

FACTEURS INDIVIDUELS ET RÉSILIENCE DES ORPHELINS ET ENFANTS INFECTÉS DU VIH/SIDA DE LA VILLE DE COTONOU

YELOME D. Mardochée,

Doctorant, Université d'Abomey-Calavi,

Ecole Doctorale Pluridisciplinaire/ Psychologie et Sciences de l'Education,

yelomem@gmail.com

HOUSSOU D.Y. Patrick,

Professeur Titulaire des Sciences de l'éducation, Université d'Abomey-Calavi

FIOSSI-KPADONOU Emilie,

Professeur Titulaire de Pédopsychiatrie, Faculté des Sciences de Santé,

Université d'Abomey-Calavi

BOKO C. Gabriel,

Professeur Titulaire de Psychopédagogie, Ecole Doctorale Pluridisciplinaire/

Psychologie et Sciences de l'Education, Université d'Abomey-Calavi

Résumé

Cette recherche a porté sur les « Facteurs individuels et résilience des orphelins et enfants infectés du VIH/sida de la ville de Cotonou ». L'objectif a été d'étudier les niveaux de résilience des orphelins et enfants porteurs du VIH/sida de la ville de Cotonou et d'identifier l'apport des facteurs individuels qui la favorisent. Il s'est agi d'une étude transversale, de type descriptif à visée analytique, à la fois quantitative et qualitative qui a porté sur les orphelins et les enfants porteurs du VIH/sida qui se font suivre régulièrement par le service de prise en charge de l'hôpital Bethesda, dans le centre ADIS de l'ONG RACINES, au CNHU-HKM et au CHU de Suru-Léré. Notre échantillon a été stratifié et la méthode d'échantillonnage appelée sondage aléatoire simple a été utilisée avec des individus répondant aux critères d'inclusion. Pour traiter les données collectées, nous avons procédé à l'analyse et au traitement des données quantitatives par le logiciel Statistique Package for social Scientist (SPSS) version 21. Les tests statistiques réalisés sont les Khi-deux dont le P value $\leq 0,05$ a servi à conclure ou non à une significativité dans la corrélation des variables. Les résultats ont montré 64,7% des enfants qui sont résilients contre 35,3% qui sont moins résilients. Pour ce qui relève des facteurs individuels, 61% d'enfants ont la confiance en soi, 58,1% ont un niveau de but au moins acceptable, 58,8% ont un niveau au moins acceptable de persévérance, 60,3% ont l'équanimité et 54,4% d'enfants ont l'authenticité, avec un test de

Khi-deux qui donne $P = 0,00$ quand ils ont été croisés avec les niveaux de résilience. Les résultats de ces recherches ont permis de comprendre comment le processus de résilience est vécu par les orphelins et enfants porteurs du VIH/sida.

Mots clés : Résilience- Sida- orphelins et enfants infectés- Cotonou

Abstract

This research focused on "Individual factors and resilience of orphans and infected children of HIV/aids in the city of Cotonou". The objective was to study the levels of resilience of orphans and children with HIV/AIDS in the city of Cotonou and to identify the contribution of individual factors that favor it. It was a cross-sectional study, of a descriptive type with an analytical aim, both quantitative and qualitative, which focused on orphans and children with HIV / AIDS who are regularly monitored by the care service. at Bethesda hospital, in the ADIS center of the NGO RACINES, at the CNHU-HKM and at the Suru-Léré CHU. Our sample was stratified and a sampling method called simple random sampling was used with individuals meeting the inclusion criteria. To process the data collected, we analyzed the processing of quantitative data using the Statistical Package for Social Scientist (SPSS) version 21 software. The statistical tests carried out are chi-squares whose P value ≤ 0.05 a used to conclude or not to a significance in the correlation of the variables. The results showed 64.7% of children who are resilient versus 35.3% who are less resilient. Regarding individual factors, 61% of children have self-confidence, 58.1% have at least acceptable goal level, 58.8% have at least acceptable level of perseverance, 60.3% have equanimity and 54.4% of children have authenticity, with a chi-square test giving $P = 0.00$ when they were crossed with the levels of resilience. The results of this research have made it possible to understand how the process of resilience is experienced by orphans and children with HIV / AIDS.

Keywords: Resilience - AIDS - orphans and infected children – Cotonou

Introduction

Dans le monde, en 2019, on dénombre 38,0 millions de personnes qui vivent avec le VIH et seuls 21,7 millions bénéficient d'un traitement (ONUSIDA, 2020). En Afrique occidentale et centrale encore appelée la région AOC (Afrique Occidentale et Centrale), 45% des enfants sont nés avec le virus du sida et 9 enfants sur 10 n'ont pas accès au traitement (ONUSIDA, 2015). Au Bénin, on dénombre 451 809 orphelines

toutes catégories confondues dont 28 021 orphelins du sida (CNLS, 2016, pp.28-30). L'infection au VIH/sida demeure donc un problème majeur de société qui met en jeu plusieurs facteurs psychologiques, aussi bien au niveau des parents que des enfants. Il s'agit d'une situation de vulnérabilité psychique des enfants infectés et orphelins, qui peut entraîner un état de troubles psychologiques temporaires, périodiques ou permanents. Seulement, malgré tout ce contexte compromettant, il y a bien d'enfants qui résistent aux problèmes et qui contredisent les pronostics contre toute attente. Bien d'autres rebondissent alors qu'ils étaient en plein effondrement et réussissent à amorcer un développement plus harmonieux et plus renforcé que précédemment : c'est la résilience. La résilience est perçue différemment selon les auteurs. D'abord, pour Cyrulnik (2001, p.p.77-82.), la résilience est un processus qui permet également de comprendre pourquoi un individu est capable de réussir sa vie parfois mieux après qu'avant un traumatisme, en reprenant normalement son développement. À ce sujet, il la décrit comme un "néo-développement après le fracas traumatique". Ensuite, la résilience est comme une caractéristique/qualité personnelle (ou un ensemble de caractéristiques personnelles) qui permet à l'individu de rester en bonne forme psychique lorsqu'il est confronté à l'adversité (Connor et Davidson, 2003, pp. 76-82.). À cet effet, Courade et Suremain (2001, pp.119-134.), la définit comme "la capacité d'une personne à anticiper et réagir de façon à se dégager d'une menace potentielle mais prévisible". Ce phénomène qui semble singulier et inédit attire davantage l'attention des chercheurs et il est important d'étudier la contribution des facteurs individuels à cet aboutissement inédit. Les facteurs évalués sont : la confiance en soi, le but, l'équanimité, la persévérance et l'authenticité. Ce sont aussi les cinq composantes de l'échelle qui a servi dans cette étude.

1. Méthode d'étude

1.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, de type descriptif à visée analytique, à la fois quantitative et qualitative. La recherche est dite quantitative lorsque le chercheur a recours aux sciences exactes pour expliciter les données : emploi de statistiques, de données chiffrées, de tableaux de comparaison, souvent analyse factorielle des correspondances, analyse des variances, covariances ou de multi variances, etc. (Boko, 2011, p.3). La recherche qualitative est celle qui a permis de saisir les phénomènes complexes vécus par les enfants, qui échappent à l'approche quantitative. Celle-ci a mobilisé deux perspectives théoriques à savoir, celle psychologique qui a permis de mettre en lumière les affects psychologiques à travers les discours des patients et celle culturelle basée sur la représentation sociale à propos de la maladie, du traumatisme et de sa propre résilience ; ce qui a permis d'évaluer le niveau de résilience et les changements et d'appréhender l'impact des représentations sociales et les affects psychologiques des enfants liés à la maladie du sida. Cette étude s'est déroulée sur une période de neuf mois (d'octobre 2019 à juin 2020).

1.2. Population d'étude et échantillonnage

1.2.1. Population d'étude

Elle porte sur les orphelins et les enfants porteurs du VIH/sida, qui se font suivre régulièrement par le service de prise en charge de l'hôpital Bethesda et/ou par l'ONG RACINES, et/ou par le CNHU-HKM et/ou au CHUZ de Suru-Léré de Cotonou, ayant de 11 à 17 ans. Ils sont souvent rencontrés dans les sites de prise en charge et de suivi médical. Ils viennent pour le contrôle de routine, l'observance et pour prendre les antirétroviraux. Ils sont pour la plupart accompagné d'un membre de la famille qui partage le secret de leur infection. Les orphelins non infectés sont classés dans la catégorie des enfants affectés et ne sont pas

reçus sur les sites de prise en charge. Toutefois, il y a des enfants de notre population d'étude qui sont aussi bien affectés qu'infectés.

1.2.2. Échantillonnage

L'échantillonnage utilisé dans le cadre de la présente enquête s'est appuyé sur un échantillon aléatoire stratifié. La base de sondage a été celle donnée par les responsables des diverses structures des orphelins et enfants vulnérables (OEV/sida) concernées par cette enquête. En effet, nous avons eu des entrevues dans divers groupes en fonction de diverses caractéristiques retenues. Les individus inclus sont déterminés par les caractéristiques des enfants de notre cible.

Pour déterminer la taille de l'échantillon, nous sommes partis du volume total des orphelins et enfants vulnérables du fait du VIH sida en 2020 de Cotonou. Ce volume est difficile à déterminer car la plupart des centres de prise en charge en l'occurrence les centres de promotion sociale manquent de précision à cet effet. Ainsi, nous partons de la projection pour les orphelins et enfants (0-17ans) infectés au Bénin pour l'année 2020 contenu dans le " rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/sida au Benin 2016" (mars 2016 ; pages 28 et 30). Ainsi, le volume total à partir duquel la taille de l'échantillon final est calculée est 26.477 orphelins du SIDA.

Suivant les démonstrations de Aragon, Goga et Ruiz-Gazen, *M2 Statistique & Econométrie-Cours de sondage - Chapitre 1 à 5 (page 20), Théorie des sondages : cours 1 (page 43) et Initiation à la théorie des sondages : cours IREM-Dijon (page 27)*, la formule ci-dessous nous permet d'obtenir la taille n de l'échantillon.

$$n \geq \frac{t^2 * \frac{N}{N-1} * p * (1-p)}{e^2 + t^2 * \frac{p * (1-p)}{N-1}}$$

Equation 1

et

$$e \geq t * \sqrt{\frac{p * (1 - p) * (N - n)}{n * (N - 1)}}$$

Equation 2

t est la surface où l'on retrouve "1- α " de la courbe normale t , et donc 1,65 pour une précision de 90%

p est la proportion d'enfant ayant le comportement dont on estime la précision au cours de la période d'observation,

e est la marge d'erreur que l'on est prêt à accepter en décimales et

N représente le volume total des orphelins et enfants vulnérables du fait du VIH sida en 2020

Application

Pour un effectif total N de 26477 orphelins de sida et enfants infectés de la file active des structures, on estimera $p(1-p)$ à peu près, à priori en fonction de l'ordre de grandeur de p et la marge d'erreur e de 10%. Ainsi, on fait l'hypothèse d'une dispersion maximale dans un cas plus pessimiste ; dans ce cas, la valeur de p qui réalise $p(1-p)$ maximale est $p=50\%$ et donc $p(1-p) = 0,25$. On obtient au total $n=68$ orphelins de sida et enfants infectés. Prenant en compte les possibilités de non réponse ou l'invalidité possible d'un certain nombre de questionnaire, l'on portera l'effectif à enquêter au double de la taille n calculée. Ainsi, la taille finale de $n=136$.

Estimation des paramètres

Considérant la méthodologie de collecte, on peut, grâce à l'échantillonnage probabiliste, produire des estimations fiables, de même que des estimations de l'erreur d'échantillonnage et faire des inférences au sujet de la population. Le principal paramètre a estimé dans le cadre de notre travail est la proportion. Sa formule est la suivante :

Calcule de la proportion	$p_n = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$
Intervalle de confiance	$\left[p_n - a \sqrt{\frac{p_n(1-p_n)}{n}}; p_n \right.$ $\left. + a \sqrt{\frac{p_n(1-p_n)}{n}} \right]$
Explication de variables muettes	<ul style="list-style-type: none"> - P_n est la proportion au niveau de l'échantillon - α est la surface où l'on retrouve $1-\alpha$ de la courbe normale $Z\alpha$ et donc 1,65 lorsque le seuil de confiance accepté est de 90% - n est la taille de l'échantillon : 136

1.3. Collecte des données

La collecte des données a été faite à l'aide d'une échelle de résilience et d'un questionnaire d'enquête sociodémographique.

1.3.1. L'administration de l'échelle RS 25

L'échelle de résilience RS 25 (RS signifie résilience scale et 25 désigne le nombre d'items qu'elle comporte) est celle qui a été utilisée dans cette évaluation. C'est un instrument de mesure construit en 1993 afin d'évaluer les caractéristiques d'un individu devant lui permettre de pallier aux effets nocifs du stress et de s'adapter à la situation d'adversité à laquelle il est confronté. Il s'agit d'une échelle auto rapportée évaluant en 25 items, le niveau de résilience d'un individu. Elle comprend deux dimensions : "compétences personnelles" et "acceptation de

soi et de la vie”. Le recours à cet instrument d'évaluation, présentant des appuis au niveau de ses caractéristiques psychométriques, vise à indiquer le niveau de résilience des participants de l'étude. Cette échelle de résilience de Wagnild et Young (2016, p.24) se base sur cinq composantes de la résilience : équanimité, persévérance, confiance en soi, capacité à donner du sens, solitude existentielle. Notons que l'équanimité est utilisée dans le sens de sérénité, d'être détendu et de voir la vie de façon équilibrée. La solitude existentielle (authenticité), quant à elle, signifie que chacun a un parcours unique, qu'il partage avec d'autres mais en ayant aussi à affronter certaines situations tout seul. L'échelle de résilience de Wagnild et Young comporte 25 items avec échelle de 1 (fortement en désaccord) à 7 (totalement en accord). Les résultats finaux varient entre 25 et 175 ; un résultat plus élevé signifie qu'il y a davantage de résilience. Même si la version française que nous avons utilisée comporte 26 items, nous ne prendrons en compte que les 25 car le dernier permet juste de savoir s'il y a une différence entre ce que l'enfant pense de lui-même et ce qui est en réalité. Dans cette étude, les scores supérieurs à 145 indiquent une résilience élevée, les scores entre 121-145 indiquent des niveaux de résilience moyenne, et les scores de 120 et moins indiquent une faible résilience.

Puisque chacune des composantes est constituée de cinq items, nous avons précédé à un calcul rationnel permettant de constater que le score parfait de chaque composante est de 35 points (7points *5 items = 35 points) alors que le score minimal est de 5 points (1*5 items=5 points). Hiérarchisés aussi en trois niveaux (Faible, moyen et fort), le score de 5-25.

1.3.2. L'administration de questionnaire sociodémographique

Dans le cadre de ce travail, nous avons élaboré un type de questionnaire à l'endroit de la population d'étude. Cela nous a

permis de collecter des informations sociodémographiques en vue de pallier à cet aspect que l'échelle de résilience n'a pas pu prendre en compte. L'administration de questionnaire a été faite aussi bien chez les orphelins que chez les enfants porteurs du VIH/sida.

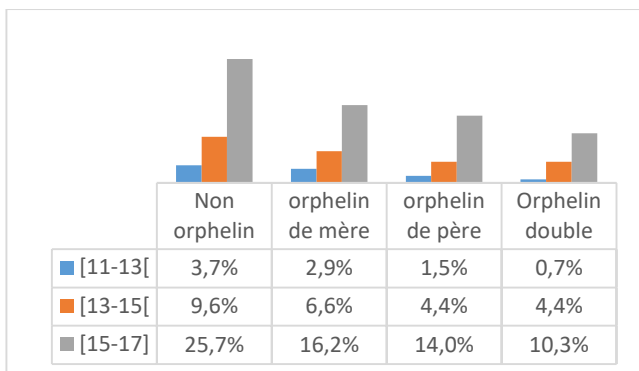
1.3.3. Mode de traitement des données

Le traitement et l'analyse des données quantitatives qui sont 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 attester de la significativité des résultats. Le seuil de significativité retenu est $\alpha = 5\%$ (0,05) ; toute valeur de $p < 0,05$ témoigne d'une corrélation statistiquement significative.

2. Résultats

2.1. Ages et statut

L'âge et le statut permettent de savoir si les enfants sont très tôt devenus orphelins ou non. En croisant l'âge et le statut, on devra savoir si les uns sont plus vulnérables que les autres.



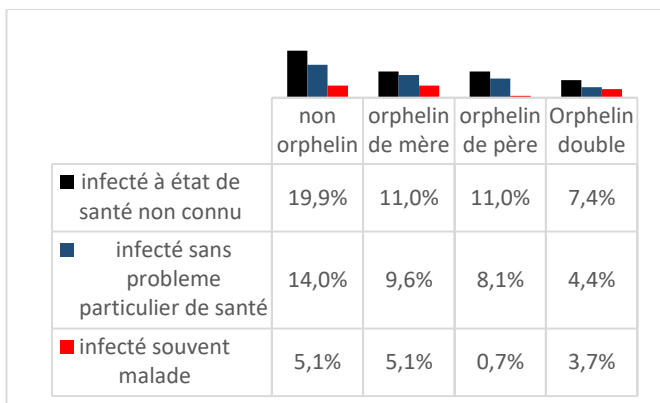
$P= 0,982$ ddl= 6 V de cramer= 0,982

Figure 1. Répartition des enfants enquêtés selon l'âge et le statut

Une proportion de 25,7% des enfants de notre échantillon ayant [15 ; 17] ans ne sont pas orphelins ; 16,2% sont des orphelins de mère ; 14% le sont de père et 10% le sont à double titre. Chez ceux de [11 ; 15[ans, c'est 6,6% qui sont orphelins de mère ; 4,4% le sont de père et 4,4% le sont à double titre. Ainsi la fréquence cumulée c'est 39% des enfants de notre population d'étude qui ont encore les deux parents vivants.

2.2. Etat de santé et statut

L'état de santé relié à l'âge de l'enfant permet de savoir si les enfants qui sont déjà infectés à des degrés divers sont orphelins ou non. Cette catégorisation a permis de se rendre compte de leur degré de vulnérabilité et de savoir si les uns ne sont pas en situation de fragilité que les autres.



$P = 0,518$ ddl= 6 V de cramer = 0,518

Figure. Répartition des enfants enquêtés selon l'état de santé et le statut

Dans la catégorie des infectés à état de santé non connu, une proportion de 11% est orphelin de mère, 11% de père et 7,4% le sont doublement. Dans la catégorie des infectés sans problème particulier de santé, 9,6% sont orphelins de mère, 8,1% sont orphelins de père et 4,4% sont des orphelins doubles. Dans la catégorie de ceux sont souvent malades, 5,1% sont orphelins de mère, 0,7% le sont de père et 3,7% sont orphelins à double titre.

2.3. Les niveaux de résilience des enfants enquêtés

Les enfants sont au nombre de 136 et n'ont pas atteint le même niveau de résilience. C'est de cela que rend compte cette répartition qui n'est que la présentation des enfants selon le niveau de résilience atteint.

Tableau I. Répartition des enfants enquêtés selon les niveaux de résilience

Niveau de résilience	N	%
Faible résilience	48	35,3
Résilience moyenne	51	37,5
Forte résilience	37	27,2
Total	136	100

Source : Enquêtes de terrain, 2020

La lecture du tableau I permet de constater que 35,3% des enfants enquêtés ont une faible résilience, 37,5% ont une résilience moyenne (le plus représenté) et 27,2% ont une résilience forte. Ce qui permet de dire que plus de 1/3 des enfants ont une faible résilience.

2.4. Distribution des cinq composantes de l'échelle de résilience

Les 25 items de l'échelle (RS) de Young et Wagnild sont regroupés en cinq grandes composantes : confiance en soi, but, équanimité, persévérance et équanimité. Les résultats se présentent comme suit :

Tableau II. Répartition des enfants enquêtés selon les niveaux des cinq composantes de l'échelle

Niveaux de la composante	Confiance en soi	But	Equanimité	Persévérance	Authenticité
Fort	27,2	25,0	25,7	22,8	20,6
Moyen	33,8	33,1	34,6	36,0	36,8

Faible	39,0	41, 9	39,7	41,2	42,6
Total	100,0	100 ,0	100,0	100,0	100,0

Source : Enquêtes de terrain, 2020

La lecture du tableau II montre que 61% (Fort = 27,2% et Moyen= 33,8%) des enfants ont confiance en eux-mêmes contre 39% qui ont un niveau faible pour cet élément. Par ailleurs, la confiance en soi est la plus grande contributrice dans le développement de la résilience chez les OEV de la plus grande ville du Bénin.

Le but est la deuxième composante de cette échelle. Elle désigne la capacité à se projeter dans l'avenir et à pouvoir se focaliser sur un devenir. La lecture du tableau II montre que 58,1% (Fort = 25,0% et Moyen= 33,1%) des enfants ont la un but qu'ils poursuivent contre 41,9% qui ont un niveau faible pour cet élément.

L'équanimité désigne la capacité à pouvoir garder son calme et sa tranquillité malgré les situations complexes et contradictoires. C'est aussi le calme légendaire qui caractérise la personne résiliente quand elle devrait être agitée et troublée. La lecture du tableau II montre que 60,3% (Fort = 25,7% et Moyen= 34,6%) des enfants ont un niveau d'équanimité approprié contre 39,7% qui ont un niveau faible pour cet élément.

La persévérance désigne la capacité à continuer malgré les difficultés, le découragement et la déception. La lecture du tableau II montre que 58,8% (Fort = 25,0% et Moyen= 33,1%) des enfants ont de la persévérance contre 41,2% qui ont un niveau faible pour cet élément.

L'authenticité désigne la capacité à reconnaître sa propre valeur, son originalité et à pouvoir s'accepter comme une personne

unique et spéciale. La lecture du tableau II montre que 57,4% (Fort = 25,0% et Moyen= 33,1%) des enfants ont un niveau d'authenticité approprié contre 42,6% qui ont un niveau faible pour cet élément. L'authenticité est la plus faible contributrice dans le développement de la résilience chez les OEV de la plus grande ville du Bénin.

2.5. L'apport de chaque composante dans la résilience des enfants infectés et orphelins

L'apport de chaque composante a été évalué dans la résilience des enfants mais aussi réparti selon les divers niveaux afin de déterminer quel est l'impact dans ce processus et à chaque niveau.

2.5.1 Les niveaux de confiance en soi suivant les niveaux de résilience des enfants enquêtés

Un croisement a été réalisé entre la confiance en soi et les niveaux de résilience en vue de pouvoir bien réussir à constater en quoi celle-ci influence la résilience des enfants.

Tableau III. Répartition des niveaux de confiance en soi suivant les niveaux de résilience des enfants enquêtés

Niveau de résilience	Confiance en soi			Total
	Faible	Fort	Moyen	
Faible Résilience	30,9%	0,0%	4,4%	35,3%
Forte Résilience	0,7%	18,4%	8,1%	27,2%
Résilience Moyenne	7,4%	8,8%	21,3%	37,5%
Total	39,0%	27,2%	33,8%	100,0%

Valeur du khi-deux : ddl= 4 ; p-value =0,000 ; V de cramer = 59,6%

Source : Enquêtes de terrain, 2020

Aucun enfant ayant une faible résilience n'a développé une forte confiance en soi et presque qu'aucun OEV ayant une forte résilience n'a développé de faible confiance en soi. Toutefois, 30,9% de ceux qui ont une faible résilience ont un niveau de confiance en soi aussi faible ; les enfants ayant une forte résilience (18,4%) ont une forte confiance en soi et ceux qui ont une résilience moyenne ont une confiance en soi moyenne (21,3%).

2.5.2. Les niveaux de but suivant les niveaux de résilience des enfants enquêtés

Le but est le sens d'objectivité acquis par des enfants dans la vie. Cette évaluation permettra de voir la capacité de se projeter dans le futur.

Tableau IV. Répartition des niveaux de but suivant les niveaux de résilience des enfants enquêtés

Niveau de résilience	But			Total
	Faible	Fort	Moyen	
Faible Résilience	27,9%	0,7%	6,6%	35,3%
Forte Résilience	1,5%	16,2%	9,6%	27,2%
Résilience Moyenne	12,5%	8,1%	16,9%	37,5%
Total	41,9%	25,0%	33,1%	100,0%

Valeur du khi-deux : ddl=4 ; p-value=0,000 ; V de cramer = 47,6%

Source : Enquêtes de terrain, 2020

On observe une proportion relativement importante d'OEV (14%) résilients ayant un niveau de but faible. Une fréquence de 27,9% d'enfants ayant une faible résilience ont tous un niveau de vie faible. Le fort niveau de but est surtout remarqué au niveau de ceux qui ont une forte résilience (16,2%)

2.5.3. Les niveaux d'équanimité suivant les niveaux de résilience des enfants enquêtés

L'équanimité aussi est composée de cinq habiletés qui vont permettre d'évaluer sa contribution dans chaque niveau de résilience.

Tableau V. Répartition des niveaux d'équanimité suivant les niveaux de résilience des enfants enquêtés

Niveau de résilience	Equanimité			Total
	Faible	Fort	Moyen	
Faible Résilience	28,7%	1,5%	5,1%	35,3%
Résilience Moyenne	11,0%	4,4%	22,1%	37,5%
Forte Résilience	0,0%	19,9%	7,4%	27,2%
Total	39,7%	25,7%	34,6%	100,0%

Valeur du khi-deux : ddl=4 ; p-value=0,000 ; V de cramer = 59,5%

Source : Enquêtes de terrain, 2020

Nous repérons 19,9% d'enfants qui ont une forte résilience, qui ont un fort niveau d'équanimité et 22,1% qui ont une résilience moyenne, un niveau moyen d'équanimité. Aucun des orphelins et enfants infectés ayant une forte résilience n'a de faible niveau d'équanimité. Le fort niveau 19,9% d'équanimité remarqué au niveau des enfants ayant une forte résilience est de 19,9%.

2.5.4. Les niveaux de persévérance suivant les niveaux de résilience des enfants enquêtés

Le croisement réalisé entre la persévérance et les niveaux de résilience permettra de constater l'impact de cette composante dans chaque niveau de résilience des enfants.

Tableau VI. Répartition des niveaux de persévérance suivant les niveaux de résilience des enfants enquêtés

Niveau de résilience	Persévérance			Total
	Faible	Fort	Moyen	
Faible Résilience	30,1%	0,0%	5,1%	35,3%
Forte Résilience	0,0%	15,4%	11,8%	27,2%
Résilience Moyenne	11,0%	7,4%	19,1%	37,5%
Total	41,2%	22,8%	36,0%	100,0%

Valeur du khi-deux : ddl=4 ; p-value=0,000 ; V de cramer = 54,1%

Source : Enquêtes de terrain,2020

Aucun OEV ayant une forte résilience n'a de faible niveau de persévérance et aucun enfant n'ayant une faible résilience n'a de fort niveau de persévérance. 15,4% d'enfants ayant une résilience forte ont un fort niveau de persévérance et 19,1% des enfants ayant une résilience moyenne ont un niveau moyen de persévérance.

2.5.5. Les niveaux d'authenticité suivant les niveaux de résilience des enfants enquêtés

L'authenticité en lien avec les niveaux de résilience permettra de savoir si la résilience des enfants n'est pas influencée par les niveaux de persévérance.

Tableau VII. Répartition des niveaux d'authenticité suivant les niveaux de résilience des enfants enquêtés

Niveau de résilience	Authenticité			Total
	Faible	Fort	Moyen	
Faible Résilience	30,9%	0,0%	4,4%	35,3%
Forte Résilience	0,7%	16,2%	10,3%	27,2%
Résilience Moyenne	11,0%	4,4%	22,1%	37,5%
Total	42,6%	20,6%	36,8%	100,0%

Valeur du khi-deux : ddl=4 ; p-value=0,000 ; V de cramer = 58,2%

Source : Enquêtes de terrain, 2020

La lecture du tableau VII montre qu'aucun des enfants ayant une faible résilience n'a un fort d'authenticité, alors que 16,2% des enfants ayant une forte résilience, ont un fort niveau d'authenticité. Une fréquence de 22,1% ont niveau moyen de résilience. Le test de Kih deux le prouve

2.5.6. Tableau récapitulatif des corrélations
Tableau I : Tests de Khi-deux, ddl et Vde Cramer

	Variables corrélées	P- val ue	d d l	V de Cra mer	Observations
Niveaux de de résilience	Niveaux de confiance en soi	0 , 0 0 0	4	0, 5 9 6	Il existe un lien moyen entre les deux variables
	Niveaux de but	0 , 0 0 0	4	0, 4 7 6	Il existe un lien faible entre les deux variables
	Niveaux d'équanim ité	0 , 0 0 0	4	0, 5 9 5	Il existe un lien moyen entre les deux variables
	Niveaux de persévéra nce	0 , 0 0 0	4	0, 5 4 1	Il existe un lien moyen entre les deux variables
	Niveaux d'authenti cité	0 , 0 0 0	4	0, 5 8 2	Il existe un lien moyen entre les deux variables

Source : Enquêtes de terrain, 2020

3. Discussion

La tranche d'âge de 15-17ans est la plus représentée, en comparaison à ceux de la tranche d'âge de moins de 14 ans dans notre population d'étude (fig.1) ; cela peut être dû à la réussite probable des objectifs du PTME avec de moins en moins d'enfants infectés. L'observation de l'analyse du croisement entre le statut et l'état de santé, nous fait remarquer que dans la catégorie des infectés à état de santé non connu, une proportion de 11% est orphelin de mère, 11% de père et 7,4% doublement (figure 2). Rappelons aussi que dans la catégorie de ceux sont souvent malades, 5,1% sont orphelins de mère, 0,7% le sont de père et 3,7% sont orphelin double (figure 2). Quand le même enfant est infecté, souvent malade et orphelin, sa vulnérabilité est encore plus grande au point de l'exposer à des traumatismes multiples et à des risques psychopathologiques beaucoup plus grands. Si le statut d'orphelin de l'enfant infecté est double, alors nous pouvons dire que les enfants de notre population d'étude sont exposés à une vulnérabilité plus grande. La lecture du tableau VII a permis de constater que 35,3% des enfants enquêtés ont une faible résilience, 37,5% ont une résilience moyenne (le plus représenté) et 27,2% ont une résilience forte. Ceux qui sont en résilience moyenne sont en nombre plus élevé que ceux qui sont en forte résilience et ceux qui sont aussi en résilience faible. Puisque la résilience est acceptable quand elle est moyenne, nous pouvons conclure que les niveaux forts et moyens sont tous considérés comme résilients. Ce qui permet de dire qu'en fréquence cumulée, 64,7% des enfants sont résilients. Ainsi, c'est un peu plus de 1/3 des enfants qui ont une faible résilience.

3.1.La Confiance en soi et la résilience des orphelins et enfants infectés

Quand nous prenons la confiance en soi en lien avec les niveaux de résilience, aucun enfant ayant une faible résilience n'a

développé une forte confiance en soi et presque qu'aucun OEV ayant une forte résilience n'a développé de faible confiance en soi. Toutefois, 30,9% de ceux qui ont une faible résilience ont un niveau de confiance en soi aussi faible (Tableau III). La confiance en soi est parfois associée à l'estime de soi et à l'affirmation de soi. L'environnement joue un rôle fondamental dans son acquisition et son développement. La confiance en soi est un défi pour un enfant méprisé, confronté à l'abandon, à la stigmatisation et souffrant de maladie chronique. Mellina et Jaccoud (2016, p.15) dira : " l'individu a besoin du regard de l'autre pour se faire une image de ce qu'il est mais il doit garder son indépendance par rapport à ce regard." Si certains de nos enfants ont succombé à ces regards des autres, bien d'autres ont pu résister et continuent de progresser sans y prendre garde ou en gardant leur indépendance. Parlant de ceux qui ont été affectés par le regard discriminatoire ou stigmatisant des autres, nous reconnaissons que la vulnérabilité des adolescents reste préjudiciable à ce que pensent les autres d'eux, car l'environnement social a un impact profond sur eux. La confiance en soi est la plus grande contributrice de la résilience des enfants infectés et des orphelins du sida de la plus grande ville du Bénin. Alors que 27,2% des enfants en ont un niveau moyen, c'est 61% d'enfants qui enfants pensent qu'ils sont capables de s'en sortir et font confiance en leur propre capacité. Une étude récente réalisée en Côte d'Ivoire permet de remarquer que la confiance en soi a sensiblement diminué chez les adolescents sous l'effet d'un certain nombre de facteurs (Mellina et Jaccoud 2014, p.43).

Pour mieux appréhender l'impact de cette composante dans la résilience des enfants, il convient de préciser en effet que 18,4% de ceux qui ont une forte résilience ont aussi un fort niveau de confiance en soi et 21,3% de ceux qui ont une résilience moyenne ont un niveau de confiance en soi moyenne (Tableau III). Si 27,2% des orphelins et enfants infectés ont un fort niveau

de confiance en soi, avec 33,8% qui a un niveau de confiance moyenne (Tableau III). Le P-value = 0,00. Cela démontre sa significativité dans la résilience des enfants. La confiance en soi détermine le présent et motive à se projeter dans l'avenir. C'est bien ce que disaient Pourtois, Humbeck et Desmet (2012, p.105) quand ils écrivent : " la confiance suppose l'aptitude du sujet à métaboliser les espoirs ou les espérances en projets à travers lesquels il parvient à envisager un avenir positif ". Un adolescent infecté qui a une faible confiance en soi pourra donc ne pas avoir un projet de vie et donc aucun objectif à poursuivre à long terme. D'où la nécessité d'aborder la question du but et de son impact dans la résilience.

3.2. Le but ou la capacité à donner du sens à la vie et son impact dans la résilience des orphelins et enfants infectés.

Le fort niveau de but est remarqué au niveau de ceux qui ont une forte résilience (16,2%). Ce qui n'est pas du tout négligeable. On observe aussi une proportion relativement importante d'orphelins et enfants infectés (14%) résilients ayant un niveau de but faible (Tableau IV). Cela paraît bien paradoxal pour des enfants qui sont résilients mais déficitaires quant à leur capacité de donner un sens aux événements et à leur vie. La compensation aurait eu lieu différemment avec bien d'autres composantes qui leur auraient été plus favorables. Une fréquence de 27,9% d'enfants ayant une faible résilience ont tous un niveau de but faible (tableau IV). Ce qui va de soi pour cette portion pour laquelle le lien est logique et convaincant.

La fréquence cumulée d'enfants ayant un but faible est considérable (41,9%) et 1/3 d'enfants a un niveau de but moyen (tableau IV). Ce qui signifie clairement que plusieurs des enfants ont une très faible capacité à se projeter dans le futur. La fréquence d'enfants souffrant de la faible confiance en soi est estimée à 39%. Nous pensons que ce déficit pourrait avoir un lien avec le sens d'objectivité et de poursuite d'un idéal de vie et au fait de s'accrocher à un but dans la vie. Mais comment

pourrait-il avoir un but dans la vie quand le parent le plus influent ose dire que l'enfant né avec le virus du sida ne pourrait être utile en rien pour lui servir à quelque chose. C'est dire que moins de 1/10ème ont parfaitement un but et une vision claire de ce qu'ils entendent être ou faire dans un future proche ou lointain. L'analyse du niveau de but nous permet aussi de constater que 25% des enfants ont un niveau de but fort et 33,1% ont un niveau de but moyen. C'est dire donc que 58,1% ont un niveau de but au moins acceptable et entendent réaliser une vision ou un projet de vie. Le but est pour l'enfant infecté, une certitude ou une certaine espérance. Généralement, les enfants qui ont un projet de vie arrivent à préciser quel genre de métier ils veulent exercer jusqu' où ils entendent arrêter les études (avec la perspective du long terme). Quand un enfant n'a pas de but, il n'a pas un idéal à atteindre et donc n'a pas une raison pour laquelle il faut se battre pour vivre. Mellina et Jaccoud (2014, p.14) écrivent : " si l'individu croit en ses capacités, et se projette dans l'avenir, il poursuivra des buts et développera des initiatives".

3.3.La persévérance ou la vertu des résilients

Aucun orphelin et enfant infecté ayant une forte résilience n'a de faible niveau de persévérance et aucun enfant n'ayant une faible résilience n'a de fort niveau de persévérance. C'est dire que la persévérance compte beaucoup dans la résilience des enfants. Pour mettre en relief le but, la persévérance et la résilience, Hamelin (2014, p.104) écrit : "En soutenant la personne à s'exprimer sur ses buts et la façon dont elle envisage les atteindre, les intervenants soutiennent implicitement la persévérance et l'autodétermination de la personne face à son processus de résilience". Ce résultat paraît bien logique puisque d'un autre côté, 15,4% d'enfants ayant une résilience forte ont un fort niveau de persévérance et 19,1% des enfants ayant une résilience moyenne ont un niveau moyen de persévérance. Quand nous prenons simplement la persévérance, qui n'est pas

croisée avec d'autres variables, la lecture du tableau VI montre que 58,8% des enfants ont de la persévérance contre 41,2% qui en ont un niveau faible. Avoir un but est très bon, mais le poursuivre et ne pas céder au découragement est mieux. Quand certains sont obligés d'abandonner la formation ou les études pour des raisons de stigmatisation ou de découragement, où il y a lieu de s'interroger sur leur niveau de persévérance.

Il y a donc un nombre important (41,2%) d'enfants pour lesquels le niveau de persévérance est et reste insuffisant pour affronter les risques. Dans le contexte de notre étude, on ne pourra réellement parler de persévérance que lorsque l'enfant est capable de continuer les études dans l'école où il a été rejeté ou lorsqu'il continue par réaliser du progrès dans ses études malgré les faits discriminatoires. Dans le cas d'espèces, l'amélioration des résultats ne devra pas être un critère trop rigide pour l'évaluation de la persévérance mais plutôt le désir de poursuivre les études et de vouloir réussir malgré tout. Certains de nos enfants sont restés à cet effet à l'école et ont même connu de la réussite dans leurs études. Dans une perspective plus large, il faut noter que les enfants ont fidèlement continué la prise de médicaments malgré leur difficile adhésion. Il est vrai que certains n'ont pas le choix à cause de la pression parentale mais ils finissent par accepter se soumettre aux clauses de leur traitement. C'est aussi de la persévérance.

3.4.L'équanimité et sa contribution dans la résilience des enfants

Les résultats du tableau V ont montré que 19,9% d'enfants qui ont une forte résilience, qui ont un fort niveau d'équanimité et 22,1% ont une résilience moyenne, un niveau moyen d'équanimité. Quand nous revenons à ce même tableau, aucun des enfants ayant une forte résilience n'a de faible score d'équanimité et aucun enfant ayant une forte résilience n'a de faible niveau d'équanimité. Ce qui paraît bien logique et assez normal. Les tests de Khi-deux réalisés à cet effet montrent une

significativité entre le niveau d'équanimité et les niveaux de résilience des enfants orphelins et infectés de notre population d'étude.

Nous remarquons qu'un nombre important possède cette capacité à vraiment prendre les choses telles qu'elles se présentent, même si 39,7% des enfants n'ont pas atteint le niveau nécessaire. On pourrait toujours estimer que cette capacité est celle qui a le plus contribué à la résilience des enfants avec 60,3%, après la confiance en soi. Certains enfants ont estimé qu'ils n'ont rien ressenti sur l'annonce de leur test sérologique. Il n'est pas une exagération d'affirmer que leur ignorance des risques et leur âge ont permis de développer leur équanimité. Pourtant, ceux qui n'ont pas l'équanimité s'attardent sur les déceptions, sont accablés de regrets ou ont tendance à transformer tout ce qui se passe mal dans leur vie en catastrophe (Wagnild, 2016, p.17). C'est à juste titre que le P value =0,00 pour montrer une forte significativité dans cette contribution.

3.5.L'authenticité ou la solitude existentielle et son impact dans la résilience des enfants

L'authenticité est le fait de marcher avec soi-même, de se faire face et d'être à l'aise à faire face dans la solitude, aux situations. Wagnild (2016, p.17) écrit en effet qu'alors que nous vivons tous dans le monde avec d'autres personnes, les individus résilients apprennent à vivre avec eux-mêmes... deviennent leurs propres meilleurs amis. Le tableau VII ne montre qu'aucun des enfants ayant une faible résilience n'a un fort niveau d'authenticité, alors que 16,2% des enfants ayant une forte résilience, ont un fort niveau d'authenticité. Une fréquence de 22,1% ayant un niveau moyen d'authenticité a un niveau moyen de résilience. Cette forte logique dans les divers résultats montre à quel point il existe un lien entre ces diverses variables. Le test de Khi-deux le prouve si bien avec $P=0,00$. La solitude existentielle est loin d'être une propriété exclusive des adultes. Les enfants de notre population d'étude estiment qu'ils la possèdent aussi, malgré la

crise de l'infection et ses corollaires. Même si c'est une fréquence de 20,6% qui a pu atteindre un niveau fort d'authenticité, il faut préciser qu'un effectif plus élevé de 36,8% ont atteint un niveau moyen (tableau VII). C'est donc 57,4% d'enfants en fréquence cumulée qui ont cette capacité à se considérer comme original, spécial, différents des autres avec des moyens personnels d'affirmation et d'intégration sociale. Ils sont donc capables de ne pas se culpabiliser du fait qu'ils ne se voient pas comme les autres. Cela les empêche d'oser s'affirmer tels qu'ils sont. Même si 42,6% ont un niveau faible dans cette composante, il faut reconnaître que bien de paramètres ont contribué à faire relâcher les élans à un niveau plus acceptable pour être considéré comme prometteuse. L'image de soi devra beaucoup compter avec l'estime et la confiance en soi, car sans ces différents éléments, il n'y a aucune possibilité de se voir authentique et original. Quand les enfants s'aperçoivent des implications de leur infection, ils sont embarrassés même sur leur identité et leur acceptation de soi. Quand leur infection influence leur image de soi, leur authenticité est mise en jeu.

Conclusion

Notre étude dont l'objectif général a été d'étudier le niveau de résilience des orphelins et enfants porteurs de VIH/sida de la ville de Cotonou en évaluant l'apport des facteurs individuels à cette résilience. Aucun enfant ayant une faible résilience n'a développé une forte confiance en soi et presque qu'aucun orphelin ni enfant infecté ayant une forte résilience n'a développé de faible confiance en soi. Les résultats sont semblables avec les autres composantes. Les chiffres sont expressifs avec 61% des enfants qui ont confiance en eux-mêmes contre 39% qui n'en ont que très peu ; 58,1% des enfants ont la un but qu'ils poursuivent contre 41,9% dont le niveau de but est faible ; 60,3% des enfants ont un niveau d'équanimité approprié contre 39,7% qui n'en ont que très peu ; 58,8% des enfants ont de la persévérance contre 41,2% qui n'en possède

qu'un niveau très faible ; 57,4% d'entre eux ont un niveau d'authenticité approprié contre 42,6% qui ont un niveau faible pour cet élément. L'authenticité est la plus faible contributrice dans le développement de la résilience chez les orphelins et enfants infectés de la plus grande ville du Bénin. Les résultats croisés font remarquer que 18,4% de ceux qui ont une forte résilience ont aussi un fort niveau de confiance en soi. Le fort niveau de but est surtout remarqué au niveau de ceux qui ont une forte résilience (16,2%). Nous avons repéré 19,9% d'enfants qui ont une forte résilience, qui ont un fort niveau d'équanimité. Une fréquence de 15,4% des enfants ayant une forte résilience ont un fort niveau de persévérance alors que c'est 16,2% des enfants ayant une forte résilience qui ont un fort niveau d'authenticité.

Cette étude, loin d'avoir exploré les divers aspects de la résilience des enfants infectés et orphelins lance un nouveau défi au développement des aptitudes de l'individu en vue de maximiser son niveau de résilience. Nous pensons que cette étude montre que l'infection ou l'affection au VIH/sida met à rude épreuve les facteurs individuels, révèle un enjeu important dans la prise en charge des enfants et plaide pour l'opérationnalisation des acquis de cette étude. Etant donné que le test de Khi-deux donne $P=0,00$, nous pouvons conclure que le lien entre les divers facteurs étudiés et la résilience des enfants est très significatif. Ce qui permet de dire que les facteurs individuels sont déterminants pour la résilience des enfants infectés et des orphelins.

Références bibliographiques

Boko Coovi Gabriel (2011), *Méthodologie de la Recherche en sciences humaines. Brèves initiations aux principes opératoires*, Université d'Abomey-Calavi.

CNLS (2014), *Rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/SIDA au Bénin en 2014*, Rapport, Cotonou.

CNLS (2016), *Rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/SIDA au Bénin en 2016*, Rapport, Cotonou.

Connor Kathryn M., et Davidson, Richard T. Jonathan (2003), « *Development of a new resilience scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC)* », *Depress Anxiety*, vol. 18, no 2, DOI: 10.1002/da.10113.

Courade Georges, De Suremain Charles-Edouard (2001), *Inégalités, vulnérabilités et résilience : les voies étroites d'un nouveau contrat social en Afrique subsaharienne*, in Winter G. (coord.), *Inégalités et politiques publiques en Afrique : pluralité des normes et jeu d'acteurs*, Paris, Karthala.

Cyrulnik Boris (2001), *Manifeste pour la résilience*, Spirale, no 18, (2), doi :10.3917/spi.018.0077.

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

OMS (2012), *La riposte mondiale au VIH/sida : le point sur l'épidémie et le progrès du secteur de santé vers un accès universel*, rapport de la situation en 2011, New York.

ONUSIDA (2007), *Le point sur l'épidémie de sida*, Rapport annuel, Genève. Suisse.

Hamelin Anouchka (2014), *Résilience et traumatisme craniocérébral : Elaboration d'un instrument de mesure*, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Québec.

Wagnild, Gail .M (2016), *The Resilience Scale User's Guide*, Version 3.33, 28 January 2016, Etats-Unis.

Méllina Ariane et Jaccoud Régis (2016), *L'évolution de l'estime de soi chez des élèves suivant un cours "plaisir de bouger"*, Mémoire de master, Haute école pédagogique, Vaud, France.