

# Identités juvéniles et marginalisation urbaine à Ouagadougou. L'implication des « grands frères » dans un programme de soins pour enfants de la rue

Frédérique Boursin

---



**Édition électronique**

URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/478>

ISSN : 1298-0390

**Éditeur**

UMR 912 SE4S

**Référence électronique**

Frédérique Boursin, « Identités juvéniles et marginalisation urbaine à Ouagadougou. L'implication des « grands frères » dans un programme de soins pour enfants de la rue », *Face à face* [En ligne], 1 | 1999, mis en ligne le 01 septembre 1999, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/478>

---

Ce document a été généré automatiquement le 3 mai 2019.

Tous droits réservés

---

# *Identités juvéniles et marginalisation urbaine à Ouagadougou. L'implication des « grands frères » dans un programme de soins pour enfants de la rue*

Frédérique Boursin

---

- 1 La situation de pauvreté structurelle que rencontrent les pays en voie de développement, et notamment ceux d'Afrique, engendre divers phénomènes d'exclusion sociale et économique qui affectent prioritairement les individus les plus vulnérables de la société, et au nombre desquels figurent des enfants et des adolescents, obligés de trouver dans les rues des villes les moyens de leur subsistance et/ou celle de leur famille.
- 2 Dans les pays du Sahel, et au Burkina-Faso notamment, le problème des enfants et jeunes de la rue reste étroitement lié au problème de l'exode rural qui pousse les jeunes villageois à venir en ville en quête d'emplois et de meilleures conditions de vie. Ouagadougou, la capitale politique et administrative, qui détient la plupart des infrastructures du pays, représente de ce fait un véritable pôle d'attraction pour cette jeunesse rurale.
- 3 Cependant, les conditions insuffisantes dans lesquelles s'effectue cette urbanisation rapide accroissent toutes les séquelles négatives liées à ce processus, en particulier le chômage et l'affaiblissement des réseaux traditionnels d'entraide, la déstructuration de la cellule familiale, ainsi que la multiplication des difficultés de logement, des zones d'habitat précaire. Les parents éventuels sur lesquels l'enfant comptait en arrivant se trouvent souvent eux-mêmes engagés dans cette lutte pour la survie et ne peuvent être d'un grand secours.

- 4 Qu'ils soient migrants (70 % d'entre-eux) ou citoyens d'origine, la voie publique devient alors un palliatif qui permet aux enfants de résoudre leurs difficultés économiques ou leurs manques affectifs.
- 5 Estimés à 400 environ à Ouagadougou, les enfants de la rue n'ont plus de contacts réguliers avec leur famille et la rue est devenue leur demeure habituelle et la principale source de leur subsistance. Cette absence de relations sociales à l'intérieur de l'espace urbain est à l'origine du type d'activités exercées par ces enfants pour survivre. Ainsi, l'activité la plus représentative demeure le gardiennage (voitures et engins) qui ne nécessite aucun investissement de départ, de même que la mendicité pour les plus jeunes ou les plus faibles d'entre-eux. Néanmoins, la rue a ses dangers, ses tentations, et à l'intérieur de ce groupe, certains enfants sont le reflet d'une marginalité plus affirmée dans l'espace urbain. Ils représentent en quelque sorte le « noyau dur » de la population enfants et jeunes de la rue et se caractérisent par un comportement qui manifeste l'étiement progressif de toute tentative d'intégration sociale. Ils se repèrent aisément, dans les rues de la capitale, un chiffon plaqué contre le visage ou un sac en plastique à la main en train d'inhaler de la colle à rustine. Un autre trait distinctif de ces adeptes du « son » (expression qui désigne la colle) est leur mauvais état de santé et les balafres qu'ils arborent sur le corps et la tête. Les effets des solvants sont en effet ravageurs et provoquent de fortes crises d'agressivité qui génèrent des bagarres entre eux. S'ils provoquent, à travers leurs larcins quotidiens, de sérieux désagréments pour les citoyens, ils sont également craints des autres enfants de la rue qui subissent leur violence et leur vol. Il est en effet très fréquent qu'ils rackettent les plus faibles ou dépouillent leurs congénères, au cours de la nuit, des maigres gains de la journée.
- 6 Face à la montée du phénomène, particulièrement marqué depuis une dizaine d'années environ, de nombreuses initiatives ont vu le jour, à Ouagadougou notamment, pour tenter d'enrayer la situation.
- 7 Au nombre d'entre elles figure l'association Solidarité-Jeunes, créée en 1995, et qui s'apparente à un réseau de solidarité et d'entraide dans lequel les enfants et les jeunes sont encouragés à être les acteurs principaux dans la recherche de solutions à leurs problèmes. L'association bénéficie d'un lieu d'accueil, d'écoute et d'hébergement à la périphérie de la ville, auquel les enfants peuvent se référer de manière permanente. Au-delà des services de base (écoute, hygiène corporelle et vestimentaire, soins de santé primaire), l'association permet aux enfants qui le souhaitent de s'initier à un certain nombre d'activités préprofessionnelles (menuiserie, vannerie traditionnelle, tapisserie) mais également à des activités d'expression et de créativité (théâtre, danse traditionnelle, bricolage), qui sont autant de supports d'observation, d'éducation et de socialisation dans la recherche de la stabilisation du comportement des bénéficiaires. Une fois cet objectif atteint, le relais est passé à la famille pour les plus jeunes des enfants et dans le meilleur des cas, ou à une structure de formation professionnelle (artisan de la place, centre de formation) pour suivre un apprentissage.
- 8 À l'intérieur de ce réseau, l'accent est également mis sur le rôle déterminant des aînés dans l'encadrement des plus petits. En effet, plus que toute autre personne-ressource, l'implication dans l'action de jeunes ayant vécu dans la rue, bénéficiant d'une parfaite connaissance du milieu de la rue, et de surcroît, de la confiance des autres enfants, est à la base de la stratégie d'intervention de l'association Solidarité-Jeunes.

- 9 Cette responsabilisation des aînés s'exprime tant dans le fonctionnement quotidien du centre (entretien des locaux, préparation des repas, encadrement des plus jeunes...) que dans des activités menées à l'extérieur, telles que les soins de santé primaire dispensés dans la rue.

## Le rôle des « grands frères »

- 10 En dépit des projets, relativement nombreux, initiés en faveur des enfants et jeunes des rues à Ouagadougou, il n'en reste pas moins que les moyens mis en œuvre ont tendance à récupérer une partie d'entre eux, les plus « socialisés ». Bien souvent, et l'expérience le montre à Ouagadougou tout au moins, l'offre de services de base (tels que la nourriture, l'hébergement, et les soins) ou la possibilité de suivre une formation professionnelle ne suffisent pas à sortir l'enfant de la rue. Au-delà des difficultés de fonctionnement que rencontrent ces institutions socio-éducatives, d'autres facteurs tels que la durée de la présence d'un enfant dans la rue, l'affection de relations « substituts » qu'ils ont construits peu à peu, l'absence de perspectives d'avenir, l'échec de tentatives de réinsertion précédentes, mais également pour nombre d'entre eux la dépendance aux drogues, participent à retenir l'enfant dans la rue.
- 11 C'est parmi ces enfants et jeunes de la rue, qui « échappent » aux structures d'accueil, d'hébergement ou de réintégration sociale, le " noyau dur ", que l'on repère les pathologies les plus graves, et notamment celles liées à l'inhalation de solvants ou à l'absorption d'amphétamines (problèmes pulmonaires, troubles psychomoteurs, troubles du rythme cardiaque...) . En outre, ces drogues prédisposent aux accidents corporels (plaies, blessures) du fait de l'excitation, du sentiment d'invulnérabilité qu'elles procurent. Le vol, la bagarre ne leur font plus peur.
- 12 Face à ce constat, la mise en œuvre d'un projet médico-social, dispensé la nuit dans la rue, par une équipe composée de 4 aînés et de 2 animateurs, tous bien connus des bénéficiaires, devait répondre à plusieurs objectifs :
- D'une part, il devait contribuer, de manière globale, à améliorer la couverture sanitaire des enfants et jeunes vivant dans la rue. En effet, compte tenu des moyens limités des associations et ONG de la place, seuls les enfants « institutionnalisés » bénéficient d'une prise en charge médicale, soit 25 % environ de notre groupe cible. En outre, les enfants n'ont pas accès aux structures sanitaires de la place, à savoir les dispensaires et hôpitaux. Au delà du fait qu'ils y soient perçus comme ce qu'ils sont, à savoir des enfants non solvables, le fait qu'ils soient socialement mal appréciés, voire craints par les citoyens, ne les encourage pas à fréquenter ces structures. Ils ne peuvent en aucun cas compter sur la solidarité communautaire. Pour exemple, en cas de blessure, suite à un accident de la circulation ou à une bagarre entre des enfants, les sapeurs pompiers ont plusieurs fois refusé de transporter le blessé à l'hôpital ; ils prétextent l'insolvabilité des enfants une fois arrivés à l'hôpital...
- 13 D'autre part, ce programme devait permettre de toucher et sensibiliser les enfants et jeunes qui " échappent " aux structures de réinsertion sociale. Les soins médicaux ne se devaient pas d'être une fin en soi, mais également une porte d'entrée privilégiée pour nouer le contact avec les enfants. Parfois méfiants à l'égard des animateurs de rue, la présence des aînés devait renforcer l'instauration d'un climat de confiance, et permettre

d'amorcer un travail d'accompagnement. dans la rue : écoute, sensibilisation, éducation sanitaire, référence vers les structures d'encadrement.

- 14 Enfin, le fait que ces soins soient dispensés la nuit, sur les lieux de vie des enfants, devait également permettre de toucher un plus grand nombre d'enfants. On relève effectivement une absence de flexibilité dans les horaires de travail des éducateurs qui ne leur permettent pas de répondre de façon permanente aux besoins des enfants, et particulièrement la nuit, lorsqu'ils sont exposés à toutes sortes de dangers (agressions, rafles policières, accidents de la circulation.). De plus, compte tenu de la grande mobilité des enfants durant la journée, et de l'influence parfois négative des citoyens présents dans la prise de contact, une action de nuit, sur le lieux de couchage des enfants, semblait plus pertinente.

## L'impact du projet

- 15 Initié et exécuté par l'association Solidarité-Jeunes, le programme a pu être réalisé grâce à l'appui technique et financier de l'ONG Médecins sans Frontières - section Luxembourg. Cet appui s'est matérialisé par la fourniture de moyens logistiques, de matériel médical, et par la formation de l'équipe mobile (les 4 aînés et les 2 animateurs de l'association) aux soins de santé primaire. Le programme s'entendait comme un projet conjoint Solidarité-jeunes/MSF-Lux. Souhaitant s'impliquer dans un projet enfants des rues à Ouagadougou, leur objectif était de soutenir une initiative locale.
- 16 Débuté en octobre 1997, le projet a permis de toucher, en l'espace de 11 mois, près de 2000 enfants. Parmi eux, 1225 ont reçu des soins de santé primaire (principalement le pansement des plaies), et 200 ont été référés dans les structures sanitaires partenaires (un dispensaire Croix- Rouge et l'hôpital public) pour le traitement de maladies plus lourdes (paludisme, bilharziose, dermatoses infectées, parasitoses, pneumonies, blessures par couteau...). Cette présence permanente dans la rue a également participé au repérage des nouveaux arrivants dans la rue. Référés vers les centres d'accueil et d'encadrement existants, cela a permis de prévenir « l'enracinement » d'un plus grand nombre d'enfants et de jeunes dans la rue.
- 17 De manière générale, il est apparu que les maladies rencontrées parmi les enfants étaient fortement corrélées aux habitudes de vie dans la rue, et plus précisément aux activités de survie qui caractérisent chacune des tranches d'âge. Ainsi, les plus jeunes, à savoir les 10-15 ans, survivent essentiellement dans la rue de la mendicité. Cette pratique exige une certaine apparence physique et vestimentaire qui favorise l'apparition de maladies liées au manque d'hygiène (tant corporelle que vestimentaire), et plus particulièrement la gale, très répandue parmi cette tranche d'âge. Concernant les adolescents, à savoir les 16-19 ans, les plaies représentent les maux les plus fréquents. Si pour certains, elles sont liées aux conditions dans lesquelles ils exercent de petits « métiers » de survie (écailleuse de poisson, ramassage des ordures au marché, manœuvre journalier à l'abattoir...), pour d'autres, ces plaies sont le fait de couteaux, cailloux ou coups et reflètent le climat de violence auquel est souvent confrontée cette tranche d'âge ; trop âgés pour mendier, ils se livrent à toutes sortes de petits délits pour survivre (racket entre pairs ; vols à la tire) dont les conséquences sont souvent sévères. Il n'en reste pas moins que d'autres maladies sont communes aux différentes tranches d'âge, et notamment les maladies pulmonaires liées à l'inhalation de solvants, le paludisme et la bilharziose.

- 18 Au-delà des soins, l'intervention des équipes mobiles portait également sur la prévention des maladies, à travers des causeries d'information et de sensibilisation organisées régulièrement sur les lieux de vie des enfants. Les conseils donnés se devaient d'être accessibles au public ciblé, tant dans leur compréhension que dans leur faisabilité. Le concours des aînés fût ici déterminant pour orienter notre action. En effet, quelques stratégies de prévention, dispensées à l'équipe durant leur formation, ont dû être réadaptées au contexte d'intervention. Par exemple, comment demander à des enfants, dormant près d'un caniveau en centre ville infesté de moustiques, de " déménager ", quand ils nous répondent que c'est un lieu où ils bénéficient de la protection des commerçants vivant à proximité ? Dans l'échelle des risques auxquels sont exposés ces enfants, attraper le paludisme vaut mieux que de se faire agresser et racketter par les grands durant la nuit... De même, si un enfant qui mendie n'est pas prêt à rompre avec l'univers de la rue, les conseils d'hygiène qui lui sont prodigués ne porteront pas. Parmi les enfants mendiants atteints par la gale, seuls ceux s'étant stabilisés au sein d'un centre, contraints à se laver quotidiennement et à changer de vêtements, ont pu être guéris de manière définitive. Les autres rechutent régulièrement, même s'ils ont accès à des lieux d'accueil durant la journée où ils peuvent se laver.
- 19 Au delà des stratégies de survie dans lesquelles s'inscrivent ces pratiques, d'autres aspects conditionnent également les résistances rencontrées sur le terrain. Parmi elles, interviennent des considérations d'ordre psychologique. À ce titre, la théorie du psychologue américain, A. Maslow, sur la hiérarchisation des besoins, pourrait nous éclairer. Classés des plus élémentaires aux plus élaborés, les besoins inférieurs doivent être satisfaits pour que les besoins juste supérieurs puissent se manifester et si possible être assouvis. Ainsi, quand les besoins physiologiques de base se satisfont difficilement (manger, boire, se reposer, être en sécurité...), on peut se demander quelle importance un enfant est en capacité d'accorder à une plaie, une gale ou un paludisme. Tant que les besoins vitaux ne sont pas satisfaits, l'enfant fera passer en second plan celui de se soigner. C'est probablement dans ce sens que l'on peut expliquer que parmi les enfants référés gratuitement au dispensaire chaque mois, seulement 60 % d'entre eux se rendaient à la consultation.
- 20 Face à nos interrogations, les enfants ont souvent évoqué la nécessité de trouver à manger avant de se rendre à la consultation.
- 21 Mais cette négation de leur bien-être peut également s'expliquer dans l'image, souvent très négative, que ces enfants ont d'eux-mêmes. Le manque d'hygiène, l'inhalation de solvants, le fait de s'exposer à toutes sortes de dangers sont souvent l'expression de comportements autodestructeurs que l'on perçoit chez certains enfants et adolescents.

\*\*\*

- 22 À l'issue de 11 mois d'activité sur le terrain, plusieurs leçons sont à tirer de cette expérience.
- 23 Concernant l'implication des aînés dans le projet, cette stratégie fût très positive, et cela à différents niveaux. D'abord, elle aura largement facilité la prise de contact avec les enfants et favorisé l'instauration d'un climat de confiance. Certains lieux de vie des enfants, jugés dangereux par les animateurs car contrôlés par des grands, ont pu être visités régulièrement. De plus, ces aînés, bien connus de leurs pairs pour avoir grandi

dans la rue, et désormais responsabilisés, ont largement contribué à crédibiliser notre action. Si nous avons pu offrir à ces jeunes une telle légitimité, peut-être valions-nous la peine d'être écoutés ! Enfin, ce projet aura permis d'offrir une réelle opportunité d'insertion socioprofessionnelle à ces aînés. L'épargne réalisée sur leurs indemnités de travail devrait leur permettre de financer en partie leur projet professionnel. Pour ce qui est du volet médical, il est indéniable que les soins apportés aux enfants quotidiennement, ainsi que les vaccinations dont ils ont bénéficié (tétanos, fièvre jaune, méningite, rougeole, vitamine A), ont certainement contribué à améliorer la couverture sanitaire et participé à prévenir la gravité de certaines affections. Néanmoins, les résistances rencontrées sur le terrain doivent nous amener à mieux mesurer les réalités du contexte dans lequel nous intervenons. La hiérarchisation des risques, celle des besoins également, et la représentation de la maladie en général, sont autant d'éléments que nous devons prendre en considération dans la mise en œuvre d'un tel projet. A ce titre, les soins ne peuvent effectivement être qu'une porte d'entrée pour amorcer un travail d'accompagnement et de suivi des enfants dans la rue.

- 24 À l'issue de cette première année d'activité, un ajustement aurait dû être opéré afin d'augmenter l'impact du projet. Cependant, nous avons été confrontés à l'incorrection de notre partenaire, MSF. Lux., qui a décidé, en septembre 1998, de s'approprier le projet... L'association n'ayant pour elle que ses idées et ses compétences, MSF a coupé l'appui financier et technique afin d'exécuter lui-même le projet. Pour ce faire, les 4 aînés ont été " récupérés ", en les attirant avec des avantages financiers et matériels que nous ne pouvions leur offrir. Notre projet est aujourd'hui reproduit mécaniquement, sans que notre expérience ait pu être valorisée.