



HAL
open science

La santé des enfants des rues : situation actuelle et défis : programme de la Fondation Mérieux et perspectives d'élargissement du soutien aux enfants

Aurélie Bottelin

► To cite this version:

Aurélie Bottelin. La santé des enfants des rues : situation actuelle et défis : programme de la Fondation Mérieux et perspectives d'élargissement du soutien aux enfants. Science politique. 2009. dumas-00809635

HAL Id: dumas-00809635

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00809635>

Submitted on 9 Apr 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

LA SANTÉ DES ENFANTS DES RUES :
SITUATION ACTUELLE ET DÉFIS
PROGRAMME DE LA FONDATION MÉRIEUX ET PERSPECTIVES
D'ÉLARGISSEMENT DU SOUTIEN AUX ENFANTS



© Samusocial Sénégal

Grenoble, le 25 septembre 2009

Travail soumis pour l'obtention du Master spécialisé « Organisation Internationale, OIG, ONG »
Institut d'Etudes Politiques de Grenoble- B.P 48 – 38040 Grenoble cedex 9





**LA SANTÉ DES ENFANTS DES RUES :
SITUATION ACTUELLE ET DÉFIS
PROGRAMME DE LA FONDATION MÉRIEUX ET PERSPECTIVES
D'ÉLARGISSEMENT DU SOUTIEN AUX ENFANTS**

BOTTELIN Aurélie

Sous la Direction de Monika STEFFEN

**« L'humanité doit donner à l'enfant ce
qu'elle a de meilleur »¹**

Déclaration de Genève, Société des Nations, 1924.

Grenoble, le 26 septembre 2009

**Travail soumis pour l'obtention du Master spécialisé « Organisation Internationale, OIG, ONG »
Institut d'Etudes Politiques de Grenoble- B.P 48 – 38040 Grenoble cedex 9**

¹ Préambule à la Déclaration de Genève du 26 septembre 1924, Société des Nations, in www.droitsenfant.com

Ce travail a été effectué durant le stage au sein du Département médical de la Fondation Mérieux sous la direction du tuteur professionnel, le Docteur Christophe LONGUET, Directeur médical, et de Madame Monika STEFFEN, directeur de mémoire, chercheur et maître de conférence à l'IEPG.

The analysis has been undertaken during the internship at the medical Department of Fondation Mérieux under the direction of the internship supervisor, Doctor Christophe LONGUET, Medical Director and Monika STEFFEN, thesis supervisor, professor at the IEPG.

Cette analyse ne représente que l'opinion personnelle de son auteur et ne peut en aucun cas être attribuée à la Fondation Mérieux où le stage a eu lieu.

This analysis expresses the personal opinion of its author and cannot be attributed to the organization Fondation Mérieux where the internship took place.

Remerciements

Permettez-moi d'abord de remercier :

Le Directeur Général de la Fondation Mérieux, Benoit MIRIBEL, qui m'a accueillie au sein de la Fondation et permis d'effectuer un stage extrêmement enrichissant.

L'ensemble du personnel de la Fondation Mérieux pour son accueil durant mon stage.

Les coordinateurs régionaux de la Fondation Mérieux : François-Xavier BABIN en Asie et Bénédicte CONTAMIN dans l'océan indien, qui m'ont aidé dans ma mise en relation avec les associations locales.

Nouhoum BOUARE, gestionnaire du projet RESAOLAB/Mali de la Fondation Mérieux pour ses précieux renseignements.

Les responsables associatifs qui ont accepté de répondre au questionnaire sur la santé des enfants des rues.

Monika STEFFEN pour son soutien et ses conseils pertinents.

Mes plus vifs remerciements vont également au Dr. Christophe LONGUET, Directeur Médical de la Fondation Mérieux et à Martina GLIBER, responsable ingénierie de projets au sein de la Fondation qui ont manifesté un grand intérêt pour mon travail.

Leur disponibilité lors de mon stage, leurs indications pour la rédaction de ce mémoire et leur relecture m'ont été précieuses.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	3
I. ABREVIATIONS	6
II. AVANT-PROPOS	7
III. RESUME	8
IV. EXECUTIVE SUMMARY	9
1. INTRODUCTION	10
2. LA RUE : UN LIEU DE VIE POUR DES MILLIONS D'ENFANTS DES PAYS EN DEVELOPPEMENT	15
2.1. LES ENFANTS DES RUES : UNE REALITE AUX MULTIPLES VISAGES	15
2.1.1. Qui sont les enfants des rues ?	15
2.1.1.1 L'état des connaissances sur le sujet.....	15
- Revue critique de la littérature	15
- De la difficulté d'étudier les enfants des rues.....	18
2.1.1.2 La question de leur définition.....	19
- La question de l'âge	19
- Les catégories d'enfants des rues	20
- La question du genre	22
2.1.1.3 Combien sont-ils ?.....	23
2.1.2. Les raisons multifactorielles d'arrivée en rue	24
2.2.1.1 Les facteurs push	25
- Une paupérisation croissante des foyers	25
- La fragilisation des liens familiaux	26
2.2.1.2. Les facteurs pull	27
- L'attraction exercée par la grande ville	27
- Rites initiatiques et solidarité	27
2.2. LES PROBLEMES RENCONTRES PAR LES ENFANTS DES RUES	28
2.2.1. Vie et survie en rue	28
2.2.2.1 L'usage de l'espace urbain par les enfants des rues.....	28
- L'enfant et le groupe, deux indissociables.....	28
- L'enfant et la rue : une relation complexe	29
2.2.2.2 Tableau du quotidien	30
- L'enfant mendiant	30
- L'enfant travailleur	30
2.2.2. Les problèmes causés par la vie en rue	31
2.2.2.1 La dureté de la vie en rue	32
- Dénouement et violence.....	32
- La drogue, un palliatif à la violence de la rue	32
2.2.2.2 Des enfants traumatisés mais adaptés à la vie en rue ?	33
- Traumatismes et stigmatisation.....	33
- Une étonnante suradaptation à la vie en rue.....	34
3. SITUATION SANITAIRE ET ACCES AUX SOINS	36
3.1. QUELS SONT LES PROBLEMES DE SANTE DES ENFANTS DES RUES ?	36
3.1.1. Des pathologies variées	36
3.1.1.1 Absence d'hygiène et dangerosité de la vie en rue.....	36
- Quotidien précaire et santé physique des enfants.....	36
- Une santé mentale fragile aggravée par la consommation de drogue.....	38
3.1.1.2 Des enfants touchés par les maladies infectieuses.....	39
- Des enfants de différents pays atteints d'infections similaires.....	39
- Le cas du paludisme.....	40
3.1.2. La santé reproductive et sexuelle des enfants des rues	41
3.1.2.1 Des comportements sexuels à risque	41
- Perception du corps et sexualité des enfants des rues	41
- Grossesses non désirées et à risque	42
3.1.2.2 Infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA.....	45
- Etat des lieux.....	45
- Perceptions et connaissance de ces pathologies par les enfants et les communautés	46
3.2. L'ACCES AUX SOINS : ETAT DES LIEUX, DEFIS ET EXEMPLES D'INTERVENTIONS	48
3.2.1. Quel accès aux soins pour les enfants des rues ?	48

3.2.1.1. Des enfants trop pauvres, stigmatisés et exclus	48
3.2.1.2. Des enfants exclus des programmes verticaux d'accès aux soins	50
- Les différentes initiatives existantes.....	50
- Des enfants exclus des services de soins qui ont recours à l'automédication	52
3.2.2. <i>L'action des acteurs de terrain</i>	52
3.2.2.1 Les activités médicales des associations.....	53
- Les soins de bases	53
- Les activités de prévention et de sensibilisation.....	54
3.2.2.2 Conventions et collaborations : de la nécessité d'un travail en réseau	55
- Les collaborations avec les autres associations	56
- Les conventions signées avec les établissements de soins	56
4. LA STRATÉGIE D'ACTION DE LA FONDATION MÉRIEUX	59
4.1. LA FONDATION MERIEUX ET LA SANTE DES ENFANTS DES RUES.....	59
4.1.1. <i>L'action de la Fondation en faveur des enfants des rues : quelle efficacité ?</i>	59
4.1.1.1 Le soutien aux associations	59
4.1.1.2 Quels résultats ?	59
4.1.2. <i>Comment la Fondation peut-elle améliorer son action en faveur des enfants des rues ?</i>	61
4.1.2.1 Un nouveau projet afin de mieux cerner les besoins en terme de maladies infectieuses	61
- Une nouvelle mouture pour le projet de soutien aux enfants des rues.....	61
- La nécessité d'un rapport détaillé sur les activités financées par le Fonds	62
4.1.2.2 Critères de choix des associations	63
4.2. LA FONDATION MERIEUX : ACTEUR DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES ENFANTS.....	65
4.2.1. <i>Les maladies infectieuses chez les enfants</i>	65
4.2.1.1 Les enfants des rues sont-ils les principales victimes des maladies infectieuses?	65
4.2.1.2 Les enfants de moins de cinq ans sont les plus frappés par les maladies infectieuses	67
4.2.2. <i>La pneumonie : maladie « la plus meurtrière chez l'enfant »</i>	69
4.2.2.1 Une maladie qui tue.....	70
4.2.2.1...Alors que prévention et traitement existent	71
- Une maladie évitable.....	71
- Les traitements existants	72
5. CONCLUSION.....	74
6. BIBLIOGRAPHIE	77
7. ANNEXES.....	85
Annexe 1 : Organigramme de la Fondation Mérieux.....	85
Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux responsables associatifs sur la santé des enfants des rues	86
Annexe 3 : Présentation des associations	88
Annexe 4 : Le Système Enfant-Rue de R. Lucchini.....	92
Annexe 5 : Répartition par sexe des enfants pris et adolescent(e)s pris en charge par le Samusocial Mali en 2008.....	93
Annexe 6 : Raisons de la présence en rue.....	94
Annexe 7 : Principales difficultés rencontrées en rue, Samusocial Mali	95
Annexe 8 : Stratégies économiques de survie, Samusocial Mali	96
Annexe 9 : Les différentes pathologies dont sont victimes les enfants des rues au Mali.....	97
Annexe 10 : Les différentes pathologies traitées en rue par le Samusocial Sénégal.....	98
Annexe 11 : Pratiques sexuelles chez les enfants des rues, Dakar, Sénégal.	99
Annexe 12 : Activités du centre d'hébergement du Samusocial Sénégal.....	99
Annexe 13 : Nombre de soins dispensés en maraudes de nuit par le Samusocial Mali, 2008.	100
Annexe 14 : Orientations médicales des enfants par le Samusocial Mali, 2008.....	100
Annexe 15 : Les causes de décès des nourrissons selon l'UNICEF.....	101
Annexe 16 : Répartition géographiques des décès des moins de cinq ans selon l'UNICEF.....	102
Annexe 17 : Les causes de mortalité des moins de cinq ans selon l'UNICEF.....	103
Annexe 19 : Régions d'incidence de la pneumonie, UNICEF et OMS.....	105
Annexe 20 : Pays où les cas de pneumonie sont les plus nombreux, UNICEF, OMS.	106
Annexe 21 : Disparités dans l'accès aux soins dans le cas de la pneumonie, UNICEF et OMS.	107
Annexe 22 : Répartition par âge des enfants des rues rencontrés par le Samusocial Sénégal à Dakar.	108
Annexe 23 : Répartition par âge des filles et des garçons rencontrés dans les rues de Bamako par le Samusocial Mali.....	109

I. ABREVIATIONS

AMI	Aide Médicale Internationale
ARCAD SIDA	Association de Recherche, de Conseil et d'Accompagnement à Domicile des personnes vivant avec le VIH/SIDA
ARV	Antirétroviraux
BICE	Bureau International Catholique pour l'Enfance
CESAC	Centre d'Ecoute, de Soins, d'Accompagnement et de Conseils
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
EMA	Equipes Mobiles d'Aide
GAVI	The Global Alliance for Vaccines and Immunisation
IRA	Infections Respiratoires Aigües
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LPE	Laboratoire des Pathogènes Emergents
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non gouvernementale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
UNFPA	United Nations Development Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine

II. AVANT-PROPOS

Mon stage à la Fondation Mérieux s'est déroulé, à Lyon, du 15 février au 16 juillet 2009.

Créée en 1967 par le Docteur Charles Mérieux, la Fondation Mérieux est une fondation familiale indépendante reconnue d'utilité publique.

Elle s'est fixée pour *mission*² la lutte contre les maladies infectieuses dans les pays en développement. Pour ce faire, la Fondation s'implique dans quatre secteurs : la recherche appliquée, le partage de connaissances, la réhabilitation des structures de santé et le soutien aux patients.

La principale mission de mon stage proposée par Benoit MIRIBEL, le Directeur Général de la Fondation, a porté sur ce dernier volet. Intégrée à la Direction Médicale et encadrée par son Directeur, le Docteur Christophe LONGUET, j'ai participé à la réflexion sur l'action menée par la Fondation Mérieux en faveur des enfants des rues. Dans un premier temps, nous avons mis sur pied un nouveau projet de soutien à ces enfants en partenariat avec des associations malienne, sénégalaise et haïtienne. Pour cela, nous avons contacté les responsables associatifs, effectué une analyse des besoins des enfants des rues en la matière de soins et proposé un budget.

Dans un second temps, mon rôle a été de réfléchir de façon plus globale sur la problématique de la santé des enfants des rues et notamment des maladies infectieuses : qui sont ces enfants, quels sont leurs problèmes de santé, de quel accès aux soins disposent-ils, de quel type de prise en charge bénéficient-ils ?

Le Directeur Général souhaitait que j'analyse les actions de la Fondation Mérieux en faveur des enfants des rues mais aussi que je propose des pistes d'action plus globales sur les enfants victimes de maladies infectieuses.

J'ai été appuyée tout au long de mes recherches et réflexions par le personnel expatrié de la Fondation.

² FONDATION MERIEUX, Rapport annuel, des racines pour la vie, 2007.

III. RÉSUMÉ

Dans de nombreux pays en développement, la rue est un lieu d'échanges, de rencontres, de convivialité. Elle est cependant également depuis une vingtaine d'années le refuge de millions d'enfants qui y dorment, mangent, travaillent...vivent : **les enfants des rues**.

Un même vocable pour décrire des situations hétérogènes. Alors que certains retournent dans leur foyer le soir, d'autres n'ont plus aucun contact avec leur famille et tentent de subvenir seuls à leurs besoins.

Une réalité **difficile à définir** donc, mais aussi à **quantifier**. Les recensements à l'échelle globale n'existent pas et les chiffres varient considérablement en fonction des sources.

Les **raisons d'arrivée en rue** sont multiples. Certains facteurs, comme la pauvreté et la violence domestique, poussent l'enfant à la rue et d'autres l'y attirent: liberté, drogue et solidarité du groupe.

Une fois à la rue, ces enfants doivent trouver de quoi survivre : mendicité, vol, petits travaux (cireurs de chaussure, gardiens de parking, porteurs) et prostitution sont leur gagne pain quotidien. La rue tant idéalisée se révèle vite être un **endroit dangereux** où l'enfant est victime de la violence des adultes et de ses pairs. Exploité économiquement et sexuellement, il a rapidement recours à la **drogue**, comme palliatif à la dureté de sa vie.

Cette addiction va, à terme, avoir des conséquences extrêmement néfastes sur la santé mentale de l'enfant, déjà affecté par de nombreux événements traumatiques et un quotidien dénué de repères et d'affection. En plus de problèmes d'ordre psychologique, les enfants des rues souffrent de nombreuses pathologies physiques. La violence de la vie en rue est en effet la cause des traumatismes et blessures : bagarres et accidents notamment dus à la consommation de drogue. De plus, ils sont victimes de **maladies d'origine infectieuse**: paludisme, plaies qui se surinfectent, parasitoses, infections ORL, tuberculose, affections bucco-dentaires, Infections sexuellement transmissibles (IST), dont notamment VIH/SIDA. Malheureusement, cette question est très peu documentée et il est extrêmement difficile de connaître avec précision l'impact des maladies infectieuses sur les enfants des rues.

Ce que l'on sait cependant, c'est qu'ils n'ont **aucun accès aux soins** médicaux : trop pauvres et stigmatisés, ils sont exclus des systèmes de santé nationaux. Afin de combattre cette situation, de nombreuses Organisations Non Gouvernementales (**ONG**) se sont mises en place et offrent des soins à ces enfants : dans la rue et/ou dans leurs dispensaires. Celles qui ont établi des partenariats avec des établissements de soins publics ou privés y réfèrent les enfants en cas de besoins de soins secondaires.

La **Fondation Mérieux**, dans le cadre de son soutien aux patients, supporte deux associations qui s'occupent d'enfants des rues dont principalement le *Samusocial* au Mali. Avec cette association, le projet qui permettait la réalisation d'analyses médicales gratuites ne s'est pas révélé concluant puisque, en raison de l'éloignement géographique, les enfants n'en bénéficiaient pas beaucoup. Ainsi, après réflexion et interrogation de différentes associations sur leurs besoins, il a été décidé de mettre en place, en partenariat avec trois structures, un **Fonds de solidarité santé pour les enfants des rues** qui couvre les différentes pathologies rencontrées par ces enfants. Grâce aux rapports d'activités des associations, ce fonds permettra à la Fondation de cerner avec plus de précision la problématique des maladies infectieuses chez ces enfants : combien en sont atteints? En meurent? Comment sont-ils soignés ? etc.

Cette réflexion nous amène à nous interroger de façon plus globale sur la **vulnérabilité des enfants des pays en développement** face aux pathologies d'origine infectieuse. Les enfants des rues sont-ils les plus exposés? Est-ce parmi cette catégorie d'enfants qu'elles font le plus de ravage?

Selon l'UNICEF, c'est **avant leur cinquième anniversaire**, que les enfants décèdent le plus de ces maladies : pneumonie, diarrhée, paludisme, rougeole et VIH/SIDA.

Dans le cadre de la volonté de la Fondation Mérieux d'élargir son soutien aux enfants, il semble pertinent de réfléchir à la mise en place d'un projet qui s'adresse à cette catégorie d'enfants. La **pneumonie**, première cause de décès parmi les enfants de moins de cinq ans et considérée comme un « fléau oubliée »³ par l'UNICEF paraît être la cible idéale pour un élargissement des actions de la Fondation.

³ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'enfant, un fléau oublié, 2006.

IV. EXECUTIVE SUMMARY

In many developing countries, the streets are a place of exchanges, meetings and conviviality. Yet, for twenty years, they have also been the shelter for millions of children who eat, sleep, work and live there: the **street children**. A unique expression to describe **heterogeneous situations**. Although, some return to their household at night, others do not have any contact with their family anymore and try to support themselves independently. Thus, it is a reality **difficult to define** but also one that is equally difficult to quantify. **There is no** global census on the matter and the figures that do exist vary considerably according to the sources. There are many reasons to **justify the presence of these children in the streets**. Some factors push them to the street like poverty and domestic violence, whereas others attract them, like liberty, drugs and group solidarity. Once they are in the streets, children need to find a way to survive: begging, theft, little jobs (shoe-shiner, night watchman, porter etc) and prostitution are their daily sources of income. The street that has been so idealized soon appears to **be a dangerous place** where the child is a victim of violence and abuse from adults and fellow street children. Economically and sexually exploited, they quickly fall into **drugs** as a makeshift repair to the hardness of life. This addiction will eventually have serious consequences on the child's mental health, which has already been damaged by several traumatic events and a daily life deprived of any points of reference and care. Besides such psychological issues, street children also suffer from a certain number of physical illnesses. Indeed, the violence of the street causes trauma and injuries: fights and accidents mainly due to the use of drugs. Moreover, they are the victims of several **infectious diseases**: malaria, infected wounds, parasitosis, Ear, Nose and Throat (ENT) infections and dental infections and Sexually Transmitted Diseases (STD), mainly HIV/AIDS. Unfortunately, very little has been said about this issue and it is very difficult to know precisely the impact of infectious diseases on street children. Despite their health conditions, street children **do not have any access to medical care**: too poor and too stigmatized, they are excluded from the national health centres. In order to fight this situation, several Non Governmental Organizations (**NGO**) have been created and offer health care to these children in the streets and/or in infirmaries. Those who have established partnerships with public or private health centres send the children there, in the event of more serious health issues. **Fondation Merieux**, in the frame of its support to patients, backs two associations that take care of street children and mainly the Samusocial in Mali. With these partnerships, a project developed which allowed for the fulfilment of free biological analysis for street children. However, the project appeared to be less efficient, suffering from several geographical issues, and many children failed to benefit from the project. Fondation Merieux surveyed various health associations regarding their needs and developed a partnership with three structures: a **Health solidarity fund for street children** that covers all of the diseases that affect the children. The activity reports of the associations should allow Fondation Mérieux to understand more precisely the issue of infectious diseases among street children: the true number of children infected, fatality rates, treatment methods, etc. Further thought is needed on the problem of **children's vulnerability** to infectious diseases. Are street children the most exposed? Are children suffering from the highest rates of death due to infectious disease? According to UNICEF, children under the age of five are the most at risk to die from an infectious disease such as: pneumonia, diarrhoea, malaria, measles and HIV/AIDS.

As Fondation Merieux wants to enlarge its support to children, it could be relevant, to set up a new project that focuses on this category of children. **Pneumonia** ranks as the leading cause of deaths among children under five and is considered to be a « forgotten killer »⁴ by UNICEF. Pneumonia, thus, seems to be an ideal target for an expansion of the foundation's activities.

⁴ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'enfant, un fléau oublié, 2006.

1. INTRODUCTION

Le phénomène des enfants des rues n'est pas uniquement une réalité visible pour les chercheurs ou les travailleurs des organisations non gouvernementales (ONG). En effet, quiconque s'est déjà rendu dans une grande ville d'un pays en développement, a été témoin de la présence dans la rue de centaines d'enfants, dont certains extrêmement jeunes.

Dès sa sortie de l'aéroport, le voyageur est entouré par des grappes d'enfants qui mendient et / ou proposent leurs services pour cirer les chaussures, porter les bagages, appeler un taxi et le charger etc.

Instinctivement, un sentiment de compassion s'empare de l'étranger dont les repères sociaux et culturels se trouvent immédiatement bousculés : comment un enfant de huit ans à peine peut-il se retrouver dans la rue à mendier, travailler et consommer de la drogue ?

Malheureusement, cette situation ne fait qu'empirer. Si le phénomène des enfants des rues était marginal au début des années 1980, il a connu depuis, un accroissement ininterrompu. C'est quelques années après son apparition, qu'une prise de conscience s'est opérée au sein de quelques associations à l'instar du *Bureau International Catholique pour l'Enfance en France* (BICE) et de *Save the Children* en Grande-Bretagne. Rapidement, la question de l'enfance en difficulté a été portée sur le devant de la scène politique et, en 1989, l'Assemblée générale des Nations-Unies signait la Convention des Droits de l'Enfant. Celle-ci proclame le « droit au bien-être, à la santé, à la protection contre les mauvais traitements, la drogue et l'exploitation sexuelle »⁵; ce qui représente une avancée importante dans la protection des enfants.

En mars 1994, cette même assemblée, « profondément préoccupée par le nombre croissant d'enfants des rues dans le monde et alarmée par les atteintes graves »⁶ dont ils sont victimes, a signé une résolution spécifiquement relative à cette population.

Celle-ci encourage les États à œuvrer en leur faveur et « exhorte la communauté internationale »⁷ à soutenir les efforts engagés par les gouvernements nationaux dans ce domaine.

De plus, l'UNESCO, suite à la Conférence Mondiale sur l'Education pour Tous qui s'est tenue à Jomtien en Thaïlande en 1990, a lancé un Programme d'éducation des enfants de la rue et des enfants travailleurs⁸. Il vise entre autres, à soutenir financièrement des

⁵ UN Convention on the Rights of the child, November, 20, 1989, on www.unhchr.ch.

⁶ Résolution des Nations-Unies relative aux enfants des rues Cf. www.unhchr.ch.

⁷ Résolution des Nations-Unies relative aux enfants des rues, Point 5. Cf. www.unhchr.ch.

⁸ Cf. www.unesco.org

projets de terrain, à encourager les partenariats entre les gouvernements et les ONG et, à « sensibiliser les décideurs et le grand public »⁹.

Enfin, le Ministère français de la coopération a mis en place en 1995 un Fonds d'aide et de coopération pour les enfants des rues¹⁰ qui cofinance dix-sept projets en Afrique subsaharienne, au Cambodge et en Haïti.

La problématique des enfants des rues, bien que très spécifique, (elle touche une catégorie précise d'enfants), est « au cœur des problématiques actuelles de développement et de coopération internationale »¹¹.

Elle renvoie à l'urbanisation massive des pays en développement. La spectaculaire hausse démographique ainsi que les mouvements migratoires depuis les campagnes entraînent une véritable concentration urbaine, où règnent pauvreté et anarchie. La ville attire et nourrit un imaginaire de réussite économique et de liberté.

Le phénomène des enfants des rues pose également la question de l'accès à l'éducation et à la formation dans ces pays. Ces enfants ne sont ni scolarisés, ni formés à l'apprentissage d'un métier : leur seule perspective est la marginalisation et l'exclusion.

Ainsi s'agit-il d'un sujet au croisement de plusieurs secteurs de l'action publique : la lutte contre le VIH/SIDA, contre l'esclavage sexuel, contre la pauvreté, le combat en faveur de l'éducation pour tous etc.

On comprend donc les enjeux majeurs soulevés par ce phénomène : la problématique des enfants des rues ne doit pas être considérée uniquement au niveau *micro* (individuel) mais bien *macro*. Son impact est dévastateur non seulement pour ces enfants, mais pour la société toute entière qui voit grandir en son sein plusieurs milliers d'enfants sans avenir.

Malgré les déclarations d'intention de la communauté internationale précédemment citées, ainsi que les – rarissimes - projets soutenus, les enfants des rues sont complètement laissés pour compte. En effet, ils sont exclus des programmes nationaux et internationaux mis en place pour lutter contre des problèmes qui, pourtant, les frappent de plein fouet : prostitution, maltraitance, travail des enfants, VIH/SIDA, paludisme etc.

Conscientes de l'extrême vulnérabilité de ces enfants et de leur exclusion des mécanismes d'aide existants, plusieurs organisations non gouvernementales se sont créées sur le terrain pour leur venir en aide. Bien que les modalités d'action, les structures et les moyens soient différents, toutes cherchent à sortir les enfants des rues de la situation d'exclusion dans laquelle ils se trouvent.

⁹ Cf. www.unesco.org

¹⁰ Cité in PIROT Bernard, Enfants des rues d'Afrique centrale : Douala et Kinshasa, de l'analyse à l'action, 2004, p.15.

¹¹ PIROT Bernard, Enfants des rues d'Afrique centrale : Douala et Kinshasa, de l'analyse à l'action, 2004.

Une large partie de leur travail relève donc du domaine social : les accompagner dans les démarches sociales, les aider à mettre en place un projet de sortie de rue, les écouter, leur parler, créer un lien de confiance et ce « dans le respect des principes de dignité, de solidarité et de citoyenneté »¹².

Les actions menées par les associations concernent également le registre sanitaire. En effet, en raison de la dureté de leurs conditions de vie en rue, les enfants des rues sont sujets à de nombreux problèmes de santé; à la fois du domaine psychologique et physique.

Quelles sont les pathologies dont ils sont victimes ? Sont-elles similaires en fonction des pays ? Quel accès ont-ils aux structures de soin ? Quelles stratégies sont mises en place par les ONG pour soigner ces enfants ? Quel type de prise en charge semble le plus pertinent ?

Telles sont les questions que nous nous sommes posées afin de dresser un état des lieux en la matière, pour servir de support à la réflexion de la Fondation Mérieux sur son rôle et son action dans ce domaine.

Comment la Fondation, dans le cadre de sa mission peut-elle agir en faveur des enfants des rues ? S'agit-il de la cible la plus pertinente ou existe-t-il d'autres catégories d'enfants plus vulnérables aux maladies infectieuses?

Nous allons, dans un premier temps, analyser la littérature existante sur le phénomène des enfants des rues. Nous aborderons les questions de la définition de cette catégorie d'enfants, de leur nombre, des causes d'arrivée en rue et des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien.

La seconde partie pose les fondements de notre réflexion future puisqu'il s'agit d'une étude situationnelle sur la santé des enfants des rues : quels sont les problèmes sanitaires dont sont victimes ces enfants et de quel accès aux soins bénéficient-ils ?

Ce travail de recherche préalable va nous permettre de nous interroger, dans un troisième temps, sur le rôle que peut jouer la Fondation Mérieux dans ce domaine. Grâce aux éléments développés dans la seconde section, nous serons en mesure d'analyser la pertinence -par rapport à sa mission- des programmes mis en œuvre par la Fondation en faveur des enfants et, de présenter des recommandations pour l'action.

De plus, cette partie questionnera la pertinence du choix de la Fondation d'agir spécifiquement en faveur des enfants des rues et proposera des perspectives nouvelles et plus globales.

¹² Méthode développée par le Samusocial Mali, in SAMU SOCIAL MALI, Programme d'appui aux enfants de la rue à Bamako, Rapport, 2008

Sur le plan méthodologique, notre travail s'est heurté au manque d'informations disponibles, ce qui en a constitué la principale difficulté. Car si le phénomène des enfants des rues est globalement bien documenté, la question de la santé de ces enfants, l'est beaucoup moins.

En ce qui concerne les travaux scientifiques publiés sur les enfants des rues, certains auteurs consacrent tout de même une partie aux questions liées à la santé : ils abordent les mauvaises conditions d'hygiène de la vie en rue, les différentes maladies dont sont victimes les enfants, avec généralement un focus sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et VIH/SIDA, et les difficultés d'accès aux soins. Cependant il s'agit de généralités et non de statistiques exploitables.

Les problèmes de santé des enfants des rues sont donc évoqués en filigrane dans les ouvrages généraux mais ne sont pas suffisamment précis pour en saisir toute l'ampleur et les caractéristiques.

Les rapports associatifs sont eux, plus fournis à ce propos. Certains publient des représentations graphiques illustrant les différentes pathologies soignées chez ces enfants et détaillent leur prise en charge.

Accéder à l'information, lorsque celle-ci est détenue essentiellement par des associations représente une difficulté considérable. Certaines structures (souvent celles de plus petite taille) n'ont pas de site Internet et/ou ne rédigent pas de rapport d'activités.

C'est pour pallier cette difficulté, que nous avons décidé d'adresser un questionnaire¹³ à différents responsables associatifs¹⁴ abordant différents aspects de la santé des enfants des rues.

Une première partie concerne les problèmes de santé généraux, la seconde se focalise sur les IST, la troisième évoque la santé reproductive et sexuelle¹⁵ et, enfin, la dernière concerne les drogues et les violences.

Le choix des associations a été facilité par les contacts avec les coordinateurs régionaux de la Fondation Mérieux : leur présence sur le terrain leur permet en effet d'avoir une bonne connaissance du tissu social local.

Nous avons décidé d'entrer en contact avec vingt associations, quatre par pays cible. Au total cependant, seuls onze questionnaires nous ont été retournés.

En effet, la majorité des associations ne souhaitait pas consacrer du temps à cette étude sans contrepartie. Ainsi de nombreux responsables nous ont déclaré que, sans perspective de partenariat avec la Fondation Mérieux, ils ne souhaitaient pas y répondre.

¹³ Cf. Annexe n°2 : questionnaire adressé aux associations.

¹⁴ Cf. Annexe n°3 : présentation des associations interrogées

¹⁵ Cf. Définition en 3.1.2

D'autres qui s'étaient engagés à nous retourner le questionnaire, ne l'ont jamais fait malgré nos relances.

Les difficultés étaient également d'ordre purement matériel : il était extrêmement difficile de joindre les responsables en raison de mauvaises connexions Internet, de problèmes de lignes téléphoniques ou de leurs fréquentes absences. Ainsi, même pour les questionnaires effectivement renvoyés, les rappels ont dû être fréquents et nous avons parfois été contraints d'effectuer les entretiens par téléphone car les associations ne souhaitent pas passer du temps à répondre aux questions par écrit.

Nous soulignerons ici, que les structures qui nous ont retourné l'étude remplie avec soins dans les plus brefs délais étaient celles avec qui la Fondation avait d'ores et déjà établi des collaborations.

2. LA RUE : UN LIEU DE VIE POUR DES MILLIONS D'ENFANTS DES PAYS EN DEVELOPPEMENT

Cette première partie pose les jalons de notre réflexion future. Elle permet en effet de *comprendre* le phénomène qui nous intéresse par la présentation des connaissances théoriques existantes. C'est ce cadre analytique qui nous permettra par la suite d'envisager les stratégies d'action les plus pertinentes.

2.1. Les enfants des rues : une réalité aux multiples visages

2.1.1. Qui sont les enfants des rues ?

Une des difficultés majeures du sujet d'étude qui est le nôtre réside en sa complexité à le définir. Malgré le nombre de travaux et de rapports associatifs publiés sur ce phénomène, la question de la définition reste problématique. Quelle réalité se cache derrière l'appellation *enfant des rues* ? Existe-t-il une définition unique et non controversée ? Que sait-on des ces enfants ?

2.1.1.1 L'état des connaissances sur le sujet

Quels sont les types de publication, les sources, les angles morts de la littérature sur notre objet d'étude ?

L'analyse bibliographique préalable permet d'avoir une idée sur l'intérêt du sujet, sur les travaux qui lui ont déjà été consacrés, leurs méthodes et les points particuliers qui méritent un approfondissement.

Dans notre cas, étudier la littérature existante permet de savoir si les modes de vie des enfants des rues sont similaires en fonction des aires géographiques, si les explications du phénomène sont semblables, quelles sont les thématiques laissées dans l'ombre et les méthodes utilisées par les auteurs pour le recueil des données.

- Revue critique de la littérature

Fatou Drame, sociologue rattachée au *Samusocial* Sénégal souligne que le phénomène des enfants des rues au Sénégal mobilise davantage « les acteurs de la société civile que le monde académique »¹⁶. En d'autres termes, il y'aurait peu de production scientifique sur le sujet mais de nombreux rapports provenant d'institutions de prise en charge.

D'une manière plus globale -et non pas restreinte à un seul pays-, l'on observe la même tendance : les rapports associatifs (rapports d'activité notamment) sont bien plus

¹⁶ DRAME Fatou, SAMU SOCIAL INTERNATIONAL, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 2009.

nombreux que les ouvrages généralistes. Ils constituent, bien que teintés d'une intention de plaidoyer, une source d'information précieuse. Malgré leur absence de valeur "scientifique", ils sont indispensables pour la construction de la connaissance. Ces rapports donnent des renseignements quant au quotidien des enfants, les causes d'arrivée en rue, les problèmes qu'ils rencontrent et le type de prise en charge qui leur est apportée.

En ce qui concerne la littérature *stricto sensu*, on trouve des ouvrages concernant à la fois les pays développés et les pays en développement. Pour ces derniers, les principales zones géographiques sont couvertes (Asie, Afrique, Amérique du Sud) et certains ouvrages s'intéressent à un pays spécifiquement.

De manière globale, la littérature *défini*t le phénomène (qui sont les enfants des rues), cherche à le *comprendre* (pourquoi sont-ils en rue ?), à retranscrire leur *quotidien*, leurs *problèmes* et à dresser un tableau de leur *environnement* et leurs *logiques*.

Certains ouvrages¹⁷, en étant trop focalisés sur la description du quotidien des enfants des rues déconnectent le phénomène des « dynamiques sociales »¹⁸ qui touchent les couches plus larges de la population à savoir la pauvreté, les crises économiques, familiales, l'individualisme grandissant, la désintégration des structures familiales, la faiblesse des structures publiques de prise en charge et l'urbanisation croissante. Or, le phénomène des enfants des rues est intimement lié à des problématiques plus globales; la réflexion se fait non pas uniquement sur une dimension locale (l'enfant) mais également à l'échelle macro (économie, politique, sociologie).

De plus, nombre d'ouvrages tombent dans le travers de la victimisation en faisant appel aux sentiments, à l'émotion et s'éloignent donc de l'objectivité de mise pour un travail de recherche scientifique.

Pourtant, ces enfants, et c'est ce que R. Lucchini¹⁹ s'attache à démontrer, ne sont pas des victimes passives qui subissent leurs conditions; ils ont leur propre langage, univers et une identité forte. Ainsi, comme le souligne Stéphane Teissier, les enfants des rues forment une « entité culturelle » propre et « non soumise à la seule définition d'autrui »²⁰. Ils sont organisés en bandes structurées de façon hiérarchique, sont extrêmement débrouillards et surtout entièrement libres. La rue pour eux est « source de liberté, elle stimule leur imagination et développe leur autonomie »²¹.

¹⁷ COLONI Marie-Jeanne, Sans toit ni frontière, les enfants des rues, 1987.

¹⁸ DRAME Fatou, SAMU SOCIAL INTERNATIONAL, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 2009.

¹⁹ LUCCHINI Riccardo, Sociologie de la survie, l'enfant dans la rue, 1996.

²⁰ TEISSIER Stéphane, L'enfant des rues, Contribution à une socio-anthropologie de l'enfant en grande difficulté dans l'espace urbain, 2005.

²¹ TEISSIER Stéphane, L'enfant des rues, Contribution à une socio-anthropologie de l'enfant en grande difficulté dans l'espace urbain, 2005.

L'ouvrage d'Yves Marguerat et Danièle Poitou *À l'écoute des enfants des rues en Afrique noire* peut, en ce sens, être considéré comme un modèle de réussite. En réunissant une soixantaine de documents provenant d'acteurs locaux, il offre une « approche précise et objective » du phénomène; le tout fondé sur une grande « rigueur scientifique »²².

A la lecture des nombreux ouvrages existant sur le sujet, deux "profils types" de travaux se sont dégagés.

Tout d'abord, certains auteurs entendent produire des écrits "pratiques" ayant vocation à aider à la compréhension globale du phénomène. Ainsi, s'attachent-ils au travers de témoignages d'enfants et des responsables associatifs à *décrire* et à *comprendre* le quotidien des enfants des rues ainsi que leurs problèmes. Cette production littéraire a également vocation à leur « donner la parole »²³, eux qui sont discriminés et/ou ignorés. Enfin, elle présente les différents types de prise en charge mis en place par les acteurs publics et/ou associatifs, les compare et met en avant les initiatives réussies ou prometteuses ("lessons learned").

Ces ouvrages permettent donc *une meilleure compréhension* du problème ainsi qu'une *mise en perspective* des différentes actions mises en place sur le terrain. Les auteurs Y. Marguerat et D. Poitou participent à la diffusion de cette connaissance puisque leur ouvrage a été diffusé gratuitement en Afrique subsaharienne à différents responsables associatifs.

D'autres travaux moins "pratiques" entendent apporter une *compréhension sociologique* du phénomène à l'instar des ouvrages de S. Teissier et de R. Lucchini. Tous deux étudient la question de *l'identité* de ces enfants, de leur *sociabilité* ainsi que des discours et représentations qui dominent. Ainsi selon le professeur Lucchini, l'enfant est « intégré à un corpus de relations sociales »²⁴, il est acteur et entretient un rapport dynamique avec l'espace rue, la structure. En aucun cas, les enfants des rues ne forment une catégorie sociale homogène. Afin de comprendre la complexité du monde de la rue, l'auteur a adopté une approche interactionniste en créant le "système enfant-rue". Celui-ci a pour but de comprendre les différentes expériences de la vie en rue vécues par les enfants. Ainsi, huit éléments entrent en interaction²⁵ : le temps et l'espace, l'opposition monde de la rue/famille, les formes de sociabilité, les activités en rue, l'identité, la motivation et enfin le genre.

Ce deuxième type de travaux s'appuie donc sur une démarche sociologique et est beaucoup moins destiné aux travailleurs sociaux qui s'occupent d'enfants des rues qu'à la recherche fondamentale.

²² MARGUERAT Yves et POITOU Danièle, *A l'écoute des enfants de la rue en Afrique noire*, 1994.

²³ COLONI Marie-Jeanne, *Sans toit ni frontière, les enfants des rues*, 1987.

²⁴ LUCCHINI Riccardo, *L'enfant de la rue : réalité complexe et discours réducteur*, 1998.

²⁵ Cf. Annexe n°4: le système enfant-rue de R. Lucchini.

De cette étude bibliographique se dégage une autre observation : il n'existe pas de véritable étude comparative portant sur ce sujet. Or, il serait pertinent de comprendre pourquoi, dans certains pays en développement comme le Laos, les enfants ne vivent pas dans les rues. S'agit-il de différences de contexte économique ? Culturel ? Politique ?

De plus, comment expliquer que les enfants des rues soient stigmatisés de la sorte par les populations d'Afrique subsaharienne alors que celles du Cambodge les tolèrent ? Peut-on avancer ici un argument religieux ? Une croyance bouddhiste veut en effet que le karma s'améliore lorsque l'on nourrit les mendiants...

Lewis Aptekar a dénoncé ce manque de travaux comparatifs sur le sujet dans un article²⁶ publié en 1994. Comment expliquer par exemple que le Kenya, pourtant plus riche que son voisin éthiopien, ait un nombre plus important d'enfants des rues ? Certains auteurs avancent que la violence civile produit des enfants des rues ; pourtant l'Ethiopie par exemple qui a connu de nombreuses années de guerre civile ne recense que très peu d'enfants des rues. Peut-on alors avancer des différences religieuses ? Culturelles ? Existe-t-il un type de structure familiale qui "produise" -ou non- des enfants des rues ? Face à de telles interrogations, l'auteur préconise la réalisation d'une étude à l'échelle mondiale.

Après avoir étudié les écrits existants sur la thématique des enfants des rues, il est intéressant d'analyser le processus de collecte de données qui mène à la production de travaux sur ce sujet.

- De la difficulté d'étudier les enfants des rues

Le recueil d'informations fiables concernant les enfants des rues est extrêmement difficile et les auteurs qui se lancent dans cette tâche rencontrent de véritables problèmes méthodologiques.

En effet, comme le dénonce Lewis Aptekar²⁷, les enfants ont développé des qualités remarquables pour raconter des histoires et en viennent ainsi à manipuler leur auditeur et à fausser l'information. Selon lui, cette fonction de manipulation a un rôle psychologique puisqu'elle permet à l'enfant de se "venger" d'une société qui les dévalue en mentant et en ne dévoilant que le minimum d'informations sur leur quotidien. Ainsi, bien souvent les enfants créent-ils un langage qui leur est propre dans le but de dissimuler la vérité. Il faut, nous dit Lewis Aptekar, se méfier des récits de ces enfants et ne pas considérer leur discours comme une vérité absolue.

²⁶ APTEKAR Lewis, Street Children in the Developing World: A Review of Their Condition, 1994.

²⁷ APTEKAR Lewis, Street Children in the Developing World: A Review of Their Condition, 1994.

De plus, il est extrêmement fréquent que les enfants des rues soient sous l'emprise de drogue (alcool, chanvre, résine, solvants industriels) au moment des entretiens comme l'atteste de façon édifiante le reportage sur les enfants des rues de N'Bour au Sénégal²⁸.

En outre, nombre d'entre eux ne souhaitent pas répondre aux questions posées par le chercheur puisqu'il s'agit de temps perdu au cours duquel ils ne peuvent ni mendier ni travailler.

Enfin, une dernière difficulté est liée à l'extrême mobilité de ces enfants. Les équipes des *Samusocial* Sénégal et Mali ont ainsi fait part²⁹ à plusieurs reprises de leur difficulté à suivre les enfants en rue : certains "disparaissent" pendant plusieurs mois sans donner signe de vie. Il est donc extrêmement compliqué de créer des liens de confiance, préalable nécessaire à tout entretien.

2.1.1.2 La question de leur définition

La question de la définition du sujet d'étude est fondamentale. Il s'agit cependant dans bien des cas d'un exercice éminemment périlleux. En effet, l'enjeu est de parvenir à capturer les multiples réalités d'un phénomène au sein d'une définition commune.

C'est Henry Mayhew³⁰ qui, en 1851, a utilisé le premier l'expression *enfant des rues* dans son ouvrage *London Labour and the London Poor*. Cependant, le terme n'est entré dans le langage courant qu'après l'année de l'enfant des Nations-Unies célébrée en 1979³¹.

Bien qu'il s'agisse dès lors d'une expression consacrée, tous les auteurs s'accordent à dire qu'il est extrêmement difficile d'adopter une définition unique pour évoquer la problématique des enfants des rues.

Quelles sont les principales distinctions qui rendent le travail préalable de définition si périlleux ?

- La question de l'âge

La première difficulté réside dans la caractérisation de l'enfance. Si les Nations-Unies s'accordent à dire qu'un enfant « s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable »³², la plupart des acteurs de la lutte en faveur des enfants des rues marque une nette distinction entre enfants et adolescents. En effet, les problématiques rencontrées sur le terrain sont clairement distinctes s'il s'agit d'un enfant de zéro à cinq

²⁸ GRAND CLEMENT Daniel et Odile, *Les enfants perdus de M'bour*, 2009.

²⁹ Extrait de divers entretiens téléphoniques avec les Directrices du Samu Social Mali et du Samu Social Sénégal.

³⁰ Journaliste et chercheur anglais du XIXème.

³¹ SCANLON J. Thomas, TOMKINS Andrew, LYNCH A. Margareth and SCANLON Francisca, *Street Children in Latin America*, 1998.

³² UN Convention on the Rights of the child, article 1, November, 20, 1989.

ans ou d'un jeune proche de la majorité. Les réalités sont différentes; aussi le sont les modèles de prise en charge établis par les différents acteurs.

Cette question de l'âge marquée par la diversité des situations données, est donc fondamentale. Sur le terrain, les programmes mis en place sont souvent spécifiques en fonction des catégories d'âge. Par exemple, on retrouve chez plusieurs associations, des centres spéciaux pour jeunes en formation alors que les très jeunes enfants sont accueillis dans d'autres foyers.

A titre d'exemple, on pourra mentionner la rupture très nette que constitue l'entrée dans l'adolescence : si un enfant de sept ans n'est que peu concerné par les activités de prévention VIH/SIDA, l'attention des associations se porte presque exclusivement sur les adolescents.

Bien que les solutions apportées par les acteurs terrains soient différenciées, ils ont -tout comme les auteurs d'ouvrages sur le sujet-, adopté la définition des Nations-Unies comme cadre théorique. Leur action s'adresse donc globalement à toute personne de moins de dix-huit ans et est déclinée ensuite sur le terrain en fonction des problématiques liées à l'âge.

Dans notre travail, nous adopterons cette définition ; ainsi chaque fois que le terme *enfants des rues* sera mentionné, il fera référence à la catégorie des zéro/dix-huit ans.

- Les catégories d'enfants des rues

Préciser ce que l'on entend par le mot "enfant" ne suffit pas à définir la population qui fait l'objet de notre étude. L'expression *enfant des rues* désigne en effet une réalité multiple. Bien il n'y ait pas de profil type, la plupart des recherches met en avant deux groupes distincts³³ : les enfants *dans* la rue et les enfants *de* la rue. Cette distinction est en fait celle adoptée par l'UNICEF, ENDA Tiers-Monde et le Bureau International Catholique pour l'Enfance lors du Forum du Grand Bassam organisé en Côte d'Ivoire en 1985. Les travaux réalisés au cours de ce forum ont permis de grandes avancées du point de vue de la définition. Ainsi, la classification mise au point à l'issue des réunions a-t-elle permis de tirer un trait sur des appellations péjoratives teintées d'accusations de criminalité et de délinquance qui prévalaient jusqu'alors.

Depuis, cette distinction entre enfants *dans* et enfants *de* la rue a été reprise par de très nombreux auteurs anglophones sous les appellations suivantes : "home based" and "street based".³⁴

L'enfant *dans* la rue ou *home based* est un enfant qui, bien que passant l'essentiel de sa journée dans la rue, retourne dans sa famille pour la nuit.

³³ LUCCHINI Riccardo, Sociologie de la survie, l'enfant dans la rue, 1996.

³⁴ SCANLON J. Thomas, TOMKINS Andrew, LYNCH A. Margareth and SCANLON Francisca, Street Children in Latin America, 1998.

En revanche, les enfants *de* la rue ou *street based* passent leurs journées et leurs nuits en rue et ne bénéficient donc d'aucun soutien familial (ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils sont orphelins).

Conscients de cette distinction très nette entre enfants *de* et enfants *dans* la rue, les acteurs du Forum du Grand Bassam de 1985 ont mis au point une définition qui englobe ces deux réalités : il s'agit ainsi de « toute fille ou garçon n'ayant pas encore atteint l'âge adulte et pour qui la rue (au sens large du mot, c'est à dire comprenant bâtiments abandonnés, terrains vagues, coins de la rue etc.) est devenue la demeure habituelle et/ou la source de moyens d'existence »³⁵.

La distinction mise au point par l'UNICEF, bien que reprise par une immense majorité d'auteurs sur le sujet et d'acteurs associatifs, ne fait pas figure d'autorité et est loin d'être unique. Des chercheurs en sciences sociales ont en effet mis au point des typologies plus complexes et détaillées en prenant comme fil directeur d'autres facteurs que celui de la présence -ou non- des enfants en rue la nuit.

Ainsi, certains ont-ils construit leur définition en considérant les multiples dimensions de la vie en rue³⁶ (organisation sociale, occupation du territoire, activités économiques etc.) et d'autres en tenant compte du degré d'urbanisation et de déstructuration du milieu familial³⁷.

Mark Lusk³⁸ a développé sa propre typologie autour de quatre groupes, chacun ayant ses propres caractéristiques psychologiques. Les enfants qui travaillent la journée en rue et retournent dans leur famille le soir; les enfants qui travaillent en rue pour leur propre compte et se détachent progressivement de leur famille, ceux qui vivent et travaillent dans la rue avec leurs proches et enfin, ceux qui n'ont plus aucun lien avec leur foyer et qui vivent à temps plein dans la rue.

John Cosgrove, quant à lui, s'est lui intéressé au degré d'implication familiale et de comportement déviant. Ainsi, a-t-il mis au point la définition suivante : "a street child is any individual under the age of majority whose behavior is predominantly at variance with community norms, and whose primary support for his/her development needs is not a family or family substitute"³⁹.

Biaya⁴⁰ utilise deux autres critères pour définir des catégories d'enfants des rues en République Démocratique du Congo : l'âge et l'activité exercée dans la rue. Ainsi, les

³⁵ Conclusion des Travaux du Forum du Grand Bassam repris in DUCASSE Marion, Les enfants des rues au Burkina-Faso : entre enjeu politique et enjeu de développement, 2002.

³⁶ LUCCHINI Riccardo, Sociologie de la survie, l'enfant dans la rue, 1996.

³⁷ MARGUERAT Yves et POITOU Danièle, A l'écoute des enfants de la rue en Afrique noire, 1994.

³⁸ LUSK Mark, Street children of Rio de Janeiro, cité in APTEKAR Lewis, Street Children in the Developing World: A Review of Their Condition, 1994.

³⁹ COSGROVE John C., Toward a working definition of street children cité in APTEKAR Lewis, Street Children in the Developing World: A Review of Their Condition, 1994.

⁴⁰ BIAYA Tshikala K, Les jeunes, la violence et la rue. Entendre, Comprendre, Décrire cité in DRAME Fatou, Samusocial International, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 30 janvier 2009.

« moineaux »⁴¹ sont les enfants entre quatre et sept ans qui mendient et partagent leur argent alors que les balados »⁴² volent, agressent les passants, commettent des viols et que les « bana shegue »⁴³ de 9 à 12 ans mendient de l'argent et de la nourriture.

Enfin, le *Samusocial* Sénégal a également défini sa propre typologie⁴⁴. Ainsi, l'on distingue les *Fakmans* (enfants qui ont rompu avec leur famille, la société, l'école), les *talibés* (enfants des écoles coraniques qui mendient pour le compte de leur marabout), les jeunes travailleurs, les jeunes-filles et les enfants accompagnés de leurs familles.

L'expression "enfants des rues" englobe ainsi une multitude de réalités différentes. Derrière cette appellation, se cache également une autre distinction : celle du genre.

- La question du genre

Les auteurs d'ouvrages sur le sujet ainsi que les acteurs associatifs (et autres) présents sur le terrain sont unanimes : l'immense majorité des enfants des rues est masculine. Plusieurs explications sont apportées pour justifier ce phénomène.

Tout d'abord, les filles sont moins souvent victimes d'abandons ou auteurs de fuites de domicile. En effet, elles ont été élevées pour être dociles, attentionnées et soumises et ont ainsi moins de problèmes de comportement et, de fait, moins de conflits avec leurs familles.

De plus, si les familles souhaitent vraiment se "débarrasser" de leur fille, elles peuvent le faire par des moyens détournés tels que les mariages arrangés, ce qui n'est pas le cas pour les garçons.

Ensuite, les filles sont souvent retirées à la rue plus rapidement que les garçons par des particuliers qui les font travailler comme aide domestique ou prostituée.

Enfin, les filles des rues sont moins visibles⁴⁵ que leur pair masculin. Souvent, elles se déguisent en garçon ou ne sortent que la nuit par peur d'être enrôlées dans l'industrie du sexe, d'être victimes de viols ou de violences par les forces de l'ordre ou les garçons des rues ou bien d'être embauchées comme domestique⁴⁶.

Malgré les difficultés rencontrées par les acteurs terrains (éducateurs, équipes mobiles etc.), à aller à la rencontre des jeunes filles des rues, il est indispensable de les identifier et de les prendre en charge. Elles sont en effet plus facilement exploitables car considérées comme inférieures dans beaucoup de sociétés.

⁴¹ BIAAYA Tshikala K, Les jeunes, la violence et la rue. Entendre, Comprendre, Décrire cité in DRAME Fatou, Samusocial International, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 30 janvier 2009.

⁴² Opus cit.

⁴³ Opus cit.

⁴⁴ SAMU SOCIAL SENEGAL, Rapport Annuel 2008.

⁴⁵ Cf. Annexe n°5: Répartition par sexe des enfants et adolescent(e)s pris en charge en 2008 par le Samusocial Mali.

⁴⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION, Working with street children, Module 1: A profile of street children, Genève, 2000.

De plus, elles sont moins bien payées que les garçons pour des petites activités commerciales similaires et l'accès à l'éducation leur est souvent dénié.

2.1.1.3 Combien sont-ils ?

Il suffit de déambuler dans les artères principales des grandes villes des pays en développement pour apercevoir des dizaines d'enfants qui mendient, vendent des produits divers, cirent des chaussures, nettoient des voitures et reniflent des mouchoirs imbibés de solvants industriels. Il s'agit donc d'une réalité bien visible, connue, un problème de plus en plus préoccupant et qui croit de façon stable depuis deux décennies. Cependant, en ce qui concerne leur nombre, les lacunes sont immenses. Il n'existe à ce jour aucun chiffre précis, aucune statistique fiable au niveau global, aucune méthode de recensement spécifique et les chiffres publiés sont en fait essentiellement des estimations⁴⁷. Ces enfants échappent en effet aux recensements obligatoires et aux structures sociales classiques⁴⁸ en raison de leur mobilité et de leur exclusion sociale. Ils forment ainsi une entité aux contours très flous dont il est difficile de mesurer la portée.

Au Cambodge, le Ministère du Plan avait bien mené une étude statistique qui concluait « qu'environ 1,5 millions d'enfants âgés de cinq à dix-sept ans travaillent comme chiffonnier, mendiant, vendeur à la sauvette ou cireur »⁴⁹ mais celle-ci date de 2001 et n'a pas été renouvelée depuis. De plus, en fonction des sources, les chiffres vont même parfois jusqu'à doubler. Ainsi, les auteurs de l'ouvrage *Les ONG occidentales au Cambodge*⁵⁰ font-ils état de 40 000 enfants dans les rues de la capitale alors que l'ONG *Krousar Thmey* avance, elle, le chiffre de 20 000 enfants.

Souvent, ce sont les débats autour de la définition des enfants des rues qui entraînent de tels écarts de chiffres. Ainsi, une définition qui restreint les enfants des rues uniquement à ceux vivant et dormant en rue est loin de refléter la réalité des rues des pays en développement où des milliers d'enfants vivent et travaillent dans la rue, seuls ou en famille.

A l'échelle locale, nombre d'organisations mettent à jour des statistiques construites sur le nombre d'enfants qu'elles rencontrent en rue et ceux qu'elles prennent en charge. Ainsi, le *Samusocial Sénégal*⁵¹ dans ses rapports d'activités mentionne le nombre d'enfants pris en charge par ses équipes de jour et de nuit. Au cours de l'année 2008 par exemple, « les Equipes Mobiles d'Aide (EMA) ont rencontré 376 nouveaux enfants et depuis 2005, 2859 enfants ont été identifiés en rue par ces mêmes équipes »⁵².

⁴⁷ SCANLON J. Thomas, TOMKINS Andrew, LYNCH A. Margareth and SCANLON Francisca, *Street Children in Latin America*, 1998.

⁴⁸ COLONI Marie-Jeanne, *Sans toit ni frontière, les enfants des rues*, 1987.

⁴⁹ Krousar-Thmey : www.krousar-thmey.org.

⁵⁰ TRANNIN Sabine et PONCHAUD François, *Les ONG occidentales au Cambodge*, 2005.

⁵¹ SAMU SOCIAL SENEGAL, *Rapport Annuel*, 2008.

⁵² SAMU SOCIAL SENEGAL, *Rapport Annuel*, 2008.

Ces chiffres font uniquement référence à un échelon local et n'ont pas prétention à être transposés à d'autres villes ni même à l'échelle nationale. De plus, il est essentiel de rappeler qu'en fonction des sources, le nombre d'enfants des rues recensés varie considérablement. Ainsi les pouvoirs publics auront-ils tendance à fournir des estimations revues à la baisse afin de minimiser l'ampleur du problème.

2.1.2. Les raisons multifactorielles d'arrivée en rue

Le processus d'arrivée en rue est extrêmement bien documenté⁵³ que ce soit dans les rapports associatif ou dans les ouvrages théoriques sur le sujet. Globalement, les causes sont relativement similaires en fonction des pays : pauvreté et dislocation des familles sont les deux explications principalement avancées. Cependant, il existe également des problèmes spécifiques à certains pays. Ainsi, dans les pays musulmans comme le Sénégal, un grand nombre d'enfants sont envoyés par leurs parents dans des écoles coraniques appelées *daara*, afin d'étudier le Coran. Il s'agit pour eux -bien souvent- de la seule possibilité d'accès à l'éducation et l'alphabétisation. Le quotidien de ces élèves se révèle en fait très sombre comme en témoigne le reportage de Daniel et Odile Grand Clément⁵⁴. Les enfants doivent apprendre et réciter par cœur des passages en arabe dès l'aube sous menace de coups de fouets et mendier durant la journée. Face à cette violence qui leur est infligée, beaucoup d'enfants fuient leur maître coranique.

Nous l'avons dit, deux hypothèses⁵⁵ ont été avancées par les chercheurs pour expliquer l'arrivée en rue des enfants : la première est liée à la pauvreté et la seconde à la fragilisation des liens familiaux. Il ne serait cependant pas pertinent de se limiter à ces deux seules explications pour comprendre les origines d'un phénomène aussi complexe et hétérogène. En effet, il s'agit là de facteurs⁵⁶ qui *poussent (push)* les enfants au départ vers la rue ; or l'on observe également des facteurs qui *attirent (pull)* l'enfant à la rue et qui ont un rôle déterminant dans leur arrivée dans les rues des grandes villes.

⁵³ APTEKAR Lewis, *Street Children in the Developing World: A Review of Their Condition*, 1994.

⁵⁴ GRAND CLEMENT Daniel et Odile, *Les enfants perdus de M'bour*, 2009.

⁵⁵ GRAND CLEMENT Daniel et Odile, *Les enfants perdus de M'bour*, 2009.

⁵⁶ Cf. Annexe n°6: raisons de la présence en rue selon le Samusocial Mali et Sénégal

2.2.1.1 Les facteurs push

L'arrivée en rue ne ressemble pas à un accident : elle est l'aboutissement d'une succession d'événements, d'un ensemble de facteurs. Bien que le choix de partir vivre en rue ne soit pas rationnel, il est en tout cas "mûri" et en aucun cas le fruit du hasard.

Il est important de souligner qu'il n'y'a pas de déterminisme pour expliquer les raisons d'arrivée en rue des enfants. Il s'agit d'une réelle interaction de différents éléments (travail précoce de l'enfant dans la rue, violences familiales, pauvreté etc.) mais considérées individuellement, ces causes en elle mêmes n'expliquent rien. Comme le résume très bien R. Lucchini, « ce qui relie les facteurs entre eux, ce qui fait qu'un facteur devient un évènement, se transforme éventuellement en rupture, dépend du sens que l'enfant lui attribue »⁵⁷. En effet, chaque histoire est singulière et les enfants vivent et ressentent différemment des situations qui pourraient sembler similaires. Certains évènements qui paraissent anodins peuvent cependant déclencher le départ en rue alors qu'à l'inverse, d'autres enfants restent dans leur foyer malgré les violences domestiques et la pauvreté.

- Une paupérisation croissante des foyers

Pour de nombreux auteurs, la pauvreté est considérée comme le facteur principal d'arrivée en rue des enfants. En effet, ne pouvant subvenir à leurs besoins, les parents envoient leurs enfants dans la rue pour travailler et ainsi contribuer à la survie du foyer. Les "petits métiers" effectués en rue sont très souvent « illégaux et incompatibles avec leur âge »⁵⁸ comme le souligne Ok Sisovann, responsable du programme national pour l'éradication du travail des mineurs à l'Organisation Internationale du Travail (OIT). Les enfants passent ainsi de plus en plus de temps dans la rue, au milieu de leurs pairs, nouant des liens et goûtant aux prémices de la liberté (drogue, indépendance etc.). Puis, petit à petit, les enfants passent leurs premières nuits en rue pour rester avec leurs camarades et soudain, le retour au foyer ne semble plus envisageable. Dans certains cas également, ils préfèrent mendier pour eux même plutôt que de ramener l'argent à leur famille et le partager.

Cependant, toutes les études ne considèrent pas cette thèse de la pauvreté comme la plus pertinente. En effet, nombreux sont ceux qui affirment que la dislocation des familles et la violence domestique sont les principales causes de départ en rue.

⁵⁷ LUCCHINI Ricardo, Entre fugue et expulsion, le départ de l'enfant, 1997.

⁵⁸ Krousar Thmey: www.krousar-thmey.org.

- La fragilisation des liens familiaux

Dans son rapport d'étape, le *Samusocial* Sénégal, évoque la fragilité des liens familiaux comme « un trait commun [aux] enfants rencontrés »⁵⁹. La prise de distance entre les enfants et leur famille est rarement brutale, elle se fait de façon progressive : il s'agit souvent d'une succession de fugues qui se répètent de plus en plus fréquemment et durent de plus en plus longtemps. « La rupture entre l'enfant et sa famille n'est pas subite, mais est plutôt l'aboutissement d'un processus de rejet réciproque plus ou moins long. Dans de nombreux cas, le départ de l'enfant est progressif et lié à l'apprentissage de la vie dans la rue »⁶⁰. Les situations qui mènent à la dislocation des familles sont extrêmement variables : divorce et remariage, décès d'un ou des deux parents, arrivée de nouveaux enfants dans le foyer, violence domestique, vulnérabilités psychologiques préexistantes etc.

Voici le récit d'un enfant vivant dans la rue qui relate les raisons de son départ du foyer :

« J'étais avec mes parents et puis ma mère est morte. [...] Mon père a pris une autre femme. Avec cette femme, ça ne va pas! Quand elle me dit d'aller faire quelque chose, si je ne le fais pas assez vite, elle m'insulte, [...] et ne me donne pas à manger. [...] Quand mon père revient, il me gronde, il tape sur moi en disant que si je ne fais pas ce qu'on me demande, je sors. [...]. Quand l'école a recommencé, il a refusé de me payer l'école. [Sa] femme m'insultait tous les jours. [...]. Quand c'est devenu trop dur avec cette femme, je suis parti dans la rue avec mes amis »⁶¹.

Enfin, il arrive que les parents abandonnent d'eux mêmes leurs enfants ou les chassent de la maison. Cependant, ce phénomène est beaucoup plus rare que ce qui est communément supposé⁶².

Il est ici intéressant de préciser que dans de nombreux cas, la rupture entre l'enfant et sa famille n'est pas complètement consommée : certains enfants qui vivent et dorment dans la rue ont encore parfois contact avec leur famille.

⁵⁹ DRAME Fatou, SAMU SOCIAL INTERNATIONAL, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 2009.

⁶⁰ PIROT Bernard, *Enfants des rues d'Afrique centrale*, 2004.

⁶¹ PIROT Bernard, *Enfants des rues d'Afrique centrale*, 2004, p 70.

⁶² APTEKAR Lewis, *Street Children in the Developing World: A Review of Their Condition*, 1994.

2.2.1.2. Les facteurs pull

- L'attraction exercée par la grande ville

Les enfants n'arrivent pas uniquement en rue de façon subie et non désirée mais ils y sont attirés⁶³. En effet, ils idéalisent la ville et ses ressources et la liberté qu'elle représente. Ainsi, les auteurs du rapport *Les enfants de la rue à Dakar*, rapportent-ils les représentations qu'avaient les enfants de la ville avant d'y arriver. Ceux-ci parlent de « charmes, d'environnement porteur d'espoir »⁶⁴ d'une vie meilleure où la nourriture serait présente en abondance. Certains d'entre eux envisagent la rue comme un terrain de jeu exempt de contraintes.

Il existe donc une réelle attirance pour « l'espace public » et un rejet de plus en plus important de la structure familiale et de ses rapports d'autorité.

De plus, l'enfant aux prémices de sa vie en rue se sent grisé par son temps d'initiation : les premiers contacts avec les autres enfants, la découverte d'un monde complètement à part synonyme de liberté, la mise en place de stratégies de survie et le sentiment naissant d'autonomie et de maturité. Ainsi, aucun des enfants rencontrés par les enquêteurs du *Samusocial Sénégal* n'a fait part de craintes qu'il aurait pu éprouver à l'arrivée en rue, tous avaient en effet « l'assurance d'y trouver de quoi survivre »⁶⁵.

Cet imaginaire mystifié de la ville est nourri par les récits des autres enfants des rues rencontrés lors des premières fugues : vie sans contrainte, nourriture facile (car souvent volée), solidarité très forte entre amis et débrouillardise.

- Rites initiatiques et solidarité

L'attrait exercé par la ville sur les enfants est, nous l'avons vu, préalable à leur arrivée en rue. Une fois le départ du foyer exercé, la magie continue d'opérer grâce à la présence d'autres enfants qui les initient à cette vie en marge de la société et du monde des adultes et font preuve de solidarité avec le nouveau venu. Ainsi, lui prodiguent-ils des conseils pour travailler, trouver de la nourriture, dormir en sécurité etc. L'enfant acquiert une sensation erronée de facilité : il peut voler, mendier et donc gagner de l'argent, ce qu'il ne connaissait pas au sein de sa famille. Très vite, le nouveau se fond-il dans le groupe, participe aux tâches communes et crée des « liens forts »⁶⁶ avec les autres enfants de sa bande. L'enfant se sent intégré, investi d'une mission, accepté et aimé par ses pairs. On

⁶³ DRAME Fatou, SAMU SOCIAL INTERNATIONAL, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 2009.

⁶⁴ DRAME Fatou, SAMU SOCIAL INTERNATIONAL, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 2009.

⁶⁵ DRAME Fatou, SAMU SOCIAL INTERNATIONAL, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 2009.

⁶⁶ DRAME Fatou, SAMU SOCIAL INTERNATIONAL, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 2009.

voit bien à quel point ces ressentis peuvent compter pour un enfant battu par sa famille. Le rôle joué par le *collectif*, est donc extrêmement fort et motive les enfants à rester en rue même si les conditions de vie y sont cruelles. La drogue est également un facteur déterminant dans la cohésion du groupe et l'attachement de l'enfant à son univers comme nous l'aborderons en 2.2.2.1.

Cependant, la force conférée par la vie en groupe et l'usage de substances psycho actives ne suffisent pas à pallier à la dureté de la vie en rue.

Cette seconde partie entend dresser un tableau du quotidien des enfants des rues afin de dégager leurs problèmes principaux.

2.2. Les problèmes rencontrés par les enfants des rues

2.2.1. Vie et survie en rue

2.2.2.1 L'usage de l'espace urbain par les enfants des rues

- L'enfant et le groupe, deux indissociables

Un enfant qui vient d'arriver en rue ne reste jamais seul bien longtemps. Sa survie passe en effet par la création de liens avec ses semblables eux même déjà organisés en groupes souvent hétérogènes. Même s'ils se dispersent souvent la journée pour mendier ou effectuer de menus travaux, les enfants se réunissent toujours la nuit pour éviter les agressions des chefs de bande rivaux, des pédophiles et des voleurs.

La vie en groupe est une variable commune à tous les enfants des rues des pays en développement. Cependant, leur modèle organisationnel varie en fonction des différents lieux qu'ils occupent. Il peut s'agir d'un simple groupe d'ami mais aussi d'un « réseau organisé autour d'une activité génératrice commune »⁶⁷. Certains se font et se défont en fonction des circonstances, sont ouverts à tous et égalitaires alors que d'autres restent stables sur de nombreuses années et sont très difficiles d'accès.

Même si les catégories sont nombreuses, on observe le plus souvent au sein des groupes, une organisation très hiérarchisée avec une suprématie des anciens, les "leaders" qui imposent -par différents biais- leur autorité aux plus jeunes et aux nouveaux venus : viols perpétrés en guise de rite initiatique mais aussi séquestration d'une partie de l'argent gagné par les plus jeunes en échange de leur protection.

Malgré l'extrême dureté de ces traitements, ils semblent qu'ils soient considérés comme "normaux" par les enfants qui y voient un passage obligé vers l'âge adulte et donc l'acquisition de l'expérience de la rue et du pouvoir. De plus, le groupe apporte à l'enfant

⁶⁷ JOSSE Evelyne, *Les Enfants des Rues, l'enfer du décor*, 2006.

d'indéniables atouts : il représente un soutien matériel et moral, un lieu d'échange et de partage d'expériences et constitue une protection face aux menaces extérieures (vois, attaques de gangs ennemis, rafles policières etc.).

- L'enfant et la rue : une relation complexe

Si la question du groupe est relativement bien documentée, trop peu de travaux tiennent suffisamment compte de la relation établie par l'enfant avec son environnement.

Comment structurent-ils leur présence dans l'espace, comment s'adaptent-ils à leurs lieux de vie ?

Le silence à ce sujet peut laisser à penser que les enfants des rues ont un mode de vie semblable d'un lieu à un autre, d'un pays à un autre. Une analyse plus en profondeur permet cependant de réfuter de telles croyances et de mettre en avant les disparités organisationnelles qui existent selon les lieux de vie. Elle atteste également d'une certaine organisation dans la manière de gérer l'espace et ainsi d'une vie qui n'est pas nécessairement « anémique et désorganisée »⁶⁸.

Les enquêteurs du *Samusocial* Sénégal qui ont exploré les lieux de vie des enfants des rues de Dakar insistent en effet sur l'aspect « régulé, pensé et fonctionnel »⁶⁹ de la plupart des lieux d'habitation des enfants des rues. Certains d'entre eux, par exemple, ont choisi de s'installer dans une zone reculée du centre agité de Dakar à l'abri des regards et du danger. Là, ils ont mis en place un véritable campement où les activités quotidiennes sont réparties entre les habitants de cette communauté informelle autogérée. Des abris de fortune ont été érigés et l'endroit semble propre et entretenu.

Dans d'autres zones de la ville, l'organisation semble là inexistante. Ainsi, dans certaines rues très animées du centre-ville, les enfants cohabitent plus qu'ils ne forment une véritable communauté. Ils vivent dans des abris de fortune, insalubres et parfois à même le trottoir. De ce type d'environnement, se dégage un sentiment de désordre, de promiscuité malsaine et de violence.

Nous avons là deux exemples extrêmement différents d'appropriation de l'espace urbain par les enfants. Le premier site, très isolé est en fait structuré de manière complexe alors que le second, au cœur même de la ville est « quasi monofonctionnel et peu aménagé »⁷⁰.

Il apparaît ainsi que la vie dans la rue est loin d'être « une expérience uniforme »⁷¹ et qu'à chaque lieu correspond une certaine forme de sociabilité. Il s'agit donc d'être prudent lorsque l'on évoque le quotidien des enfants des rues : même s'il est possible d'émettre

⁶⁸ DRAME Fatou, SAMU SOCIAL INTERNATIONAL, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 2009.

⁶⁹ DRAME Fatou, SAMU SOCIAL INTERNATIONAL, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 2009

⁷⁰ DRAME Fatou, SAMU SOCIAL INTERNATIONAL, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 2009

⁷¹ DRAME Fatou, SAMU SOCIAL INTERNATIONAL, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 2009

des généralités quant à leur mode de vie, il existe de réelles différences organisationnelles en fonction des lieux de résidence -au sein d'un même pays- et des régions du monde.

2.2.2.2 Tableau du quotidien

Les enfants, nous l'avons dit précédemment, s'organisent de manière différente en fonction de leurs lieux de vie, de leur environnement. Cependant, tous répondent à une même obligation : trouver de quoi survivre⁷². Ainsi, leur quotidien est-il rythmé par la recherche de nourriture et d'argent pour eux mêmes mais également pour leur famille s'ils sont encore en contact avec elle, leur maître coranique pour les enfants talibés et enfin, pour les "aînés" de la rue qui exigent de la nourriture et de l'argent en échange de leur protection.

- L'enfant mendiant

Quiconque déambule dans les artères des grandes villes des pays en développement ne peut ignorer ces grappes d'enfants qui mendient devant les aéroports, autour des taxis, des autobus, dans les marchés etc.

La mendicité est bien souvent ce vers quoi se tournent les nouveaux venus dans la rue pour survivre : elle ne nécessite aucun apport matériel et est moins éprouvante physiquement que certains "petits métiers". Elle se prête particulièrement bien aux tout jeunes enfants ou aux jeunes -filles avec leurs nourrissons qui suscitent la compassion et sont ainsi plus "rentables".

Les enfants talibés des écoles coraniques la pratiquent en petit groupe, à longueur de journée, tendant leurs écuelles aux passants, voyageurs et touristes, leur récitant versets du coran et prières en échange d'argent ou de nourriture.

- L'enfant travailleur

Si la mendicité est monnaie courante pour ces enfants, elle n'est pas leur unique source de revenu et est souvent pratiquée aux débuts de la vie en rue et par la suite, de manière épisodique. Il est à noter que si les adolescents n'y ont pas recours, c'est parce que leur âge avancé ne suscite pas suffisamment d'empathie.

Ainsi nombreux sont les enfants et jeunes qui fouillent les décharges à la recherche de nourriture, d'habits ou de bouteilles vides, canettes et sacs plastiques afin de les recycler et de récolter quelques pièces en échange.

Bien que le travail des enfants soit prohibé, les petits métiers font office de gagne-pain pour des milliers d'enfants des rues. Cireurs, laveurs de vitres, vendeurs de cigarettes,

⁷² Cf. Annexe n°7: Stratégies économiques de survie, Samusocial Mali.

gardiens de voitures, porteurs de bagages, guides pour aveugles, ces activités de fortune sont légion bien qu'elles nécessitent souvent une mise de fonds préalable pour l'achat de matériel. Les garçons, majoritaires dans ce type d'activités sont souvent organisés en collectifs informels au sein desquels ils s'échangent les outils, se répartissent les zones géographiques et se mettent d'accord sur les tarifs en cours.

Les filles, elles, sont très peu présentes dans ce type d'activités. En effet, à leur arrivée en rue, elles sont rapidement engagées comme domestiques ou enrôlées dans les cercles de prostitution. De plus, nombreuses sont les jeunes adolescentes qui se tournent vers la prostitution lorsque la mendicité ne devient plus rentable en raison de leur âge avancé. Il est à noter que même si certains garçons s'adonnent à la prostitution -majoritairement de très jeunes garçons avec des pédophiles-, ce phénomène reste très largement féminin.

2.2.2. Les problèmes causés par la vie en rue⁷³

Il est indispensable pour toute organisation œuvrant en faveur des enfants des rues de déterminer leurs besoins et leurs problèmes afin de définir un cadre global pour l'action. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), met-elle en avant l'importance de collecter les informations sur ces enfants afin de développer des stratégies adéquates et un suivi efficace des actions mises en place⁷⁴. Bien qu'à la lecture des travaux existant sur le sujet, l'on observe une grande similitude des difficultés rencontrées par ces enfants, le contexte économique, social, politique, culturel et géographique est un facteur de variations. Comme le rappelle l'OMS dans son module de travail, les « caractéristiques et situations des enfants des rues sont différentes en fonction des pays ou des villes »⁷⁵. Ainsi, s'ils sont extrêmement stigmatisés par la population à Dakar, ils ne sont pas l'objet de discriminations dans la capitale cambodgienne. De plus, le trafic sexuel est plus ou moins important en fonction des pays, les drogues consommées varient d'un endroit à l'autre tout comme les taux de prévalence du VIH/SIDA et du paludisme.

Les acteurs de terrains ont donc besoin de recueillir le plus grand nombre d'informations concernant ces enfants afin de cibler au mieux leurs besoins et la nature de l'aide à apporter.

Pour notre part, nous allons ici tâcher de livrer un aperçu général des problèmes rencontrés tout en faisant mention des nuances observées en fonction des lieux de vie.

⁷³ Cf. Annexe n°8: les principales difficultés exprimées/rencotrées en rue, Samusocial Mali.

⁷⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION, Working with street children, Module 5: Determining the Needs and Problems of Street children, Genève, 2000.

⁷⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION, Working with street children, Module 5: Determining the Needs and Problems of Street children, Genève, 2000.

2.2.2.1 La dureté de la vie en rue

Le titre de l'ouvrage d'E. Josse, *L'enfer du décor*, atteste bien de la violence que constitue la vie en rue pour ces enfants. Faim, peur, drogue, coups, viols et épuisement rythment leur quotidien.

- Dénueement et violence

Les enfants des rues ne possèdent rien et leur débrouillardise ne suffit pas à combler entièrement leurs besoins matériels. Ils passent la nuit dans des abris de fortune mal isolés des intempéries et du bruit ou à même le trottoir au milieu de la foule et des immondices, sont souvent pieds nus avec des vêtements déchirés et n'ont pas la possibilité de maintenir un niveau d'hygiène correct. Le manque de nourriture provoque de « constants tiraillements d'estomac »⁷⁶, et de nombreuses carences. Les nuits sont courtes, bruyantes et peu réparatrices; les enfants redoutant les agressions ne dorment que d'un œil. Ils sont en effet en permanence exposés au danger d'être attaqués. Leurs agresseurs peuvent être d'autres enfants de la rue qui veulent dérober leur biens ou bien les contraindre à avoir des rapports sexuels, des adultes qui les accusent de vol et entendent les punir, ou bien des membres des forces de l'ordre qui leur offrent leur protection en échange de relations intimes, leur volent leur argent ou les accusent des méfaits de la journée : la vie en rue obéit à la « loi de la jungle »⁷⁷ selon Yves Marguerat. Ainsi, les enfants des rues invités au Forum de la Société Civile pour l'Afrique francophone ont-ils fait état de fréquentes « rafles policières »⁷⁸ et d'exploitation par les adultes : salaires trop bas, retards (ou absence) de paiements, conditions de travail inhumaines et dégradantes etc.

- La drogue, un palliatif à la violence de la rue

L'usage de drogue parmi les enfants des rues est mentionné de façon unanime dans tous les ouvrages à ce sujet. Bien que le type de drogue consommée varie d'un pays à l'autre (en fonction des zones de production industrielle par exemple), l'usage de substances psycho actives semble être un dénominateur commun dans le quotidien des enfants des rues. Parmi ces produits facilement accessibles, les plus utilisés sont les solvants industriels, la colle, l'alcool, l'opium, les aérosols, divers produits pharmaceutiques et le cannabis⁷⁹. La drogue a un rôle « fonctionnel »⁸⁰ pour les enfants, en cela qu'elle leur

⁷⁶ Forum de la Société Civile pour l'Afrique Francophone, 2004.

⁷⁷ Préface de Yves Marguerat in : PIROT Bernard, *Enfants des rues d'Afrique centrale : Douala et Kinshasa, de l'analyse à l'action*, 2004.

⁷⁸ Opus cit.

⁷⁹ JOSSE Evelyne, *Les Enfants des Rues, l'enfer du décor*, 2006.

⁸⁰ Opus cit.

permet d'améliorer leur quotidien. Ainsi, elle les aide à diminuer la sensation de faim⁸¹, à trouver le sommeil la nuit et à se maintenir éveillé la journée, à vaincre temporairement tristesse, dépression, angoisse et ennui, à « supporter le froid ou la douleur »⁸² et à se donner du courage (pour voler ou mendier par exemple).

Un jeune interrogé dans les rues de Kinshasa raconte :

« Ce que nous n'aimons pas, c'est surtout la tombée de la nuit. D'ailleurs, pour la raccourcir, nous préférons dormir très tard. Nous allons d'abord passer du temps dans les cinémas ou écouter de la musique à côté des bars. Sinon, on se drogue et on s'endort. Nous passons un sommeil agité et nous nous levons avant le lever du jour, à cause des agents de l'ordre. Quelques fois, pris de faiblesse, on ne peut pas lutter. Parce qu'il faut manger, on recourt à la mendicité et au vol »⁸³.

2.2.2.2 Des enfants traumatisés mais adaptés à la vie en rue ?

- Traumatismes et stigmatisation

Les enfants qui vivent dans la rue ont chacun une histoire qui leur est propre : certains ont encore une famille alors que d'autres sont orphelins, certains autres ont été battus, d'autres violés...cette hétérogénéité des situations entraîne inévitablement des différences entre les profils psychosociologiques des enfants. Tous ne développent pas nécessairement des pathologies graves (schizophrénie par exemple) bien que « leurs besoins émotionnels, affectifs et psychologiques ne [soient] pas satisfaits »⁸⁴. Cependant, nombreux sont ceux qui souffrent d'anxiété, de dépression, se sentent seuls, tristes, dévalorisés et n'ont aucune perspective d'avenir.

Cette souffrance psychologique due à des traumatismes et à la dureté de la vie en rue est accrue par le comportement des populations vivant au contact des enfants (commerçants, passants, forces de l'ordre etc.). Ignoré ou rejeté, l'enfant perd alors toute notion « d'attachement positif »⁸⁵ et n'a plus confiance dans le monde des adultes.

A Madagascar et au Cambodge, aux dires de responsables associatifs⁸⁶, les enfants des rues ne sont pas stigmatisés par la population, mais plutôt ignorés. La vie s'écoule comme s'ils n'existaient pas.

La situation est toute autre en Afrique subsaharienne. En effet, les travaux sur le sujet ainsi que les différentes associations présentes sur le terrain mentionnent de façon unanime la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les enfants. En Guinée

⁸¹ WEST Andrew, *At the Margins: Street Children in Asia and the Pacific*, 2003.

⁸² JOSSE Evelyne, *Les Enfants des Rues, l'enfer du décor*, 2006.

⁸³ Extrait de K. Muwalawala, *Les formes d'oppression subies par les enfants des rues à Kinshasa* in Yves Marguerat et Danièle Poitou, *A l'écoute des enfants des rues en Afrique noire*, 1994.

⁸⁴ JOSSE Evelyne, *Les Enfants des Rues, l'enfer du décor*, 2006.

⁸⁵ Opus cit.

⁸⁶ Responsable de l'association KILONGA à Madagascar et Responsable de l'association Krusar Thmey au Cambodge.

Conakry par exemple, un sondage réalisé à l'aéroport montre qu'ils sont perçus comme des voleurs, des délinquants qui donnent une mauvaise impression du pays et qu'il faudrait chasser⁸⁷. Un éducateur ivoirien s'exprimant à ce sujet évoque le rejet dont ils sont victimes par une société qui les considère comme « nuisibles »⁸⁸.

Les enfants des rues sont ainsi considérés comme des délinquants et des « fauteurs de troubles »⁸⁹. La victimisation ne fait pas bonne presse et ces enfants sont considérés comme entièrement responsables de leur situation. Aussi la population se méfie-t-elle de ces enfants soupçonnés de vols et de violence. Le reportage⁹⁰ de Daniel et Odile Grand Clément sur les enfants talibés au Sénégal atteste bien de cet état de fait : des jeunes enfants errant autour des étalages d'un marché se font chasser avec force par les commerçants persuadés de leurs mauvaises intentions. Les « vindictes populaires »⁹¹ ne sont d'ailleurs pas rares lorsqu'ils sont pris en flagrant délit de vol.

- Une étonnante suradaptation à la vie en rue

La dureté de la vie en rue est telle que l'on peut aisément s'imaginer que si les enfants avaient la possibilité d'en sortir, ils le feraient sur le champ. Ce constat, hâtif a été effectué par plusieurs associations qui, rapidement cependant, ont dû prendre conscience de l'immense difficulté à trouver une solution durable pour ces enfants.

Comment expliquer cette difficulté à sortir de la rue ?

La majorité d'entre eux, bien que plongée dans un quotidien violent et dénué de sens aime la liberté conférée par la rue et semble adaptée à son environnement.

Les travailleurs du *Samusocial* Mali mettent en avant ce paradoxe en cherchant à comprendre le refus d'un enfant qui, malgré qu'il « souffre de plaies et passe sa journée dans l'angoisse de ne pas trouver de nourriture »⁹², refuse de les suivre dans les centres d'accueil. On parle alors de « suradaptation paradoxale »⁹³ à la vie en rue, suite à différents traumatismes que l'enfant n'a pas eu la possibilité d'exprimer (décès, violence familiale, viol, départ du foyer etc.). La vie en rue et sa violence quotidienne obligent l'enfant à se créer des défenses afin de ne pas s'écrouler. C'est ainsi qu'il se "suradapte" et clame n'avoir « besoin de rien ni de personne »⁹⁴ refusant ainsi les aides proposées. Un mécanisme à double sens s'opère alors : l'enfant mis à l'écart par la société développe un fort sentiment de méfiance à son égard, ce qui a pour effet de l'en éloigner encore plus. Là réside l'immense difficulté à proposer aux enfants une alternative acceptable à la

⁸⁷ MARGUERAT Yves et POITOU Danièle, A l'écoute des enfants de la rue en Afrique noire, 1994.

⁸⁸ Opus cit.

⁸⁹ JOSSE Evelyne, Les Enfants des Rues, l'enfer du décor, 2006.

⁹⁰ GRAND Clément Danièle et Odile, les enfants perdus de M'Bour, 2009.

⁹¹ GRAND Clément Danièle et Odile, les enfants perdus de M'Bour, 2009.

⁹² SAMU SOCIAL MALI, Rapport Annuel, 2008

⁹³ Opus cit.

⁹⁴ Opus cit.

rue. Comment envisager de les aider durablement alors qu'ils semblent adaptés à leur vie et « refusent de quitter la rue, leur territoire et leur groupe qui constituent des repères sécuritaires et identitaires »⁹⁵ ? Les chiffres avancés par le *Samusocial* Sénégal attestent de la difficulté de construire un véritable projet pour ces enfants : entre 2004 et 2008, seules 133⁹⁶ sorties de rues ont été effectives alors que 2859 enfants ont, au total, été rencontrés par les équipes de l'association.

Croire que le seul obstacle à la sortie de ces enfants est matériel serait une ineptie. Nourrir et héberger les enfants des rues dans des centres ne les empêchent pas de retourner d'où ils viennent. Ce dont ils ont besoin, avant tout, c'est de retrouver chez un adulte la confiance et l'affection dont ils manquent afin de croire à nouveau en leurs capacités. Ce processus qui nécessite une « reconstruction psychique »⁹⁷ est long, laborieux et la probabilité que l'enfant retourne à la rue est extrêmement élevée.

Le soutien psychologique et social est donc une partie fondamentale de l'aide aux enfants des rues. Le seul soutien matériel ne permettra pas de les réinsérer dans la société. Voilà pourquoi il est indispensable que les organisations œuvrant avec les enfants des rues travaillent en réseau de façon à exploiter au mieux les domaines d'expertise de chacune d'elles. Certaines sont en effet spécialisées dans l'urgence médicale, d'autres mettent à disposition des foyers d'hébergement, d'autres encore proposent des séances de soutien psychologique.

Face à un phénomène multisectoriel, la combinaison des niveaux d'action (de l'urgence à l'insertion) est fondamentale.

Ce raisonnement nous amène à nous interroger sur le rôle que peut jouer la Fondation Mérieux dans ce combat en faveur des enfants des rues.

L'aspect psycho-social du processus d'aide ne s'inscrit pas dans la mission que s'est donnée la Fondation. En revanche, la question de la prise en charge sanitaire de ces enfants semble beaucoup plus en relation avec cette mission.

Afin de savoir en quoi la Fondation Mérieux peut contribuer à l'amélioration de la santé des enfants des rues, une étude préalable est nécessaire. Celle-ci vise à déterminer quels sont les problèmes sanitaires principaux chez les enfants des rues des pays en développement, ainsi que le type d'actions mises en œuvre par les organisations sur le terrain dans ce domaine et leur niveau d'efficacité.

⁹⁵ SAMU SOCIAL SENEGAL, Rapport Annuel, 2008

⁹⁶ SAMU SOCIAL SENEGAL, Rapport Annuel, 2008

⁹⁷ SAMU SOCIAL SENEGAL, Rapport Annuel, 2008

3. SITUATION SANITAIRE ET ACCES AUX SOINS

3.1. Quels sont les problèmes de santé des enfants des rues ?

Cette partie a vocation à déterminer les principales pathologies qui touchent les enfants vivant dans les rues des pays en développement. La littérature à ce sujet est extrêmement réduite : il n'existe pas à notre connaissance d'étude exhaustive sur la santé des enfants des rues. Aussi l'essentiel des informations développées ci-dessous provient-il de rapports d'associations sur le terrain ainsi que des différents entretiens menés dans le cadre de ce travail. Elles sont donc concentrées sur les cinq pays cibles à savoir le Cambodge, Haïti, Madagascar, le Mali et le Sénégal.

3.1.1. Des pathologies variées⁹⁸

3.1.1.1 Absence d'hygiène et dangerosité de la vie en rue

- Quotidien précaire et santé physique des enfants

Pour les enfants des rues, la santé est loin d'être une « préoccupation majeure »⁹⁹. En effet, sous l'emprise de la drogue et influencés par leur groupe, ils se sentent invulnérables. De plus, la vie en rue leur impose de vivre au moment présent, ils ne pensent donc pas en terme d'avenir. Ce qui leur importe, c'est de trouver de l'argent pour manger, acheter de la drogue et de passer la nuit en sécurité. Comme le souligne le *Samusocial Sénégal*¹⁰⁰, ces enfants prennent conscience de leur santé et même de leur corps uniquement lorsqu'on leur propose des soins. Les responsables du *Samusocial Mali* ajoutent même que la « perception [de leur] corps [par ces enfants] est tellement distordue »¹⁰¹, qu'ils en viennent parfois à refuser les soins proposés.

Non seulement se désintéressent-ils des questions de santé, mais leur connaissance de ces problèmes est très faible voire quasi nulle. Les responsables associatifs interrogés¹⁰² sont unanimes sur ce point : les enfants ne connaissent ni les symptômes ni les causes des maladies. Ainsi, ignorent-ils les règles d'hygiène de base (hygiène personnelle et alimentaire) qui, pourtant, permettraient d'éviter grand nombre de pathologies.

⁹⁸ Cf. Annexe n°9 et n°10: pathologies soignées en rue par le Samusocial Mali et Sénégal.

⁹⁹ JOSSE Evelyne, *Les Enfants des Rues, l'enfer du décor*, 2006.

¹⁰⁰ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Sénégal.

¹⁰¹ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Mali.

¹⁰² Questionnaires adressés à différents responsables associatifs.

La dangerosité de la vie en rue est à l'origine du principal problème de santé des enfants des rues : les plaies et traumatismes divers. Ainsi, pour le *Samusocial Sénégal*, « la moitié des soins traités dans la rue »¹⁰³ est liée à ces pathologies. L'ONG cambodgienne *Krousar Thmey* estime, que les plaies et traumatismes touchent 80%¹⁰⁴ des enfants des rues. Ils peuvent résulter de bagarres entre jeunes ou d'agressions orchestrées par des adultes : traumatismes crâniens, coups de couteau, nez et membres cassés, arcades sourcilières ouvertes, hématomes etc. Le *Samusocial Sénégal*¹⁰⁵ rapporte par exemple le décès d'un enfant d'un coup de couteau suite à une rixe en rue.

Nombreuses sont également les blessures provoquées par les "petits métiers" à risque que pratiquent les enfants. Ainsi, se coupent-ils en fouillant dans les décharges et s'exposent-ils aux risques d'accident en mendiant et travaillant en permanence au milieu des axes routiers. Ces risques sont nettement accrus par l'absorption de substances psycho actives. Le *Samusocial Sénégal*¹⁰⁶ évoque à ce propos le cas d'un enfant mort des suites de noyade alors qu'il était sous l'emprise de la drogue. De plus, cette dernière accentue le caractère agressif des enfants et multiplie ainsi le nombre de bagarres.

Si toutes les associations interrogées font état d'un grand nombre d'enfants des rues victimes de plaies et de traumatismes, il est important d'apporter une nuance à ce constat : ces pathologies affectent majoritairement les garçons, plus impliqués que les filles dans les violences physiques mais aussi plus nombreux à vivre en rue.

D'autres affections touchent également les enfants des rues : par exemple, l'air pollué des grandes villes des pays en développement déclenche chez certains des symptômes asthmatiques¹⁰⁷. De plus, en raison de leur pauvreté, ils souffrent souvent de malnutrition, comme le rapportent¹⁰⁸ les ONG malgaches *Graine de Bitume*, *Les Enfants du Soleil* et *Kilonga* mais aussi *Aide Médicale* en Haïti et *Krousar Thmey* au Cambodge. S'ils parviennent à se nourrir tous les jours grâce à la mendicité, au vol et en « fouillant dans les poubelles »¹⁰⁹, leurs repas ne sont pas équilibrés et les carences alimentaires¹¹⁰ sont légion.

En outre certains enfants rencontrés par les associations sont atteints de handicaps antérieurs à leur arrivée en rue. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'ils aient été chassés de leur foyer pour cette raison. La structure de prise en charge haïtienne *Centre d'Accueil de Carrefour* déclare ainsi rencontrer « de nombreux enfants handicapés », qui souffrent de

¹⁰³ Samusocial Sénégal, *Rapport Annuel*, 2008.

¹⁰⁴ Extrait de l'entretien de Krousar Thmey, Cambodge.

¹⁰⁵ Extrait de l'entretien du Samusocial Sénégal.

¹⁰⁶ Opus cit.

¹⁰⁷ Extrait de l'entretien du Centre d'Accueil de Carrefour, Haïti.

¹⁰⁸ Extrait des entretiens de ces différentes associations.

¹⁰⁹ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey, Cambodge.

¹¹⁰ Extrait de l'entretien avec Grandir à Madagascar.

« baisse de l'acuité visuelle et auditive »¹¹¹ et autres handicaps moteurs type « agénésie »¹¹². Au Cambodge, l'ONG *Krousar Thmey* fait elle état de la présence « d'enfants autistes »¹¹³ dans les rues de Phnom Penh et le *Samusocial* Sénégal mentionne le cas d'enfants des rues épileptiques, souvent considérés comme fou par la population. Ainsi, certains enfants souffrent de maladies avant de vivre en rue et en décèdent par manque de soins. Bénédicte Contamin, coordinatrice de la zone Océan Indien pour la Fondation Mérieux, évoque ainsi le cas d'un enfant malgache décédé des suites d'une insuffisance rénale. Le *Centre d'Accueil de Carrefour* en Haïti évoque pour sa part des cas de « problèmes héréditaires »¹¹⁴ à l'instar des drépanocytoses.

Ce récit nous amène à évoquer un autre aspect des problèmes de santé rencontrés par les enfants des rues : celui des interventions d'urgence. Il arrive en effet parfois que des opérations chirurgicales soient indispensables. Selon le *Samusocial* Sénégal¹¹⁵, les opérations concernent des pathologies orthopédiques (fractures, foulures) liées à des accidents ou des bagarres. Le *Samusocial* Mali¹¹⁶ évoque ainsi le cas d'un enfant, opéré d'une fracture du fémur et le *Centre d'Accueil de Carrefour* en Haïti mentionne des interventions chirurgicales pour des cas d'hernies inguino-scrotales et des hydrocèles.

- Une santé mentale fragile aggravée par la consommation de drogue

Selon Médecins Sans Frontières, « la santé est un tout¹¹⁷ ». L'OMS l'affirme également au travers de sa définition de la santé perçue comme un « état de bien-être physique, mental et social »¹¹⁸. La souffrance n'est pas uniquement physique; elle est également d'ordre mental et peut se manifester par des « troubles psychologiques ou psychiatriques »¹¹⁹ (schizophrénies par exemple etc.).

Les enfants présents dans les rues sont atteints de problèmes psychologiques plus ou moins graves dus aux traumatismes vécus et à la dureté de leur quotidien. Ainsi, souffrent-ils de dépression, d'anxiété, d'isolement et de propension au suicide¹²⁰.

La consommation de drogue est une réalité quotidienne pour la majeure partie des enfants des rues : alcool, colle, diluants industriels (le "Guinz"¹²¹ au Sénégal),

¹¹¹ Extrait de l'entretien du Centre d'Accueil de Carrefour, Haïti.

¹¹² Opus cit.

¹¹³ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey, Cambodge.

¹¹⁴ Extrait de l'entretien du Centre d'Accueil de Carrefour, Haïti.

¹¹⁵ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Sénégal.

¹¹⁶ SAMUSOCIAL MALI, Programme d'appui aux enfants de la rue à Bamako, Rapport, 2008.

¹¹⁷ www.msf.ch/sante-mentale.96.0.html.

¹¹⁸ www.who.int

¹¹⁹ www.who.int

¹²⁰ www.who.int

¹²¹ Extrait de l'entretien avec le Samusocial et Avenir de l'Enfant, Sénégal.

amphétamines, chanvre¹²², mélanges de synthèse de type Yama, Yaba et Ice au Cambodge¹²³, cannabis, crack, cocaïne, ciment¹²⁴ (utilisé dans les cordonneries).

Elle a des conséquences désastreuses sur leur santé physique et psychologique. La drogue entraîne en effet une perte de la vigilance et donc une plus grande vulnérabilité aux accidents et agressions, une « hyperexcitation et des troubles du sommeil »¹²⁵. De plus, elle pousse les enfants à avoir des comportements violents et des rapports sexuels non protégés multipliant ainsi les risques d'infections sexuellement transmissibles comme nous l'aborderons dans la partie suivante.

Elle est également à l'origine de perte de repères¹²⁶, de troubles mentaux¹²⁷ (« hallucinations »¹²⁸ par exemple) et accentue les problèmes psychologiques préexistants.¹²⁹ Rapidement dépendants, les enfants souffrent de symptômes de manque chaque fois qu'ils n'ont plus les moyens de racheter de la drogue : « céphalées fréquentes, dyspnée, douleurs »¹³⁰ etc.

Enfin, à terme, le foie et le cerveau risquent d'être atteints ainsi que l'appareil respiratoire¹³¹.

Plaies, traumatismes, troubles mentaux...les pathologies évoquées jusqu'à présent n'ont pas d'origine infectieuse. Cette distinction a été effectuée dans un souci de clarté pour la réflexion à venir sur l'action de la Fondation Mérieux en faveur des enfants des rues. Il semblait en effet pertinent de mettre en avant la prépondérance de ce type d'affections parmi toutes celles qui touchent cette population.

3.1.1.2 Des enfants touchés par les maladies infectieuses

- Des enfants de différents pays atteints d'infections similaires

La vie en rue où « l'hygiène précaire [et la] promiscuité »¹³² sont de mise, est une importante cause de développement de maladies d'origines microbiennes, bactériennes, virales et parasitaires et de leur transmission¹³³.

L'examen des entretiens réalisés avec des responsables associatifs des différents pays cibles, atteste d'une certaine similarité des pathologies rencontrées.

¹²² Extrait de l'entretien avec Les Enfants du Soleil et Graines de Bitume à Madagascar.

¹²³ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey, Cambodge.

¹²⁴ Extrait de l'entretien avec Centre d'Accueil Carrefour, Haïti.

¹²⁵ Extrait de l'entretien avec le Centre d'Accueil Carrefour, Haïti.

¹²⁶ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Sénégal.

¹²⁷ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Mali.

¹²⁸ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey.

¹²⁹ Opus cit.

¹³⁰ Extrait de l'entretien avec le Centre d'Accueil Carrefour, Haïti.

¹³¹ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey au Cambodge, les Enfants du Soleil à Madagascar, Avenir de l'Enfant au Sénégal,

¹³² Extrait de l'entretien avec le Centre d'Accueil de Carrefour en Haïti, Les Enfants du Soleil, Madagascar et avec Adiratou Sow Diallo, chercheuse sénégalaise qui a travaillé avec le Samusocial.

¹³³ Facteur mentionné par l'ensemble des associations interrogées.

Les enfants des rues du Cambodge, Mali, Sénégal, d'Haïti et de Madagascar souffrent ainsi d'affections ORL et respiratoires, de dermatoses, d'affections ophtalmologiques (type conjonctivite), et de pathologies digestives et urinaires d'origine infectieuse.

Parmi les infections ORL et respiratoires, on dénombre ainsi des cas de tuberculose, des bronchites, des otites et sinusites et les infections stomatologiques comme les abcès dentaires. Au Mali, les affections bucco-dentaires représentaient en 2008, 2% des pathologies soignées en rue chez les garçons, 4% chez les filles¹³⁴. Les affections ORL et respiratoires représentaient au Sénégal 11,2% des pathologies traitées en rue¹³⁵.

Les ténias, la gale, les cysticercoses, les mycoses et la bilharziose urinaire -qui touchent 5% des garçons et 1%¹³⁶ des filles au Mali- font partie de la catégorie des parasitoses et affectent beaucoup les enfants en raison de leur promiscuité et de l'insalubrité de leurs lieux de vie. Par exemple, les intoxications alimentaires qui comptent pour environ 4%¹³⁷ des pathologies soignées en rue au Sénégal et Mali sont majoritairement causées par la vie en rue et le manque d'hygiène entourant la nourriture.

La violence (bagarres) et la dureté (petits métiers dangereux) de la vie en rue entraînent, nous l'avons vu, de nombreux problèmes d'affections cutanées. Même si leur origine n'est pas infectieuse, l'absence de soins entraîne, elle, des surinfections locales voire diffuses. De même, la complication d'une appendicite non opérée, est une péritonite d'origine infectieuse.

La frontière des maladies infectieuses est donc relativement floue : une maladie non infectieuse à la base peut le devenir en l'absence de soins.

- Le cas du paludisme

Le paludisme constitue une exception par rapport aux pathologies précédemment citées. En effet, il s'agit d'un « parasite saisonnier »¹³⁸ qui, de plus, n'affecte pas toutes les régions de la même façon. On observe ainsi des différences au sein d'un même pays : à Madagascar par exemple, la ville d'Antsirabe, plus en hauteur que la capitale Antananarivo, est totalement exempte de Plasmodium et au Mali, les régions sud sont beaucoup plus exposées que les zones sahéliennes.

Mis à part le cas de Madagascar avec des villes comme Antsirabe, les enfants des rues du Cambodge, Mali, Sénégal et Haïti souffrent de plusieurs périodes d'accès palustres par an. Les bébés en sont les premières victimes : au Mali, 42% des soins dispensés aux bébés en rue en 2008 par le *Samusocial* étaient destinés à traiter une infection au

¹³⁴ Samusocial Mali, Rapport technique et financier, 2008.

¹³⁵ Samusocial Sénégal, Rapport Annuel, 2008.

¹³⁶ Samusocial Mali, Rapport technique et financier, 2008.

¹³⁷ Samusocial Sénégal, Rapport Annuel 2008 et Samusocial Mali, Rapport technique et financier 2008.

¹³⁸ Samusocial Sénégal, Rapport Annuel, 2008.

paludisme, contre 10% pour les garçons et 16% pour les filles¹³⁹. Au Sénégal, le *Samusocial* avance le chiffre de 6,8% tous sexes et âges confondus¹⁴⁰.

Parmi les maladies infectieuses frappant les enfants des rues, certaines n'ont pas été évoquées dans la partie précédente : il s'agit des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et notamment du VIH/SIDA. Le choix de les traiter séparément a été motivé par l'âge des enfants atteints; ces pathologies ne concernant pas l'ensemble des enfants mais uniquement les adolescents.

Cette seconde partie entend donc traiter de ces infections qui frappent durement les jeunes des rues et s'ouvrira par un exposé des comportements sexuels des enfants des rues.

3.1.2. La santé reproductive et sexuelle des enfants des rues

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé sexuelle désigne un sentiment de bien être sexuel et l'absence de maladies ou infections associées au comportement sexuel. La santé reproductive est elle considérée comme un état de bien être physique, mental et social en lien avec la sexualité¹⁴¹. Ainsi, être en bonne santé reproductive signifie être en mesure d'avoir des enfants -et de faire le choix d'en avoir ou non- et d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans risque.

3.1.2.1 Des comportements sexuels à risque

Les enfants des rues n'ont pas une bonne santé reproductive et sexuelle. Très précoces, ils n'ont pas conscience des risques et enjeux attachés à la sexualité et sont ainsi très vulnérables aux infections et maternités précoces.

- Perception du corps et sexualité des enfants des rues

Les enfants des rues ont extrêmement peu de connaissances sur la puberté et la sexualité aux dires des responsables associatifs interrogés. Leur connaissance du corps est limitée et les « Ouïe dire et idées fausses »¹⁴² sont nombreux. Ainsi, de jeunes participants d'un atelier de prévention organisé par le *Samusocial* Sénégal, ont demandé aux animateurs si « une fille en période de règles pouvait tomber enceinte » et s'il était possible « d'engrosser une fille avec un seul rapport sexuel »¹⁴³.

¹³⁹ Chiffres extraits du Rapport technique et financier du Samusocial Mali, 2008.

¹⁴⁰ Samusocial Sénégal, Rapport Annuel, 2008.

¹⁴¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, Working with street children, Module 3, Genève, 2000.

¹⁴² Extrait de l'entretien avec Graine de Bitume, Madagascar.

¹⁴³ Extrait de l'entretien avec Graine de Bitume, Madagascar.

Ils n'ont pas de compréhension des changements physiques de l'adolescence ni de connaissances sur la sexualité en général¹⁴⁴. Peu d'information donc, mais beaucoup de pratique : ces enfants ont en effet une sexualité extrêmement précoce qui débute bien avant l'adolescence¹⁴⁵. Ainsi, une enquête menée par le *Samusocial* Sénégal, révèle que la majorité des rapports sexuels avec consentement s'effectue entre huit et quatorze ans¹⁴⁶!

La sexualité des enfants des rues a différentes significations. Le sexe peut être considéré comme un plaisir, un « jeu entre amis »¹⁴⁷ mais aussi un instrument de pouvoir. Ainsi, certains enfants ont des rapports avec des prostituées pour se valoriser auprès de leurs pairs, et se sentir adulte. La pression du groupe est permanente : avoir des relations sexuelles est un moyen pour les enfants de prouver leur maturité, leur « masculinité et [leur] la virilité »¹⁴⁸. Le sexe est également un rite initiatique, un passage obligé pour appartenir à un groupe. Les enfants considèrent cette expérience comme inévitable et la reproduisent généralement par la suite sur les nouveaux venus. Enfin, il peut s'agir d'une punition -en cas de non respect des règles par exemple-, d'un moyen de survie : les enfants sont exploités sexuellement par des adultes qui, en échange, leur offrent nourriture et protection ou d'une activité commerciale en cas de prostitution.

La sexualité précoce et très présente chez les enfants des rues expose les jeunes-filles aux risques de grossesses. Selon les ONG interrogées, les enfants sont relativement informés à ce propos ainsi que sur les moyens de protection par le biais de campagnes gouvernementales (au Cambodge par exemple¹⁴⁹) ou des ateliers de sensibilisation dispensés par les associations. Cependant, le fossé entre la connaissance et l'action est immense et le nombre d'enfants des rues utilisant des préservatifs est quasi nul. Selon une étude menée par le *Samusocial* Sénégal, seuls 9,52% des enfants utilisent un préservatif : certains parce qu'ils ne savent pas où s'en procurer et parce qu'ils sont trop onéreux, d'autres parce qu'ils ignorent comment l'utiliser et enfin parce qu'ils affirment ne pas avoir le même plaisir avec¹⁵⁰.

- Grossesses non désirées et à risque

Les jeunes-filles des rues sont extrêmement exposées aux violences sexuelles. Médecins du Monde présent en République Démocratique du Congo relate ainsi les « baptêmes

¹⁴⁴ Opus cit.

¹⁴⁵ Opus cit.

¹⁴⁶ DIOUF Adjiratu Sow Diallo, Sensibilisation/Prévention des enfants de la rue de Dakar aux IST/SIDA, 2005.

¹⁴⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Working with street children*, Module 3, 2000.

¹⁴⁸ Evelyne JOSSE, *Les Enfants des rues, l'enfer du décor*, 2006.

¹⁴⁹ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey, Cambodge.

¹⁵⁰ DIOUF Adjiratu Sow Diallo, Sensibilisation/Prévention des enfants de la rue de Dakar aux IST/SIDA, 2005.

d'entrée »¹⁵¹ dont sont victimes les jeunes filles à leur arrivée en rue. Celles-ci sont violées et battues collectivement et dépouillées de leurs effets personnels. Selon l'association, ce type de sévices concernerait « sept filles sur dix »¹⁵².

Ce type de violence ainsi que la prostitution à laquelle s'adonne la majorité des jeunes-filles qui vivent en rue, entraînent des « grossesses non désirées et à risque »¹⁵³.

Quelle est l'étendue du problème ?

L'association *Centre d'Accueil de Carrefour* en Haïti déclare rencontrer fréquemment des jeunes-filles des rues enceintes tout comme *Kilonga* à Madagascar, *Aide Médicale Internationale* en Haïti, le *Samusocial* Mali et *Krousar Thmey* au Cambodge, qui fait état d'une dizaine de cas par an¹⁵⁴.

Selon E. Josse, dans la capitale Burkinabé, « 70% des filles enceintes demandent une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et les filles les plus jeunes (15-16 ans) souhaitent toutes avorter »¹⁵⁵. Les chiffres concernant les avortements sont cependant à considérer avec précaution : en effet, les IVG étant illégales dans de nombreux pays en développement comme le Sénégal, le Mali et Madagascar, il est peu probable que toutes les jeunes-filles y aient eu recours et -qui plus est- qu'elles l'avouent. En ce qui concerne les avortements, il n'y'a donc pas de statistique précise mais les responsables associatifs interrogés évoquent ce type de pratiques clandestines réalisées à l'aide de « médecine traditionnelle »¹⁵⁶ par des « charlatans »¹⁵⁷ ou « faiseuses d'anges »¹⁵⁸ selon l'expression sénégalaise. Aux dires de l'ONG cambodgienne *Krousar Thmey*, 10% des filles des rues enceintes avortent¹⁵⁹ : celles qui ont de l'argent se rendent dans des cliniques privées et les autres ont recours à des pratiques illégales, ou encore « avortements sauvages »¹⁶⁰.

Les conséquences de telles pratiques peuvent se révéler dramatiques pour les jeunes-filles en cas de complication : hémorragies, infections (septicémies), stérilité¹⁶¹, dyspareunie¹⁶². Cependant, il existe un véritable manque d'informations statistiques fiables en la matière puisqu'il s'agit d'un sujet extrêmement tabou. Les associations interrogées n'ont en tout cas pas eu connaissance de cas de décès survenus suite à des avortements; *l'AMI* en Haïti les juge elle « exceptionnels »¹⁶³.

¹⁵¹ MEDECINS DU MONDE, La rue c'est la chance ? Enquête sur l'exploitation et les violences sexuelles des jeunes-filles des rues de Kinshasa, 2009.

¹⁵² Opus cit.

¹⁵³ Evelyne JOSSE, *Les Enfants des rues, l'enfer du décor*, 2006.

¹⁵⁴ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey, Cambodge.

¹⁵⁵ Evelyne JOSSE, *Les Enfants des rues, l'enfer du décor*, 2006.

¹⁵⁶ Extrait de l'entretien avec le Centre d'Accueil de Carrefour en Haïti.

¹⁵⁷ Opus cit.

¹⁵⁸ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Sénégal.

¹⁵⁹ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey, Cambodge.

¹⁶⁰ Opus cit.

¹⁶¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, Working with street children, Module 3, 2000.

¹⁶² Evelyne JOSSE, *Les Enfants des rues, l'enfer du décor*, 2006.

¹⁶³ Extrait de l'entretien avec l'AMI en Haïti.

Un autre phénomène lié à la maternité est observable chez les jeunes-filles des rues : celui des filles-mères; ces jeunes adolescentes qui vivent dehors avec leur enfant.

Selon l'ONG *Krousar Thmey* au Cambodge, il s'agirait de 15% des filles rencontrées dans les rues de Phnom Penh¹⁶⁴; les responsables du *Samusocial* Mali parlent eux d'un tiers des jeunes-filles suivies par l'association¹⁶⁵.

Ces maternités précoces posent de nombreux problèmes. Ces nouveau-nés sont souvent de petite consistance en raison de la mauvaise santé de leur mère et de l'absence de suivi prénatal¹⁶⁶. De plus, le manque de nourriture et d'accès aux soins ne permet pas le bon développement de l'enfant qui est donc extrêmement vulnérable aux infections¹⁶⁷.

En outre, les nourrissons et jeunes enfants font souvent l'objet de « négligences »¹⁶⁸ de la part de leur mère : pour pouvoir continuer à travailler et/ou mendier, elles confient leurs enfants à d'autres femmes, qui, pour ne pas s'en occuper, leur administrent des sédatifs¹⁶⁹.

Il s'agit ici d'être prudent dans l'utilisation des chiffres. En effet, si la majorité des associations interrogées dit être confrontée à ces problèmes de filles-mères ou enceintes, deux organisations sénégalaises ont, elles, tendance à minimiser l'ampleur du phénomène : le *Samusocial* Sénégal par exemple, déclare n'avoir rencontré que deux cas de filles-mères en six ans d'activités et très peu de jeunes-filles enceintes¹⁷⁰. L'association *Makwe Fet*, elle aussi fait état de « rares cas¹⁷¹ » de filles enceintes et ne dénombre aucune fille-mère. Il paraît cependant difficile de considérer, uniquement à partir de ces données, que ces phénomènes sont inexistantes au Sénégal; surtout que l'association sénégalaise *Avenir de l'Enfant* et la chercheuse Adjiratu Sow Diallo -sénégalaise également- attestent de l'existence de tels cas.

Peut-être s'agit-il alors d'une question de visibilité de ces jeunes-filles et de zones d'intervention différentes des associations ?

De part leurs comportements sexuels, les enfants des rues sont extrêmement exposés : aux grossesses non désirées comme nous l'avons évoqué, mais également aux infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH/SIDA.

¹⁶⁴ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey, Cambodge.

¹⁶⁵ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Mali.

¹⁶⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Working with street children*, Module 3, Genève, 2000.

¹⁶⁷ Opus cit.

¹⁶⁸ Evelyne JOSSE, *Les enfants des rues, l'enfer du décor*, 2006.

¹⁶⁹ Opus cit.

¹⁷⁰ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Sénégal.

¹⁷¹ Extrait de l'entretien avec Makwe-Fet, Sénégal.

3.1.2.2 Infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA

Le VIH/SIDA est une infection sexuellement transmissible. Cependant, comme il est traité séparément dans les écrits en raison de sa spécificité, nous avons choisi d'adopter la même distinction ici.

- Etat des lieux

Les IST dont notamment le VIH/SIDA sont les problèmes principaux dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle et sont une cause majeure¹⁷² de mortalité parmi les jeunes.

Les enfants des rues, et essentiellement les filles, y sont extrêmement vulnérables comme mentionné précédemment. Ainsi, selon les statistiques publiées par le *Samusocial* Mali, les IST constituent 40% des affections soignées chez les filles en rue contre seulement 1% chez les garçons¹⁷³. Cette différence majeure s'explique par la pratique féminine de la prostitution comme moyen de survie. Les rapports se déroulent majoritairement sans préservatif puisqu'ils rapportent « deux à trois fois plus qu'un rapport protégé »¹⁷⁴.

L'ensemble des associations interrogées dans le cadre de ce travail affirme que les jeunes-filles des rues sont touchées par les IST. Ainsi, selon l'ONG *Aide Médicale Internationale* présente en Haïti, plus de 10% des jeunes filles seraient atteintes de ce type d'infections¹⁷⁵. L'UNICEF, lui évoque un taux de 20% de prévalence du VIH/SIDA chez les enfants des rues haïtiens¹⁷⁶. L'association cambodgienne *Krousar Thmey* avance elle, le chiffre de 15 à 20% d'enfants des rues de Phnom Penh touchés par les IST dont une immense majorité de filles¹⁷⁷. Parmi les infections détectées, on relève : le chancre mou, la salpingite causée par les chlamydiae, la syphilis et enfin la blennorragie causée par les gonocoques.

Il s'agit ici de manipuler les données avec précaution. En effet, les travaux scientifiques sur le sujet n'existent pas et les seules sources d'information disponibles sont les associations présentes sur le terrain. Or, elles mêmes n'émettent que peu de statistiques précises et détaillées en la matière et les obtiennent sur un panel réduit à leurs zones d'intervention.

On peut conclure cependant avec certitude que les enfants des rues -et majoritairement les jeunes-filles- sont affectés par les infections sexuellement transmissibles.

¹⁷² WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Working with street children*, Module 3, Genève, 2000.

¹⁷³ Samusocial Mali, Rapport technique et financier, 2008.

¹⁷⁴ Opus cit.

¹⁷⁵ Entretien avec l'AMI, Haïti.

¹⁷⁶ UNICEF, Haïti, Grim reality for street children, 2005.

¹⁷⁷ Entretien avec Krousar Thmey, Cambodge.

En ce qui concerne le VIH/SIDA, le problème des données se pose avec encore plus d'acuité. En effet, alors que les IST sont majoritairement signalées par certains symptômes, l'infection à VIH débute par une phase asymptomatique longue. Les associations interrogées évoquent ainsi la difficulté à déterminer le taux de prévalence du VIH chez les enfants des rues puisqu'il implique nécessairement un test de dépistage (pas forcément indispensable pour toutes les IST. La blennorragie par exemple se soigne par une injection intramusculaire de pénicilline sans test préalable). En outre, au Sénégal, le dépistage des enfants doit être effectué en présence de leurs parents qui sont, par définition, absents. Le *Samusocial* Sénégal fait mention de cette aberration qui les empêche d'avoir une connaissance précise du nombre d'enfants infectés¹⁷⁸. Les associations haïtiennes, maliennes, sénégalaises et malgaches interrogées n'ont donc pas été en mesure d'évaluer l'ampleur de l'infection au VIH chez les enfants des rues. Seules les ONG cambodgiennes *Krousar Thmey* et *Mith Samlanh* ont fait part d'estimations à ce propos. Selon la première, l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente est le VIH avec 75% des cas d'IST détectées et la seconde évoque 3 à 5% de séropositifs parmi le groupe cible de l'association, ce qui est supérieur au taux de prévalence national des adultes (15-49 ans) qui s'élève à 2,1% si l'on s'en tient aux chiffres de l'OMS de 2007¹⁷⁹.

Une mise en garde supplémentaire quant à l'utilisation de ces chiffres ne semble pas superflue : ils ne permettent pas de faire des généralisations sur l'importance du VIH parmi les enfants des rues. Une étude approfondie et exhaustive sur le sujet pourrait donc s'avérer très pertinente.

- Perceptions et connaissance de ces pathologies par les enfants et les communautés

Quelles sont les perceptions communes du VIH/SIDA et des IST par les communautés ?

Au Cambodge, Mali, en Haïti et à Madagascar, les IST -et notamment le SIDA- sont considérées comme des maladies taboues associées à des déviances sexuelles ou à l'usage de drogue. Beaucoup de personnes ignorent encore les modes de transmission et stigmatisent ainsi les personnes malades qu'elles accusent d'être porteuses d'une « maladie sale »¹⁸⁰. Dans ces quatre pays, certains nient même l'existence de ces infections prétextant qu'elles ont été inventées afin de dissuader les rapports sexuels et les infidélités conjugales. Il est également souvent question d'envoûtement, de diabolisation¹⁸¹ et de maladies « honteuses »¹⁸².

¹⁷⁸ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Sénégal.

¹⁷⁹ Cf. www.who.int

¹⁸⁰ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Mali.

¹⁸¹ Extrait de l'entretien avec l'AMI, Haïti.

¹⁸² Extrait de l'entretien avec Graines de Bitume, Madagascar.

Les associations des pays précédemment cités observent cependant une tendance à l'amélioration - essentiellement en zone urbaine - grâce aux « campagnes de sensibilisation massives »¹⁸³ menées par les gouvernements et les associations.

Le Sénégal fait lui figure d'exception. En effet, les quatre associations interrogées dans ce pays notent toutes des changements majeurs dans les mentalités grâce notamment à la forte implication des chefs religieux. Selon le *Samusocial*, le Sénégal est un pays « très avancé en matière de lutte contre le SIDA »¹⁸⁴ où la maladie n'est plus considérée comme taboue tout comme les autres IST.

Que savent les enfants des rues des IST et du VIH/SIDA ?

Dans les cinq pays étudiés, des campagnes de sensibilisation sont organisées par le gouvernement et par les différentes ONG présentes sur le terrain. Elles peuvent prendre la forme d'affiches et d'animations publiques comme c'est le cas à Madagascar¹⁸⁵, de brochures et de camionnettes itinérantes¹⁸⁶ au Cambodge, de "causeries éducatives" et de spots publicitaires dans les pays d'Afrique de l'Ouest.

Cependant, l'impact de ces actions de prévention est loin d'être significatif. En effet, les responsables associatifs haïtiens, malgaches et maliens interrogés estiment que les connaissances des enfants des rues en la matière sont extrêmement faibles, bien que l'on puisse observer une évolution positive selon la responsable du *Samusocial* Mali¹⁸⁷. Ils n'ont en effet que très peu accès aux campagnes de prévention : analphabètes, ils ne peuvent lire les panneaux d'information et déscolarisés, ils ne peuvent pas bénéficier des séances de sensibilisation mises en place dans les écoles. Seuls les ateliers organisés en rue leur sont accessibles, mais encore faut-il qu'ils en soient informés et s'y intéressent.

Au Sénégal et au Cambodge, il semblerait que les enfants des rues disposent de meilleures informations concernant les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA. Ainsi, selon les ONG cambodgiennes *Krousar Thmey* et *Mith Samlanh*, leurs connaissances seraient « relativement bonnes »¹⁸⁸ puisqu'ils connaîtraient les moyens de transmission du VIH (plus que des autres IST). Au Sénégal, une enquête organisée par le *Samusocial* nous apporte de précieuses informations dans ce domaine¹⁸⁹. Ainsi, sur 30 enfants interrogés, 29 ont entendu parler du SIDA. Parmi ces derniers, dix enfants savent qu'avoir un rapport sexuel avec une personne séropositive est un mode de contamination et six ont mentionné les « objets tranchants, piquants, souillés et les rapports sexuels

¹⁸³ Extrait de l'entretien avec Mith Samlanh, Cambodge.

¹⁸⁴ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Sénégal.

¹⁸⁵ Extrait de l'entretien avec Kilonga et Graine de Bitume, Madagascar.

¹⁸⁶ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey, Cambodge.

¹⁸⁷ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Mali.

¹⁸⁸ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey, Cambodge.

¹⁸⁹ DIOUF Adjiratu Sow Diallo, Sensibilisation/Prévention des enfants de la rue de Dakar aux IST/SIDA, 2005.

avec partenaires multiples »¹⁹⁰ comme voies de transmission. Quant aux 13 enfants restants, ils ignorent complètement les modes de transmission.

En ce qui concerne les moyens de prévention, un seul enfant a été en mesure de tous les citer et 11 enfants ne les connaissent pas du tout.

D'après ces résultats, les enquêteurs ont conclu que les enfants des rues ont entendu parler du SIDA et des IST que ce soit par leurs pairs, auprès d'ONG, par des campagnes gouvernementales ou des spots publicitaires. Cependant, recevoir une information ne signifie pas *l'assimiler* et dans les cas de ces pathologies, les enfants « ne maîtrisent pas l'essentiel des informations »¹⁹¹ comme l'atteste leur non-usage du préservatif.

Les enfants des rues souffrent-nous l'avons évoqué- de nombreux problèmes de santé, relativement similaires dans les cinq pays étudiés. L'étude des différentes pathologies dont ils sont victimes nous mène logiquement à l'examen des services sanitaires qui leur sont accessibles.

Peuvent-ils facilement se rendre dans les centres de santé, les hôpitaux ?

Ont-ils aisément accès aux médicaments ?

3.2. L'accès aux soins : état des lieux, défis et exemples d'interventions

3.2.1. Quel accès aux soins pour les enfants des rues ?

3.2.1.1. Des enfants trop pauvres, stigmatisés et exclus

L'ensemble des responsables associatifs interrogés à ce propos est unanime : les enfants des rues n'ont absolument aucun accès aux structures de santé excepté par le biais d'Organisations Non Gouvernementales.

Quelles sont les raisons d'une telle exclusion ?

Le *Samusocial* Sénégal avance plusieurs explications pour justifier cet état de fait.

La première a trait aux coûts des soins et à l'immense pauvreté des enfants des rues. Sans ressource, ils ne sont en effet pas en mesure de payer des frais médicaux bien trop « onéreux »¹⁹².

Aucun des cinq pays qui font l'objet de notre étude ne possède de système de sécurité sociale nationalisé. Bien que les salariés bénéficient d'une couverture sociale proposée par leurs employeurs et que les mutuelles communautaires se développent à grande

¹⁹⁰ DIOUF Adjiratu Sow Diallo, Sensibilisation/Prévention des enfants de la rue de Dakar aux IST/SIDA, 2005.

¹⁹¹ DIOUF Adjiratu Sow Diallo, Sensibilisation/Prévention des enfants de la rue de Dakar aux IST/SIDA, 2005.

¹⁹² JOSSE Evelyne, Les enfants des rues, l'enfer du décor, 2006.

vitesse, les plus pauvres n'y ont pas accès. Ainsi, leurs frais médicaux ne sont pas couverts et, en cas de besoin, ils sont contraints de régler leurs dépenses médicales.

Le *Centre d'Accueil de Carrefour* et l'*AMI* en Haïti, l'association *Graines de Bitume* à Madagascar ainsi que le *Samusocial* Mali évoquent eux aussi la pauvreté comme frein à l'accès à la santé pour ces enfants. Au Sénégal par exemple, une consultation chez le dentiste coûte entre 1000 et 3000 francs CFA, souvent bien plus que la "recette" d'une journée de mendicité pour les enfants. Les soins hospitaliers, quant à eux, sont complètement inabordables : une opération orthopédique coûte en effet aux alentours de 350 000 francs CFA alors que le SMIC sénégalais s'élève aux alentours de 40 000 francs CFA!

De plus, en cas d'hospitalisation dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la nourriture, les draps, les médicaments et le matériel médical sont à la charge des patients.

La seconde explication à ce phénomène est que les enfants des rues sont extrêmement stigmatisés et donc mal vus par le personnel médical qui, souvent, refuse de les soigner. Ainsi, la responsable du *Samusocial* Sénégal¹⁹³ relate-t-elle la difficulté à faire admettre ces enfants dans les structures de soins même s'ils sont accompagnés de membres de l'association. De plus, si les hôpitaux acceptent de les prendre en charge, ils les hospitalisent le moins longtemps possible et les renvoient souvent directement après l'intervention. En outre, dans le cas de traitements longs comme celui de la tuberculose par exemple, le *Samusocial* évoque la difficulté à convaincre les hôpitaux de garder les enfants pour la période de traitement des trois semaines de dé-contagion. L'association sénégalaise *Avenir de l'Enfant* insiste également sur ce problème de stigmatisation des enfants dans les milieux médicaux; tout comme les représentants d'associations réunis au Forum de la Société Civile pour l'Afrique Francophone¹⁹⁴.

Une troisième explication à l'exclusion des enfants des rues des systèmes de soins est liée à leur absence d'identité sociale. Ce sont en effet des enfants, non seulement exclus du système de santé, mais de la société toute entière; ils n'ont ainsi aucune reconnaissance juridique et ne sont en possession d'aucun document officiel¹⁹⁵ qui pourrait les identifier. Sans état civil ni personne de référence pour les accompagner, ils ne peuvent accéder aux services de santé. Le *Samusocial* Mali¹⁹⁶ évoque par exemple l'impossibilité pour les enfants des rues de bénéficier des mesures mises en place à destination des indigents puisqu'ils ne possèdent pas les documents nécessaires. Ces

¹⁹³ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Sénégal.

¹⁹⁴ FORUM DE LA SOCIETE CIVILE POUR L'AFRIQUE FRANCOPHONE, organisé par le Consortium for Street Children, compte-rendu, 2-5 juin, 2004.

¹⁹⁵ Forum de la Société Civile pour l'Afrique Francophone, organisé par le Consortium for Street Children, compte-rendu, 2-5 juin, 2004.

¹⁹⁶ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Mali.

certificats sont délivrés à la mairie sur des critères bien précis tels que le handicap associé à la maladie et à la pauvreté. Or, comment déterminer qui est suffisamment pauvre pour en bénéficier dans un pays où 50% de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté? En outre, en plus de la lenteur administrative qui est un véritable frein, les enfants des rues sont illettrés et ne sont donc pas au courant de leurs droits. Par ailleurs, comme le signale le *Samusocial* Sénégal, ils sont exclus des programmes menés par le Ministère de la Santé à destination des enfants, par exemple des campagnes de vaccination. Comme le souligne Evelyne Josse, même si dans certains cas la gratuité est possible pour les indigents, « les démarches sont longues, complexes et méconnues »¹⁹⁷ des enfants.

En outre, ils se méfient des structures de santé en quelque sorte représentatives d'une société et d'un pouvoir qui les ostracisent. Ainsi, en plus du sentiment de honte qu'ils éprouvent à effectuer la démarche de demande de soins, ils craignent (et souvent à juste titre) d'être mal soignés en raison de leur condition¹⁹⁸.

Cependant, il existe de plus en plus de programmes verticaux mis en place par les États et subventionnés par des bailleurs internationaux qui, justement, permettent d'améliorer l'accès aux soins des plus pauvres.

Comment se fait-il alors que les enfants des rues n'en bénéficient pas ?

3.2.1.2. Des enfants exclus des programmes verticaux d'accès aux soins

- Les différentes initiatives existantes

La santé est devenue ces dernières années une préoccupation des grands bailleurs internationaux. Au travers de programmes verticaux mis en place en partenariat avec les gouvernements nationaux, ils visent à développer les mécanismes de prévention et de prise en charge sanitaire et à permettre la gratuité des traitements, tests de dépistage et autres frais médicaux.

L'un des bailleurs principaux en la matière est le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose¹⁹⁹ qui soutient les gouvernements dans leur lutte contre ces trois maladies. Au Sénégal par exemple, le Fonds a alloué un budget de 95 millions d'US dollars au Programme National de Lutte contre le Paludisme permettant la gratuité des tests rapides dans les structures de santé, la réduction de 50% du coût des médicaments et la gratuité des traitements pour la tuberculose²⁰⁰. Il soutient également au Mali le

¹⁹⁷ JOSSE Evelyne, *les enfants des rues, l'enfer du décor*, 2006.

¹⁹⁸ Opus cit.

¹⁹⁹ Cf. : www.theglobalfund.org

²⁰⁰ DIAGNE Mbagnick Kharachi, *lutte contre le paludisme : gratuité des tests de diagnostic, réduction du coût des Act*, 28 avril 2008.

Programme National de Lutte contre le Paludisme par le biais de la création d'un laboratoire de référence du paludisme. En Haïti, le Fonds Mondial conjointement à l'aide américaine au développement (USAID) et la TB Coalition Technical Assistance²⁰¹, a débloqué une enveloppe de 14,6 millions d'US dollars pour lutter contre la tuberculose.

Ainsi grâce à ce type d'initiatives, les tests de dépistage du VIH/SIDA et les traitements antirétroviraux au Sénégal, Mali, à Madagascar et en Haïti sont complètement pris en charge. A Madagascar, ce sont les coûts liés à la santé reproductive (contraceptions et soins de santé maternelle) qui sont subventionnés par le biais du Fonds thématique pour la réduction de la santé maternelle²⁰²; et donc gratuits. Au Cambodge, un Fonds d'Equité financé par des bailleurs et des ONG internationaux permet aux patients pauvres d'accéder aux soins sans avoir à en assumer les coûts²⁰³. Au Mali, le gouvernement au travers du décret 02-311 de juin 2002 a, quant à lui, déclaré la gratuité des consultations médicales pour les 0-14 ans²⁰⁴. Enfin, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en place en 1974 conjointement par l'UNICEF et l'OMS a permis à des millions d'enfants d'être immunisés contre la tuberculose, la rougeole, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite.

Tout comme ils le sont des systèmes de santé nationaux, les enfants des rues semblent être écartés de ce type d'initiatives qui, pourtant, se multiplient. Il est ici intéressant de pointer du doigt cette défaillance : les programmes verticaux conçus pour bénéficier aussi aux plus pauvres, ne laissent pas place à ceux qui n'ont aucune reconnaissance sociale. Le cas de l'accès aux antirétroviraux (ARV) est édifiant. Malgré leur gratuité dans les pays précédemment mentionnés, les enfants des rues n'en bénéficient pas. En effet, des enquêtes sociales sont menées afin de sélectionner les personnes offrant la meilleure garantie de suivi régulier de leur traitement. En Haïti par exemple, les ARV sont délivrés sous réserve d'avoir un "accompagnateur" pour le suivi; condition impossible pour des jeunes en permanence mobiles et sans domicile fixe.

Une sensibilisation des bailleurs internationaux à cette problématique pourrait constituer une petite révolution pour les enfants des rues en matière d'accès aux soins.

Si par exemple le Fonds mondial pour le SIDA, le paludisme et la tuberculose décidait de mettre l'accent sur l'accessibilité des antirétroviraux pour les "exclus des exclus", les enfants des rues pourraient alors bénéficier d'une meilleure prise en charge sanitaire et retrouver également une certaine forme d'identité sociale.

Le travail de plaidoyer à accomplir pour arriver à de tels résultats est colossal. Gageons cependant qu'en cas d'aboutissement, cette initiative permettrait de réels progrès en termes d'accès aux soins pour tous. En effet, si les bailleurs internationaux décident d'en

²⁰¹ Cf. www.tbcta.org

²⁰² Cf. www.madagascar.unfpa.org

²⁰³ GIP SPSI, Santé et Protection sociale, *Les chiffres clés du Cambodge*, 2006.

²⁰⁴ DOUMBIA B., Actes médicaux et chirurgicaux, ne payez qu'aux guichets, 2009.

faire une priorité, les états bénéficiaires des subventions s'aligneront sur ces directives. Une fois la machine lancée, peut-être ces mesures s'étendront-elles à d'autres pans du système de santé...

- Des enfants exclus des services de soins qui ont recours à l'automédication

A défaut de fréquenter les structures de santé dites classiques, les enfants des rues ont fréquemment recours à l'automédication. Au regard des réponses fournies par les associations interrogées, il semblerait que ce phénomène existe dans les cinq pays faisant l'objet de notre étude. Le *Samusocial* Mali et Sénégal évoquent ainsi les « pharmacies par terre »²⁰⁵ où se vendent au noir des médicaments à l'origine et à la composition souvent inconnues. Selon *l'Aide Médicale Internationale* en Haïti, il s'agit de médicaments « frelatés »²⁰⁶ que les enfants utilisent de manière peu adaptée et en surconsommation²⁰⁷.

Ils achètent donc; mais vendent aussi parfois lorsqu'ils sont en possession de médicaments. Ainsi, les associations *Graines de Bitumes* à Madagascar, *Mith Samlanh* au Cambodge, *Samusocial* au Mali et *Makwe Fet* au Sénégal considèrent-elles les reventes de médicaments comme un réel problème. Pour lutter contre ce phénomène, le *Samusocial* Sénégal détache les comprimés des plaquettes de médicaments et ne donne aux enfants que des doses pour un ou deux jours²⁰⁸. En Haïti cependant, aux dires du *Centre d'Accueil de Carrefour* et de *l'AMI*, les enfants ne s'adonnent pas à ce type de petit commerce.

Exclus des structures de santé, les enfants des rues n'ont, hormis l'automédication, aucun moyen pour se soigner. Consciente de cet état de fait, la plupart des Organisations Non Gouvernementales présentes sur le terrain a ajouté un volet santé à son programme d'action. La partie qui suit a vocation à présenter différentes méthodes d'action adoptées par certaines de ces ONG en vue de favoriser l'accès aux soins des enfants des rues.

3.2.2. L'action des acteurs de terrain

Les types de prise en charge médicale des enfants des rues présentés ci-dessous sont ceux adoptés par les associations interrogées dans le cadre de ce travail.

²⁰⁵ Extrait de l'entretien avec le *Samusocial* Mali et le *Samusocial* Sénégal.

²⁰⁶ Extrait de l'entretien avec *l'Aide Médicale Internationale*, Haïti.

²⁰⁷ Extrait de l'entretien avec *Mith Samlanh*, Cambodge.

²⁰⁸ Extrait de l'entretien avec le *Samusocial* Sénégal.

3.2.2.1 Les activités médicales des associations

- Les soins de bases

La grande majorité des associations œuvrant en faveur des enfants des rues a inclus un volet santé dans ses activités. Celui-ci est plus ou moins conséquent en fonction de la taille de la structure et des moyens à sa disposition. Ainsi, alors que certaines organisations ne disposent que de quelques médicaments et de très peu de personnel spécialisé, d'autres assurent le fonctionnement de plusieurs infirmeries qui effectuent annuellement des centaines de consultations.

La prise en charge sanitaire des associations *Kilonga* et *Les enfants du soleil* à Madagascar est, par exemple, peu développée et organisée. Les médicaments sont ramenés de France ce qui ne garantit pas un approvisionnement continu et, en ce qui concerne les consultations médicales, les enfants doivent être envoyés chez un médecin en cas de besoins car les structures n'emploient pas de personnel médical.

En revanche, le volet santé de l'ONG malgache *Graines de Bitume* est bien plus conséquent. Ses deux centres sont équipés d'infirmeries où deux médecins tiennent des permanences médicales gratuites pour les enfants (et leurs familles pour ceux qui en ont) deux après-midi par semaine. Ainsi, en 2007, ce sont 979 consultations médicales qui ont été effectuées au profit des enfants des rues²⁰⁹.

En Haïti, le *Centre d'Accueil de Carrefour* met à la disposition des enfants des rues une structure de santé ouverte 24/24 et 7/7 sur chacun de leur site. Les infirmières et médecins qui y travaillent effectuent des consultations médicales et dispensent des médicaments pour les soins de base.

Le centre d'accueil du *Samusocial* à Dakar est lui aussi équipé d'un cabinet médical. Celui-ci est dirigé par un médecin chef et géré par deux infirmières en rotation et un aide soignant pour les gardes du week-end. En 2008, 255 consultations médicales ont eu lieu²¹⁰ et 94 enfants ont été accueillis en lit infirmier pour des pathologies, qui, à l'instar du paludisme nécessitent une surveillance constante²¹¹.

Enfin, l'ONG *Pour un sourire d'Enfant*, active auprès des enfants des rues de Phnom Penh, gère une équipe de 46 soignants qui exécutent jusqu'à 300 consultations par jour dans les différentes infirmeries de l'association²¹².

En plus des soins dispensés au sein des centres d'accueil, certaines ONG ont mis en place des infirmeries mobiles, appelées *Equipes Mobiles d'Aide* qui effectuent des

²⁰⁹ GRAINES DE BITUME, *Rapport Moral*, Août 2007- Juillet 2008.

²¹⁰ SAMU SOCIAL SENEGAL *Rapport Annuel*, 2008.

²¹¹ Cf. Annexe n°12, activités du centre d'hébergement du Samusocial Sénégal.

²¹² Cf. : www.pse.asso.fr

"maraudes" dans le langage du *Samusocial*. Celles-ci sillonnent les rues à la rencontre des enfants afin de leur proposer des soins de santé primaire (affections cutanées, digestives, syndromes palustres, douleurs articulaires, céphalées, administration de traitements pour les infections sexuellement transmissibles etc.) C'est le cas des associations cambodgiennes *Krousar Thmey*, *Mith Samlanh* et *Pour un sourire d'enfants*, de l'*AMI* en Haïti et du *Samusocial* au Sénégal et au Mali. A Bamako, ce sont ainsi 344 maraudes de nuit qui ont été effectuées par les Equipes Mobiles d'Aide (EMA) du *Samusocial*, soit 1214²¹³ 214 soins.

Les associations dispensent ainsi des soins dans leurs centres mais aussi en rue sur les lieux de vie des enfants.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les IST restent des pathologies fréquemment rencontrées et ce notamment chez les filles. Ainsi, elles représentent par exemple 40% des affections soignées en rue par les équipes du *Samusocial* Mali²¹⁵. Si les jeunes-filles des rues sont extrêmement vulnérables aux IST en raison de leur pratique de la prostitution, elles le sont d'autant plus qu'elles manquent d'information concernant les risques et les moyens de se protéger.

Conscientes de cet état de fait, les associations œuvrant en faveur des enfants des rues ont décidé de mettre en place des séances de sensibilisation aux IST, au VIH/SIDA ainsi qu'aux thématiques liées à la santé reproductive et sexuelle.

- Les activités de prévention et de sensibilisation

Les ONG interrogées sont toutes sensibles à l'importance de la prévention VIH/SIDA, IST et à la sensibilisation aux questions relevant du domaine de la santé reproductive et sexuelle. Cependant, les activités mises en place sont plus ou moins structurées et organisées en fonction des associations. Ainsi, chez certaines, l'information est diffusée de façon tout à fait informelle au cours des visites en rue ou bien lors d'échanges avec les enfants à l'intérieur des centres d'accueil. L'ONG malgache *Kilonga*²¹⁶ par exemple, qui héberge des adolescents au sein d'une maison, leur distribue des préservatifs et leur donne quelques conseils d'utilisation. La structure cambodgienne *Krousar Thmey* évoque le sujet lors de ses rencontres avec les enfants en rue mais, elle non plus, ne met pas en place de véritable volet de prévention et d'information.

²¹³ SAMU SOCIAL SENEGAL Rapport Annuel, 2008 et SAMU SOCIAL MALI, Programme d'appui aux enfants de la rue à Bamako, Rapport, 2008.

²¹⁴ Cf. Annexe 13: nombre de soins dispensés en maraudes de nuit par le Samusocial Mali, 2008.

²¹⁵ SAMU SOCIAL MALI, Programme d'appui aux enfants de la rue à Bamako, Rapport, 2008.

²¹⁶ Extrait de l'entretien avec Kilonga, Madagascar.

En revanche, les autres associations organisent, elles, des séances structurées de sensibilisation au VIH/SIDA, aux IST et aux questions de santé reproductive à l'instar des *Enfants du soleil et de Graines de Bitume* à Madagascar, d'*Avenir de l'Enfant* au Sénégal et du *Centre d'Accueil de Carrefour* en Haïti. Celles-ci, spécifiquement destinées aux enfants des rues, sont assurées, soit par le personnel lui-même s'il en a les compétences (assistantes sociales par exemple), soit par des organismes extérieurs spécialisés ou associations partenaires. Elles abordent ainsi les questions liées à la maternité, les voies de contamination du VIH et des IST ainsi que les moyens de protection. Le *Samusocial* Mali et Sénégal a également mis en place ce type d'activités appelées "causeries éducatives". En général, les ateliers de prévention organisés par cette association se déroulent de la façon suivante : les animateurs commencent par une présentation succincte de « l'anatomie des organes génitaux »²¹⁷ suivie d'une discussion; beaucoup d'enfants ignorant en effet le fonctionnement de leur corps et les changements engendrés par la puberté. Un film qui détaille les modes de transmission du VIH et des IST ainsi que les symptômes de ces maladies leur est ensuite projeté et fait l'objet de débats entre les enfants et les travailleurs sociaux. Enfin, les séances se clôturent par un focus sur le préservatif : son utilisation, son rôle et les lieux où les enfants peuvent s'en procurer.

Les associations présentes sur le terrain, conscientes de la vulnérabilité des enfants des rues ont donc majoritairement mis en place un volet santé au sein de leur structure. Plus ou moins développé, celui-ci permet de dispenser soins de base et médicaments dans les centres et, dans certains cas, en rue sur les lieux de vie des enfants. Cependant, comment les associations agissent-elles face à des cas plus délicats qui nécessitent analyses biologiques, hospitalisations ou soins spécialisés (dentaires par exemple) ?

3.2.2.2 Conventions et collaborations : de la nécessité d'un travail en réseau

Face aux problèmes de santé rencontrés par les enfants des rues, les associations ne peuvent agir seules. En effet, même si leur structure médicale est importante, elle ne peut, en aucun cas, remplacer les services proposés par les hôpitaux et les laboratoires d'analyse. Elles y ont donc parfois recours.

Certaines d'entre elles (*Avenir de l'Enfant* au Sénégal et le *Centre d'Accueil de Carrefour* en Haïti) n'ont ni signées de conventions avec les établissements de soin, ni mis en place de collaboration avec les autres ONG présentes sur le terrain. Elles sont donc contraintes de payer au coup par coup les frais engendrés par les soins de santé, dans les limites de leur budget et elles font face au risque de voir certaines structures sanitaires refuser de

²¹⁷ DIOUF Adjiratu Sow Diallo, Sensibilisation/Prévention des enfants de la rue de Dakar aux IST/SIDA, 2005.

prendre en charge les enfants. Cet état de fait entraîne souvent, comme en témoigne le *Centre d'Accueil de Carrefour* en Haïti, la non-exécution des examens de laboratoire et le report d'opérations « à maintes reprises »²¹⁸.

- Les collaborations avec les autres associations

Afin d'éviter de telles situations, la plupart des associations ont mis en place des partenariats (plus ou moins formalisés) avec d'autres ONG. Ces dernières peuvent financer certains de leurs frais médicaux à l'instar de la *Fondation Mérieux* qui, à Madagascar, prend en charge les coûts de deux hospitalisations et une opération pour les enfants de l'association *Kilonga*. Plus fréquemment cependant, ces associations partenaires prennent en charge directement les enfants si elles disposent de centres de santé conséquents. Par exemple, l'association malgache, *les Enfants du Soleil*, collabore avec plusieurs dispensaires religieux qui exécutent des soins en échange de médicaments ou à tarif préférentiel, tout comme *Makwe Fet* au Sénégal qui est en contact avec l'association *les Sœurs de Mère Theresa* pour l'aspect médical de la prise en charge.

Les associations cambodgienne *Mith Samlanh* et malgache *Graines de Bitume* sont, elles en relation avec des ONG spécialisées dans les soins médicaux qui acceptent de prendre en charge les enfants des rues. Ainsi les équipes de Médecins du Monde ont-elles opéré à Madagascar un enfant des rues âgé de sept ans qui souffrait d'une « cardiopathie congénitale²¹⁹ » et accueillent au Cambodge, les enfants séropositifs rencontrés en rue par l'association *Krousar Thmey*.

Collaborer avec d'autres ONG en matière de soins de santé est une démarche importante, notamment pour les associations qui ne disposent que d'une petite structure sanitaire; mais elle ne suffit pas à couvrir l'ensemble des besoins de santé des enfants des rues. Voilà pourquoi certaines organisations ont choisi de signer des conventions avec les établissements de soin nationaux.

- Les conventions signées avec les établissements de soins

La structure malgache *Les Enfants du Soleil*, présente l'absence de convention comme un « véritable problème »²²⁰ en raison du coût élevé des hospitalisations et des analyses médicales. Pour faire face à cette difficulté, l'association *Graines de Bitume* a passé des accords -respectés, selon ses dires- avec un dentiste qui accepte de prendre en charge les enfants des rues. Ainsi, en 2007, 66 consultations dentaires ont été effectuées pour un

²¹⁸ Extrait de l'entretien avec le Centre d'Accueil de Carrefour, Haïti.

²¹⁹ ENFANTS DU SOLEIL (LES), Rapport d'activités 2007.

²²⁰ Extrait de l'entretien avec les Enfants du Soleil, Madagascar.

total de 182 enfants présents dans le centre²²¹. L'AMI a, elle aussi, signé des conventions avec différentes structures de santé haïtienne mais elle rencontre des difficultés à les faire appliquer et doit en permanence les rappeler à la mémoire des responsables²²². Même combat pour les *Samusocial* Sénégal et Mali qui essuient parfois des refus de prise en charge même lorsque les enfants sont accompagnés d'un membre de l'association. Il semblerait que l'application des accords pose plus de problèmes dans les grands hôpitaux où ils sont mal connus et où les facilitations de paiement ne sont pas respectées²²³.

Voyons à présent le détail du type de convention qui peut être passé entre associations et structures de soin au travers de l'exemple du *Samusocial* Mali qui travaille en collaboration, d'une part avec d'autres ONG et, d'autre part avec les établissements sanitaires²²⁴.

L'association partenaire ARCAD-SIDA accueille ainsi les enfants des rues envoyés par le *Samusocial* pour réaliser des tests de dépistage VIH, des dosages de taux de CD4, dispenser les ARV, assurer un suivi psychosocial et traiter les maladies opportunistes.

Du côté des hôpitaux, l'association a signé des conventions avec l'hôpital National Gabriel Touré et l'hôpital National du Point G qui acceptent les enfants des rues sans présentation de certificat d'indigence et appliquent des tarifs préférentiels. Les services les plus fréquentés en 2008 étaient la pédiatrie, la radiographie, les urgences et la chirurgie²²⁵. De plus, des accords ont été passés avec divers cabinets médicaux privés qui offrent des services financièrement avantageux et acceptent les enfants sans discrimination.

Enfin, grâce à des collaborations que l'association a mises en place avec « certains centres de référence ainsi qu'avec les représentants des différents programmes nationaux »²²⁶, des campagnes de vaccination et de distributions de médicaments ont pu bénéficier aux enfants des rues. Ainsi en 2008, ce sont 173 enfants et adolescents qui ont été vaccinés contre la méningite et 41 adolescents contre la fièvre jaune grâce au Programme Elargi de Vaccination (PEV)²²⁷. De plus, 26 enfants ont reçu des médicaments pour prévenir la filariose lymphatique par le biais du Programme National de Lutte contre les Schistosomiases²²⁸.

Pour clore notre propos sur l'accès aux soins des enfants des rues, il nous paraît important de présenter la particularité du Cambodge en la matière. En effet, la fondation Kantha Bopha fondée par un médecin suisse, le Docteur Richner, a ouvert quatre

²²¹ GRAINES DE BITUME, *Rapport Moral*, Août 2007- Juillet 2008.

²²² Extrait de l'entretien avec l'AMI, Haïti.

²²³ SAMU SOCIAL MALI, Programme d'appui aux enfants de la rue à Bamako, Rapport, 2008.

²²⁴ Cf. Annexe n°14: orientations médicales des enfants par le Samusocial Mali, 2008.

²²⁵ SAMU SOCIAL MALI, Programme d'appui aux enfants de la rue à Bamako, Rapport, 2008.

²²⁶ SAMU SOCIAL MALI, Rapport technique et financier, 2008.

²²⁷ Opus cit.

²²⁸ Opus cit.

hôpitaux à Phnom Penh et deux à Siemreap où les soins sont entièrement gratuits pour tous les enfants²²⁹. Ainsi, les associations cambodgiennes qui œuvrent en faveur des enfants des rues dans ces deux villes n'ont pas besoin de signer de conventions ou de mettre en place des collaborations avec d'autres ONG puisqu'elles peuvent référer les enfants sans condition dans les hôpitaux de cette Fondation.

Ce dernier exemple atteste bien du rôle crucial joué par les organisations non gouvernementales dans l'accès aux soins des enfants des rues. En offrant des consultations dans leurs centres, en rue, en collaborant avec d'autres associations et en signant des conventions avec les structures de santé existantes, elles permettent, non seulement d'offrir des soins aux enfants, mais également de faire valoir leur existence et leur droit inaliénable à la santé.

En choisissant de soutenir ces associations, la Fondation Mérieux participe à l'amélioration des conditions sanitaires des enfants des rues.

La partie à venir propose une réflexion sur le rôle de la Fondation dans ce domaine ainsi que des pistes d'amélioration et d'orientations nouvelles.

Elle s'inscrit dans la continuité de l'étude précédemment menée (en 3.) sur les problèmes de santé rencontrés par cette catégorie d'enfants. En effet, c'est cette étude situationnelle qui nous permet de nous interroger à présent sur le type de projet que peut mettre en œuvre la Fondation Mérieux.

Notre dernière partie a donc vocation à analyser les programmes en cours à destination des enfants des rues et à proposer un regard critique sur leur résultat.

De plus, elle interroge la pertinence du choix des enfants des rues comme cible d'action : sont-ils les plus touchés par les maladies infectieuses ? N'y'a-t-il pas d'autres enfants plus vulnérables ?

²²⁹ [http : //www.beat-richner.ch](http://www.beat-richner.ch)

4. La stratégie d'action de la Fondation Mérieux

4.1. La Fondation Mérieux et la santé des enfants des rues

4.1.1. L'action de la Fondation en faveur des enfants des rues : quelle efficacité ?

4.1.1.1 Le soutien aux associations

La Fondation Mérieux, dans sa volonté de soutenir les patients atteints de maladies infectieuses, a choisi d'aider des associations œuvrant en faveur des enfants des rues. En effet, ces enfants, comme nous l'avons vu, sont touchés par diverses pathologies d'origine microbienne et parasitaire : affections respiratoires, parasitoses, paludisme, VIH/IST etc.

Ainsi, comme mentionné en 3.2.2.2, elle aide financièrement l'association malgache *Kilonga* : la Fondation prend en charge annuellement les frais engendrés par deux hospitalisations et une opération d'enfants.

Au Mali, elle soutient le *Samusocial* depuis 2005. La collaboration, qui avait débuté par la mise en place d'un projet global de soutien à l'association, a évolué deux ans plus tard, vers un soutien plus spécifiquement orienté en direction des maladies infectieuses dont sont victimes les enfants des rues. C'est ainsi qu'un crédit annuel de 5000 euros a été mis à la disposition du *Samusocial* pour effectuer des analyses médicales au Centre Charles Mérieux de Bamako. Ce projet s'inscrit parfaitement dans la mission de la Fondation : en offrant un diagnostic fiable et précis, il permet un traitement approprié aux enfants et augmente ainsi les chances de guérison. Trop souvent en effet, la phase du diagnostic est négligée : lorsqu'un enfant a de la fièvre, il est directement traité pour le paludisme alors que celle-ci peut survenir en réaction à d'autres pathologies.

Afin de tirer des conclusions sur la pertinence de l'action de la Fondation Mérieux dans le soutien aux enfants des rues, il est nécessaire d'étudier les résultats des projets présentés ci-dessus.

4.1.1.2 Quels résultats ?

En soutenant l'association *Kilonga* à Madagascar, la Fondation Mérieux permet à des enfants des rues de bénéficier de soins auxquels ils n'auraient pu prétendre sans soutien financier et, dans certains cas, d'éviter une issue fatale (une appendicite non opérée par exemple). L'utilité du soutien apporté ne peut donc être remise en cause.

Cependant, nous souhaiterions souligner que ce type de prise en charge ne s'inscrit pas directement dans la mission adoptée par la Fondation. En effet, les pathologies pour

lesquelles les enfants sont hospitalisés ou opérés ne sont pas nécessairement des maladies infectieuses. Si l'on souhaite réfléchir en termes d'adhérence à la mission que s'est donnée la Fondation, alors peut-être faudrait-il penser à une attribution différente des fonds versés à cette association. En effet, il peut y avoir des cas d'origine infectieuse que la Fondation Mérieux, dans la situation actuelle, ne prend pas en charge.

Concernant le *Samusocial* Mali, nos divers entretiens avec la Directrice de l'association ont permis de mettre en avant une relative inadéquation du projet avec la réalité du terrain : les fonds mis à disposition n'ont pas été utilisés. En effet, sur le crédit total de 5000 euros prévu pour l'année 2008, le laboratoire du Centre Charles Mérieux n'a utilisé que 300 euros d'analyses pour le compte du *Samusocial*²³⁰. La raison avancée pour justifier le faible montant prélevé pour le diagnostic des enfants, est d'ordre géographique. En effet, le centre est visiblement trop éloigné des lieux d'intervention de l'association. Les travailleurs sociaux préfèrent donc, en cas de besoin, se rendre dans d'autres laboratoires plus proches avec lesquels ils ont également signé des conventions.

En outre, l'association nous a confirmé que les besoins en termes d'analyses médicales n'étaient pas prioritaires (par rapport aux consultations par exemple) et qu'ils n'en réalisaient pas plus de trois ou quatre par mois²³¹.

La quasi non-utilisation des fonds mis à la disposition du *Samusocial* nous incite à nous interroger sur une réorientation du projet mis en place par la Fondation.

Faut-il vraiment le poursuivre en ces termes de mise à disposition d'analyses biomédicales gratuites ?

Au regard de ce constat, il semblait déterminant de modifier la stratégie d'action en faveur des enfants des rues afin d'être le plus utile possible.

²³⁰ Extrait de l'entretien avec le *Samusocial* Mali.

²³¹ Opus cit.

4.1.2. Comment la Fondation peut-elle améliorer son action en faveur des enfants des rues ?

4.1.2.1. Un nouveau projet afin de mieux cerner les besoins en terme de maladies infectieuses

- Une nouvelle mouture pour le projet de soutien aux enfants des rues

La Fondation Mérieux a récemment fait part de sa volonté d'extension - géographique et budgétaire -, du volet *soutien aux patients*. Elle souhaite ainsi accroître le nombre de projets dans ce domaine et multiplier les initiatives dans différents pays.

La réflexion que nous menons sur l'action de la Fondation auprès des enfants des rues intervient donc à un moment opportun : avant de se développer, il est important d'évaluer les activités mises en place afin de décider s'il est pertinent -ou non- de les pérenniser.

La Direction médicale en charge de l'aspect *soutien aux patients*, consciente des possibilités d'amélioration du projet mené avec le *Samusocial* Mali, a décidé d'en modifier la teneur.

Une réflexion s'est alors engagée sur la mise en place d'un nouveau partenariat avec cette association mais également avec deux nouvelles structures : le *Samusocial* Sénégal et le *Centre d'Accueil de Carrefour* en Haïti; attestant bien du souci de la Fondation d'étendre ses actions à un plus grand nombre de pays.

Les entretiens avec les responsables des associations précédemment citées, ont permis de mettre en avant leurs besoins en vue d'offrir des soins de qualité aux enfants des rues. Le *Centre d'Accueil de Carrefour* par exemple, souhaite atteindre les objectifs suivants : être en mesure d'assumer le coût des « interventions spécialisées »²³² (odontologie, ophtalmologie, chirurgie etc.), de couvrir les frais de fonctionnement du dispensaire ainsi que d'en augmenter sa capacité. L'association a également le projet de doter sa structure du « matériel et des médicaments nécessaires et d'un personnel qualifié » présent quotidiennement²³³.

Les *Samusocial* Mali et Sénégal ont également une vision d'ensemble concernant la prise en charge médicale des enfants des rues. Leur objectif en la matière est, en effet, de leur garantir « l'accès aux soins et aux mesures préventives²³⁴ ».

Ainsi, les besoins exprimés par les responsables associatifs interrogés portent sur la prise en charge sanitaire *globale* et non sur une problématique ou pathologie particulière.

C'est ainsi qu'est née la volonté de mettre sur pied une collaboration "généraliste" sous forme d'un *Fonds de solidarité pour permettre l'accès aux soins des enfants de la rue*.

²³² Extrait de la demande de financement présentée à la Fondation Mérieux par le Centre d'Accueil de Carrefour, Haïti.

²³³ Extrait de la demande de financement présentée à la Fondation Mérieux par le Centre d'Accueil de Carrefour, Haïti.

²³⁴ Extrait de la demande de financement présentée à la Fondation Mérieux par le Samusocial Mali et Sénégal.

Cette appellation très large peut ainsi recouper les différents besoins exprimés par les associations partenaires, qu'il s'agisse d'acheter des médicaments, de financer le personnel de santé, de régler les consultations médicales ou d'assumer le coût des interventions d'urgence.

Ce projet mis en place pour 2009/2010 dans trois pays (Haïti, Mali et Sénégal) concrétise donc les besoins exprimés par les responsables associatifs. Bâti en collaboration directe avec les partenaires, il permet de répondre de manière plus flexible aux problèmes de santé des enfants des rues.

Ce qui nous paraît intéressant dans ce Fonds, est qu'il peut permettre une meilleure compréhension du phénomène des maladies infectieuses chez les enfants des rues, comme nous allons le détailler dans la partie qui suit.

- La nécessité d'un rapport détaillé sur les activités financées par le Fonds

Les statistiques concernant les pathologies d'origine infectieuse chez les enfants des rues, sont peu étoffées et difficilement exploitables. Or, il est important pour la Fondation d'avoir une connaissance plus détaillée de l'importance d'un tel type de maladies parmi l'ensemble de celles qui touchent ces enfants.

Le *Samusocial* Mali déclare que les IST représentent 40% des affections soignées en rue chez les jeunes-filles²³⁵. Cependant, ces dernières sont peu nombreuses en rue et très difficiles à suivre de façon régulière; **combien** de filles sont donc concernées par ces infections ?

Il a donc été demandé que les associations soutenues adressent à la Fondation à la fin de l'année 2009 un rapport détaillé d'utilisation des fonds : nombre de personnes traitées, sexe, type de maladie, etc.

De plus, il serait souhaitable qu'elles fassent un focus sur les activités qu'elles ont menées dans le domaine des maladies infectieuses : dépistage, soins, hospitalisations etc.

Il serait par exemple intéressant de savoir **combien** d'enfants ont été dépistés tuberculeux, atteints d'IST, combien d'entre eux ont été soignés pour des parasitoses ou des infections cutanées, quel type de traitement a été distribué, où les enfants ont été référés etc.

Enfin, il paraît nécessaire de connaître les origines des pathologies soignées : l'appellation « affections respiratoires²³⁶ » par exemple, est très large et ne désigne pas uniquement des infections puisqu'il peut s'agir d'asthme ou de tuberculose.

²³⁵ SAMU SOCIAL MALI, Programme d'appui aux enfants de la rue à Bamako, Rapport, 2008.

²³⁶ Appellations employées par le Samusocial Mali et Sénégal.

L'objectif donc, est d'obtenir une meilleure lisibilité des activités menées par les associations partenaires dans le domaine des maladies infectieuses. Elle pourrait alors permettre une réorientation de l'action de la Fondation Mérieux vers un projet plus ciblé si des besoins précis se dessinent : infections respiratoires ? IST chez les jeunes -filles ? Etc.

S'interroger sur le type de programme à mettre en œuvre en faveur des enfants des rues est certes important; mais il faut également choisir les bonnes collaborations.

4.1.2.2 Critères de choix des associations

La Fondation Mérieux n'a pas, à ce jour, formalisé de sélection de ses partenaires associatifs. Elle souhaite cependant baser ses collaborations futures sur des critères plus précis et explicites.

Nous souhaiterions ici éviter de tomber dans le travers d'une énumération de toutes les conditions que devraient inévitablement remplir une association X afin de pouvoir prétendre à une collaboration avec la Fondation Mérieux. Nous pensons en effet que, même s'il est nécessaire de rendre le processus de choix des partenaires plus rigoureux, les contacts établis par le relationnel, et sur le terrain se révèlent extrêmement importants. Sans établir une liste de critères donc, plusieurs éléments nous paraissent indispensables pour le bon déroulement d'un partenariat.

Le premier, et celui qui semble le plus évident, concerne l'adéquation entre les actions de l'association et la mission de la Fondation Mérieux. Dans le cas des enfants des rues par exemple, il ne serait pas pertinent de soutenir une structure qui ne mène pas d'activités en faveur de la santé de ces enfants.

Le second concerne l'intégration de l'association dans son environnement. Qu'il s'agisse d'une structure locale ou internationale, il est indispensable qu'elle travaille en étroite collaboration avec les partenaires locaux et soit en lien avec les autorités.

Le travail en réseau avec d'autres associations est une condition fondamentale à l'efficacité des activités. En effet, il permet de partager les expériences et les bonnes pratiques mais aussi d'être *complémentaires*. Ainsi, dans le domaine des enfants des rues, les structures au volet médical peu développé ont tout intérêt à travailler en collaboration avec des organisations qui ont, elles, mis l'accent sur la prise en charge sanitaire.

De plus, il est important que l'association mette en place des conventions de partenariat avec des centres de santé publics et/ou privés afin de pouvoir y référer les enfants. Non seulement, elles permettent d'obtenir des réductions tarifaires, mais aussi de faire évoluer la manière dont ils sont perçus par les populations. En acceptant de les soigner, les structures de soin partenaires s'engagent en quelques sortes à les considérer.

Enfin, il est fondamental que l'association soit reconnue par les autorités et agisse en relation avec le Ministère de la santé et des affaires sociales. Le *Samusocial* Mali par exemple, est placé sous la tutelle du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et « travaille en étroite collaboration avec ses services techniques »²³⁷. L'association est également en lien avec les Programmes Nationaux de Lutte contre les Schistosomiasés, le Paludisme, la Filariose lymphatique, et le Programme Elargi de Vaccination (PEV). C'est ainsi grâce aux Représentants nationaux de ces derniers que le *Samusocial* a pu faire bénéficier les enfants des rues de plusieurs campagnes de vaccination²³⁸.

Au Sénégal, comme nous l'avons mentionné précédemment, les enfants n'ont accès au dépistage du VIH/SIDA que s'ils sont accompagnés de leurs parents. Si un changement s'opérait, il proviendrait très vraisemblablement du niveau ministériel, d'où l'importance pour les associations d'être en contact avec ses représentants.

Le troisième élément qu'il nous semble important de mentionner est la capacité de l'association à présenter un suivi de ses activités. Nous l'avons vu, il est important d'avoir un retour associatif sur les projets mis en œuvre et l'utilisation des fonds : il est indispensable de pouvoir accéder aux comptes et aux rapports d'activités détaillés de la structure.

En outre, il semble nécessaire que la structure partenaire ait mis en place une stratégie d'action claire et définie : quelle est l'approche de l'association, sa méthode d'action, son registre d'activité ? Quelle est sa mission et quels objectifs (général et spécifiques) s'est-elle fixée pour la remplir ?

Dans le cas du *Samusocial* par exemple, la stratégie est clairement établie : la finalité est de « renforcer la lutte contre l'exclusion sociale » et l'objectif spécifique « d'assister les enfants de la rue dans leur survie quotidienne et favoriser leur insertion sociale »²³⁹. Pour ce faire, l'association a développé une méthode d'action : celle de l'urgence sociale; et un mode d'action récurrent : des Équipes Mobiles d'Aide (EMA) qui apportent un soutien social, psychologique et médical aux enfants des rues.

Enfin, un dernier critère de choix des associations est lié à la présence d'autres bailleurs, bien souvent gage de fiabilité de l'organisation et de la pérennité du projet.

L'étude du projet mené jusqu'à présent par la Fondation avec le *Samusocial* Mali a démontré son manque de pertinence et d'impact. C'est pour cela qu'a été proposée une autre collaboration, plus ouverte et flexible, généraliste, avec deux nouvelles ONG. Le nouveau Fonds de solidarité santé devrait permettre de répondre aux besoins des enfants des rues exprimés par les associations avec plus d'adéquation; mais aussi de

²³⁷ SAMU SOCIAL MALI, Programme d'appui aux enfants de la rue à Bamako, Rapport, 2008.

²³⁸ SAMU SOCIAL MALI, Programme d'appui aux enfants de la rue à Bamako, Rapport, 2008.

²³⁹ SAMU SOCIAL MALI, Programme d'appui aux enfants de la rue à Bamako, Rapport, 2008.

mieux appréhender la place occupée par les maladies infectieuses parmi les autres pathologies affectant ces enfants.

Cependant, dans l'attente des retours de ce projet, il nous paraît intéressant d'avoir une réflexion plus large sur le rôle que peut jouer la Fondation Mérieux en faveur des enfants (toute catégorie confondue) affectés par ce type de maladies.

4.2. La Fondation Mérieux : acteur de la lutte contre les maladies infectieuses chez les enfants

4.2.1. Les maladies infectieuses chez les enfants

4.2.1.1 Les enfants des rues sont-ils les principales victimes des maladies infectieuses?

L'étude préalable menée dans la troisième partie a permis d'analyser les problèmes de santé rencontrés par les enfants des rues. Parmi eux, nombreux sont ceux qui relèvent du registre des maladies infectieuses : paludisme, tuberculose, IST, parasitoses etc.

Pourtant, comme nous l'avons mentionné, les statistiques détaillées en la matière n'existent pas et il est difficile de se faire une idée précise sur la prévalence de ces pathologies parmi l'ensemble des affections dont est victime cette catégorie d'enfants.

Dans l'attente des rapports d'activité des Fonds de solidarité santé nouvellement mis en place, nous souhaitons interroger la pertinence du choix de ce public cible : les enfants des rues.

S'il est certain qu'ils souffrent de maladies infectieuses, *sont-ils vraiment les plus exposés à ces pathologies ? Est-ce parmi eux qu'elles causent le plus de décès ou existe-t-il d'autres catégories d'enfants plus à risque ?*

Lors de la réalisation de notre étude sur les problèmes sanitaires de ces enfants, nous avons demandé aux responsables associatifs si les décès d'enfants des rues étaient nombreux et à quoi ils étaient dus. La plupart des associations les ont jugé « peu fréquents »²⁴⁰ voire très rares. Ainsi, *Krousar Thmey* au Cambodge par exemple, dit n'avoir été confrontée qu'à un seul cas de décès d'enfant²⁴¹ et l'association *Mith Samlanh* en dénombre une dizaine²⁴². Au Sénégal, le *Samusocial* n'a en six ans, rencontré que quatre cas²⁴³ et au Mali, il en recense de un à quatre annuellement depuis 2001²⁴⁴.

Selon les responsables associatifs interrogés, ces morts sont dues aux diarrhées, à la déshydratation et au paludisme chez les nourrissons et aux accidents routiers, au

²⁴⁰ Extrait de l'entretien avec les Enfants du Soleil, Madagascar.

²⁴¹ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey, Cambodge.

²⁴² Extrait de l'entretien avec Mith Samlanh, Cambodge.

²⁴³ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Sénégal.

²⁴⁴ Extrait de l'entretien avec le Samusocial Mali.

VIH/SIDA, à la toxicomanie, aux brûlures, et à la violence chez les autres enfants. Ainsi, parmi les quatre cas recensés par le *Samusocial* Sénégal, un est décédé suite à des coups de couteau, un autre de noyade alors qu'il était sous l'emprise de drogue, un autre d'épuisement après de longs mois passés en rue et enfin, un autre de tuberculose : l'enfant a visiblement disparu pendant le traitement en ambulatoire. Selon l'*AMI* présente en Haïti, les enfants sont parfois abattus par des milices. Ce constat nous renvoie à la question du traitement des enfants des rues par les forces de l'ordre et les populations, que nous avons mentionnée précédemment. Bien que ce genre de cas ne semble pas avoir été recensé dans les pays qui font l'objet de notre étude, (excepté par période en Haïti), il ne faut pas oublier que, régulièrement, dans certaines régions du monde, ces enfants succombent suite à des vindictes populaires ou des mauvais traitements de la part des policiers. Ainsi, à Mbuji-Mayi en République Démocratique du Congo, 23 enfants des rues ont été brûlés vif par la population qui les accusait d'actes de délinquance²⁴⁵.

Les causes des décès constatés par les associations interrogées sont diverses et ne sont pas seulement médicales : la violence quotidienne de la vie en rue et les accidents ont parfois une issue fatale.

Certains responsables associatifs ainsi qu'E. Josse dans son ouvrage, *Les enfants des rues, l'enfer du décor*, affirment que, s'il y'a peu de décès dues aux problèmes de santé, c'est parce que les enfants sont robustes et endurcis par la vie en rue²⁴⁶.

Ici encore, il faudrait pouvoir disposer d'une étude plus approfondie sur le nombre de décès d'enfants à mettre sur le compte de problèmes de santé et, plus particulièrement, de maladies infectieuses.

Une fois de plus, la question de la manipulation des chiffres se pose avec acuité.

D'une part, il est peu certain que les associations qui fournissent ces statistiques (si elles en fournissent!) aient accès à tous les enfants vivants dans la rue.

D'autre part, la grande mobilité de ces enfants rend difficile la tâche de recensement et donc d'évaluation du nombre de décès. Un enfant perdu de vue peut être retourné dans sa famille, parti vivre ailleurs ou...décédé. Comme le relève l'association *Centre d'Accueil de Carrefour*, il s'agit d'une estimation difficile à effectuer car « ces décès relèvent de l'informel »²⁴⁷. Comme ils ne sont pas pris en compte au niveau officiel, si les associations ne constatent pas elles mêmes le décès (visuellement ou, parce que d'autres enfants les avertissent), elles n'en seront jamais informées.

²⁴⁵ Musaidiz Christine, cité in : La souffrance de trois enfants des rues dans la ville de Goma, 24 avril 2006 in : www.children-voice.org

²⁴⁶ Evelyne Josse, *Les enfants des rues, l'enfer du décor*, 2006, p.21.

²⁴⁷ Extrait de l'entretien avec le Centre d'Accueil de Carrefour, Haïti.

Ainsi, *Krousar Thmey* au Cambodge met en avant ce problème en mentionnant l'éventualité que « deux ou trois enfants décèdent par an des suites du VIH »²⁴⁸. Cependant, comme les enfants malades ont tendance à disparaître rapidement, il n'existe aucune certitude sur le sujet.

Les enfants des rues souffrent de problèmes de santé, dont certains sont d'origine infectieuse. Cependant, nous ne savons pas véritablement à l'heure actuelle si ces pathologies entraînent la mort de nombreux enfants des rues.

De plus, notre enquête s'est limitée aux cinq pays dans lesquels la Fondation Mérieux intervient déjà. Or, il serait pertinent d'étudier la question dans d'autres zones géographiques : en Inde par exemple, quels sont les problèmes de santé principaux de ces enfants ? Combien meurent chaque année des suites de maladies infectieuses ?

Face à ces incertitudes quant à l'impact des pathologies d'origine infectieuse sur les enfants des rues et dans l'attente des résultats du nouveau *Fonds de solidarité santé*, peut-être serait-il judicieux d'élargir la réflexion aux enfants en général, et non à une catégorie aussi limitée que celle des enfants des rues.

En effet, comme le confirme la coordinatrice de la Fondation Mérieux dans l'Océan Indien, Bénédicte Contamin, il y'a « souvent plus de décès [chez les enfants des] familles démunies des zones rurales, que chez les enfants des rues des grandes villes »²⁴⁹.

Nous allons donc examiner dans la partie qui suit, les différentes causes de mortalité des enfants dans les pays en développement afin de déterminer la part de ces décès causée par des maladies infectieuses.

4.2.1.2 Les enfants de moins de cinq ans sont les plus frappés par les maladies infectieuses

Lorsque les grands bailleurs onusiens (UNICEF, OMS etc.) parlent de mortalité infantile, celle-ci prend en compte uniquement les enfants de moins de cinq ans : l'immense majorité des décès survient en effet avant cet âge. Deux indicateurs ont ainsi été mis en place²⁵⁰. Le taux de mortalité infantile tout d'abord, est la probabilité exprimée par rapport à 1000 naissances vivantes qu'un enfant ne meure avant d'avoir atteint l'âge d'un an.

Le taux de mortalité des moins de cinq ans, quant à lui, exprime le rapport du nombre d'enfants décédés avant leur cinquième anniversaire sur 1000 naissances vivantes.

²⁴⁸ Extrait de l'entretien avec Krousar Thmey, Cambodge.

²⁴⁹ Discussion avec Bénédicte Contamin dans le cadre de mon stage et de ce présent rapport.

²⁵⁰ www.unicef.org.

L'UNICEF estime que 9,2 millions d'enfants dans le monde meurent avant cinq ans, dont l'immense majorité dans les pays en développement²⁵¹.

Un tiers de ces enfants décèdent avant leur premier mois de vie²⁵² : les cas vont donc être répertoriés dans la rubrique "mortalité infantile". Les décès surviennent des suites de prématurité, d'asphyxie et pour 36%, d'infections à la naissance : septicémies, et pneumonies pour l'essentiel mais aussi tétanos et diarrhées^{253 254}.

Ils représentent 37% du total des décès des enfants entre zéro et cinq ans et surviennent la plupart du temps au domicile familial, sans que l'enfant n'ait pu avoir accès à des soins de santé appropriés²⁵⁵.

En 2008, 93% des décès des moins de cinq ans étaient concentrés en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, avec respectivement 4,5 millions et 3 millions de cas²⁵⁶.

Au sein de ces ensembles régionaux, les décès sont principalement regroupés dans trois pays qui représentaient à eux seuls, 40% des décès d'enfants de moins de cinq ans: l'Inde avec 1 953 000 cas, la République Démocratique du Congo avec 502 000 et le Nigeria, 1 126 000²⁵⁷.

Ainsi, environ 25 000 enfants de moins de cinq ans meurent par jour dans les pays en développement des suites de maladies ou d'une combinaison de maladies, qui auraient pu facilement être prévenues ou soignées.

Les principales causes de mortalité chez les enfants entre un mois et cinq ans relèvent toutes du domaine des maladies infectieuses^{258 259}.

La pneumonie, concerne 19% des décès et 154 millions de cas sont enregistrés chaque année. Entre 11 et 20 millions d'enfants devront être hospitalisés et plus de 2 millions en mourront annuellement²⁶⁰.

17% des décès des enfants de moins de cinq ans, sont à imputer aux maladies diarrhéiques. Causées par l'ingestion de bactéries, parasites ou virus présents dans l'eau, l'alimentation, sur les mains et les ustensiles, un tiers d'entre elles peuvent être évitées par l'adoption de simples règles d'hygiène et traitées avec un simple mélange d'eau, de sel et de sucre.

Le paludisme arrive en troisième position avec 8% des décès dans le monde et 18% en Afrique subsaharienne²⁶¹. Les enfants sont extrêmement vulnérables car ils n'ont pas

²⁵¹ www.childinfo.org, chiffres publiés le 10 septembre 2009.

²⁵² UNICEF, State of the World's children, 2008.

²⁵³ UNICEF, Statistics by area, newborn care, January 2009, in <http://www.childinfo.org/newborncare.html>

²⁵⁴ Cf. Annexe n°15 : les causes de décès des nourrissons selon l'UNICEF.

²⁵⁵ UNICEF, State of the World's children, 2008.

²⁵⁶ www.unicef.org.

²⁵⁷ www.childinfo.org

²⁵⁸ Cf. Annexe 17 : Les causes de mortalité des moins de cinq ans selon l'UNICEF.

²⁵⁹ UNICEF, Les causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans, in <http://www.childinfo.org/pneumonia.html>

²⁶⁰ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org

encore développés d'immunité. Ainsi, en Afrique subsaharienne, l'OMS estime que toutes les trente secondes, c'est un enfant qui meurt des suites de cette maladie²⁶².

La rougeole infecte chaque année 25 à 30 millions d'enfants et provoque le décès de plus de 345 000 souvent en raison de complications liées à une pneumonie, une diarrhée et des cas de malnutrition. La majeure partie des décès survient dans des pays qui ne fournissent pas la seconde dose de vaccination au travers de campagnes d'immunisation de masse par exemple ; l'Inde, l'Indonésie, le Pakistan et le Soudan sont principalement concernés.

Enfin, le VIH/SIDA représente 3% de ces décès dont l'immense majorité est due à la transmission mère-enfant. En 2007, seul 33% des femmes séropositives enceintes bénéficiaient d'un traitement antirétroviral et seul 8% des enfants nés de femmes infectées par le VIH/SIDA étaient testés à la naissance²⁶³.

Il est important de souligner que la mortalité est plus élevée chez les enfants vivant en zone rural où l'accès aux soins est quasiment inexistant, et en situation de pauvreté²⁶⁴. Cette dernière, en effet, est souvent à l'origine de la dénutrition des enfants et participe au décès dans 53% des cas²⁶⁵.

Cette étude des facteurs de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, met en avant les ravages meurtriers causés par une poignée de maladies infectieuses: pneumonie, diarrhée, rougeole et VIH.

La Fondation Mérieux, dans le cadre de son volet soutien aux patients, a donc très nettement un rôle à jouer auprès de ces enfants, les plus affectés par les pathologies d'origine infectieuse.

4.2.2. La pneumonie : maladie « la plus meurtrière chez l'enfant »²⁶⁶

Nous l'avons mentionné précédemment, la pneumonie est la principale cause de décès chez les enfants de un mois à cinq ans, et représente, pour les nouveau-nés, une des principales infections. Nous pensons donc qu'il serait intéressant que la Fondation Mérieux mette en place un projet qui vise à combattre la pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans. Celui-ci s'inscrirait avec pertinence dans la cible 4 des Objectif du

²⁶¹ UNICEF and ROLLBACK MALARIA, Malaria and Children, Progress in intervention coverage, 2007 in www.childinfo.org

²⁶² OMS, 10 points principaux sur le paludisme, mars 2009, in www.who.int

²⁶³ UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO, Children and Aids, third stocktaking report, 2008, in www.unicef.org
²⁶⁴ Cf. Annexe n°18: taux de mortalité des moins de cinq ans en fonction du background, UNICEF.

²⁶⁵ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org

²⁶⁶ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org

Millénaire pour le Développement, qui « vise à réduire de deux tiers entre 1990 et 2015, le taux de mortalité [de cette catégorie] »²⁶⁷.

4.2.2.1 Une maladie qui tue...

La pneumonie est une forme d'Infection Respiratoire Aigüe (IRA) basse qui s'attaque aux poumons. Si la plupart de ces infections sont bénignes, elles ont de grands risques de s'aggraver si le système immunitaire de l'enfant est affaibli par un état de malnutrition ou une autre maladie (SIDA, rougeole, diarrhée).

Certaines causes environnementales comme la promiscuité dans le lieu de vie, le tabagisme passif et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations, pourraient également « augmenter le risque pour l'enfant de contracter une pneumonie et en aggraver les conséquences »²⁶⁸.

Les formes sévères de pneumonie sont principalement causés par *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae* de type b (Hib), même si certains cas peuvent également être provoqués par des virus, des bactéries moins courantes ou des champignons. La maladie se transmet par inhalation de certaines bactéries déjà présentes dans le nez, par l'air ou consécutivement à une infection du sang. Ainsi, le risque d'infection est accru pour le nourrisson pendant l'accouchement.

En ce qui concerne les causes de pneumonie chez l'enfant, l'UNICEF exprime la nécessité d'effectuer des recherches plus approfondies afin de mieux connaître les agents pathogènes, responsables de la maladie.

Le Laboratoire des Pathogènes Emergents (LPE), de la Fondation Mérieux s'est donné comme priorité de recherche l'amélioration du diagnostic des maladies respiratoires chez l'enfant.

Ainsi, la mise en place d'un nouveau projet consacré au soutien des enfants de moins de cinq ans atteints par la pneumonie, s'inscrirait dans la parfaite continuité de ce programme de recherche.

La pneumonie tue plus d'enfants que toutes les autres maladies infectieuses : à elle seule, elle cause deux millions de décès par an chez les moins de cinq ans, trois si l'on inclut dans ces estimations la période néonatale (naissance à un an). Selon l'UNICEF, le bilan est ainsi plus lourd que celui du « SIDA, [du] paludisme et [de] la rougeole réunis »²⁶⁹. Si elle affecte toutes les régions du monde, 99% des décès ont lieu dans les pays en développement et principalement en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne²⁷⁰.

²⁶⁷ United Nations Millennium Goals: www.un.org/millenniumgoals.

²⁶⁸ UNICEF, OMS, *La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié*, 2006, in www.unicef.org

²⁶⁹ UNICEF, OMS, *La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié*, 2006, in www.unicef.org

²⁷⁰ Cf. Annexe n° 19 : Régions d'incidence de la pneumonie, UNICEF et OMS.

L'Inde est le premier pays touché avec 44 millions de cas par an, suivi de la Chine avec 18 millions de cas et le Nigéria avec 7 millions²⁷¹.

Pourtant, comme le dénoncent l'UNICEF et l'OMS, dans un rapport conjoint, cette maladie est « une pandémie oubliée »²⁷² dont les conséquences mortelles sur les enfants ne sont que peu relatées par les médias, contrairement au VIH/SIDA ou au paludisme qui trouvent les faveurs des bailleurs internationaux. Il est donc indispensable, selon le Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance et l'Organisation Mondiale de la Santé, d'accroître les budgets alloués à la pneumonie afin d'enrayer la pandémie.

La pneumonie est un véritable « fléau »²⁷³ chez les enfants de moins de cinq ans; alors que prévention et traitement de la maladie existent.

4.2.2.1...alors que prévention et traitement existent.

Pour faire baisser le nombre de décès causés par la pneumonie, il existe deux niveaux d'action: la prévention et le traitement.

- Une maladie évitable

La prévention désigne plusieurs réalités.

Tout d'abord, nous l'avons mentionné, les enfants sont plus vulnérables lorsqu'ils souffrent de dénutrition: leur système immunitaire est trop faible pour lutter contre la maladie et les muscles respiratoires, affaiblis, ne peuvent « évacuer correctement les sécrétions »²⁷⁴ qui encombrant les voies respiratoires. Dans les pays en développement, la dénutrition joue un rôle décisif dans « plus d'un million de décès par pneumonie chaque année »²⁷⁵. Une nutrition adéquate est donc nécessaire: celle-ci passe notamment par l'allaitement au sein. Il a été en effet prouvé que les enfants allaités au sein avaient moins de risque de contracter des infections. Selon l'UNICEF, « les nourrissons de moins de six mois qui ne sont pas allaités exclusivement au sein, courent cinq fois plus de risques de mourir de pneumonie que les autres »²⁷⁶.

Toujours en termes de nutrition, un apport en zinc adéquat permettrait de « diminuer la morbidité par pneumonie »²⁷⁷ en raccourcissant la durée de la maladie, l'atténuant et réduisant le nombre d'échecs thérapeutiques.

²⁷¹ Cf. Annexe n° 20 : Pays où les cas de pneumonie sont les plus nombreux, UNICEF et OMS.

²⁷² UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org, p.29.

²⁷³ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org

²⁷⁴ VICTORA César G., Potential Interventions for the Prevention of Childhood Pneumonia in Developing Countries: Improving nutrition, *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 70, 1999.

²⁷⁵ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org

²⁷⁶ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org

²⁷⁷ BLACK Robert E, Zinc Deficiency, Infectious Disease and Mortality in the Developing World, *Journal of Nutrition*, vol. 133, 2003.

De plus, les chercheurs ont mis en avant l'importance de la vaccination dans la prévention de la mortalité infantile due à la pneumonie. Trois vaccins semblent avoir un impact majeur: vaccin anti rougeoleux, anti Hib et antipneumococcique conjugué.

La pneumonie est, en effet, une forme grave de complication de la rougeole chez les enfants vulnérables et d'ailleurs « la principale cause de décès »²⁷⁸ des suites de cette maladie. Le vaccin contre la rougeole existe depuis 40 ans et la couverture vaccinale mondiale, estimée à 76% en 2004 est en constante progression²⁷⁹. Cependant, chaque année, 30 à 40 millions d'enfants sont encore atteints par cette maladie.

Nous l'avons vu, *Haemophilus influenzae* type b (Hib) est l'un des germes à l'origine des pneumonies. L'UNICEF estime qu'il y'a deux à trois millions de cas d'infection à Hib par an malgré l'existence d'un vaccin depuis une dizaine d'années²⁸⁰. Celui-ci connaît une difficile pénétration (essentiellement en raison de son coût élevé) dans les pays en développement et les pays moins avancés, où respectivement, 42% et 8% des enfants étaient vaccinés, contre 92% des les pays développés²⁸¹.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les cas les plus graves de pneumonie sont le plus fréquemment causés par l'agent infectieux *Streptococcus pneumoniae*. Il existe différents vaccins pour les enfants de plus de deux ans et, depuis 2000, un vaccin antipneumococcique conjugué, qui selon les différents essais réalisés, « permettrait de réduire très efficacement le nombre de décès dus à la pneumonie »²⁸².

Enfin, un troisième aspect de la prévention concerne les enfants atteints du VIH/SIDA. En effet, la pneumonie est une infection opportuniste extrêmement courante et provoque de nombreux décès chez les nourrissons séropositifs. L'UNICEF et l'OMS préconisent ainsi une « prophylaxie au co-trimoxazole »²⁸³ pour tous les enfants infectés par le VIH et ceux nés de mères séropositives.

Si la pneumopathie n'a pu être évitée grâce aux différents moyens de prévention mentionnés ci-dessous, des traitements sont disponibles pour éviter l'impact mortel de la maladie.

- Les traitements existants

Avant d'administrer un traitement à l'enfant suspecté d'être atteint de pneumonie, il faut établir un diagnostic précis et fiable. Celui-ci est effectué à deux niveaux: par l'entourage et par le personnel médical.

²⁷⁸ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org

²⁷⁹ UNICEF, La Situation des Enfants dans le Monde, 2006 in www.unicef.org

²⁸⁰ UNICEF, Immunization, in www.unicef.org

²⁸¹ OMS, *Haemophilus influenzae* de type b (Hib), in www.who.it

²⁸² UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org

²⁸³ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org

Tout d'abord, il est indispensable que l'entourage de l'enfant sache reconnaître les signes cliniques de la maladie et fasse la démarche de demande de soins, afin qu'il reçoive sans tarder, un traitement antibiotique.

Or, c'est souvent ici que le bas blesse: pas assez informés, les proches ne réagissent pas suffisamment tôt face aux symptômes de l'enfant. Selon l'UNICEF, seule « une personne sur cinq s'occupant d'enfant connaît les signes d'alerte »²⁸⁴.

L'organisation a démontré que cet état de fait avait un lien direct avec le niveau d'instruction²⁸⁵. Ainsi, les enfants dont la mère avait un faible niveau d'instruction avaient moins de chance d'être référencés dans les structures de soin²⁸⁶.

Priorité doit donc être donnée à l'éducation sanitaire afin que les principaux symptômes d'une pneumonie soient connus: toux, respiration rapide et dyspnée²⁸⁷.

Par la suite, il est indispensable que le diagnostic soit établi par du personnel soignant qualifié. Le problème principal dans les pays en développement tient au fait que l'accès au laboratoire et à l'imagerie est extrêmement limité. Le diagnostic est donc de nature clinique et est normé par des principes²⁸⁸ mis au point par l'UNICEF et l'OMS.

Une fois le diagnostic établi, les enfants doivent bénéficier aussi rapidement que possible d'une antibiothérapie, efficace à domicile si la forme de pneumonie est bénigne. En cas de forme sévère de pneumonie ou si l'enfant a moins de deux mois, il doit être orienté d'urgence vers un établissement de soins. Le coût de l'accès universel aux antibiotiques a été estimé par l'UNICEF à 600 millions de dollars²⁸⁹. Il englobe le prix de l'antibiothérapie (US \$0,27 seulement), l'universalisation du traitement ainsi que la formation du personnel de santé et la prise en charge des frais d'hospitalisations.

Cette dernière partie met en avant les ravages causés par la pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans. La Fondation Mérioux qui agit déjà par le biais de son programme de recherche appliquée sur les infections respiratoires aiguës a donc un rôle supplémentaire à jouer dans cette lutte par le biais de son volet soutien aux patients.

²⁸⁴ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org

²⁸⁵ Cf. Annexe n°21, Disparités dans l'accès aux soins dans le cas de la pneumonie, UNICEF et OMS.

²⁸⁶ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org

²⁸⁷ Difficulté à respirer s'accompagnant d'une gêne ou d'une sensation d'oppression selon le Petit Larousse

²⁸⁸ Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME): UNICEF et OMS, Integrated Management of Childhood Illness Handbook, 2005 in www.who.int et www.unicef.org

²⁸⁹ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, p. 28, in www.unicef.org

5. CONCLUSION

Des enfants qui mendient dans la rue dès leur plus jeune âge : voilà un tableau de plus en plus fréquent dans les pays en développement. Cette réalité suscite, depuis une dizaine d'années, l'attention des chercheurs en sciences sociales qui tentent d'en comprendre les causes et les enjeux : quel est le parcours des enfants ? A quoi ressemble leur quotidien ? Quels sont leurs problèmes ? Quelles conséquences ce phénomène a-t-il sur les sociétés dans leur ensemble ?

Cependant, un aspect de cette problématique a été relativement négligé par la recherche ; il s'agit de la santé de ces enfants et de leur accès aux soins. Bien que certains auteurs évoquent ce sujet dans leurs travaux, la plupart des informations disponibles sont fournies par les acteurs onusiens et des associations qui œuvrent en faveur des enfants des rues. Si les instances des Nations-Unies comme l'OMS ou l'UNICEF nous renseignent sur les différentes pathologies dont ils sont victimes, elles ne sont cependant pas en mesure de fournir des statistiques sur l'incidence de telle ou telle maladie chez ces enfants. Ce type de données est à chercher du côté des associations qui, pour certaines, dans leurs rapports d'activités, mentionnent le pourcentage d'enfants des rues soignés en fonction des différentes affections.

Ainsi, la présente étude, qui visait à mieux comprendre les pathologies dont souffrent les enfants des rues, a mis en lumière plusieurs résultats.

Tout d'abord, la dureté de la vie en rue est à l'origine du principal problème de santé de ces enfants : les plaies et traumatismes causés par des bagarres et des accidents, souvent sous l'influence de drogue ou pendant leur travail. Si certaines blessures ne relèvent que de la santé primaire, d'autres nécessitent des interventions chirurgicales, orthopédiques, la majeure partie du temps. Parfois, d'autres affections exigent une opération d'urgence, une crise d'appendicite par exemple.

De plus, certains d'entre eux présentent des handicaps antérieurs à leur arrivée en rue : autisme, insuffisance rénale, surdité etc.

En outre, la souffrance des enfants des rues n'est pas uniquement physique : la plupart d'entre eux sont en effet atteints de problèmes d'ordre psychologique plus ou moins importants causés par les différents traumatismes qu'ils ont vécus, leurs difficiles conditions de vie et le manque de soutien affectif.

Enfin, une partie des pathologies dont sont victimes ces enfants est d'origine infectieuse : tuberculose, bronchite, ténias, gale, bilharziose urinaire, paludisme, IST dont VIH/SIDA et surinfection des plaies.

Cependant, malgré les problèmes de santé précédemment mentionnés, les enfants des rues n'ont pas accès aux soins en dehors des ONG présentes sur le terrain. La Fondation Mérieux, dans le cadre de sa lutte contre les maladies infectieuses dans les pays en développement, a donc choisi d'œuvrer pour la santé de ces enfants. Elle soutient ainsi certaines de ces associations par le biais d'un Fonds de Solidarité Santé pour les Enfants des Rues. Celui-ci répond aux besoins exprimés par trois responsables associatifs et entend couvrir de façon globale les pathologies dont sont victimes les enfants.

Si la présente étude a permis de mettre en lumière les différentes maladies dont souffrent ces enfants, les données fournies par les associations interrogées n'étaient pas assez précises pour cerner avec précision l'impact des maladies infectieuses sur les enfants des rues. Nous ne savons en effet pas à ce jour combien d'entre eux souffrent de telle ou telle infection et les pathologies infectieuses ne sont pas détaillées dans les rapports d'activité mais mêlées à d'autres : ainsi, l'appellation « affections respiratoires » par exemple désigne autant les cas de tuberculose que ceux d'asthme.

Il est donc important que les associations partenaires fournissent à la Fondation Mérieux des informations précises à ce sujet; on pourrait imaginer par exemple, qu'à la fin de l'année, elles renseignent la Fondation sur le nombre de cas par type d'infection, le sexe de l'enfant et son âge ainsi que le diagnostic et le traitement utilisés.

Le Fonds de Solidarité Santé mis en place a vocation à aider les associations à soigner les enfants des rues ; il ne vise donc pas uniquement les maladies infectieuses mais est plus généraliste.

Peut-on pour autant dire qu'au travers de ce projet, la Fondation Mérieux s'éloigne du cœur de sa mission ? Si le Fonds n'a pas pour seul objectif de prendre en charge ce type de pathologie, il permet cependant à des enfants, privés de tout accès aux soins, de jouir d'un droit fondamental : le droit à la santé.

Il nous paraît donc important d'attendre les rapports d'activité des trois associations partenaires, afin de connaître la part du Fonds de Solidarité Santé utilisé pour diagnostiquer et traiter des maladies d'origine infectieuse, avant d'envisager une quelconque réorientation.

Dans le cadre de la volonté de la Fondation Mérieux d'élargir son volet soutien aux patients, il était pertinent de s'interroger de façon plus globale sur les actions que peut mener la Fondation en faveur des enfants et donc de réfléchir aux catégories les plus vulnérables aux maladies infectieuses.

Selon l'UNICEF et l'OMS, ces dernières font le plus de victimes parmi les enfants de moins de cinq ans des pays en développement. Or, les enfants rencontrés dans les rues, se situent majoritairement dans des classes d'âge supérieures : ceux rencontrés par le

Samusocial ont par exemple 15 ans en moyenne au Sénégal²⁹⁰. Au Mali, entre 2001 et 2007, parmi les enfants pris en charge, seuls cinq avaient moins de dix ans^{291 292}.

Les enfants des rues sont-ils donc la cible la plus pertinente si l'on considère comme paramètres la vulnérabilité aux maladies infectieuses ?

Il semblerait que, même s'ils sont victimes de maladies infectieuses, ce n'est pas parmi cette catégorie d'enfants qu'elles tuent le plus.

Ainsi, en vue d'un élargissement des activités de la Fondation Mérieux en faveur des patients, il serait alors judicieux de mettre en place un projet qui vise spécifiquement les moins de cinq ans.

Comme nous l'avons vu, la pneumonie, pourtant la première cause de décès chez ces enfants est oubliée par les grands programmes internationaux d'aide : un projet dans ce domaine serait donc très pertinent.

Nous pensons qu'il est important que la Fondation poursuive son action en faveur des enfants des rues, quitte à réajuster le projet en fonction des résultats du Fonds de Solidarité Santé. Ces enfants ne sont certes pas les principales victimes de maladies infectieuses, mais ils en sont tout de même atteints et sont surtout privés de tout accès aux soins.

En revanche, nous pensons que l'élargissement du programme de soutien aux patients de la Fondation Mérieux doit être orienté vers une autre cible : les enfants de moins de cinq ans, victimes de pneumonie notamment, en zone rurale. En effet, selon l'UNICEF, les enfants vivants en zone rurale sont les principales victimes car trop éloignés des structures de soin²⁹³.

²⁹⁰ Cf. Annexe n°22, répartition par âge des enfants des rues, Samusocial Sénégal.

²⁹¹ SAMUSOCIAL MALI, Programme d'appui aux enfants de la rue à Bamako, Rapport, 2008.

²⁹² Cf. Annexe n°23, répartition par âge des garçons et des filles pris en charge par le Samusocial Mali en 2008.

²⁹³ UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'enfant, un fléau oublié, 2006 in www.childinfo.org

6. BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERALISTES

STROBEL Michel, Pneumonie de l'enfant dans les pays en développement, Institut de la francophonie pour la médecine tropicale, 18 septembre 2008 at.
http://www.ifmt.auf.org/article.php3?id_article=239

TRANIN Sabine et PONCHAUD François, Les ONG occidentales au Cambodge, L'Harmattan, 2005

RAPPORTS GENERALISTES

FONDATION MERIEUX, Rapport annuel, des racines pour la vie, 2007.

UNICEF, La pneumonie de l'enfant, un fléau oublié, septembre 2006

UNICEF, State of World's Children, 2009

UNICEF, The state of the Asia Pacific's children report, 2008

OUVRAGES SUR LES ENFANTS DES RUES

BALONZE John et DELANEY Shannon, Les enfants des rues au Sénégal, GYAN France, Réseau Global Action Jeunesse, 2005.

COLONI Marie-Jeanne, Sans toit ni frontière, les enfants des rues, Bureau International Catholique de l'Enfance, Collection les Enfants du Fleuve, 1987.

HECHT Tobias, At home in the street, Street Children of Northeast Brazil, Cambridge University Press, 1998.

LUCCHINI Riccardo, Sociologie de la survie, l'enfant dans la rue, PUF, le sociologue, 1996.

LUCCHINI Ricardo, Entre fugue et expulsion, le départ de l'enfant, Fribourg, ISES, 1997.

MARGUERAT Yves et POITOU Danièle, A l'écoute des enfants de la rue en Afrique noire, Les enfants du fleuve, Fayard, 1994.

MAYERS Marjorie, Streetkids and streetscapes, Panhandling, Politics and Prophecies, Counterpoints, 2001.

MORELLE Marie, La rue des enfants, les enfants des rues : Yaoundé et Antananarivo, CNRS éditions, 2004.

PALAZZOLO Jérôme, Les exclus de la cité, Riveneuve éditions, 2008.

PIROT Bernard, Enfants des rues d'Afrique centrale : Douala et Kinshasa, de l'analyse à l'action, Fondation Auteuil, novembre 2004.

TEISSIER Stéphane, L'enfant des rues, Contribution à une socio-anthropologie de l'enfant en grande difficulté dans l'espace urbain, L'Harmattan, 2005.

TRANIN Sabine et PONCHAUD François, les ONG occidentales au Cambodge, L'Harmattan, 2005.

ARTICLES

ALTER PRESSE, Haïti : pour un plan de protection des enfants vulnérables, 27 octobre 2006 on [http : //www.alterpresse.org/spip.php ?article5302](http://www.alterpresse.org/spip.php?article5302)

APTEKAR Lewis, Street Children in the Developing World: A Review of Their Condition, Cross-cultural Research 28, 1994.

BLACK Robert E., Zinc Deficiency, Infectious Disease and Mortality in the Developing World, Journal of Nutrition, vol. 133, 2003.

BOND S. Lydia, Street children and aids: Is postponement of sexual involvement a realistic alternative to the prevention of sexually transmitted diseases? Environment and Urbanization, Vol.4, No.1, April 1992

COSGROVE John C., Toward a working definition of street children, International Social Work (SAGE, London, Newbury Park and New Delhi), Vol. 33, 1990.

CROIX ROUGE SOLIDARITE, SOS Enfant de la Rue, 2000 numéro 25

DIAGNE Mbagnick Kharachi, lutte contre le paludisme : gratuité des tests de diagnostic, réduction du coût des Act, 28 avril 2008 in www.santetropicale.com

DOUMBIA B., Actes médicaux et chirurgicaux, ne payez qu'aux guichets, l'Essor n° 16361, 13 janvier 2009 in www.essor.gov.ml

DOUMBIA B., Gratuité de la césarienne : l'assurance maladie pour toutes les femmes, l'Essor n° 15482, 27 août 2005 in www.essor.gov.ml

DOUMBIA B., Lutte contre le paludisme : des anti moustiques pour les régions de Mopti et Ségou, l'Essor n°16242, 17 janvier 2008 in www.essor.gov.ml

DOUMBIA B., Lutte contre la tuberculose, encore plus d'engagement, l'Essor n°16410, 25 mars 2009 in www.essor.gov.ml

DOUMBIA B., Nouveau CSCOM de Kalabancoro Adékéné : une histoire de cœur, l'Essor n° 16106, 3 janvier 2008 in www.essor.gov.ml

DOUVILLE Olivier, Avec les enfants des rues à Bamako, La nécessité d'une approche pragmatique et avertie, CAIRN, enfances & PSY 2003- 2 (n°22)]

JOSSE Evelyne, Les Enfants des Rues, l'enfer du décor, 2006 in www.victimology.be

LOCKHART Chris, The Life and Death of a Street Boy in East Africa. everyday violence in the time of AIDS, Medical Anthropology Quarterly, Vol.22, Issue 1, pp. 94-115, 2008

LUCCHINI Ricardo, L'enfant de la rue : réalité complexe et discours réducteurs, Déviance et Société, Vol 22 n°4, 1998.

LUSK Mark, Street children of Rio de Janeiro, International Social Work (SAGE, London, Newbury Park and New Delhi), Vol. 35, 1992.

MALO Antoine, Frère Armand le trésor national, Le journal du dimanche, 1^{er} janvier 2009 on [http : //www.haiti-afu.org/articleJDD.asp](http://www.haiti-afu.org/articleJDD.asp)

MUSAIDIZ Christine, La souffrance de trois enfants des rues dans la ville de Goma, 24 avril 2006 in : www.children-voice.org

PIROT Bernard, Enfants des rues d'Afrique centrale, Paris, Karthala, 2004

RABEARISON Livah, Madagascar : la gratuité, un remède efficace, 10 juillet 2009, Syfia Info, Agence de Presse in [www. Syfia.info](http://www.Syfia.info).

RAZAFY Adelson et HOPKINS Rip (photos) La soif de vivre des enfants des rues de Madagascar, Le courrier de l'Unesco, n° Juin 1999

SCANLON J. Thomas, TOMKINS Andrew, LYNCH A. Margareth and SCANLON Francisca, Street Children in Latin America, in British Medical Journal, 1998 May 23, 316 (7144) : 1596-1600

UNICEF, Haiti: grim reality for street children, 27 December 2005 in www.unicef.org

USAIDS Sénégal, Combattre la pneumonie au Sénégal, l'approche communautaire permettra de sauver des milliers de vie, in [http : //senegal.usaids.gov](http://senegal.usaids.gov)

USAIDS Sénégal, Faits et chiffres, l'USAIDS Sénégal et la santé in [http : //senegal.usaids.gov](http://senegal.usaids.gov)

VICTORA César G., Potential Interventions for the Prevention of Childhood Pneumonia in Developing Countries: Improving nutrition, American Journal of Clinical Nutrition, vol. 70, 1999.

VINCENT Catherine, De plus en plus d'enfants déracinés et abandonnés dans le monde, in le Monde, 2 juin 2009.

WEST Andrew, At the Margins: Street Children in Asia and the Pacific, in Poverty Social Development Papers, n°8, octobre 2003.

RAPPORTS

AIDE ET ACTION le magazine, Dossier les Enfants des Rues, numéro 105, Décembre 2007

AIDE ET ACTION, Préscolarisation des enfants des rues au Cambodge, 2008-2009

COMITE INTERNATIONAL DE LA CROIX ROUGE (CICR), Les enfants des rues, rapport du projet de l'Institut Henri Dunant, Genève, 2000.

CONSORTIUM FOR STREET CHILDREN, A Civil Society Forum for South Asia on Promoting and Protecting the Rights of Street Children, 12-14 December, Colombo, Sri Lanka.

DIOUF Adjiratu Sow Diallo, Sensibilisation/Prévention des enfants de la rue de Dakar aux IST/SIDA, Mars-Juin 2005.

DRAME Fatou, SAMU SOCIAL INTERNATIONAL, Les enfants de la rue à Dakar, Rapport d'Etape, 30 janvier 2009.

DUCASSE Marion, Les enfants des rues au Burkina-Faso : entre enjeu politique et enjeu de développement, mémoire de séminaire, Sciences Po. Bordeaux, 2002.

ENFANTS DU SOLEIL (LES), Rapport d'activités 2007 in www.les-enfants-du-soleil-madagascar.org

FONDATION KANTHA BOPHA, Rapport annuel, 2007 in www.beat-richner.ch

FORUM DE LA SOCIETE CIVILE POUR L'AFRIQUE FRANCOPHONE, organisé par le Consortium for Street Children, compte-rendu, 2-5 juin, 2004

FORUM DE LA SOCIETE CIVILE POUR L'ASIE DE L'EST ET DU SUD-EST sur la Promotion et la Protection des droits des enfants des rues, organisé par le Consortium for Street Children, 12-14 mars 2003.

GIP SPSI, Santé et Protection sociale, Les chiffres clés du Cambodge, 2006 in www.gipspsi.org

GRAINES DE BITUME, Rapport Moral, Août 2007- Juillet 2008, in www.grainesdebitume.org

HUMAN RIGHTS WATCH, Quel avenir ? Les enfants de la rue en RDC, 2006

KOPOKA Peter Antony, The problem of Street Children in Africa, an ignored tragedy, presented at the International Conference on Street Children and Street Children's health in East Africa in Dar-el-Salaam, Tanzania, April 19th-21st, 2000

MEDECINS DU MONDE, La rue c'est la chance ? Enquête sur l'exploitation et les violences sexuelles des jeunes-filles des rues de Kinshasa, 8 mars 2009.

MUKENYI Clotaire, Shégués Enfant du Congo, Artem Publishing House, 2008

SAMU SOCIAL MALI, Programme d'appui aux enfants de la rue à Bamako, Rapport, 2008

SAMU SOCIAL SENEGAL, Rapport Annuel, 2008

STROBEL Michel, Pneumonies de l'enfant (ARI), une priorité dans les PED, une priorité de l'OMS, Institut français pour la médecine tropicale, 18 septembre 2008.

UNICEF, BANQUE MONDIALE, BIT, Enfants mendiants dans la région de Dakar, Understanding Children's Work Project Working Paper Series, November 2007

UNICEF, State of the World's children, 2008.

UNICEF, La Situation des Enfants dans le Monde, 2006 in www.unicef.org

UNICEF, OMS, La Pneumonie de l'Enfant, un fléau oublié, 2006, in www.unicef.org

UNICEF, OMS, Déclaration commune, prise en charge de la pneumonie dans les communautés, 2004, in http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_04.06_free.pdf

UNICEF and ROLLBACK MALARIA, Malaria and Children, Progress in intervention coverage, 2007 in www.childinfo.org

UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO, Children and Aids, third stocktaking report, 2008, in www.unicef.org

WEST Andrew, At the Margins: Street Children in Asia and the Pacific, Poverty Social Development Papers, n°8, octobre 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Working with street children, Module 1: A profile of street children, Mental health determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Working with street children, Module 3 : Understanding Substance Use Among Street Children. A Training Package on Substance Use, Sexual and Reproductive Health including HIV/AIDS and STD's, Mental health determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2000.

WORLD HEALTH ORGANISATION, Working with street children, Module 4: Understanding sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STD's among street children, Mental health determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Working with street children, Module 5: Determining the Needs and Problems of Street children, Mental health determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Working with street children, Module 6: Responding to the Needs and Problems of Street Children, Mental health determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Working with street children, Module 9, Involving the community, mental health determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2000.

SITES INTERNET

Institutions onusiennes:

Office of the High Commissioner on Human Rights (UNHCHR): <http://www.unhchr.ch>

Roll Back Malaria: www.rollbackmalaria.org

UNAIDS: www.unaids.org

UNESCO: www.unesco.org

UNICEF: www.unicef.org

UNICEF (donnée statistiques): www.childinfo.org

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND: UNICEF: www.unicef.org

United Nations Development Fund: www.unfpa.org

United Nations Millennium Goals: www.un.org/millenniumgoals

World Health Organization (WHO): www.who.int

Consortium:

Consortium for Street Children: www.streetchildren.org.uk

Roll Back Malaria Initiative: www.rollbackmalaria.org

TB Coalition Technical Assistance: www.tbcta.org

The Global Alliance for vaccines and immunisation (GAVI): www.gavialliance.org

The Global fund for aids, malaria and tuberculosis: www.theglobalfund.org

Fondations

European Foundation for street children: <http://www.efsc-eu.org>

Fondation Mérieux : www.fondation-merieux.org

Fondation pour l'Enfance : www.fondationpourlenfance.net

Sites d'informations

Alter Presse : www.alterpresse.org

Droits des Enfants : www.droitsenfant.com

Haiti Press Network: www.haitipressnetwork.com

L'essor, quotidien national d'information du Mali : www.essor.gov.ml

Maliweb: www.maliweb.net

Malikounda: www.malikounda.com

Relief Web: www.reliefweb.int

Réseau Haïtien de l'Information : www.reshinfo.blogspot.com

Santé Tropicale : www.santetropicale.com

Organisations non gouvernementales multi-pays

Aide médicale internationale (AMI) : www.amifrance.org

Aide et Action : www.aide-et-action.org

Aide et information pour le monde des enfants de la rue (AIMER) : [http : //pagesperso-orange.fr/association.aimer/](http://pagesperso-orange.fr/association.aimer/)

Amnesty International Belgique : www.amnesty-international.be

Amnesty International France : www.amnesty-international.fr

Association AIMER (Aide et information pour le monde des enfants des rues) : www.association.aimer.free.fr

Association Renaître International : www.renaitre-humanitaire.com

Bureau International Catholique de l'Enfance : www.bice.org

Caritas : www.caritas.org

Child Safe International : www.childsafe-international.org

Enfants et Jeunes en Action : www.eja.enda.sn

Enfants de la Rue : www.enfants-de-la-rue.com

Enfants du Mékong : [http : //www.enfantsdumekong.com/index/index.php](http://www.enfantsdumekong.com/index/index.php)

Environnement et développement du Tiers Monde, ENDA : www.enda.sn

European Federation for Street children: [http ://www.efsc-eu.org/index.php*](http://www.efsc-eu.org/index.php)

Friends International: www.friends-international.org

Human Rights Watch: www.hrw.org

International Children's Center: www.icc.org.tr

Lyon Solidaire avec le Tiers Monde : [http ://ensemblelyon.free.fr](http://ensemblelyon.free.fr)

Nyemo international : www.nyemo.com

Œuvre Humanitaire pour la Protection et le Développement de l'Enfant en difficulté : www.opde.org

Plan International : www.plan-international.org

Pour un sourire d'enfant : www.pse.asso.fr

Renaître Humanitaire : www.renaitre-humanitaire.com

Réseau d'Echanges pour les Enfants des Rues (REPER) : www.enfants-des-rues.com

Samu Social International : www.samu-social-international.com

Save the Children: www.savethechildren.org

SOS Enfants: www.sosenfants.com

Strategies for Hope: <http://www.stratshope.org/b-youth.htm>

Street Friends: www.streetfriends.org

Sustainable Harvest International: <http://www.sustainableharvest.org/>

Travail de Rue : www.travail-de-rue.net

Organisations non gouvernementales au Cambodge

Child Safe Cambodia: www.childsafe-cambodia.org

Hagar Cambodia: www.hagarcambodia.org

Kantha Bopha children's hospital: www.beat-richner.ch

Krousar Thmey: www.krousar-thmey.org

Mith Samlanh Friend: www.mithsamlanh.org

Pour un Sourire d'Enfant : www.pse.asso.fr

Organisations non gouvernementales en Haïti

Alter Presse : www.alterpresse.org

Association fraternité universelle (AFU) en Haïti : <http://www.haiti-afu.org>

Haitian Street Kids: [Http://haitianstreetkids.org](http://haitianstreetkids.org)

Projet Pierre Toussaint : www.haitiptt.org

Soda Haiti: www.sodahaiti.org

The Haiti Micah Project: www.haiti-micah.org

Timkatec : www.timkatec.org

Organisations non gouvernementales à Madagascar

Centre énergie : www.centreenergie.org

Enfants du soleil, Madagascar : www.les-enfants-du-soleil-madagascar.org

Graines de bitume : www.grainesdebitume.org

Grandir à : www.grandira.org

Kilonga : www.kilonga.org

Organisations non gouvernementales au Mali

Sinjiya-Ton : www.sinjiya.org

Organisations non gouvernementales au Sénégal

Association les Enfants d'Abidjan : <http://enfants.dabidjan.free.fr/>

Samu Social Sénégal : <http://samusocial-senegal.blogspot.com>

CONVENTIONS, TEXTES DE LOI

UN Convention on the Rights of the child, November, 20, 1989. on www.unhchr.ch

REPORTAGES VIDEO

GRAND CLEMENT Daniel et Odile, Les enfants perdus de M'bour, Production DGP, diffusion Thalassa, France 3 le 20 février 2009.

MEDECINS DU MONDE, Mission enfants des rues en République démocratique du Congo, on www.medecinsdumonde.org

POURVU QUE ÇA DURE, République démocratique du Congo : Dans la rue...Des enfants, émission Pourvu que ça dure, Canal C, 06/03/2008,

OSEPER, (Œuvre de suivi, d'encadrement et de protection des enfants de la rue), Les enfants de la rue à Kinshasa, Angalio Productions, 2007