

# VÉCU PSYCHOLOGIQUE DES ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES (OEV) DU VIH/SIDA DE L'HÔPITAL BÉTHESDA ET DU CENTRE SOCIAL DE COTONOU V

## **Mardochée D. YELOME**

*Doctorant, Université d'Abomey-Calavi, Ecole Doctorale Pluridisciplinaire/ Psychologie et Sciences de l'Éducation,  
yelomem@yahoo.fr*

## **Jean Tata TOSSOU**

*Maître-Assistant en Psychologie sociale du travail et des organisation, Université d'Abomey-Calavi*

## **Emilie FIOSSI-KPADONOU**

*Professeur Titulaire de Pédiopsychiatrie, Faculté des Sciences de Santé, Université d'Abomey-Calavi*

## **Gabriel C. BOKO**

*Professeur Titulaire de Psychopédagogie, Ecole Doctorale Pluridisciplinaire/ Psychologie et Sciences de l'Éducation, Université d'Abomey-Calavi*

## **Résumé**

*L'épidémie du sida a engendré de nombreux bouleversements socioéconomiques et crée de nombreux dysfonctionnements dans le développement psychologique des enfants. Infectés ou non, les enfants vivant dans des familles touchées par la maladie, sont systématiquement rendus vulnérables et cette vulnérabilité s'accroît après la mort des parents. En Afrique comme au Bénin, peu d'études ont été consacrées aux divers problèmes psychologiques de cette population d'enfants, d'où l'initiation de la présente recherche. L'étude a été transversale, de type descriptif, à visée analytique, à la fois qualitative et quantitative, réalisée dans la ville de Cotonou. Elle porte sur un échantillon représentatif de 57 enfants orphelins et vulnérables au VIH/ sida. Cette étude a permis de mettre l'accent sur les implications psychologiques de l'infection ou de l'affection au VIH/ sida qui laisse un impact parfois durable sur le développement des enfants. Cette étude met en relief, la nécessité des mesures de prise en charge pour le bien-être des enfants tant affectés qu'infectés.*

**Mots clés :** *Enfants vulnérables -Orphelins-VIH/ sida -vécu psychologique- Cotonou.*

## **Abstract**

*The AIDS epidemic caused many socio-economic upheavals and created many dysfunctions in the psychological development of children. Children infected or not, living in families affected by the disease*

*are systematically made vulnerable and this vulnerability increases after the death of the parents. In Africa like in Benin, few studies were devoted to the various psychological problems of this population of children, hence the initiation/goal of this research. The study was cross-sectional, descriptive, analytical, both qualitative and quantitative, carried out in the city of Cotonou. It covered a representative sample of 57 orphans and children vulnerable to HIV/AIDS. This study possibly sought to emphasize the psychological implications of HIV/AIDS infection or illness, which sometimes would leave a lasting impact on the growth of children. This study highlights the need for management measures for the well-being of both affected and infected children.*

**Keywords :** *Vulnerable children , Orphans, HIV/AIDS , psychological experience, Cotonou*

## **Introduction**

Depuis plusieurs décennies, l'humanité se trouve confrontée au Syndrome d'Immuno Déficience Acquis (SIDA), terrible maladie, d'expansion rapide dans le temps et dans l'espace, et à ce jour incurable. Le sida est en fait une affection chronique à pronostic défavorable. Le cycle de la maladie fait traverser plusieurs étapes aux personnes infectées ou affectées par le VIH /sida, au point que l'espoir d'un retour à une situation normale paraît hypothétique. Bien qu'il existe divers traitements suffisamment stabilisateurs d'un assez bon état de santé et qu'un diagnostic de séropositivité ne représente plus systématiquement une condamnation à mort dans les mois ou les années suivant le dépistage ; ceci demeure cependant un évènement qui vient complètement bouleverser la vie de la personne vivant avec le VIH/sida. La question du vécu psychologique des orphelins et enfants infectés par le VIH/sida est un sujet plus que d'actualité, car les répercussions sur ce groupe de victimes de l'épidémie sont à court, moyen et long terme. En effet, depuis quelques années, une approche psychopathologique s'affirme afin de mieux comprendre et mesurer les conséquences psychologiques de l'épidémie sur les enfants. On comprend alors mieux l'état psychologique des enfants victimes du VIH/sida ou ses effets sur les enfants infectés et/ou ceux affectés. Bien que les problèmes des orphelins et des enfants soient au cœur des préoccupations mondiales, très peu d'études ont été réalisées pour mesurer l'ampleur psychologique de la maladie sur cette catégorie d'enfants. Dans les structures de prise en charge, c'est surtout le volet socioéconomique qui est plus perçu et mieux pris en compte, puisque la vulnérabilité ne semble surtout perçue qu'à ce plan. On pourrait aussi penser que les outils et moyens pour la prise en charge sur

le plan psychologique sont peu disponibles. Devant une certaine impuissance des acteurs à percevoir à juste titre le volet psychologique, notre étude se propose de s'intéresser quelque peu au dénombrement des problèmes et à la description du vécu psychologique de ces enfants.

## **1. Données épidémiologiques et modes de transmission du VIH/sida chez les enfants**

En 2020, on comptait 1,72 million d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH (UNICEF, 2022 :28). On estime en cette même année à 150 000 le nombre de nouvelles infections chez les enfants âgés de 0 à 14 ans. Le monde est donc loin d'avoir atteint la cible de moins de 20 000 nouvelles infections dans ce groupe d'âge comme prévu (UNICEF, 2022 :1). Le nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans sous traitement antirétroviral est de 920 000 contre 420 000 en 2010 (UNICEF,2022 :7). On distingue généralement trois modes de transmission qui n'épargnent pas les enfants. Ce sont la transmission de la mère à l'enfant, la transmission par la voie sanguine et la transmission par la voie sexuelle. Le mode de transmission le plus fréquent au niveau des enfants est la transmission de la mère porteuse du virus à l'enfant. Ainsi des études montrent que 3 enfants sur 10, nés de mères infectées deviennent eux aussi infectés par le VIH (Blyth et al, 2011 :59). La transmission de la mère à l'enfant se fait de trois différentes manières : pendant la grossesse, durant l'accouchement, lors de l'allaitement. Le lait maternel est le dernier moyen par lequel le virus pourrait être transmis à l'enfant. Près de 10% des enfants sont infectés lorsqu'ils sont allaités pendant toute une année ou plus (Blyth et al, 2011 :60). La contamination par les transfusions de sang contaminé ou par injections dangereuses sont de moindre importance. Percer les oreilles aux enfants, les scarifier avec des matériels non stérilisés peuvent être fatales pour les enfants. Même si les activités sexuelles sont souvent associées aux adultes, ils représentent également un risque pour les enfants, en particulier pour ceux qui s'approchent de 15 ans. Beaucoup de jeunes ont des relations sexuelles consenties bien avant l'âge légal de consentement. L'éducation sexuelle et celle liée au VIH/sida est proposée à différents âges dans le monde, mais celle-ci est trop souvent inadaptée aux demandes des jeunes. D'autres enfants sont exposés au virus du sida par des activités sexuelles non consenties : abus ou viol. En plus du traumatisme qu'entraîne une

telle expérience, ils peuvent être infectés si le violeur est lui-même porteur du virus.

## 2. Type, nature et méthode de l'étude

### 2.1. Type et nature de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale, de type descriptif à visée analytique, à la fois quantitative et qualitative, qui s'est déroulée sur une période de 3 mois.

### Population et méthode de l'étude

#### 2.1.1. Population d'étude

Elle porte sur les orphelins et les enfants porteurs du VIH/sida, âgés de 06 à 17 ans et suivis régulièrement par le service de prise en charge de l'hôpital Bethesda et/ou par le centre social de la zone sanitaire V de Cotonou.

#### 2.1.2. Échantillonnage

L'échantillonnage utilisé dans le cadre de la présente étude, est aléatoire stratifié. La base de sondage est constituée à partir de tous les orphelins et enfants vulnérables (OEV) des deux centres sans omission ni répétition. Dans un premier temps, la taille de l'échantillon a été déterminée à l'aide de la formule (Durand, 2002) suivante :

$$n = \frac{p * (1 - p) + \frac{e^2}{z_\alpha^2}}{\frac{e^2}{z_\alpha^2} + \frac{p * (1 - p)}{N}} \quad \Bigg\| \quad n = \frac{0,5 * (1 - 0,5) + \frac{(0,1)^2}{(1,65)^2}}{\frac{(0,1)^2}{(1,65)^2} + \frac{0,5 * (1 - 0,5)}{300}}$$

On obtient au total n= 57 orphelins et enfants infectés. Ce chiffre correspond donc à 19% de l'effectif de la file active des deux centres.

**n:** La taille globale de l'échantillon

**Z $\alpha$ :** La surface où l'on retrouve "1- $\alpha$ " de la courbe normale. **Z $\alpha$  = 1,65** lorsque le seuil de confiance accepté est de 90%

**p** : La proportion d'OEV ayant le comportement dont on estime la précision. **p** =50% est celui accepté quand la proportion n'est connue d'avance

**e** : La marge d'erreur que l'on est prêt à accepter en décimales. **e**= 0,10 est la marge d'erreur que nous avons choisi

**N** : La représente la taille de la population mère. Ainsi, **N**=300

Les échantillons stratifiés sont proportionnels, c'est-à-dire que nous avons tiré proportionnellement le même nombre d'unités dans chaque strate (centre de prise en charge) ; il a alors été question de s'assurer d'une bonne représentation proportionnelle des strates. Cette répartition proportionnelle est faite sur la base de la formule suivante :

$$\frac{n_i}{N_i} = \frac{n_h}{N_h} \Leftrightarrow n_h = N_h \frac{n_i}{N_i}$$

### ***2.1.3. Collecte des données***

La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire d'enquête sociodémographique et d'un guide d'entretien. Le premier a été administré aux orphelins et enfants infectés et a permis de recueillir les données quantitatives et le second a permis de recueillir les données qualitatives de notre étude articulées autour des représentations de leur vécu par des approches socioculturelles et psychologiques.

### ***2.1.4. Mode de traitement des données***

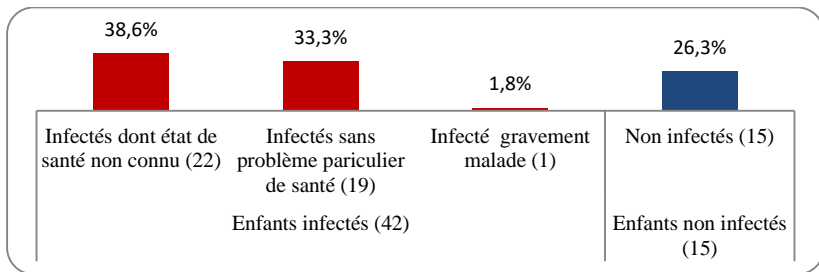
Le traitement et l'analyse des données quantitatives, recueillies auprès des orphelins et des enfants porteurs du VIH/sida ont été réalisés à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Scientist (SPSS), dans sa version 21, et Excel 2007. Des analyses croisées ainsi que des modèles tests ont été réalisés pour mieux apprécier les variables de l'étude au niveau de notre population d'étude. Une phase de tri, de regroupement, de classement des données a permis la présentation et l'analyse des résultats. Le test de chi deux a été utilisé pour comparer les résultats. Le seuil de significativité est  $\alpha=5\%$  (0,05) ; toute valeur de  $p<0,05$ , témoigne d'une corrélation statistiquement significative.

## **3. Résultats**

Les résultats des enquêtes se présentent comme suit :

### 3.1. État de santé

Nous avons réparti notre population d'étude en deux catégories, selon la sérologie VIH : les enfants infectés et les non infectés. Par ailleurs, une subdivision a été faite pour les enfants infectés en fonction de leur état de santé ; nous avons le groupe d'enfants infectés dont l'état de santé récent n'est pas connu, le groupe d'enfants infectés sans problème particulier de santé et le groupe des infectés gravement malades. Ce regroupement a permis de mettre en évidence l'influence de la connaissance de leur infection au VIH-sida et celle de leurs parents sur leur état psychologique.

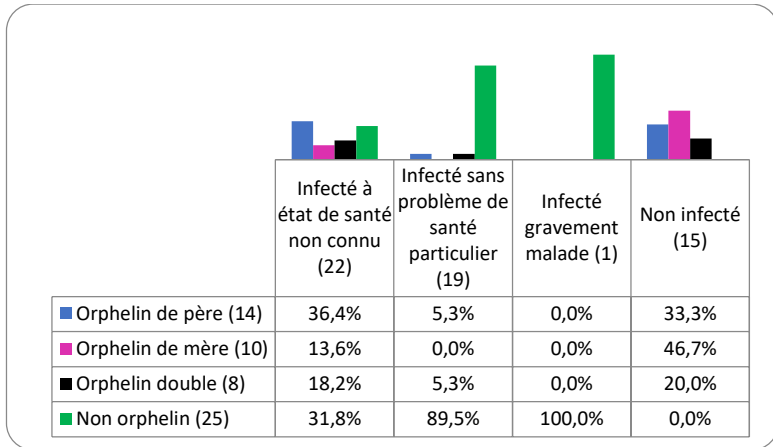


**Figure 1** : Répartition des enfants enquêtés par état sérologique.

L'étude a retrouvé 42 enfants (73,7%) qui sont atteints du VIH/sida contre 15 enfants (26,3%) non infectés. Cela permet de se rendre compte du degré de vulnérabilité.

### 3.2. Éventuel statut d'orphelin et état sérologique

Il s'agit ici d'appréhender si l'état de santé de l'enfant a un lien avec son éventuel statut d'orphelin.



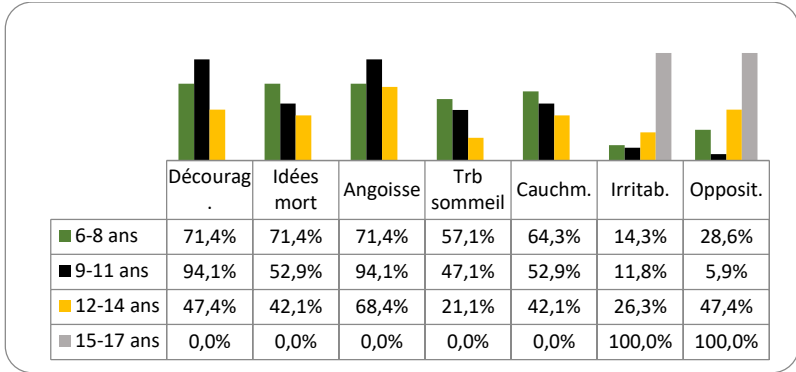
**Figure 2** : Fréquence des enfants dans leur état de santé en fonction d'un éventuel statut d'orphelin

$p=0,000$

La figure 2 nous montre que 36,4% des infectés à état de santé non connu sont des orphelins de père, 13,6% des infectés sont des orphelins de mère et 18,2% de ces infectés à état de santé non connu sont des orphelins doubles. Les 15 non infectés avaient tous au moins un parent décédé (100% des non infectés sont des orphelins). Des 25 enfants non orphelins figure le seul infecté gravement malade.

### ***3.3. Age en corrélation avec les problèmes psychologiques***

Les réalités psychologiques sont perçues ou ressenties de différentes manières selon l'âge de l'enfant affecté ou infecté.



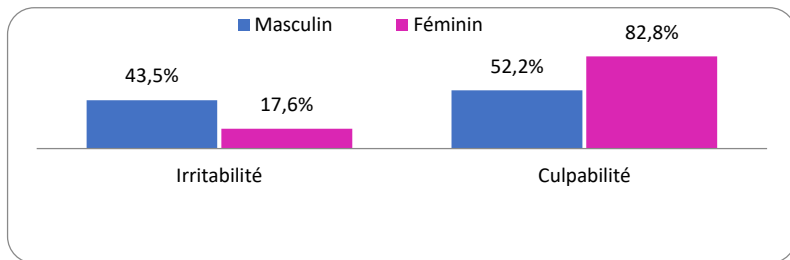
**Figure 3 :** Fréquence des enfants enquêtés selon l'âge et les problèmes psychologiques

Décourag.= découragement ; Idées mort = idées de mort ; Trb sommeil = troubles de sommeil ; Irritab.= irritabilité ; Cauchm.= cauchemars ; Opposit.= opposition.

A la lecture de la figure 3, nous constatons que tous les enfants de 15 à 17 ans sont irrités et ont des réactions d'opposition, tandis que 94,1% de ceux de 9 à 11 ans et 71,4% de ceux de 6-8 ans se sentaient découragés et angossés.

### 3.4. Sexe et problèmes psychologiques

Suivant le sexe, les problèmes psychologiques peuvent varier.



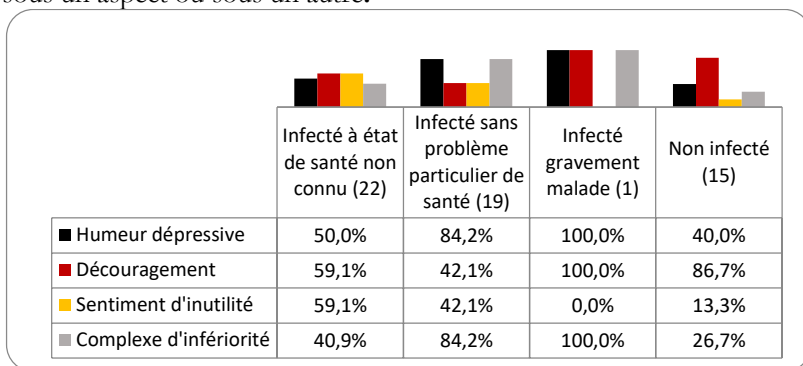
**Figure 4 :** Fréquence des individus selon le sexe et les problèmes psychologiques

$p=0,034$  et  $p=0,018$

Sur la figure 4, on remarque que 82,8% des filles se sentaient coupables et responsables de ce qui est arrivé à leurs parents versus 52,2% chez les garçons. Il y avait 43,5% de garçons souffrant d'irritabilité pour 17,6% de filles.

### 3.5. État de santé en corrélation avec des problèmes psychologiques

Selon l'état de santé, les problèmes psychologiques peuvent se présenter sous un aspect ou sous un autre.



**Figure 5** : Fréquence des enquêtés selon l'état de santé et les problèmes psychologiques

$p=0,034$  ;  $p=0,053$  ;  $p=0,053$  ;  $p=0,003$

Il ressort de la lecture de la figure 5 que le seul enfant infecté gravement malade a une humeur dépressive, est découragé et a aussi un complexe d'infériorité. Des non infectés, 86,7% se sentent découragés contre 59,1% de ceux infectés n'ayant aucun problème particulier de santé. Dans cette dernière catégorie d'enfants, 84,2% ont signalé un complexe d'infériorité et une humeur dépressive.

**Tableau I :** Corrélations dont le degré de significativité (p) est inférieur au seuil de significativité  $\alpha=0,05$

	<b>Variabes corréllées</b>	<b>P</b>
Sexe	Irritabilité	0,034
	Culpabilité	0,018
Age	Découragement	0,000
	Idées de suicide	0,019
	Angoisse	0,000
	Trouble du sommeil	0,023
	Cauchemar	0,040
	Irritabilité	0,000
	Opposition	0,001
Etat de santé	Idées de suicide	0,000
	Humeur dépressive	0,034
	Découragement	0,053
	Sentiment d'inutilité	0,053
	Complexe d'infériorité	0,003

**Source :** Enquêtes de terrain

#### 4. Discussion

##### *4.1. Age, sexe, état de santé et problèmes psychologiques des orphelins et enfants porteurs du VIH/sida*

Les réalités et les problèmes psychologiques sont perçus de différentes manières selon l'âge des enfants et selon le sexe. À travers le croisement de la variable âge, avec ceux liés aux problèmes psychologiques, nous constatons à partir de la figure 3, que tous les enfants de 15 à 17 ans sont plus irrités et opposés que ceux des autres âges. Avec la lecture de la figure 4, la proportion de garçons souffrant de l'irritabilité est de 43,5% alors que seulement une proportion de 17,6% de filles en souffre. Le résultat du test de khi deux étant significatif avec  $p=0,034$  et  $p= 0,018$  dans les deux cas, il convient de souligner qu'il y a une corrélation entre

l'irritabilité et l'âge d'une part, et entre l'irritabilité et le sexe d'autre part. Cela suggère que les enfants, à un certain niveau, comprennent bien ce qui leur arrive. Ces résultats sont renforcés par ceux de Bocovo et Yèlomè (2013 :31) qui ont rapporté que 25,5% des OEV sont agressifs. Cette agressivité n'est parfois que la résultante de l'irritabilité.

L'opposition relevée à leur niveau pourrait être liée aux aléas de la puberté, mais aussi à une expression logique de l'irritabilité éprouvée. Si une proportion de 82,7% des enquêtés du sexe féminin se culpabilise et se sent responsables de ce qui est arrivé à leurs parents, il faut y voir une certaine fragilité de leur personne. Cette culpabilité est plus remarquée chez les enfants infectés avec une proportion de 50% (figure 5). Pour expliquer les faits, ils commencent souvent leur discours par « c'est quand je suis né que... ». Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils se considèrent comme étant à l'origine des soucis de leurs parents. Mais à l'orée de l'épanouissement sexuel, ils leur en veulent en même temps, de leur avoir transmis un virus mortel et ils portent sur eux un regard critique. Entre cette culpabilité et l'angoisse éprouvée, ils peuvent devenir irrités et opposés à tout parce qu'ils désirent s'affirmer malgré le VIH. Cette irritation peut aussi s'exprimer par l'agressivité surtout verbale envers le père ou la mère ou même envers les proches parents qu'ils blâment par rapport à leur infection ou par rapport à la mort de leurs parents. Cela induit une perte de confiance en l'adulte et lui donne l'impression qu'il est en danger. Les mères séropositives accablées par la souffrance, le souci du mieux-être, ont certainement soumis leurs enfants aux hostilités ou leur ont accordés très peu d'affection. Certains de ces enfants ont été privés très tôt de l'allaitement maternel ; ce symbole d'une parfaite communication et d'échange affectif est parfois remplacé par celui artificiel, par mesure de protection au plan clinique. Un croisement des variables liés à l'irritabilité et la culpabilité montrent que 46,7% de ceux qui sont irrités se culpabilisent avec une certaine significativité car  $p=0,025$  et le degré de liberté est égale à 1. Ces résultats sont soutenus par ceux de Bocovo et al (2013 :37) qui ont identifié 35% des OEV comme se sentant coupables. Les plus jeunes enfants qui croient qu'ils ont fait quelque chose de mauvais pour avoir causé la mort ou la maladie de leurs parents, sont un exemple de culpabilité. Cette culpabilité est d'ailleurs parfois amplifiée par la société, surtout chez ceux dont la naissance coïncide avec la maladie ou la mort des deux parents ou de l'un d'eux.

#### **4.2. Orphelins et enfants infectés face à l'angoisse**

L'angoisse survient chez 71,4% des enfants de 6-8 ans (figure 3). Les résultats de Tonoukouin (2010 : 46) montrent plutôt 16,36% d'enfants souffrant d'angoisse à Hillacondji, un village frontalier entre le Bénin et le Togo. Selon les recherches effectuées par Aka Dago-akribi (2007), l'existence de la maladie chronique chez l'enfant affecte profondément son développement affectif, cognitif et relationnel. Elle est source d'une angoisse, notamment de mort, aussi bien chez l'enfant que chez les parents. L'angoisse apparaît parfois sous la forme d'une crise panique intense laissant l'enfant terrifié. Pour Baker (2001 : 10), ce qu'il y a de plus terrifiant, c'est que ces enfants semblaient mener une existence ordinaire et soudain, quand l'angoisse les saisit, leur vie n'est plus jamais la même. Ce qui est vécu par certains des enfants de notre étude. Les diverses situations de stigmatisation et de discrimination auxquelles les OEV font face sont parfois des sources d'anxiété et d'angoisse.

#### **4.3. Statut d'orphelin de père : une entrave au développement psychologique de l'enfant**

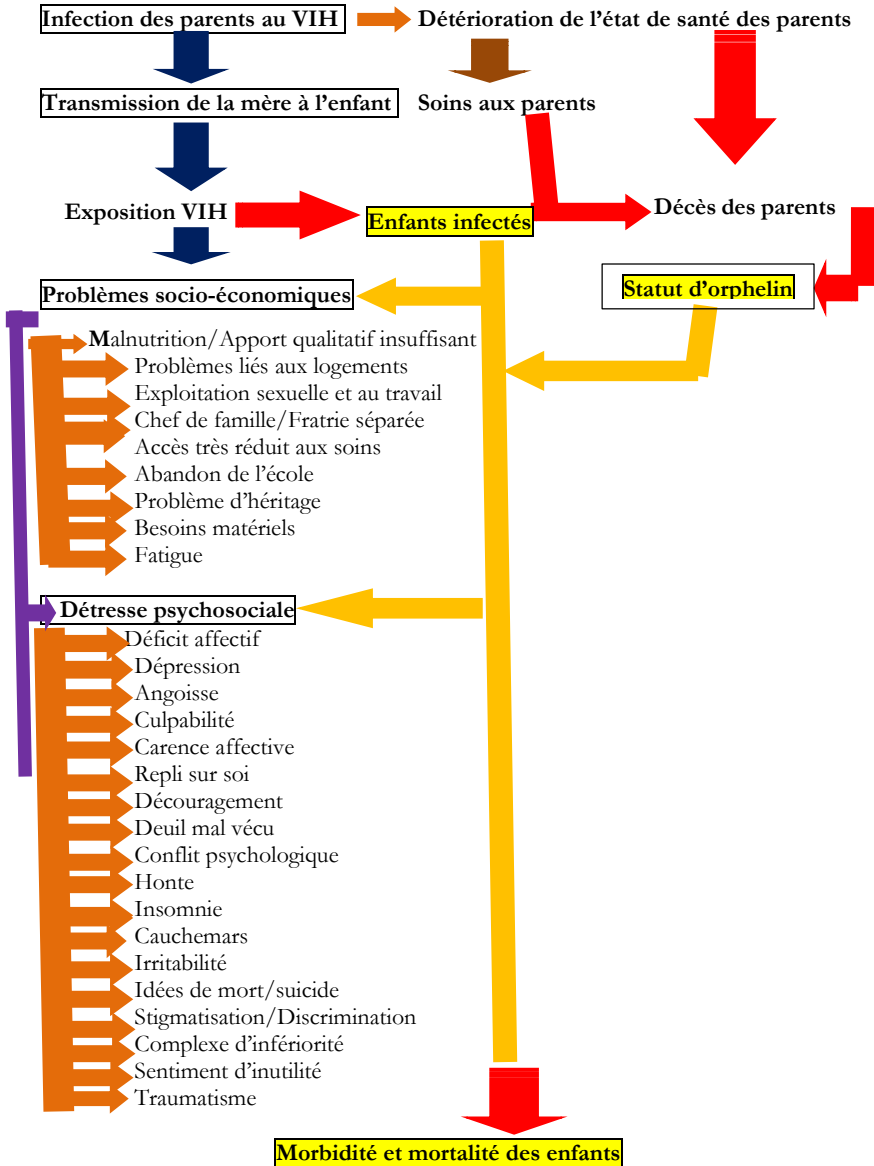
D'après les études réalisées dans le cadre de notre enquête, nous nous sommes rendus compte que 24,6% de notre population d'étude sont orphelins de père et que 14% sont orphelins doubles (figure 4). Ces résultats sont proches de ceux de Bocovo et al (2013 : 28) qui montrent 21% d'orphelins de père et 18% d'orphelins doubles. En effet, dans la psychologie de l'enfant, le père joue un rôle d'autorité, du garant de l'ordre, du droit, du respect de la loi et de la discipline. L'absence du père est un facteur important du déséquilibre psychique et psychologique. Pour Dolto (1994 : 26) :

« L'enfant a besoin de l'un et l'autre pour se structurer dans son intelligence comme dans son affectivité. Entre trois personnes, les pensées et les affects circulent. Quand on est à deux, cela fait miroir et fatale dépendance réciproque. ». Ainsi, lorsque pour des raisons de maladie, d'incapacité physiologique ou de décès, cela venait à manquer, elle entraîne chez l'enfant une instabilité psychologique caractérisée par un manque de repère, une incapacité à fixer un objectif précis à ses actes et à ses projets. D'après Fiozzi-Kpadonou (2007 :10), la maladie des parents peut induire un comportement pathologique en miroir ou de redressement chez l'enfant. Boko (2009 :115) ira plus loin en précisant

que si cette autorité paternelle existait, elle devait lui montrer les limites de la vie, les bornes nécessaires aux comportements de la société.

#### ***4.4. Statut d'orphelin de mère et son implication psychologique pour l'enfant***

Les résultats de nos recherches montrent que seulement 17,5% des enfants de notre population d'étude sont orphelins de mère. Ces résultats sont conformes à ceux de Bocovo et al (2013 :28) qui ont identifié dans leur population d'étude une fréquence de 18% d'orphelins de mère. La figure reste plus explicite quand elle rapporte que 13,6% des infectés à état de santé non connu et 46,7% des infectés sont des orphelins de mère. Plusieurs autres études plus nuancées, surtout celles publiées par le système communautaire/local pour la protection de l'enfant au Bénin, childpro (2008 :88) ont nuancé en montrant que 47,7% d'OEV du sexe féminin ont perdu leurs mères contre 52,3% chez les garçons. Il arrive que les mères, sous l'emprise de la maladie et des implications sociales, économiques induites par l'infection, se retrouvent incapables d'assumer leur responsabilité en plaçant ces derniers auprès des grands parents ou dans une famille d'accueil. Tonoukouin (2010 :45) a rapporté à l'issue de ses études que le traumatisme psychologique augmente lorsque les OEV sont placés dans des familles d'accueil, car la séparation de la fratrie est une cause de sentiment d'insécurité (18,18%) et de dépression (36,36%). Les travaux de Yèlomè (2017 : 97) montrent le parcours des enfants vers les troubles psychopathologiques, tel que le présente la figure 6.



**Figure 6** : Cycle de problèmes socioéconomiques et psychologiques des enfants orphelins et/ou infectés par le VIH/sida (Yèlomè,2017 :97)

## Conclusion

L'infection au VIH/sida des parents entraîne la vulnérabilité des enfants ; le décès d'au moins un géniteur affecte l'équilibre mental des enfants. Les orphelins et enfants infectés du VIH/sida du centre social de la zone sanitaire V et de l'hôpital Bethesda présentent un tableau psychopathologique sombre qui nécessite une prise en charge appropriée. Malheureusement, les agents de santé font recours à des efforts d'accompagnement psychologique très aléatoires avec des méthodes moins professionnelles qui ne garantissent pas de succès thérapeutique certain.

Les travaux ont permis de découvrir que les problèmes psychologiques des orphelins et enfants infectés sont très peu perçus par les décideurs de la société. En effet, très peu de programmes s'intéressent aux problèmes psychologiques rencontrés par les orphelins et enfants infectés. Ce sont surtout les aspects socio-économiques et médicaux qui sont abordés par les programmes de prise en charge ou par les organisations non gouvernementales. Ainsi, l'accompagnement psychologique des enfants reste urgent et nécessite l'implication de psychologues pour un accompagnement plus professionnel et plus efficace.

## Références bibliographiques

**Baker Rogers** (2001), *les crises d'angoisse : les comprendre pour mieux maîtriser*, Paris. Empreinte.

**Blyth Mike et Garland Jean**, (2011), *Le sida, c'est réel et c'est dans notre église*, Publication pour la Jeunesse africaine, Le château de Saint Albain, France.

**Bocovo Collecte et Yèlomè D. Mardochée** (2013), *Problèmes psychologiques des orphelins et enfants vulnérables (OEV) de l'hôpital Bethesda*, mémoire de maîtrise en psychologie clinique, Université d'Abomey-Calavi, DPSE /FLASH/UAC.

**Boko Coovi Gabriel** (2009), *Psychologie et guidance en milieu africain*, Cotonou. CAREEC.

**Bowlby John** (1969), *Attachement et perte, L'attachement*, (Vol I), (J. Kalmanovitch, Trad.), Paris. PUF.

**Dolto Françoise** (1994), *Les différentes étapes du développement de l'enfant*, France, Gallimard.

**Durand, C.** (2002), *l'échantillonnage et la gestion du terrain*, Université de Montréal, Canada.

**Fioffi-Kpadonou Emilie, Kpadonou Toussaint.Godonou., Diawar-té Bonlé M., Lawson M.L., Agossou Thérèse, Ahyi René.Galbert** (2007), Devenir de l'enfant de parent malade mental au Bénin. *Le Bénin Médical* N° 36, (Vol .11), revue, Cotonou.

**Système communautaire/local pour la protection de l'enfant au Benin, Child pro** (2008), *la situation des orphelins et enfants vulnérables (OEV) au Bénin*, Rapport annuel.

**Tonoukouin, A. Marthe** (2010), *Accompagnement et soutien psychosociaux des orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) du VIH /SIDA à base communautaire dans le village d'Hillacondji*, mémoire de maîtrise en Psychologie, DPSE /FLASH/UAC.

**Yèlomè D. Mardochée** (2017), *Problèmes psychologiques des orphelins et enfants porteurs du VIH/Sida*, mémoire de master en psychologie clinique, Université d'Abomey-Calavi, EDP-ECD.

## Webographie

<http://www.faceaface.revues.org/85> (consulté le 3 décembre 2021 à 15h17mn)

**Dago-Akribi (H.A.),** *Enfant et VIH : du somatique au psychologique*, Face à face [En ligne], 10 | 2007, mis en ligne le 01 octobre 2007. URL : <http://faceaface.revues.org/85>.

[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAI\\_DS FactSheet fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAI_DS_FactSheet_fr.pdf)

Consulté le 08-08-2020 à 20h 55mn