

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH
Haïti Santé-2004 / USAID-Haïti

**Analyse des besoins essentiels en santé et en services
sociaux des enfants et jeunes vivant dans les
orphelinats en Haïti :**

*« Orientations Stratégiques vers un Modèle de Prise en
Charge Optimale »*

Prof. Paul ADRIEN, MD, MSc
Jules GRAND-PIERRE, MD, MPH

Avec la collaboration technique de l'Institut Haïtien de l'Enfance

Janvier 2004

SOMMAIRE

i.	LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES -----	3
ii.	LISTE DES ACRONYMES-----	4
iii.	REMERCIEMENTS-----	5
iv.	RÉSUMÉ-----	6
I.	INTRODUCTION ET CONTEXTE-----	6-8
II.	OBJECTIFS DE L'ÉTUDE-----	8
III.	MÉTHODOLOGIE -----	8
	3.1 Considérations théoriques et hypothèses-----	8-9
	3.2 Population à l'étude et échantillonnage -----	10
	3.3 Formation et collecte de données-----	10
	3.4 Saisie et traitement des données -----	11
	3.5 Limitations de l'étude-----	11
IV.	RÉSULTATS -----	11
	4.1 Résultats descriptifs ayant trait à la méthodologie du questionnaire-----	11
	4.2 Résultats descriptifs ayant trait à la consultation d'informateurs-clé-----	12
	4.3 Résultats descriptifs ayant trait au profil général des orphelinats-----	12
	4.4 Des caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires-----	13-15
	4.5 Les principaux problèmes de santé et besoins des pupilles -----	16
	4.6 Profil descriptif de l'offre des services en santé -----	19-22
	4.7 Profil descriptif des services sociaux disponibles et besoins -----	22-24
	4.8 Profil descriptif des ressources actuellement disponibles-----	24
	4.9 Les trouvailles de l'observation des conditions d'hébergement-----	24-26
	4.10 Les besoins exprimés et les besoins normatifs prioritaires-----	26
	4.11 Les pratiques de gestion au sein des orphelinats-----	27
V	DISCUSSION-----	28-33
VI	CONCLUSION -----	33-34
VII	RECOMMANDATIONS-----	34-36
VIII	RÉFÉRENCES -----	37
XI	ANNEXES-----	38

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 Résultats de la collecte de données et nombre de questionnaires retenus	p11
Tableau 2. Répartition des orphelinats et des bénéficiaires (internat et externat).....	p13
Tableau 3. Provenance géographique des bénéficiaires.....	p14
Tableau 4 Principaux critères d'admission.....	p15
Tableau 5 Distribution des bénéficiaires au sein des orphelinats.....	p15
Tableau 6. L'état vaccinal des moins de 5 ans.....	p16
Tableau 7. Les pathologies courantes au sein des orphelinats.....	p17
Tableau 8. Les autres affections morbides.....	p17
Tableau 9. Distribution des orphelinats ayant des enfants infectés par le VIH.....	p17
Tableau 10. Répartition des enfants dont les parents sont infectés au VIH	p18
Tableau 11. Répartition des enfants ayant des parents décédés du VIH-SIDA	p18
Tableau 12. Conditions déterminantes de l'accueil futur des enfants VIH+ par les orphelinats.....	p18
Tableau 13. Distribution des handicapés moteurs.....	p19
Tableau 14. Enfants avec troubles mentaux.....	p19
Tableau 15. Enfants avec d'autres troubles.....	p19
Tableau 16. Les services offerts en santé préventive (profil).....	p20
Tableau 17. Les points de prestation de services de santé.....	p20
Tableau 18. Les services d'assistance médicale.....	p20
Tableau 19. Les services fournis au sein même des orphelinats.....	p21
Tableau 20. Les services offerts aux handicapés moteurs.....	p21
Tableau 21. Les services offerts aux malades avec troubles mentaux.....	p21
Tableau 22. Les services fournis pour d'autres troubles.....	p22
Tableau 23. Les différents niveaux scolaires offerts par les orphelinats.....	p23
Tableau 24. Mode transition ou d'insertion professionnelle.....	p22
Tableau 25. Age de sortie des finissants.....	p23
Tableau 26. Les services offerts par les travailleurs sociaux.....	p23
Tableau 27. Les catégories de personnel au sein des orphelinats.....	p24
Tableau 28. Types d'informations insérées dans le dossier des bénéficiaires.....	p27

Les figures

Figure 1. Distribution géographique des orphelinats.....	p12
Figure 2. Répartition des bénéficiaires selon l'âge et le sexe.....	p14
Figure 3. Provenance sociale des bénéficiaires.....	p15
Figure 4. État nutritionnel des moins de 5 ans.....	p16

LISTE DES ACRONYMES

- ❑ **IBESR** : Institut du Bien-Être Social et de la Recherche
- ❑ **EMMUS-III** : Enquête Mortalité Maternité et Utilisation des Services
- ❑ **MAS** : Ministère des AFFaires Sociales
- ❑ **MSH** : Management Sciences for Health
- ❑ **HS-2004** : Haïti Santé-2004
- ❑ **MSPP** : Ministère de la Santé Publique et de la Population
- ❑ **UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- ❑ **PTFA** : Poids Très Faible pour l'Age
- ❑ **PFA** : Poids Faible pour l'Age
- ❑ **IHE** : Institut Haïtien de l'Enfance
- ❑ **USAID** : Agence des États-Unis pour le Développement International
- ❑ **IRA** : Infections Respiratoires Aiguës
- ❑ **VIH/SIDA** : Virus de l'Immuno-déficience Humaine/ Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
- ❑ **OVC** : Orphelins et autres enfants vulnérables (Orphans and other Vulnerable Children)
- ❑ **ESSD** : Enfants en Situation Spécialement Difficile
- ❑ **PV-VIH** : Personnes vivant avec le VIH
- ❑ **CDE** : Convention des Nations Unies aux Droits des Enfants
- ❑ **CDH** : Convention des Droits de l'Homme

REMERCIEMENTS

L'équipe technique du projet tient à exprimer sa profonde gratitude aux nombreuses personnalités qui ont contribué à la réalisation de ce rapport en particulier Mr Paul Auxila et Dr Florence D. Guillaume respectivement Chef de Mission et Chef de Mission Adjoint du projet HS-2004/MSH qui ont été à l'origine de ce projet. Ces remerciements s'étendent également aux hauts Responsables de l'USAID-Haïti pour leur appui technique, financier et matériel à la réalisation de ce projet. Nous ne saurions rater l'occasion pour remercier et féliciter les nombreux collègues du projet HS-2004 qui n'ont pas ménagé leurs efforts à la réussite des différentes étapes du projet d'étude : Jean-Louis Beldor, Bernateau Desmangles, Pasquale Farese, Georges Dubuche, Uder Antoine, Marie-Christine Brisson, Dr Magareth Mallet, Mireille Ducheine, Laurence G. Pierre, Guerline Désira, Marie-Alix Laraque, Marie-France Noël, Louise Bernard, Dominique Vigne et Immaculée Étienne.

Nos remerciements s'adressent également aux hauts Responsables de l'Institut du Bien-Être Social et de la Recherche, en particulier à la Directrice générale Madame Rose-André Boni, Madame Marie-Carmelle Déjean et Monsieur Edwin Casséus pour leur généreuse contribution tant au raffinement et à la validation de la proposition de projet d'étude et aussi pour leur engagement à fournir leur assistance technique durant tout le processus.

Des remerciements spéciaux vont directement au Directeur général de l'IHE Dr Michel Cayemittes et à tout son staff technique notamment Dr Florence Placide, Mr Canez Alexandre, Mr Philippe Jeanlis, Mr Bréa Paul et son équipe technique, à Ferdinand Marseille et aux enquêteurs.

Nous remercions pour leur contribution technique dans la révision du rapport final le professeur Gary Paul, économiste et le Dr Lottie Mondésir, spécialiste en santé et services sociaux.

Nous voulons remercier de manière toute spéciale Mme Luz Angela Melo de l'UNICEF pour ses judicieux conseils techniques lors de la conception du projet d'étude ainsi que pour ses invitations aux différents ateliers de réflexion sur la problématique des enfants en situation de vulnérabilité en Haïti. Ces occasions nous ont permis de clarifier et de valider nos approches.

Nous remercions finalement tous les responsables des orphelinats qui ont accepté de passer l'entrevue et de nous permettre d'avoir accès à leurs archives et surtout de pouvoir observer les enfants dans leur vie quotidienne.

Que tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce rapport en soient profondément remerciés.

Dr Paul Adrien
Dr Jules Grand-Pierre

V. RÉSUMÉ

Cette étude conçue et réalisée par HS-2004 (Haïti Health System-2004), constitue la première phase du « Projet d'assistance aux orphelins et enfants en situation difficile en Haïti ». Ce rapport présente les principaux résultats découlant de l'étude des besoins en santé et services sociaux des orphelins vivant dans les orphelinats accrédités par le Ministère de Affaires Sociales en Haïti. Ce projet est commandité et financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) en Haïti.

De juillet à octobre 2002, cette étude de nature mixte (qualitative et quantitative), a été conduite auprès de 32 orphelinats reconnus d'utilité publique par l'Institut du Bien-Être Social et de la Recherche (IBESR) du Ministère des Affaires Sociales (MAS). Cette étude visait à obtenir des données fiables et pertinentes sur les besoins prioritaires des orphelins pour une meilleure planification de la phase d'intervention du projet. Plusieurs domaines d'intérêt ont été considérés notamment la mission et la distribution des orphelinats; les caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires; les problèmes et besoins en santé et services sociaux des enfants pris en charge par ces orphelinats; les besoins en réhabilitation, en équipements, en matériels et en fournitures de base; le profil descriptif des ressources disponibles et de l'offre; les modes de financement et les pratiques de gestion en vigueur au sein de ces institutions. Les résultats obtenus de l'enquête de base ont été analysés à partir d'un cadre de référence qui combine les prescrits normatifs insérés dans la Convention des Nations Unies aux droits des enfants (CDE), la Convention des Droits de l'Homme (CDH) et la Législation Haïtienne (LH) en matière de la tenue des maisons d'enfants.

Les principaux résultats indiquent l'existence d'importants écarts à combler en matière de services sociosanitaires aux enfants et jeunes pris en charge par ces orphelinats. En effet, les principaux extrants attendus de ces derniers (accessibilité aux soins préventifs et curatifs de base, l'habilitation socio-professionnelle ; la réinsertion au sein de la communauté ;...) n'ont été satisfaits que partiellement. En conséquence, les principales recommandations prônent le développement et l'implantation de services intégrés en faveur d'une prise en charge bio bio-psychosociale adaptée aux besoins des différents groupes cibles.

La coordination des services devra reposer à la fois, sur l'identification des besoins prioritaires dans une perspective de renforcement des services existants et ainsi que le développement et la disponibilité de nouveaux services pour la plupart spécialisés en appui à l'intervention de première ligne. Une telle coordination pour qu'elle soit efficace, doit s'effectuer dans le respect des missions dévolues par le cadre légal sur les services de santé et les services sociaux ainsi que dans le respect des cultures et des modes de fonctionnement des différents partenaires.

I. INTRODUCTION ET CONTEXTE

Selon EMMUS-III (2000)¹, 18% des enfants en Haïti ne vivent pas en compagnie de leurs parents biologiques, que ces derniers soient vivants ou morts. La proportion d'enfants vivant avec leurs deux parents diminue avec l'âge passant de 59% pour le sous-groupe 0-2 ans à 40% pour le sous-groupe 10-14 ans. D'autre part, il est à noter que globalement 6% des enfants sont orphelins de père, 3% orphelins de mère et 1% de père et de mère. Par ailleurs, la proportion

¹ Cayemittes, M., Placide, M.-P., (2001). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, EMMUS-III, MSPP/IHE, Haïti 2000, p. 13-14.

d'enfants orphelins de père est beaucoup plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (8% contre 6%). La tendance est inverse en ce qui concerne les enfants orphelins de mère (2% contre 3%). Le pourcentage d'enfants du milieu urbain qui ont perdu leurs deux parents biologiques est plus élevé que celui du milieu rural (1,3% contre 0,6%).

Ce groupe particulier d'enfants en Haïti, privés de leurs parents, sont en train de vivre une situation spécialement difficile en termes de satisfaction de leurs besoins en services essentiels qui devaient leur garantir un développement bio-psychosocial optimal. La majorité de ces enfants en Haïti se retrouvent dans les rues à cause de la pauvreté ou parce qu'ils vivent une situation familiale difficile. Généralement, on y compte beaucoup plus de garçons que de filles; mais toutefois, on a noté récemment qu'un nombre considérable et croissant de filles s'ajoute à ce groupe d'enfants largement ignoré. Comme c'est le cas dans beaucoup d'autres pays, la vie dans la rue semble priver ces enfants des services de base requis pour leur âge et de la jouissance de leurs droits. Certaines études rapportent que ces enfants, pour assurer leur survie, sont contraints d'expérimenter toutes sortes d'initiatives pouvant même leur faire adopter des comportements déviants tels que : la prostitution, la toxicomanie, la mendicité et le vol.

Une telle situation peut engendrer un mauvais état de santé (maladies contagieuses), de l'analphabétisme, de l'exploitation et la marginalisation. Ce constat est de plus en plus alarmant vu l'incapacité de l'État à apporter une réponse satisfaisante à cette situation. Combien parmi ces enfants sont-ils orphelins ou spécifiquement victimes du VIH/SIDA? Si on se réfère aux projections socio-démographiques rapportées par *Children on the Brink (2002)*², les orphelins en Haïti vont représenter en 2010, 11.7% de la population d'enfants, soit environ 197 000 enfants en chiffre absolu. De ce nombre, les orphelins du SIDA se situeraient à hauteur de 48.8%. En dépit de tout et tel que le reconnaît la Convention des Droits de l'Enfant, ces pauvres enfants ont droit à la vie, au respect et à la dignité. Quelles sont les principales alternatives qui ont été offertes à ces derniers?

Si certains d'entre eux se retrouvent encore dans les rues³, d'autres, pourtant plus chanceux, ont été accueillis au sein des « maisons d'enfants⁴ » en particulier les orphelinats. Mais, le fait pour des enfants d'avoir été admis au sein d'une institution leur garantit-il un accès acceptable aux services sociosanitaires de base ? Quelle est donc l'ampleur des besoins en services essentiels, courants et en situation critique de ces enfants ? Quels sont les principaux enjeux et défis à relever pour une prise en charge optimale de ces enfants en Haïti ?

² COB, 2002. Présentation sur « Orphans and other Children made Vulnerable by HIV/AIDS », Loudon, M. UNICEF, Jamaica.

³ Les enfants **dans la rue** et les enfants **des rues** constituent les deux principales catégories d'enfants et de jeunes qu'on remarque dans les rues. Ces deux groupes se différencient essentiellement par leur rapport au foyer familial. Les premiers ont conservé des liens et des rapports plus ou moins réguliers avec leur famille où ils retournent notamment pour dormir ou rapporter le fruit de leurs activités. Les seconds ont définitivement ce cordon ombilical et n'ont plus que la rue comme cadre de vie. En lieu et place de leur famille, ils se réfèrent à leur groupe d'appartenance, à leur bande plus ou moins étendue

⁴ Les « maisons d'enfants » sont des institutions publiques ou privées, laïques ou religieuses habiles à recevoir et à prendre en charge, les mineurs de l'un ou l'autre sexe, appartenant à l'une des catégories suivantes : 1) les enfants orphelins; 2) les enfants abandonnés; 3) les enfants nécessiteux; 4) les irréguliers d'ordre physique ou mental. (*Arrêté du 22 décembre 1971 sur les « maisons d'enfants » en Haïti, Le Moniteur, vol. No. 16, mars 1972*)

Face à une situation aussi préoccupante dans un contexte particulier de détérioration de la situation macro-économique en Haïti, l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) s'est engagée à appuyer MSH (Management Sciences for Health) pour le développement et la mise en oeuvre d'une stratégie susceptible de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ces enfants.

Dans la perspective d'élaboration d'un programme d'intervention, MSH, avec la collaboration technique de l'Institut Haïtien de l'Enfance, a entrepris de documenter à travers une « étude des besoins », la situation des enfants et des jeunes présentement pris en charge par les orphelinats jouissant d'une autorisation de fonctionnement de l'IBESR. Ce rapport présente d'une part, les principaux résultats issus de l'enquête réalisée au sein de trente deux orphelinats accrédités en Haïti et d'autre part, des recommandations et des stratégies pour la mise en oeuvre d'un modèle réaliste de prise en charge sociosanitaire en réponse aux besoins identifiés.

II. Objectifs de l'étude

L'objectif général poursuivi à travers cette étude était d'obtenir des données fiables et utiles pour une meilleure orientation de l'intervention auprès des enfants vivant dans les orphelinats reconnus par le Ministère des Affaires Sociales en Haïti.

A l'intérieur de cet objectif général, plusieurs objectifs spécifiques ont été visés :

- 1) Identifier les besoins prioritaires des orphelins en matière de santé et de services sociaux.
- 2) Identifier les besoins prioritaires des orphelinats en assistance technique, matérielle et financière.
- 3) Actualiser la cartographie des orphelinats accrédités en Haïti.
- 4) Présélectionner les potentielles institutions bénéficiaires de l'aide.
- 5) Constituer une base de données de référence sur les orphelinats de l'étude.

III. MÉTHODOLOGIE

3.1 Considérations théoriques

L'identification des problèmes de santé et la détermination des besoins impliquent l'évaluation de l'étendue et de l'importance de la différence existant entre l'état de santé actuel et l'état de santé désiré. Pour évaluer cet écart, si écart il y a, il faut donc mesurer l'état de santé. Le besoin exprime l'écart ou la différence entre un état optimal, défini de façon normative, et l'état actuel ou réel. En d'autres mots, un besoin naît lorsqu'on constate une différence entre une situation considérée comme optimale et la situation observée actuellement, différence que l'on désire réduire.

L'intérêt d'aborder la démarche de planification par l'identification des problèmes de santé et non immédiatement par celle des besoins, est de pouvoir alors mieux identifier les précurseurs et les conséquences de ces problèmes. La détermination des besoins, comme étape subséquente, s'en trouve enrichie

Il faut souligner que, la détermination des besoins d'une population va au-delà de l'identification des problèmes de santé ; elle requiert également une analyse des services et des ressources en place. En effet, l'analyse de la situation actuelle devra permettre d'estimer les besoins, non

seulement les besoins de santé et en services sociaux, mais également les besoins de services et de ressources. Dans la ligne de l'approche de Donabedian, le besoin de santé est alors traduit en ses < équivalents > de services et de ressources : les ressources produisent les services, les services permettent de satisfaire le besoin.

Pour sa part, Acheson insiste sur l'importance de définir le besoin en tenant compte des moyens et des ressources disponibles. Sans aller comme lui, jusqu'à dire qu'il est sans intérêt d'identifier un besoin si l'on ne peut rien faire pour le satisfaire, nous sommes conscients que l'analyse des interventions possibles et des ressources disponibles est une étape préliminaire essentielle à la prise en considération d'un besoin de santé.

Tant par l'information qu'elle recueille que pour la démarche elle-même, l'étude des besoins a différentes utilités. D'abord, elle révèle les problèmes de santé et des facteurs qui y sont associés. Il est ainsi possible d'identifier les individus présentant un problème particulier ou ceux qui sont susceptibles d'en être atteints. Elle permet en outre d'évaluer l'efficacité des mesures prises par la communauté pour satisfaire ses besoins. Enfin, dernier élément mais non le moindre, l'étude des besoins favorise la connaissance des ressources disponibles et l'identification de pistes d'intervention pour solutionner les problèmes présents. Notre étude auprès des orphelinats accrédités en Haïti, s'inscrit alors dans cette même perspective rien que pouvoir mieux contribuer à l'amélioration des conditions de vie et de bien-être de ces enfants et jeunes qui ont été accueillis par ces institutions.

3.1.1 Des hypothèses

Pour les fins de l'analyse et de l'interprétation des résultats de l'enquête, des hypothèses ont été évoquées et seront considérées dans la section « discussion » à la lumière de la loi sur les maisons d'enfants et la Convention des Nations Unies aux Droits de l'Enfant :

Hypothèse 1 : Les orphelinats accrédités en Haïti par l'IBESR sont plus enclins à assurer aux pupilles un paquet optimal de services sociosanitaires ;

Hypothèse 2 : L'admission des pupilles se fait en fonction de critères techniques qui ont été prédéterminés par l'IBESR

Hypothèse 3 : Tous les orphelinats qui offrent des services de santé s'appliquent au moins à garantir aux enfants âgés de moins de cinq ans un paquet optimal de soins préventifs et curatifs de base ;

Hypothèse 4 : Tous les orphelinats accrédités offrent aux pupilles la possibilité de bénéficier d'une formation professionnelle en préparation à leur insertion dans le marché du travail ;

Hypothèse 5 : Tous les orphelinats ont adopté des mécanismes formels de réinsertion au sein de la communauté.

3.2 Population à l'étude, critères d'inclusion et échantillonnage

Dans une perspective de planification sanitaire, l'étude des besoins se fait en deux temps. Il y a d'abord l'identification des problèmes socio-sanitaires qui correspond à la mesure de l'état de santé et des services sociaux à la collecte d'information. Viennent ensuite l'interprétation et l'analyse des données recueillies en vue d'estimer l'importance relative des problèmes identifiés et de définir les besoins. La première étape, l'identification des problèmes, se fait à l'aide de divers instruments de mesure ; la deuxième étape, la détermination des besoins, fait davantage appel au jugement sur la signification à donner à l'information recueillie. Cette dernière prépare ainsi à l'étape de la détermination de priorités.

Afin d'atteindre les objectifs, une méthodologie mixte de collecte de données à la fois qualitative et quantitative, a été retenue. Le volet qualitatif consistait essentiellement à recueillir les propos de différentes personnes sur les besoins en matière de santé et de services sociaux des enfants vivants dans les orphelinats. En effet, plusieurs consultations auprès d'informateurs clés ont été réalisées au sein de l'IBESR et d'autres organismes engagés dans les programmes de protection et de promotion des droits de l'enfant en Haïti. La tenue de groupes de discussion organisés par l'UNICEF, avec la participation d'experts nationaux et internationaux, a été d'un apport considérable pour une meilleure compréhension de la situation générale de ces enfants pris en charge par les orphelinats.

Le volet quantitatif est divisé en deux : 1) l'approche déductive et 2) l'approche par indicateurs. L'approche déductive a contribué à l'identification des besoins prioritaires des enfants à partir d'un questionnaire et d'un guide d'observation qui ont été soumis aux responsables des orphelinats. L'approche par indicateurs, dans une perspective de recherche de références normatives, a permis de faire la recension des écrits sur la situation dans les orphelinats à travers les documents officiels et administratifs produits par les ministères des Affaires Sociales et de la Santé publique et population, le Haut Commissariat des Droits de l'enfant, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance..... Cette dernière approche aura été très précieuse dans le cadre de l'interprétation et de l'analyse des résultats issus de notre recherche.

On a considéré comme base de sondage, la liste actualisée des orphelinats jouissant d'une autorisation de fonctionnement⁵ émanant de l'IBESR. D'autres orphelinats existent sur le territoire national mais ils ne sont pas encore reconnus. Ils constituent un groupe à part et plus difficile à identifier pour le moment. Ainsi, la sous-population considérée dans cette étude, l'ensemble des orphelinats autorisés par l'IBESR et fonctionnels, constitue l'échantillon de l'étude. La première démarche consistait justement en la validation de l'existence de ces institutions sur le terrain à partir de cette liste. Tous les trente deux (32) orphelinats répertoriés fonctionnels, ont été visités. On a procédé à l'entrevue des principaux responsables sur place au moyen d'un questionnaire. A l'issue de l'entrevue un guide d'observation a été utilisé pour dresser un état exhaustif des lieux en cohérence et complémentarité avec l'entrevue.

3.3 Formation des enquêteurs et collecte de données.

Le pré-test du questionnaire et du guide d'observation a été réalisé conjointement par le coordonnateur de terrain et les coordonnateurs techniques. Seize (16) enquêteurs ont été donc

⁵ Ces institutions ont été abusivement désignées dans le texte sous l'appellation d'orphelinats accrédités.

recrutés puis formés par le staff technique de MSH et de l'IHE sur une période de deux jours. Ce test a permis de réviser et d'ajuster les principaux instruments de collecte de données.

La semaine suivant la formation, on a déployé les enquêteurs par équipe de deux selon la complexité et la taille de l'institution à visiter. La majorité des entrevues a été réalisée à raison d'un seul enquêteur par institution et ce, pendant deux jours. La phase de collecte de données a duré quatre semaines allant de la mi-août à la mi-septembre 2002.

3.4 Saisie et traitement des données

La saisie des données a démarré deux semaines après le début de la phase de collecte en raison des retards enregistrés au sein de l'agenda prévu. Dans la majorité des cas, les données quantitatives n'étaient pas disponibles sur place au moment de la collecte. Plusieurs autres passages ont donc été pratiqués pour compléter les questionnaires. Le logiciel D-BASE a été utilisé pour la saisie des données et le SPSS pour le traitement des données avec bien entendu, des mécanismes de contrôle pour vérifier la qualité et la fiabilité du traitement des données.

3.5 Limitations de l'étude

Cette étude bien qu'elle soit jumelée à une phase d'observation et de vérification, revêt quand même un caractère limité puisque les interviews ont été limitées seulement aux responsables et visaient l'identification des besoins les plus urgents selon les perceptions de ces derniers. Les contraintes de temps n'ont pas permis de valider les propos recueillis auprès de ces répondants.

De même, il n'a pas été possible de documenter la nature des relations entre les différentes catégories de personnes au sein des orphelinats, (la nature des relations entre le personnel et les bénéficiaires, le fonctionnement routinier des orphelinats. Ainsi, la réalisation d'un focus-group avec les bénéficiaires aurait été d'une grande utilité pour tester le niveau de satisfaction de ces derniers vis-à-vis des services reçus. Cependant, les autres éléments sur lesquels il a été difficile de porter un jugement devront être minutieusement explorés à l'occasion d'études futures.

IV. RÉSULTATS

4.1 Résultats descriptifs ayant trait à la méthodologie du questionnaire

Des mesures de rigueur ont été adoptées pour nous assurer que les données recueillies soient un bon reflet de la réalité, de permettre après analyse, de porter un jugement et d'orienter les choix d'interventions. On a procédé de la manière suivante : 33 questionnaires et 33 guides d'observations ont été acheminés aux responsables des orphelinats reconnus par l'IBESR. On a enregistré seulement un orphelinat non participant vu qu'il a récemment changé de mission en faveur d'un foyer d'accueil dédié à l'enseignement.

Tableau 1. Résultats de la collecte de données et questionnaires retenus pour les analyses

Type de collecte	Total recueilli	Total retenu
Entrevues avec questionnaire	N = 33	N= 32 (97%)
Guide d'observation	N = 33	N= 32 (97%)

Une base de données a été alors constituée pour ces 32 orphelinats et ce, pour faciliter non seulement la sélection des potentielles institutions bénéficiaires de l'aide mais aussi une meilleure orientation des politiques et de la prise de décisions en adéquation aux besoins

prioritaires qui ont été identifiés au sein des orphelinats. La liste des 32 autres qui ont été visités lors de cette étude sont regroupés en annexe.

4.2 Résultats descriptifs ayant trait à la consultation des informateurs-clés

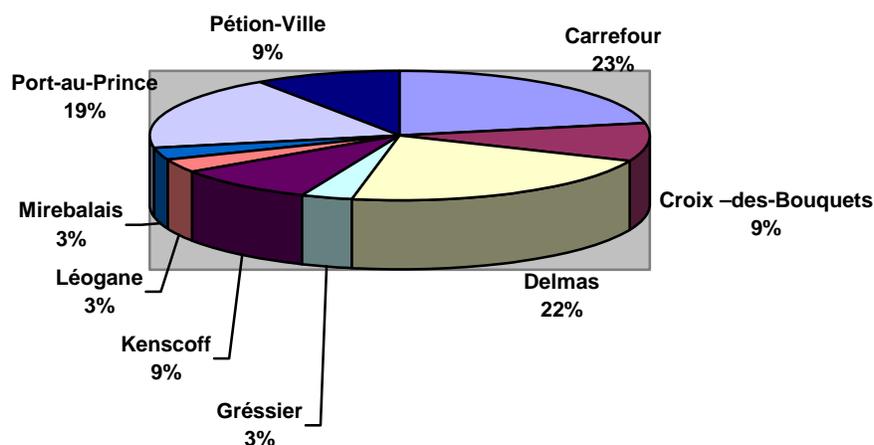
De juillet 2002 à Août 2002, on a eu plusieurs rencontres avec des informateurs-clés ont permis de : 1. préciser les concepts, les problèmes couramment rencontrés par les orphelins, les réponses et types d'appuis pertinents à leur fournir éventuellement ; 2. Mieux comprendre les divers enjeux reliés aux services offerts et 3. recueillir des propos sur les différentes visions par rapport aux forces et aux faiblesses des réseaux tant au niveau institutionnel que communautaire. Chaque informateur-clé était interrogé sur son opinion par rapport à une vision plus globale de la prise en charge des orphelins au sein des orphelinats et avec emphase sur les enfants les plus vulnérables en particulier ceux victimes du VIH-SIDA et ceux provenant de milieux défavorisés.

Au total, nous avons rencontré sept personnes oeuvrant dans le domaine de la protection et de la promotion des droits de l'enfant, le travail social et la santé des mineurs ont été rencontrées. Leurs apports techniques ont permis de faire en sorte que les outils de collecte de données tant qualitatifs que quantitatifs soient mieux adaptés et tiennent compte des enjeux actuels relatifs aux besoins en matière de prise en charge des orphelins et d'autres enfants en situation difficile vivant au sein de ces institutions.

4.3 Résultats descriptifs ayant trait au profil général des orphelinats de l'étude

Les orphelinats qui sont reconnus par l'IBESR sont distribués dans neuf communes du pays et concernent seulement deux départements géographiques. Parmi les 32 orphelinats, 31 se retrouvent dans l'ouest et un seul dans le centre (3%). Il est à souligner que les orphelinats situés dans le département de l'ouest se concentrent majoritairement (72%) dans l'aire métropolitaine.

Fig. 1 - Distribution géographique des Orphelinats



Toutes les adresses ont été actualisées pour les 32 orphelinats et une cartographie représentant leur distribution par communes et par départements a été réalisée. (voir annexe x)

4.3.1 De la mission des orphelinats

Les principaux énoncés de mission font ressortir que l'intérêt des orphelinats à s'occuper des enfants déshérités/nécessiteux (50.0%) Plus du quart se sont donnés comme mission d'encadrer les enfants (28.1%) alors qu'un faible pourcentage (9.4%) entend les préparer à tous les niveaux. Seulement 3.1% ont manifesté un intérêt en faveur des orphelins infectés.

Près de la moitié des orphelinats étudiés (48.5%), hébergent plus de 50 enfants.

	Nombre d'orphelinats	%	Nombre d'enfants	%
Hébergement	22	68.8	1911	64.6
Externe	1	3.1	24	0.8
Hébergement / Externe	9	28.1	1023	34.6
Total	32	100.0	2958	100.0

Plus de deux tiers (68.8%) offrent uniquement des services d'hébergement et 28.1% ont à la fois des services d'hébergement et des services externes. L'organisation de ces services s'aligne sur les groupes cibles prioritairement ciblés.

4.4 Des caractéristiques socio-démographiques des pupilles

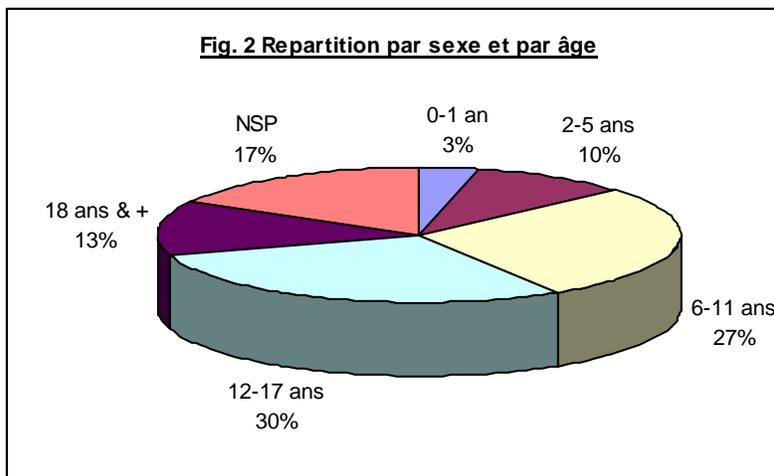
4.4.1 Les groupes cibles des orphelinats

Près de la moitié des orphelinats (43.8%) ont ciblé des enfants dont l'âge est compris entre 1 et 21 ans alors que la proportion de ceux-là qui admettent des enfants de 1-18ans représente 25%. Les orphelinats qui admettent des enfants entre 5 et 18 ans d'âge, représentent 9.4% alors que ceux qui s'intéressent aux enfants âgés entre 5-12 ans et 8-17 ans représentent respectivement 3.1% et 6.3%. Cependant, dans 12.5% des cas, on n'a pas pu préciser le groupe cible visé.

En effet, plus des trois quarts (87.5%) visent les orphelins ; 40.6% s'intéressent aux enfants maltraités, 59.4% aux enfants abandonnés. Les enfants des rues sont cités dans 25% des cas et les enfants en difficulté dans 15.6% des orphelinats. Une faible proportion d'orphelinats (15.6%) s'intéressent en particulier aux enfants handicapés (15.6%), aux enfants nécessiteux (18.8%) et aux enfants infectés par le VIH (3.1%).

4.4.2 Répartition par âge et par sexe

Sur l'ensemble des orphelinats, les deux sexes sont bien représentés soit un sexe ratio de 1.009 avec un effectif légèrement plus important du sexe mâle. Les enfants de 0-1 an sont moins nombreux (soit 3.0%) alors que ceux du sous-groupe 2-5 ans représentent pour 10.4%. Les enfants dont l'âge est compris entre 6-11 ans représentent plus du quart de l'effectif (28.1%) alors que ceux appartenant au sous-groupe 12-17 ans constituent plus d'un tiers de l'effectif (34.7%). Les enfants âgés de 18 ans ne sont pas nombreux comparativement aux derniers sous-groupes, soit 13.8% de l'effectif total. Il est à remarquer aussi que pour 503 enfants (soit 17.9 %) de l'effectif total, l'appartenance à un sous-groupe particulier n'a pas été précisée.



En dehors de cette structure classique couramment utilisée pour catégoriser les moins de 18 ans, on a noté que plus du tiers (37.5%) des orphelinats ont adopté d'autres regroupements de leur effectif en fonction de leur propre logique interne de fonctionnement en rapport d'une part avec les besoins spécifiques des bénéficiaires selon l'âge et d'autres en regard de leur capacité à satisfaire à minima les besoins essentiels de ces enfants.

4.4.3 Provenance des bénéficiaires

4.4.3.1 Provenance géographique

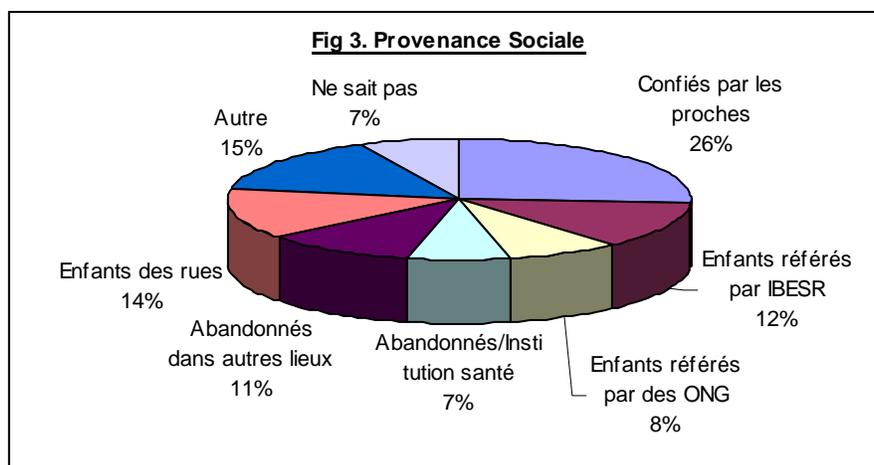
Près de la moitié des enfants de l'effectif total au sein des orphelinats proviennent de la zone métropolitaine, soit 48.6%. Ceux-là qui viennent du milieu rural sont moins importants (10%) par rapport à ceux provenant d'un milieu urbain autre que l'aire métropolitaine qui représentent 12%. Il est à noter que l'on n'a pas pu établir le milieu de provenance pour près d'un tiers (29.6%) des enfants pris en charge par ces 32 orphelinats.

Tableau 3. Provenance géographique des bénéficiaires

ZONE	GARÇON		FILLE		ENSEMBLE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
METROPOLITAINE	758	51.0	680	46.2	1438	48.6
AUTRE URBAIN	150	10.1	198	13.4	348	11.8
RURAL	135	9.1	160	10.9	295	10.0
NE SAIT PAS	443	29.8	434	29.5	877	29.6
ENSEMBLE	1486	100.0	1472	100.0	2958	100.0

4.4.3.2 Provenance sociale des bénéficiaires.

En ce qui concerne la provenance sociale des bénéficiaires, 23.8% ont été confiés aux orphelinats par des parents. Les enfants abandonnés se situent à hauteur de 16.2% et les enfants des rues autour de 12.3%. Les enfants qui ont été référés de l'IBESR vers les orphelinats représentent seulement 11.1% de l'effectif total. Alors que certains enfants ont été recommandés par des ONGs (7.1%), la provenance sociale ne pouvait être précisée pour environ 20% de l'effectif. Près de 50% des bénéficiaires viennent de la zone métropolitaine



4.4.4 Les critères d'admission au sein des orphelinats

Tous les orphelinats utilisent des critères spécifiques pour admettre les bénéficiaires en plus du critère principal: être orphelin. Dans la réalité, ils utilisent plusieurs critères : 43% des orphelinats admettent le fait d'être orphelin comme critère déterminant dans l'admission des enfants. Mais le critère Enfants en difficulté paraît être plus approprié et ce dernier critère a été majoritairement utilisé, soit dans 72% des orphelinats. D'autres critères complémentaires ou spécifiques à l'institution sont aussi utilisés : être handicapé, être malade ou avoir un test médical pour les cas de VIH/SIDA (l'admission se fait après le test médical), être un enfant âgé de 4 ans au plus ou tout simplement être recommandé par une institution ou une personne (voir tableau 6).

Tableau 4 . Les principaux critères d'admission

CRITERES D'ADMISSION	NOMBRE	%
Avoir un test médical	8	25.0
Etre Orphelin	14	43.8
Handicapé	2	6.3
Enfant en difficulté	23	71.9
Acte de naissance	4	12.5
Etre recommandé	6	18.8
Enfant malade grave	1	3.1
0 - 4 ans	5	15.6
0 - 12 ans	1	3.1
ENSEMBLE	32	100.0

Les données de l'étude rapportent que près de 43% de l'effectif total des enfants sont identifiés comme orphelins. En effet, 18.9% sont orphelins de père et de mère, 15% sont orphelins de père (père inconnu ou absent) et 8.7% sont orphelins de mère seulement. Dans la majorité des cas, soit 57.4%, le statut de l'enfant n'a pas été précisé. On a noté au sein de l'effectif total que 574 enfants, soit 19.4%, ne sont pas des orphelins alors que pour 1124 autres enfants, soit 38%, le caractère orphelin ou non-orphelin ne pouvait être précisé par les responsables.

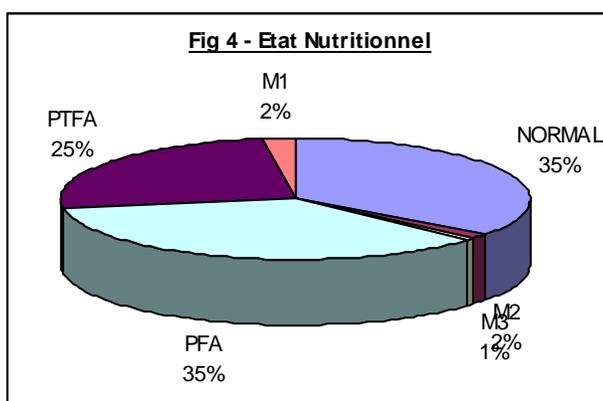
Tableau 5 Distribution des orphelins au sein des orphelinats

	NOMBRE	%
ORPHELINS DE PERE ET DE MERE	558	18.9
ORPHELINS DE PERE	445	15
ORPHELINS DE MERE	257	8.7
ENFANTS NON ORPHELINS	574	19.4
NE SAIT PAS	1124	38
TOTAL	2958	100.0

4.5 Les principaux problèmes et besoins en santé des pupilles.

4.5.1 État nutritionnel

En ce qui concerne le statut nutritionnel des bénéficiaires, l'analyse du rapport poids/âge a été utilisée. Seulement cent quatre vingt six (186) enfants de moins de 5 ans (60% de l'effectif total des moins de 5 ans), ont été pesés. Les résultats indiquent que 65% (n=121) de ces derniers souffrent de malnutrition au moment de la collecte de données. Les plus forts pourcentages de malnutrition concernaient les enfants avec statut de PFA (35.5%) et PTFA à hauteur de 25.3%. Il n'a pas été noté une différence assez significative entre les deux sexes sauf qu'on a eu davantage de garçons que de filles dans le sous-groupe des PTFA (soit 26 contre 21).



4.5.2 État vaccinal des moins de 5 ans

L'état vaccinal des enfants de moins de 5 ans est un bon indicateur pour apprécier le niveau de protection des enfants contre les maladies courantes. Le tableau 8 donne les indications par tranche d'âge.

ENFANT	GARCON		FILLE		ENSEMBLE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0 – 11 MOIS	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Nombre d'enfants 0 – 11 mois	12		21		33	
12 – 59 MOIS	21	15.0	15	11.1	36	13.1
Nombre d'enfants 12 – 59 mois	139		135		274	

En ce qui concerne le statut vaccinal des bénéficiaires, seulement 33 enfants de moins d'un an ont été répertoriés au sein des orphelinats. Cependant, aucune information n'était disponible au sujet de leur statut vaccinal. Dans la tranche d'âge comprise entre 12 et 59 mois, on a retrouvé 274 enfants dont seulement 13% (n=36) sont complètement vaccinés. Ce taux est nettement en dessous de la moyenne nationale.

4.5.3 Les autres problèmes de santé des bénéficiaires

Sur les 2958 enfants des orphelinats visités, 488 enfants ont été déclarés malades au cours de la collecte. Les principales pathologies mentionnées (non vérifiées) par les répondants se répartissent comme suit : les affections cutanées sont les plus prévalentes à hauteur de 54.5% contre 15.6% pour les IRA, 14.3% pour le VIH-SIDA et 11.9% pour la tuberculose.

MALADIE	GARCON		FILLE		ENSEMBLE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
TUBERCULOSE	23	10.2	35	13.4	58	11.9
VIH-SIDA	37	16.4	33	12.6	70	14.3
PEAU	121	53.5	145	55.3	266	54.5
IRA	37	16.4	39	14.9	76	15.6
NE SAIT PAS	8	3.5	10	3.8	18	3.7
TOTAL	226	100.0	262	100.0	488	100.0

Rapporté à l'ensemble (n=2958) des bénéficiaires des 32 orphelinats de l'étude, le pourcentage d'enfants avec VIH-SIDA et tuberculose sont respectivement de l'ordre de 2.0% et de 2.4%; les affectations cutanées représentent 9% et les IRA 2.6%. En général il y a un peu plus de filles à être malades (17.1) que de garçons (14.7%).

MALADIE	GARCON N=1486		FILLE N=1472		ENSEMBLE N=2958	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
TUBERCULOSE	23	1.5	35	2.4	58	2.0
VIH-SIDA	37	2.5	33	2.2	70	2.4
PEAU	121	8.1	145	9.8	266	9.0
IRA	37	2.5	39	2.6	76	2.6
NE SAIT PAS	8	0.5	10	0.7	18	0.6
ENSEMBLE	226	14.7	262	17.1	488	16.5

Bien qu'il n'existe pas de système de détection systématique du VIH, Si on considère le tableau 9, on peut dire qu'il y a 9 orphelinats qui hébergent et prennent en charge, au moins un enfant infecté par le VIH au moment de la collecte. Le pourcentage moyen d'enfants infectés au sein de ces neuf orphelinats par rapport à l'effectif total est de 5%. Il faut toutefois noter que l'un de ces orphelinats accueille principalement des enfants infectés par le VIH-SIDA et en détient un pourcentage très élevé de l'ordre de 80.5% de son effectif total (soit 29 enfants infectés sur 36).

# code orphelinat	Effectif total	Nombre d'enfants infectés VIH	% à effectif	
1	470	19	4.04	
3	515	15	2.9	
14	66	1	1.5	
21	20	1	5.0	
25	98	2	2.0	
26	36	29	80.5	
27	73	1	1.4	
29	80	1	1.3	
30	52	1	1.9	
Total	9	1410	70	5.0

Toutefois, on a noté également que 12.5% des orphelins ont des parents d'enfants qui sont infectés par le VIH-SIDA. Mais dans 62.5% des cas, soit dans 20 orphelinats, on n'a pas fait mention du statut sérologique des parents.

Au moment de la collecte, les responsables de 4 orphelinats (12.5%) nous rapportent que plus de la moitié (51.4%) de ces enfants ont un parent qui est reconnu infecté par le VIH-SIDA.

ENFANT	NOMBRE	%
INFECTES	36	51.4
TOTAL	70	100.0

Rapporté à l'ensemble des enfants (2958) des 32 orphelinats, ce taux représente 1.2%. En d'autres termes, on pourrait dire qu'en moyenne 1 enfant sur 100 a un parent connu infecté par le VIH au sein des orphelinats de l'étude.

Près des deux tiers (62.5%) des orphelinats ne détiennent pas d'informations au sujet du statut sérologique des parents. Cependant, au moment de la collecte, on a retrouvé pour 7 orphelinats (22%) que le nombre d'enfants dont les parents sont décédés du SIDA est de 18.

	NOMBRE	%
	18	0.6
TOTAL	2958	100.0

Ce petit groupe (0.6% de l'effectif total) constitue alors le nombre connu des orphelins du SIDA vivant dans les orphelinats reconnus par l'IBESR. Pour résumer, sur chaque 200 enfants, deux ont des parents vivant infectés par le VIH-SIDA et un seul a déjà un ou les deux parents décédés de cette maladie. Ce groupe va être plus important si on considère le groupe de parents qui est actuellement infectés Comment est la situation dans les autres orphelinats et auprès des enfants des rues?

Plus d'un tiers (37.5%) des orphelinats seraient favorables à accueillir à l'avenir, des orphelins du VIH-SIDA moyennant la satisfaction de certaines conditions (tableau 15). En effet, plus des trois quarts (83%) de ces orphelinats indiquent que les facilités d'accueil doivent être suffisantes alors que d'autres responsables d'orphelinats pensent que la mise à leur disposition d'un personnel qualifié (16.7%), des ressources matérielles (16.7%) et financières nécessaires (16.7%) constituent tout aussi bien des conditions déterminantes de cette capacité d'accueil.

ACCUEILS FAVORABLES	NOMBRE	%
Enfant sidéen abandonné	1	8.3
Enfant sidéen	2	16.7
Avoir une structure physique beaucoup plus adaptée	10	83.3
Avoir un personnel qualifié	2	16.7
Avoir une aide en formation du personnel	1	8.3
Avoir une aide en matériels adéquats	2	16.7
Avoir une aide financière adéquate	2	16.7
Avoir de l'aide	3	25.0
ENSEMBLE	12	100.0

4.5.4 La situation des handicapés

En ce qui concerne les autres pathologies, 43.8% des orphelinats hébergent des handicapés moteurs

ENFANT	NOMBRE	%	N
GARCON	47	3.2	1486
FILLE	67	4.6	1472
TOTAL	114	3.9	2958

Donc, en moyenne, 4.0% des bénéficiaires au sein des orphelinats de l'étude sont des handicapés moteurs (physiques).

En ce qui concerne les enfants avec troubles mentaux, les données indiquent que 41% des orphelinats en détiennent chez eux. Donc de l'ensemble de l'effectif total, 2.7% des enfants auraient des troubles mentaux, soit une moyenne de 3 enfants avec troubles mentaux sur 100 (tableau 14).

ENFANT	NOMBRE	%	N
GARCON	33	2.2	1486
FILLE	46	3.1	1472
TOTAL	79	2.7	2958

4.5.5 Les enfants avec autres troubles

La moitié (50%) des orphelinats rapportent l'existence de 260 enfants qui présentent d'autres troubles au sein de leur effectif. Les principaux troubles mentionnés sont les suivants : les troubles du langage représentent 24.6% des enfants de ce sous-groupe, la cécité (2.7%), la surdité (2.3%), la déficience intellectuelle (32.3%) et des troubles du comportement (17.7%)

TROUBLES	GARCON		FILLE		ENSEMBLE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Langage	33	28.2	31	21.7	64	24.6
Cécité	4	3.4	3	2.1	7	2.7
Surdité	3	2.6	3	2.1	6	2.3
Langage et cécité	1	0.8	0	0.0	1	0.4
Langage et surdité	9	7.7	14	9.7	23	8.8
Langage, cécité et surdité	0	0.0	1	0.7	1	0.4
Déficience intellectuelle	40	34.2	44	30.8	84	32.3
Trouble du comportement	20	17.1	26	18.2	46	17.7
Autre	7	6.0	21	14.7	28	10.8
TOTAL	117	100.0	143	100.0	260	100.0

Certains enfants sont, par ailleurs, porteurs de plusieurs troubles à la fois (langage-cécité-surdité). Les enfants avec troubles du langage associé à la surdité, sont les plus importants (8.8%) contre 0.4% pour ceux-là ayant les troubles du langage associés à la cécité et à la surdité.

4.6 Profil descriptif de l'offre des services de santé au sein des orphelinats

4.6.1 Services de santé préventive

Vingt neuf orphelinats (91%) offrent des services de santé préventive notamment la vaccination (100%), la distribution de Vit A (83%), les séances de pesées (62%) et les vermifuges dans 76% des cas. Plusieurs orphelinats offrent toute la gamme de services sus-mentionnés.

SERVICES DE SANTE	NOMBRE	%
Vaccination	29	100.0
Vitamine A	24	82.8
Pesée	18	62.1
Taille	15	51.7
Vermifuge	22	75.9
Autre	8	27.6
ENSEMBLE	29	100.0

Plusieurs points de prestation de services sont utilisés par les responsables des orphelinats dans le cadre de la fourniture de services. Dans la grande majorité des cas (86.2%), ils fournissent les services au sein de l'orphelinat. Mais dans près de 50% des cas, ils utilisent les services

INSTITUTIONS	NOMBRE	%
Hôpital	14	48.3
Centre de santé avec lit	1	3.4
Centre de santé sans lit	3	10.3
Dispensaire	4	14.0
Service sur place	25	86.2
Cabinet de médecins	4	13.8
A l'école	1	3.4
Autre	2	6.8
ENSEMBLE	29	100.0

de l'hôpital. D'autres orphelinats s'adressent pourtant aux centres de santé (13.7%) contre 14% qui utilisent les services du dispensaire. Le cabinet médical est cité dans 13.8% des cas contre 3.4% au niveau de l'école.

4.6.2 Les services médicaux externes et hospitaliers

En matière de services fournis aux enfants malades, plus de trois quarts (78%) des responsables des orphelinats déclarent disposer d'une assistance médicale pour des enfants qui seraient éventuellement malades alors que près d'un quart (22%) n'en disposent pas.

Dans la grande majorité des cas (84.0%), les orphelinats utilisent les services de médecins en privé. Plus des deux tiers (68%) offrent à la fois des soins médicaux et hospitaliers. D'autres pourtant (20%) assurent une prise en charge complète des enfants malades..

TYPE D'ASSISTANCE	NOMBRE D'ORPHELINATS	%
Médecin privé	21	84.0
Soins médicaux/ hospitalisation	17	68.0
Prise en charge complète	5	20.0
ENSEMBLE	25	100.0

Il est important de souligner que seulement 22.8% des orphelinats bénéficient des services offerts par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) à travers ses programmes prioritaires.

La très grande majorité des orphelinats (93.9%) dispose sur place d'un service de premiers soins et d'un service de pharmacie dans plus des deux tiers (69.7%) des orphelinats.

SERVICES	NOMBRE	%
Premiers soins	31	96.9
Pharmacie	23	71.9
Services pour handicapés	3	9.4
Autres	6	18.7
ENSEMBLE	32	100.0

Un faible pourcentage de l'ordre de 9.1% offrent des services spécifiques pour handicapés. D'autres services dont la nature n'a pas été précisée, sont également fournis au niveau de 18.2% des orphelinats.

4.6.3 Services offerts aux handicapés physiques

En ce qui concerne les services offerts aux handicapés moteurs, 14 orphelinats seulement offrent des services en réponse à certains besoins spécifiques de ce sous-groupe. Ainsi, près des deux tiers (64.3%) des 14 orphelinats offrent des services adaptés qui consistent essentiellement en des exercices, en des séances d'éducation dans plus d'un tiers des cas (35.7%) et en d'autres services spéciaux (35.7%) dont la nature n'a pas été précisée.

SERVICES OFFERTS	NOMBRE	%
Exercice	9	64.3
Education spéciale	5	35.7
Services spéciaux	5	35.7
Centre d'accueil	3	21.4
Programme nutrition	1	7.1
Aucun	1	7.1
ENSEMBLE	14	100.0

Certains d'entre eux (21.4%) dirigent leurs patients vers des centres d'accueil alors que l'un d'entre eux offre un programme de nutrition à ses enfants handicapés. Il existe cependant un orphelinat qui n'offre pas de services spécifiques à ses enfants handicapés.

4.6.4 Services offerts aux enfants avec troubles mentaux

En matière de services aux enfants présentant des troubles mentaux, seulement 13 orphelinats assurent de tels services. En effet, les services couramment offerts par ces institutions consistent essentiellement en un suivi psychologique et médical (30.8%), la consultation (30.8%), la pratique d'exercices (15.4%). D'autres (23.1%) disposent d'autres services dont la nature n'a pas été précisée. La référence vers le Centre Saint Vincent est citée pour un orphelinat et le programme nutritionnel a été mentionné dans 2 orphelinats (15.4%).

SERVICES OFFERTS	NOMBRE	%
Suivi psycho-médical	4	30.8
Pratique des exercices	2	15.4
Consultation	4	30.8
Référé a St Vincent	1	7.7
Programme nutritionnel	2	15.4
Autres	3	23.1
ENSEMBLE	13	100.0

En ce qui concerne les autres troubles, les responsables de neuf orphelinats (56.3%) disent avoir utilisé les services de centre d'éducation spéciale alors que 12.5% utilisent les services d'un

professeur particulier. La visite chez des parents a été citée dans 37.5% des cas, soit dans six orphelinats (tableau 25).

SERVICES OFFERTS	NOMBRE	%
Centre d'éducation Spéciale	9	56.3
Professeur particulier	2	12.5
Visite chez les parents	6	37.5
ENSEMBLE	16	100.0

4.7 Profil descriptif des principaux services sociaux disponibles et besoins prioritaires

4.7.1 Les services scolaires

En ce qui concerne les services sociaux, la très grande majorité des cas (94%), les enfants fréquentent l'école. Dans environ deux tiers (66%) de l'ensemble des orphelinats, on retrouve une école primaire. L'apprentissage d'un métier est obligatoire seulement dans 59% des orphelinats.

NIVEAU SCOLAIRE	NOMBRE	%
Kindergarden	9	30.0
Pré-scolaire	19	63.3
Primaire	25	83.3
Secondaire	17	56.7
Professionnelle	14	46.7
Supérieur/ Universitaire	4	13.3
Autres	1	3.3
ENSEMBLE	30	100.0

En ce qui concerne les niveaux scolaires, 30% offrent le jardin d'enfants, 63.3% le niveau préscolaire, 83.3% le primaire, 56.7% le secondaire. La formation professionnelle est offerte dans 47% des cas et l'enseignement universitaire dans 13% des cas.

4.7.2 La réinsertion au sein de la communauté

La majorité des orphelinats (59.4%) n'œuvrent pas en faveur de l'insertion (réintégration) sociale des enfants et des jeunes. En ce qui concerne les activités préparatoires à l'insertion sociale des jeunes, il est à noter que seulement un quart (25%) des orphelinats offre une formation professionnelle, 25% rétablissent les liens avec les familles d'origine alors que 25% s'engagent dans la recherche d'emploi pour les gradués. Seulement, un très faible pourcentage (9.4%) déclare offrir un soutien économique à ces jeunes à leur sortie de l'orphelinat. Le contact avec l'IBESR n'a été établi que pour deux orphelinats (soit 6.2%) seulement dans le cadre de la coordination d'un tel processus.

TRANSITIONS	NOMBRE	%
Pas de promotion sortante	7	21.9
IBESRS	2	6.2
Pasteur	1	3.1
Education/ formation professionnelle	8	25.0
Contact avec leur parents d'origine	8	25.0
Recherche d'emploi	8	25.0
Soutien économique et physique	3	9.4
ENSEMBLE	32	100.0

Près d'un quart des orphelinats (22%) déclarent ne pas avoir de promotion sortante. Ce qui semble appuyer les trouvailles du tableau 21 où près de la moitié (47%) des orphelinats reconnaissent n'avoir pas fixé d'âge de sortie pour les jeunes.

GROUPE D'AGE	NOMBRE	%
Pas d'age	15	46.9
16 ans	1	3.1
18 ans	9	28.1
20 ans	3	9.4
22 ans	1	3.1
24 ans	1	3.1
25 ans	2	6.3
TOTAL	32	100.0

Cependant bon nombre (28%) d'entre eux l'ont fixé à 18 ans. Près d'un quart (22%) entendent retenir encore les jeunes au-delà de 18 ans.

En ce qui concerne les liens avec les anciens pupilles, une forte majorité d'orphelinats (81%) garde encore le contact avec certains bénéficiaires après leur sortie de l'institution. Ainsi, ces liens consistent essentiellement en l'échange de courriers dans près d'un tiers des cas (31%), les visites des anciens dans 96.2% des cas, le contact téléphonique (42.3%), la participation aux excursions et promenades dans près d'un quart des orphelinats (soit 23%), la participation aux fêtes annuelles (19%) et la tenue de réunions avec les anciens a été citée dans 11.5% des cas.

Dans la majorité des cas, les orphelinats entretiennent davantage de liens étroits avec les familles d'origine tel n'est pas le cas pour les autres structures communautaires notamment : les familles d'accueil (22.3%), les centres de jour (15.5%) et les centres de réadaptation (16%).

Il est à noter que près d'un tiers des parents (31%) d'enfants pris en charge au sein des orphelinats participent aux activités de l'institution. Ainsi, tous ces parents (100%) offrent leur participation lors des festivités organisées par l'institution, et certains contribuent à la réalisation des activités relatives à la cuisine (soit 60%), et à la propreté des locaux dans 70%.

4.7.3 Profil des services offerts par les travailleurs sociaux.

D'entrée de jeu, il faut préciser que plus de la moitié (56.2%) des orphelinats ne disposent pas de travailleurs sociaux.

SERVICES OFFERTS	NOMBRE	%
Encadrement régulier des enfants	12	85.7
Adaptation sociale	10	71.4
Education par les pairs	6	42.9
Physiothérapie	1	7.1
Savoir-vivre	2	14.2
Formation	3	21.4
ENSEMBLE	14	100.0

Seulement 14 orphelinats (44%) disposent d'un travailleur social. Les services qu'ils ont pu offrir sont les suivants : un encadrement régulier (sans précision) aux bénéficiaires dans 85% des cas., l'adaptation sociale dans 71.4% et l'éducation par les pairs dans 43% des cas.

4.7.4 Les loisirs au sein des orphelinats

Un ensemble de services a été mis en place dans certains orphelinats en faveur des enfants. Ces services concernent en particulier la disponibilité de livres (59.4%), la chorale (31.3%), la musique (37.5%), le jardinage (12.5%), le sport (47%), les jouets (53.1%), le matériel pour les dessins (59.3%), les jeux (47%), les services de bibliothèque (37.5%), la radio (46.9%), la télévision (56.3%). Le foot-ball reste le sport favori dans deux tiers des cas (66%) des cas suivi du basket-ball (53.1%).

4.8 Profil descriptif des ressources disponibles actuelles

4.8.1 Les ressources humaines

Les employés au sein de l'ensemble des orphelinats sont regroupés en personnel administratif, en professionnels, en personnels de soutien et le petit personnel. Le personnel administratif est relativement en faible proportion (10%) comparativement au personnel de soutien qui représente 29% et le petit personnel autour de 35%. Des différences ont été relevées d'un orphelinat à l'autre en termes de disponibilité de personnel à la fois qualifié et en nombre suffisant.

EMPLOYES	NOMBRE	%
GESTIONNAIRE	79	10.0
PROFESSIONNEL	210	26.3
PERSONNEL DE SOUTIEN	231	28.9
PETIT PERSONNEL	277	34.7
AUTRES	1	0.1
TOTAL	798	100.0

4.8.2 Besoins en formation

En ce qui a trait aux besoins en formation du personnel, on peut dire que dans la majorité des orphelinats visités les besoins en formation du personnel n'ont pas été clairement définis par les personnes interviewées. Certains besoins en formation ont été surtout rapportés par les responsables en absence des autres employés. Ces besoins couvrent essentiellement le domaine de la psychologie (28.1%), la gestion (18.8%) et la bureautique (18.8%).

Les travailleurs sociaux, selon les responsables auraient des besoins en formation touchant prioritairement la psychologie. Pour le petit personnel, ces besoins n'étaient pratiquement pas exprimés. Dans plus de 50% des cas, aucune réponse n'a pu être fournie et aucun besoin en formation n'a été cité par les interlocuteurs.

4.9 Les trouvailles issues de l'observation des conditions d'hébergement

Les conditions d'hébergement sont en général acceptables dans 2/3 des cas. Dans 2/3 des cas (65.6%), l'état des locaux des orphelinats est satisfaisant et bon dans 1/3 des cas. Le mobilier de base, le matériel et les fournitures de base sont estimés satisfaisants dans la moitié des cas.

4.9.1 État physique des bâtiments

Les résultats issus du traitement des données du guide d'observation indiquent les résultats suivants : dans environ les 2/3 des cas (65.6%), l'état des locaux des orphelinats est satisfaisant et bon dans 1/3 des cas. La densité moyenne se situe à 1.87 mètre carré, en termes de superficie de chambre. Les toitures sont en bon état dans la grande majorité (93.7%) des cas. Dans 3/4 des orphelinats de l'étude, l'état du parquet et des murs est satisfaisant. Le revêtement

des murs, les fenêtres, les portes, et les galeries sont en bon état dans plus de $\frac{3}{4}$ des orphelinats.

La tuilerie de protection au niveau des fenêtres est en mauvais état dans plus de la moitié des cas (59.3%). L'état de la cour est satisfaisant dans la moitié des cas. Les clôtures sont majoritairement (87.5%) en bon état. Les salles de bain sont dans la très grande majorité (90.6%) des cas dans un état satisfaisant.

Les salles de jeu (quand elles existent) sont dans la moitié des cas dans un état satisfaisant. L'aération des salles et la propreté en général, sont relativement satisfaisantes.

L'état général des réfectoires (salles à manger) est satisfaisant dans près de $\frac{2}{3}$ des orphelinats (62.5%) alors que dans $\frac{1}{4}$ des situations, ils sont en très mauvais (25%). Dans plus des $\frac{2}{3}$ des orphelinats (soit 68.7%), l'état des lavabos pour le lavage des mains est mauvais.

Au sein de 9 orphelinats (28%), la cuisine est en mauvais état alors qu'il est jugé satisfaisant dans près des $\frac{3}{4}$ des orphelinats (soit 78%). La disponibilité en eau courante au sein de la cuisine est mal assurée dans près de la moitié des cas (soit 43.7%). La conservation des aliments cuits est mauvaise dans près de $\frac{3}{4}$ (71.8%) des orphelinats et celle des aliments crus dans 40.6% des cas.

4.9.2 La situation de l'eau potable

Dans la très grande majorité des orphelinats (90.6%) l'eau courante est disponible. Les sources d'approvisionnement sont multiples : la CAMEP (34.4%), les puits (34.4%), les eaux de pluie (25%), achat via les camions-citerne (25%). En ce qui concerne la conservation de l'eau, 41.4% disposent d'un réservoir et les autres de bassin (10.3%) et de drums (10.3%). L'eau de boisson provient dans la majorité des cas (53.1%) du robinet du système public d'adduction (CAMEP), et dans 28.1% des cas, elle provient des puits protégés couverts, des citernes et de réservoir dans 15.6% des orphelinats. Dans la moitié des cas, l'eau est habituellement traitée au moyen de l'eau de Javel, filtrée dans 37.6% des cas. Un faible pourcentage (9.4%) d'orphelinats utilise des tablettes (aquatab) pour la désinfection de l'eau de boisson.

L'état des puits et des bassins protégés est plutôt bon dans plus des $\frac{2}{3}$ (68.7%) des cas alors que l'état des puits et bassins non protégés est en mauvais état dans la très grande majorité (90.6%) des cas.

4.9.3 Les ressources financières (modes de financement des orphelinats)

En matière de financement, la majorité des responsables des orphelinats a mentionné plusieurs sources de financement de leurs activités. La contribution du particulier (privé) semble en représenter le plus fort pourcentage et ce, à hauteur de 50%. Les fonds propres représentent la deuxième source de financement suivie de la contribution volontaire des membres et de celle de certaines ONGs. Il a été également noté que la majorité des orphelinats (81.3%) n'a pas un budget élaboré sous la base de coût unitaire par enfant et par jour. Pour les quelques orphelinats détenant ce mode de planification budgétaire, ce coût unitaire se situe en moyenne à la hauteur de 96 gourdes.

4.10 Les besoins exprimés en regard des besoins normatifs.

En complémentarité avec les trouvailles du guide d'observation, les responsables ont été invités à exprimer leurs principaux besoins en réhabilitation, en équipements, en matériels de base, en fournitures et en mobilier pouvant leur permettre d'offrir une meilleure qualité de services aux bénéficiaires.

4.10.1 Les besoins en réhabilitation-construction

Les besoins exprimés par les responsables en matière de réhabilitation et construction sont énormes. Près du quart (22%) manifestent l'intention d'entreprendre la construction de nouveaux locaux. Près d'un tiers (31.2%) de ces responsables souhaite à la fois construire et réaliser des travaux de réhabilitation. Un troisième groupe de responsables (31.2%) s'intéresse aux travaux de réhabilitation de quelques locaux seulement.. Cinq responsables d'orphelinats (15.6%) ne se sont pas prononcés à ce sujet. Ces besoins en réhabilitation et construction concernent surtout, par ordre de fréquence, les dortoirs et les chambres à coucher, les toilettes, la cuisine, le réfectoire, les clôtures, la peinture et les travaux de drainage. Certains orphelinats prévoient également des travaux lourds consistant en la construction d'école, de centre de formation professionnelle, de centre sportif, de clinique médicale et même de pharmacie, etc...

Les besoins exprimés par les responsables en matière de réhabilitation et construction sont considérables mais se heurtent souvent aux limitations inhérentes à leur statut de locataire. En effet, dans l'éventualité d'une intervention sur les bâtiments, il a été noté que plus de la moitié (53%) des locaux occupés par les orphelinats appartiennent aux responsables et seulement 60% parmi ces responsables sont autorisés à modifier de manière substantielle la structure physique de ces locaux.

4.10.2 Les besoins en équipements de base

En ce qui concerne les besoins exprimés en équipements, par ordre de priorité, on a noté que plus de la moitié (53.1%) des responsables s'intéressent à l'acquisition d'une génératrice, 40.6% d'un inverter, de batteries (22%), d'ordinateurs (43.7%), de four (28.1%), de réfrigérateur (31.2%), de pompe à eau (12.5%), et de machines à coudre dans 6.2% des cas.

4.10.3 Les besoins exprimés en mobilier de base

Les besoins qui ont été exprimés en mobilier de base, concernent, par ordre de priorité, l'acquisition de lits dans près des 2/3 des cas, de matelas dans 59.3%, de chaises (43.7%), de tables (25%), de buffets (18.7%), d'armoires (21.8%), de classeurs (15.6%), de berceaux (12.5%), de bureaux (18.7%) et de bibliothèque (6.2%).

4.10.4 Les besoins exprimés en fournitures et matériels de base

En ce qui concerne les besoins exprimés en fournitures et en matériels de base, 59.4% des responsables ont manifesté des besoins en lingerie de base et en vêtements, en chaussures (18.7%) et en moustiquaires (12.5%). Pour les fournitures de cuisine, les besoins concernent essentiellement la vaisselle (28.1%) et les ustensiles (31%). D'autres matériels et fournitures scolaires ont été également cités tels : des livres dans 50% des cas, des cahiers (72%), des plumes (50%) et des jouets éducatifs dans 18.7% des cas. Près d'un quart (25%) des responsables souhaitent aussi recevoir une trousse de premiers soins.

4.11 Les pratiques de gestion dans les orphelinats

En ce qui concerne les pratiques courantes de gestion, 75% des responsables d'orphelinats déclarent que leur institution est régulièrement supervisée. Cependant l'autre quart (25%) parmi ces 32 responsables reconnaissent n'avoir jamais été supervisés dans l'exercice de leurs activités. Plus des deux tiers (67%) parmi les responsables déclarent être supervisés par l'IBESR. Il a été noté également que 50% des orphelinats reçoivent des visites de supervision de leurs financeurs. Les données sur la nature de ces activités ainsi que leur périodicité n'ont pas été fournies par les responsables.

En ce qui concerne l'évaluation, plus de la moitié (56%) des responsables orphelinats déclarent que leurs activités sont régulièrement évaluées soit par l'IBESR, soit par d'autres organisations .

Une forte majorité d'orphelinats (81%) préparent régulièrement leurs rapports d'activités pour les donateurs mais 19% seulement acheminent des rapports à l'IBESR. La majorité en donne aux donateurs et financeurs seulement.

Près des trois quarts (75%) des orphelinats tiennent à jour les dossiers des bénéficiaires et dans Les principales informations qui y figurent sont d'ordre médical (83.3%), administratif (62.5%), familial (79.2%), social (62.5%) et juridique (33.3%)

DOSSIERS	NOMBRE	%
Administrative	15	62.5
Médicale	20	83.3
Familiale	19	79.2
Juridique	8	33.3
Sociale	15	62.5
Autres	1	4.2
ENSEMBLE	24	100.0

Presque tous les responsables d'orphelinats (94%) déclarent posséder un acte constitutif et des statuts mais cela a pu être vérifié seulement dans 36.7% des cas. Plus des $\frac{3}{4}$ des orphelinats (78%) disposent d'une description de tâches pour leurs employés alors que $\frac{2}{3}$ (65.6%) disposent de manuels de normes, de procédures et de règlements internes. Presque tous les orphelinats (94%) tiennent régulièrement des réunions avec le personnel dont certains le font sous base mensuelle dans 33% des cas, d'autres sous base hebdomadaire (30%) et un faible pourcentage (17%) les réalisent occasionnellement. Trois orphelinats sur quatre (75%) déclarent disposer d'un Conseil d'Administration fonctionnel au moment de la collecte.

V. DISCUSSION

Cette discussion a comme objectif de mettre en lumière les principaux faits saillants de l'étude des besoins. En premier lieu, nous reprenons les résultats du questionnaire et du guide d'observation qui apparaissent comme les plus révélateurs sur les besoins prioritaires (essentiels, courants et en situation critique) des enfants et des jeunes en matière de santé et de services sociaux. Par la même occasion, nous comptons souligner les différences les plus prononcées entre les institutions visitées ainsi que les facteurs qui influent sur les besoins et les services actuels. Des liaisons possibles seront envisagées avec d'autres facteurs de nature bio-psychosociale qui seraient des déterminants du constat actuel.

Cette section d'analyse et d'interprétation des résultats est enrichie par le volet qualitatif de l'étude, ce qui permet non seulement de dégager les principaux thèmes relevés pour la discussion et qui vont renforcer certains résultats du questionnaire mais aussi ceux qui proposent des nuances susceptibles d'expliquer des contradictions apparentes. Nous allons également considérer certains écarts qui ont été observés à la lumière de certaines normes insérées dans le document de la Convention des droits de l'enfant en raison de leur importance par rapport aux variables et les grands thèmes d'intérêt de l'étude.

On va tenter également de vérifier certaines des hypothèses évoquées au début ou à défaut, d'en apprécier le sens profond par rapport aux principaux constats issus de l'étude. En effet, on se propose de mettre l'accent sur l'appréciation de la structure générale des orphelinats, des valeurs qui entourent le niveau des services offerts ainsi que des pratiques de gestion courantes. Ces considérations auront certainement dégagé des pistes de recherche et d'interventions futures.

5.1 De la distribution des orphelinats à l'échelle du pays.

En considérant les résultats de l'étude, on se rend compte que les 32 orphelinats fonctionnels sont distribués à 97% dans le département de l'ouest et 3% dans le Centre. La question qu'on peut se poser immédiatement serait celle-ci : quels sont les services disponibles pour les enfants en situation difficile dans les autres sept départements du pays? En effet, parmi les 133 communes du pays, seulement 9 communes détiennent des orphelinats accrédités, soit 6.8%. Dans ce contexte particulier de rareté de ressources, cette très faible couverture demeure assez préoccupante si on considère l'étendue des besoins en services des enfants et jeunes des régions éloignées et défavorisées du pays.

Il est pourtant clairement reconnu dans l'article 20 de la Convention aux Droits des Enfants (CDE) traitant des droits des enfants sans familles,

"le droit à tout enfant de recevoir une protection et une aide spéciales de l'État lorsque privé de son milieu familial ; cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de l'adoption ou du placement dans un établissement pour enfants approprié".

De plus, selon l'avis de certains informateurs clé, il existerait dans le pays (y compris l'aire métropolitaine) d'autres maisons d'enfants informelles qui fonctionnent en dehors du cadre réglementaire de l'IBESR et ce, en réponse à une certaine demande dans leurs milieux respectifs. Compte tenu des implications psychosociales et juridico-légales qui se rattachent à la tenue de ces maisons d'enfants, nous pensons qu'un effort doit être consenti par tous les

acteurs concernés en vue de faciliter le processus de reconnaissance des autres orphelinats informels au niveau du pays et plus particulièrement dans les autres sept départements. Cet effort de reconnaissance serait couplée, à fortiori, à une démarche de rationalisation de la distribution et de la prestation de ces institutions en conformité à la satisfaction des besoins normatifs de groupes cibles bien définis. Finalement, il pourrait être intéressant de noter des différences significatives de performance entre les différentes régions du pays et qui pourraient être l'objet de fertilisations croisées.

5.2 Une grande variabilité entre les critères d'admission des bénéficiaires

Si l'on s'en tient à la provenance sociale et au profil des bénéficiaires des orphelinats, on pourrait dire que l'appellation « orphelinat est impropre ». Le concept « maison d'enfants paraît plus approprié aux termes même de la législation haïtienne en vigueur et qui stipule que :

Les maisons d'enfants sont des institutions publiques ou privées, laïques ou religieuses habiles à recevoir et à prendre en charge, les mineurs de l'un ou l'autre sexe, appartenant à une des catégories suivantes : 1) les enfants orphelins ; 2) les enfants abandonnés ; 3) les enfants nécessiteux ; 4) les irréguliers d'ordre physique ou mental.

Par rapport à cette définition, les enfants en difficulté pourraient donc faire référence à l'une ou à plusieurs de ces catégories d'enfants mais l'élément qui paraît être le plus important à souligner ici, se rapporte à la forte proportion d'enfants n'ayant pas été pris en charge par leurs parents biologiques durant leur tendre enfance. En effet, on a noté au sein des orphelinats de l'étude que la proportion d'enfants d'âge préscolaire (moins de 5 ans) est assez élevée, soit 10.4% alors que les enfants d'âge scolaire, représentent 27%. En d'autres termes, les enfants âgés de moins de 13 ans constituent sont des dépendants et représentent environ plus du 1/3 de l'effectif total. L'on comprend aisément combien il est urgent de mettre en place des services globaux adaptés à leurs besoins.

Au niveau de la CDH, ces considérations normatives sont renforcées par son article 25 qui soutient que :

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires

Les résultats de l'étude rapportent que 43% de l'effectif total des enfants ont été identifiés comme ayant le statut d'orphelins et sont répartis comme suit : 18.9% sont à la fois orphelins de père et de mère, 15% le sont de père seulement et 8.7% de mère seulement. Ces trouvailles semblent appuyer les mêmes observations de l'EMMUS-III (2000)⁷, à savoir que « 18% des enfants en

⁶ En effet, l'article 1 de la CDE souligne : qu'un enfant désigne toute personne de moins de 18 ans, à moins que les lois nationales n'accordent la majorité avant cet âge. Par définition, les orphelinats seraient des institutions qui accueillent et élèvent des enfants mais on se rend compte qu'un grand nombre (59.0%) d'entre eux n'ont pas fixé d'âge d'entrée et de sortie pour les bénéficiaires dont une forte proportion dépassent l'âge de 18 ans ; c'est pourquoi il nous a été important de considérer également l'appellation « jeunes » dans notre analyse. Cependant, la législation haïtienne utilise couramment le terme *pupille* pour désigner les occupants des maisons d'enfants qu'ils soient orphelins ou pas.

⁷ Cayemittes, M., Placide, M.-P., (2001). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, EMMUS-III, MSPP/IHE, Haïti 2000, p. 13-14.

Haïti ne vivent pas en compagnie de leurs parents biologiques, que ces derniers soient vivants ou morts. D'autre part, il est à noter que globalement 6% des enfants sont orphelins de père, 3% orphelins de mère et 1% de père et de mère ». Les deux études concordent pour faire ressortir que la proportion d'enfants orphelins de père, représenterait quasiment le double de ceux-là qui sont orphelins de mère. De plus, si on rapporte ces résultats à la définition même du concept orphelin, on pourrait dire d'une part, qu'il y aurait beaucoup plus de jeunes pères que de mères à mourir et d'autre part, il y a probablement beaucoup plus de pères inconnus ou absents qu'il n'y en a de mères. Les mères auraient eu un comportement plus responsable vis-à-vis de leur progéniture que ne le seraient les pères.

Comme le mentionne l'hypothèse 1, l'admission des pupilles devait se faire en fonction de critères techniques qui ont été prédéfinis par l'IBESR. Dans la réalité, tous les orphelinats étudiés, utilisent des critères propres lors du recrutement des bénéficiaires en dehors du critère principal : « être orphelin ». Dans la réalité, ils utilisent plusieurs critères : 43% des orphelinats admettent le fait d'être orphelin⁸ comme critère déterminant d'admission des enfants au sein de l'institution. Mais le critère Enfants en difficulté paraît être plus approprié et ce dernier critère a été majoritairement utilisé, soit dans 72% des orphelinats.

En dehors de cette structure classique couramment utilisée pour catégoriser les moins de 18 ans, on a noté que plus du tiers (37.5%) des orphelinats ont adopté d'autres regroupements de leur effectif en fonction de leur propre logique interne de fonctionnement en rapport d'une part avec les besoins spécifiques des bénéficiaires selon l'âge et d'autres en regard de leur capacité à satisfaire à minima les besoins essentiels de ces enfants aux différents stades de leur développement psycho-social et affectif.

5.3 Les problèmes de santé des pupilles : une situation alarmante

En référence à la vocation des maisons d'enfants, l'hypothèse 2 soutient que les orphelinats accrédités en Haïti par l'IBESR seraient les plus enclins à assurer aux pupilles un paquet optimal de services sociosanitaires. Mais comme on a pu le noter à la section traitant de la morbidité, les enfants ne sont pas indemnes de maladies ce qui semble être relié à la précarité de leurs conditions de vie antérieures à l'admission. En effet, la situation de ces enfants vulnérables doit être considérée sous plusieurs dimensions se rapportant certainement aux principaux déterminants de la santé. Cela suppose que toute intervention pertinente en faveur de ces pupilles devra être envisagée suivant une approche holistique qui sous-tend la prise en considération des principaux déterminants des écarts du constat actuel.

De tous les problèmes qu'on a identifiés au sein des orphelinats, on peut dire que les écarts en matière de santé sont prédominants. La malnutrition et la faible couverture vaccinale chez les moins de 5 ans, le grand nombre d'handicapés physiques, les infectés au VIH-SIDA, les enfants avec troubles mentaux et/ou d'autres troubles sont importants à considérer dans le cadre de cette analyse et ce, en regard des prescrits de la CDE en matière de soins de santé

⁸ *Un enfant orphelin désigne : « tout mineur âgé de moins de 18 ans dont le père ou la mère ou les deux à la fois sont décédés ou absents »*

qui reconnaît entre autres : "le droit à tout enfant de jouir du meilleur état de santé possible et d'avoir accès à des services médicaux ; l'État se doit donc de tenter de réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants, de lutter contre la maladie et la malnutrition. Quelle est donc la portée des services qui ont été mis en place au sein des orphelinats pour remédier à ces problèmes?

L'art 16 soutient que la maison d'enfants doit veiller à la santé tant physique que mentale de ses pupilles, en leur assurant les soins médicaux appropriés. A cet effet, il est fait obligation aux responsables, d'avoir au moins un médecin attaché à l'institution.

Notre hypothèse de départ n'a pas été vérifiée en ce sens que le fait d'être accueilli dans un orphelinat ne garantit pas l'accès systématique à un paquet optimal de services. semble pas rendre les enfants moins vulnérables que s'ils se trouvaient ailleurs. A défaut de ne pouvoir relever ce défi, tous les orphelinats qui offrent des services de santé devraient au moins s'appliquer à fournir aux enfants âgés de moins de cinq ans un paquet optimal de soins préventifs et curatifs de base.

Il nous a été fort surprenant de constater qu'au niveau des orphelinats, le nombre d'enfants de moins de 5 ans complètement vaccinés se situe à 13%. C'est un taux qui est nettement inférieur à la moyenne nationale qui est autour de 40%. Cela indique que plus de 85% des enfants âgés de moins de cinq ans ne bénéficient pas de la couverture vaccinale requise pour leur âge. Comment peut-on expliquer un si faible résultat si ces services sont offerts dans 29 orphelinats sur 32? Ce paradoxe trouverait certainement une explication dans la nature des relations de partenariat avec les instances concernées par ce programme gratuit en Haïti. Pourquoi ne dispose-t-on pas de données concernant les moins de 1 an? Il a été globalement observé qu'en dépit de la disponibilité de certains services de santé au sein de la grande majorité d'orphelinats, les résultats sont excessivement faibles. On peut alors se permettre de questionner la qualité de ces services compte tenu de l'insignifiance des résultats obtenus.

En ce qui concerne les orphelins du SIDA, ils n'ont pas été notés nombreux au sein des orphelinats, soit 1 enfant sur 100. Cependant, on doit leur accorder une attention toute particulière car ce groupe va être plus important si on considère le nombre de parents qui sont actuellement infectés. L'on ne saurait s'empêcher de se questionner sur la portée des services sociosanitaires dans les autres orphelinats informels du pays et auprès des enfants des rues?

On a également noté un fort pourcentage d'enfants handicapés moteurs au sein des orphelinats mais les services dont ils ont besoin ne sont pas toujours disponibles. Ce qui ne semble pas s'aligner avec les prescrits de l'article 23 de la CDE qui reconnaît :

"le droit des enfants handicapés à une éducation et à des soins spéciaux conçus pour les aider à atteindre l'autonomie et à mener une vie pleine et décente dans la société".

C'est la même situation qui prévaut aussi pour les enfants avec d'autres affections. En effet, on a également dénombré près de 3% parmi l'ensemble des enfants des orphelinats qui présentent des troubles mentaux. Ces malades se retrouvent au sein de 13 orphelinats. Les services qui sont mis à leur disposition restent nettement insuffisants et ne prennent pas en compte la diversité des cas. A cet effet, peut-on s'attendre dans un proche avenir à ce que les actions prennent en compte l'organisation de services en santé mentale et en pédopsychiatrie? De toute

façon, nous sommes persuadés que des modalités formelles de liaison avec d'autres partenaires du milieu pourraient être développées et encouragées en vue de satisfaire de manière optimale de tels besoins.

6.5 L'insertion au sein de la famille et de la communauté : un passage difficile.

L'un des principaux défis à relever par les orphelinats demeure cette capacité à réussir une transition heureuse des finissants vers la communauté. Dans cette même perspective, les décideurs et chercheurs seraient portés à appuyer l'hypothèse 4 postulant que « tous les orphelinats accrédités s'engagent à offrir aux pupilles la possibilité de bénéficier d'une formation professionnelle en préparation à leur insertion dans le marché du travail ».

Cette exigence juridico-légale est très souvent négligée par beaucoup de responsables des orphelinats de l'étude. En effet, on a malheureusement noté dans le chapitre précédent, que la majorité des orphelinats (59.4%) n'œuvre pas en faveur de la réinsertion sociale des enfants. Seulement 41% se soucient de cet aspect crucial. Il est pourtant clairement établi par l'article 29 de la CDH que

tout individu a des devoirs envers la communauté dans laquelle le libre et plein développement de sa personnalité est possible.

Cet aspect crucial de la mission des orphelinats nous permet d'apprécier les extrants essentiels de ces derniers vis-à-vis de leur mission. Nous tenons à rappeler ici que la législation haïtienne fait même obligation aux maisons d'enfants,

d'entretenir convenablement leurs protégés et d'assurer leur plein épanouissement par l'éducation, l'instruction et une orientation professionnelle » (et de les préparer à devenir des citoyens responsables, utiles à eux-mêmes et à la société. (art. 10 et 17, Le Moniteur, no.16, mars 1972)

Comment peut-on apprécier aujourd'hui les extrants des orphelinats? Les enfants sont-ils suffisamment bien préparés pour réussir leur insertion au sein de la communauté Sont-ils aptes à affronter leurs obligations sociales dans ce contexte macroéconomique si difficile? Toutefois, un grand doute persiste quant à cette capacité d'insertion socio-professionnelle qui implique des investissements assez importants. Cet écart ne pourrait-il pas expliquer en partie le sentiment de dépendance manifesté par ces jeunes qui, face à cette incertitude de ne pouvoir satisfaire leurs besoins essentiels, résistent à quitter l'orphelinat même avec un métier dans certains cas précis. Ainsi, la situation est d'autant plus complexe et difficile pour les jeunes qui ont été accueillis au sein d'orphelinats où l'habilitation professionnelle n'est pas obligatoire.

Si l'orphelinat devait être une instance d'accueil et de formation des orphelins, la présente étude rapporte que dans 50% des cas, la formation professionnelle vs l'apprentissage d'un métier n'est pas obligatoire. La scolarisation et la formation professionnelle des jeunes devraient pourtant être considérée comme une voie d'intégration à privilégier au sein de ces institutions.

Il importe de considérer que le jeune, à sa sortie de l'orphelinat n'est pas forcément tenu de réintégrer la famille nucléaire s'il n'en manifeste pas le désir. Il peut s'arranger autrement pour jouir d'un certain degré d'autonomie ; une telle capacitation devait être offerte à travers des programmes spéciaux au sein des orphelinats. Les résultats de l'étude rapportent que seulement

23.8% des enfants au sein des orphelinats ont été accompagnés par un parent lors de l'admission. Ces liens pourraient être déterminants et utiles à la réinsertion mais non suffisants. D'autres facteurs semblent jouer un rôle important notamment le degré d'autonomie financière pour que ces jeunes puissent se prendre en charge correctement dans l'attente de trouver du travail.

5.4 Quels rôles pour les travailleurs sociaux et la réinsertion sociale ?

Les travailleurs sociaux constituent les acteurs essentiels dans la prise en charge des enfants en difficulté. Mais on a noté que moins de la moitié des orphelinats disposent des services d'un travailleur social. Ce professionnel, au dire de certains responsables, sont de plus, en quantité insuffisante et pour la plupart sont à temps partiel.

Il y a également un fossé entre les besoins psychosociaux des enfants et l'accessibilité à ces services. Ce besoin en assistance psychosociale a été également noté auprès de certains professionnels notamment ceux-là qui travaillent avec les enfants infectés au VIH. Qu'en est-il alors de la qualité de l'accompagnement actuel qui a été offert à ces enfants, en particulier à ceux qui sont les plus vulnérables (les orphelins du SIDA, par exemple)? Notre investigation ne nous a pas permis de noter en substance, un contenu pertinent et réaliste des interventions de ces professionnels en réponse aux besoins identifiés et en vertu de l'article 28 de l'arrêté du 26 décembre 1971 le travailleur social :

"doit conseiller la direction à l'occasion de l'admission des pupilles ; préparer et tenir un dossier complet pour chaque enfant, participer à l'élaboration des programmes de loisirs de l'institution ; conserver les attitudes de l'enfant, pris isolément ou évoluant en groupe ; servir d'intermédiaire entre l'institution, l'environnement familial et tous services extérieurs intéressés"

Dans la majorité des orphelinats visites, on a retrouvé des mères-substituts ou des aides-mamans qui tentent d'offrir une assistance et un encadrement d'une portée fort appréciable mais en dépit des limites de ces services, de telles initiatives pourraient être encouragées et perpétuées à travers la famille étendue ou à travers des familles d'accueil.

VI. CONCLUSION

Les résultats précédemment discutés posent l'évidence d'un déficit important en matière de services globaux essentiels disponibles au sein des maisons d'enfants. Tel que le formule la Convention des Nations Unies aux Droits de l'enfant, l'éducation de l'enfant devait viser à favoriser l'épanouissement de sa personnalité et le développement de ses dons, à le préparer à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre». En dépit de tout, il faut toutefois reconnaître et féliciter le courage de ces responsables d'orphelinats qui se sont lancés dans une initiative aussi difficile compte tenu du contexte socio-politique et économique défavorable en Haïti.

Aujourd'hui, il est fait consensus que, toute initiative en faveur de ces enfants vulnérables devra prioriser l'adoption de mécanismes formels d'habilitation des bénéficiaires pour une réinsertion réussie au sein de la communauté.. L'un des éléments parmi les plus importants, c'est de voir comment le nouveau milieu d'accueil retrouvé lors de la transition puisse être un environnement favorable à son expression personnelle, le regain de l'estime de soi et cette capacité du jeune à

pouvoir fonctionner de manière optimale au sein de la société en prévention d'un nouveau décrochage vers les rues.

Le niveau actuel des services fournis par ces orphelinats, commande donc à une urgente action concertée de la part de tous les secteurs concernés par cette problématique. A priori, il semble revenir d'abord à l'IBESR de continuer à renforcer davantage le processus de coordination, de régulation et d'encadrement technique nécessaires au bon fonctionnement de ces orphelinats.

Pour une coordination efficace des interventions, l'on devra miser à la fois, sur l'identification des besoins prioritaires dans une perspective de renforcement des services existants et ainsi que sur le développement et la disponibilité de nouveaux services pour la plupart spécialisés en appui à l'intervention de première ligne. Cette coordination doit s'effectuer dans le respect des missions dévolues par le cadre légal sur les services de santé et les services sociaux ainsi que dans le respect des cultures et des modes de fonctionnement des différents partenaires.

VII. RECOMMANDATIONS

L'analyse et l'interprétation des principaux résultats de cette étude nous amènent à proposer les quelques recommandations suivantes :

7.1 Recommandations générales

- ❑ Que HS-2004, de concert avec IBESR, le MSPP et les autres partenaires, mette sur pied dans les plus brefs délais, une équipe d'intervention dédiée dont la mission sera de rendre accessibles aux enfants et aux jeunes au sein des orphelinats les services globaux dont ils ont besoin, tel que précisé dans la CDE.
- ❑ Que l'IBESR mette en place les mécanismes juridico-administratifs pour accréditer les orphelinats fonctionnels dans le reste du pays notamment ceux évoluant dans les zones défavorisées du pays.
- ❑ Que HS-2004, en collaboration avec l'IBESR, le MSPP et les autres partenaires, définisse de manière explicite, le mandat et le rattachement structurel de ces orphelinats au réseau ainsi que les modalités de l'application du paquet de services.
- ❑ Que l'IBESR, de concert avec les autres instances ministérielles concernées, fasse la promotion de différents programme de réinsertion socio-professionnelle et encourage le développement de nouvelles collaborations qui s'inscrivent dans le sens des orientations des objectifs de la Convention des droits de l'enfants
- ❑ Que l'IBESR définisse, en collaboration avec les acteurs concernés, les orientations et les priorités d'actions à court, moyen et long terme pour le démarrage du processus d'amélioration continue de la qualité des services au sein des orphelinats.
- ❑ Que l'IBESR établisse les bases légales et réglementaires permettant de reconnaître et d'impliquer les orphelinats informels à travers le pays.

- ❑ Qu'un système d'information efficace soit mis en place pour permettre un niveau minimal d'échanges d'informations entre les intervenants potentiels en faveur d'un meilleur suivi et coordination du processus.
- ❑ Que tous les acteurs concernés participent d'office au projet pour faciliter la coordination des activités, leur suivi et leur évaluation
- ❑ Que le projet, à terme, réalise des sessions de formation et d'information pour réorienter remanier et renforcer sa structure d'intervention qui permettent de soutenir l'effort d'amélioration continue de la qualité des services.

7.2 Recommandations spécifiques

7.2.1 Les services de santé

- ❑ Que HS-2004, de concert avec l'IBESR, le MSPP et les autres partenaires du réseau, s'engage dans un processus de mobilisation et de sensibilisation des responsables d'orphelinats autour des préoccupations de santé publique au sein de leur institution.
- ❑ Que HS-2004, en collaboration avec les partenaires établisse le plus rapidement possible une définition du paquet optimal de services de santé et de services sociaux à offrir aux enfants affectés par le VIH/SIDA
- ❑ Que HS-2004 sollicite l'implication des organismes spécialisés qui sont ouverts à la collaboration dans des programmes de prévention et de prise en charge des orphelins du SIDA
- ❑ Que le projet établisse des liens fonctionnels de collaboration avec les services de pédopsychiatrie pour assurer aux jeunes présentant des problèmes de santé mentale des services appropriés à leur situation.
- ❑ Que HS-2004 développe des protocoles d'ententes pour une meilleure intégration des services en faveur de la complémentarité nécessaire à une plus grande efficacité des actions.

7.2.2 Les services sociaux

- ❑ La scolarisation et la formation professionnelle des jeunes doit être considérée comme une voie d'intégration à privilégier au sein des orphelinats.
- ❑ Que l'IBESR coordonne efficacement les actions menées dans les écoles dans le but de supporter le développement des jeunes
- ❑ Que l'IBESR de concert avec les responsables d'orphelinats, s'engage à renforcer la capacité des familles à protéger et prendre en charge leurs enfants

- ❑ Que l'IBESR et les responsables communautaires s'engagent à mobiliser et renforcer davantage les réponses communautaires⁹
- ❑ Que le projet d'intervention prenne en considération les activités visant à habiliter les enfants et les jeunes à rencontrer leurs propres besoins tout en créant un environnement favorable pour les enfants en particulier ceux qui sont affectés par le VIH/SIDA et leurs familles
- ❑ Que HS-2004 reconnaisse et valorise le rôle des organismes communautaires et leur potentielle complémentarité au travail en faveur des d'orphelinats.

⁹ On peut même envisager que cette réponse soit structurée en fonction de l'éventualité d'une participation communautaire qui puisse s'exprimer jusque dans l'identification des priorités et dans la gestion de la qualité des services.

VIII. RÉFÉRENCES

- Acheson, R.M., « The Definition and Identification of Need for Health Care », *J. of Epid. & Comm. H.* Vol. 32, 1978, p. 10.
- Blum, H.L., *Planning for Health. Generics for the Eighties*. 2nd édition, Human Sciences Press, New York, 1981, p. 88.
- Cayemittes, M., Placide, M.F. et coll., (2000) Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS III), Haïti, pp 13-14.
- Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant » Résumé des Articles Officiels.
- Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'homme (1997). « Déclaration Universelle des Droits de l'Homme » Adoption et Proclamation par Assemblée Générale, Résolution 217 A (III), Décembre 1948.
- Donabedian, A., « *Aspects of Medical Care Administration : Specifying Requirements for Health Care* ». Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1973, p. 58.
- Nutt, P.C., *Planning Methods : For Health and Related Organizations*. John Wiley & Sons, Toronto, 1984, p. 3.
- Pinneault, R., « Éléments et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire », *L'Union médicale du Canada*. Vol. 105, 1976, pp. 1208-1214.
- Pinneault, R., Daveluy, C. (1995). « Planification de la Santé, Concepts, Méthodes, Stratégies » *Éditions Nouvelles*, p. 74.
- Rosanvallon, P., *La crise de l'État providence*. Éd. Du Seuil, 1981, p.36.
- Siegel, L.M., Attkisson, C.C. and Carson, L.G., « Need Identification and Program Planning in the Community Context » in Attkisson, C.C. et al. (eds), *Evaluation of Human Service Program*. Academic Press, New York, 1978, p. 216.
- UNICEF, COHADDE, (1994). « Alphabet des Droits de l'Enfant » ARCA Advertising, Imp. Le Natal S.A.
- UNICEF, « Enfants en Situation Spécialement Difficile en Haïti »
- Lofficial, F., (1998) « Lakay, un Foyer pour les Enfants des Rues, Une Expérience Salésienne de Réinsertion », UNICEF, p.16
- ❑ Le Code civil d'Haïti, Arrêté du 22 décembre 1971 sur les « maisons d'enfants » en Haïti, Le Moniteur, vol. No. 16, mars 1972
- ❑ Le Code Civil d'Haïti, Art. 329.

Annexe 1: La distribution des orphelinats reconnus par l'IBESR par commune et par départements (à compléter)

