

Situation sociale des orphelins du sida à Brazzaville

Fortuné Franck MBoussou

Centre de documentation, information et conseils sur le sida de médecins d'Afrique

Théophile Bansimba

Centre de documentation, information et conseils sur le sida de médecins d'Afrique

Blaise Bikandou

Laboratoire national de santé publique

Laurent Salami

Unicef Congo

Marie-Francke Puruehnce

Programme national de lutte contre le sida du Congo (Brazzaville)

Le décès précoce d'adultes causé par le sida réduit l'accès des services sociaux de base à leurs enfants. Afin d'évaluer la situation sociale des enfants devenus orphelins du fait du VIH/sida, une enquête a été réalisée au sein des familles d'adultes décédés du sida dans les hôpitaux de Brazzaville entre janvier 1998 et septembre 2001.

L'augmentation du nombre d'orphelins est l'une des conséquences de la pandémie du VIH/sida. En 2000, les enfants devenus orphelins du fait du VIH/sida représentaient 6 à 11% des enfants de moins de 15 ans en Afrique subsaharienne¹. Ce phénomène concerne 12 millions d'enfants de par le monde, dont 80% vivent en Afrique au sud du Sahara². Dans certains pays de cette région, entre 20 et 30 % d'enfants de moins de 15 ans ont perdu un ou deux parents à cause du sida. Plusieurs données plaident en faveur d'une accélération du nombre d'orphelins d'ici à 2010 dans la majorité des pays d'Afrique au sud du Sahara³.

Dans ces pays déjà affaiblis par la pauvreté et les conflits armés, la perte d'un ou des deux parents assombrit l'avenir des enfants qui vont accumuler les handicaps : difficultés d'accès au logement, à la nourriture, aux soins de santé de base, à la scolarité. Certains de ces enfants vont augmenter le nombre de ceux qui vivent et travaillent dans la rue. D'autres, devenus chefs de ménage, vont être obligés d'abandonner l'école et de travailler précocement afin d'assumer leurs frères et sœurs plus jeunes. Les adolescentes font alors l'objet d'abus sexuels s'exposant ainsi à la maladie qui a emporté leurs parents.

Au Congo-Brazzaville, on estime le nombre d'enfants ayant perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du sida avant l'âge de 15 ans à 78000⁴. Si l'on considère les méfaits des guerres civiles successives survenues dans ce pays (1997 et 1998), l'effondrement des soins de santé primaire et des programmes de lutte contre les endémies - avec pour conséquence immédiate l'augmentation des décès dus à la recrudescence des fléaux comme la tuberculose, la malaria et la trypanosomiase -, les orphelins du VIH/sida représentent près de la moitié (47%) de l'ensemble des orphelins, toutes causes confondues⁵. De plus, selon les projections d'institutions spécialisées et en raison de la persistance de la pandémie, ce taux devrait inéluctablement dépasser les 50% dans les années à venir. De nos jours, la situation sociale de ces nombreux enfants devenus orphelins à cause du sida au Congo est encore inconnue. Cela ne facilite pas la planification des interventions adaptées visant à assurer la protection sociale de ces enfants.

C'est dans le but d'évaluer l'ampleur du problème des enfants orphelins du sida dans Brazzaville, capitale politique du Congo, que le présent travail a été initié.

Matériel et méthodes

Sur la base des registres de décès tenus dans les principaux hôpitaux de Brazzaville (deux hôpitaux généraux situés dans les communes périphériques de Talangaï et MakéléKélé et le Centre hospitalier universitaire), nous avons répertorié les décès d'adultes liés au sida entre janvier 1998 et septembre 2001.

Sur la base d'un questionnaire standardisé, les orphelins en âge de répondre aux questions, les parents encore vivants, les substituts parentaux (nouveaux tuteurs) et les responsables des centres d'accueil ou d'orphelinats ont été interrogés par entretien oral direct.

Ainsi, nous avons recherché le statut marital avant et après le décès du conjoint, le nombre d'enfants âgés de moins de 18 ans issus de l'union. Pour chaque enfant, nous avons relevé l'âge, le sexe, la situation de l'enfant en matière de scolarité. De même, nous avons relevé quelques données sur le tuteur telles que le lien de parenté, le type d'emploi et le niveau de revenu du principal soutien du foyer de résidence, le nombre de personnes à charge de ce dernier.

Au total, 3377 enfants âgés de 18 ans au plus, devenus orphelins à cause du sida ont été recensés. Ce chiffre est vraisemblablement en deçà de la réalité puisque le recensement n'a pas pris en compte les décès dus au sida non répertoriés dans les hôpitaux retenus pendant la période d'étude. La proportion d'enfants ayant perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du sida et âgés de 15 ans au plus était de 35,2% tandis que les orphelins d'un ou deux parents âgés de 15 à 18 ans ont représenté 33,4% de l'ensemble des orphelins. Parmi les orphelins recensés, seuls 0,7% étaient connus séropositifs. Cette proportion ne reflète certainement pas l'exacte réalité puisqu'elle n'a été appréciée que sur la base des cas connus, sachant qu'au Congo, l'immense majorité d'adultes et d'enfants ignorent leur statut sérologique. Bien que le contexte soit sensiblement différent, des chercheurs de l'Institut John Snow au Brésil ont rapporté, en 1996, une proportion de 8% d'enfants infectés par le VIH parmi les orphelins du sida⁶.

Pauvreté des familles d'accueil

La perte précoce d'un ou des deux parents à cause du sida favorise la détérioration de la situation sociale des enfants. Ceux-ci sont confrontés à des menaces graves qui mettent en péril leur développement. Dans ce travail, 58,2% d'enfants avaient des tuteurs retraités ou sans emploi. A cause de la pauvreté des familles d'accueil, l'accessibilité de ces enfants aux services sociaux de base (santé, éducation, logement, alimentation) se trouve être considérablement réduite.

Cette précarité est constamment rapportée pour cette catégorie d'enfants. En effet, lorsque des familles et des enfants doivent occuper l'essentiel de leur temps pour trouver des solutions aux innombrables problèmes de la vie courante, faire face aux besoins élémentaires et atténuer les souffrances au jour le jour, ils deviennent incapables d'agir sur les facteurs qui contribuent à la santé et au bien-être à long terme. Nous avons noté dans ce travail, un abandon de la scolarité chez 23,7% d'orphelins. Cependant, la proportion d'enfants encore scolarisés (82,3%) était peu différente du taux national brut de scolarisation (70,1%). En revanche, en Tanzanie, Makave et coll. ont observé que les orphelins du sida étaient significativement moins scolarisés que les autres catégories d'orphelins⁷.

L'état de santé des orphelins n'a pas été évalué au cours de ce travail. La prise en compte des paramètres permettant une bonne appréciation de la situation sanitaire de ces enfants aurait peut-être permis de corroborer ou non les conclusions de Lindblade et coll. au Kenya, qui rapportent l'absence de différence sur les indicateurs-clés de santé entre les orphelins et les non-orphelins de moins de 6 ans en milieu rural⁸.

Si l'état de vulnérabilité des enfants devenus orphelins par le VIH/sida s'impose de fait, le processus de fragilisation débute bien avant la disparition de leurs parents. Leur état de santé, leur intégrité physique et morale, leur développement et leur bien-être affectif sont menacés bien avant que l'un ou l'autre des deux parents décèdent. Les enfants sont affectés en accompagnant leurs parents au cours de l'évolution de cette longue maladie. Devenus fortement handicapés, parfois impotents, les parents perdent leur travail, leur indépendance et sont l'objet de déchéance avant la survenue du décès. A cela s'ajoute la stigmatisation liée à l'infection par le VIH/sida, particulièrement féroce dans la société congolaise⁴. Les enfants qui n'ont pas les outils de défense vivent ces agressions et la mise à l'index de la société provenant parfois des autres membres de la famille comme une humiliation tout à la fois injustifiée et incompréhensible. Par ailleurs, avec la maladie des parents, les ressources déjà limitées de la famille diminuent davantage et sont prioritairement affectées à la prise en charge du sida, générant des frustrations supplémentaires.

Solidarité mise à rude épreuve

Néanmoins, nous avons observé le maintien d'une certaine forme de solidarité familiale. En effet, la grande majorité des orphelins (93,4%) ont été accueillis par des parents proches. Cependant, les enfants d'une même famille ont été parfois séparés et accueillis par plusieurs membres de la famille élargie dans 63,2% des cas. Cette dispersion des enfants d'une même fratrie a été constamment effectuée après un long débat familial, la décision finale, souvent consensuelle, se fondant sur une combinaison de considérations traditionnelles et économiques. Cette approche a été aussi retrouvée par Mutangadura et coll. en Zambie⁹.

La tradition définit les principes d'accueil des orphelins, le plus souvent par les membres de la famille paternelle, mais la situation économique du tuteur traditionnellement désigné peut rendre difficile l'application de ces principes⁴. En effet, si la solidarité familiale joue encore, dans une certaine mesure, son rôle d'équilibre social (0,4% d'orphelins seulement ont été accueillis par des amis des parents), celle-ci est néanmoins mise à rude épreuve. De fait,

les familles "accueillantes" mêmes proches ont souvent déjà à charge plusieurs enfants légitimes ou non. Lorsque le pouvoir d'achat est limité avec des moyens de subsistance modestes et précaires, comme cela est souvent le cas, l'arrivée de ces orphelins peut constituer une "surcharge" économique.

En conséquence, en dépit des pressions socioculturelles, du souci de compassion et du devoir de solidarité, cette composante économique peut justifier la limitation du nombre d'enfants à accueillir ou même le refus d'en accueillir. La figure 2 l'illustre en montrant que 1762 tuteurs sont sans emploi pour seulement 399 fonctionnaires. De plus, on relève des proportions relativement importantes de retraités et d'autres catégories sans ressources significatives, constantes et fiables. Il en découle que la séparation d'enfants d'une même fratrie et leur placement auprès de plusieurs membres de la famille est souvent la solution qui s'impose pour contourner cette difficulté. Cette désintégration des liens familiaux s'accompagne de multiples problèmes, notamment de perte de repères avec des troubles affectifs qui fragilisent davantage ces enfants déjà durement éprouvés par le deuil.

Dans la société africaine traditionnelle, les oncles et tantes constituent des "parents de substitution", des secours disponibles, prêts à suppléer les parents naturels. Le désastre du VIH/sida en Afrique subsaharienne a tendance à tarir et épuiser cette réserve potentielle, recours de la solidarité susceptible d'assurer le relais dans la prise en charge des orphelins. La multiplicité de sollicitations conjuguées aux difficultés économiques de plus en plus profondes au Congo-Brazzaville sont à la base de l'émergence de nouveaux réflexes à l'opposé de l'héritage culturel d'assistance et de partage largement répandu dans les sociétés africaines. Ce rétrécissement des mailles de la solidarité familiale en Afrique a également été rapporté par d'autres auteurs^{9,10,11}.

Certains enfants sont devenus chefs de familles (5,7% des orphelins, 194 familles dans ce travail) obligés de quitter l'école, de travailler précocement pour s'occuper des plus jeunes. Dans ce travail, les tantes et oncles, les grands parents maternels ont été les membres de la famille élargie qui ont le plus souvent accueilli les orphelins. Cette observation est également rapportée par Folyan et coll. dans une enquête effectuée au Nigeria où la plupart des orphelins étaient pris en charge par des membres de la famille maternelle¹². En Tanzanie et en Zambie, on estime que 80% des parents qui accueillent les orphelins sont des grands-mères. Enfin, il a été observé des cas de placement de certains enfants dans des familles amies des parents décédés.

Figure 1. Répartition des orphelins selon le lien avec le tuteur

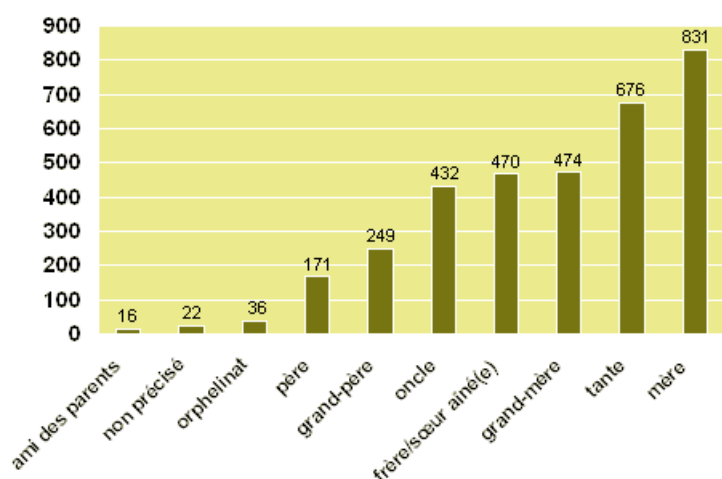
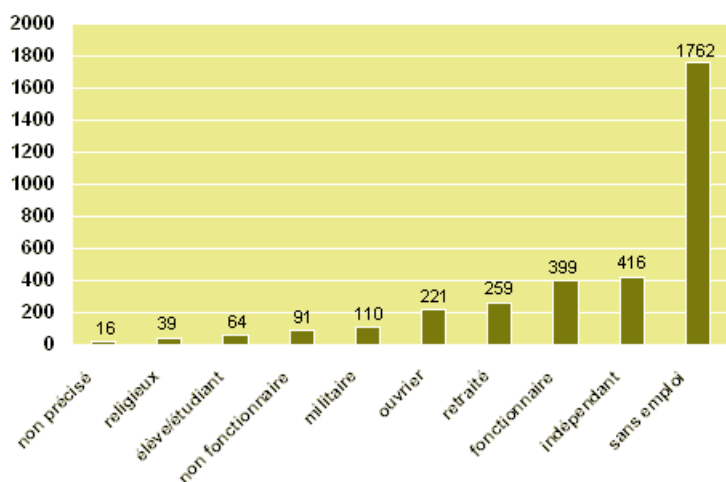


Figure 2. Répartition des orphelins selon la profession des tuteurs



Véritable crise sociale

Dans ce travail, 27 enfants (0,8%) ont été accueillis dans des orphelinats. Le nombre de ceux qui vivent dans la rue n'a pu être chiffré. Certaines indications confirment non seulement l'existence indéniable de ce nouveau phénomène des enfants de la rue dans la société congolaise mais aussi l'amplification vertigineuse du processus. Bien que marginale et d'introduction récente au Congo-Brazzaville, l'existence même d'orphelinats et du phénomène des enfants de la rue constituent des données qui témoignent de changements de comportements sociologiques du fait des pressions néfastes exercées par la pandémie du VIH/sida.

Cette étude a confirmé la vulnérabilité de la majorité des enfants devenus orphelins par le VIH/sida. Il est par conséquent nécessaire que les interventions en faveur de ces enfants renforcent les capacités des familles à répondre à leurs besoins économiques et psychosociaux. Il s'agit de créer un environnement dans lequel ces enfants reçoivent amour, nourriture, soins de santé primaire et soutien psychologique. Cela renvoie à la planification de la vie des personnes infectées par le VIH, avant, pendant et après la période de la maladie des parents.

Le phénomène des orphelins du sida constitue une véritable crise sociale et un handicap économique supplémentaire pour l'Afrique subsaharienne. Néanmoins, malgré les difficultés d'évaluation du nombre exact d'orphelins et d'appréhension de l'ensemble de leurs difficultés incluant, à différents niveaux, des problèmes économiques, psychosociaux, d'échec scolaire et de privations de tous genres qui entravent leur développement normal et accentuent leur vulnérabilité face au sida, il ressort de notre étude qu'il subsiste encore des formes de solidarité familiale dans les communautés congolaises et africaines.

Celles-ci sont de plus en plus fragilisées et sont devenues précaires. Il importe donc de renforcer leurs capacités à répondre aux besoins économiques et psychosociaux des orphelins du VIH/sida et de prendre en compte les problèmes spécifiques de cette catégorie en les intégrant dans les stratégies des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida et de développement des pays d'Afrique subsaharienne.

1 - Cameron T, (2000).

"Proposed initiatives for healthy children orphaned by AIDS" ;
J Health Soc Policy 11(4):15-39

2 - Christian Aid (2001)

No excuses. Facing up to sub-saharan Africa's AIDS orphans crisis

3 - Fleshman M (2001)

AIDS orphans : facing Africa's silent crisis. Africa Recovery ; 15(3).

United Nations Department of Public Information.

4 - PNUD (2002).

"Congo : Rapport sur le développement humain".

5 - Palloni A, Julee Y 1992.

"Some aspects of the social context of HIV and its effects on Women, Children and families",

Population Bulletin of United Nations, 33, pp 64-87.

6 - John Snow Institute, 1996 Oct.

"AIDS causes sharp rise in number of Brazilian orphans" ;

AIDS Weekly, 28:13-4.

7 - Makave V, Ani C, Grantham-McGregor. 2002.

"Psychological well-being of orphans in Dar El Salaam",

Acta paediatr ,346, pp1907-1910.

8 - Lindblade KA, Odhiambo F, Rosen DH, DeCock KM, 2003 Janv.

"Health and nutritional status of orphans < 6 years old cared for by relatives in western Kenya" ;

Trop Med Int Health,8(1):67-72.

9 - Mutangadura G, Webb D, 1999.

The socio-economic impact of adult morbidity and mortality on households in Kafue District, ZAMBIA ;

SAFAIDS, Harare, ZIMBABWE.

10 - Hunter, Susan S. 1990.

"Orphans as a window on the AIDS epidemic in sub-sahara Africa : initial results and implication of study in Uganda",

SOC.SCI.MED,31,pp 681-690.

11 - Mukoyogo CM, Williams G. 1992.

Orphelins du Sida : une perspective communautaire en Tanzanie.

Londres, Dar es Salam : Actionaid, AMREF, World in Need (Collection stratégies pour l'Espoir n°5), pp 9-13.

12 - Folayan MO, Fakande I, Ogunbodede EO. 2001.

"Caring for the people living with HIV/AIDS and AIDS orphans in Osun State : a rapid survey report",

Niger J Med, 10, pp177-181.