



Problématique d'intégration préalable psycho-traumatique des orphelins vivant au centre d'hébergement PROVEDA

Fiawu Ngiendila Aristote, Kafala Bonkoto Fidèle, Nlandu Basilua Jean, Nkaotwo Botay Epi Charles

Université Pédagogique Nationale

Résumé : Cette étude examine l'intégration psycho-traumatique des orphelins hébergés au centre PROVEDA. Les résultats montrent que la perte parentale, la maltraitance et l'isolement social sont des traumatismes majeurs, souvent associés à des symptômes de stress post-traumatique élevés. La majorité des enfants expriment un désir de stabilité affective et de normalisation, tout en montrant une méfiance envers leur environnement.

La qualité de l'accompagnement psychologique, la stabilité de l'environnement et la résilience individuelle sont essentielles pour leur reconstruction. L'étude souligne l'importance d'interventions adaptées pour réduire les symptômes traumatiques et favoriser leur intégration.

Mots-clés : Intégration ; psycho-traumatique ; orphelins ; hébergement PROVEDA ; Kinshasa.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.23280839>

1 INTRODUCTION

L'enfance constitue une étape cruciale dans le développement de l'individu, façonnant ses capacités affectives, cognitives et sociales. Selon Piaget (1972), cette période est déterminante pour la construction de la personnalité et l'acquisition des premiers repères fondamentaux pour l'adaptation à la vie adulte. Toutefois, pour de nombreux enfants victimes de situations traumatiques ou de pertes familiales, cette période peut se révéler particulièrement difficile, marquée par des défis psychologiques profonds. Ces enfants, souvent confrontés à la perte de leurs figures parentales ou à des violences physiques ou psychologiques, présentent une vulnérabilité accrue qui influence leur développement global (Bowlby, 1969).

Parmi ces enfants, ceux qui vivent en centre d'hébergement, notamment au centre PROVEDA, constituent une population particulièrement fragile confrontée à des problématiques complexes liées à leur vécu, leur environnement et leur état psychologique. Ces enfants, souvent orphelins ou victimes de violences, doivent faire face à un processus d'intégration difficile, non seulement dans leur environnement social, mais aussi sur le plan psycho-affectif, où la gestion du traumatisme joue un rôle déterminant dans leur avenir (Dejardin, 2008).

Selon la littérature spécialisée, l'intégration préalable d'enfants traumatisés n'est pas seulement une question d'adaptation sociale, mais également une étape essentielle pour leur reconstruction psychologique. La théorisation de l'attachement, développée par Bowlby (1969), souligne que la sécurité affective et la continuité dans les relations parent-enfant sont fondamentales pour un développement équilibré. Un processus d'intégration préalable déficient ou inadéquat peut ainsi accentuer leur vulnérabilité, entraîner des troubles du comportement, des difficultés d'attachement, ou encore un retard dans leur développement global (Pynoos et Nader, 2015). Au centre PROVEDA, ces enjeux prennent une dimension particulière, car l'environnement de prise en charge doit



favoriser un processus thérapeutique et éducatif convergeant vers la reconstruction de leur estime de soi et de leur capacité à s'intégrer harmonieusement dans la société (Lami, 2019).

Cependant, il apparaît que peu d'études approfondies ont été menées sur la problématique spécifique de l'intégration psycho-traumatique des orphelins dans ce type de centre. La question centrale qui se pose alors est : dans quelle mesure l'intégration préalable, en tant que processus psychologique et social, influence-t-elle la reconstruction de ces enfants ? Quelles stratégies efficaces peuvent être mobilisées pour accompagner ces enfants dans leur processus d'intégration, en tenant compte de leur vécu traumatique ? Et quelles sont les difficultés rencontrées par ces enfants et leur environnement d'accueil dans cette démarche ? Ces questions soulignent la nécessité d'établir une compréhension approfondie des mécanismes de reconstruction psychologique post-traumatique, afin d'adapter au mieux les interventions thérapeutiques et éducatives (Fazel, 2014).

Ce contexte soulève ainsi plusieurs interrogations : comment gérer efficacement le vécu traumatique de ces enfants pour favoriser leur intégration ? Quelles méthodes thérapeutiques ou éducatives sont les plus adaptées à leur situation spécifique ? Enfin, quels sont les facteurs internes (ressources personnelles, résilience) et externes (soutien familial, environnement éducatif) qui facilitent ou entravent leur reconstruction psycho-affective ? La réponse à ces questions est essentielle pour élaborer des stratégies d'intervention adaptées et efficaces.

En réponse à ces problématiques, ce mémoire vise à analyser en profondeur la problématique de l'intégration préalable psycho-traumatique chez les orphelins vivant au centre PROVEDA, dans le but d'identifier les leviers et les freins à leur reconstruction, et d'orienter des recommandations concrètes pour améliorer leur prise en charge. La réalisation de cette étude s'inscrit dans une démarche de contribution à la connaissance et à l'amélioration des pratiques professionnelles dans le secteur de la protection de l'enfance, en tenant compte des spécificités contextuelles et des enjeux liés au vécu traumatique. À partir des problématiques soulevées, nous formulons les hypothèses suivantes : (H1) Il existe des facteurs favorisant une intégration préalable efficace chez les orphelins vivant au centre PROVEDA, permettant une reconstruction psycho-affective adaptée à leur vécu traumatique. (H2) Ces facteurs incluent notamment la qualité de l'accompagnement psychologique, la stabilité de l'environnement d'accueil, le soutien familial ou institutionnel, ainsi que la résilience individuelle des enfants. (H3) Le rôle des intervenants (psychologues, éducateurs, personnel du centre) dans la facilitation de cette intégration consiste à créer un environnement sécurisant, à offrir un soutien psycho-affectif constant, et à accompagner la reconstruction de l'estime de soi.

2 ECHANTILLONNAGE

Selon Azia D. et al. (2019), cité par Gbaka P. (2026, p. 1752), l'échantillonnage est défini comme une opération consistant à délimiter la taille de la population d'étude et à sélectionner un échantillon représentatif de cet ensemble.

2.1. Population

Cette étude concerne l'ensemble des orphelins résidant au centre d'hébergement PROVEDA, situé dans le quartier Ngafani, à Selembao, Kinshasa. Ces enfants, souvent issus de contextes traumatiques, forment une population vulnérable dont l'étude vise à mieux comprendre leur état psychologique et leur processus d'intégration. La population étant difficile à dénombrier précisément, en raison de la diversité de leurs parcours et de leur vécu, elle est considérée comme infinie ou très hétérogène, nécessitant une approche mixte pour saisir toute la complexité de leur situation.

2.2. Echantillon

L'échantillon, constitué de 35 orphelins rencontrés le jour de la collecte, a été sélectionné de manière occasionnelle, en fonction de leur disponibilité et de leur volonté de participer. Ces enfants, ayant vécu des expériences de perte, de violence ou de rejet, présentent des profils variés et une vulnérabilité psychologique importante. La taille restreinte de l'échantillon a été adaptée aux contraintes logistiques, tout en permettant une exploration approfondie des enjeux liés à leur santé mentale et à leur intégration.

Tableau 1 : Répartition selon le sexe et l'âge

Âges	Sexe					
	Masculin		Féminin		Total	
	F	%	F	%	F	%
8-10 ans	3	9,68	0	0	3	9,68
11-13 ans	11	35,48	3	9,68	14	45,16
14-16 ans	8	25,80	6	19,35	14	45,15
TOTAL	22	70,96	9	29,03	31	100

L'échantillon est composé principalement de jeunes âgés de 11 à 16 ans, représentant environ 90,52 % de l'ensemble (45,16 % pour la tranche 11-13 ans et 45,15 % pour la tranche 14-16 ans). La tranche des 8-10 ans constitue une minorité, avec seulement 9,68 %, tous étant de sexe masculin. On observe une prédominance masculine dans l'échantillon, avec 70,96 %, tandis que les filles représentent 29,03 %. Cela indique une répartition déséquilibrée en faveur des garçons, notamment dans les groupes d'âge plus jeunes.

Tableau 2 : Répartition selon la classe et le sexe

classe	Sexe					
	Masculin		Féminin		Total	
	F	%	F	%	F	%
5 ^{ème} primaire	12	38,71	4	12,90	16	51,61
4 ^{ème} primaire	6	19,35	3	9,68	9	29,03
3 ^{ème} primaire	2	6,45	0	0	2	6,45
2 ^{ème} primaire	1	3,23	0	0	1	3,23
1 ^{ère} secondaire	3	9,68	0	0	3	9,68
TOTAL	24	77,42	7	22,58	31	100

Plus de la moitié des enquêtés (51,61 %) sont en classe de 5^{ème} primaire, avec une majorité de garçons (38,71 %). La classe de 4^{ème} primaire rassemble environ 29,03 %, avec également une majorité masculine. Les autres classes (3^{ème}, 2^{ème} primaire, et 1^{ère} secondaire) comptent une proportion plus faible, chacune représentant moins de 10 % de l'échantillon. La majorité des enfants sont donc en fin de cycle primaire, avec une prédominance masculine dans chaque niveau, ce qui pourrait influencer la perception de leur intégration et de leur vécu.

Tableau 3 : Répartition selon le nombre d'années passées au centre et le sexe

Nombre d'année	Sexe					
	Masculin		Féminin		Total	
	F	%	F	%	F	%
1 année	3	9,68	0	0	3	9,68
2 ans	5	16,12	2	6,45	7	22,57
3 ans	2	6,45	0	0	2	6,45
4 ans	9	29,35	1	3,23	7	22,58
5 ans	25	80,63	6	19,3	31	99,93
TOTAL	44	142,23	9	28,98	50	161,21

Une majorité d'enfants (80,63 %) ont passé un an au centre, principalement des garçons (9,68 %). La majorité des enquêtés ont entre 4 et 5 ans de séjour, avec 29,35 % pour 4 ans et 80,63 % pour 5 ans chez les garçons, contre 19,3 % chez les filles pour 5 ans. Cela montre une forte stabilité dans la durée de séjour, avec une majorité de garçons ayant une expérience prolongée de leur vie au centre. La distribution indique une majorité de

jeunes ayant une longue durée de vie au centre, ce qui peut avoir des implications sur leur processus d'intégration.

Tableau 4 : Répartition selon la province d'origine et le sexe

Province d'origine	Sexe					
	Masculin		Féminin		Total	
	F	%	F	%	F	%
Equateur	4	12,90	0	0	4	12,90
Maniema	1	3,22	0	0	1	3,22
Katanga	0	0	0	0	0	0
Kwilu	10	32,25	6	19,35	10	51,6
Kongo-centrale	8	25,80	2	6,45	8	32,25
TOTAL	23	74,17	8	25,8	31	100

Les provinces de Kwilu et Kongo-Central représentent une part importante de l'échantillon, avec respectivement 51,6 % et 32,25 %, principalement chez les garçons (32,25 % pour Kwilu et 25,80 % pour Kongo-Central). Equateur et Maniema comptent moins, avec 12,90 % et 3,22 % respectivement, uniquement chez les garçons. Aucun participant n'est originaire de Katanga ou de Ngaliema. La majorité des enquêtés proviennent de Kwilu et Kongo-Central, ce qui pourrait influencer leur vécu en raison des spécificités culturelles et socioéconomiques de ces régions.

Tableau 5 : Répartition selon la commune de provenance et le sexe

Commune de provenance	Sexe					
	Masculin		Féminin		Total	
	F	%	F	%	F	%
Matete	12	38,70	5	16,12	12	54,82
Makala	5	16,12	3	9,67	7	25,79
Ngaba	1	3,22	0	0	1	3,22
Maluku	0	0	0	0	0	0
Kalamu	1	3,22	0	0	1	3,22
Mont-ngafula	2	6,45	1	2,22	3	9,67
Selembao	2	6,45	0	0	2	6,45
TOTAL	23	74,16	8	29,01	31	100

La commune de Matete regroupe la majorité des enfants, avec 54,82 %, dont 38,70 % sont garçons et 16,12 % filles. Makala représente 25,79 %, principalement chez les garçons (16,12 %). Les autres communes (Ngaba, Kalamu, Mont-ngafula, Selembao) ont une représentation moindre, chacune avec moins de 10 %. Aucun enfant n'est originaire de Maluku. Ces données indiquent que Matete est la principale zone de provenance, ce qui pourrait avoir une influence sur leur vécu et leur intégration au centre, en lien avec les réalités socio-spatiales de cette commune.

2.3. Collecte et traitement des données

Pour étudier la problématique de l'intégration préalable psycho-traumatique des orphelins résidant au centre d'hébergement PROVEDA, nous avons adopté une démarche méthodologique combinant plusieurs outils de collecte de données : l'entretien, le questionnaire et la documentation. Cette approche plurielle a permis d'obtenir une compréhension approfondie des expériences vécues par ces enfants, notamment en ce qui concerne les traumatismes psychiques subis et leur influence sur leur processus d'intégration sociale et psychologique.

A) Pré-enquête

Une étape préliminaire de pré-enquête a été menée auprès d'un échantillon d'orphelins vivant au centre PROVEDA, situé dans la commune de Selembao. Ces enfants, ayant perdu tout ou partie de leurs parents, souffraient fréquemment de traumatismes psychologiques liés à leur passé, ce qui pouvait entraver leur capacité d'adaptation au sein du centre. L'objectif principal de cette étape était de mieux cerner la réalité sur le terrain afin d'élaborer un outil de collecte pertinent et adapté. Elle visait également à identifier les facteurs spécifiques liés aux traumatismes, tels que la perte, la violence ou la négligence, susceptibles de compliquer leur processus d'intégration.

B) Conception du questionnaire

L'étape suivante a consisté à élaborer un questionnaire visant à évaluer de manière précise et fiable la présence et la gravité des traumatismes psychiques, ainsi que leur impact sur l'intégration des orphelins. La conception du questionnaire s'est appuyée sur les résultats de la pré-enquête, permettant d'intégrer des questions pertinentes reflétant la complexité des expériences psycho-traumatiques. Le questionnaire comprenait des questions fermées, semi-fermées et ouvertes, portant sur le vécu, la perception de l'intégration, ainsi que sur la manifestation des troubles psychologiques. Au total, 35 orphelins du centre PROVEDA, confrontés à ces traumatismes, ont été sélectionnés pour participer à cette étape.

C) Données quantitatives et dépouillement

L'outil principal de collecte quantitative a été le questionnaire administré à 35 enfants, permettant d'évaluer leur état psycho-traumatique et leur processus d'intégration. La phase de dépouillement a été réalisée par une organisation systématique des réponses : comptage des réponses pour chaque question, calcul des fréquences et pourcentages. Cette démarche a permis d'identifier les tendances majeures, notamment si les traumatismes liés à la perte ou à la violence constituaient des obstacles à l'intégration.

D) Entretien qualitatif

L'entretien individuel a constitué un outil complémentaire essentiel pour approfondir la compréhension des traumatismes psychiques et des difficultés d'intégration. Il a permis d'obtenir des données qualitatives, notamment sur les vécus subjectifs, les comportements non verbaux et les stratégies d'adaptation ou résistances psychologiques.

E) Technique documentaire

Selon Grawitz (1979, p. 571), la technique documentaire consiste en une fouille systématique de tout ce qui est écrit en lien avec la problématique de recherche, incluant rapports, mémoires, études antérieures, notes de service et ressources en ligne. Ces documents ont enrichi la compréhension de la problématique en identifiant les facteurs aggravants, les stratégies d'intervention existantes et les recommandations pour une meilleure prise en charge.

F) Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées principalement par le calcul en pourcentages, une méthode simple et claire, facilitant l'interprétation et l'exploitation des résultats. Cette approche a permis d'identifier les principales tendances et de formuler des recommandations adaptées pour améliorer la prise en charge psycho-traumatique et l'intégration des orphelins.

3 RESULTATS

Tableau 6 : Motifs de présence au centre

Motifs	F	%
Mort des parents	22	23,91
Maltraitance de la marâtre	17	18,47
Manque d'amour de la marâtre	13	14,13
Les querelles des parents	9	9,78
Négligences de la Maman après la mort de Papa	6	6,52
Manque des moyens après la mort de papa	6	6,52
La douleur de père une mère	5	5,43
Manque de suivi après la mort des parents	4	4,34
La douleur de perdre les deux parents à la fois tout en étant enfant	4	4,34
Refus d'accueil par le papa	3	3,26

Les résultats montrent que la principale raison évoquée par 23,91% des enquêtés est la mort de leurs parents, ce qui souligne que la perte parentale demeure une cause majeure d'entrée dans le centre. Viennent ensuite la maltraitance de la marâtre (18,47%) et le manque d'amour de la part de la marâtre (14,13%), indiquant que les violences familiales et le rejet familial jouent un rôle significatif dans la rupture de l'intégration familiale. D'autres raisons telles que les querelles entre parents (9,78%), la négligence après le décès du père (6,52%) ou le manque de moyens financiers suite à la mort du père (6,52%) montrent que les difficultés économiques et relationnelles contribuent également au placement. Enfin, des causes telles que la douleur liée à la perte des deux parents (4,34%), le refus d'accueil du père (3,26%) ou la douleur de la perte parentale à un jeune âge (4,34%) reflètent la complexité des traumatismes et des ruptures familiales qui conduisent ces enfants vers le centre.

Tableau 7 : Identification des parents décédés

Identification	F	%
Père	8	25,80
Mère	11	35,48
Tous les deux	12	38,70
Total	31	100

Les résultats indiquent que 38,70% des jeunes sont orphelins des deux parents, ce qui représente la majorité, suivi de 35,48% qui ont perdu leur mère seulement, et 25,80% leur père seul. Cela montre que la majorité de ces orphelins ont vécu des pertes parentales multiples, ce qui accentue leur vulnérabilité psycho-traumatique, car la double orphelinat est souvent plus traumatisante et peut compliquer leur processus de reconstruction et d'intégration.

Tableau 8 : Lieu de refuge après le décès des parents

Réactions	F	%
Dans la rue	15	48,38
Famille coté maman	9	29,03
Chez les grands parents	5	16,12
Eglise	1	16,12
Amis	1	3,22
Total	31	100

Près de la moitié (48,38%) des enfants se trouvent dans la rue, ce qui témoigne d'un isolement social et d'un manque de prise en charge immédiate après la perte parentale. Par ailleurs, 29,03% vivent chez la famille du côté maternel, et 16,12% chez leurs grands-parents, montrant que certains tentent de rester dans l'environnement familial ou élargi, mais souvent dans des conditions précaires. Seuls 3,22% se réfugient auprès d'amis ou dans des institutions religieuses (16,12%), ce qui indique une faiblesse des dispositifs de soutien communautaire ou familial, pouvant aggraver le traumatisme et compliquer leur processus de reconstruction.

Tableau 9 : Motifs de fuite du domicile

Motifs	F	%
Accusé de voleur, chez l'oncle	11	11,70
Gourmandise	9	9,57
La souffrance	17	18,08
Le traumatisme	7	7,44
Maltraitance	12	12,76
Perte des parents	21	22,34
Les injures exagérées	6	6,38
La famine	8	8,51
Rejet des parents (père)	3	3,19

La perte des parents (22,34%) est la cause la plus fréquente de fuite, suivie par la souffrance (18,08%) et la maltraitance (12,76%). La famine (8,51%) et la gourmandise (9,57%) sont aussi mentionnées, ce qui montre que la pauvreté et la précarité alimentaire jouent un rôle dans la fuite. L'accusation de vol (11,70%) et le traumatisme (7,44%) contribuent à l'instabilité émotionnelle. Ces chiffres illustrent que les enfants fuient souvent des situations de violence, de négligence ou de conditions de vie difficiles, renforçant leur vulnérabilité psycho-traumatique.

Tableau 10 : Besoins et aspirations exprimés par les enfants

Réponses	F	%
Qu'on ne parle de ma mère qui est décédée, je veux de l'affection	19	20,21
Scolarisation	16	18,02
Retrouvaille l'un des membres de ma famille du côté parental ou maternel	13	13,82
Prise en charge normal	11	11,70
Réconciliation familiale	11	11,70
Le retour en famille (chez les grands parents, parent)	10	10,63
Divertissement prise en charge par les parents	8	8,51
Conseils à papa d'abandonner l'ivresse	6	6,38

Les priorités exprimées concernent principalement le besoin d'affection et de reconnaissance : 20,21% souhaitent qu'on ne parle pas de la mort de leur mère et qu'ils reçoivent de l'affection. La scolarisation (18,02%) et la réunification avec un membre de la famille (13,82%) sont aussi des aspirations fortes. Ces réponses révèlent un désir profond de stabilité affective, d'intégration sociale et de normalité, en dépit de leur vécu traumatique. Ils cherchent à retrouver un environnement aimant et rassurant pour surmonter leur passé difficile.

Tableau 11 : Besoins perçus comme insatisfaits au centre

Réponses	F	%
Promesse non réalisé	19	21,34
Amour sincère et vrai	11	12,35
Prise en charge total	9	10,11
Achat des vêtements	7	7,86
Bonne scolarisation	7	7,86
Réalisation des besoins voulus	5	5,61
Prise de soin comme tout autre enfant	17	19,10
Nourrir comme il faut	14	15,73

Les enfants évoquent principalement le manque de promesses tenues (21,34%) et l'amour sincère (12,35%) qu'ils n'ont pas dans le centre. La prise en charge totale (10,11%) et l'achat de vêtements ou une bonne scolarisation (7,86%) sont également mentionnés comme des besoins non satisfaits. La réalisation de leurs besoins fondamentaux et la prise en soin comme tout autre enfant (17,10%) montrent que leur intégration psycho-affective est compromise, ce qui peut aggraver leur sentiment d'abandon et leur traumatisme initial.

Tableau 12 : Accord pour retourner dans le lieu de vie antérieur

Réactions	F	%
Oui	13	41,93
Nom	18	58,06
Total	31	100

Une majorité relative (58,06%) refuse de retourner dans leur famille d'origine, contre 41,93% qui seraient d'accord. Cela indique une méfiance ou une crainte de revivre des traumatismes ou des mauvais traitements, ou encore une difficulté à renouer avec un environnement potentiellement source de douleur. La majorité préfère donc rester au centre, ce qui souligne l'impact psychologique de leur vécu familial sur leur sentiment de sécurité et d'attachement.

Tableau 13 : Perspectives de lieu de vie après le départ du centre

Lieu	F	%
Chez les grands parents	16	27,58
Chez le père	12	20,68
Chez la mère	10	17,24
Chez l'oncle paternel	8	13,79
Eglise	6	10,34
Retour dans la rue	4	6,89
Nulle part	2	3,44

Les enfants expriment leur préférence pour retourner chez leurs grands-parents (27,58%), chez leur père (20,68%) ou leur mère (17,24%), car ils estiment que ces membres de leur famille font tout pour eux ou leur offrent un cadre protecteur. Certains mentionnent aussi l'oncle paternel (13,79%) ou l'église (10,34%), perçue comme un lieu de refuge sûr. Quelques-uns envisagent de retourner dans la rue (6,89%) ou déclarent nulle part (3,44%), ce qui reflète leur sentiment d'insécurité ou de déni face à leur situation. Ces résultats mettent en évidence la complexité de leur besoin de stabilité affective et leur difficulté à faire confiance à leur environnement familial ou social après les traumatismes subis.

4 DISCUSSION

Les résultats décrivent des parcours marqués par le décès parental, des difficultés familiales et une instabilité des conditions de vie. Ils mettent également en évidence la diversité des besoins et des projets exprimés par les enfants accueillis au centre PROVEDA. Ces données sont descriptives : elles ne permettent pas, à elles seules, de poser un diagnostic psychologique ni d'établir un lien causal entre les expériences rapportées et les difficultés d'intégration.

a) Perte parentale et ruptures familiales

Parmi les 31 enfants ayant répondu à la question sur le décès parental, 12 (38,70 %) déclarent avoir perdu leurs deux parents, 11 (35,48 %) leur mère et 8 (25,80 %) leur père. Les motifs d'entrée au centre mentionnent également la maltraitance, le manque d'affection, les conflits familiaux et les difficultés matérielles. Ces résultats suggèrent que le deuil peut s'inscrire dans un contexte plus large de ruptures et de difficultés de prise en charge. La théorie de l'attachement souligne l'importance des liens précoces et de la continuité des figures de soin dans le développement de l'enfant (Bowlby, 1969). Dans cette perspective, la perte parentale et l'instabilité des soins peuvent constituer des expériences particulièrement éprouvantes. Toutefois, les données recueillies ne permettent pas d'évaluer leurs effets individuels ni de conclure à la présence de troubles psychologiques. Les expériences doivent être comprises en tenant compte de leur contexte, de leur chronologie et des soutiens disponibles.

b) Parcours résidentiels et vulnérabilité sociale

Après le décès de leurs parents, 15 enfants sur 31 (48,38 %) déclarent s'être retrouvés dans la rue. Neuf (29,03 %) indiquent avoir vécu auprès de la famille maternelle et cinq (16,12 %) chez leurs grands-parents. Ces réponses témoignent de parcours résidentiels variés et d'une situation d'hébergement particulièrement précaire pour une partie des participants.

Les travaux sur la santé mentale des enfants déplacés ou confrontés à des situations de grande instabilité soulignent l'importance de l'accès à un environnement protecteur et à des services adaptés (Fazel et al., 2014). Cette littérature permet de situer les résultats dans un contexte de vulnérabilité psychosociale, sans toutefois établir que les enfants de cette étude présentent des symptômes particuliers. Les données ne précisent ni la durée des périodes passées dans la rue ni les conditions de vie correspondantes. Les pourcentages du tableau 8 devraient également être vérifiés, car ceux associés aux réponses « Église » et « Amis » semblent ne pas correspondre aux effectifs indiqués.

c) Motifs de départ du domicile

Les motifs de départ les plus fréquemment rapportés sont la perte des parents (21 réponses; 22,34 %), la souffrance (17; 18,08 %) et la maltraitance (12; 12,76 %). La famine, les accusations de vol et les injures sont également mentionnées. Ces réponses rendent compte de la diversité des difficultés associées au départ du domicile.

Les travaux de Betancourt et al. (2013) montrent que, dans des contextes de conflit et d'adversité, la santé mentale des enfants est liée à plusieurs dimensions de leur environnement, notamment leur situation familiale, scolaire et sociale. Ces résultats invitent à considérer les difficultés rapportées dans leur contexte plutôt qu'isolément. Toutefois, les catégories « souffrance » et « traumatisme » demeurent générales et ne permettent pas d'identifier précisément les événements vécus ou leurs conséquences. Des entretiens approfondis pourraient aider à mieux comprendre le sens que les enfants attribuent à ces réponses.

d) Besoins exprimés et expérience de la prise en charge

Les enfants évoquent des besoins affectifs, éducatifs et matériels, notamment l'affection, la scolarisation, les retrouvailles avec des membres de leur famille, la réconciliation et une prise en charge adéquate. Lorsqu'ils sont interrogés sur ce qui leur manque au centre, certains mentionnent les promesses non tenues, l'amour, l'alimentation, les vêtements et le souhait d'être pris en charge comme les autres enfants.

Ces réponses soulignent l'importance, dans l'accompagnement, de la stabilité des relations et de la continuité des soins. Elles rejoignent les apports de Bowlby (1969), selon lesquels la disponibilité et la constance des figures de soin jouent un rôle important dans le sentiment de sécurité de l'enfant. Elles ne permettent cependant pas d'évaluer objectivement la qualité globale de la prise en charge au centre. Elles indiquent plutôt des aspects que l'institution pourrait examiner avec les enfants et les intervenants.

e) Projets de retour et perspectives après le centre

Dix-huit enfants sur 31 (58,06 %) ne souhaitent pas retourner là où ils vivaient auparavant, tandis que 13 (41,93 %) se déclarent favorables à cette possibilité. Les lieux de vie souhaités après le centre varient : les enfants citent notamment les grands-parents, le père, la mère, l'oncle paternel ou l'église. Quelques-uns évoquent un retour dans la rue ou indiquent ne vouloir aller nulle part.

Cette diversité rappelle que les projets de sortie doivent être examinés individuellement. Le souhait de retour ne suffit pas, à lui seul, à déterminer si un milieu est adapté ou sécuritaire. Les travaux portant sur les enfants exposés à des situations d'adversité mettent en avant l'importance de prendre en compte les ressources de l'environnement et les soutiens disponibles (Betancourt et al., 2013; Fazel et al., 2014). Dans la pratique, les décisions devraient donc associer l'enfant à la réflexion et évaluer la sécurité ainsi que les capacités de soutien du milieu envisagé.

f) Limites et implications

L'interprétation des résultats est limitée par la taille de l'échantillon, le manque de précisions sur les conditions d'administration du questionnaire et les incohérences apparentes entre certains effectifs et pourcentages. Les catégories de réponse ne permettent pas toujours de rendre compte de la complexité des expériences. Les résultats doivent donc être considérés comme descriptifs et exploratoires.

Dans l'ensemble, les données mettent en évidence des besoins affectifs, éducatifs et matériels, ainsi que des parcours familiaux et résidentiels hétérogènes. Elles soutiennent la pertinence d'un accompagnement individualisé, fondé sur l'écoute des enfants, l'évaluation de leur sécurité et la prise en compte de leurs préférences. Des recherches ultérieures pourraient compléter ces constats par des entretiens approfondis et des méthodes adaptées à l'âge des participants.

5 CONCLUSION

Cette étude a décrit les parcours et les besoins d'enfants accueillis au centre PROVEDA à partir de leurs réponses au questionnaire et des entretiens. Les résultats font ressortir des expériences de deuil parental, de difficultés familiales et d'instabilité résidentielle. Ils mettent également en évidence des besoins affectifs, éducatifs et matériels, ainsi que des projets de vie variés après le séjour au centre.

Ces constats soulignent l'importance d'un accompagnement individualisé, attentif à la parole de chaque enfant, à sa sécurité et à ses liens familiaux. Les perspectives de retour ou de placement devraient être examinées au cas par cas, en tenant compte des souhaits de l'enfant et des ressources du milieu envisagé. La stabilité des relations avec les adultes, la continuité de la prise en charge et le soutien à la scolarité constituent également des aspects à prendre en considération.

Les résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, compte tenu de la taille de l'échantillon, du caractère descriptif des données et de certaines incohérences relevées dans les tableaux. Ils ne permettent ni d'établir des liens de causalité ni de poser un diagnostic psychologique. Des études ultérieures, fondées sur des données mieux vérifiées et complétées par des entretiens approfondis, pourraient préciser les besoins des enfants et contribuer à améliorer les pratiques d'accompagnement au centre.

6 REFERENCES

- [1] Betancourt, T. S., Newnham, E. A., McBain, R. K., et al. (2013). Connecting the dots: Children's mental health, education, and development in conflict-affected settings. *The Lancet*, 382(9901), 1132-1140.
- [2] Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- [3] Dejardin, A. (2008). *Traumatismes et reconstruction chez l'enfant*. L'Harmattan.
- [4] Dimbu, F. A., Tedika, O. K., & Mpesi, J. K. (2019). *Normes de présentation d'un travail scientifique*. Editions L'Harmattan.
- [5] Fazel, M., et al. (2014). "Mental health of displaced and refugee children." *The Lancet*, 383(9920), 2047-2048.
- [6] Foa, E. B., McLean, C. P., & Capaldi, S. (2010). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. Guilford Publications.
- [7] Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105.
- [8] Lami, L. (2019). *Psychologie de l'enfance et de l'adolescence*. Editions Universitaires Européennes.
- [9] Ndaya, P. G., Dimbu, F. A., Te Nzabema, F. N., & Kisungu, B. K. (2026). ESSAI DES ITEMS D'UN TEST PILOTE DE CULTURE GENERALE A KINSHASA (RDC). *Revue Internationale de la Recherche Scientifique (Revue-IRS)*, 4(1), 450-469.
- [10] Piaget, J. (1972). *La psychologie de l'intelligence*. Droz.
- [11] Pynoos, R. S., & Nader, K. (2015). "Trauma and resilience in children." *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 378-387.
- [12] Pynoos, R. S., & Nader, K. (2015). *The UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5 (Revised)*. Los Angeles, CA: UCLA Trauma Psychiatry Program.
- [13] Schnyder, N., Caye, A., & Fegert, J. M. (2013). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: An update. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 22.
- [14] Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., et al. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD.