

ENFANTS DE LA RUE, DROGUES, VIH/SIDA :

les réponses de
l'éducation préventive



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture

INTRODUCTION

ENFANTS DE LA RUE, DROGUES, VIH/SIDA

A. QUELQUES DONNÉES SUR LES DROGUES ET LE VIH/SIDA	5
I. Abus des drogues : un fléau qui prend de l'ampleur	5
II. L'épidémie de VIH/sida : les jeunes en danger	7
B. LES ENFANTS DE LA RUE	11
I. De la solidarité à l'exclusion	11
II. La vie dans la rue	14
C. LES ENFANTS DE LA RUE FACE AUX DROGUES ET AU VIH/SIDA	17
I. La consommation de drogues comme stratégie de survie	17
II. Le VIH/sida : une menace permanente	19

LES RÉPONSES DE L'ÉDUCATION PRÉVENTIVE

A. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET LEÇONS APPRISSES	21
B. VERS UNE ÉDUCATION PRÉVENTIVE QUI RÉPONDE À LA PROBLÉMATIQUE DES ENFANTS DE LA RUE	23
1. Objectifs et proposition de stratégies	23
2. L'analyse de situation, essentielle à l'action	23
3. Orientations pour deux stratégies possibles	24
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	35

INTRODUCTION

Les enfants en situation difficile sont ceux dont les droits, même les plus élémentaires, sont bafoués. Parmi eux, les enfants de la rue. Ils ont fui l'indifférence, la négligence, les mauvais traitements, les abus sexuels de leurs foyers pour se retrouver, faute d'alternative, dans la rue. Celle-ci devient leur refuge et leur bande, une nouvelle famille. Ils n'y trouvent pas leur salut pour autant. Leurs conditions de vie sont rudes et les menaces qui planent sur eux compromettent leur survie à chaque instant. Être un enfant de la rue, c'est ne pas manger à sa faim, dormir dans des lieux insalubres, affronter la violence et quelquefois devenir une victime expiatoire, c'est grandir sans être accompagné, aimé ni protégé, c'est ne pas avoir accès à l'éducation ni aux services de santé, c'est perdre toute dignité et devenir adulte avant même d'avoir été un enfant.

Dans ces conditions, ni les drogues, ni le VIH/sida ne représentent un danger. Les drogues « aident » à surmonter le quotidien et le VIH/sida compromet un avenir tellement hypothétique que la nécessité de se protéger ne semble pas justifiée. Ainsi, les enfants de la rue en sont des victimes potentielles, souvent sans le savoir et toujours aux dépens de leur vie.

Existe-t-il des alternatives à cette fatalité ? Est-il possible de leur éviter de s'exposer aux dangers que représentent les drogues et le VIH/sida ? Plus que des questions, c'est un défi qui se pose ici. Un défi qui peut puiser dans le champ de l'éducation préventive des leurs d'espoir et des réponses concrètes. C'est précisément ce que nous tenterons d'analyser à travers ce document.

La problématique des enfants de la rue face aux drogues et au VIH/sida est indissociable du contexte dans lequel ces deux fléaux se développent ; **la première partie** du document y est consacrée. Nous verrons alors comment les drogues et le VIH/sida trouvent un terrain d'expansion favorable et pourquoi certaines populations, en l'occurrence les jeunes, en deviennent les principales victimes. Ensuite, afin de mieux cerner la spécificité et les caractéristiques des enfants de la rue, sont présentées les causes sous-jacentes à leur situation, leurs conditions de vie dans la rue et les stratégies mises en place pour y survivre. Nous comprendrons alors pourquoi ils sont particulièrement exposés et extrêmement vulnérables face aux drogues et au VIH/sida.

Afin d'être la plus précise possible et d'apporter des éléments concrets d'information, cette présentation se limite à six pays d'Afrique subsaharienne : le Bénin, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, le Sénégal et le Togo. Le choix de ces pays est justifié par leur participation à un atelier sous-régional sur les enfants de la rue, les drogues et le VIH/sida, qui est à l'origine d'une synergie nouvelle et a permis l'actualisation des informations pertinentes sur ces thèmes¹.

La seconde partie du document est consacrée à l'éducation préventive et à son application possible à la problématique des enfants de la rue. Après la présentation de deux orientations, l'une s'attachant à diminuer les facteurs de risque, l'autre s'appuyant sur les facteurs de protection, deux stratégies sont proposées. La première porte sur le niveau de connaissance et la prise de conscience par les enfants des risques auxquels ils s'exposent. La seconde vise à augmenter leur capacité d'application des connaissances à travers l'évolution de leurs conditions de vie et l'acquisition de compétences personnelles.

ENFANTS DE LA RUE, DROGUES, VIH/SIDA

A. QUELQUES DONNÉES SUR LES DROGUES ET LE VIH/SIDA

I. Abus des drogues : un fléau qui prend de l'ampleur

La consommation de drogues en Afrique n'est pas récente. Certaines drogues, comme le cannabis, sont cultivées depuis longtemps pour un usage local, socialement contrôlé. Cette consommation, qui accompagne le plus souvent des rituels et des cérémonies traditionnels, est entourée de secrets et les coupables d'indiscrétion encourent de graves sanctions. Elle ne traduit pas nécessairement la recherche de plaisir, ni l'exclusion, mais représente plutôt un des ingrédients de la cohésion sociale des groupes communautaires qui y ont recours.

Depuis le milieu des années 80, des facteurs conjoncturels propres aux pays et au contexte international ont changé la donne avec, pour corollaire, une augmentation tant de l'offre que de la demande de drogues.

Les réseaux de trafiquants ont ouvert de nouvelles routes pour acheminer la drogue en dehors des circuits «traditionnels». L'Afrique de l'Ouest, dotée de nombreux atouts, est ainsi progressivement devenue une zone de transit. Elle dispose des infrastructures nécessaires (ports, aéroports), présente une situation géographique intéressante et offre un environnement favorable avec des pouvoirs publics pris au dépourvu, disposant de moyens techniques et financiers tellement limités qu'ils ne sont pas en mesure de contrôler et maîtriser le trafic. Une certaine quantité des drogues en transit reste sur place pour rétribuer les intermédiaires, ce qui a fortement contribué à développer un marché local.

Par ailleurs, l'appauvrissement des agriculteurs sous l'effet des crises économiques, avec notamment l'impossibilité de

placer favorablement les productions sur le marché international, a poussé certains d'entre eux à cultiver le cannabis pour compléter leurs revenus, activité particulièrement rentable. En Guinée, par exemple, un sac de cannabis rapporte à l'exploitation familiale autant qu'une année de culture traditionnelle². En Côte d'Ivoire, où la production a explosé parmi les producteurs de cacao, 0,1 ha de cannabis assure des revenus nets équivalents à la valeur de 13 à 16 tonnes de cacao, soit une trentaine d'ha de cacao³. Cette production est principalement destinée à alimenter le marché local. Elle transite par des circuits plus ou moins structurés pour parvenir aux consommateurs des zones urbaines.

Alors que la disponibilité de drogues sur le marché augmentait, la demande s'amplifiait, émanant surtout de la jeunesse urbaine ; d'une jeunesse marginalisée, en proie à l'ennui et à des difficultés d'existence, notamment d'insertion socioprofessionnelle dans des sociétés qui traversent de graves crises économiques et qui ne leur offrent que peu de perspectives. En Côte d'Ivoire, par exemple, ce sont des jeunes âgés de 16 à 25 ans qui travaillent comme apprentis, petits employés ou commerçants. En Guinée, ce sont des ouvriers, le plus souvent du secteur informel (24,30%), mais aussi des élèves/étudiants (21,83%) et des commerçants (19,37%)⁴. Le niveau d'éducation de ces consommateurs est généralement bas. Il peut également s'agir d'étudiants qui ont recours à des substances psychoactives en période d'examen pour accroître leurs capacités intellectuelles, soutenir les efforts et atténuer le stress.

Chez les jeunes, le groupe de pairs occupe une place importante et c'est généralement sous son influence que s'initie la consommation de drogues. Celle-ci se développe ensuite, souvent collectivement et, dans certains cas comme au Mali et au Togo, dans des lieux spécifiques connus sous le terme de «ghettos» (maisons abandonnées).

Le choix de la drogue se fait en fonction des effets désirés et de la pratique du groupe, cela étant largement déterminé par les moyens dont disposent les consommateurs. Parce qu'il est facilement disponible et relativement abordable, le cannabis demeure la drogue la plus consommée; les drogues dures (héroïne, cocaïne) sont réservées à une certaine élite et aux dealers. L'usage de médicaments psychoactifs détournés de leur usage d'origine augmente et les drogues chimiques dont l'ecstasy connaissent un succès grandissant auprès des jeunes. Elles proviennent en grande partie des pays de l'Europe de l'Est et de l'Asie, sont souvent de composition incertaine et leur nocivité est à la hauteur des effets spectaculaires qu'elles provoquent. Rarement assimilés à des drogues parce que licites, l'alcool et le tabac, dont la consommation abusive présente des risques importants, sont également largement consommés. Associés à la prise de drogues illicites, ils en augmentent les effets et la toxicité. La polytoximanie est une pratique relativement courante. En Guinée, à l'hôpital de Donka, des données indiquent que 80% des patients reçus entre 1984 et 1994 l'ont été pour toxicomanie et que 87,70% d'entre eux étaient polyconsommateurs (33% consommaient deux produits, 40,25% trois produits et 13,75% quatre produits); de plus, 95,58% étaient des fumeurs de tabac et 94,8% consommaient de l'alcool. Au Mali, les chiffres sont similaires avec 82% de polyconsommateurs dont 52% boivent de l'alcool et près de 100% fument.

L'usage des drogues chez les jeunes s'explique en partie par le manque ou plutôt

l'absence d'informations dont ils disposent sur la dangerosité des produits et les risques liés à leur consommation. Les programmes de sensibilisation sont rares, souvent trop ponctuels et éloignés de l'expérience des jeunes. La répression est le plus souvent privilégiée au détriment de la prévention.

Un certain tabou entoure le sujet. Lorsqu'une famille est confrontée à la consommation de drogues de l'un de ses membres, elle le considère souvent comme étant le fait d'une possession et préfère traiter le «problème» discrètement, en s'appuyant sur des méthodes traditionnelles. Cette approche, efficace dans la plupart des cas, ne permet pourtant pas de prévenir la consommation (ce que l'éducation et l'information permettent en partie). Elle n'est pas non plus accessible à la majorité des jeunes consommateurs qui vivent en milieu urbain, éloignés de leurs communautés et, quelquefois, en situation de rupture familiale. Les options thérapeutiques pour ces jeunes se limitent souvent aux services psychiatriques des hôpitaux qui ne disposent malheureusement pas des compétences et des moyens suffisants pour les aider.

L'abus des drogues est donc en passe de devenir un problème sérieux auquel ces pays doivent faire face. Le besoin de substances psychoactives chez les jeunes, que ce soit pour s'amuser, oublier les problèmes ou imiter les copains doit nous interpellier; il est certainement le symptôme d'un dysfonctionnement social qui dépasse largement le cadre des drogues. Il peut être révélateur d'un vide existentiel et d'un manque de repères identitaires chez cette population à laquelle la société actuelle n'octroie qu'une place marginale. Quelles qu'en soient les causes profondes, c'est une problématique qu'il est nécessaire de prendre en compte dans son intégralité lors de l'élaboration des programmes et politiques de lutte contre les drogues.

II. L'épidémie de VIH/sida : les jeunes en danger

Des données...

Les premiers cas de VIH/sida ont été détectés, dans les six pays, dès le milieu des années 80. Depuis, l'épidémie a pris de l'ampleur comme le confirment les données les plus récentes de l'ONUSIDA.

INDICATEURS SUR LE VIH/SIDA

Pays	Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/sida, fin 2001	Nombre de décès dus au sida, 2001 (enfants et adultes)	Taux chez les adultes (15-49) (%)	Estimation du nombre d'enfants (0-14) vivant avec le VIH/sida, fin 2001	Orphelins du sida actuellement en vie (0-14)
Bénin	120 000	8 100	3,6	12 000	34 000
Côte d'Ivoire	770 000	75 000	9,7	84 000	420 000
Guinée*	55 000	5 600	1,54	2 700	21 037
Mali	110 000	11 000	1,7	13 000	70 000
Sénégal	27 000	2 500	0,5	2 900	15 000
Togo	150 000	12 000	6	15 000	63 000

* Pour la Guinée, données de l'ONUSIDA de 2000.

Source : Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, 2002, ONUSIDA, Genève.

La voie sexuelle représente le principal mode de transmission. Au Bénin par exemple, 92% des personnes ont été infectées de cette manière, alors que 6% l'ont été par voie périnatale et 2% par transfusion de sang, tatouage, scarification, circoncision, excision avec du matériel souillé ou lors de transplantation d'organes ou de tissus⁵.

Les facteurs qui favorisent la pandémie dans ces pays

Des facteurs culturels, politiques, économiques mais également inhérents à la nature de l'infection ont favorisé cette avancée.

Le silence et l'ignorance favorisent l'expansion du VIH/sida. L'une des caractéristiques de la population de cette région est précisément l'absence ou la mauvaise information qu'elle a sur l'infection. Le VIH/sida est souvent associé au pouvoir de forces supérieures contre lesquelles l'être humain est impuissant et les fausses idées sont nombreuses : «Le sida n'existe pas vraiment si ce n'est dans l'imaginaire

pour décourager les amoureux», «C'est un mauvais sort jeté sur la personne infectée», «Le préservatif c'est un truc de Blancs, une stratégie pour empêcher les Noirs d'avoir des enfants», «La maladie se transmet par contact corporel, à travers le baiser, les piqûres d'insectes, à travers la nourriture, par les toilettes, etc.», «La médecine traditionnelle peut guérir le VIH/sida», «Les drogues et l'alcool tuent le sida», «Pour se débarrasser du sida il suffit de le transmettre à quelqu'un d'autre».

Le tabou qui entoure la sexualité et les conceptions culturelles qui y sont associées ajoutent à la difficulté d'établir la vérité. L'exemple du préservatif, seule arme efficace lors des rapports sexuels mais dont l'utilisation trouve des résistances, est significatif. Il lui est reproché de causer des maladies et de diminuer les sensations. Mais ce rejet provient aussi d'un conflit d'ordre culturel : il contraint à jeter le sperme, une substance vitale, forte en signification. Ainsi, utiliser puis se débarrasser d'un préservatif dans une poubelle c'est, en quelque sorte, bafouer l'essence même de la vie.

Manque d'information, croyances et fausses idées ont donc offert un terrain favorable au VIH/sida. Ce ne sont pourtant pas les seuls éléments en cause.

La mobilisation limitée des plus hautes sphères de l'Etat où les responsables politiques n'adoptent pas les mesures d'urgence à la hauteur des besoins et tardent à réagir, voire même à reconnaître officiellement l'existence et l'ampleur de l'épidémie, en est un autre. Cet attentisme s'explique par l'insuffisance des moyens disponibles, la crainte d'un échec et de ses conséquences politiques, ou alors par le refus d'associer un mandat à ce fléau. Pourtant, l'exemple du Sénégal, pays d'Afrique de l'Ouest qui parvient le mieux à maîtriser la pandémie, démontre combien l'engagement politique de haut niveau est indispensable et déterminant.

La position officielle des représentants de certaines obédiences religieuses entretient, pour sa part, l'ignorance et la désinformation. Ils tendent à opposer les concepts de « famille, enfants, amour » aux méthodes contraceptives (dont le préservatif) ou encore la sécurité de la sexualité entre partenaires mariés aux risques de la sexualité hors mariage, suggérant ainsi que la fidélité et le mariage protègent du VIH/sida. Or, le mariage en soi ne protège pas contre le VIH/sida puisque le virus peut se transmettre

entre partenaires mariés si l'un des deux est séropositif. Ces affirmations contribuent donc à renforcer le rejet du préservatif et à maintenir la confusion sur les modes de transmission et les situations à risque.

L'expansion du VIH/sida à travers les pays a également été favorisée par des éléments démographiques tels que la migration d'hommes seuls vers les centres urbains, le célibat prolongé des hommes jeunes, un taux élevé de natalité⁶. Dans tous ces cas, les relations avec des prostituées peuvent devenir une alternative. Or ces dernières présentent des taux de prévalence très élevés [dans les principales zones urbaines les taux de prévalence des professionnelles du sexe s'élevaient à 40,8% au Bénin (1999), 36% en Côte d'Ivoire (1999), 36,6% en Guinée (1994), 21% au Mali (2000), 7% au Sénégal (1998) et 78,9% au Togo (1992)⁷].

Pour terminer, la singularité même du VIH/sida lui est favorable. Les symptômes cliniques du sida peuvent n'apparaître que dans les dix années qui suivent l'infection. Pendant ce laps de temps la personne infectée peut transmettre le virus si elle n'est pas informée de sa séropositivité et si elle ne prend aucune précaution; or, en Afrique, la majorité des personnes infectées ignorent qu'elles le sont...

ESTIMATION DU TAUX DE PREVALENCE DU VIH (%) CHEZ LES JEUNES (15-24), FIN 2001

Pays	Adultes (15-49) vivant avec le VIH/sida (%)	Estimation du taux de prévalence chez les jeunes femmes (15-24)		Estimation du taux de prévalence chez les jeunes hommes (15-24)	
		Estimation inférieure	Estimation supérieure	Estimation inférieure	Estimation supérieure
Bénin	3,6	2,97	4,46	0,94	1,41
Côte d'Ivoire	9,7	6,67	9,95	2,34	3,49
Guinée	1,54	nd*	nd	nd	nd
Mali	1,7	1,35	2,81	0,89	1,84
Sénégal	0,5	0,43	0,65	0,15	0,22
Togo	6	4,74	7,12	1,64	2,46

* nd : non disponible

Source : *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, 2002*, ONUSIDA, Genève.

Les jeunes, des victimes de première ligne

Les jeunes sont une population particulièrement touchée ; les données en témoignent. Ils présentent, dans certains cas, des taux de prévalence supérieurs à la moyenne nationale.

Le manque d'information et le silence qui entoure la sexualité peuvent être largement incriminés. Dans les six pays, les jeunes débutent leur vie sexuelle, en moyenne, entre 16 et 17 ans⁸, sans avoir nécessairement reçu d'éducation sexuelle et sans être correctement informés sur les enjeux et risques possibles des relations sexuelles. Or, dans cette période de découverte, les jeunes peuvent être amenés à changer fréquemment de partenaires et à multiplier les expériences, ce qui représente des facteurs de risques majeurs.

Il semble donc urgent d'informer les jeunes sur le VIH/sida et sur les mesures à prendre pour se protéger. Informer mais aussi accompagner l'évolution des comportements. Cela implique, notamment, de rendre plus accessible le préservatif, d'ouvrir la discussion sur la sexualité au sein des familles et d'incorporer l'éducation sexuelle dans le cursus scolaire. L'argument selon lequel informer les jeunes sur la sexualité les incite à avoir des rapports sexuels est souvent avancé pour justifier le silence. C'est une erreur. Il est démontré qu'un jeune éduqué sur la sexualité développe des comportements plus responsables, présente une plus forte probabilité de retarder le début de sa vie sexuelle et de prendre des mesures de précaution pour éviter les risques⁹.

B. LES ENFANTS DE LA RUE

I. De la solidarité à l'exclusion

Définitions...

Les enfants de la rue sont des enfants qui vivent dans les rues, entièrement livrés à eux-mêmes¹⁰. Ils ont fui leurs foyers ou se sont retrouvés sans autre alternative. Selon la Banque mondiale, ils seraient un million en Afrique subsaharienne¹¹. Au Sénégal, surnommés les « fakh mann », ils sont estimés, par les Nations Unies, à 10 000 et, en Côte d'Ivoire, selon les ONG, ils étaient 142 000 en 1991 puis 175 000 en 1995¹² dont 40 000 à Abidjan¹³. Les données varient selon les sources et l'intérêt qu'il peut y avoir à surdimensionner ou minimiser la problématique. La majorité des informations s'appuie sur des estimations car il est extrêmement difficile, compte tenu des caractéristiques de ces enfants (fugue, méfiance envers les inconnus, déplacements, etc.) d'obtenir des informations quantitatives fiables et précises. Cette carence vient aussi de la difficulté à cerner ce qu'est un enfant de la rue.

Le phénomène des enfants de la rue est un fait social aux frontières difficilement perceptibles. Il est communément distingué deux groupes d'enfants en situation de rue ; les enfants « dans » la rue et les enfants « de » la rue. Les premiers, majoritaires, travaillent dans les rues mais gardent des liens avec leur foyer, qu'ils rejoignent le soir. Les enfants « de » la rue, en revanche, sont en situation de rupture familiale et sociale et vivent dans la rue.

La réalité n'est cependant pas aussi simple. La distinction entre enfants « de la rue » et enfants « dans la rue » a été adoptée plus pour des raisons « opérationnelles » que pour refléter de façon exhaustive la problématique. Il n'est pas possible de synthétiser, en une expression, la complexité du phénomène, non seulement parce qu'il existe une

grande diversité de situations mais aussi parce qu'être enfant de la rue n'est pas un état de fait. Des questions restent posées. La typologie doit-elle se baser sur une approche s'appuyant sur les causes de la rupture, sur des activités et modes de survie dans la rue, sur le statut social de l'enfant ? A partir de quel moment l'enfant devient « de la rue » ? Les enfants qui alternent séjours dans la rue et dans un foyer, sont-ils des enfants de la rue ? Ce sont autant d'interrogations qui poussent à la réflexion et exigent d'utiliser le terme « d'enfants de la rue » en étant conscient de ses limitations.

Le contexte dans lequel se développe le phénomène des enfants de la rue présente des similitudes d'une ville et d'un pays à l'autre : un niveau élevé de pauvreté, un déséquilibre de développement entre ville et campagne ou entre pays (propice à l'exploitation des plus pauvres) ; une urbanisation massive et non contrôlée ; une transition des sociétés vers une modernité occidentale pas toujours maîtrisée et assortie d'un coût social très élevé (déliquescence des réseaux de solidarité, effritement de la grande famille africaine), une offre éducative déficiente (qui ne répond pas aux besoins et qui est peu valorisée par les parents qui estiment le travail plus formateur).

Les enfants de la rue, dans leur majorité, ont débuté leurs parcours de rue en travaillant. Situation commune en Afrique puisqu'un enfant sur trois de moins de 15 ans est économiquement actif (soit 48 millions d'enfants)¹⁴. Tous ces enfants ne sont cependant pas destinés à devenir enfants de la rue, ni même en situation de risque de le devenir. Enfants travailleurs et enfants de la rue ont en commun de vivre dans la pauvreté ; pour les uns, elle est la cause de leur travail, pour les

autres, elle est le terreau dans lequel prend racine et se développe la problématique qui les mène à la rue. L'enfant de la rue ne fuit pas un foyer miséreux, il tente d'échapper à un contexte de vie qui lui est défavorable et hostile, un milieu qui ne lui procure ni amour, ni protection mais porte atteinte à son intégrité. Ainsi, les raisons les plus fréquemment invoquées pour justifier la fuite sont :

- l'indifférence, la maltraitance physique et psychologique ainsi que les abus sexuels,
- la désintégration familiale et/ou la (re)composition familiale devenue défavorable,
- le besoin d'aventure et d'indépendance.

Les enfants peuvent également se retrouver à la rue à la suite d'événements dramatiques ; c'est le cas des enfants orphelins du sida, des enfants réfugiés ou encore de ceux qui, socialement, ne bénéficient d'aucune reconnaissance comme les enfants adultérins, incestueux, de parents emprisonnés, toxicomanes ou prostitués par exemple.

Causes les plus fréquentes du départ du foyer

■ Indifférence, maltraitance physique et psychologique, abus sexuels

Le foyer n'est pas toujours un lieu sûr et protecteur pour l'enfant. Dans certains cas, il devient la scène de conflits accompagnés de maltraitance physique, psychologique voire d'abus sexuels. Selon l'ONG ivoirienne «SOS violences sexuelles», quelque 15 à 20000 femmes et enfants seraient victimes de viols chaque année dans le pays¹⁵. Les auteurs de ces sévices appartiennent le plus souvent à l'entourage proche de la victime : un parent, un membre de la famille dans laquelle l'enfant a été placé. Ces maltraitements sont souvent associées à un dysfonctionnement familial, un désœuvrement des parents qui font de leurs enfants des objets expiatoires de leurs propres souffrances ou à l'abus de certains adultes qui profitent de la vulnérabilité de l'enfant

placé. Certains de ces enfants fuient leur foyer et, parce qu'ils n'ont pas d'autres choix, se retrouvent dans la rue.

■ Désintégration familiale, (re)composition familiale défavorable à l'enfant

La vie en milieu urbain se caractérise par un certain individualisme et une instabilité conjugale, plus rare dans les communautés villageoises. Les séparations y sont plus fréquentes et plus difficiles à surmonter car l'entourage familial, éloigné, ne peut pas jouer son rôle solidaire. Les ruptures familiales peuvent alors s'accompagner d'une dégradation considérable des conditions de vie et déboucher sur l'adoption de stratégies de survie plus exigeantes vis-à-vis des enfants. Dans les cas les plus précaires, le parent seul est moins disponible et peut devenir maltraitant, les enfants sont contraints de travailler davantage et d'assumer de nouvelles responsabilités, ce qui génère tensions et conflits susceptibles de conduire à la rupture.

Dans d'autres cas, la séparation des parents peut être suivie de l'arrivée d'un nouveau conjoint, éventuellement accompagné de ses enfants. La dynamique du foyer s'en trouve modifiée, parfois au détriment de l'enfant. Ce dernier peut alors se sentir rejeté, mal-aimé, et a l'impression de perdre sa place et sa légitimité au sein du foyer ; ou qu'il ne devienne, de fait, un véritable bouc émissaire dans la nouvelle configuration familiale. Cette situation peut également se présenter au sein des familles polygames avec l'arrivée d'une nouvelle épouse.

■ Besoin d'aventure, d'indépendance

Des enfants, pour lesquels la famille est un carcan et l'école, s'ils la fréquentent, ne présente pas beaucoup d'intérêt, sont tentés « par l'aventure » de la rue. Ils y voient à la fois le moyen d'échapper à l'autorité parentale, de vivre « libres » ainsi que la possibilité d'expérimenter toutes sortes de plaisirs interdits. Ils connaissent généralement le milieu de la rue pour y avoir travaillé et y avoir noué des liens

avec d'autres jeunes. Ils sont généralement décrits par leur famille comme «difficiles», «insolents», «désobéissants» et «violents».

■ Fuite des situations de conflit armé

Les situations de conflit armé n'épargnent pas la population civile; elle en paye même un lourd tribut. Les familles sont fragilisées et quelquefois contraintes de fuir leur communauté, ville ou pays pour échapper à la mort. Ainsi, ces dernières années, des milliers de personnes du Liberia et de la Sierra

Leone ont trouvé refuge en Guinée et en Côte d'Ivoire, principalement. Selon le Haut commissariat aux réfugiés ces deux pays comptaient sur leur territoire en 2001, respectivement, 433 139 et 120 691 réfugiés¹⁶. Les femmes et les enfants sont particulièrement vulnérables dans ces situations. En Guinée, 70% des réfugiés sont des femmes et des enfants¹⁷ dont certains arrivent seuls. Livrés à eux-mêmes, ils sont vulnérables à toutes sortes d'abus et risquent, si les circonstances les y conduisent, de terminer leurs parcours dans les rues.

LE CAS PARTICULIER DES ENFANTS PLACÉS

Dans la culture africaine, l'enfant n'appartient pas seulement à ses parents mais à un groupe d'une même lignée, qu'elle soit matrilinéaire ou patrilinéaire. Son maternage puis son éducation n'incombent donc pas uniquement à ses parents mais aux membres de ce groupe. Il est alors courant que l'enfant soit confié, en gage de solidarité, pour sceller des alliances ou pour maintenir des liens sociaux, à un membre de ce groupe. Ce peut-être la tante veuve et sans enfant, l'oncle qui vit en ville ou le cousin qui possède un négoce. Contre de menus services l'enfant devient apprenti, travaille comme domestique (vidomégons au Bénin par exemple), est employé comme vendeur ambulancier ou apprend le Coran lorsqu'il est placé dans une école coranique (enfant talibé). Ce placement, respectable à plusieurs titres, permet à l'enfant d'évoluer dans un milieu plus favorable, d'acquérir des compétences et de s'ouvrir sur un environnement nouveau, tout en soulageant sa famille biologique qui y voit, à terme, une opportunité d'améliorer sa propre situation.

Malheureusement, il arrive que les promesses de formation et de protection ne soient pas tenues et que le placement soit détourné de ses fonctions d'origine. L'enfant est alors exploité comme homme/femme à tout faire, il est soumis à des conditions de vie critiques et peut même être victime de mauvais traitements.

Cette dérive est suffisamment connue pour être bien documentée: au Sénégal, par exemple, 33 669 apprentis seraient de « faux-apprentis »¹⁸; au Bénin, une étude révèle le traitement discriminatoire qui est réservé aux enfants placés (charge et temps de travail supérieurs à ce qu'exige la famille d'accueil de ses propres enfants)¹⁹; au Mali, les « garibus » passent leurs journées à mendier. Les talibés ne sont pas épargnés: une étude menée sur 5 000 d'entre eux au Bénin révèle qu'ils présentent des signes de fatigue chronique²⁰ et des troubles associés; et, au Sénégal, ils seraient 100 000 vivant « dans des circonstances caractérisées par la pauvreté, la malnutrition, l'errance et les violences physiques et morales »²¹. Des cas d'enfants placés « souffrant de lésions corporelles gravissimes nécessitant un traitement médical » sont dénoncés par des programmes d'aide à l'enfance²². Des rapports évoquent des cas de viols, de sous-alimentation, de survie dans des conditions inhumaines, d'absence de salaire et d'exposition à des produits dangereux²³.

Dans le pire des cas, les enfants sont victimes d'un véritable trafic humain, organisé par des réseaux dont les ramifications s'étendent au-delà des frontières et qui abusent de la confiance des parents dans le besoin. Destinés à travailler comme domestiques ou main-d'œuvre agricoles, les enfants sont traités comme de la marchandise dès le départ de leur village; ils peuvent être transportés dans des conditions périlleuses auxquelles certains ne survivent pas; « les enfants viennent en pirogue: une cinquantaine par pirogue; il y a souvent des morts »²⁴; et, « si par bonheur, certains passagers arrivent à destination[...], ils sont débarqués et chaque commanditaire vient récupérer sa marchandise, les convoyeurs disparaissent aussitôt »²⁵. En Côte d'Ivoire, par exemple, plus d'un millier d'enfants victimes de ce trafic travailleraient dans les plantations agricoles et les mines de diamants (Tortya) et d'or (Issia)²⁶ exploités plus de 18 heures par jour. Parmi eux, 10 000 à 15 000 maliens²⁷.

Quel que soit le degré de maltraitance et d'exploitation, ces situations représentent des causes susceptibles de mener les enfants à la rue.

II. La vie dans la rue

Les victimes du VIH/sida

L'épidémie de VIH/sida n'est pas uniquement un problème sanitaire; elle a des répercussions sociales extrêmement préoccupantes parmi lesquelles l'augmentation dramatique du nombre d'orphelins. Traditionnellement, l'enfant africain qui perd ses parents est pris en charge par les membres de la famille élargie. Actuellement, cette alternative n'est plus garantie en raison de l'affaiblissement de la grande famille africaine. Cette dernière peut, elle-même, être fragilisée par le VIH/sida et ne plus être en mesure d'accueillir l'ensemble des orphelins qui lui sont liés. Ne serait-ce qu'en Côte d'Ivoire, 420 000 enfants de moins de 15 ans sont des orphelins du VIH/sida... certains d'entre eux viendront grossir le nombre des enfants de la rue²⁸.

Le départ vers la rue

Le départ vers la rue se fait rarement avant l'âge de 7 ans; il peut être progressif, l'enfant alternant séjour dans son foyer et dans les rues. L'adaptation y est d'autant plus facile qu'il a déjà travaillé dans la rue et, éventuellement, noué des liens.

Cependant, ce départ est le plus souvent un « non-choix ». L'enfant part vivre dans la rue parce qu'il n'a pas d'autre alternative face aux problèmes au sein de son foyer. Il ne peut pas être accueilli par un membre de la famille élargie, la prise en charge par une institution publique s'avère peu probable et le retour au village pour les enfants placés est impossible. Dans ce cas précis, l'enfant a peur de décevoir les espoirs placés en lui ou alors, des mois voire des années de séparation ont créé une telle distanciation avec sa famille qu'il n'ose franchir le premier pas des retrouvailles. Pour les filles, la réintégration communautaire peut s'avérer impossible en raison des fortes suspicions qui pèsent sur elles d'avoir contracté le VIH/sida en ville.

Les filles sont moins nombreuses à fuir leur foyer pour la rue. Non pas qu'elles soient épargnées des mauvais traitements et autres raisons qui pourraient justifier leur fugue, mais parce que, culturellement, leur existence s'organise autour des tâches domestiques et familiales, ce qui leur donne de moins grandes opportunités que les garçons d'avoir une expérience extérieure au foyer. Elles développent par ailleurs un attachement majeur à la sphère privée, contrairement aux garçons qui sont poussés vers l'extérieur pour y travailler mais aussi pour se socialiser. Et cet extérieur est très souvent la rue parce que, dans la culture africaine, elle n'est pas uniquement un lieu de transit. C'est un espace fortement investi socialement qui joue un rôle prépondérant dans l'apprentissage et l'acquisition de compétences interpersonnelles. C'est une des raisons pour lesquelles l'option de vivre dans la rue est davantage présente chez les garçons que chez les filles.

La vie dans la rue

Dans la rue l'enfant ne vit pas seul; il intègre une bande composée d'autres enfants et/ou de jeunes plus âgés. Il est ainsi plus facile d'affronter les difficultés quotidiennes et de répondre aux besoins de base collectivement et, d'un point de vue affectif, le groupe compense les énormes carences dont la majorité souffre. La bande comble un vide et devient une véritable famille de substitution. Les liens entre les enfants deviennent quasi filiaux et, symbole de cette nouvelle existence, chacun se voit attribué un surnom sous lequel il sera désormais connu.

Les enfants habitent dans des espaces qui leur offrent une protection physique minimale: sous des ponts, dans des hangars désaffectés, des maisons abandonnées, des abris de fortune, des sous-terrains, etc. Ces habitations de fortune se situent toujours à proximité de lieux stratégiques où les activités humaine et

économique abondent. Les enfants en tirent leurs moyens de subsistance. Ce sont, par exemple, les abords des gares routières, des marchés, des aéroports, des carrefours routiers ou des centres commerciaux.

Les journées s'organisent autour de la recherche d'argent pour vivre et varient au gré des rencontres. Les principales activités développées par les enfants sont : mendier, laver et garder les voitures en stationnement, cirer les chaussures, vendre de petits articles, porter des bagages, nettoyer des marchés, ramasser les ordures, etc²⁹.

Certains se prostituent et d'autres volent. Ces dérives ne sont absolument pas systématiques et, lorsqu'elles interviennent, c'est parce que la conjoncture y est favorable ; par exemple, la proximité d'une zone de prostitution du lieu de vie ou bien la composition de la bande et l'âge de l'enfant. Si l'enfant est entouré de jeunes qui s'adonnent à des activités délictueuses, il peut être contraint d'y participer ou peut se laisser entraîner. Cette probabilité augmente au fur et à mesure que l'enfant grandit car, sa morphologie évoluant, la pitié qu'il suscite fait place à la méfiance, à la crainte voire au rejet. Sa subsistance est rendue plus difficile car la population se montre moins généreuse dans ses dons et il est obligé de chercher de nouvelles alternatives pour survivre. Le passage par un centre de détention représente aussi un facteur de risque car ces lieux sont davantage connus pour mettre en relation et fomenter les liens entre jeunes en conflit avec la loi et pour former les plus jeunes à la délinquance que pour en assurer la réinsertion³⁰.

L'argent gagné est utilisé individuellement, essentiellement pour répondre aux besoins de base (nourriture) et pour l'achat de drogues. L'épargne n'est pas possible car les sommes gagnées sont souvent insuffisantes, l'enfant ne se projette pas dans l'avenir et, surtout, il s'exposerait, le cas échéant, au risque d'être victime de vol et de racket.

Les dangers et les difficultés de la vie dans la rue

D'un point de vue sanitaire, les enfants présentent un état de santé général particulièrement dégradé ; ils peuvent souffrir de malnutrition, de pathologies de la peau et pulmonaires ou de maladies sexuellement transmissibles. Les risques d'accidents sont importants en raison de l'insalubrité des lieux d'habitation et de la consommation de drogues qui diminuent vigilance et réflexes. Les blessures ne sont généralement pas soignées par manque d'accès aux services de santé. Ce n'est qu'à partir du moment où la maladie et la blessure deviennent invalidantes, et donc remettent en question les capacités de survie dans la rue, que l'enfant tente de se faire aider ; il est souvent trop tard pour assurer une bonne guérison.

L'homme représente une autre menace pour l'enfant. La rue peut être un milieu violent où il est nécessaire de démontrer sa force en permanence. Stigmatisé socialement et repéré pour sa vulnérabilité, l'enfant de la rue est d'autant plus exposé à toutes sortes d'exactions qu'il doit les affronter seul et ne peut compter sur aucune protection. Qui s'inquiétera de son arrestation, de sa disparition et, s'il est retrouvé battu à mort, qui s'indignera ? Les réactions iront rarement au-delà de l'émotion. C'est donc seul, avec ses copains de bande, qu'il doit lutter pour sa survie, protéger son lieu d'habitation, se défendre lors d'agressions, échapper aux rafles de la police, etc. Ces menaces, outre le fait qu'elles contraignent à une insécurité permanente, sont génératrices de stress et d'angoisse.

Répercussions de la vie dans la rue sur le développement de l'enfant et l'évolution de l'adolescent

Les expériences familiales auxquelles succède la vie dans la rue ont des répercussions négatives sur l'équilibre psychique

des enfants. Elles sont traumatisantes et interviennent à des moments décisifs de la construction de la personnalité et du développement des compétences. L'estime de soi, qui est un des éléments essentiels de la personne et qui, pour se façonner, doit pouvoir se nourrir d'affection et de reconnaissance, se développe dans un contexte totalement défavorable. L'image d'eux-mêmes qui est renvoyée aux enfants est négative, dévalorisante, l'environnement est hostile et malveillant et ils reçoivent en guise de soutien, du rejet et de l'indifférence. Il en découle, chez tous, un niveau d'estime de soi extrêmement bas. Perceptible dans les contacts suivis et lorsque les enfants sont en confiance, la carence affective est également une constante. Elle s'exprime à travers une excessive tendresse, une demande constante d'amour et d'affection et une recherche de contacts physiques.

Leur capacité à surmonter des situations traumatisantes et à survivre dans des conditions aussi extrêmes démontre, par ailleurs, une remarquable capacité d'adaptation et un niveau de résilience particulièrement élevé.

L'étape de l'adolescence que les enfants de la rue s'approprient à travers présente, pour eux, des risques accrus. Dans cette période délicate, quête d'autonomie et découverte de soi s'expérimentent en repoussant les limites de l'interdit aussi loin que possible, quelquefois au péril de la vie. C'est le cas par exemple des jeux presque initiatiques qui consistent à s'accrocher à des bus en circulation (jeu du « boro d'enjaillement ») ou à traverser les rues les yeux bandés (jeu de « la traversée

du désert »)³¹. C'est la période de la vie où la personne est la plus perméable à l'influence des pairs, entre autres parce que les modèles extérieurs peuvent venir combler le vide créé par la crise identitaire ; ainsi, l'environnement, s'il est négatif, peut facilement favoriser chez le jeune des comportements à risque ou déviants. C'est aussi le moment de la découverte de la sexualité et celui où la probabilité de débiter la consommation de drogues est la plus élevée. Dans un cadre « normal », c'est-à-dire lorsque le dialogue et la compréhension accompagnent l'adolescent, lorsqu'il est entouré, aimé, guidé, les risques de déviance sont minimisés et, d'adolescent, le jeune accède à l'âge adulte enrichi par ses expériences et celles de son entourage.

Pour l'enfant de la rue, l'adolescence est une étape complexe et périlleuse. Tant par son histoire que par son environnement, il est en position de vulnérabilité face aux risques inhérents à cette période. Ses premières expériences sexuelles sont précoces et se font souvent sous la contrainte. Ses partenaires potentiels sont nombreux et les relations favorisées par la promiscuité de la vie en bande. Les drogues circulent et sont consommées dans son entourage. L'influence des pairs n'est pas forcément positive et elle est, dans tous les cas, très forte car la survie même de l'enfant dépend de sa relation avec eux. Exclu socialement, il continue par ailleurs à souffrir de stigmatisations et son identité de jeune adulte se construit sur une image de lui-même extrêmement négative.

C. LES ENFANTS DE LA RUE FACE AUX DROGUES ET AU VIH/SIDA

I. La consommation de drogues comme stratégie de survie

Des recherches révèlent que la consommation de drogues est déterminée par l'interaction complexe de facteurs individuels, familiaux, sociaux et environnementaux³². Pour chacun de ces facteurs, les enfants de la rue présentent des carences évidentes.

FACTEURS DE RISQUE FACE AUX DROGUES CHEZ LES ENFANTS DE LA RUE

FACTEURS INDIVIDUELS

- Vulnérabilité et détresse psychologiques, carences affectives, basse estime de soi, faible valorisation de sa personne et de sa vie.
- Pas de projection dans l'avenir, faible espoir d'une évolution positive, pas de scolarisation (qui pourrait permettre d'envisager une amélioration).
- Période de l'adolescence.
- Stress et angoisses quotidiennes liées à la survie.
- Manque d'information sur les drogues et les risques de la consommation.

FACTEURS FAMILIAUX

- Mauvaises relations ou rupture familiale.
- Absence de soutien, d'encadrement et de valorisation.

FACTEURS SOCIAUX

- Exclusion sociale et stigmatisation.
- Dépendance vis-à-vis du groupe de pairs.

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

- Circulation, disponibilité et accessibilité de la drogue.
- Consommation de drogues au sein du groupe de pairs.

Les informations de terrain confirment que la majorité des enfants de la rue se drogue. Difficile d'avoir des données précises et chiffrées parce que, lorsqu'ils sont interrogés sur le sujet et par peur des sanctions, les enfants préfèrent nier qu'ils se droguent, tout en reconnaissant volontiers que certains de leurs amis le font³³.

RAISONS POUR LESQUELLES LES ENFANTS SE DROGUENT

- Pour soulager et résister à la douleur, au froid, à la faim.
- Pour diminuer le stress, l'angoisse, la peur.
- Pour augmenter la force physique, le courage, la résistance.
- Pour échapper à l'univers quotidien et à ses problèmes.
- Pour adopter les pratiques du groupe de pairs.
- Pour s'amuser, se détendre avec les copains.
- Par attrait de l'interdit, pour expérimenter de nouvelles sensations.

Ainsi, les enfants consomment des drogues pour couper la faim lorsqu'il n'y a rien à manger, diminuer la douleur d'une blessure qui ne guérit pas, se donner du courage et ôter la honte de fouiller dans les poubelles, se sentir fort et invulnérable face aux menaces et lors d'affrontements et pour avoir envie de rire et de se détendre avec les copains. Paradoxalement, alors qu'elles représentent un danger réel pour leur vie,

les drogues sont, pour eux, une essence de vie. Les raisons avancées pour justifier la prise de drogues révèlent une fonction clé dans la stratégie de survie. Mais, au-delà, la prise de substances psychoactives peut dériver de causes plus profondes et être le symptôme révélateur de leurs souffrances et d'un vide identitaire que la drogue viendrait combler.

Les moyens limités dont disposent les enfants orientent leur consommation vers des produits bon marché et d'accès facile. Ce sont, en premier lieu, les substances volatiles qui sont sniffées voire avalées, puis l'alcool et le tabac et, dans une moindre mesure, le cannabis et les médicaments psychotropes. Les enfants des rues d'Abidjan, par exemple, consomment des solvants et des diluants (certains cas d'enfants buvant de l'essence de voiture sont connus), des médicaments, parfois associés aux solvants ainsi que de l'alcool ivoirien. En raison de son prix, le cannabis « koutoukou » est utilisé plus rarement, pour des occasions spéciales³⁴. Au Sénégal, à Dakar, les enfants inhalent

des solvants (guinze), occasionnellement des médicaments psychotropes (pions) ou du cannabis³⁵.

Les substances volatiles sont présentes dans quatre grandes familles de produits : les adhésifs, les aérosols, les gaz, les peintures et les solvants. Ces derniers ne font l'objet d'aucune réglementation ou restriction à la vente ou à la consommation puisque ce ne sont pas des drogues sinon des produits de consommation courante dont l'usage est ici détourné.

Le danger de la consommation de drogues dépend du produit et de l'usage qui en est fait. Chez les enfants de la rue, les prises de substances ne sont généralement ni occasionnelles, ni mesurées. Il existe donc une forte probabilité pour que leur consommation ait un caractère nocif et de dépendance.

Quelles que soient les drogues, la fréquence et le contexte des prises, leur consommation présente des risques.

EXEMPLES DE RISQUES DE LA CONSOMMATION DE DROGUES

Risques sociaux

- Augmentation des risques d'accidents en raison de la baisse de la vigilance et des réflexes.
- Risque d'arrestation pour usage de produits illicites.
- Perte de lucidité qui peut faciliter les passages à l'acte, les actes répréhensibles et dangereux.

Risques sanitaires

- Dépendance physique et psychologique.
- Diminution des capacités physiques.
- Diminution des capacités mentales.
- Dégradation irréversible des tissus nerveux (inhalants).
- Réactions incontrôlées, comportements étranges, dépression, amnésie (médicaments psychoactifs, amphétamines).
- Troubles de l'appareil respiratoire (tabac, cannabis fumé, inhalants).

II. Le VIH/sida : une menace permanente

Il n'existe pas de données précises sur les enfants de la rue et le VIH/sida ; aucune étude spécifique n'a été réalisée et les contacts de ces enfants avec les services de santé sont tellement sporadiques qu'ils ne permettent pas d'établir une estimation de prévalence. En outre, leurs caractéristiques et conditions de vie sont suffisamment bien connues pour présumer qu'ils sont exposés au VIH/sida, particulièrement à travers la voie sexuelle. Ils souffrent par exemple fréquemment de maladies sexuellement transmissibles, ce qui est un indice révélateur d'une sexualité non protégée. En revanche, leur situation d'exclusion des services de santé leur épargne les risques de transmission par transfusion et par voie intraveineuse. Ils ne sont pas non plus exposés aux risques liés au partage de seringues puisqu'ils ne consomment pas, dans la majorité des cas, de drogues injectables. Ils peuvent néanmoins se servir d'objets qui perforent la peau comme des lames de rasoir, des seringues pour effectuer des scarifications ou des pactes de sang ; ces objets sont susceptibles d'être contaminés, ce qui peut représenter un risque.

Les facteurs de risque pour la transmission du virus chez les enfants de la rue

Le principal risque de transmission est donc, pour ces enfants, la voie sexuelle. Ils évoluent dans un contexte favorable à l'expansion du VIH/sida où les facteurs de risque sont connus :

- des fausses croyances comme, par exemple, celle qui prétend que seules les relations avec des prostituées présentent des risques³⁶,
- un manque d'information patent sur la sexualité, ses enjeux et ses risques,

- des conceptions culturelles sur la sexualité qui valorisent la multiplication des conquêtes chez les garçons,
- un accès limité au préservatif et une certaine résistance à son utilisation lorsque l'information sur la prévention a été transmise³⁷.

Cependant, là ne sont pas les seuls facteurs de risque. Les conditions dans lesquelles vivent les enfants de la rue et les contraintes auxquelles ils sont soumis augmentent leur vulnérabilité face au VIH/sida.

FACTEURS DE VULNERABILITE LIES AUX CONDITIONS DE VIE DES ENFANTS DE LA RUE

- Une vie dans la promiscuité avec un nombre élevé de partenaires potentiels.
- Une sexualité précoce.
- Une consommation de drogues sous l'emprise desquelles les inhibitions disparaissent et les prises de risque augmentent.
- Une forte prévalence de maladies sexuellement transmissibles non soignées (celles-ci favorisent la transmission du virus parce qu'elles fragilisent les muqueuses).
- La survie qui accapare toute l'énergie et relègue le VIH/sida au second plan des priorités.
- L'obligation de répondre immédiatement aux nombreuses menaces présentes. Comme le VIH/sida n'est pas un danger palpable dans le court terme, il n'est pas pris en considération.
- L'impossibilité de se projeter dans l'avenir, d'où une difficulté à prendre en compte une infection dont les effets sont différés dans le temps et qui remet en cause un futur incertain.
- L'obligation de se soumettre, pour survivre, aux normes et exigences de la bande; si les rapports sexuels sans préservatif sont la règle, il est alors difficile de s'y soustraire.
- Des besoins économiques qui peuvent les contraindre à se prostituer.
- L'exclusion du système scolaire où peuvent être menés, pour les jeunes, des programmes d'éducation préventive sur la sexualité.

Les caractéristiques psychologiques des enfants de la rue ajoutent à leur vulnérabilité. Les fortes carences affectives sont souvent à l'origine d'un surinvestissement des relations amoureuses et peut prédisposer à la dépendance affective. Le partenaire vient combler un vide et ce ne sont pas tant les sentiments amoureux qui sous-tendent la relation mais le besoin de reconnaissance. L'enfant va alors tout faire pour éviter la rupture, le conflit, il va accorder une grande importance à ce que pense son partenaire, à ce qu'il souhaite et se soumettra donc à ses désirs³⁸. Si la rupture intervient malgré tout, il aura besoin de s'investir rapidement dans une nouvelle relation. Cette situation présente des risques : la multiplication des partenaires et l'acceptation des règles que ces derniers imposent, par exemple le refus d'utiliser les préservatifs.

Par ailleurs, le bas niveau d'estime de soi, qui a pour corollaire une forte dévalorisation de son corps et de sa vie, contribue également à se négliger, à ne pas se protéger ni prendre soin de soi mais aussi à être dans le besoin de relations affectives et à se soumettre aux exigences des partenaires. Ces facteurs psychologiques représentent un obstacle à surmonter pour la prévention du VIH/sida. En effet, pour se protéger, il est nécessaire d'accorder un minimum de valeur à sa propre personne et être en mesure de « négocier » l'utilisation du préservatif. Or, le bas niveau d'estime de soi et les relations de soumission aux partenaires ne le permettent pas. Le besoin affectif, qui est immédiat et pressant, se révèle souvent plus décisif que les informations transmises sur les risques du VIH/sida qui pourraient susciter la prise de mesures de précaution.

LES RÉPONSES DE L'ÉDUCATION PRÉVENTIVE

A. Considérations générales et leçons apprises

L'enjeu de l'éducation préventive consiste à prévenir ou à modifier des conduites qui présentent un risque pour la santé, voire pour la vie de la personne. Les théories psychosociales sur lesquelles se fonde, en partie, cette éducation, abondent d'analyses et d'interprétations sur les déterminants des comportements. Elles ne seront pas exposées ici, de nombreux documents y sont consacrés³⁹.

Deux approches méritent cependant d'être présentées. La première s'intéresse aux facteurs de risque, c'est-à-dire aux éléments qui jouent un rôle décisif dans les comportements à risque. Pour la consommation de drogues par exemple, ils ont été identifiés comme étant, entre autres, le sentiment d'exclusion, la pauvreté, l'âge, les pratiques du groupe de pairs, la disponibilité et l'accessibilité de drogues⁴⁰. Dans ce cadre théorique, l'action préventive vise à diminuer l'impact des facteurs de risque ou à les annihiler. Cette orientation, bien que toujours valide, a montré ses limites avec, notamment, l'impossibilité d'agir sur certains des facteurs et à maintenir les changements de comportement sur le long terme.

Une orientation plus récente permet de dépasser ces limitations. Elle place l'individu au cœur de l'intervention comme acteur et non plus comme sujet de la prévention. L'intervention préventive ne se centre plus sur les facteurs de risque mais sur l'individu lui-même et consiste à renforcer ce qui est désigné sous le terme de facteurs de protection. Ces facteurs sont les compétences personnelles de l'individu qui lui permettent de prendre les

meilleures décisions pour lui et pour sa vie : il peut s'agir de la capacité à surmonter des difficultés et à éviter les risques de certaines conduites. Ils s'appuient sur des éléments positifs propres à la personne comme un haut niveau d'estime de soi, une capacité à maîtriser ses émotions et ses sentiments négatifs ou déstabilisants⁴¹ ainsi que sur des compétences sociales comme la facilité de communiquer avec les autres. Leur acquisition est favorisée, entre autres, par un entourage familial stable, protecteur et valorisant, un groupe de pairs dont l'influence est positive, un milieu scolaire accueillant et compétent. La portée de l'intervention dans ce cadre dépasse largement le champ de la prévention des risques spécifiques aux drogues et au VIH/sida. Elle vise à développer des aptitudes pour évoluer positivement, par exemple en étant capable de faire face aux problèmes, de savoir faire des choix qui ne compromettent pas l'avenir, de prendre des décisions, d'être positif pour le futur et d'être disposé à demander de l'aide lorsque nécessaire⁴². En d'autres termes, plutôt que de tenter de construire une bulle autour de la personne en minimisant l'impact des facteurs de risque, l'action préventive l'aide à développer des « outils » ou des « facteurs de protection » pour y faire face efficacement.

Les « facteurs de protection » viennent en quelque sorte faire contrepoids ou neutraliser les « facteurs de risque ». Plus ils sont développés chez une personne, moins les facteurs de risque auront de prise et constitueront une menace pour l'individu⁴³.

Quelques erreurs à éviter

Les nombreuses expériences dans le domaine de l'éducation préventive, leurs succès ou limitations, permettent à présent de disposer d'indications sur ce qu'il convient d'éviter pour optimiser les interventions.

■ Informer ne suffit pas

Si l'information et la communication sont des éléments essentiels de l'éducation préventive, elles ne peuvent pas en être l'unique composant⁴⁴. Diffuser des informations sur les méfaits et les risques (en l'occurrence de l'abus de drogues et de la sexualité non protégée) n'est pas suffisant pour induire des changements de comportement. Ce n'est pas parce que la population, et plus particulièrement les enfants de la rue sont informés et connaissent les risques auxquels ils s'exposent, qu'ils vont automatiquement modifier leur conduite.

■ Éviter de transmettre les messages à travers la peur, l'angoisse et la culpabilisation

Concernant plus spécifiquement les campagnes d'information et de communication, la pertinence, le ton et le contenu des messages sont déterminants de leur impact. Dans certains cas, elles peuvent induire les effets inverses à ceux recherchés. Par exemple, lorsque les populations cibles sont des adolescents, les messages qui mettent en valeur des sensations fortes, le danger, l'interdit peuvent rendre attractifs les comportements à risque. Les jeunes peuvent être davantage intéressés par la présentation des effets spectaculaires d'une drogue que par les dangers associés à sa consommation⁴⁵. L'effet dissuasif peut être nul, voire inverse en favorisant les passages à l'acte⁴⁶.

Par ailleurs, les campagnes qui se basent sur l'effet de choc ont également démontré une efficacité limitée car, si dans un premier temps, les comportements peuvent évoluer favorablement, ils ne sont généralement pas maintenus dans le temps.

Pour les enfants de la rue plus spécifiquement, les campagnes dont les messages se focalisent sur le danger, la menace et surtout la culpabilisation ne font qu'accentuer leurs préoccupations et angoisses quotidiennes. Elles suscitent le rejet et jettent le discrédit sur les acteurs qui y sont associés.

■ Les campagnes doivent être ciblées et faire l'objet de suivi

Les campagnes non ciblées, destinées à la population dans son ensemble ont un impact très limité. Même si elles ont le mérite de maintenir l'état de vigilance, ce qui n'est pas négligeable, elles n'atteignent pas pour autant des groupes spécifiques qui peuvent être les plus vulnérables et les plus nécessiteux d'information, comme les enfants de la rue.

Par ailleurs, lorsque les campagnes sont isolées et ponctuelles, les informations transmises sont vite oubliées et l'impact induit s'estompe rapidement. Les campagnes doivent donc être récurrentes et s'accompagner d'actions complémentaires comme la facilité d'accès aux services de soins, aux médicaments et aux préservatifs.

■ La population cible doit être impliquée

La population cible doit être prise en considération et jouer un rôle actif à chaque étape d'un programme ou d'une activité d'éducation préventive (élaboration, planification, développement et évaluation). Sur un sujet aussi délicat que le VIH/sida qui renvoie au tabou de la sexualité, l'intervention imposée a souvent conduit à l'échec. La participation active de la population cible permet d'éviter les écueils de l'ethnocentrisme, assure une meilleure appropriation des messages et une plus grande prise de conscience des risques, ce qui favorise l'évolution des comportements.

B. Vers une éducation préventive qui réponde à la problématique des enfants de la rue

1. Objectifs et proposition de stratégies

L'action préventive auprès des enfants de la rue est un vaste champ. Dans ce document, deux stratégies possibles sont présentées. Elles n'ont pas la prétention de répondre de façon exhaustive à la problématique soulevée mais tentent d'explorer des orientations possibles.

L'objectif posé est de diminuer la vulnérabilité des enfants de la rue face aux drogues et au VIH/sida.

Les deux stratégies possibles et complémentaires proposées sont :

- **Stratégie 1 :** augmenter le niveau de connaissances des enfants sur les risques des drogues et du VIH/sida ;
- **Stratégie 2 :** développer les capacités d'application par les enfants de leurs connaissances.

La première porte sur la transmission de connaissances sur les drogues et le VIH/sida et la prise de conscience des risques ; la seconde sur la mise en pratique des connaissances et le changement des comportements.

ANALYSE DE SITUATION DONNÉES SUR LES ENFANTS DE LA RUE ET LE VIH/SIDA

- Quelles sont les connaissances sur le VIH/sida ?
- Quelles sont les fausses croyances et rumeurs sur le VIH/sida ?
- Quelles sont les connaissances sur l'utilisation du préservatif ? Si le préservatif n'est pas utilisé, quelles en sont les raisons ?
- Quelles sont les caractéristiques des pratiques sexuelles ?
- Quels sont les éventuels résultats de consultation dans un centre de santé (dépistage MST, VIH/sida) ?

2. L'analyse de situation, essentielle à l'action

Tout engagement dans l'action nécessite, au préalable, de disposer d'informations précises sur la population cible, ses caractéristiques et les risques spécifiques auxquels elle s'expose. C'est pourquoi il est préconisé de réaliser une analyse de situation.

ANALYSE DE SITUATION DONNÉES SUR LES ENFANTS DE LA RUE ET LES DROGUES

- Quelles sont les drogues consommées ?
- Quel est le mode de consommation (sniffé, fumé) ?
- Quelles sont les modalités de consommation (en groupe, individuelle, lieu et moment de la journée) ?
- Quelle est la fréquence des prises ?
- Quel est le coût des drogues consommées ?
- Quel est le niveau de dépendance selon des critères comme, par exemple : l'heure de la première prise de la journée, l'irritabilité et l'anxiété en dehors des périodes de consommation ; le besoin de se droguer pour se sentir bien, etc.
- Quelles sont les raisons invoquées par les enfants pour justifier la consommation de drogues ?
- Quel rôle joue la consommation de drogues au sein du groupe de pairs ?
- Quelles sont les connaissances sur les risques ?
- Quels sont les problèmes/difficultés expérimentés à cause des drogues ?

ANALYSE DE SITUATION

DONNÉES SUR DES FACTEURS DE PROTECTION CHEZ LES ENFANTS DE LA RUE

- Quelles sont les valeurs partagées au sein de la bande ?
- Quelles sont les croyances religieuses ou autres ?
- Quels sont les attachements affectifs ou les relations affectives positives ?
- Quelles sont les personnes de confiance, le leader, les modèles valorisés et positifs ?
- Quelles sont les qualités, les compétences et les habiletés personnelles des enfants ?
- Quelles sont leurs aspirations, leurs rêves ?
- Quelles expériences ont-ils connu en matière d'accueil au sein d'associations, de centres... ?

Il peut également être utile de disposer d'informations plus générales sur la bande telles que sa composition (sexe, âge, etc.), les activités de survie, les principaux problèmes auxquels ses membres sont confrontés (violence policière, conflits, histoire particulière, etc.), la participation de certains enfants à d'éventuels programmes de réinsertion, les disponibilités dans la journée, etc.

Où trouver l'information ?

- Les analyses et études existantes : bien que la littérature sur les enfants de la rue soit relativement pauvre sur ce sujet spécifique, il peut être utile de consulter celle existante.
- Les personnels des centres d'accueil et les éducateurs : en relation directe avec les enfants, ces acteurs de terrain disposent d'informations précises et actualisées. Celles-ci ne sont pas toujours écrites ou traitées méthodologiquement et pourront être obtenues par interviews et, éventuellement, par l'étude des fiches d'information concernant les enfants.

- Les enfants : c'est la principale source d'information. Compte tenu de leurs caractéristiques (en fugue, méfiance vis-à-vis des inconnus, etc.) et des informations demandées qui touchent des aspects intimes (sexualité) ou volontairement cachés de leur vie (consommation de drogues), certains principes doivent être respectés afin d'obtenir leur collaboration. Par exemple (1) ne pas les forcer à répondre aux questions ou à en dire plus qu'ils ne le souhaitent, (2) organiser une rencontre avec le groupe (plutôt qu'individuellement) dans un lieu et à un moment favorable de la journée, (3) formuler les questions dans un langage simple, (4) proscrire les questionnaires du style « interrogatoire », (5) encourager les réponses et observer le langage non-verbal.

L'analyse de situation n'est pas une fin en soi ; elle est seulement un moyen d'obtenir des données nécessaires à la conception des programmes. Son élaboration ne doit donc, ni être trop coûteuse, ni s'étendre dans le temps et elle doit, avant tout, être suivie d'actions concrètes.

3. Orientations pour deux stratégies possibles

Stratégie 1 : Informer les enfants sur le VIH/sida et les drogues

Quelles sont les informations à transmettre ?

Transmettre des informations est une stratégie pour modifier les comportements mais cela n'interviendra que si les connaissances s'assortissent d'un ancrage émotionnel. L'information transmise aux enfants doit donc, non seulement augmenter le niveau de connaissances, mais aussi et surtout s'accompagner d'une prise de conscience des risques auxquels chacun s'expose par ses conduites. En d'autres termes, l'intervention doit mener les enfants à considérer que « ça peut m'arriver » et ne pas se contenter d'être un simple transfert des données.

Le contenu de chaque intervention varie donc en fonction des caractéristiques de la population cible ; il doit répondre au plus près à la problématique et à l'expérience des enfants. Inutile par exemple de s'étendre sur la transmission du VIH/sida par voie intraveineuse, lorsqu'ils s'y exposent à travers des rapports sexuels non protégés ; ou de s'attarder sur les méfaits de l'héroïne s'ils sniffent de la colle. Il doit donc être établi au cas par cas. Voici quelques exemples d'ordre général qui peuvent être abordés.

Si ces informations sont indispensables parce qu'elles permettent d'établir la vérité et de lutter contre les fausses croyances, elles restent superficielles pour les enfants car aucun lien palpable n'est établi entre ces fléaux et leur propre vie. Lorsqu'ils sont informés, ils savent ce que sont les drogues et le VIH/sida, ils n'ont pas forcément conscience de leur position de vulnérabilité et surtout de la nécessité de modifier leurs comportements. Cela n'est possible qu'en créant une relation tangible entre les données objectives et leur propre vie.

Exemples d'informations sur les drogues

- Qu'est-ce qu'une drogue ?
- Quelle est la différence entre une drogue licite et une drogue illicite ?
- Qu'est-ce que l'abus de drogues ?
- Qu'est-ce que la dépendance physique et la dépendance psychologique aux drogues ?
- Quels sont les effets et les risques de la consommation d'inhalants ? De cannabis ? D'alcool ? De tabac ? etc.

Messages importants à transmettre aux enfants de la rue

- La consommation de drogues diminue les capacités physiques malgré l'impression contraire qu'elle procure. Par conséquent, la vulnérabilité est accrue face à la violence et aux menaces de l'environnement ; les risques d'accidents sont aussi plus importants.
- Consommer des drogues, c'est s'exposer à se faire arrêter par les forces de l'ordre.
- Consommer des drogues peut augmenter le risque de contracter le VIH/sida car cela peut faire oublier de prendre des précautions et d'utiliser un préservatif.

Exemples d'informations sur le VIH/sida

- Qu'est-ce que le VIH et qu'est-ce que le sida ?
- Les principaux modes de transmission du VIH.
- La prévention du VIH/sida.
- Le dépistage du VIH.
- Les traitements qui existent, mais coûteux, contraignants et souvent inaccessibles.

Messages importants pour l'enfant de la rue

- Une personne même en bonne santé peut être séropositive et transmettre le virus du sida à ses partenaires.
- On ne guérit pas du sida.
- Aucun guérisseur, aucune herbe ne peuvent guérir le malade du sida.
- Le seul moyen d'éviter le VIH/sida lors des rapports sexuels, c'est d'utiliser un préservatif.
- Le VIH/sida diminue progressivement les capacités physiques ce qui complique la survie dans la rue.
- Le VIH/sida compromet l'avenir de la personne, notamment son désir de fonder une famille, d'avoir des enfants, etc.

De récepteurs d'informations, ils doivent devenir les acteurs d'une réflexion qui les aide à comprendre les risques auxquels, individuellement et collectivement, ils s'exposent. Cette réflexion peut s'articuler autour de questions qui se réfèrent à l'enfant et à ses pratiques, comme celles présentées ci-dessous. Ce n'est plus la consommation générique de drogues mais «ma» consommation, sous-entendue la consommation de l'enfant qui réfléchit à cette question, qui est abordée. De même pour le VIH/sida où l'enfant est amené à s'interroger sur ses propres comportements à risque.

INFORMATIONS/RÉFLEXIONS SUR LES RISQUES AUXQUELS L'ENFANT S'EXPOSE FACE AU VIH/SIDA

- Est-ce que j'ai de nombreux rapports sexuels ?
- Est-ce que je change souvent de partenaires ?
- Est-ce que j'utilise un préservatif à chaque relation sexuelle ?
- Est-ce que je sais comment utiliser correctement un préservatif ?
- Est-ce que je suis capable de demander à mes partenaires d'accepter l'utilisation de préservatifs ?
- Est-ce que j'ai déjà fait un test de dépistage ?
- Qu'est-ce que je dois changer dans mon comportement pour ne pas m'exposer au VIH/sida ?

INFORMATIONS/RÉFLEXIONS DES ENFANTS SUR LEUR PROPRE CONSOMMATION DE DROGUES

- Quelles sont les drogues que je consomme ?
- A quels dangers je m'expose ?
- Quels sont les effets des drogues que je consomme ?
- Pourquoi est-ce que je consomme des drogues ?
- A quel moment de la journée je consomme des drogues ? Combien de fois je me drogue dans la journée ?
- Quelles mauvaises expériences j'ai eues à cause des drogues ?
- Qu'est-ce que je peux faire pour arrêter de consommer des drogues ?

La question du choix méthodologique

Le choix méthodologique pour ces activités d'information est crucial. Prenons deux exemples :

Cas n° 1. *Un éducateur contacte des enfants dans les rues et les invite à une petite réunion d'information sur les drogues et le VIH/sida. Les enfants se déplacent et assistent à l'activité. L'éducateur, debout face à eux, présente les dangers des drogues et du VIH/sida, il insiste sur la gravité de ces fléaux et leur dit qu'ils y sont très exposés en raison de leurs pratiques et modes de vie, qu'ils prennent beaucoup de risques et qu'ils mettent en danger leur vie. L'éducateur a bien préparé son exposé ; il parle une heure durant. Lorsqu'il a terminé, les enfants encore présents posent des questions : « Qu'est ce que l'on peut faire contre le sida ? » ; réponse : « Tu dois utiliser un préservatif à chaque relation » ; « Et la drogue ? » ; réponse : « Tu dois aller voir des services spécialisés pour recevoir une aide pour t'en sortir » ; « Bon, allez les enfants, je vous laisse. Maintenant, vous savez ce que sont le VIH/sida et les drogues ; alors plus de bêtises, d'accord ? ».*

Cas n° 2. L'éducateur se déplace dans une zone où vivent des enfants qu'il a préalablement rencontrés. Aujourd'hui, ils ont décidé de discuter du VIH/sida. La présentation des informations est brève, les données sont objectives, non culpabilisantes. Un matériel d'appui visuel (grandes feuilles avec des dessins réalisés à partir d'informations obtenues préalablement auprès du groupe) est utilisé. Pour rendre explicite la présentation sur le préservatif, les enfants sont invités à s'exercer sur des morceaux de bois. Le dialogue avec l'éducateur est ouvert et la discussion entre les enfants encouragée. «Est-ce que vous saviez ces choses sur le VIH/sida ?», «Est-ce que vous utilisez un préservatif à chaque rapport sexuel ?», etc.

L'éducateur propose ensuite aux enfants d'improviser un jeu de rôle qui met en scène la négociation de deux partenaires autour de l'utilisation du préservatif, l'un des deux y étant farouchement opposé. Malgré son caractère ludique, l'activité donne lieu à des discussions profondes sur le sujet.

Pour terminer, l'éducateur propose de repasser la semaine suivante pour discuter de la mise en pratique, et surtout des difficultés et obstacles rencontrés. Il leur promet également d'aborder, dans de prochaines rencontres, le sujet des drogues. Il les quitte en les invitant à venir le voir : «Vous savez où me rejoindre la journée, au centre XX ; n'hésitez pas à passer. Je vous redonne le plan pour arriver au centre».

Ces deux exemples, quelque peu caricaturaux, permettent en outre de distinguer deux méthodologies, la première présentant une plus faible probabilité d'atteindre son objectif.

Dans son désir d'être exhaustif, l'éducateur en a oublié les caractéristiques des enfants et le but de son intervention ; il ne s'agit pas de « tout » leur présenter sur les drogues et le VIH/sida mais de leur expliquer clairement qu'ils sont exposés à des risques spécifiques et qu'ils peuvent se protéger.

Il peut également être reproché à cette présentation :

- le caractère culpabilisant des messages,
- le manque d'accroche de la présentation,
- le manque de dialogue avec les enfants qui sont cantonnés à un rôle passif.

Dans la seconde présentation, l'éducateur a pris en considération les spécificités des enfants, à savoir⁴⁷ :

- un faible niveau d'éducation,
- leur âge,
- les contraintes de temps,
- une grande méfiance vis-à-vis des adultes,
- les risques spécifiques face aux drogues et au VIH/sida.

En conséquence il a fait des choix judicieux et adaptés avec :

- une activité collective,
- un suivi possible si les enfants le souhaitent,
- une méthodologie active où les enfants apprennent en faisant et en s'appropriant les connaissances (utilisation du préservatif, jeu de rôle),
- une méthode participative (dialogue, discussion, échange, etc.),
- une présentation simple, accessible et attrayante,
- une attitude positive qui instaure un climat de confiance et d'écoute,
- le choix de ne traiter qu'un seul thème (VIH/sida) qui évite les confusions et limite l'information à assimiler.

D'autres conditions peuvent être réunies pour optimiser le transfert d'information :

- Montrer que le changement de comportement n'entrave pas la liberté d'action mais au contraire l'élargit.
- Souligner les bénéfices du changement de comportement en terme de

nouvelles compétences, satisfactions, perspectives en opposition avec le maintien des conduites à risque.

- L'évolution des comportements recherchée doit être réaliste et à la portée de la population cible.
- Le message doit être répété et permettre une identification.

Stratégie 2 : développer les capacités d'application par les enfants de leurs connaissances

L'information n'est qu'un élément de l'action préventive. Pour que l'enfant mette en pratique ses connaissances des drogues et du VIH/sida, deux obstacles doivent être levés : ses conditions de vie et sa vulnérabilité psychologique.

Les contraintes de vie qui exercent une influence déterminante sur les comportements doivent évoluer et permettre à l'enfant de vivre dans un contexte plus favorable, avec de meilleures perspectives, ou tout simplement avec une perspective, celle d'un avenir possible.

C'est lorsqu'il sera dégagé de ses préoccupations de base pour survivre et se défendre dans un milieu hostile, que l'enfant sera en mesure de penser que demain, et les jours suivants, il sera encore en vie et qu'il pourra réaliser des projets, ce qui peut justifier l'adoption de mesures de prévention aujourd'hui. A un niveau plus personnel, il doit acquérir ou renforcer ses compétences et atteindre un niveau d'estime de soi suffisant pour se sentir capable de surmonter les difficultés d'un changement de comportement et surtout, persévérer dans le temps. C'est sous ces conditions, d'un changement de contexte de vie et de consolidation des capacités personnelles, qu'il sera en mesure d'appliquer ses connaissances sur les drogues et le VIH/sida ; c'est-à-dire de modifier ses comportements à risque aujourd'hui pour préserver un avenir dans lequel, désormais, il se projette. Les programmes de réinsertion quelles qu'en

soient les modalités, pourvu qu'ils respectent l'intégrité et la dignité des enfants, sont idoines pour les aider à parcourir ce cheminement⁴⁸. Ce sont des espaces qui peuvent proposer une alternative à la rue et permettre l'acquisition de compétences professionnelles et individuelles.

Ainsi, l'éducation préventive auprès de cette population, pour être concluante, doit s'articuler autour de deux axes complémentaires : la transmission d'information (stratégie 1) et de réponses concrètes aux besoins des enfants (stratégie 2). Dans ces conditions, les activités d'information et de sensibilisation auront un impact majeur et l'évolution des conduites pourra s'initier. Les enfants sont davantage disponibles pour écouter et assimiler ; ils perçoivent un futur possible dans lequel ils se projettent ; il existe un lien palpable entre les risques présentés et leurs propres vies et ils prennent conscience de l'incompatibilité de la consommation de drogues et du VIH/sida avec leur nouveau projet de vie.

Quand bien même ce schéma complémentaire, activité d'information/programme de réinsertion, est appliqué, la réussite n'est pas assurée d'emblée. Sortir un enfant de la rue et l'aider à se réinsérer n'est pas simple et les obstacles sont nombreux. Ils sont de nature intrinsèque, c'est-à-dire liés à l'enfant qui manifeste communément une forte résistance à la participation à tout type de programmes. Abandonner la rue et surtout réussir la transition de la rue à un centre d'accueil est particulièrement difficile. Intégrer un centre exige un changement de comportement et l'acceptation de certaines règles auxquelles l'enfant a du mal à se soumettre : il doit consentir à ne plus se droguer, respecter des horaires, participer à des activités et s'accommoder d'un nouveau mode de vie en communauté. Alors que, dans le même temps, l'appel de la rue où il a noué des liens affectifs forts et qui lui offre, malgré tout, des avantages comme une grande

liberté d'action, reste puissant. Dans les premières tentatives, l'enfant a beaucoup de mal à accepter des sacrifices présents pour un moyen et long terme qui n'est, mentalement, pas encore perceptible, et les retours à la rue sont fréquents.

Les obstacles à la réinsertion sont également inhérents aux programmes, à leur qualité et adéquation. Il existe souvent un abîme entre ce qui est proposé à l'enfant et ce qu'il demande et nécessite ; il peut y avoir une exigence excessive et trop immédiate de changement et une approche inadaptée de la problématique. Par exemple, les centres d'accueil fermés, pourtant considérés par certains comme la meilleure option, et la problématique des enfants de la rue sont antinomiques. L'enfant ne s'investit dans un projet de réinsertion que lorsqu'il est convaincu des bénéfices qu'il peut en tirer ; or, s'il est enfermé de force, il n'a qu'une envie : s'enfuir et rejoindre sa bande.

Il n'y a pas qu'une alternative pour aider les enfants à sortir de la rue ; il en existe autant que d'histoires personnelles. Deux composantes, l'une éducative, l'autre psychosociale, devraient néanmoins être prises en compte pour optimiser les chances de réussite.

La composante éducative des programmes de réinsertion

L'objectif de la réinsertion est de rendre l'enfant autonome et en mesure de s'assumer seul. Un des meilleurs moyens d'y parvenir est de le former professionnellement et l'aider à acquérir des compétences professionnelles qu'il pourra faire valoir sur le marché du travail. Les propositions de formation devraient s'appuyer sur les compétences des enfants et les besoins du marché. Elles peuvent s'inscrire dans des branches aussi variées que la mécanique, la menuiserie, l'imprimerie voire la gestion de micro-entreprises. C'est cette dernière option que l'ONG Street Kids

International, au Soudan, a adoptée pour venir en aide aux enfants de la rue. Les initiateurs du projet sont partis du double constat d'une carence dans l'acheminement du courrier d'une part et, de l'autre, de la connaissance des rues et de la topographie de la capitale que possèdent les enfants. Ils ont alors eu l'idée de mettre les compétences des enfants au service de la population et des entreprises en créant une micro-entreprise de courrier.

Ce qui est particulièrement intéressant dans ce projet et qui explique en grande partie son succès, c'est d'avoir placé les enfants au centre de la dynamique et de les avoir impliqués comme acteurs principaux et responsables. Ils ont bénéficié d'une petite formation en gestion et ont reçu des bicyclettes, à rembourser dès les premiers bénéfices dégagés. Ils n'ont pas été contraints d'exécuter des activités mais ont eu la possibilité de s'impliquer personnellement et pleinement dans un projet qui était le leur et qui leur permettait, très concrètement, d'améliorer leur situation en changeant de statut : d'enfants de la rue, ils devenaient responsables d'une entreprise.

Ce projet présente d'autres avantages : il se base sur une réalité locale et sur des besoins avérés, le coût d'investissement initial est minime et il est accessible aux enfants, entre autres parce qu'il part de leurs compétences. Pour terminer, l'impact positif indirect de ce type de programme sur la prévention des risques des drogues et du VIH/sida mérite d'être souligné, puisqu'il permet aux enfants de s'investir concrètement dans l'avenir et de comprendre que ces deux menaces sont incompatibles avec leur projet.

La composante psychosociale des programmes de réinsertion

A plusieurs reprises, dans ce document, a été souligné le poids déterminant de la vulnérabilité psychologique (bas niveau d'estime de soi, blessures

affectives, traumatismes profonds, etc.) sur les comportements. A l'inverse, disposer de certaines compétences personnelles s'avère être un facteur de protection et un moteur pour évoluer favorablement. Les expériences de terrain prouvent qu'un des principaux obstacles à la réinsertion est souvent la détresse psychique des enfants. Ils souffrent souvent du constat de leurs faiblesses, de leur incapacité à surmonter certaines difficultés et, parce qu'ils estiment ne rien valoir et ne pas mériter une vie meilleure, ils se découragent, abandonnent le processus de réinsertion et retournent dans la rue.

L'aspect psychologique est donc un élément crucial de l'éducation préventive. Les programmes doivent en tenir compte pour asseoir le processus de réinsertion sur une base solide qui garantisse l'évolution positive et sur le long terme de l'enfant. Dans la majorité des cas, compte tenu des traumatismes subis, une intervention psychologique thérapeutique peut être nécessaire. Pour tous, l'acquisition de compétences psychosociales est indispensable.

D'une manière générale, les activités développées dans le cadre de l'acquisition de telles compétences, visent à développer :

- La gestion des émotions : savoir reconnaître ses émotions, identifier leurs causes et les contrôler, par exemple maîtriser la colère, l'agressivité, exprimer les frustrations sans violence ou bien développer des sentiments positifs de soi-même.
- La maîtrise du stress : avoir le contrôle de soi, être capable de se concentrer, avoir le sens des responsabilités.
- L'amélioration des relations interpersonnelles : avoir une bonne empathie avec les autres, écouter, comprendre et accepter leurs différences, savoir négocier et résoudre les problèmes en cas de désaccord, développer des

relations amicales, harmonieuses et savoir communiquer efficacement.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, par exemple, les principales compétences psychosociales agissant comme facteurs de protection sont les suivantes : savoir résoudre les problèmes ; savoir prendre les décisions ; avoir une pensée critique ; savoir communiquer efficacement ; être habile dans les relations interpersonnelles ; avoir conscience de soi ; avoir de l'empathie pour les autres ; savoir gérer son stress ; savoir gérer ses émotions⁴⁹.

L'application de cette approche psychosociale à la problématique des enfants de la rue conduit, en premier lieu, à modifier le regard qui est porté sur eux et à partir du constat de leurs points forts. Ceux-ci tendent à être noyés dans des considérations négatives telles que leur caractère « violent », « agressif », « asocial », « insoumis », leur apparence « sale », « de drogués », etc. Cette perception se construit à partir d'un modèle normatif auquel l'enfant de la rue ne peut pas correspondre puisqu'il ne vit pas dans des conditions « normales ». L'enfant de la rue n'est pas « agressif », « violent », « asocial », « insoumis » par nature ; il le devient parce que le milieu dans lequel il évolue l'exige pour rester en vie. Ne pas en tenir compte c'est l'enfermer dans la condamnation et tenter uniquement de le remettre « sur le droit chemin ». Pourtant, si l'enfant de la rue est considéré à partir de son histoire et de ses conditions de vie, il révèle des qualités rares qui ne demandent qu'à être exploitées.

Appréhender l'enfant à partir de ses qualités modifie l'angle d'approche et remplace le « Tu as des comportements sociaux, inadaptés à la vie en société, tu es impulsif, sale et agressif ; tu dois changer tout ça » par le « Tu as de grandes qualités qui t'ont permis de survivre dans des conditions difficiles et que tu ne soupçonnes pas, mais qui vont te permettre de t'en sortir ; je vais t'y aider ». C'est autour de ces qualités

ou « points forts » que devrait se bâtir le soutien à l'enfant, entre autres parce que le regard positif porté sur lui contribue à améliorer l'image qu'il a de lui-même et, par répercussion, à développer la croyance d'une évolution positive possible.

Ces points forts peuvent être les qualités mais aussi les valeurs positives, les attachements, les croyances, les aspirations, les rêves ou tout autre élément positif de la vie de l'enfant. Tous, par exemple, même s'ils n'y croient pas réellement, rêvent d'un avenir meilleur ; ils aspirent à devenir électricien, mécanicien, menuisier, tailleur, cuisinier, enseignant ou infirmier, voire même médecin⁵⁰. Ce sont autant d'éléments exploitables comme essence positive pour le changement et qui peuvent servir de base pour développer les compétences psychosociales.

Pour terminer...

Les différentes actions de l'intervention de l'éducation préventive auprès des enfants de la rue pourraient se résumer ainsi :

COMPÉTENCES DES ENFANTS DE LA RUE

- Capacité d'adaptation.
- Résistance à l'hostilité.
- Débrouillardise.
- Pragmatisme.
- Ingéniosité.
- Capacité d'initiative.
- Sens de la solidarité, du partage et générosité.
- Sens de l'honneur et de la parole donnée.
- Loyauté.
- Volonté de vivre envers et contre tout.

1. Transmettre des informations objectives sur les risques de la consommation de drogues et le VIH/sida.
2. Faire prendre conscience aux enfants des risques auxquels ils sont exposés : « ça peut m'arriver ».
3. Contribuer à diminuer l'impact des facteurs de risque liés au milieu en proposant une alternative à la rue.
4. Aider les enfants à élaborer leur projet de vie et à acquérir des compétences professionnelles.
5. Reconnaître que l'acquisition de compétences personnelles et un haut niveau d'estime de soi sont des facteurs de protection face aux risques des drogues et du VIH/sida.

Enfin, les programmes d'éducation préventive doivent être évalués afin de vérifier si les objectifs ont été atteints et, surtout, en cours d'exécution, pour détecter d'éventuelles erreurs de programmation, de méthodologie ou la présence d'obstacles, cela permettant, le cas échéant, de procéder aux ajustements nécessaires.

CONCLUSION

Dans un contexte où les drogues et le VIH/sida gagnent du terrain, les enfants de la rue sont parmi les populations les plus exposées. L'éducation préventive apparaît comme une alternative possible à une condamnation assurée.

Elle doit s'inscrire dans une démarche globale qui s'attache, non seulement à informer sur les risques, mais aussi à donner les moyens aux enfants de mettre en pratique leurs connaissances. Cela implique de les protéger physiquement du milieu de la rue et de les aider à remplacer les préoccupations pour la survie quotidienne par un projet de vie qui leur permette d'envisager un avenir. C'est aussi encourager l'acquisition de compétences psychosociales qui permettent, sur le long terme, de surmonter les difficultés de la réinsertion et d'adopter des comportements sains. L'action préventive dépasse donc largement le champ des drogues et du VIH/sida.

Au vu de la problématique de ces enfants, l'action préventive pourrait également s'inscrire en amont. Peut-être serait-il utile de s'attacher à réduire les risques qui font qu'un enfant devienne un « enfant de la rue ». Les causes sont connues et intervenir à ce niveau permettrait tout de même d'éviter le naufrage de milliers d'enfants dont certains ne pourront pas être sauvés. En ce sens, n'est-il pas possible de lutter plus efficacement contre la pauvreté et les inégalités de développement ? N'est-il pas possible d'éviter que des parents soient contraints par la misère de placer leurs enfants sans aucune garantie sur leur devenir ? Lorsque tout s'écroule autour de l'enfant, n'est-il pas possible de lui offrir une autre alternative que la rue ? L'offre éducative ne peut-elle pas s'améliorer pour garantir à tous un niveau de connaissance qui assure leur intégration sociale et professionnelle ? N'est-il pas possible de briser le silence qui condamne les jeunes à ne rien savoir sur leur sexualité ? Et puis, en aval de la problématique, ne serait-il pas indispensable de donner aux enfants victimes du VIH/sida un accès sans restriction aux traitements disponibles actuellement sur le marché ?

Ce document ne saurait se conclure sans que soit sollicité l'engagement politique de plus haut niveau. Ce n'est, en effet, que lorsque les plus hautes sphères des Etats s'engagent fermement, concrètement et durablement dans la lutte contre ces fléaux que ces derniers reculent. Cet engagement politique ne doit pas oublier les plus défavorisés : les enfants de la rue.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA, J. ; MARCELLI, D.

Psychopathologie de l'enfant. Paris, Masson, 3^e édition, 1989.

AMOUSSOU, B. C. *Etude nationale pour l'identification des obstacles à la mise en œuvre effective des principes et droits fondamentaux au travail au Bénin*. Genève, BIT, 2001.

ANARFI, J. K. ; APPIAH, B. N. *Sexual Behavioural Factors Predisposing «Street-involved» Youth in Accra to HIV/AIDS Infection*. Legon, Institute of Statistical, Social and Economic Research, University of Ghana, 2002.

ANDRE, C. ; LELORD, F. *L'estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Paris, Editions Odile Jacob, 1999.

ANDVIG, J. C. *Issues in Child Labor in Africa*. Africa Region, Human Development Sector, The World Bank, 2001.

Banque mondiale. *Réinventer l'apprentissage et les rites de passage. Accès à l'économie urbaine en Afrique subsaharienne*. Washington, Notes sur les connaissances autochtones, mai 2000, n° 20.

CALDWELL, J. C. *Rethinking the African AIDS Epidemic*. Canberra, Australian National University, December 1999.

CAVALCANTI, L. De la nécessité de réinventer la prévention. *Abus de drogues et sida - PEDDRO*, (Paris, UNESCO, Commission Européenne, ONUSIDA), numéro spécial, décembre 2001, p. 110-112.

CAVALCANTI, L. *Prévention de l'abus de drogues par l'éducation et l'information : un devoir interdisciplinaire dans le contexte du développement humain*. Paris, UNESCO, 1994.

COLLING, J. *Guidelines for children's participation in HIV/AIDS programs*. Geneva, UNAIDS, 1999.

EATON, L. ; FLISHERA, A. J. ; AAROB, L. E.

Unsafe sexual behaviour in South African youth. Social Science and Medicine, (University of Bergen-Norway, University of Cape Town-South Africa), 2002.

FANOU-AKO, N. *Trafic des enfants entre le Bénin et le Gabon*. Cotonou, Rapport de recherche pour l'ONG Enfants solidaires d'Afrique et du Monde, 1990.

FLANAGAN, R.-J. ; STREETE, P.-J. ; RAMSEY, J.-D. *Volatile substance abuse. Practical guidelines for analytical investigation of suspected cases and interpretation of results*, (Vienna, UNDCP technical series), n° 5, 1997.

Forum des ONG d'aide à l'enfance.

Rapport alternatif au Comité des Droits de l'Enfant. République de Côte d'Ivoire, octobre 2000.

Forum des ONG d'aide à l'enfance. *Rapport alternatif au Comité des Droits de l'Enfant*. République de Guinée, octobre 2000.

FOSTER, G. ; WILLIAMSON, J. *A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa*. AIDS 2000, 14 (suppl. 3), p. 275-284.

GROOTAERT, C. *Child labor in Côte d'Ivoire. Incidence and determinants*. Washington, The World Bank, Social Development Department, Policy research working paper 1905, 1998.

GROOTAERT, C. ; KANBUR, R. *Child labor; A review*. Washington, The World Bank, Office of the Vice President, Development Economics, Policy research working paper 1454, 1995.

ILO. *Combating Trafficking in Children for Labour Exploitation in West and Central Africa. Synthesis Report based on Studies on Benin, Burkina Faso, Cameroon, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Mali, Nigeria and Togo*. Geneva, ILO, IPEC, First Published, 2001.

IPEC. *Statistical Information and Monitoring Programme on Child Labour.* Every Child Count. New Global Estimates on Child Labour. Geneva, ILO/IPEC, 2002.

LABORDE, D. ; REY, C. *Quel avenir pour les jeunes victimes de sévices sexuels ?* Paris, Violences à l'adolescence/Adolescents d'ailleurs et d'ici, Fondation de France, 1999.

LUCCHINI, R. *Sociologie de la survie : l'enfant dans la rue.* Paris, PUF, 1996.

MARGUERAT, Y. ; POITOU, D. *A l'écoute des enfants des rues en Afrique noire.* Paris, Fayard, Les enfants du fleuve, 1994.

Nations Unies. *Comité des droits de l'enfant.* Togo. Examen des rapports présentés par les Etats parties en application de l'article 44 de la Convention, 10 octobre 1997 (Doc. CRC/C/15/Add.83).

Nations Unies. *Comité des droits de l'enfant.* Bénin. Examen des rapports présentés par les Etats parties en application de l'article 44 de la Convention, 4 juillet 1997 (Doc. CRC/C/3/Add.52).

NTOZI, J. P.M. ; AHIMBISIBWE F. ; MULINDWA, I.K. ; AYIGA, N. ; ODWEE, J. *Has HIV/AIDS Epidemic Changed Sexual Behaviour of High Risk Groups in Uganda.* Kampala-Uganda, The Department of Population Studies, Makerere University, 2001.

ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA.* Genève, ONUSIDA, juillet 2002.

PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 2000.* New York, De Boeck Université, 2000.

Programme national de lutte contre le SIDA ; ministère de la Santé, de la Protection sociale et de la Condition féminine. *Le SIDA au Bénin.* Cotonou - Bénin, 2^e édition, 1998.

RIVERS, K. ; AGGLETON, P.J. *Adolescent Sexuality, Gender and the HIV Epidemic.* New York, UNDP, 1998.

RUFO, M. ; JEAMMET, P. *Enfance de la violence, résonances à l'adolescence.* Paris, Fondation de France, 1999.

SCHLEMMER, B. *L'enfant exploité.* Paris, Karthala, 1996.

TAY, A. *Les enfants des rues ne sont pas suicidaires.* PEDDRO, (Paris, UNESCO, Commission Européenne, ONUSIDA), numéro spécial, décembre 2001, p.103-104.

Terre des Hommes. *Pour une enfance sans souffrance, faire reculer les violences. Actions en faveur des enfants des rues. Terre des hommes,* (Mont-sur-Lausanne, Terre des Hommes - Communication), 2000-2001.

TILLMAN, D. *Living values activities for street children ages 3-6.* New York, Living values: an educational program, International Coordination Office, 2000.

TOVO, M. *Child Labour and Children's Time Allocation in Africa.* The World Bank, December 1999.

UNAIDS. *Innovative Approaches to HIV Prevention: Selected Case Studies.* Geneva, UNAIDS Best Practice Collection-KEY MATERIAL, 2001.

UNAIDS. *Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/AIDS.* Geneva, UNAIDS Best Practice Collection-KEY MATERIAL, 1999.

UNAIDS. *Sexual behavioural change for HIV: Where have the theories taken us?* Geneva, UNAIDS Best Practice Collection-KEY MATERIAL, 1999.

UNDCP. *Double issue on cannabis: recent developments.* New York, United Nations, Bulletin on narcotics, vol. XLIX, n° 1 and 2, 1997, vol. L, n° 1 and 2, 1998.

UNDCP. *Terminology and information on drugs.* New York, United Nations, revised edition, ODCCP, Studies on Drugs and Crime, 1999.

UNDCP. *The drug nexus in Africa.* Vienna, UNDCP, ODCCP, Studies on Drugs and Crime, March 1999.

UNDCP. *The social impact of drug abuse.* Vienna, UNDCP Technical Series, n° 2, 1996.

UNESCO ; BICE. *Dans la rue avec les enfants.* Paris, Editions UNESCO/BICE, 1995.

UNESCO. *Enfants en situation difficile, drogues et VIH/sida.* Conakry, Guinée, Rapport de l'Atelier sous-régional, UNESCO, 11-21 janvier 1999.

UNESCO. *Stratégie de l'UNESCO en matière d'éducation préventive VIH/sida.* Paris, IIPE, 2001.

UNICEF. *Child trafficking in West Africa: policy responses.* Florence, IRC, Innocenti Insight, 7, 2002.

UNICEF. *Le VIH/SIDA et les enfants en situation de conflit armé.* New York, Fiche de synthèse de l'UNICEF, 2002.

UNICEF. *Les jeunes et le VIH/SIDA.* New York, Fiche de synthèse de l'UNICEF, 2002.

UNICEF; ONUSIDA; OMS. *Les jeunes et le VIH/SIDA. Une solution à la crise.* Genève, UNICEF, ONUSIDA, OMS, juillet 2002.

VAN DER STEL, J. *Handbook prevention. Alcohol, drugs and tobacco.* Strasbourg, Council of Europe, Jellinek Consultancy, 1998.

VAN DER VAEREN, C.; LABROUSSE, A. *Evaluation à mi-parcours du programme africain anti-drogue. Evaluation de l'aide de la Commission Européenne dans les secteurs sociaux et ruraux.* Bruxelles, Collectif d'échange pour les technologies appropriées, juillet 2000.

VELIS, J.-P. *Fleurs de poussière. Enfants de la rue en Afrique.* Paris, Edition La découverte/UNESCO, 1990.

WHO. *A two-way street? Report on Phase II of the PSA Street Children Project.* Geneva, Programme on Substance Abuse, 1996. (Doc. WHO/MSA/PSA/96.14.)

WHO. *Training for street educators package. Evaluation questionnaire.* Geneva, Programme on Substance Abuse, 1995. (Doc. WHO/PSA/95.12.1)

WHO. *Working with street children. A training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs.* Geneva, Module 10, Implementing a street children project, WHO, 2000. (Doc. WHO/MSD/MDP/00.14)

- 1 UNESCO. Rapport de l'atelier sous-régional «Enfants en situation difficile, drogues et VIH/sida» (Conakry, Guinée, 11-21 janvier 1999).
- 2 UNESCO. op.cit.
- 3 VAN DER VAEREN, C. ; LABROUSSE, A. *Evaluation à mi-parcours du programme africain anti-drogue. Evaluation de l'aide de la Commission Européenne dans les secteurs sociaux et ruraux*. Bruxelles, Collectif d'échange pour les technologies appropriées, juillet 2000.
- 4 Données de l'hôpital de Donka de 1985 et 1993, présentées à l'atelier sous-régional «Enfants en situation difficile, drogues et VIH/sida» (Conakry, Guinée, 11-21 janvier 1999).
- 5 Programme national de lutte contre le SIDA ; ministère de la Santé, de la Protection sociale et de la Condition féminine. *Le sida au Bénin*. Cotonou – Bénin, 2^e édition, 1998.
- 6 CALDWELL, J. C. *Rethinking the African AIDS Epidemic*. Canberra, Australian National University, December 1999, p 5.
- 7 ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*. Genève, ONUSIDA, juillet 2002.
- 8 ONUSIDA. op.cit. (Pour le Sénégal les seules données disponibles concernent les filles qui ont, en moyenne, leur premier rapport sexuel à 19 ans).
- 9 ONUSIDA. op.cit. RIVERS, K ; AGGLETON, P.J. *Adolescent Sexuality, Gender and the HIV Epidemic*. New York, UNDP, 1998.
- 10 Des éléments de réflexion peuvent être trouvés sur le sujet, entre autres, dans : MARGUERAT, Y. ; POITOU, D. *A l'écoute des enfants des rues en Afrique noire*. Paris, Fayard, Les enfants du fleuve, 1994.
TAY, A. *Les enfants des rues ne sont pas suicidaires*. PEDDRO, (Paris, UNESCO, Commission Européenne, ONUSIDA), numéro spécial, décembre 2001, p. 103-104.
VELIS, J.-P. *Fleurs de poussière. Enfants de la rue en Afrique*. Paris, Edition La découverte/ UNESCO, 1990.
- 11 ANDVIG, J. C. *Issues in Child Labor in Africa*. Africa Region, Human Development Sector, The World Bank, 2001.
- 12 Forum des ONG d'aide à l'enfance. Rapport alternatif au Comité des Droits de l'Enfant. République de Guinée, octobre 2000, p. 22.
- 13 Données présentées par les représentants de la Côte d'Ivoire à l'atelier sous-régional «Enfants en situation difficile, drogues et VIH/sida» (Conakry, Guinée, 11-21 janvier 1999).
- 14 IPEC. *Statistical Information and Monitoring Programme on Child Labour*. Every Child Count. New Global Estimates on Child Labour. Geneva, ILO/IPEC, 2002.
- 15 Ecpat International. Données sur la Côte d'Ivoire sur le site : www.ecpat.net
- 16 Conseil Economique et Social. Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies pour les Réfugiés. Nations Unies, 18 mai 2001 (E/2001/46.)
- 17 Convention relative aux Droits de l'Enfant. Compte rendu analytique de la 515^e séance. Guinée, 25 janvier 1999. (Doc.CRC/C/SR.515).
- 18 UNDP. Report of UN Agencies/Organs, Office of the High Commissioner for Human Rights, 16 June 1995 (Senegal).
- 19 TOVO, M. *Child Labour and Children's Time Allocation in Africa*. The World Bank, December 1999.
- 20 AMOUSSOU, B. C. *Etude nationale pour l'identification des obstacles à la mise en œuvre effective des principes et droits fondamentaux au travail au Bénin*. Genève, BIT, 2001.
- 21 UNDP. op.cit.
- 22 Nations Unies. Comité des droits de l'enfant. Examen des rapports présentés par les Etats parties en application de l'article 44 de la Convention (Bénin), 4 juillet 1997 (Doc.CRC/C/3/Add.52).
- 23 FANOU-AKO, N. *Trafic des enfants entre le Bénin et le Gabon*. Cotonou, Rapport de recherche pour l'ONG Enfants solidaires d'Afrique et du Monde, 1990.
TOVO, M. op.cit.
Nations Unies. Comité des droits de l'enfant. Examen des rapports présentés par les Etats parties en application de l'article 44 de la Convention (Togo), 10 octobre 1997 (Doc. CRC/C/15/Add.83).
ILO. *Combating Trafficking in Children for Labour Exploitation in West and Central Africa. Synthesis Report based on Studies on Benin, Burkina Faso, Cameroon, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Mali, Nigeria and Togo*. Geneva, ILO, IPEC, First Published, 2001.
UNICEF. *Child trafficking in West Africa: policy responses*. Florence, IRC, Innocenti Insight n°7, 2002.

- 24** FANOUE-AKO, N. p. 41, op.cit.
- 25** FANOUE-AKO, N. p. 39, op.cit.
- 26** Forum des ONG d'aide à l'enfance. *Rapport alternatif au Comité des Droits de l'Enfant*. République de Côte d'Ivoire, octobre 2000.
- 27** FANOUE-AKO, N. op.cit.
- 28** FOSTER, G. ; WILLIAMSON, J. *A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa*. AIDS 2000, 14 (suppl. 3), p. 275-284.
- 29** VELIS, J.-P. p. 63, op.cit.
- 30** Forum des ONG d'aide à l'enfance. République de Côte d'Ivoire, op.cit.
- 31** Forum des ONG d'aide à l'enfance. République de Guinée, p. 19, op.cit.
- 32** UNDCP. *Double issue on cannabis: recent developments*. New York, United Nations, Bulletin on narcotics, vol. XLIX, n° 1 and 2, 1997, vol. L, n° 1 and 2, 1998.
- 33** VELIS, J.-P. p.61, op.cit.
- 34** et **35** UNDCP. *The drug nexus in Africa*. Vienna, UNDCP, ODCCP Studies on Drugs and Crime, March 1999.
- 36** ANARFI, J. K. ; APPIAH, B. N. *Sexual Behavioural Factors Predisposing «Street-involved» Youth in Accra to HIV/AIDS Infection*. Legon, Institute of Statistical, Social and Economic Research, University of Ghana, 2002.
- 37** ANARFI, J. K. ; APPIAH, B. N. op.cit. EATON, L. ; FLISHERA, A. J. ; AAROB, L. E. *Unsafe sexual behaviour in South African youth*. *Social Science and Medicine*, (University of Bergen-Norway, University of Cape Town-South Africa), 2002.
- 38** EATON, L. op.cit.
- 39** UNAIDS. *Sexual behavioural change for HIV: Where have the theories taken us?* Geneva, UNAIDS Best Practice Collection-KEY MATERIAL, 1999. ODCCP. op.cit.
- 40** VAN DER STEL, J. *Handbook prevention. Alcohol, drugs and tobacco*. Strasbourg, Council of Europe, Jellinek Consultancy, 1998.
- 41** VAN DER STEL, J. p. 84, op.cit.
- 42** UNDCP. op.cit.
- 43** UNDCP. op.cit.
- 44** UNDCP. p. 104, op.cit. ONUSIDA. p. 72, op.cit. CAVALCANTI, L. *Prévention de l'abus de drogues par l'éducation et l'information : un devoir interdisciplinaire dans le contexte du développement humain*. Paris, UNESCO, 1994.
- 45** VAN DER VAEREN. p. 32, op.cit.
- 46** UNDCP. op.cit.
- 47** Un exemple concret d'application de la méthodologie active pour la lutte contre le sida est présenté dans *International HIV/AIDS Alliance*. Ateliers participatifs avec des ONG et OBC luttant contre le VIH/sida : guide du facilitateur. Royaume-Uni, 2002.
- 48** UNESCO ; BICE. *Dans la rue avec les enfants*. Paris, Editions UNESCO/BICE, 1995.
- 49** CAVALCANTI, L. De la nécessité de réinventer la prévention. *Abus de drogues et sida – PEDDRO*, (Paris, UNESCO, Commission Européenne, ONUSIDA), numéro spécial, décembre 2001, p. 110-112, op.cit.
- 50** VELIS, J.-P. p. 71, op.cit.

Les idées et les opinions exprimées dans ce document sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'UNESCO.

Auteur: Marie-Pierre Fernandez
Coordination: Florence Migeon et Livia Saldari
Révision: Patricia Toïgo
Conception graphique: Bertrand Ambry

Programme d'éducation des enfants en situation difficile

SECTEUR DE L'EDUCATION

UNESCO

7, place de Fontenoy
75352 PARIS 07 SP
France

Téléphone: 33 (0) 1 45 68 11 73/08 46 • Télécopie: 33 (0) 1 45 68 56 26

Courrier électronique: streetchildren@unesco.org

Plus de 100 millions d'enfants dans le monde vivent dans la rue, menacés par la faim, la solitude, la violence, les drogues, l'exploitation sexuelle, le VIH/sida.

Marginalisés, peu éduqués, peu informés et aux conditions de vie précaires, ils sont particulièrement vulnérables au VIH/sida et à la consommation de drogues. Les risques qu'ils encourent sont occultés par les impératifs de survie au quotidien.

Leur donner accès à des programmes d'éducation préventive est un des objectifs du programme de l'UNESCO pour l'éducation des enfants en situation difficile.

**PROGRAMME D'ÉDUCATION DES
ENFANTS EN SITUATION DIFFICILE**