jour, 2 fois/jr et 3 fois/jr et plus.

A signaler que la majorité des enquêtés, soit 42% prennent leur repas 2 fois/jour, viennent ensuite 33% à le prendre 1 fois /jr et enfin une minorité d'entre eux soit 25% à manger 3 fois/jr.



**Figure 9: Répartition des enquêtés selon la prise de repas journalière**

(Source : Enquête de terrain)

#### 4.8 Les enfants orphelins

Sur notre population d'étude, nous avons enregistré 16,66% orphelins de père, 7,8% de mère et enfin 8,9% de père et de mère, ce qui donne un total de 33,4% parmi eux à vivre cette situation contre 65,6%.

#### 4.9 Droits dont jouissent les enfants

Sur la base de la convention relative aux droits de l'enfance, demandant à ce que l'enfant puisse jouir de certains droits pour faciliter son plein épanouissement et son développement, 6 de ces droits ont été pris en compte au cours de cette étude dont: l'accès à l'éducation, l'alimentation, à la santé, le droit de s'exprimer et de jouir des biens de ses parents.

Ce graphe nous montre que 80 % ont eu droit à l'éducation, 33,3 % à la santé, 72,2 % sont capables de s'exprimer librement, 100 % ont un logement, 24,5 % d'entre eux peuvent jouir des biens de leurs parents et enfin 94,5 % ont leur acte de naissance.

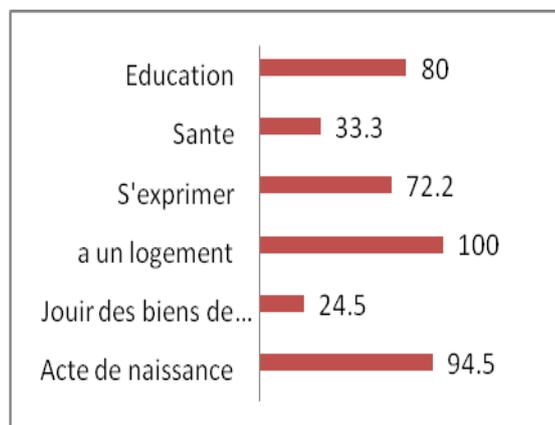


Figure 10: Répartition des enquêtés en fonction des droits dont ils jouissent. (Source: Enquête de terrain)

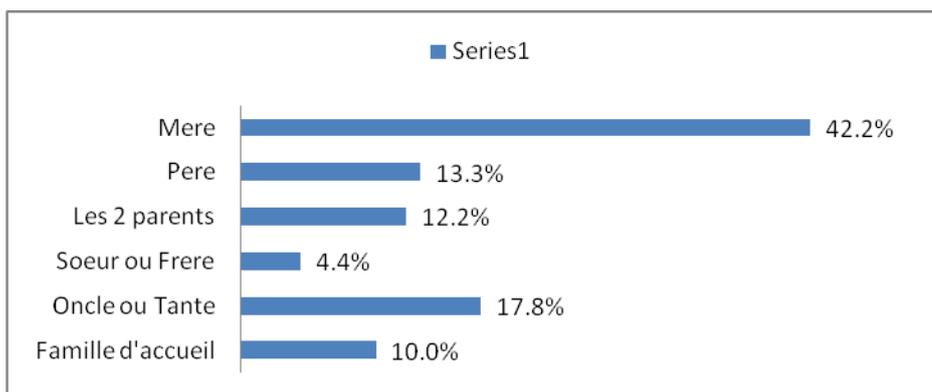
#### 4.10 Enfants ayant une activité génératrice de revenus

Si dans le Nord-Ouest beaucoup d'enfants laissent tôt ou n'ont pas accès à l'éducation, on y retrouve plusieurs à avoir une activité génératrice de revenu. Sur 32,2 % à en avoir, 25,6% sont du Nord-Ouest, viennent ensuite les Nippes à 4,4 % et le Sud à 2,2%.

Par contre, sur les 90 enquêtés, 18 dans le sud ont affirmé que leurs tuteurs avaient une activité génératrice de revenu, contre 14 dans les Nippes et 9 dans le Nord-ouest.

#### 4.11 Répartition des enfants selon leurs tuteurs

Dans la culture haïtienne, la mère représente toujours le pivot (Poto Mitan) de la famille. Tel est le cas pour 42,2% de nos enquêtés qui sont pris en charge par leurs mamans, viennent ensuite 17,8% par des oncles ou tantes prenant la relève à la mort d'un ou des deux parents ou par manque de possibilité financière de ces derniers, 13,3% par leur père, 12,2 5 par les deux parents, et enfin 4,4% par des sœurs ou frères. A signaler que, les 42,2% pris en charge par leur mère, ils sont soit orphelins de père soit abandonnés par ce dernier.



**Figure 11: Répartition des enquêtés en fonction de leurs tuteurs.**

(Source : Enquête de terrain)

#### 4.12 Répartition des enfants en fonction des effectifs par ménage

43 % d'entre eux vivent avec 1 à 4 enfants chez eux, 39 % avec 5 à 8 enfants, 12% avec 9 à 12 enfants et enfin 6% avec 13 enfants. Du coup, on peut imaginer la proie des dépenses familiales et les conséquences qui s'en suivent face à la présence de plusieurs enfants dans le ménage.

#### 4.13 Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le VIH/SIDA, la santé, l'hygiène, la nutrition et les droits des enfants.

Durant l'étude l'accent a été mis sur les connaissances suivantes : VIH/SIDA, Santé, Hygiène et Nutrition, Droits des enfants. Sujets jugés nécessaires dans la prise en charge des OEV.

**Table VIII: Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le VIH/SIDA, la santé, l'hygiène, la nutrition et les droits des enfants**

Types de connaissance	Départements			Total	%
	Sud	Nippes	Nord-Ouest		
VIH/SIDA	19	16	24	59	65.6
Santé, Hygiène et Nutrition	8	7	6	21	23.3
Droits de l'enfant	3	7	0	10	11.1
Total	30	30	30	90	100 %

(Source : Enquête de terrain)

A remarquer, que 65,6 % des enquêtés ont été formés ou ont reçu des séances d'éducation sur le VIH/SIDA, 23,3 % en Santé, Hygiène et Nutrition et 11,1 % sur les droits de l'enfant.

#### 4.14 Connaissances sur les modes de contamination par le VIH/SIDA

Contrairement aux déclarations de la majorité des enquêtés qui affirment avoir des connaissances sur le VIH, peu d'entre eux sont en mesure de dire le mode de contamination par le VIH, et le tableau suivant vous le confirme :

**Table IX: Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le mode de contamination par le VIH/SIDA**

Département	Modes de contamination par le VIH				
	Utilisation de seringue contaminée	Transmission du virus de la mère à l'enfant	Prise de sang contaminé	Contact sexuel sans protection	Je ne sais pas
Sud	0	0	2	15	13
Nippes	2	0	0	8	20
Nord-Ouest	0	2	1	17	10
Total	2	2	3	40	43

(Source : Enquête de terrain)

Ce tableau montre que presque la moitié des enfants, soit 47,8 % n'étaient pas en mesure de citer les modes de transmission du VIH, contre 52,2% à les savoir.

#### 4.15 Situation sexuelle des enquêtés

Au cours de notre étude on s'est renseigné sur les habitudes sexuelles des enquêtés, car de nos jours, les enfants débutent de très tôt leur vie sexuelle. Et les raisons évoquées sont les suivantes : soit pour obtenir une faveur, soit pour le plaisir. Sur le tableau suivant, on constate que 16,7% de garçons ont déclaré avoir eu des contacts sexuels contre 11,1 % de filles et 72,2 % ne le font pas. Aucun d'entre eux n'a utilisé de préservatif. Ce qui sous-entend qu'ils courent le risque d'IST, de grossesses précoces et ses complications ou avortements clandestins dans un contexte de pauvreté.

**Table X: Répartition des enquêtés selon leurs habitudes sexuelles**

Sexe	Départements				
	Sud	Nippes	Nord-Ouest	Total	%
Fille	4	3	3	10	11.1
Garçons	5	6	4	15	16.7
Ne font pas le sexe	21	21	23	65	72.2

(Source : Enquête de terrain)

#### 4.16 Enfants ayant fait le test de dépistage au VIH

Parmi les enquêtés, 74,4 % n'ont pas encore fait le test de dépistage au VIH contre 25,6% à le faire. Parmi ces 25,6% : 11,1 % sont du Sud, 7,8 % dans le Nord-Ouest et 6,7 % dans les Nippes.

#### 4.17 Situation psychosocial des enquêtés

Les OEV interrogés dans le cadre de notre travail s'apprécient positivement. La majorité aspire à pouvoir réussir dans la vie. A la question de savoir quels étaient leurs sentiments à l'égard de la vie depuis la perte des parents, certains estiment être tristes, d'autres inquiets et affligés.

#### 4.18 Devenir des OEV

La majorité des OEV soit 76,7 % veulent devenir soit médecin, soit infirmier. D'autres soit 23,3% voudraient être : coiffeuse, couturière, mécanicien, plombier. Un intervenant confirme la tendance dominante : « *Presque à l'unanimité ces enfants voudraient embrasser le domaine de la santé* ».

#### 4.19 Relation avec les autres au sein du ménage

Au sein des ménages les choses peuvent se passer quelques fois très mal si l'enfant est placé dans une famille d'accueil. C'est le cas d'une jeune fille de 17 ans du Nord-Ouest, orphelin de père et de mère depuis 3 ans, chef de ménage : « un jour ma tante s'est levée et nous a chassé de la maison, mon frère et moi, depuis nous prenons notre vie en mains ». En voulant comprendre les raisons qui ont motivé leur renvoi, elle rapporte que : « notre tante a bouffé mon argent comme je fais de petits travaux pendant les vacances, elle ne voulait pas rembourser ».

Nous avons également cherché à comprendre comment les OEV se sentent dans les ménages qui les accueillent, 39% affirment bien se sentir, 36% assez bien, 25% passable. Les raisons avancées sont les suivantes: « *ils me traitent bien* » et « *il y a de la nourriture* ». Par contre, certains estiment avoir trop de travaux ménagers à faire.

#### 4.20 Types d'appui sollicité par les enquêtés

Nous avons demandé à nos enquêtés de nous dire les intervenants dans leur localité respective qui viennent en aide aux orphelins. La réponse est qu'ils n'en connaissent pas beaucoup, ils ont évoqué : le Catholic relief services (CRS) qui les assistent dans le paiement des frais scolaires et octroie de l'aide alimentaire à certains PVIH, la FOSREF grâce au financement de PEPFAR assure la scolarisation de certains, l'église catholique à travers certaines confessions religieuses qui leur octroie parfois des soins de santé gratuits, récemment certaines associations de PVIH et Points de délivrance de services communautaires qui subventionnent dans certaines localités des frais scolaires et fournissent rarement des appuis psychosociaux.

En vue d'améliorer la prise en charge des orphelins, les leaders communautaires, les intervenants, les tuteurs et les orphelins rencontrés ont émis quelques souhaits:

Construire et réhabiliter les logements des orphelins

Octroyer plus de financement pour la prise en charge des OEV

Promouvoir les activités génératrices de revenus (AGR) pour les OEV et leurs tuteurs

Assistance juridique, alimentaire, aux soins de santé et à la scolarisation (frais et matériels scolaires)

Financer la formation professionnelle du jeune dépassant l'âge de 17 ans.

Des séminaires de sensibilisation sur les droits des enfants et la prise en charge des OEV/VIH dans les écoles et à travers toutes les communautés.

#### **4.21 Arbre à problème de la situation des OEV/VIH-SIDA dans les départements du Sud, des Nippes et du Nord-Ouest d’Haïti.**

Cet arbre à problème dressé sur la situation des OEV/VIH-SIDA, résulte des discussions tenues avec les participants à l’étude dans les principales zones ciblées.

Le problème prioritaire est représenté par le « tronc de l’arbre ». Les causes ou facteurs qui poussent les enfants dans cette situation sont représentés par les « racines », et les conséquences ou effets de cette situation de vulnérabilité par les « branches ».

On vous propose sur la page suivante, l’arbre à problème en question.

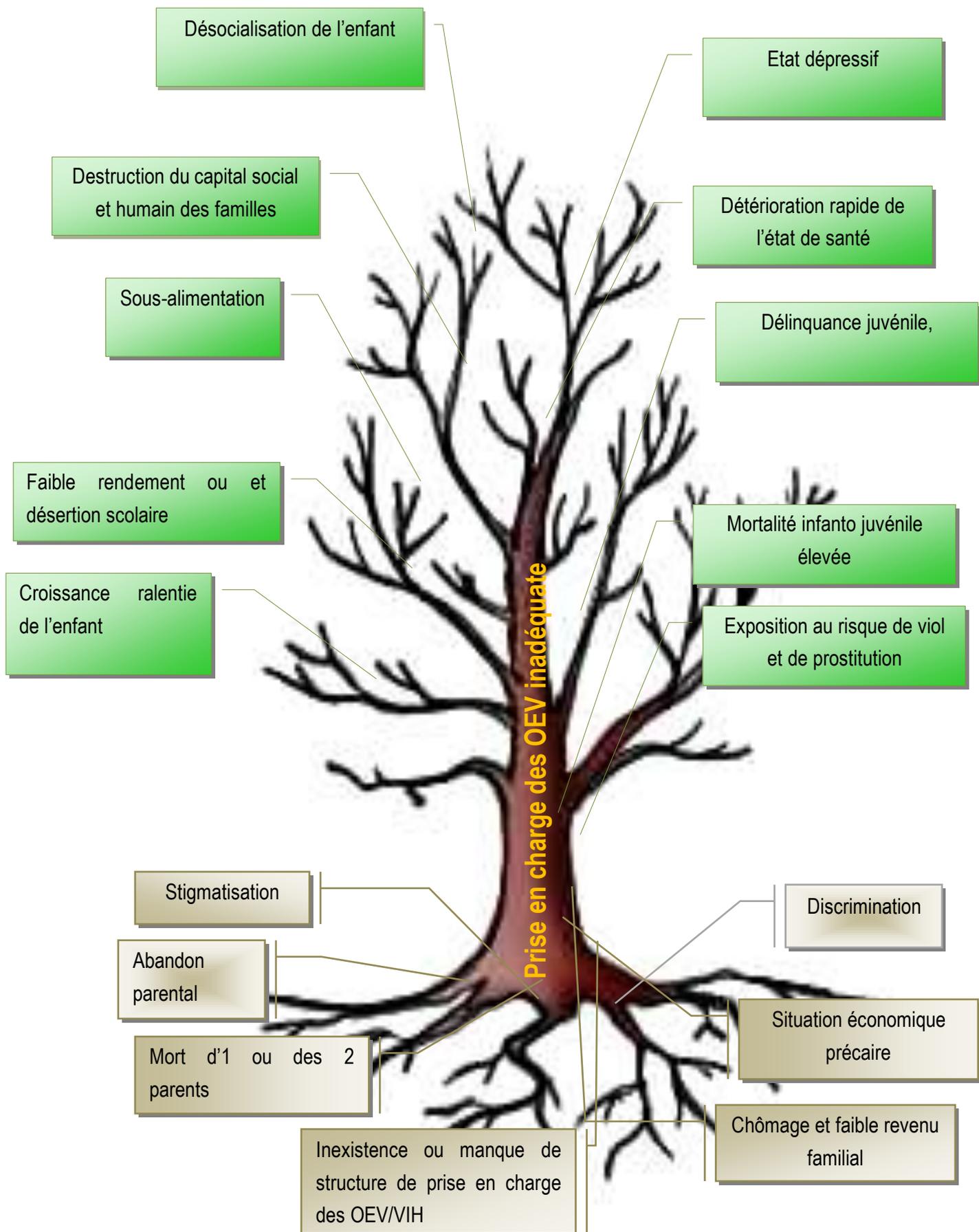


Figure 12: L'arbre à problème de la prise en charge des OEV (Source : Enquête de terrain)

#### **4.22 Obstacles empêchant la prise en charge adéquate des OEV par le VIH/SIDA en Haïti.**

Au vu de l'enquête sur le terrain, de concert avec les leaders communautaires, les tuteurs et certains intervenants, nous avons pu analyser divers aspects importants de la prise en charge des OEV par le VIH dans les départements du Sud, des Nippes et du Nord-Ouest et du coup identifier les principaux obstacles entravant la prise en charge adéquate de ces enfants, citons :

##### **– Obstacles liés à la nonchalance des autorités politico-administratives**

On constate certaines difficultés provenant de la lésion des droits que subissent les PVVIH, du point de vue social et professionnel. Force est de reconnaître qu'à ce niveau il existe au sein du système de santé une nonchalance voire une faiblesse de l'autorité législative, quant à adopter une loi aux fins de protéger les droits sociaux et les acquis des malades du VIH/SIDA et de leurs familles qui sont objet de discrimination dans leur milieu social et professionnel. Cependant ces obstacles à la bonne marche de la prise en charge seraient liés à une faiblesse du système de politique pragmatique de tous les aspects de la prise en charge. Certaines personnes séropositives ne manquent de formuler des griefs contre les autorités étatiques.

Du côté du Ministère de la santé publique, ils reconnaissent que souvent les moyens financiers conséquents tardent à être débloqués, cela leur rend la tâche ardue. Aussi, il est reproché à certaines ONG une léthargie et un immobilisme dans l'accomplissement de leurs tâches. Selon certains leaders communautaires, « beaucoup d'ONG n'existent que de nom, seuls quelques unes s'engagent effectivement sur le terrain de la lutte contre le VIH/SIDA ».

##### **– Obstacles liés à des ressources humaines**

Il est bon de notifier d'abord une insuffisance de personnel œuvrant dans la prise en charge. A cela, s'ajoute le manque véritable d'engagement de ce peu de personnes dans leur majorité : « On sent un laisser-aller de la part de certains acteurs dans l'accomplissement de leurs tâches » soutient l'un des leaders communautaires. D'autres expliquent cette démotivation par les problèmes personnels que vivent les membres au sein de leurs familles.

Dans le cadre des associations, ces problèmes subsistent à cause d'un refus des personnes infectées de s'afficher dans leur majorité. Ce refus pourrait résulter d'une vision stigmatisante à l'égard du SIDA, renforçant le problème de la confidentialité partagée. Toutefois, comme le dit une PVVIH interrogée dans le Sud du pays « si les infectés avaient cet espoir d'être soignés correctement et de mieux se sentir par une prise en charge complète, ils feraient fi de ces effets de stigmatisation pour mieux s'engager dans ce combat ».

De plus, l'inexistence de modules standardisés pour la formation des travailleurs sociaux et de tous les acteurs qui interviennent en faveur des OEV en Haïti, empêche une bonne prise en charge de ces derniers.

##### **– Obstacles liés à la logistique**

Nous retiendrons alors dans un premier temps que les facteurs liés aux moyens matériels. Ces moyens précaires dont sont dotés certaines institutions ou associations pour leur fonctionnement. Ainsi, nous l'explique un travailleur d'une association de PVVIH « l'insuffisance de moyens est le nœud de plusieurs

maux et de rupture de certaines de nos activités, je ne peux pas assurer correctement les visites à domicile dont ont besoin certains car je manque de moyens de déplacement commode pour cette tâche ». Cela ne peut que les limiter dans la faisabilité de certains de leurs projets.

– **Obstacles liés au détournement de fonds**

Si certains veulent s'engager dans la lutte par le volontariat, d'autres ne pensent qu'à s'enrichir et du coup les moyens financiers attribués n'atteignent pas les groupes pour qui ils sont destinés par des détournements ou de malversations. Les accusations, les rumeurs, les suspicions ont constitué le lot quotidien de certaines structures.

– **Obstacles liés à l'ignorance de la population**

A ce niveau, on distingue deux formes d'attitude qui sont l'ignorance et le déni. Ces attitudes ont pour source (lointaine) le spectre de mort que les autorités sanitaires ont attribué au SIDA dans les premières campagnes de lutte. En effet, ce caractère de non-acceptation du VIH, de déni demeure un problème majeur dans la prévention et la prise en charge du SIDA puisque les infectés et leurs enfants ont grand besoin de l'apport et de la tolérance de la communauté ; particulièrement de la famille (des malades). Cette attitude présage non seulement la non-reconnaissance du risque d'infection, mais aussi l'indifférence et la nonchalance de la famille, lorsqu'elle serait appelée à apporter soutien et soins à un de leurs proches infectés ou de leurs enfants. Ces genres de pensées empêchent toute collaboration franche entre cet élément clé de la prise en charge et les acteurs engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA.

– **Obstacles liés spécifiquement à la prise en charge des OEV/SIDA**

Les ménages affectés par le VIH/SIDA supportent difficilement les frais de scolarités et accessoires. Les enfants sont donc moins assidus à l'école ou sur leur lieu de formation ; parfois même, n'y vont plus du tout, cela a pour corollaire des résultats catastrophiques et le renvoi de certains.

Ils ne sont pas à même de donner à manger aux enfants. De ce fait, ils sont malnutris parce qu'ils n'ont pas une alimentation suffisante et équilibrée (lipides, protéines, glucides, vitamines). 42 % des orphelins interrogés affirment prendre en moyenne deux repas par jour.

Les enfants qui ont besoin d'un traitement médical n'ont pas toujours accès aux services médicaux et ceci pour diverses raisons dont la cherté des services, une carence de structure de prise en charge des enfants, absence de subvention des soins et l'insuffisance des revenus du foyer. La vulnérabilité aux maladies s'accroît et pour ceux qui sont déjà infectés, c'est la porte ouverte à toutes sortes d'infections opportunistes.

Ces contraintes entraînent un déclin de leurs ressources financières, la malnutrition et le rachitisme, la perte des systèmes de valeur, l'arrêt de l'éducation, la délinquance et le crime, et du coup met en doute les opportunités d'avenir des enfants. En plus, ils doivent faire face aux stigmates associés à cette maladie.

La stigmatisation associée au VIH/SIDA s'appuie sur des pensées négatives déjà implantées et les renforce. La famille et la communauté perpétuent souvent la stigmatisation par ignorance et parce qu'il est aisé de blâmer ceux qui ont été touchés les premiers ainsi que leurs progénitures (OEV). Ce qui les met en danger et les empêche de bénéficier de services et de jouir de leurs droits.

Les enfants sont témoins de diffamation et d'insultes. Le groupe social estime que leur famille fait la honte de la communauté. A la mort d'un parent, leurs droits successoraux sont violés, ils sont discriminés et du coup n'ont pas accès ou difficile d'accéder aux services sociaux de base. Certains, sont maltraités, battus, exploités.

## Chapitre 5 : Discussion

### 5.1 Caractéristiques de la population étudiée

La moyenne d'âge des OEV dans notre étude est de 15 ans avec un minimum de 13 ans et un maximum de 17 ans. Tenant compte de la réalité vécue par les enfants, la définition adoptée par les organismes internationaux évolue depuis peu. Dans la dernière publication conjointe de l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'USAID (2004), où paraissent les dernières estimations sur le nombre d'orphelins, l'âge maximal des orphelins a été repoussé à 17 ans (c'est-à-dire jusqu'au 18<sup>ème</sup> anniversaire). Dans de nombreux pays, notamment les plus touchés par le VIH/SIDA, l'âge officiel maximum des enfants orphelins est de 18 ans. On voit ici l'impact démographique de l'inclusion de cette tranche d'âge dans la définition des OEV et des actions à mener pour y faire face.

La prédominance féminine est marquée au niveau des OEV enquêtés (64 %). Ceci peut s'expliquer par plusieurs raisons : Selon les résultats provisoires du 4<sup>e</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat en Haïti en 2003 publiés par l'Institut Haïtien de statistiques et d'informatique, La moitié de la population de l'ensemble du pays est constituée de femmes. Au niveau des milieux de résidence, cet excédent est beaucoup plus prononcé où l'on compte 86 hommes pour 100 femmes en milieu urbain et 98 hommes pour 100 femmes en milieu rural.

### 5.2 Situation médicale

Des études, réalisées dans des foyers urbains de Côte d'Ivoire par exemple, montrent que lorsqu'un membre de la famille a le sida, les revenus moyens diminuent de 52 à 67 % tandis que les dépenses de santé quadruplent. Les économies s'épuisent et les gens sont souvent amenés à s'endetter pour soigner leurs malades. (OVC SIDA, 2002) Dans notre étude, les OEV et les chefs de ménage interrogés évoquent les difficultés financières comme principal obstacle à l'accès aux soins. Parmi les 30 à avoir bénéficié de soins de santé, les services ont été soit exonérés à l'hôpital, soit dans certains dispensaires ou encore dans les institutions caritatives. D'autres y ont eu accès grâce au financement de leurs tuteurs ou amis de la famille. D'autres se contentent plutôt de la méthode traditionnelle ou parfois même ne reçoivent aucun soin jusqu'à la disparition des signes et symptômes de la maladie.

### 5.3 Situation psychosociale

Si dans le monde, 15 millions d'enfant ont perdu un parent ou les 2 à cause du SIDA (Situation des enfants dans le monde, (UNICEF, 2009), il n'en est pas moins pour Haïti avec un total d'environ 300.000 (UNICEF, 2010). En Haïti, 11 % des enfants de moins de 18 ans sont orphelins de père et/ou de mère, 1 % a perdu leurs deux parents, 7 % sont orphelins de père et 3 % orphelins de mère. (MSPP, 2010). Sur notre population d'étude, nous avons enregistré 16,66% orphelins de père, 7,8% de mère et enfin 8,9% de père et de mère, ce qui donne un total de 33,4% parmi eux à vivre cette situation contre 65,6%.

La perte précoce d'un ou des deux parents à cause du sida favorise la détérioration de la situation psychosociale de l'enfant ( Appaix et Dekens, 2005). Ceux-ci sont confrontés à des menaces graves qui mettent en péril leur bien-être.

En effet, lorsque les familles et les enfants doivent se préoccuper des besoins quotidiens afin d'atténuer leurs souffrances du moment, ils deviennent incapables d'agir sur les facteurs qui contribuent à la santé et au bien être à long terme (FHI, 2001). Avec la maladie des parents, les ressources de la famille

diminuent (FHI, 2001). Dans ce travail, nous avons cherché à comprendre les changements intervenus dans la vie des OEV depuis le décès des parents, certains avaient répondu que leurs notes avaient baissé en classe, d'autres avaient moins d'argent et moins de nourriture.

La réponse aux besoins psychologiques des enfants demeure un des domaines les plus négligés en matière de soutien des orphelins et enfants rendus vulnérables pour cause du sida. Pourtant ces difficultés sont à l'origine des problèmes visibles comme l'absentéisme scolaire ou les comportements antisociaux (Lee, 2000 ; Webb, 2001). La stigmatisation et la discrimination sociale dont sont victimes les OEV du fait du SIDA favorisent les troubles affectifs (Lee, 2000).

Les OEV interrogés au moment de l'enquête déclarent ignorer dans 60% des cas la maladie qui a emporté leurs parents. Les familles affectées et/ou infectées par le VIH/SIDA craignent la discrimination au sein de la communauté, et souvent garde le silence au lieu de demander de l'aide, pour elles et pour leurs enfants.

Il n'y avait que 4 parents qui avaient informé leurs enfants du mal dont ils souffraient. Si la communauté associe l'infection à VIH à un comportement immoral, la découverte par les enfants de la séropositivité de leurs parents peut leur causer une grande détresse (Webb, 2001).

Donc, La préparation des enfants affectés par le VIH à cette situation est une nécessité. Il est important d'encourager les parents à partager leur sérologie avec leurs enfants. Cela leur permettra de planifier la succession et surtout de prévenir l'accaparement des biens.

Les enfants souffrent de la perte de nombreuses figures adultes. Ceci est susceptible de créer un sentiment d'insécurité qui peut affecter la capacité des enfants à agir dans leur meilleur intérêt. La perte de repères peut freiner l'enfant dans son développement et son intégration dans son milieu en particulier et dans la société en général.

#### **5.4 L'éducation**

Ainsi sur 90 enquêtés, 73,3% sont scolarisés contre 26,7 % de non scolarisés. Parmi les 73,3% scolarisés, 37,8 % ont pu bénéficier d'une subvention de frais scolaires par des ONG et 35,6 % par leurs tuteurs, personne n'a mentionné une subvention du gouvernement haïtien.

Presque tous les tuteurs évoquent des difficultés à avoir les frais de scolarisation. Certains enfants racontent qu'ils sont parfois obligés de s'absenter de l'école soit parce qu'ils sont eux-mêmes malades soit c'est le parent et ils sont obligés d'en assurer la garde, soit souvent renvoyés faute de chaussures, de matériels scolaires et d'uniforme, soit incapable de payer l'écolage. D'autres encore ont dû abandonner pour prendre en charge les petits frères et/ou sœurs. La scolarisation est également irrégulière et perturbée pour des raisons de pauvreté, de charges familiales ou alors de maladies. Certains font face à des échecs scolaires par manque d'encadrement pédagogique.

L'UNICEF a examiné les conséquences de la disparition des parents sur la scolarisation et le travail des enfants dans 20 pays d'Afrique subsaharienne. Le constat établi pour les enfants âgés de 10 à 14 ans ayant perdu l'un de leurs parents ou les deux est le même pour tous ces pays : une plus faible probabilité d'aller à l'école et une plus forte probabilité de travailler plus de 40 heures par semaine. (UNICEF, 2002). Par ailleurs, des études réalisées au Kenya, en Zambie et en Tanzanie indiquent que la probabilité d'atteindre un niveau d'éducation correct est la plus faible chez les orphelins. (ONUSIDA, 2004). Dans une étude, effectuée en Ouganda concernant 20 élèves (10 garçons, 10 filles, 10 orphelins, et 10 non-orphelins) « Dix-neuf élèves ont déclaré s'être absentes de l'école pendant une

période de cinq à quinze semaines au cours de l'année écoulée. Les réponses pour justifier cet absentéisme étaient le manque d'argent pour payer les frais scolaires et la nécessité de rester à la maison pour prendre soin des malades du SIDA. (Banque Mondiale, UNICEF, ONUSIDA, 2002)

A mesure que les enfants prennent de l'âge, ils courent plus de risque de désertion ou d'abandon scolaire, et davantage sont des filles. La catégorie des 16 à 17 ans, dans plusieurs régions du pays subissent le même sort, ils abandonnent souvent l'école pour subvenir aux besoins de la famille ou pour laisser la place aux plus petits. De plus, leur chance est quasiment réduite pour bénéficier d'une subvention parce qu'ils atteignent l'âge de 17 ans. Car, pour être inclus dans les programmes de subvention scolaire, l'enfant doit être âgé de 0 à 17 ans. Alors qu'après cet âge ils deviennent plus vulnérables, et encourent plusieurs risques, comme la délinquance, l'exploitation, la grossesse précoce, les IST.ect

L'ensemble des tuteurs interrogés apprécie positivement les aides de certaines ONG, toutefois ils estiment qu'elles doivent aller au-delà de ce qu'elles proposent actuellement et offrir davantage aux ménages les moyens de subsistance en favorisant les activités génératrices de revenus.

## **5.5 L'alimentation**

L'insécurité alimentaire est un problème réel en Haïti, plus d'un haïtien sur 4 est sous-alimenté, soit 1,8 millions selon un rapport publié en 2009 par le Conseil national de la sécurité alimentaire (CSNA) haïtien. On estime à 65.000 le nombre d'enfants qui font face à un besoin réel d'assistance nutritionnelle en Haïti.(UNICEF, 2010)

Dans certaines régions, le CRS (Catholic relief services) et le PAM (programme alimentaire mondial) assistent les enfants de l'école primaire en leur octroyant le repas de midi. D'autres disent enfin qu'ils sont assistés par des voisins et ce, occasionnellement.

La question de l'alimentation chez les orphelins et les enfants vulnérables par le VIH suscite davantage de vives inquiétudes. Une étude en Côte-D'ivoire montre que leur consommation alimentaire chute de 41 %. (OVC SIDA, 2010). Les tuteurs et les orphelins affirment tous qu'ils sont insatisfaits au niveau de la quantité et de la qualité des repas journaliers.

## **5.6 Situation socioéconomique**

Sur la base de la convention relative aux droits de l'enfance, demandant à ce que l'enfant puisse jouir de certains droits pour faciliter son plein épanouissement et son développement, 6 de ces droits ont été pris en compte au cours de cette étude dont: l'accès à l'éducation, l'alimentation, à la santé, le droit de s'exprimer et de jouir des biens de ses parents.

Certains ont perdu leur acte de naissance lors d'inondation. D'autres ont rapporté que lors de la mort d'un parent ou des 2 parents, vu qu'aucune loi n'est encore en vigueur en Haïti pour protéger ces enfants, les biens de la famille sont souvent confisqués ou parfois vendus par des oncles ou tantes. Les orphelins à ce moment en bénéficient peu ou pas du tout. Dans le pire des cas, certains se trouvent par la suite placés en domesticité chez ces derniers sous le couvert d'une prise en charge.

Si 90 d'entre eux ont déclaré avoir un endroit où dormir, certains d'entre eux rapportent que les maisons ne sont pas spacieuses et parfois laissent filtrer les eaux de pluie, citons en plus un manque

d'équipement domestique comme un lit, la couverture, le savon de toilette et de lessive, les ustensiles de cuisine.ect

Pour vraiment toucher la plaie du droit, on a jugé nécessaire de s'informer du nombre d'enfants vivant dans les familles de ces 90 enquêtés. Car ces derniers sont le reflet de plus d'un qui eux aussi croupissent dans les difficultés de toutes sortes qu'entraîne le VIH/SIDA. Aux dires de plusieurs, 1 ou 2 enfants par famille bénéficient de certains services dans la communauté, les autres restent à la maison ou parfois même s'organisent pour subvenir au besoin de la famille.

Dans les 3 départements, le CRS commence à implémenter plusieurs groupes de «Mutuelle de Solidarité» communément appelés «MUSO» en faveur des bénéficiaires de son programme et de leurs familles. Stratégie qui pour certains tuteurs commencent à porter fruits. Certains, grâce au montant cotisé chaque mois, sont en mesure de se lancer dans le commerce. Reste à savoir, si cette stratégie continuera à faire long feu et si elle répondra aux besoins essentiels des familles vulnérables.

Certains étant dans l'incapacité d'aller à l'école, s'adonnent à de petites activités génératrices de revenus, l'argent économisé est utilisé pour payer leur frais scolaire, des soins de santé, de quoi se vêtir, se procurer du matériels scolaires, d'articles de toilette, nourrir la maison, ect. Si plusieurs s'adonnent à la vente de produits alimentaires et de premières nécessités, d'autre préfèrent les produits cosmétiques et des fruits cultivés en été dans les jardins de leurs parents ou grands-parents. Ces enfants pourraient mieux gagner leur vie s'ils avaient été encadrés. D'où l'importance de mieux orienter les interventions ciblant les enfants, surtout dans le Nord-Ouest du pays.

Le constat est que les OEV ne sont pas informés de leurs droits, donc difficile de réclamer la prise en charge qu'il leur faut. Plusieurs d'entre eux ont reçus des infos soit à la maison, l'église ou l'école. D'où l'importance d'accentuer les séances de sensibilisation sur les droits de l'enfant et bien d'autres.

On a vu que presque la moitié des enfants n'étaient pas en mesure de citer les modes de contaminations par le VIH, ce qui laisse supposer que ces messages sont peu diffusés dans certaines régions, voire pas du tout. Ou du moins les stratégies utilisées pour faire passer les messages n'étaient pas appropriées ou adaptées à ce groupe d'âge. Tout compte fait, quand on n'est pas sensibilisé sur le VIH, difficile de se protéger.

Le sexe demeure toujours un sujet tabou dans certaines régions d'Haïti, si 27,8 % affirment avoir fait le sexe, certains ont du mal à en parler et préféreraient dire qu'ils ne le font pas. Par contre, ces rapports aux dires de plusieurs ne sont pas protégés. Ils le font pour plusieurs raisons, soit pour le plaisir, soit pour oublier leur problème. Cette situation doit être prise au sérieux, pour éviter les IST, les grossesses précoces et de plus ceux qui sont infectés par le VIH risquent d'infecter d'autres camarades.

Presque à l'unanimité ces enfants voudraient embrasser le domaine de la santé. Voir la souffrance de leurs parents, leurs infections opportunistes à répétition, leur servir de garde-malade, être confronté à leur intimité s'ils doivent les laver, les emmener aux toilettes, anticiper sur le deuil à venir est particulièrement difficile à supporter pour un enfant. Ces raisons évoquées motivent les OEV à vouloir devenir professionnel de santé. Car ils se disent que s'ils avaient été dans le secteur de la santé ils auraient pu atténuer la souffrance de leurs parents.

Le développement de liens entre les OEV et les autres enfants et la participation de la communauté au développement d'activités de soutien peuvent permettre de décourager les comportements de stigmatisation et de discrimination. Ainsi dans notre étude, un peu plus de la moitié des OEV (56,7%)

affirment s'entendre bien avec les autres jeunes de leur âge. Cela ne se passe pas toujours bien pour tous les OEV.

### **5.7 Soutien communautaire envers les OEV**

D'après les leaders communautaires interrogés, l'assistance qui était jadis assurée à la fois par la famille de la personne vulnérable, l'entourage et la collectivité locale entière, n'a plus sa valeur. Elle était fondée sur des valeurs positives qui ont caractérisé la culture haïtienne à savoir la solidarité et l'entraide sociale. Malheureusement, ces valeurs positives n'ont pas résisté à des comportements individualistes véhiculés par la modernité. La crise économique dans laquelle vit le pays et ses conséquences, ainsi que la pandémie du VIH/SIDA ont entraîné le drame au drame, certains sont dès fois hostiles aux orphelins du SIDA par manque d'informations sur le sujet et souvent discriminent et stigmatisent les enfants, ce qui fait que cette assistance sociale traditionnelle connaît aujourd'hui beaucoup de difficultés. L'approche de l'assistance publique qu'envisage le Ministère ayant l'Action Sociale dans ses attributions ne se fait pas vraiment sentir.

Nous tenons à signaler que dans le Nord-Ouest et le Sud du pays, il existe des orphelinats qui accueillent des orphelins de père et de mère et autres enfants vulnérables. Cependant, leurs limites sont évidentes car ceci ne peut être qu'une solution provisoire, car l'enfant ne saurait grandir ni demeurer toute sa vie dans un orphelinat.

Somme toute, lutter contre le VIH/SIDA est une des grandes priorités de tout état, car cette maladie prive des millions d'enfants de leur droit de vivre, de se développer, d'être protégés et de participer aux décisions qui leur concernent. Dans ce domaine, comme dans d'autres, de nombreux gouvernements et ONG s'appuient sur la Convention relative aux droits de l'enfance, le traité de défense des droits de l'homme le plus largement accepté au monde pour répondre aux besoins de ces derniers. Tout compte fait, le gouvernement haïtien de concert avec les intervenants œuvrant dans la prise en charge de ces derniers doivent emboîter le pas, du coup définir des politiques d'aide et des lois qui protègent leurs droits, encourager la mise au point de programmes communautaires adaptés à la réalité de chaque zone ciblant les enfants et les familles en difficulté.

### **5.8 Limites et Difficultés de l'étude**

Elles sont de tous ordres :

D'abord, dans le déroulement des investigations, force est de reconnaître que pour l'ampleur du sujet d'étude, le fait d'être seule à réaliser les entretiens ainsi bien que les focus groupes a été souvent un handicap. Le temps imparti pour cette étude étant trop court (3 mois), on n'a pas pu toucher plus d'individus et de les suivre dans la durée, ce qui nous aurait permis d'avoir une idée plus ou moins globale des conditions de vie des OEV et des potentielles orientations à donner aux interventions dépendamment des réalités propres à chaque zone. Nous avons plutôt exploré la situation de ces enfants et leur prise en charge durant ces 3 mois, dans seulement 3 Départements d'Haïti. (Nippes, Sud, Nord-Ouest).

De plus, du côté du Ministère de la santé Publique et de la Population et des Affaires sociales, on n'a pas pu trouver les données statistiques voire un manuel sur la prise en charge des OEV/VIH en Haïti. Pour ce faire, nous nous sommes contentés des données publiées et stratégies prônées par certains organismes internationaux intervenant dans le domaine.

Pour clore, nous disons que nous avons eu à subir le changement évolutif des données épidémiologiques et de certaines informations liées à la prise en charge des OEV. Vu le contexte actuel du pays après le séisme, certaines situations constatées et données collectées pourraient être liées à des causes conjoncturelles.

## Recommandations

A la lumière de ce qui précède, des axes prioritaires peuvent être explorés pour la mise en œuvre d'actions susceptibles d'améliorer les conditions de vie des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/SIDA.

Tout compte fait, au vu des résultats de notre étude sur la situation dans le Sud, les Nippes et le Nord-Ouest du pays, nous formulons les recommandations suivantes :

- **Aux autorités politico administratives**
  - Le Ministère des affaires sociales doit s'approprier du problème, instituer des mécanismes nationaux et impliquer les administrations locales, les ONG, les associations et toute la population, chacun en ce qui le concerne, dans les activités à mener à tous les niveaux de prise de décision dans la prise en charge des OEV.
  - Faciliter l'accès aux services essentiels, à savoir: l'éducation, l'enregistrement des naissances, la santé et la nutrition de base, l'accès à l'eau et à l'assainissement et services de placement pour ceux privés de protection familiale.
  - Renforcer les programmes de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA orientés vers les enfants, notamment la PTME.
  - Intégrer le volet prise en charge des OEV dans la formation des professeurs d'école, des professionnels de santé et des travailleurs sociaux.
  - Amélioration et renforcement de la capacité économique des ménages en vue de renforcer la prise en charge et la protection des enfants.
  - Imaginer les moyens de faire coopérer les principales parties intéressées pour organiser d'une manière coordonnée et efficace, la mobilisation des ressources en faveur des communautés dans le cadre d'une riposte qui répond aux nombreux besoins des OEV.
  - Mettre en place un bon système de suivi et d'évaluation ayant trait à la prise en charge des OEV par le VIH/SIDA.
  
- **Organisations Communautaires (Associations de Femmes, Société Civile, familles, leaders communautaires, etc.).**
  - Recenser les personnes les plus vulnérables et contribuer à faire adopter des mesures de riposte au niveau des communautés locales pour répondre aux besoins de ces dernières.
  - Créer des réseaux de soutien communautaire pour fournir un soutien en matière de soins (éducation des enfants, gestion du foyer, soutien moral, etc.) aux foyers gérés par des orphelins ou des grands parents démunis.
  - Veiller à ce que les enfants bénéficient de leurs droits reconnus, respectés et appliqués et que ceux nécessitant une protection spéciale soient réintégrés dans le système social, familial et communautaire.
  - Accompagner l'application des droits des enfants à la vie, à la protection, à l'éducation, à l'instruction et à l'alimentation et militer en faveur du respect de ces droits.

- **Aux Organisations Non Gouvernementales et Agences :**

- Accroître les ressources et les bénéficiaires de services
- Vulgariser et accompagner l'application des droits des enfants à la vie, à la protection, à l'éducation, à l'instruction et à l'alimentation.
- Evaluer avec l'entourage de l'enfant les risques qu'il encourt, et aider à mettre en place une protection adéquate.
- Organiser des campagnes de sensibilisation afin d'améliorer le niveau de connaissance des populations sur les droits de l'enfant, la santé et la nutrition, l'hygiène et l'assainissement, les modes prévention et de transmission des IST/VIH-SIDA.
- Appuyer les centres de délivrance de services sociaux adaptés aux enfants, aux jeunes et leurs familles.
- Développer des projets améliorant la cohésion sociale pour favoriser l'intégration des orphelins dans la communauté et foyers d'accueil.
- Appuyer la formation professionnelle des jeunes déscolarisés ou les orienter et encadrer dans des activités génératrices de revenus.
- Renforcer les capacités des parents survivants, des tuteurs et des communautés, notamment en accompagnant et/ou en finançant des activités génératrices de revenu, en vue qu'ils puissent protéger les orphelins et à leur assurer les soins essentiels.

## Conclusion

Notre étude sur la prise en charge globale des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA nous a permis d'appliquer les connaissances acquises et les compétences développées durant la formation. Ce phénomène constitue une véritable crise sociale en Haïti.

Pour nous enquérir de leur situation, nous nous sommes entretenus avec les orphelins et autres enfants vulnérables par le VIH/SIDA, les parents et/ou tuteurs, les leaders communautaires et certains intervenants dans les départements du Sud, des Nippes et du Nord-Ouest d'Haïti.

Au terme de cette étude, il a été constaté que quoique certains organismes aient entrepris des interventions ciblant cette catégorie d'enfants, l'aide se résume plutôt au paiement des frais scolaires. Les OEV continuent d'éprouver d'énormes difficultés pour se loger, se nourrir, se soigner, se vêtir et sont souvent victimes d'abus de toute sortes. Dans le Nord-Ouest, bon nombre d'entre eux, vivant seuls ou déscolarisés entreprennent des activités génératrices de revenu pour leur survie et celle de la famille. Certains entreprennent des relations sexuelles sans protection, ne sachant pas les modes de transmission du VIH, ce qui les expose aux risques de grossesse précoce et d'attraper les IST/VIH.

La nonchalance et le manque de volonté politico-administrative, de synergie dans les actions des organismes, l'absence des services sociaux de base, le non respect des droits de l'enfant, le manque de ressources matériels, financières et humaines, constituent de grands obstacles et représentent même une menace pour l'avenir et la survie de ces enfants. En 2006, l'État haïtien de concert avec certains organismes et des autorités civiles avaient élaboré un cadre de référence visant à protéger les orphelins et autres enfants vulnérables, cadre qui semble jusqu'à présent n'avoir pas été mis en vigueur.

Investir dans ses enfants représente de grands avantages pour la société, la productivité, la sécurité, la baisse des dépenses de santé, la stabilité et le développement d'Haïti.

Tout compte fait, vu le lien étroit existant entre la pauvreté et le VIH/SIDA, il s'avère nécessaire d'aborder la situation sur plusieurs angles. Il ne suffit pas d'assurer la prise en charge des OEV par le VIH, mais aussi de lutter contre la pauvreté, les inégalités sociales et la propagation de l'épidémie du VIH.

Au vu de tout ce qui précède, il ressort l'importance pour le gouvernement haïtien d'instituer des politiques et des stratégies en faveur de ces enfants tout en tenant compte des spécificités propres à chaque zone, de favoriser la coordination et le suivi des interventions de tous les acteurs sur le terrain. Aux organismes, d'accroître les ressources et les bénéficiaires, promouvoir la protection des enfants, renforcer les capacités des familles et des communautés et d'impliquer les enfants et les communautés dans les prises de décisions qui leur concernent. Aux communautés, de supporter les enfants et familles affectées par le VIH, de militer en faveur du respect des droits de l'enfant à la vie, à la protection, à l'éducation, à l'instruction et à l'alimentation et d'accompagner l'État et les principaux bailleurs et intervenants dans l'application de ces droits.

## Références bibliographiques

APPAIX, O. et S., DEKENS. (Mai 2005). Pour un plan d'action en faveur des orphelins et enfants vulnérables, Volume 1, Analyse de situation, Orphelin Sida International, Paris (FR).

Banque de la République d'Haïti (2007). Rapport Annuel 2007.

Brutus J. (1996). Situation report: sexually transmitted disease / family planning program in Haiti. H. Sanghvi and D. Lewison, Issues in the Management of STDs in Family Planning Settings; Baltimore, Maryland: JHPIEGO.

Cayemittes M, Placide MF, Barrère B, Mariko S, Sévère B. (2001). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des services, Haiti EMMUS-III. Calverton, Maryland : Ministère de la santé Publique et de la Population, Institut Haitien de l'Enfance et ORC Macro.

Cayemittes M, Placide MF, Barrère B, Mariko S, Sévère B. (Juillet 2006). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des services, Haiti EMMUS-IV. Calverton, Maryland : Ministère de la santé Publique et de la Population, Institut Haitien de l'Enfance et ORC Macro.

CRS. (2010). Target Activities Matrix CHAMP for 5 years.

DEKENS, S. Texte de l'intervention au Colloque Enfance et Sida, Paris le 15 juin 2006, Orphelins Sida International.

Deschamps M, Fitzgeraod D, Pape J, and Jhonson W. (2000). HIV infection in Haiti: natural history and disease progression. AIDS14: 2515-21

Desvarieux M., and Pape J. (1991). HIV and AIDS in Haiti: Recent Developments. AIDS Care. p. 271-9.

Family Health International (FHI)/IMPACT. (2000) The Situation of Orphans in Haiti: Summary Assessment.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. (2001). Soins pour les orphelins, les enfants affectés par le VIH/SIDA et les autres enfants vulnérables. Cadre stratégique, USAID, Washington DC, p. 5-6.

Foster J. et Garmaise D. (Septembre 2003). Un défi à relever : La politique étrangère du Canada à l'égard du VIH/SIDA. Une approche plus particulièrement axée sur l'Afrique. Rapport rédigé pour le conseil du Ministre sur le VIH/SIDA.

Institut Haïtien d'informatique et de statistique, (Avril, 2008). Les comptes économiques en 2007. Publication annuelle de l'IHSI # 12, Port-au-Prince.

Ministère de la Santé Publique et de la Population, (Janvier 2006). Rapport UNGASS. Session

extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies, Haïti, 2005 : Préparé par l'Institut Haïtien de l'Enfance.

Ministère de la Santé Publique et de la Population. (Mars 2002). Plan Stratégique national pour la prévention et le contrôle des IST et le VIH/SIDA en Haïti, 2002-2006.

MSP, Institut Haïtien de l'Enfance, Laboratoire National de Santé Publique, CDC,(2009) : Etude de séro-surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en Haïti. p.10.

MSP, NASTAD, CDC, PEPFAR. (2007). Profil Épidémiologique de l'Infection par le VIH et du SIDA dans le Grand Sud, Haïti 2007.

Nations Unies. (2001). Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida. Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (SEAGNU) sur le VIH/Sida, 25-27 juin 2001 (New York et Genève, Département de l'information des Nations Unies et ONUSIDA.

Nations Unies. (2008). Objectifs du millénaire pour le Développement. Rapport 2008, Genève.

O'Donnell, K. & Nyangara, F., 2009. Child Status index. A tool for assessing the well-being of orphans and vulnerable children.

OMS (2004). Rapport sur la santé dans le monde : Changer le cours de l'histoire. Organisation Mondiale de la santé, Genève.

ONUSIDA & OMS, 2009. Rapport mondiale sur l'épidémie du SIDA.

ONUSIDA et OMS, (décembre 2007). Le point sur l'épidémie du SIDA : Rapport spécial sur la prévention du VIH.

ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida (2004) [[www.unaids.org/en/HIV\\_data/2004Global](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2004Global)] (page consultée le 20 octobre 2006).

ONUSIDA, (2006). Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2006.

ONUSIDA, UNICEF et USAID. (Juillet 2004). Les enfants au bord du gouffre 2004 ; rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelin et cadre d'action.

ONUSIDA. (2004). Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA : Résumé d'orientation, 4<sup>e</sup> rapport mondial.

ONUSIDA. (2008). Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA en 2008, Genève.

Paul Farmer, 1996. SIDA en Haïti, la victime accusée.

Putnam, E, Dériveau J, Zalduondo B. et al. (2001). USAID Support for Sexually Transmitted Infections

and HIV/AIDS Programming in Haiti. Washington, DC: The Synergy project: USAID.

ROTHERAM-BORUS, M.J., D. FLANNERY, E., RICE et P., LESTER. (Novembre 2005). Families living with HIV, AIDS care, vol. 17, n°7, p. 978-987.

Save the Children, 2010. Helping Haiti's Children the first three month of Save the Children's earthquake response.

SMART, R. (juillet 2003). Politique pour les orphelins et enfants vulnérables : un cadre pour progresser, Washington.

THELOT Fils-Lien Ely, 2009. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. , 19, Numero 3, 121-32, 16.

THELOT Fils-Lien Ely, 2009. Le VIH/sida en Afrique du Sud et en Haïti : de l'échec de la gouvernance de l'épidémie aux difficultés d'atteindre les OMD. , 19, No 3, 121-32.

UNGASS, (Janvier 2008). Programme national de Lutte contre le VIH/SIDA : Rapport national de suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, Haïti 2007.

UNICEF, (2006-2010). Protection et Soins aux Orphelins et Enfants vulnérables en Haïti.

UNICEF. (1997). Les enfants et les orphelins face au VIH/SIDA.

UNICEF. Les enfants et les orphelins face au VIH/SIDA. Dossiers UNICEF, 1997, 39 p.

USAID, (2007). Estimation de la Séroprévalence du VIH en Haïti en 2007 selon le milieu de résidence urbain et rural pour chacun des 10 Départements.

### **Documents consultés sur internet:**

Approche des soins aux enfants infectés par le VIH. (<http://www.sfls.aei.fr/diaporamas/2009/diubujumbura/p3-approche-soins-enfants.ppt>). Page consultée le 13 Mars 2011.

Banque mondiale, Les principales catégories d'OEV. (<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/209163/toolkitfr/howknow/categories.htm>). Page consultée le 19 novembre 2010.

Banque mondiale. Les principales catégories d'OEV. (<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/209163/toolkitfr/howknow/categories.htm>). Page consultée le 21 novembre 2010.

Demarco, R. & Carswell, K., Conduite d'une analyse de situation participative sur les orphelins et enfants vulnérables affectés par le VIH/SIDA: Principes directeurs et outils. FHI. (<http://www.fhi.org/nr/rdonlyres/ewmamm5y6bl7ydhqztyqwm7fxglpkf7kw5ezebjjssl2brcgu5isoxo5vvofyzdeitrc23yjnk4h/completedocument.pdf>). Page consultée le 10 décembre 2010.

Journée mondiale des orphelins du Sida. ( 2010). MOS10\_Manuel\_low.pdf. ([http://www.orphelinsdusida.org/userfiles/file/JMOS10\\_Manuel\\_low.pdf](http://www.orphelinsdusida.org/userfiles/file/JMOS10_Manuel_low.pdf)). Page consultée le 18 Mars 2011.

Les ravages du SIDA. (<http://www.droitsenfant.com/sida.htm>). Page consultée le 18 Mars 2011.

Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface Copyright 2004 – 2009. (<https://surveillance.mesi.ht>) Page consultée le 20 Septembre 2010.

Ministère de la santé Publique et de la Population Haïtienne, 2010. Guide National pour la Prise en Charge et le Soutien Alimentaire et Nutritionnels des Personnes Vivant avec le VIH en Haïti. ([http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/Haiti\\_NutHIV\\_Guidelines\\_2010.pdf](http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/Haiti_NutHIV_Guidelines_2010.pdf)). Page consultée le 20 Septembre 2010.

OMS & Commissions des déterminants sociaux de la santé. 2008. Comble le fosse en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé., OMS. ([http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008\\_execsumm\\_fr.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_fr.pdf)). Page consultée le 28 janvier 2011.

ONUSIDA, 2002. Le point: le SIDA et les orphelins, ONUSIDA. ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9291731862\\_sida\\_et\\_orphelins\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9291731862_sida_et_orphelins_fre.pdf)). Page consultée le 20 janvier 2011.

ONUSIDA, 2010. Aider Haïti à reconstruire sa riposte contre le Sida., ONUSIDA. ([http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2010/20100303\\_haiti\\_aidsresponse\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2010/20100303_haiti_aidsresponse_fr.pdf)). Page consultée le 3 mars 2011.

SIDA\_-\_maladie\_et\_depistage.pdf. ([http://www.agence-adoption.fr/home/IMG/pdf/SIDA\\_-\\_maladie\\_et\\_depistage.pdf](http://www.agence-adoption.fr/home/IMG/pdf/SIDA_-_maladie_et_depistage.pdf)). Page consultée le 13 mars 2011.

UNAIDS, 2010. Report on the Global AIDS Epidemic. UNAIDS. ([http://www.aidsallianceindia.net/Material\\_Upload/document/20101123\\_globalreport\\_en.pdf](http://www.aidsallianceindia.net/Material_Upload/document/20101123_globalreport_en.pdf)). Page consultée le 5 janvier 2011.

UNGASS Haïti, 2010  
([http://data.unaids.org/pub/Report/2010/haiti\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2010/haiti_2010_country_progress_report_fr.pdf)). Page consultée le 12 Mars 2011.

UNICEF Haïti - VIH/SIDA - Enfants vulnérables affectés et infectés par le VIH/SIDA. ([http://www.unicef.org/haiti/french/hiv\\_aids\\_8778.htm](http://www.unicef.org/haiti/french/hiv_aids_8778.htm)). Page consultée le 17 mars 2011.

## Liste des figures

Figure 1: Carte Géographique d'Haïti .....	7
Figure 2: Nombre d'enfants vivant avec le VIH dans le monde de 1990 à 2009 .....	10
Figure 3: Nombre d'orphelins du SIDA dans le monde de 1990 à 2009 .....	10
Figure 4: Barrières empêchant les OEV de s'inscrire à l'école et de poursuivre leur éducation. ....	13
Figure 5: Nombre estimatif d'enfants devenus orphelins a travers le monde .....	20
Figure 6: Les quatre domaines principaux de prise en charge du VIH (OMS, 2004) .....	24
Figure 7: Répartition des OEV enrôlés par le CRS dans les Départements du Sud, des Nippes et du Nord-Ouest durant l'Année 2010. ....	34
Figure 8: Répartition des enquêtés selon leur groupe d'âge .....	35
Figure 9: Répartition des enquêtés selon la prise de repas journalière .....	36
Figure 10: Répartition des enquêtés en fonction des droits dont ils jouissent. ....	37
Figure 11: Répartition des enquêtés en fonction de leurs tuteurs.....	38
Figure 12: L'arbre a problème de la prise en charge des OEV.....	42

## Liste des tableaux

Table I: Les estimations et projections qui ont été réalisées en mai 2009 par le Programme National de lutte contre le SIDA (PNLS) en Haïti.....	9
Table II: Répartition par région de la prévalence du VIH dans le monde en 2009.....	22
Table III: Estimation de l'épidémie du VIH chez les enfants (0-14 ans) et les adultes de (15 ans et +) de 2007 à 2010 en Haïti.....	22
Table IV : Offre institutionnelle des services de CDV, PTME, Soins palliatifs et d'ARV de 2005 à 2009 en Haïti.	23
Table V: Répartition des échantillons de l'enquête .....	27
Table VI: Répartition des enquêtés suivant la source de financement des frais scolaires.....	35
Table VII: Répartition des enquêtés en fonction du sexe, le groupe d'âge et de l'insertion scolaire.....	36
Table VIII: Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le VIH/SIDA, la santé, l'hygiène, la nutrition et les droits des enfants.....	38
Table IX: Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le mode de contamination par le VIH/SIDA .....	39
Table X: Répartition des enquêtés selon leurs habitudes sexuelles .....	39

## Annexes

### Annexe 1 : Tableau de la répartition des arguments prioritaires pris en compte pour justifier les projets en faveur des OEV.

	Niveau individuel	Niveau familial	Niveau d'agrégat
<b>Capital Humain</b>			
Santé	Mauvais état de santé physique et mental, malnutrition et plus grand risque de décès prématuré	Ratio de dépendance accrue. Coûts du traitement.	Risque de santé publique dû au taux élevé de morbidité chez les OEV, lié à la malnutrition, à une mauvaise hygiène, à la toxicomanie, et à un comportement sexuel irresponsable
Education	Manque d'éducation formelle et de compétences techniques.	Réduction du futur revenu total de la famille.	Pertes éventuelles d'efficacité au niveau du secteur de l'éducation à cause des taux élevés de redoublement et d'abandon chez les OEV. Réduction de la productivité et de l'activité économique future, ainsi que de la base des recettes publiques.
<b>Capital social</b>			
Sécurité	Plus de chances que l'enfant adopte un comportement criminel et asocial, dont l'abus d'alcool ou d'autres drogues	Stress émotionnel à cause de la honte et de la stigmatisation. Coût de restitution, frais de justice.	Insécurité/troubles sociaux dus à la criminalité, réduction des opportunités d'investissement et de croissance, augmentation des coûts de la lutte contre la criminalité.
Solidarité	Sous-développement du capital social de l'enfant – un catalyseur pour une plus grande déchéance.	Affaiblissement des réseaux familiaux.	Baisse de la confiance interpersonnelle, affaiblissement des réseaux de solidarité, perte du capital social net.
<b>Capital Economique</b>			
Bénéfices et productivités	Potentiel limité de revenus futurs.	L'OEV reste un consommateur net au sein de la famille et de la communauté à l'âge adulte	L'OEV reste un fardeau pour l'économie nationale.

**Annexe 2 : Guide d'entretien avec les OEV**

Etude sur la situation, socio-économique et sanitaire des OEV		
Questionnaire soumis aux OEV		
Code : <input type="text"/>		
<u>IDENTIFICATION</u>		
DEPARTEMENT.....		
Date : .....		
<hr/>		
Enquêteur :		Saisi par :
Nom _____		Nom _____
Date _____		Date _____
A- INFORMATIONS SUR LA VIE DES ENFANTS		
1.	Sexe de l'enfant	1- Garçon 2- Fille
2.	Age de l'enfant	
3.	Departement	
4.	Quelle est ta religion?	1- Vodou 2- Catholique 3- Protestant 4- Aucun
5.	Combien d'enfants vivent à la maison à part toi ?	
6.	Qui s'occupe de toi ?	1- Mère 2- Père 3- Oncles ou tantes 4- Sœur ou frère 5- Les 2 parents 6- Famille d'accueil 7- Moi
7.	Lequel de tes parents est mort ?	1- Mère 2- Père 3- Les 2 parents 4- Aucun
B- AIDE, EDUCATION, ÉCONOMIE ET FORMATION PROFESSIONNELE		
1	Quelle aide as-tu reçu au cours de cette Année ?	

2	Qui t'a donné cette aide ?	
3	Es-tu à l'école maintenant ?	1- Oui 2- Non
4	Quel est ton niveau d'étude ?	1- Primaire 2- Secondaire 3- Universitaire
5	Qui finance ton étude ?	
6	As-tu une activité génératrice de revenu ?	1- Oui 2- Non
7	Si oui, quelle activité ?	
8	Tu aimerais apprendre quel métier ?	
9	L'un de tes tuteurs a une activité génératrice de revenus ?	1- Oui 2- Non
<b>C- INFORMATION SUR L'ALIMENTATION</b>		
1	Tu manges combien de fois par jour ?	1- 1 fois/jour 2- 2 fois/jour 3- 3 fois/jour et plus
2	Est-ce que tu reçois de l'aide pour manger ?	1- Oui 2- Non
<b>D- INFORMATIONS SUR LA SANTÉ</b>		
1	D'habitude quand t'es malade, qui est ce qui finance ton traitement ?	1- Les parents 2- Le PDSC de ma zone 3- Des missions caritatives 4- Des amis de la famille
2	La dernière fois que tu étais malade, avais tu trouvé tous les médicaments qu'il te fallait?	1- Oui 2- Non
<b>E- ATTITUDES ET COMPORTEMENTS, CONNAISSANCES SUR LE VIH/SIDA</b>		
1.	As-tu déjà eu des rapports sexuels?	1- Oui 2- Non
2.	As-tu entendu parler de VIH/SIDA?	1- Oui 2- Non
3	Où ca que t'as trouvé des informations sur le VIH/SIDA?	1- Au PDSC de ma zone 2- A l'église 3- A l'école 4- A la maison 5- Grâce à des amis
4	Comment peut-on attraper le VIH?	1- Contact sexuel sans protection 2- Prise de sang contaminé 3- Transmission de la mère à l'enfant 4- Utilisation de seringue contaminée 5- Je ne sais pas
5	Tu as déjà fais le test de dépistage au VIH?	1- Oui 2- Non
<b>F- DROITS DES ENFANTS</b>		
1	As-tu un acte de naissance?	1- Oui 2- Non

2	Tu es libre de jouir lequel de ces droits ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Logement</li> <li>2- Santé</li> <li>3- S'exprimer</li> <li>4- Logement</li> <li>5- Biens de mes parents</li> <li>6- Acte de naissance</li> </ul>
3	Es-tu bien traité au sein de la famille ou tu vis ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>7- Oui</li> <li>8- Non</li> </ul>
4	As-tu le droit de t'exprimer comme enfant?	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Oui</li> <li>2- Non</li> </ul>
<b>G- PROBLEMES PSYCHOSOCIAUX</b>		
1	Comment te sens-tu, quand tu as quelqu'un malade ou décédé?	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Triste</li> <li>2- A l'aise</li> <li>3- Seul</li> <li>4- Je ne sais pas</li> </ul>
<b>H- AUTRES</b>		
1	Comment tu vois ton avenir ?	
2	Quelles suggestions peux-tu faire pour améliorer ton mode de vie ?	

**Annexe 3 : Guide d'entretien avec les intervenants sur le terrain.**

Etude sur la situation, socio-économique et sanitaire des OEV  
Questionnaire soumis aux intervenants sur le terrain.

Code :

IDENTIFICATION

DEPARTEMENT.....

Date : .....

Enquêteur :  
Nom \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

Saisi par :  
Nom \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

Profil de l'institution: ONG  OCG  Association de PVVIH  Hôpital   
Centre d'accueil  orphelina  DSC

- 1- Le nom de l'institution/Organisation ?  
.....  
.....  
.....
- 2- Depuis quand que votre institution intervient dans la prise en charge des OEV ?  
.....
- 3- Le paquet de services offerts aux bénéficiaires.....  
.....
- 4- Nombre de bénéficiaires servis  
.....  
.....
- 5- Sources de financement  
.....  
.....
- 6- les principales obstacles empêchant une prise en charge adéquate des OEV?  
.....  
.....  
.....
- 7- Suggestions pour améliorer la prise en charge des OEV sur le terrain.  
.....  
.....  
.....

**Annexe 4 : Guide d'entretien avec les leaders communautaires**

Focus groupe réalisé sur la situation, socio-économique et sanitaire des OEV

Questionnaire soumis aux leaders communautaires.

IDENTIFICATION

DEPARTEMENT.....

Date : .....

Enquêteur :  
Nom \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

Saisi par :  
Nom \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

- 1- Connaissez-vous des OEV dans la communauté ?      Oui                      Non
- 2- Que pensez-vous des OEV ?  
.....  
.....  
.....
- 3- Quels services qu'on offre aux OEV dans la communauté ?.....
- 4- Quels types de protection bénéficient-ils de la communauté ? .....
- 5- Il y a-t-il des institutions qui les supportent dans la communauté ?    Oui                      Non  
Si    oui,    lesquelles ?  
.....  
.....  
Quels    types    de    services ?  
.....  
.....
- 6- Qu'est ce qu'on devrait faire pour améliorer la situation des OEV dans la communauté ?.....  
.....  
.....
- 7- Avez-vous des suggestions et ou commentaires ?  
.....  
.....  
.....

**Annexe 5 : Guide d'entretien avec les responsables d'OEV.**

Focus groupe réalisé sur la situation, socio-économique et sanitaire des OEV

Questionnaire soumis aux Tuteurs d'OEV.

IDENTIFICATION

DEPARTEMENT.....

Date : .....

Enquêteur :  
Nom \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

Saisi par :  
Nom \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

1- Que pensez-vous de vos enfants ?

.....  
.....  
.....

2- Quelle est la conception de la communauté face à vos enfants ?.....

3- Quels types de protection dont bénéficient les enfants au sein de la communauté ?

.....  
.....

4- Il y a-t-il des institutions qui les supportent dans la communauté ? Oui Non  
Si oui, lesquelles ?

.....  
.....  
Quels types de services ?  
.....

5- Quels sont les plus grands problèmes dont vous faites face dans la prise en charge de vos enfants ?

.....

6- Qu'est ce qu'on devrait faire pour améliorer la situation des enfants dans la communauté ?.....

.....

7- Avez-vous des suggestions et ou commentaires ?.....

.....  
.....  
.....

**Annexe 6 : Répartition des institutions subventionnant des frais scolaires aux OEV par le VIH dans les départements du Sud, des Nippes et du Nord-Ouest d'Haïti.**

Départements	Institutions	OEV servis	Sources de financement
SUD	MHDR	280	CRS
	ASON/SUD	100	CRS
	ATAL	60	CRS, WORLD VISION
	HIC/Cayes	70	PEPFAR
	Fondation Espwa	343	PEPFAR, via CROSS INTL
	FOSREF	320	PEPFAR
<b>Total</b>		<b>1173</b>	
Nippes	ASON/Nippes	300	CRS
	Armée du salut/FD-des-nègres	1500	CRS
	FOMAED	43	Collecte interne
	CARE	334	
	FOSREF	259	PEPFAR
	Hop, St-Boniface	205	CRS
<b>Total</b>		<b>2341</b>	
Nord-Ouest	REFANO	287	CRS
	BERACA	187	CRS
	TBD/JN-RABEL	100	CRS
	TBD/Bombardopolis	100	CRS
	Hop. Bombardopolis	99	CRS
	Association Vodouisante	398	Collecte interne
	<b>Total</b>		<b>1171</b>

Source : Target activities 2010 CHAMP/CRS-Haïti et données collectées sur le terrain (Juillet 2010)

A signaler que cette liste n'est pas exhaustive et que certaines des institutions suscitées offrent aussi des supports psychosociaux et de la ration alimentaire aux enfants et leurs familles.

## **Annexe 7 : Les éléments d'un programme global de soins et de soutien qui répondront aux différents besoins des orphelins et autres enfants en situation vulnérable.**

### **Politiques et législation**

Des politiques gouvernementales appropriées sont essentielles à la protection et au bien-être des orphelins et des autres enfants vulnérables et de leurs familles. Ces politiques doivent comporter des dispositions interdisant la discrimination dans l'accès aux services médicaux, à l'éducation, à l'emploi et au logement et des mesures de protection des droits de succession des veuves et des orphelins. Elles doivent pleinement prendre en compte les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes séropositives, les enfants et les familles touchés et les possibilités d'impact significatif des actions des pouvoirs publics en phase avec la Convention sur les droits de l'enfant.

### **Soins médicaux**

Pour améliorer le bien-être des orphelins et des autres enfants vulnérables, ces enfants et leurs tuteurs doivent pouvoir bénéficier de soins de santé appropriés, notamment des services de soins médicaux et de santé préventive, un appui nutritionnel, des soins en milieu hospitalier et de soins complémentaires à domicile, ainsi que d'informations complètes et pertinentes. Il faut continuer à explorer et consolider les efforts concertés en vue de mettre la thérapie antirétrovirale à la disposition des enfants.

### **Appui socioéconomique**

Pour réduire l'impact socioéconomique du sida, les communautés doivent être capables d'identifier les enfants et les ménages qui ont le plus besoin d'aide, de hiérarchiser leurs besoins et d'utiliser les ressources locales et extérieures pour améliorer leur bien-être et renforcer les systèmes de sécurité communautaires. Il faut également prêter une attention particulière aux ménages dirigés par des enfants, aux familles composées de jeunes enfants dirigées par des personnes âgées ou par des adolescents et aux nouveau-nés qui sont abandonnés. Les programmes de proximité en coopération avec les systèmes d'assistance sociale peuvent aussi fournir une assistance technique et en ressources humaines aux familles vulnérables identifiées s'occupant d'orphelins ou dirigées par des enfants ou des adolescents.

Les meilleurs programmes de microfinancement ont démontré un grand potentiel de renforcement de résistance économique des ménages pauvres, de manière durable et rentable. Les experts et la recherche en matière de microfinancement montrent que cette forme de financement permettra de renforcer les filets de protection sociale dans les communautés.

### **Soutien psychosocial**

Avant la mort d'un parent, il est essentiel de gérer de façon constructive les appréhensions des enfants

concernant la manière dont ils vivront, avec qui ils vivront et la manière dont ils poursuivront leur scolarité. Quand un parent révèle son statut séropositif à un enfant, si l'autre parent n'est pas vivant, l'idéal serait qu'un membre de la famille élargie puisse être identifié pour servir de tuteur à l'enfant. Au moment de la révélation du statut, l'enfant devrait être informé des plans concernant son avenir. Ceci peut permettre de réduire le fardeau psychologique du parent et de l'enfant. Maintenir les frères et soeurs ensemble donne aussi un sens important de la continuité et constitue une source de soutien et de reconnaissance de leur identité. Les pratiques religieuses et traditionnelles de prise en charge du chagrin et du deuil permettent l'expression et la libération d'émotions intenses.

Enfin, assurer des soins et un soutien continu à des orphelins est très important pour leur bien-être. Les programmes liés au VIH doivent inclure des volets destinés aux enfants et établir des liens avec les autres programmes axés sur l'enfant. Il est essentiel d'incorporer des mesures efficaces à ces autres activités et d'y inclure les aspects suivants : aider les familles élargies et les communautés à assurer un soutien continu aux enfants, former les enseignants à reconnaître et à répondre de façon positive à des signes d'isolement ou de perturbation, ou à une détérioration des résultats scolaires et apporter un appui aux communautés pour l'organisation de divertissements structurés : activités artistiques, culturelles et sportives pouvant contribuer à l'intégration sociale des orphelins et des autres enfants vulnérables isolés.

## **Éducation**

L'impact du VIH/sida sur le système éducatif a entraîné la diminution du nombre d'enseignants pour cause de mortalité, l'accroissement du nombre d'enfants incapables d'aller à l'école ou de s'y maintenir et du nombre d'élèves dont la capacité à profiter de l'école est compromise par d'autres facteurs, notamment une alimentation insuffisante et le stress psychologique. La qualité de l'éducation est aussi exposée au risque de dégradation en raison d'une pénurie d'enseignants pour cause de maladie, ou parce que les enseignants doivent s'absenter pour prendre soin d'un parent malade ou assister à des funérailles.

Chacun des domaines de préoccupation mentionnés plus haut doit être pris en charge pour renforcer l'accès des enfants à une éducation de qualité. Différentes interventions allant dans ce sens comprennent le renforcement des actions assurant l'accès à l'éducation primaire universelle pour tous les enfants sans distinction sociale, des écoles communautaires, des mesures incitatives au niveau de ces écoles afin de permettre aux enfants les plus démunis d'accéder à l'éducation. Ces interventions concernent aussi l'éducation du personnel et des étudiants dans le domaine du VIH/sida notamment par des discussions sur la manière dont les enfants sont touchés et la manière dont les étudiants peuvent s'entraider. Les activités éducatives doivent être liées aux autres interventions afin de disposer de programmes holistiques prenant en compte les différents facteurs qui influencent la capacité des enfants à aller à l'école et à optimiser les bénéfices de l'éducation.

## **Les droits de la personne**

Les démarches basées sur les droits de la personne sont de plus en plus reconnues comme

essentielles pour le succès des programmes de prévention et de soins du VIH, y compris ceux destinés aux enfants et aux adolescents. Divers gouvernements se sont engagés à respecter, à protéger et à assurer ces droits en ratifiant les traités relatifs aux droits de l'homme, tels que la Convention sur les droits de l'enfant. En outre, de nombreuses ONG utilisent les droits de l'homme comme cadre de programmation.