

# REPUBLIQUE DU CONGO

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE DEVELOPPEMENT (IDA)

MULTICOUNTRY AIDS PROGRAMME (MAP)

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

## PROJET DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA Orphelins et autres Enfants Vulnérables

- Analyse de situation et propositions

*RAPPORT FINAL*



**CREDES**

juin 2003

---

CREDES - 53, Rue de Turbigo - 75003 PARIS - France  
Tel.: (33) 01.42.74.11.10. - Fax.: (33) 01.42.74.11.20.  
E-mail : [credes@credes-international.com](mailto:credes@credes-international.com)

*Ce rapport est le résultat d'une mission de terrain financée par la Banque mondiale, conduite par Sandrine DEKENS, consultante en sciences humaines, et Anne-Laure CHARRUAU, économiste de la santé, chargée de mission au CREDES, en mars 2003.*

*Les opinions et interprétations qui sont exposées dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs.*

*Les consultants tiennent à adresser leurs plus vifs remerciements aux membres du SEP, pour leur soutien permanent, ainsi qu'au Dr Franck MBOUSSOU, médecin de l'ONG congolaise Médecins d'Afrique, pour sa précieuse contribution.*

# SOMMAIRE

<b>Synthèse .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>La vulnérabilité des enfants au Congo .....</b>	<b>8</b>
A. Introduction sur la situation des OEV au Congo.....	8
B. Risques auxquels sont exposés les enfants.....	8
C. Les différents types et degré de vulnérabilité et leur échelle.....	11
D. Conclusion.....	17
<b>Etat actuel de la prise en charge .....</b>	<b>18</b>
A. L'Etat .....	18
B. Les Nations Unies .....	20
C. ONG .....	20
D. Initiatives privées et ressources locales .....	21
E. Contraintes .....	22
<b>Projet Médecins d'Afrique d'appui aux orphelins du Sida à Brazzaville .....</b>	<b>24</b>
A. Présentation générale de Médecins d'Afrique.....	24
B. Présentation du Projet.....	24
C. Lancement du Projet : recensement et enquête sociale .....	25
D. Principales activités mises en œuvre .....	26
E. Coûts des activités et contraintes majeures .....	26
F. Vécu d'adolescents, parcours de prises en charge.....	32
G. Conclusion.....	36
<b>Projet pilote de prise en charge des orphelins (voir rapport annexe).....</b>	<b>37</b>
<b>Extension vers un Programme National sur 4 ans .....</b>	<b>38</b>
A. Développement de l'action : phase préparatoire .....	38
B. Plan d'action indicatif pour les enfants des rues (EDR) .....	39
C. Chronogramme indicatif .....	52
D. La commission OEV .....	52

## Liste des tableaux

Tableau 1 :	Récapitulatif des coûts totaux et coûts moyens par activité, prise en compte des coûts cachés..	27
Tableau 2 :	Récapitulatif des coûts moyens par bénéficiaire pour chaque type d'activité et degré de vulnérabilité .....	27

## Liste des graphiques

Graphique 1 :	Répartition des orphelins recensés en septembre 2001 par tranche d'âge.....	25
Graphique 2 :	Part de chaque composante du Projet dans le coût total - Projet MDA 2002 - avec valorisation des coûts cachés .....	28
Graphique 3 :	Part de chaque composante du Projet dans le coût total - Projet MDA 2002 - sans valorisation des coûts cachés .....	29

## **Liste des Annexes**

- Annexe 1 - Structures rencontrées
- Annexe 2 - Fiches techniques de présentation des structures rencontrées
- Annexe 3 - Grille de recueil des données
- Annexe 4 - Analyse des coûts par activité (sep 01 à déc 02) du Projet orphelins du Sida Médecins d'Afrique
- Annexe 5 - Présentation des activités et coûts du projet orphelins du Sida
- Annexe 6 - Chronogramme indicatif de préparation et mise en œuvre du Programme OEV sur 4 ans
- Annexe 7 - Présentation du projet à la Commission sous Powerpoint
- Annexe 8 - Bibliographie

## **LISTE D'ACRONYMES**

ARV	Antirétroviraux
CDICS	Centre de documentation, information et conseils sur le Sida
CHU	Centre hospitalier universitaire
CTO	Comité de tuteurs d'orphelins
EDR	Enfants des rues
FCFA	Franc CFA
IRC	International Rescue Committee
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MDA	Médecins d'Afrique
MST	Maladie sexuellement transmissible
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAM	Programme alimentaire mondial
SIDA	Syndrome d'immuno-déficience acquise
TP	Temps plein
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
VM	Vulnérabilité Médicale
VP	Vulnérabilité Psychologique
VS	Vulnérabilité Socio-économique

# Synthèse

---

## La vulnérabilité des enfants aux Congo

En 2000 au Congo, le nombre d'enfants orphelins du Sida âgé de moins de 15 ans est estimé à 53 000<sup>1</sup> et ils représentent 46,5% de l'ensemble des orphelins. Les orphelins<sup>2</sup> toutes causes confondues seraient donc actuellement au moins 100 000 à l'échelle nationale.

Pour le moment, les familles élargies tentent de pallier à la disparition des parents en accueillant les enfants devenus orphelins. Mais les difficultés économiques auxquelles elles sont déjà confrontées rendent plus difficile l'accueil d'enfants supplémentaires. Les principales causes de l'accroissement du phénomène sont principalement le Sida et les conflits qui se succèdent depuis 10 ans au Congo, provoquant la disparition de chefs de famille dans la force de l'âge.

Les conditions dans lesquelles vivent ces enfants sont bien souvent extrêmement précaires, et les orphelins sont une population particulièrement vulnérable. Ils sont exposés à une vie quotidienne plus difficile que les autres enfants : malnutrition, déscolarisation, travail physique dur et précoce, vie dans la rue, recrutement dans les conflits armés, drogue, abus sexuels, délinquance... En grandissant, cette précarité économique les expose plus que leurs pairs à une sexualité précoce et risquée (VIH, IST, grossesses...).

La Banque mondiale et le gouvernement congolais, à partir de ce constat, ont pris l'initiative d'élaborer un plan stratégique de lutte contre le Sida. Dans ce cadre, une mission d'appui à la composante OEV a été réalisée du 6 au 27 mars 2003 et a permis :

- d'analyser la situation des OEV au Congo et de proposer une échelle de mesure des degrés de vulnérabilité pour chaque composante de prise en charge
- d'analyser le projet pilote mis en place par l'Association congolaise Médecins d'Afrique afin d'en tirer des enseignements notamment en termes de coûts,
- de proposer un projet pilote de un an portant sur une cible plus restreinte mais offrant un panel d'activités plus large
- de faire des recommandations pour l'extension du projet pilote en un programme national de quatre ans

Une mission complémentaire a eu lieu à Brazzaville du 29 mai au 12 juin 2003, avec 2 objectifs :

- Présenter le rapport de la composante à la commission OEV.
- Accompagner le démarrage du projet pilote mené par Médecins d'Afrique à Moundou.

Afin de ne pas stigmatiser les orphelins du Sida, les instances internationales de soutien aux enfants recommandent d'élargir les actions à l'ensemble des orphelins quelle que soit la cause du décès des parents, ainsi qu'aux autres enfants vulnérables. Ce parti-pris repose sur le constat que quelles que soient les spécificités du vécu de ces enfants et la cause du décès des parents, tous sont confrontés à des difficultés quotidiennes et à des risques médicaux assez proches. La catégorisation de ces enfants en « groupes à risque » paraît peu fonctionnelle dans le cadre d'un programme de prise en charge, les « orphelins du Sida », « orphelins de guerre », enfants des rues, filles-mères, enfants handicapés, enfants du viol, luttent tous au quotidien pour se nourrir, se soigner, continuer d'être scolarisés et de pouvoir vivre ensemble en famille.

Afin de mesurer la vulnérabilité des enfants, une réflexion dont les résultats sont présentés dans la première partie du rapport, a été menée en terme de **type de vulnérabilité** et de **degré d'exposition au risque**. 3 types de vulnérabilité ont été identifiés pour servir de base aux différentes options de prise en charge proposées:

- 1) La vulnérabilité médicale et sanitaire ;
- 2) La vulnérabilité socio-économique ;
- 3) La vulnérabilité psychologique.

---

<sup>1</sup> ONUSIDA, Fiche épidémiologique sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles au Congo, OMS/ONUSIDA, mise à jour révisée 2000.

<sup>2</sup> Les instances internationales ont coutume de considérer comme orphelins les mineurs de moins de 15 ans ayant perdu un ou les 2 parents.

Les 2 premières se prêtent à des actions de prise en charge globale pour tous les types d'orphelins (accès facilité aux soins médicaux, aide alimentaire, renforcement des capacités économiques des familles, scolarisation, mise en apprentissage, etc.). Les actions de soutien psychologique proposées tiennent compte quant à elles, du vécu particulier des enfants et favorisent le travail en groupes spécifiques (enfants séropositifs, enfants en deuil, adolescents etc.).

Afin de pouvoir proposer des paquets d'activités adaptés au plus près à ce que vivent les enfants, une échelle de vulnérabilité est proposée et reflète les différents degrés de vulnérabilité pour chaque composante identifiée :

- Vulnérabilité Haute (V3)
- Vulnérabilité Moyenne (V2)
- Vulnérabilité Basse (V1)

L'objectif du programme est de s'appuyer sur les initiatives de terrain déjà existantes tout en les renforçant, permettant ainsi l'émergence d'une expertise en matière de prise en charge des OEV. La mission a donc réalisé un travail de terrain visant à recenser et à évaluer les forces et faiblesses des actions menées dans ce domaine.

### **Etat actuel de la prise en charge**

Un certain nombre de structures à Brazzaville intervenant dans le domaine des OEV ont été approchées (ONG et association locales, structures étatiques, organisations internationales) et quelques difficultés d'intervention ont été identifiées parmi lesquelles :

- le manque de moyens financiers et matériels, (pénurie d'essence et de nourriture, mauvaise qualité du réseau téléphonique, manque d'accès à l'eau courante et à l'électricité) qui entrave le développement de leurs actions,
- le manque de professionnalisme et de formation du personnel, en particulier dans le domaine des compétences sociales et éducatives ; les intervenants auprès des enfants sont peu qualifiés, « formés » sur le tas. La plupart sont des bénévoles tout juste indemnisés pour leur transport, ce qui ne permet pas aux structures de capitaliser de l'expertise.
- un travail en réseau peu développé, qui ne permet pas de miser sur la complémentarité et le renforcement mutuel
- les conséquences matérielles et psychologiques de la guerre (dégâts matériels, désorganisation des dispositifs de soutien, disparition totale des initiatives qui fonctionnaient avant les guerres).

Les problèmes structurels du Congo dépassent largement le cadre de notre mission et celle du programme de prise en charge des OEV. Tous les projets de soutien aux orphelins se heurtent à des manques plus globaux, comme par exemple celui de l'éducation nationale ou du système de santé. Projeter un appui à la scolarité en payant l'inscription et le matériel scolaire a un intérêt limité si l'enfant va dans une école où il n'y a plus de mobilier avec un enseignant constamment absent.

### **Le Projet MDA d'appui aux orphelins du Sida à Brazzaville**

Le Projet Médecins d'Afrique d'appui aux orphelins du Sida, financé par l'Unicef, a été lancé en 2001 afin d'offrir aux orphelins du Sida un panel d'activités dans différents domaines de vulnérabilité. La première étape a consisté à réaliser une enquête de recensement des orphelins sur Brazzaville, qui a permis d'enregistrer 3377 orphelins répartis sur 1293 familles. Une fois la base de données constituée, des activités d'appui ont été mises en œuvre :

- appui à la scolarité (distribution de fournitures scolaires)
- appui psychologique et réhabilitation psycho-sociale
- accès aux soins de santé de base
- soutien alimentaire (distribution des colis du PAM)
- mise en apprentissage (en partenariat avec un réseau d'artisans)
- soutien économique sous forme d'activités génératrices de revenus avec l'appui de Forum des petites entreprises

L'analyse des coûts de mise en œuvre du Projet a suivi deux méthodes : l'une prenant en compte les coûts cachés non comptabilisés dans le budget de départ (dons, coûts de gestion du siège,

bénévolat) et l'autre ne considérant que les coûts effectifs. En considérant la méthode 1, le coût total du projet MDA sur une période d'activité de 1,5 an<sup>3</sup> est de 123 366 604 FCFA. La valorisation des coûts cachés représente 61% du coût total du projet.

En raisonnant en termes de coût par orphelin recensé (3377), on obtient un coût moyen de l'ordre de 58 US \$. Cependant ce coût est largement sous-estimé du fait que les activités développées ont ciblé en moyenne seulement 15 à 30% des orphelins recensés. La présentation des coûts moyens par activité et par degré de vulnérabilité en atteste :

**Récapitulatif des coûts moyens par bénéficiaire pour chaque type d'activité et degré de vulnérabilité (en US\$)**

	V1	V2	V3
Recensement	3	3	3
Appui scolaire			5
Activité psychologique		11	2
Appui médical	9	9	9
Assistance alimentaire			51
Formation professionnelle	152	152	152
AGR	87	87	87
Fonctionnement/gestion du Projet	9	9	9

Le projet pilote de MDA n'est pas parvenu à couvrir l'ensemble des besoins des orphelins recensés et a dû resserrer sans cesse les critères d'inclusion du fait de deux contraintes majeures, des ressources financières, institutionnelles et humaines limitées et un manque de suivi et d'évaluation des actions engagées (par les partenaires notamment).

Cette analyse a servi de base à la conception d'un nouveau projet pilote dont l'objectif est de cibler moins d'orphelins mais de leur offrir un panel complet d'activités.

**Le projet pilote Mougali**

Ce projet pilote, présenté dans un rapport annexe cible 500 orphelins (toutes causes confondues) vivant sur l'arrondissement IV (Mougali) de Brazzaville, qui se prête à ce type d'approche pour plusieurs raisons :

- Il est situé au centre de la ville de Brazzaville
- Il était d'ores et déjà l'arrondissement ayant le plus d'orphelins inscrits au projet MDA de prise en charge des enfants rendus orphelins par le VIH/SIDA
- Le centre de santé et le siège du Programme Sida de Médecins d'Afrique y sont situés
- Le CHU est à proximité et il est facile de se rendre à pied de l'un à l'autre.

Il s'agira tout d'abord d'effectuer une enquête de repérage sur ce quartier en partant d'une cible potentielle de 2 000 enfants. Le pilote concernerait dans ce cas 20% de ces enfants. La composition du groupe pilote devra représenter une photographie réduite de la vulnérabilité des orphelins de l'ensemble de l'arrondissement. L'échelle de vulnérabilité présentée dans la première instrumentalisera les priorités définies

Le projet pilote de prise en charge des orphelins repose sur deux fondements : une forte localisation des services offerts aux enfants (présence d'un lieu d'accueil associatif de proximité) et une concentration des forces de prise en charge (création d'un réseau efficace et amélioration de la réponse de proximité et de la qualité des services locaux).

Les activités d'appui et soutien sont proposées pour chaque degré de vulnérabilité et pour chaque dimension qui sont, rappelons-le :

- la dimension médicale et nutritionnelle
- la dimension socio-économique (alimentation, scolarisation, apprentissage, AGR)
- la dimension psychologique

<sup>3</sup> Certaines activités ont été mises place dès janvier 2002, tandis que d'autres n'ont débuté qu'en milieu d'année ou même fin 2002.

Des recommandations et conditions de leur mise en œuvre sont également explicitées.

Le suivi et l'évaluation du projet pilote seront confiés à l'Unicef.

Le budget proposé pour ce pilote a été fixé à 50 000 US\$. Un don complémentaire de JICA permettrait d'arriver à un budget disponible de 100 000 US\$, qui permettrait de mettre en œuvre la totalité des paquets d'activités proposés.

Un certain nombre d'hypothèses en termes de répartition des orphelins par groupe de vulnérabilité, d'activité et de coûts ont constitué le point de départ pour l'élaboration du budget du projet pilote.

A partir de ce budget, une analyse des coûts par activité et par bénéficiaire a permis de reproduire le tableau de présentation des coûts par degré de vulnérabilité et par composante déjà utilisé pour l'analyse du projet MDA. Ce tableau considère les coûts sans valorisation des dons de l'Unicef (fournitures scolaires, soins médicaux) et du PAM (appui alimentaire) sans lesquels la mise en œuvre du projet ne serait pas possible d'un point de vue logistique, humain et financier.

	V1	V2	V3
enquête	2	2	2
appui scolaire	8	14	31
appui psychologique		36	104
appui médical	5	9	11
appui alimentaire		1	60
appui formation	167	167	167
appui AGR	78	78	78
Coût gestion projet	35	35	35
Suivi/évaluation	12	12	12

Tous les paquets d'activité possible ont ensuite été identifiés pour d'une part les enfants en âge scolaire et d'autre part les enfants en âge d'apprentissage. Pour chacun des deux groupes, 18 paquets d'activité différents ont été identifiés selon le degré de vulnérabilité considéré pour chaque composante. Pour le groupe scolaire, les coûts des paquets varient de 176 US \$ à 333 US\$ pour un an, soit un coût moyen de 244 US \$ en considérant une probabilité d'apparition de chaque cas identique. Pour le groupe formation, les coûts varient de 335 US\$ à 469 US\$/an, soit un coût moyen de 393 US\$. Les deux activités formation et AGR sont particulièrement coûteuses et doivent faire l'objet d'un suivi renforcé qui assure la qualité de la prestation offerte.

### **L'extension vers le Programme national de 4 ans**

Parallèlement au projet pilote débutera la phase préparatoire du lancement du programme national:

*Phase 1 - Analyse de l'offre et des besoins* : recueil des données, études de terrain, repérage approfondi des expertises locales, estimation des besoins en termes de renforcement institutionnel, réhabilitation et formation

*Phase 2 - Choix et définition des priorités d'appui et orientations stratégiques* : définition et lancement du processus de concertation, choix des Sites d'Action Prioritaires (Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, etc.), choix des activités prioritaires et de la cible OEV

*Phase 3 – Organisation et budgétisation du Programme* : budgétisation des activités à mettre en œuvre en utilisant pour chaque composante les coûts unitaires découlant du projet pilote par degré de vulnérabilité.

### **Les enfants des rues**

Une évaluation de la situation de ces enfants au Congo et de l'état de leur prise en charge a été faite cette année par l'ONG International Rescue Committee. Les enfants des rues (environ 1100 à Brazzaville et 800 à Pointe Noire) sont particulièrement vulnérables car exposés à des risques multiples : déscolarisation, malnutrition, VIH, délinquance... Actuellement, les structures de soutien ont pour objectif de leur permettre de réintégrer leur famille, en tentant de réunir les conditions favorables à cette réunification. Une phase de renforcement de leurs capacités est nécessaire du point de vue matériel et financier, mais également en terme de formation et de professionnalisation.

Dans ce sens, un consortium coordonné par IRC a été constitué, et a commencé de se réunir en 2003. Ses objectifs sont de :

- Identifier les opérateurs et préciser les champs d'intervention des différents acteurs ;
- Constituer un lieu de formation, d'échange d'expérience, et de renforcement mutuel ;

- ❑ Permettre l'élaboration de d'outils visant à homogénéiser l'approche de la problématique ;
- ❑ Accueillir les nouvelles initiatives dans le domaine ;
- ❑ Etre l'interlocuteur privilégié de certains groupes communautaires particulièrement impliqués auprès des familles et des EDR (églises, police...)

Au-delà de ce délai de renforcement, il sera envisageable de mener un pilote de prise en charge globale des EDR, semblable à celui des orphelins. Ce pilote pourrait ensuite se déployer et s'étendre sur le même modèle.

# Introduction

---

La prise en charge des orphelins représente un véritable défi pour l'avenir du Congo : en 2000, le nombre d'enfants orphelins du Sida âgé de moins de 15 ans était déjà estimé à 53 000<sup>4</sup> et ils représentaient 46,5% de l'ensemble des orphelins. Ce chiffre pourrait passer à 53,3% en 2005, et à 58,8% en 2010<sup>5</sup>. Nous pouvons donc estimer qu'ils seraient déjà actuellement au moins 100 000 enfants orphelins<sup>6</sup> à l'échelle du territoire national. Dans une perspective d'avenir où la situation risque de s'aggraver du fait de la prévalence élevée du Sida, et plus particulièrement dans les grandes villes<sup>7</sup>, les familles, très appauvries par la guerre et les difficultés du pays<sup>8</sup>, ont de plus en plus de peine à accueillir ces enfants. Sans aucun soutien visant à renforcer leurs capacités économiques, les familles congolaises seront de moins en moins en mesure d'atténuer l'impact de l'épidémie sur les orphelins. En l'absence d'une prise de conscience rapide et d'un programme national conséquent visant à renforcer ces capacités économiques, l'ampleur du phénomène des orphelins pourrait rejoindre dans les années à venir, celle des pays de très forte endémie comme la Zambie, où des structures collectives ont du prendre le relais de familles largement dépassées<sup>9</sup>.

Saisis de ce contexte, la Banque mondiale et le gouvernement ont élaboré une planification stratégique dans le cadre d'un programme national de lutte contre le Sida. La Banque mondiale a donc souhaité appuyer le gouvernement congolais sur la dimension Orphelins Enfants Vulnérables (OEV). Son enjeu se situe à plusieurs niveaux :

- Evaluer les dispositifs nationaux consacrés aux enfants vulnérables, pour les renforcer suffisamment afin d'augmenter leur opérationnalité ;
- Analyser les facteurs de réduction des risques permettant d'enrayer le phénomène « orphelins ».
- Renforcer les capacités économiques des familles accueillant les orphelins ;
- Proposer un projet pilote en direction des orphelins, permettant d'envisager et de faciliter une extension nationale en vue de limiter l'impact social et économique du phénomène dans le pays ;

Le présent rapport s'inscrivant dans le cadre de la composante OEV sera une force de proposition en terme de prise en charge de ces enfants. Il est le fruit de 2 missions à Brazzaville qui se sont déroulées du 6 au 27 mars 2003, puis du 29 mai au 12 juin 2003.

La première partie examine de plus près la notion de vulnérabilité des enfants congolais : qui sont ces enfants vulnérables, à quels risques sont-ils exposés, et comment réduire leur vulnérabilité ? Répondre à ces questions permettra de mesurer les besoins des enfants tout en élaborant des stratégies de prise en charge.

---

<sup>4</sup> ONUSIDA, *Fiche épidémiologique sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles au Congo*, OMS/ONUSIDA, mise à jour révisée 2000.

<sup>5</sup> HUNTER S., WILLIAMSON J., *Children on the brink. Executive summary*, ONUSIDA, 2000.

<sup>6</sup> Les instances internationales ont coutume de considérer comme orphelins les mineurs de moins de 15 ans ayant perdu un ou les 2 parents.

<sup>7</sup> Prévalence estimée en 1992 chez les femmes enceintes : 4,3% à Brazzaville, 11% à Pointe Noire, ONUSIDA 2000.

<sup>8</sup> 70% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, 19% d'inflation en 1997, en constante augmentation depuis lors. *Rapport National du Congo sur les questions de population, les politiques et interventions relatives aux droits et à la santé en matière de reproduction, eu égard en particulier au VIH/SIDA*, Direction Générale de la Population, Ministère de la Santé de la Solidarité et de l'Action Humanitaire, Brazzaville, janvier 2002.

<sup>9</sup> En Zambie, le phénomène a pris une telle ampleur que des villages d'orphelins ont du être créés, afin d'offrir un cadre éducatif à des milliers d'enfants livrés à eux-mêmes. Programme Alimentaire Mondial, *Alimentation et éducation : le rôle du PAM en matière d'amélioration de l'accès à l'éducation des orphelins et des enfants vulnérables d'Afrique subsaharienne*, World Food Program, Division des stratégies et des politiques, septembre 2002.

Au cours de ces deux missions, un certain nombre d'acteurs locaux représentatifs ont été approchés, grâce auxquels le travail mené actuellement sur le terrain en direction des enfants vulnérables a pu être évalué. La synthèse de ces rencontres constitue la deuxième partie.

Afin de s'appuyer sur l'existant, il a été choisi d'analyser précisément une initiative de prise en charge des orphelins du Sida menée à Brazzaville depuis 2001 par l'association locale privée Médecins d'Afrique. Brazzaville étant une ville où le coût de la vie est particulièrement élevé, cette analyse financière était essentielle pour mesurer les coûts des actions proposées dans le projet pilote. Elle a servi de base de réflexion, tant du point de vue financier que des enseignements tirés par Médecins d'Afrique.

A partir de ces éléments d'analyse, un projet pilote a été élaboré. Ce projet pourrait débuter en mai 2003, en soutien à 500 orphelins vivant dans l'arrondissement de Moungali (Brazzaville). Un second rapport présente spécifiquement ce projet pilote et détaille les activités, leurs coûts, et les modalités de leur mise en œuvre. Des indicateurs susceptibles de mesurer l'impact positif du projet pilote sur les conditions de vie des enfants, leur état de santé, et leur état psychologique complètent la présentation du pilote.

La dernière partie de ce rapport est consacrée aux modalités d'extension du projet pilote à l'échelle nationale, à l'étude du coût d'un tel programme, et à la planification de ces actions dans les 4 années à venir. Ce Programme s'intéresse également à une catégorie d'enfants particulièrement vulnérables : les enfants des rues. La spécificité de leur problématique sera exposée et des stratégies de prise en charge dans le cadre du programme national seront proposées.

# La vulnérabilité des enfants au Congo

---

## **A. Introduction sur la situation des OEV au Congo**

La notion de groupe vulnérable est la plus fréquemment utilisée pour tenter de catégoriser les différents types de vulnérabilité touchant les enfants. Cependant, elle est rapidement apparue comme peu fonctionnelle pour saisir l'ensemble de la problématique des enfants vulnérables. En effet, « les orphelins et enfants vulnérables présentent des caractéristiques différentes, et il est incorrect de les considérer comme un groupe homogène d'enfants nécessiteux, chaque OEV pouvant être exposé à des risques différents et à des vulnérabilités spécifiques<sup>10</sup> », selon son contexte de vie ou son statut. De plus, la catégorisation en groupes amène inévitablement des discussions sans fin sur la question suivante : où commence la vulnérabilité ?

Si on se réfère aux Termes de Référence, la vulnérabilité consiste pour un enfant « plus exposé que ses pairs à la malnutrition, aux maladies, à l'arrêt de sa scolarité de base, à des abus et au VIH/SIDA ». Selon cette définition très large, les filles constituent donc un important groupe vulnérable, par comparaison aux garçons qui sont moins exposés aux abus, aux violences sexuelles, au VIH (pour des raisons biologiques mais aussi sociales), à l'arrêt précoce de la scolarité (pour s'occuper des tâches ménagères, des petits frères et sœurs ou des parents malades)...

Dans le cadre du projet de la Banque mondiale, le budget plafonné nécessitait de circonscrire le problème et de resserrer le cadre des propositions au-delà d'une causalité de type « orphelins du Sida », « orphelins de guerre », enfants des rues, filles-mères, enfants handicapés, enfants du viol etc.... En effet, cette catégorisation amenait à des énumérations sans fin, sans permettre de saisir les spécificités des situations individuelles. De plus, devant la complexité de ce que vivent certains enfants, ces notions se chevauchent souvent : un orphelin pouvant avoir perdu son père durant la guerre, puis sa mère du Sida, et se retrouver à vivre dans la rue... Il fallait donc pouvoir rendre compte de l'ensemble de la situation de l'enfant, ce que ne permettait pas la notion de catégorie.

Dans un premier temps les risques auxquels peuvent être exposés les enfants au Congo sont présentés et permettent de déduire dans un second temps les grands domaines de vulnérabilité de ces enfants.

## **B. Risques auxquels sont exposés les enfants**

### **1. Malnutrition, carences**

Le problème alimentaire est la préoccupation essentielle de nombreuses familles, et conditionne l'activité principale de nombreux adultes et enfants au quotidien. Au Congo, la malnutrition concerne 15,3% de la population vivant en milieu urbain, et la carence en vitamine A 3,8%<sup>11</sup>. Au plus grand hôpital de Pointe Noire, une étude menée en 2000 montre

---

<sup>10</sup> Programme Alimentaire Mondial, *Alimentation et éducation : le rôle du PAM en matière d'amélioration de l'accès à l'éducation des orphelins et des enfants vulnérables d'Afrique subsaharienne*, World Food Programm, Division des stratégies et des politiques, septembre 2002, p 5.

<sup>11</sup> OMS, *Situation sanitaire du Congo*, OMS Profil pays, décembre 2001.

que 26% des décès chez les enfants de moins de 15 ans sont dus à une malnutrition sévère<sup>12</sup>.

La plupart des familles font un repas par jour, dans le courant de l'après-midi, et la journée de travail est structurée par ce rythme (matinée continue jusque 14 heures). Cet état de fait a de graves conséquences pour les enfants : carences, retard de développement, asthénie, apathie, difficultés dans l'acquisition scolaire, somnolence à l'école...

La recherche de nourriture prend beaucoup de temps aux enfants, au détriment de toutes les autres activités. Elle en amène certains à quitter l'école, à accepter des relations sexuelles risquées, et à errer dans les rues, lieux de tous les dangers et des mauvaises rencontres. C'est un problème à traiter en priorité et le préalable indispensable à toute politique de réduction des risques pour les enfants.

## **2. Mauvaise scolarisation, déscolarisation**

La qualité de la scolarisation publique semble poser problème dans de nombreuses écoles à Brazzaville : faible motivation et absentéisme chronique des enseignants, paiement effectif d'un droit d'inscription malgré une scolarisation théoriquement gratuite, mauvaises conditions d'apprentissage par manque d'équipement des écoles. Le taux de scolarisation autrefois très élevé est en baisse constante depuis 10 ans<sup>13</sup>, et chaque fois que cela leur est possible, les familles optent préférentiellement pour l'enseignement privé religieux<sup>14</sup>.

## **3. Drogues**

L'alcool est la première substance psychotrope consommée, car c'est la plus socialement acceptée. Elle peut être associée à des médicaments du type Valium pour en augmenter les effets : la finalité de ces pratiques semble être l'échappement pendant un moment à la réalité d'une vie « trop dure », mais elle s'inscrit également pour les garçons dans des comportements de type initiatique de construction de la virilité au sein du groupe.

Le chanvre se consomme fréquemment chez des enfants parfois très jeunes sous la forme de cigarettes. Le recours à d'autres substances toxiques telles que la colle (sniffée) a été mentionné chez des enfants vivant dans la rue.

## **4. Prostitution, viol**

La prostitution est un phénomène répandu comme dans toutes les grandes villes où se concentrent grande pauvreté et grande richesse. La prostitution des femmes et des enfants semble être peu étudiée et peu de données existent sur un phénomène pourtant très répandu. Une prostitution « officielle » est essentiellement pratiquée dans des endroits bien repérés par la population, par des migrantes venant de RDC<sup>15</sup>. Tandis qu'une prostitution taisant son nom se pratique de manière plus informelle chez les jeunes femmes congolaises (parfois dès le lycée) en réponse à leurs difficultés économiques.

Lors de la mission à Brazzaville aucune structure spécialisée rencontrée n'a pu parler du problème, pourtant bien visible.

Le viol de masse a été perpétré pendant les guerres successives sur de très nombreuses femmes et enfants, parfois même sur des bébés. Officiellement à ce jour, 3420 femmes se

---

<sup>12</sup> Douma J-B., Le Cœur S., Halembokaka G., Bioko R., Batala M., Les causes de mortalité des moins de 15 ans dans une ville africaine. Cas de Pointe-Noire, Congo Brazzaville.

<sup>13</sup> Taux de scolarisation 1990 : 81,6%, 1998 : 58,1%. Baisse du taux de réussite scolaire (résultats aux examens). OMS, *Situation sanitaire du Congo*, OMS Profil pays, décembre 2001.

<sup>14</sup> 87% d'établissements publics, 13% d'établissements privés. Id.

<sup>15</sup> Ouedraogo I., *Recherche-action sur les problèmes de santé et IST/Sida dans quelques localités le long du fleuve Congo*, Rapport de mission, octobre 2001.

sont déclarées violées, dont 52% d'enfants et d'adolescentes<sup>16</sup>. Ce chiffre est très sous-estimé au regard de l'impunité dont bénéficient les auteurs de ces violences, et le silence des victimes, mêlant honte et peur des représailles. Une enquête sur les violences sexuelles en situation de conflit établit un lien entre la guerre et le recours quasi systématique au viol des femmes, aux grossesses forcées et à leur esclavage sexuel. Au Congo, les viols ont en effet eu lieu à 93,2% pendant la guerre, et se sont déroulés à 48% sous la menace d'une arme à feu<sup>17</sup>.

Médecins sans Frontières a récemment lancé une campagne de prévention (affichage de rue et autocollants « Bika viol, Tika viol »), et le soutien psychologique des victimes de violences sexuelles a également fait l'objet de programmes de prise en charge d'autres ONG (IRC par exemple).

## **5. Délinquance, recrutement dans des bandes armées**

La misère, la vie dans la rue et l'exposition à des violences physiques et psychologiques exposent les enfants à des comportements délictueux de type vol, recel, deal, bagarres, braquages, etc., comportements dont la violence est accentuée par la banalisation des armes dans certains quartiers leur donnent la possibilité de passer à des actes graves à des âges précoces. Eux-mêmes témoins ou victimes de violences physiques et de l'arbitraire des adultes, de pillages de biens, de spoliations, familiers du recours aux armes, sans perspectives d'un avenir stable, les enfants sont des victimes de choix pour être recrutés dans des milices<sup>18</sup>. De très jeunes adolescents ont été retrouvés chez les Ninjas (ex-miliciens) de l'Etat Major, embrigadés dès l'enfance et ayant un statut d'anciens combattants à 16 ans. A l'échelle du pays, ils seraient 40 000 jeunes ex-miliciens à réinsérer.

## **6. VIH et autres maladies, accidents, grossesses précoces et non-désirées**

La précarité économique expose les jeunes filles à une sexualité précoce sans pouvoir négocier l'usage du préservatif, à des mariages forcés avec des hommes plus âgés et ayant déjà une vie sexuelle antérieure, ayant pour conséquence une exposition physique très importante au risque de maladies sexuellement transmises (IST, Sida, hépatites...). Les grossesses sont très précoces et souvent non désirées dans un contexte social défavorable aux méthodes contraceptives modernes (seules 3% des femmes y ont recours<sup>19</sup>), et dans un cadre législatif répressif à l'encontre de l'IVG. L'avortement se pratique de fait dans des conditions sanitaires déplorables, augmentant encore l'exposition à des risques sanitaires des jeunes filles (septicémies, stérilité...).

Pour les garçons, la vie dans la rue, les accidents de la circulation, les bagarres à l'arme blanche, la propagation des armes à feu, les conflits armés et les affrontements, occasionnent des blessures physiques parfois très graves et invalidantes, souvent très mal prises en charge du point de vue médical. Par conséquent, le nombre d'enfants handicapés physiques est très important au Congo.

---

<sup>16</sup> *Rapport National du Congo sur les questions de population, les politiques et interventions relatives aux droits et à la santé en matière de reproduction, eu égard en particulier au VIH/SIDA*, Direction Générale de la Population, Ministère de la Santé de la Solidarité et de l'Action Humanitaire, Brazzaville, janvier 2002.

<sup>17</sup> N'Goulou J., Yila-Boumpoto M., Libali B., Mafoukila C., Nkouika-Dinghani-Nkita G., *Synthèse du rapport d'analyse de l'enquête sur les violences sexuelles en situation de conflit au Congo : cas de Dolisie, Kinkala, Nkayi, Pointe-Noire et Sibiti*, Direction de la Recherche et de la Santé de la Reproduction, Direction Générale de la Population, Ministère de la Santé de la Solidarité et de l'Action Humanitaire, Brazzaville, juin 2001.

<sup>18</sup> Nous renvoyons sur ce sujet à l'œuvre romanesque de Ahmadou Kourouma, et en particulier à « En attendant le vote des bêtes sauvages ».

<sup>19</sup> *Rapport National du Congo sur les questions de population, les politiques et interventions relatives aux droits et à la santé en matière de reproduction, eu égard en particulier au VIH/SIDA*, Direction Générale de la Population, Ministère de la Santé de la Solidarité et de l'Action Humanitaire, Brazzaville, janvier 2002.

Des maladies curables deviennent d'important vecteur de mortalité des enfants, faute de soins et de médicaments disponibles : paludisme, infections ORL, etc. En 2000, à l'hôpital Sicé de Pointe Noire, 37,5% des décès des moins de 15 ans étaient dus au Sida, 4% au paludisme. 36% d'entre eux étaient âgés entre 1 et 4 ans<sup>20</sup>, le paludisme tuant principalement les enfants n'ayant pas encore atteint leur maturité immunologique.

## **C. Les différents types et degré de vulnérabilité et leur échelle**

### **1. Types et degrés de vulnérabilité**

Il est proposé de présenter l'exposition des enfants à ces différents risques, selon un classement en 3 types de vulnérabilité :

- La vulnérabilité médicale et sanitaire, dans laquelle seront classées toutes les catégories d'enfants : enfants handicapés ou VIH+, mais également atteints d'autres pathologies ayant des degrés de gravité différents ;
- La vulnérabilité socio-économique, notion qui traverse, à degrés différents, toutes les catégories d'enfants au Congo, et qui permet de prendre en compte la famille et le contexte de vie de l'enfant ;
- La vulnérabilité psychologique, domaine où s'exprime le vécu spécifique des différentes catégories. La prise en charge qui en découlera pourra ici varier selon la nature des risques auxquels l'enfant est exposé. Un orphelin peut vivre dans un contexte matériel très favorable, souffrant cependant de forts troubles psychiques.

Afin de pouvoir proposer des paquets d'activités adaptés, et dans le but d'équilibrer les coûts, il a été décidé de hiérarchiser le degré de vulnérabilité des enfants dans ces domaines en proposant 3 degrés pour chaque composante :

- Haute (V3)
- Moyenne (V2)
- Basse (V1)

Les enfants les plus vulnérables seront ceux qui sont classés V3 dans les 3 types de vulnérabilité, reflétant ainsi un cumul de difficultés à tous les niveaux.

Notons que la justification de cette échelle n'est pas de s'approcher au plus juste d'une perception objective des difficultés des orphelins, mais plutôt de dégager des logiques d'interventions leur permettant d'accéder à certains paquets d'activités bien ciblés.

- Exemple 1 : Un orphelin des 2 parents (Vulnérabilité Psychologique 3 - VP3), sidéen (Vulnérabilité Médicale 3 - VM3), et vivant dans la rue (Vulnérabilité Socio-économique 3 - VS3). Cet enfant aura accès au paquet d'activités maximal : VP3 + VM3 + VS3.
- Exemple 2 : Une fille non scolarisée, vivant avec une mère seule (Vulnérabilité Socio-économique 2 - VS2), non atteinte d'une pathologie à pronostic létal (Vulnérabilité Médicale 1 - VM1), et contrainte de vendre du bois de chauffe au marché (Vulnérabilité Psychologique 2 - VP2). Elle aura accès au paquet d'activités VS2 + VM1 + VP2.

---

<sup>20</sup> Douma J-B., Le Cœur S., Halembokaka G., Bioko R., Batala M., Les causes de mortalité des moins de 15 ans dans une ville africaine. Cas de Pointe-Noire, Congo Brazzaville.

Le préalable à ce classement du degré de vulnérabilité des enfants congolais est l'établissement d'une fiche de renseignements recueillis lors d'une enquête de terrain visant à recenser les enfants sur une périphérie déterminée. Sa mise en œuvre pratique dans le projet pilote est expliquée plus loin.

L'échelle de vulnérabilité et la fiche de recueil de données ont été validées avant notre départ avec Franck Mboussou et Théophile Bantsimba, tous 2 médecins, ainsi qu'avec Julien Makaya, psychologue (Médecins d'Afrique).

## 2. Echelle de vulnérabilité

L'échelle présentée ci-après doit permettre de collecter des données observables à partir du vécu des enfants. Pour ce qui est des données psychologiques, l'intérêt de cette échelle est de permettre à tout enquêteur non psychologue de repérer les faits marquants qui peuvent avoir un impact psychique plus ou moins important. Il ne s'agit nullement d'un outil de diagnostic psychologique, celui-ci sera élaboré dans un second temps par un psychologue lors d'un entretien avec l'enfant.

Il s'agit en quelque sorte de poser un constat global sur le degré de vulnérabilité de l'enfant dans les 3 grands domaines identifiés. Il sera important que les enquêteurs gardent à l'esprit cette grille lors de la collecte des informations.

Cette échelle a été conçue pour le projet pilote et pourra être adaptée ou détaillée davantage selon le type de population à évaluer ou les moyens disponibles.

### a) *Vulnérabilité médicale et sanitaire - VM*

<u>Vulnérabilité Haute - VM3</u> <b>Enfant séropositif ou malade du Sida</b>
Le Sida est une maladie à pronostic grave, nécessitant une prise en charge médicale lourde et chère. Le suivi médical doit être particulièrement rigoureux, l'observance doit être très bonne, afin que les traitements puissent rester efficaces. La maladie ne peut se guérir et l'incitation au dépistage doit s'accompagner d'une offre de soins pour être suivie. La prise en charge médicale consiste en une prophylaxie primaire et secondaire des maladies opportunistes et un traitement antiviral.

<u>Vulnérabilité Moyenne - VM2</u> Enfant handicapé ou atteint d'une pathologie à risque léthal (paludisme, drépanocytose, tuberculose, rougeole...)
La réduction de la vulnérabilité sanitaire a pour objectif la réduction de la mortalité chez les enfants, et la prise en charge médicale des maladies à risque léthal pour lesquelles on dispose d'un traitement. Celui-ci doit être résolument accessible aux enfants malades. Les enfants handicapés sont particulièrement vulnérables si leur handicap n'est pas pris en charge : ils sont exposés à d'autres risques sanitaires et à une marginalisation dans leur vie quotidienne.

<u>Vulnérabilité Basse - VM1</u> Enfant en bonne santé ou présentant des maladies infantiles ou bénignes
Les soins médicaux de base continuent de ne pas être accessibles à tous les enfants au Congo, et constituent pourtant un préalable élémentaire à la réduction de la vulnérabilité sanitaire

## **b) Vulnérabilité sociale et économique (VS)**

Dans l'échelle de vulnérabilité socio-économique, un certain nombre de critères de risques touchant les enfants et particulièrement significatifs pour déterminer les degrés de vulnérabilité ont été retenus. Ces éléments construisent l'échelle VS présentée ci dessous, ainsi que la fiche de recueil de données présentée en Annexe 3.

### ❖ *La faim*

La faim est un déterminant majeur de la vulnérabilité des enfants : ne pas traiter ce problème en préalable à toute action de réduction de la vulnérabilité risquerait de la mettre en échec. Souffrir de la faim, et devoir se soucier chaque jour de ce que l'on va manger dans la journée conditionnent l'exposition à de nombreux risques : échec scolaire et déscolarisation, vie dans la rue, commerce sexuel avec prise de risque etc.

Subvenir aux besoins alimentaires des enfants est le préalable indispensable à tout projet de réduction de leur vulnérabilité.

### ❖ *Question de genre...*

Le fait d'être une fille expose à davantage de risques et réduit la capacité à y faire face. Rappelons que les femmes ont 5 fois plus de risque d'être contaminées par le VIH que les hommes<sup>21</sup>, et que les raisons sont tout à la fois biologiques et sociales.

La condition des filles au Congo est comme partout dans le monde plus difficile que celle des garçons : elles sont plus exposées à l'exploitation domestique, aux abus, aux violences sexuelles, au VIH et autres IST, à l'arrêt précoce de la scolarité, elles vivent à un niveau socio-économique plus bas, ont moins de perspectives professionnelles, etc. Ce dont l'échelle de vulnérabilité se devait de tenir compte.

### ❖ *Des conditions de vie particulières : pas d'adulte de référence*

Certaines catégories d'enfants sont particulièrement vulnérables car ils vivent dans des conditions quotidiennes particulièrement difficiles. La perte de la protection d'un adulte a pour conséquence le fait qu'ils doivent subvenir seuls à leurs besoins fondamentaux : en premier lieu les besoins alimentaires, de santé, d'habillement et de logement, en second lieu l'éducation, et finalement les besoins affectifs. Les premiers doivent être couverts en priorité pour pouvoir permettre une intervention sur les autres.

Le cas le plus fréquemment rencontré de cette absence de protection des adultes est celui des orphelins devenus chefs de familles à un âge précoce : ils s'occupent de leur fratrie tout en devant prendre en charge leur propre avenir. C'est une mission difficile qui rend leur situation prioritaire.

Les enfants vivant dans la rue sont eux aussi exposés à des risques multiples. Presque toute leur activité est centrée autour de la survie alimentaire. Pour se nourrir, ils prennent de nombreux risques et s'exposent à des abus de la part des adultes, il leur est impossible de suivre une scolarité normale et leur vie future s'en trouve gravement compromise.

Les enfants dans les orphelinats sont exposés à de multiples carences tant alimentaires, qu'éducatives et affectives. Ils ne sont pas systématiquement scolarisés, et développent souvent des difficultés particulières liées à la vie en institution.

---

<sup>21</sup> Programme Alimentaire Mondial, Alimentation et éducation : le rôle du PAM en matière d'amélioration de l'accès à l'éducation des orphelins et des enfants vulnérables d'Afrique subsaharienne, World Food Program, Division des stratégies et des politiques, septembre 2002.

## ❖ La tutelle

Pour évaluer la vulnérabilité d'un enfant, la situation de l'adulte qui le prend en charge est importante.

Vivre avec un tuteur séropositif ou malade expose considérablement l'enfant du point de vue socio-économique et compromet gravement son avenir : la première des conséquences peut être la déscolarisation de l'enfant qui doit subvenir seul à ses besoins et bien souvent s'occuper de son tuteur malade. De même qu'être à la charge d'un tuteur âgé et/ou sans ressources a des conséquences directes sur ce que vit l'enfant : cela peut là encore entraîner une déscolarisation pour une quête alimentaire quotidienne. Les aînés des fratries seront dans ce cas davantage exposés, tentant de pallier eux-mêmes aux difficultés matérielles de la famille.

Les familles monoparentales sont bien souvent d'un niveau socio-économique plus modeste que les autres, et les enfants vivant avec un seul parent seront plus exposés si le parent ou le tuteur tombe malade ou décède. Les conditions de vie matérielles dans lesquelles vit l'enfant (famille nombreuse, confort de la maison...) sont également à prendre en compte. Le lien affectif et familial avec le tuteur détermine aussi le niveau d'exposition de l'enfant. En effet, plus le lien familial unissant l'enfant et son tuteur est lointain, plus l'enfant risque d'être discriminé par rapport aux enfants biologiques de la famille, plus il risque ainsi d'être déscolarisé et sa force de travail exploitée. Il sera aussi davantage exposé aux abus sexuels de la part des adultes.

La spoliation de l'héritage des veuves et des orphelins semble être presque systématique au Congo et est quasiment toujours le fait de la famille paternelle des enfants. Au décès du parent, correspond presque toujours une chute dans le niveau de vie des enfants, les exposant davantage aux risques.

<u>Vulnérabilité Haute - VS3</u>
Pour être classé VS3, il suffit que l'enfant adhère à un seul de ces critères
<ul style="list-style-type: none"><li>- 1 repas par jour ou moins</li><li>- Orphelin chef de famille</li><li>- Enfant vivant en orphelinat</li><li>- Enfant vivant de ou dans la rue</li><li>- Enfant déplacé et/ou vivant dans un camp</li><li>- Tuteur séropositif, malade du Sida, handicapé ou atteint d'une autre pathologie grave</li><li>- Tuteur sans ressources (sans emploi ou retraité), ou ayant des ressources faibles et/ou irrégulières (&lt; 30 000 FCFA/mois)</li><li>- Adhésion à plus de 5 des 11 critères de VS2</li></ul>

<u>Vulnérabilité Moyenne - VS2</u>
Pour être classé VS2, un enfant doit cumuler entre 2 et 5 critères
<ul style="list-style-type: none"><li>- Fille</li><li>- 2 repas par jour</li><li>- Enfant non-scolarisé</li><li>- Famille monoparentale</li><li>- Tuteur ayant des revenus moyens (entre 35 et 95 000 FCFA/mois)</li><li>- Tuteur hors famille élargie</li><li>- Plus de 6 enfants à charge</li><li>- Pas d'eau pas d'électricité à la maison</li><li>- Spoliation de l'héritage</li><li>- Famille élargie absente ou non-mobilisable</li><li>- Pas d'assistance extérieure (ONG, intervenants sociaux...)</li></ul>

<u>Vulnérabilité Basse - VS1</u>	
Pour être classé VS1, un enfant doit cumuler 2 critères	
-	3 repas par jour
-	Tutelle familiale
-	Revenus fixes, rente ou salaire (> 100 000 FCFA/mois)
-	1 seul critère de la liste VS2

### **c) Vulnérabilité psychologique (VP)**

Un certain nombre de critères de vulnérabilité psychologique qui paraissent reflétant la spécificité du vécu des orphelins ont été retenus. La perte d'un parent représente en soi une source de fragilité psychologique pour un enfant. Cette échelle ayant été conçue pour le projet pilote (donc pour des enfants orphelins d'au moins un parent), elle ne propose pas de degré de vulnérabilité basse (VP1). Dans un contexte impliquant une autre cible, la révision de cette échelle pourrait s'avérer utile.

#### ❖ *Les deuils*

Le deuil d'un parent, à fortiori des 2, a un impact majeur sur le psychisme de l'enfant et peut perturber considérablement son développement. Au-delà de la profonde tristesse et du manque affectif majeur, la mort du parent représente en effet la perte de la protection de l'adulte, fondement de la sécurité intérieure d'un enfant qui prend conscience d'être ainsi exposé à tous les dangers de la vie.

Quelles que soient les circonstances du décès, un enfant a toujours l'impression que si son parent est mort, c'est que lui-même ne lui a pas suffisamment donné envie de s'accrocher à la vie. L'enfant en deuil est donc un enfant qui culpabilise et éprouve le besoin d'être rassuré par les adultes.

Une caractéristique des orphelins du Sida, est l'exposition à des deuils multiples. Après avoir perdu un parent, puis 2, certains enfants sont à nouveau exposés à des deuils en série : l'hécatombe continue dans la fratrie, et parfois la maladie emporte également le tuteur, puis encore un autre tuteur. Ce scénario est d'autant plus fréquent que la prévalence au VIH est élevée.

#### ❖ *Discrimination, stigmatisation*

Le Sida est une maladie entourée d'un jugement moral très fort dans la société congolaise. Quant un adulte rappelle sans cesse à un enfant que son parent est mort du Sida, celui-ci comprend bien au-delà des mots qu'il s'agit d'une condamnation morale de son parent « qui n'était pas quelqu'un de bien », ou « qui a eu une sexualité déviante ». On comprend ainsi les conséquences psychologiques néfastes de la discrimination et de la stigmatisation à l'égard des orphelins du Sida. Un soutien psychologique efficace permettra à l'enfant de préserver une bonne image de son parent disparu et de se construire plus solidement en tant qu'adulte.

#### ❖ *Accusations sorcières*

Par ailleurs, soulignons l'impact négatif des « accusations sorcières » à l'encontre des orphelins, du type : « c'est lui qui a mangé son parent ». Ces accusations vont raviver la douleur de la perte et accentuent la souffrance psychique du jeune enfant. Le rôle de l'adulte est justement de le rassurer et de l'aider à ne pas se sentir coupable.

Traditionnellement, ces accusations se fondent sur des comportements étranges de la part des enfants : les enfants sorciers se remarquent car ils sont différents des autres, ils aiment

rester solitaires, ou font des choses insolites : fuient la maison, tiennent des propos bizarres, refusent de se laver... Toutes sortes de comportements qui éveillent des soupçons quant à leur nature sorcière. Soulignons combien ces comportements se retrouvent chez les enfants endeuillés, et sont même les symptômes d'une souffrance psychique, donnant bien souvent lieu à ce type d'accusation. Un soutien psychologique particulier aux enfants endeuillés ainsi qu'aux familles élargies doit donc être envisagé en prévention de telles accusations.

#### ❖ *Enfant garde-malade*

Lorsqu'un enfant a vu son parent s'affaiblir de jour en jour, et qu'il l'a aidé à lutter contre la maladie, il peut rester hanté par les images de la dégradation physique. Ces images reviennent en cauchemars, lui rappelant sa propre impuissance à retenir son parent dans la vie. L'impact est d'autant plus fort que durant la maladie du parent, les rôles ont été inversés, l'ordre du monde bouleversé : l'enfant est devenu le parent de son propre parent. Ces expériences marquent profondément les orphelins qui ont besoin d'être soutenus.

#### ❖ *Enfant rival*

Le remariage d'un parent est un facteur de vulnérabilité important des enfants congolais. En effet, la recomposition des familles expose parfois l'enfant de la première union à des frustrations, des mauvais traitements, ou des accusations pouvant mener à des troubles plus graves comme la fugue, la déscolarisation. Il n'est pas rare que ces enfants finissent soit par être chassés de la maison, soit par quitter d'eux-mêmes le toit familial pour aller rejoindre les bandes d'enfants des rues.

#### ❖ *Violences sexuelles, conflits armés*

Au regard du nombre de viols ayant été perpétrés sur des enfants pendant les dernières guerres au Congo, il apparaît que ce problème doit faire l'objet d'une prise en charge prioritaire. Le viol est une arme de guerre bien connue et très efficace puisqu'elle cause des dommages psychologiques considérables, surtout lorsqu'il est perpétré sur des enfants. En effet, ceux-ci restent marqués par l'irruption d'une sexualité violente dans leur sphère physique et psychique, et seront d'autant plus exposés à l'exploitation sexuelle dans leur vie d'adulte. Le viol de masse sur des enfants tel qu'il a été commis au Congo expose cette génération à des difficultés importantes dans le rapport au corps, à l'intimité, à la gestion de la sexualité et des risques sexuels. Le risque d'avoir recours à des rapports sexuels de survie s'accroît après un viol, et s'accroît encore davantage après plusieurs viols.

Il en va de même pour toutes les violences armées qui ont un impact psychologique d'autant plus fort qu'elles proviennent de ceux qui représentent l'autorité et sont censés protéger les enfants : les adultes. Témoins d'injustices, de spoliations, d'insultes, et de l'arbitraire des adultes, les enfants grandissent avec l'idée que rien ni personne ne peut garantir la justice, et deviennent plus facilement accessibles à l'idée que eux-mêmes peuvent s'autoriser les pires exactions en toute impunité.

Les guerres d'hier sont le terreau de celles de demain, d'où l'importance fondamentale du travail de la justice, ainsi que de la prise en charge psychologique des victimes et des auteurs.

<u>Vulnérabilité Haute - VP3</u>
L'adhésion à un seul de ces critères inclut l'orphelin dans la catégorie
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de la protection d'un adulte</li> <li>- Décès des 2 parents</li> <li>- Troubles du comportement (drogue, vols ...)</li> <li>- Stigmatisation et discrimination à l'encontre de l'orphelin</li> <li>- Accusations sorcières</li> <li>- Exposition à des deuils multiples (parents, frères et sœurs puis tuteur(s))</li> <li>- Témoin et/ou victime de violences de guerre</li> <li>- Viol, exploitation sexuelle</li> </ul>

<u>Vulnérabilité Moyenne - VP2</u>
L'adhésion à un seul de ces critères inclut l'orphelin dans la catégorie
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décès d'un parent</li> <li>- Remariage d'un parent</li> <li>- Fratrie séparée suite au décès</li> <li>- Abandon de la scolarité</li> <li>- Exploitation de la force de travail</li> <li>- Témoin de la dégradation et la souffrance physique du parent</li> </ul>

## **D. Conclusion**

A l'issue de cette réflexion, il apparaît que les mesures de soutien aux enfants vulnérables et aux orphelins doivent s'inscrire dans un contexte de réformes plus général, dépassant largement le cadre de notre mission de planification. En effet, des réformes plus structurelles et plus globales seraient indispensables à une véritable réduction des risques de vulnérabilité chez les enfants, allant au-delà d'une réponse directe à leurs besoins quotidiens. Il appartient aux autorités congolaises de créer ce contexte plus favorable, dans des domaines actuellement très affaiblis et qui dépassent les moyens dont dispose ce programme (systèmes de santé, d'éducation, de formation professionnelle, etc.).

Néanmoins, lors de notre mission, certaines dispositions complémentaires en faveur des enfants sont apparues comme susceptibles d'avoir un impact particulièrement positif. Pour renforcer l'efficacité du programme national de prise en charge des OEV, il serait important de pouvoir envisager :

- un travail législatif visant à rapprocher les lois des pratiques sociales (tout en faisant évoluer ces dernières), en matière d'unions matrimoniales, d'héritage, et d'accès au droit des femmes et des familles ;
- une véritable pénalisation de la discrimination pour cause de handicap ou maladie<sup>22</sup> ;
- la création d'un fichier national des orphelinats et de recensement des orphelins ;
- l'obtention obligatoire d'un agrément de l'État pour l'ouverture de toute structure privée de prise en charge d'enfants (internats, orphelinats, écoles, jardins d'enfants...) ;
- des mesures de pénalisation effective pour les atteintes à l'intégrité des enfants.

<sup>22</sup> Article 8 de la Constitution du 20/1/02 : « Est interdite toute discrimination fondée sur l'origine, la situation sociale ou matérielle, l'appartenance raciale, ethnique ou départementale, le sexe, l'instruction, la langue, la religion, la philosophie ou le lieu de résidence ». Ce texte ne fait pas mention du handicap physique et de la maladie et n'a pas de portée pénale.

## Etat actuel de la prise en charge

---

Afin d'évaluer les possibilités de développement de la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables au Congo, un maximum d'intervenants dans ce domaine ont été rencontrés. Ces rencontres représentaient un double intérêt : elles devaient permettre d'une part de recenser les besoins et les difficultés concrètes auxquelles sont confrontés ces enfants, et d'autre part d'évaluer les initiatives mises en œuvre à leur encontre. Pilotés par Médecins d'Afrique pour la plus grande partie de ce travail, la démarche suivie a été la suivante :

- Identifier les différents types d'actions de terrain (scolarisation, apprentissage, accueil en orphelinats, protection de l'enfance, soutien psychologique, scolaire, alimentaire, médical...);
- Repérer les différents bénéficiaires (orphelins du Sida, orphelins de guerre, autres orphelins, enfants des rues, prostitués, drogués...).

Durant la mission, 27 structures ont été approchées, lors d'au moins 40 rendez-vous<sup>23</sup>.

Cette démarche a été approfondie par un travail quotidien avec Médecins d'Afrique, tant pour élaborer le projet pilote, que pour mieux comprendre le contexte et la réalité de ce que vivent les enfants dans le pays.

Disposant d'un temps limité, un travail exhaustif n'a pu être entrepris et il a été décidé en premier lieu de faire fonctionner les réseaux existants entre les structures. Les structures les plus souvent citées et celles paraissant être le plus reconnues pour l'efficacité de leurs actions de terrain ont été contactées. L'expertise existante dans des domaines annexes sensibles pour les OEV (le droit des enfants par exemple) a été recherchée. Afin d'avoir un aperçu des différents niveaux d'intervention, les lieux de prise en charge des enfants ont été visités.

Le bilan de ce travail de terrain a permis de mettre en évidence différents niveaux d'intervention, sans distinction des structures y étant rattachées (Etat, ONU, ONG, associations locales) :

- Celles disposant d'une expérience de terrain reconnue et ciblée sur un groupe spécifique ;
- Celles qui malgré les problèmes de fonctionnement rencontrés, disposent d'une expertise pouvant représenter un potentiel utile dans certains domaines précis ;
- Des associations ou structures tellement démunies en moyens matériels et humains que leurs actions relèvent pratiquement de la déclaration d'intentions, souvent très bonnes, et pour lesquelles il est très difficile d'évaluer le potentiel.

### A. L'Etat

#### 1. Des ressources insuffisantes

Adopté en 1984, le code congolais de la famille reconnaît à l'Etat « le devoir de protéger l'enfance et l'adolescence dont la santé, la sécurité, la moralité, ou l'éducation sont compromises ou insuffisamment sauvegardées », et lui attribue les mêmes devoirs qu'aux

---

<sup>23</sup> Liste présentée en Annexe 1 et 2 « Structures rencontrées et fiches techniques de présentation ».

parents<sup>24</sup>. Il est dans ce contexte le premier acteur susceptible de pallier les conséquences de la mort des parents auprès des orphelins et enfants vulnérables. Dans la pratique, peu d'initiatives nationales dans ce domaine existent, elles sont apparues plutôt désorganisées et désargentées. L'intervention ministérielle en direction de l'enfance vulnérable est en effet « marquée par des difficultés liées au manque de financement et de ressources humaines qualifiées »<sup>25</sup>. Envisager le renforcement des actions locales laisse supposer qu'il existe déjà une base sur laquelle s'appuyer.

Le manque de ressources financières allouées aux projets sociaux crée une certaine démotivation et un désinvestissement des agents de l'Etat auxquels s'ajoutent un manque de formation professionnelle et des compétences inadaptées au contexte social.

Quel intérêt pour un programme d'aide d'encourager la scolarisation des enfants si les écoles sont à moitié détruites, que les salles de classe ne sont dotées ni de chaises ni de tables, et que les enseignants désertent leurs responsabilités car ils ne sont pas payés ?

Dans le domaine de la Justice, il semble que le Congo ait ratifié toutes les conventions en matière de protection de l'enfance et que les lois nationales existent, mais toutes ces mesures restent au stade de la déclaration d'intention, sans avoir pu évaluer les efforts existants pour mettre en pratique ces droits. La cohabitation du droit civil (les textes) et du droit coutumier (la pratique), aboutissent à des pratiques hétérogènes notamment en matière de succession, conduisant souvent à la spoliation des biens des plus faibles (veuves et enfants)<sup>26</sup>.

## **2. Une faible coordination inter-ministérielle**

Plusieurs Ministères interviennent en matière d'appui aux enfants vulnérables (Ministère de la Santé, de l'Education, de la Jeunesse et des Sports, de l'Action Sociale, de la Justice) et planifient indépendamment les actions et programmes qu'ils mettent en œuvre à l'encontre des OEV. La faible coordination inter-ministérielle provoque une superposition de ces programmes alors qu'une action globale et concertée pourrait maximiser leur impact positif sur les OEV.

Améliorer la prise en charge des OEV passe inévitablement par un dialogue entre les différentes instances concernées par les problèmes de ces enfants : s'agissant d'une prise en charge globale autour d'une population particulière, l'action doit être transversale. Ainsi, il paraît indispensable que les Ministères puissent se rencontrer et mener des actions concertées et complémentaires.

Depuis plus d'un an, le projet des Assises de l'Enfance Vulnérable a beaucoup de mal à s'organiser, il s'agit d'une initiative du Gouvernement à travers le Ministère des Affaires Sociales, dont l'objectif est de formuler et d'adopter un plan stratégique d'interventions en faveur des enfants vulnérables. Ces assises devraient se dérouler dans le courant de ce mois d'avril 2003.

## **B.**

---

<sup>24</sup> Article 262 de la Constitution, p 67.

<sup>25</sup> Nkouika-Dinghani-Nkita G., Les déterminants du phénomène des enfants de la rue à Brazzaville, UERPOD, Brazzaville, p6.

<sup>26</sup> 41,92% de mariages coutumiers, 31,46% d'unions libres, et 26,61% de mariages civils. Reconnaissance de la dot coutumière dans le droit civil. Libali B., *Formes d'union matrimoniale et protection des enfants dans le contexte de post-conflit au Congo*, UERPOD, Brazzaville.  
Collectif, *Contribution Congolaise*, Atelier Régional sur les enfants orphelins et autres enfants vulnérables, Yamoussoukro, 8-13 avril 2002.

## Les Nations Unies

De très nombreux organismes des Nations Unies interviennent au Congo. Dans le domaine de l'enfance vulnérable, seuls l'UNICEF en temps que soutien logistique/réhabilitation, et le PAM en tant que soutien alimentaire ont été rencontrés. Ces deux organisations appuient principalement les initiatives locales tant du point de vue financier que matériel (fourniture de kits : scolaires, médicaments...).

L'UNICEF a mis en place un programme de réhabilitation des écoles et souhaite lancer un label « Ecole Amie des Enfants » qui serait accordé à des écoles remplissant un certain nombre de critères de qualité (réhabilitation des locaux, équipement, cantine...).

Théoriquement, ces organismes conçoivent leurs interventions de façon à ce qu'elles renforcent les initiatives locales publiques et privées. Dans la pratique, la faiblesse des initiatives de l'Etat les conduit à mener des actions très ciblées, qui ne couvrent qu'une partie infime des besoins. Le PAM par exemple, fournit une aide alimentaire censée venir renforcer les capacités alimentaires existantes. Dans la réalité, certains enfants se nourrissent exclusivement à partir des colis du PAM. Cette source unique de denrées alimentaires les conduit à une alimentation quasi exclusive de riz blanc nature, qui a pour conséquence des carences en vitamines, des constipations chroniques et des colopathies.

Par ailleurs, il est difficile de cerner précisément l'étendue des interventions des Nations Unies en direction de la réhabilitation<sup>27</sup> des enfants soldats. Nous nous sommes intéressés à la condition des Ninjas (dont certains sont mineurs) durant notre séjour et aux capacités de prise en charge psychologique de ces enfants traumatisés. En effet, il semble qu'un programme des Nations Unies d'aide à la réinsertion sociale des ex-combattants ait existé. Lors de la visite au camp de l'ancien Etat Major, l'état des Ninjas était alarmant : affamés (ils n'avaient pas mangé depuis 2 jours), très sales, et malades (gale, etc.). Dans ce camp, vivent des jeunes de moins de 18 ans ayant été Ninjas, et également des bébés puisque certains Ninjas y vivent avec leur famille.

Par ailleurs l'UNICEF est souvent sollicitée par des orphelinats et structures locales sur d'autres besoins (de vêtements par exemple).

Il semble que l'expertise des Nations Unies se situe plus en terme de réflexion, de stratégies d'actions, d'évaluation des priorités, d'analyse et d'études sur ce que vivent les enfants. Il est d'ailleurs prévu de faire appel à l'UNICEF pour ce qui est de la supervision et du suivi-évaluation du projet Orphelins qui sera piloté sur le terrain par Médecins d'Afrique.

## **C. ONG**

Peu d'ONG internationales intervenant dans la prise en charge des enfants vulnérables ont été identifiées. Seule exception, l'IRC, ONG américaine et européenne, très engagée auprès des enfants des rues et experte locale incontournable dans ce domaine

Dans le cadre des contacts pris par la composante « renforcement institutionnel et des associations », le reproche majeur généralement fait aux ONG internationales installées au Congo est leur repli sur elles-mêmes, ne recherchant pas vraiment à s'appuyer sur les acteurs locaux, ni à créer des conditions favorables pour leur émergence. Très experts et

---

<sup>27</sup> Le travail de réhabilitation est entendu selon Françoise Sironi, au sens de « soigner quelqu'un dans la prise en compte de la dimension historique, politique et sociale du problème. (...) Il ne peut donc pas y avoir de réhabilitation sans reconnaissance de la part de l'Etat (...), dont l'implication a en soi une valeur thérapeutique », *Fabrication psychologique par la guerre et psychothérapie des ex-combattants*, Stress et trauma, Tome 2, n°4, août 2002, p244.

professionnels dans leur domaine, ils utilisent parfois les associations communautaires davantage comme caution de leurs actions de terrain que dans l'idée d'une véritable collaboration ou renforcement (transfert de compétences). Cette position dominante des ONG génère une situation de dépendance des associations communautaires qui répondent au coup par coup au gré des sollicitations. Les actions résultant de ce fonctionnement ont souvent une forte visibilité, mais ne produisent pas véritablement d'effets durables (distribution de préservatifs au 1<sup>er</sup> décembre).

## **D. Initiatives privées et ressources locales**

C'est le domaine d'intervention le plus hétérogène. Les initiatives émanent essentiellement de 2 groupes :

### **1. Les religions, églises et sectes**

Ce sont de loin les plus représentées en nombre d'initiatives au bénéfice des enfants. La religion est probablement le fondement idéologique de quasiment toutes les initiatives locales. Dans ce contexte, les dérives sont légion, car dès qu'il s'agit d'actions menées au nom du Bien des enfants, le Bien devient vite ce derrière quoi on se range pour essayer de s'acheter une conscience ou une « place au Paradis »<sup>28</sup>. Toutes sortes de religions et de sectes sont représentées à Brazzaville : les protagonistes sont bouddhistes, évangélistes, baptistes, salutistes, spiritains, Oblates, du Réveil... Plutôt que de toutes les identifiées, une évaluation de leur action de terrain a été menée.

Certaines structures fondées par ces églises sont opérationnelles et font un travail intéressant en direction des enfants : le travail de prise en charge semble professionnel, au-delà des simples convictions personnelles des encadrants.

### **2. Les universitaires et autres intellectuels ayant fait des études supérieures**

Plus rares sont les actions qui ne sont pas menées au titre d'une idéologie religieuse : elles émanent de professionnels de la santé, du droit, du social ou des sciences humaines (sociologie, psychologie). Ces initiatives sont moins idéologisées, moins démagogiques et plus professionnelles. Les convictions religieuses des intervenants ne sont pas forcément absentes, mais il s'agit bien de positions personnelles, et jamais des théories du groupe.

### **3. Les « communautés »**

Certains mots se référant à des concepts élaborés dans des contextes spécifiques se retrouvent parfois vidés de leur contenu à force d'être utilisés à outrance. La notion de communauté reflète des réalités bien différentes selon les locuteurs : la police, les familles des enfants, chefs de quartiers, comités de tuteurs, communautés religieuses, séropositifs et malades du Sida, handicapés, habitants des quartiers etc. Ces groupes plus ou moins formels existent et représentent des forces sur lesquelles l'Etat et les Nations Unies doivent s'appuyer et dont ils doivent renforcer les capacités.

Dans cette perspective, une certaine vigilance est de mise quant au recours à la prise en charge communautaire des OEV. Il s'agit d'éviter de :

- Renvoyer les problèmes à l'ensemble des communautés qui accueillent déjà les orphelins en leur sein ;
- Aggraver la situation socio-économique déjà très précaire de ces familles, et les affaiblir ainsi davantage ;
- Permettre aux pouvoirs publics et aux instances internationales de se défausser à moindre coût ;

---

<sup>28</sup> Propos recueillis à l'orphelinat des Sœurs Oblates de Brazzaville.

- De proposer aux populations une prise en charge « au rabais ». En effet, le fait d'appartenir à une communauté ne légitime pas en soi une expertise sur l'ensemble d'un problème.

Il est important de tenir compte de ces dimensions et d'y être vigilant afin de ne pas briser la solidarité communautaire. En particulier dans le recours au bénévolat qui représente un grand intérêt dans notre domaine, mais pose aussi ses limites. Les volontaires sont souvent des personnes elles-mêmes porteuses de leurs difficultés, s'engageant parfois à défaut d'avoir une activité rémunératrice. Cet aspect rend leur engagement réversible lorsqu'elles trouvent ailleurs un emploi payé, ne permettant pas à la structure de véritablement capitaliser l'expertise qu'elle contribue à créer. La mobilisation communautaire est essentielle, en particulier lorsqu'elle offre réellement la possibilité d'un échange bilatéral : formation, aide à la structuration, appui et complémentarité, offre de compétences contre renforcement d'expertise.

## **E. Contraintes**

Les principales difficultés des structures de prise en charge des OEV à Brazzaville paraissent être les suivantes :

### **1. Le manque de moyens matériels**

Absence criante de moyens financiers et matériels : les lieux visités sont dénués de tout : les locaux exigus, ne disposent quasiment pas d'équipements de base, ni de médicaments. Les pénuries de tous ordres (alimentaires, d'essence...), la mauvaise qualité du réseau téléphonique, le manque d'accès à l'eau courante et à l'électricité posent évidemment de graves problèmes aux structures et limitent les possibilités de communiquer et de s'organiser.

### **2. Le manque de professionnalisme et de formation du personnel<sup>29</sup>**

Le problème des ressources humaines du pays est massif : en particulier dans le domaine des compétences sociales et éducatives. Les intervenants auprès des enfants sont peu qualifiés, « formés » sur le tas, disposant de connaissances sommaires sur la psychologie et le développement des enfants, souvent démunis dès qu'il s'agit d'aborder des spécificités telles que la toxicomanie, la délinquance, l'information sur la sexualité et les IST, le handicap, le deuil. La plupart sont des bénévoles tout juste indemnisés pour leur transport, n'ayant à offrir que leur bonne-volonté et parfois leur dynamisme.

### **3. La réticence à travailler ensemble**

Les structures travaillent isolées les unes des autres, c'est un fait marquant ; les initiatives les plus intéressantes sont celles déjà organisées en réseau. Cette difficulté à travailler ensemble paraît être symptomatique d'un certain manque de transparence sur le fonctionnement interne, en particulier sur le financement. La situation devient paradoxale dans un pays disposant de peu de moyens : il serait vraiment plus efficace de miser sur la complémentarité et le renforcement mutuel.

Quelle place faut-il donner aux clivages ethniques et à la jalousie interpersonnelle dans ce constat ?...

---

<sup>29</sup> Ce constat figure déjà dans le rapport de l'atelier régional de Yamoussoukro de 2002.

#### **4. Les conséquences matérielles et psychologiques de la guerre**

Les dégâts matériels de la guerre sont encore visibles dans Brazzaville, même si la reconstruction a commencé. Néanmoins, il reste un grand traumatisme psychologique qui se manifeste constamment dans les rapports humains. Beaucoup de nos interlocuteurs ont les plus grandes difficultés à se projeter dans l'avenir, à investir et à élaborer des projets se déroulant sur un certain terme. De plus, nous avons perçu très fortement la difficulté à croire qu'il était possible de construire quelque chose fondé sur le bien commun.

S'investir auprès des enfants pour réduire leur vulnérabilité est justement une façon pour un peuple de miser sur son propre avenir, et ce n'est nullement un hasard si cette prise en charge des enfants vulnérables cristallise justement bon nombre des difficultés auxquelles doit faire face le pays.

# **Projet Médecins d'Afrique d'appui aux orphelins du Sida à Brazzaville**

---

## **A. Présentation générale de Médecins d'Afrique**

Médecins d'Afrique (MDA) est une ONG nationale d'appui au développement socio-sanitaire créée en 1995. Elle a pour objectifs d'une part d'intervenir sur le terrain dans des situations d'urgence (épidémies, conflits, catastrophes), d'autre part de s'engager aux côtés des pouvoirs publics dans la mise en œuvre du plan de développement sanitaire national.

L'association a participé à la création de 5 centres de santé primaire. Elle assure actuellement la gestion d'un de ces centres. Deux dispensaires mobiles sont intervenus sur le terrain des conflits en attendant la remise en état de structures de soins endommagées. Des actions de prévention communautaire, de médecine scolaire, d'alphabétisation sanitaire des mères ont été menées, ainsi qu'un programme de formation des acteurs diocésains de lutte contre le Sida.

Depuis 2001, MDA propose un soutien aux orphelins du Sida dans le cadre d'un projet financé par l'UNICEF. Il consiste pour les orphelins en un accès gratuit aux soins de santé primaire, une aide alimentaire mensuelle, un appui à la scolarité, et un soutien psychologique. Un programme d'activités génératrices de revenus est destiné aux tuteurs.

En mars 2001, elle a ouvert au public un Centre de documentation, information et conseils sur le Sida (CDICS) à Brazzaville dans le quartier de Mougali. Ce centre abrite également le cybercafé et le siège de la Coordination Sida de l'association. Un bureau y est également réservé à l'association des personnes vivant avec le VIH. Ce petit bâtiment que les orphelins connaissent bien pour le fréquenter régulièrement, sera transformé en lieu d'accueil pour le projet pilote.

De multiples compétences convergent vers cette association créée par des médecins : psychologues, sociologues etc. Elle compte actuellement parmi ses salariés et bénévoles une majorité de médecins. MDA a généré de nombreux partenariats au fil des actions de terrain avec des structures spécialisées complémentaires à ses actions (Forum des jeunes entreprises, Comptoir juridique junior...) et su gagner une certaine reconnaissance de la part des pouvoirs publics.

## **B. Présentation du Projet**

Afin de soutenir leur situation spécifique un premier projet pilote "de prise en charge des orphelins du SIDA à Brazzaville", financé par l'UNICEF a été lancé en septembre 2001 pour une durée de un an.

Basé sur une approche communautaire et multisectorielle, ce projet vise à apporter un appui aux orphelins sur plusieurs composantes, répondant ainsi aux premiers besoins vitaux identifiés des orphelins tels que l'alimentation, l'éducation, le suivi médical et le soutien psychologique. L'association congolaise Médecins d'Afrique est en charge de son exécution et de la mise en œuvre des activités. L'objectif principal consiste à assurer la protection sociale des orphelins du Sida en favorisant l'accès aux services de base et en créant les conditions favorables à leur épanouissement à travers plusieurs objectifs spécifiques :

- l'élaboration d'une base de données des orphelins du Sida à Brazzaville
- l'organisation de la prise en charge psychosociale et alimentaire de ces orphelins
- l'accès aux services sociaux de base (soins de santé, éducation, formation et apprentissage)
- le renforcement des capacités des familles à prendre en charge les orphelins par la promotion d'activités génératrices des revenus.

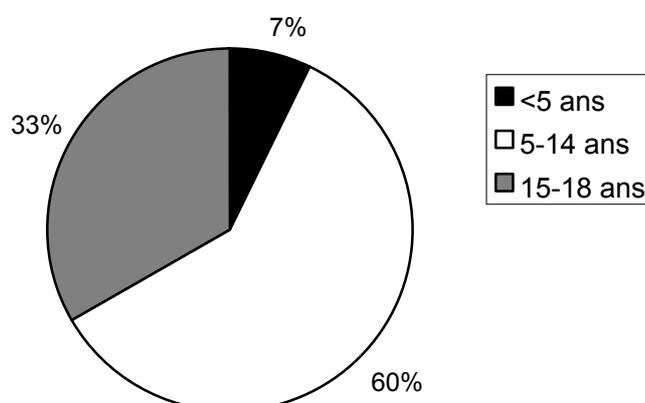
L'objectif de l'analyse qui suit est d'une part d'évaluer les coûts moyens par orphelin bénéficiaire des différentes stratégies de prise en charge sur la période septembre 2001 à décembre 2002 et d'autre part d'identifier les contraintes liées au projet. Cette expérience pilote doit servir de base à la mise en place d'un nouveau projet pilote financé par la Banque mondiale qui ciblera un nombre plus restreint d'orphelins tout en développant un panel plus large d'activités dans une zone géographique spécifique (quartier de Moungali). Il est donc essentiel de bien analyser les coûts et les contraintes afférentes à l'exécution du projet par Médecins d'Afrique afin de planifier au mieux les activités et le budget de celui prévu par la Banque mondiale.

### **C. Lancement du Projet : recensement et enquête sociale**

Le projet pilote a débuté en septembre 2001 par le recensement des orphelins du Sida sur Brazzaville. Ce recensement s'est effectué sur la base des décès enregistrés au Centre de Traitement Ambulatoire et dans les hôpitaux ainsi que par la diffusion de communiqués dans les médias, les églises et les orphelinats. Une enquête sociale a ensuite été organisée auprès des orphelins identifiés lors du recensement. Elle s'est déroulée sur 3 semaines et dans les 7 arrondissements de Brazzaville. Sur un total de 1622 cas de décès dus au VIH/SIDA enregistrés dans les hôpitaux, 1293 familles ont été visitées tandis que 329 n'ont pu être retrouvées.

A l'issue de la collecte des données, une base de données recensant 3377 orphelins a été constituée sur Access, soit une moyenne de 2,6 orphelins par famille.

**Graphique 1** : Répartition des orphelins recensés en septembre 2001 par tranche d'âge



La majorité des orphelins (93,4%) ont été accueillis par des parents proches tandis que 5,7% soit 194 sont orphelins chef de famille.

Le recensement des orphelins se poursuit encore et chaque nouveau cas identifié est automatiquement intégré au Projet. Sur la période de novembre à juin 2002, 405 orphelins supplémentaires ont été recensés (soit une base totale de 3 782 orphelins), et sur la période de juin 2002 à janvier 2003, près de 800 orphelins ont été identifiés et intégrés.

Les enfants identifiés vivent à 98% en famille, majoritairement dans la famille élargie. Un Comité de tuteurs d'orphelins (CTO) constitué de 6 membres, a été créé dans chaque arrondissement afin d'assurer le lien entre bénéficiaires et la coordination du projet.

## **D. Principales activités mises en œuvre**

Les activités mises en œuvre par le Projet sont détaillées dans l'Annexe 5 et regroupent :

- 1) un appui à la scolarité sous forme de distribution de fournitures scolaires aux enfants scolarisés
- 2) un appui psychologique qui a fait l'objet
  - d'une enquête initiale sur un échantillon de 690 enfants dont l'objectif était d'identifier les orphelins en souffrance psychique et de leur offrir des activités de réhabilitation psycho-sociale tels que les groupes de parole
  - un suivi psychologique régulier et selon les besoins (counselling, entretien, visites des familles)
  - des rencontres récréatives organisées dans chaque arrondissement du projet
- 3) un accès gratuit aux soins de base (consultations et traitement) dans 5 centres de santé identifiés et partenaires
- 4) un soutien alimentaire sous forme de distribution de vivres par le PAM
- 5) une activité de mise en apprentissage des jeunes en partenariat avec un réseau d'artisans
- 6) un soutien économique sous forme d'activités génératrices de revenus pour les tuteurs retraité et/ou sans emplois et orphelins chefs de famille.

## **E. Coûts des activités et contraintes majeures**

### **1. Récapitulatif des coûts du Projet**

L'Annexe 4 présente un tableau de présentation des coûts des activités mises en œuvre par MDA. Un récapitulatif des coûts moyens par bénéficiaire est ajouté dans le tableau ci-dessous. La mise en œuvre, le suivi et la supervision des activités ont coûté au total 123 366 604 FCFA sur la période septembre 2001 à décembre 2002, en sachant que certaines activités ont été mises en place dès janvier 2002, tandis que d'autres n'ont débuté qu'en avril 2002 ou même en décembre 2002.

L'ensemble des coûts du projet a été valorisé y compris les coûts cachés<sup>30</sup> (notamment les dons en médicaments de l'Unicef pour l'appui médical et l'assistance alimentaire du PAM, ainsi qu'une partie des coûts de gestion du siège). Sans comptabiliser les coûts cachés, le projet a un coût total de 49 208 535 US\$, soit 2,6 fois moins.

---

<sup>30</sup> On entend ici par coûts cachés les dons, les interventions bénévoles et les coûts de gestion du siège de l'Association.

**Tableau 1** : Récapitulatif des coûts totaux et coûts moyens par activité (en FCFA), prise en compte des coûts cachés

<b>Activités</b>	<b>Coût total</b>	<b>Dénominateur</b>	<b>Coût/bénéficiaire</b>
Recensement	6 470 000	3377	1 916
Appui scolaire	1 626 950	462	3 522
Réhabilitation psychosociale enquête	2 880 000	690	4 174
Réhabilitation psychosociale activités	128 000	100	1 280
Entretien psychologique	1 380 000	660	2 091
Rencontres récréatives	853 125	1267	673
Accès aux soins de santé de base	3 869 650	663	5 837
Assistance alimentaire (6 mois)	76 050 466	2290	33 210
Formation professionnelle	7 276 150	73	99 673
AGR	6 352 160	111	57 227
Gestion/fonctionnement du projet	20 677 782	3377	6 123
	<b>123 366 604</b>		

Raisonné en termes de coût par orphelin recensé dans la base aboutit à un coût moyen de l'ordre de 58 US\$ mais ce coût est largement sous-estimé du fait que les activités développées sont loin d'avoir ciblé l'ensemble des cas enregistrés. Pour 7 activités, seuls 15 à 30% des orphelins recensés ont été bénéficiaires (voir tableau 1 - Annexe 5).

En considérant que le projet ciblait avant tout les orphelins les plus vulnérables, on peut à titre indicatif distribuer les activités et leurs coûts par degré de vulnérabilité. On obtient le tableau synthétique suivant :

**Tableau 2** : Récapitulatif des coûts moyens par bénéficiaire pour chaque type d'activité et degré de vulnérabilité (en US\$)

	<b>V1</b>	<b>V2</b>	<b>V3</b>
Recensement	3	3	3
Appui scolaire			5
Activité psychologique		11	2
Appui médical	9	9	9
Assistance alimentaire			51
Formation professionnelle	152	152	152
AGR	87	87	87
Fonctionnement/gestion du Projet	9	9	9

L'apprentissage et l'activité AGR représentent les coûts/bénéficiaire les plus importants et atteignent respectivement 152 US\$ et 87 US\$, qui s'expliquent pour l'apprentissage par l'achat préalable d'outillages et par les AGR par les besoins en formation et les coûts de coordination du Forum des jeunes entreprises (150 000 FCFA/mois).

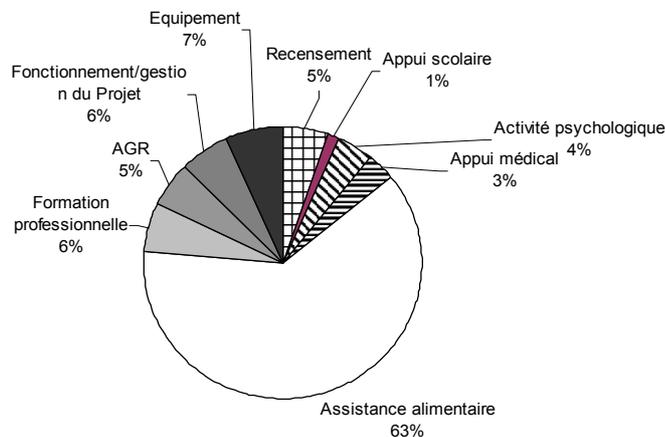
Prenons par exemple le cas d'un orphelin scolarisé, vivant dans un environnement socio-économique pauvre et souffrant de troubles psychologiques. Le coût de prise en charge de cet orphelin (appui scolaire, activités psychologique, aide alimentaire et médicale) sera de 56 734 FCFA soit 84 US\$.

Dans le cas d'un orphelin chef de famille du groupe V3 et bénéficiant d'un soutien psychologique, d'une formation professionnelle, d'un appui alimentaire et médical. Le coût des activités pour cet orphelin est de 150 970 FCFA, soit 230 US\$.

Ainsi, selon le paquet d'activités choisis, le coût peut varier du simple au double. Il peut être inférieur à 100 US\$/enfant si l'on ne prend ni en compte la formation professionnelle, ni les AGR et supérieur à 150 voire 200 US\$ pour des orphelins/tuteurs soutenus au niveau professionnel (AGR, apprentissage).

Pour compléter l'analyse de l'Annexe 5, les graphiques ci-dessous illustrent bien la répartition des coûts du Projet entre les différentes activités, avec et hors valorisation des coûts cachés.

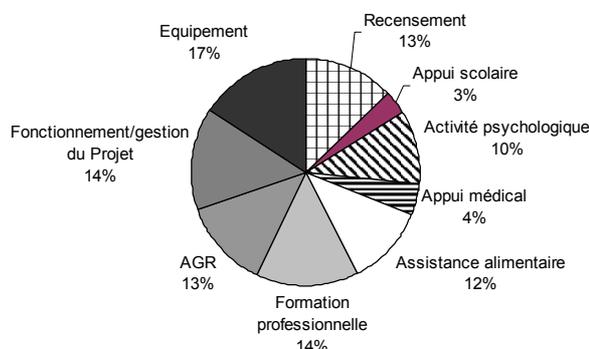
**Graphique 2** : Part de chaque composante du Projet dans le coût total - Projet MDA 2002 - avec valorisation des coûts cachés



Avec la valorisation des coûts cachés, notamment des dons, l'aide alimentaire représente 60% des coûts totaux, l'activité de formation professionnelle 6% et les coûts de gestion représente 10%. Malgré le fait que la formation professionnelle et l'AGR aient un coût moyen élevé et bien supérieur à celui des autres activités, le coût total représente moins de 6% du fait que peu d'orphelins ont été bénéficiaires de cette activité, seuls 8,7% des demandeurs et/ou cible potentielle ont bénéficié d'un apprentissage et/ou une AGR (tableau 1 - Annexe 5).

La valorisation des coûts cachés dans le budget initial représente au total 61% du coût total du projet. Ce pourcentage indique que la prise en compte des coûts cachés fait plus que doubler le coût total du projet. Les dons à eux seuls (alimentation et approvisionnement en médicaments) représentent déjà 56% du coût total.

**Graphique 3** : Part de chaque composante du Projet dans le coût total - Projet MDA 2002 - sans valorisation des coûts cachés



Sans valorisation des coûts cachés, les équipements représentent 17% du coût total, ce qui paraît logique étant donnée la durée du Projet (1 an), donc un amortissement court. Ce sont ensuite les activités de formation et les coûts de coordination du projet, avec respectivement 15% et 13%. L'activité psychologique représente 11% des coûts et l'assistance alimentaire 12%.

Cette analyse des coûts du projet MDA met en évidence la nécessité de ne pas omettre la prise en compte des coûts cachés qui se divisent en deux types d'appui : les dons et les coûts de gestion du siège. Il est important de considérer ces coûts lorsque l'on souhaite calculer des coûts moyens/bénéficiaire et lorsque l'on planifie la mise en œuvre d'un projet, au risque de les sous-estimer.

## 2. Contraintes liées à la mise en œuvre du Projet MDA

### a) *Ressources disponibles versus besoins des orphelins*

Les ressources disponibles pour la mise en œuvre du projet, financières et institutionnelles n'ont pas permis de réaliser les objectifs de prise en charge initialement fixés. Une sélection parmi les cibles identifiées comme vulnérables a dû être mise en œuvre, en réponse aux contraintes budgétaires et aux capacités d'accueil limitées face aux problèmes posés.

C'est le cas par exemple de l'appui scolaire qui n'a ni permis de distribuer des kits à tous les enfants scolarisés répondant aux critères de vulnérabilité fixés, et ni d'assurer la distribution de kits complets aux enfants sélectionnés. Un critère de performance des résultats scolaires de l'année antérieure a été ajouté afin de réduire le nombre de bénéficiaires. Il peut paraître paradoxal de choisir comme cible les enfants les plus vulnérables pour la distribution scolaire alors que les familles accueillant ces enfants sont dans une situation précaire qui ne leur permet pas toujours de payer les frais de scolarité de ces orphelins.

Fallait-il distribuer les kits aux orphelins déjà scolarisés, et donc issus de familles moins en difficulté ? MDA a choisi de renforcer les familles les plus démunies, espérant que l'attribution d'un kit pourrait motiver la scolarisation, mais l'association continue de s'interroger sur les limites d'un tel choix.

L'activité de réhabilitation psychologique s'était fixée comme objectif au démarrage du projet de dépister l'ensemble des orphelins recensés afin de diagnostiquer les troubles psychologiques nécessitant un appui individuel et renforcé. Les objectifs ont été revus à la baisse en raison du budget, et un échantillon de 690 enfants, choisi de manière aléatoire, a fait l'objet d'une enquête sociale. Par ailleurs, l'activité de psychothérapie individuelle initialement prévue a évolué vers une psychothérapie de groupe pour la prise en charge des enfants traumatisés, et ce par manque de personnels psychologues.

Parmi les 428 enfants ayant exprimé le besoin d'une formation professionnelle, 73 seulement ont pu être formés, principalement en raison de la faible capacité d'accueil des artisans. Le manque de matière première, la vétusté de l'équipement souvent insuffisant, le faible niveau de la demande a limité la capacité d'accueil des apprentis et/ou allongé considérablement la durée de formation. De nombreux orphelins en apprentissage sont régulièrement en « chômage technique » et leur motivation s'émousse, augmentant l'absentéisme.

La difficulté de sélectionner les ateliers les plus performants en termes d'activité et de formation de qualité s'explique par le manque de ressources humaines au sein de MDA, pour assurer l'évaluation préalable du maître-artisan et le suivi de la formation. MDA a dû par exemple, intervenir en cours d'année dans des ateliers qui exploitaient cette jeune force de travail, en particulier en limitant le nombre d'heures travaillées par jour. Un plus grand contrôle des conditions d'apprentissage doit impérativement être mis en place pour la suite.

En ce qui concerne l'aide alimentaire du PAM, le colis type est prévu pour une famille de 5 personnes, alors que l'indice synthétique de fécondité (ISF) au Congo est actuellement de 6,3 enfants/femme<sup>31</sup>. Par conséquent, l'aide alimentaire est insuffisante pour couvrir véritablement les besoins des enfants et elle pourrait être davantage adaptée aux réalités locales.

L'enquête initiale de sélection des familles nécessitant un appui alimentaire a été réalisée en 2002 par Médecins d'Afrique à partir des critères du PAM et de la spécificité de chaque famille. En juin 2002, MDA avait identifié 400 familles dans le besoin. Du fait de la poursuite du recensement des orphelins (3 377 orphelins au départ, 4 580 en décembre 2002), la base des familles recevant l'aide a donc évolué au cours de l'année et est passée de 400 à 615. Le PAM a cependant souhaité réaliser une nouvelle enquête qualitative en janvier, février et mars 2003 afin de revoir la liste des familles et de vérifier leur adéquation avec les critères définis. Au cours de cette enquête (3 mois), l'aide a été suspendue, ce qui s'est avéré problématique pour bon nombre de familles ne subsistant que grâce à cet appui. A l'issue de l'enquête, le nombre de familles bénéficiaires a été réduit à 317. La démarche des enquêteurs (étudiants peu formés) a été mal perçue : par exemple, certains enfants ne connaissant pas la cause de la mort de leur parent l'ont appris dans ces circonstances. Les adresses dont le quartier n'était pas précisé ou trop éloignées en périphérie n'ont pas été visitées et ont été radiées d'office. MDA a dû faire face à un afflux de famille ne comprenant pas leur radiation de la liste. Cette nouvelle sélection visant à nouveau à réduire l'accès à l'aide alimentaire a pénalisé des orphelins chefs de familles, des orphelins en apprentissage, des tuteurs âgés et très démunis. De plus, il a occasionné une surcharge de travail à

---

<sup>31</sup> Rapport National du Congo sur les questions de population, les politiques et interventions relatives aux droits et à la santé en matière de reproduction, eu égard en particulier au VIH/SIDA, Direction Générale de la Population, Ministère de la Santé de la Solidarité et de l'Action Humanitaire, Brazzaville, janvier 2002.

l'association, en terme de repointage des familles venant plaider leur cause auprès du coordinateur. Il aurait été sans doute préférable que ce travail de réévaluation associe Médecins d'Afrique, pour sa grande connaissance des familles et du contexte.

### ***b) Arbitraire des notions de catégories***

Le ciblage des orphelins du Sida a exclu les enfants dont les parents malades sont encore vivants. Pourtant, la vulnérabilité des enfants ne commence pas le jour de la mort des parents, il s'agit d'un processus lent de dégradation des conditions de vie qui débute avec l'entrée des parents dans la maladie. Par conséquent, certains de ces enfants sont aussi vulnérables que les orphelins et devraient également faire l'objet d'un appui spécifique (qui pourrait par exemple passer par le biais des associations de lutte contre le Sida, en particulier l'association des personnes vivant avec le VIH). Un rapprochement entre les 2 structures pourrait ainsi s'envisager afin d'organiser des activités conjointes pour les enfants.

Du point de vue médical, il a aussi été difficile d'assurer uniquement la prise en charge des orphelins sans inclure les propres enfants du tuteur. L'association a été contrainte de faire cette différenciation pour des raisons budgétaires mais s'interroge sur son bien fondé, les enfants vivant dans les mêmes conditions. De plus, la perception des orphelins en a été légèrement modifiée, les exposant à une discrimination au sein-même des familles accueillantes.

L'écart entre les ressources à disposition et les besoins des bénéficiaires potentiels a conduit l'association et ses partenaires à resserrer sans cesse les critères d'inclusion, provoquant ce qu'ils ont vécu comme des injustices et des frustrations, pouvant aller jusqu'à un renforcement de la discrimination dans certains cas. Ce point souligne l'arbitraire de la classification des problématiques en catégories d'enfants, et encourage la prise en compte de degrés transversaux de vulnérabilité.

### ***c) Coordination et suivi du Projet/engagement des bailleurs***

La coordination et supervision du projet se sont parfois avérées insuffisantes pour certaines activités telles que la formation professionnelle. Le suivi des enfants placés a été irrégulier et n'a pas permis d'évaluer la qualité de la formation. Une étude de faisabilité avant placement aurait été utile pour évaluer les compétences de l'artisan et sa capacité à garantir une activité suffisante à l'apprenti. Des problèmes de manque d'alphabétisation ont également été également relevés, bloquant l'apprentissage.

Le degré d'implication des partenaires de MDA dans le projet a varié d'une structure à l'autre. Par exemple, les 5 centres de santé n'ont pas tous compris la teneur de leur action envers les orphelins, il en va de même pour les artisans Don Bosco. La distribution du PAM s'est avérée moins complète et plus épisodique que prévue (2 distributions tous les 3 mois).

La collaboration de nombreux partenaires dans un projet global de prise en charge des orphelins nécessite la ratification d'une charte, engageant explicitement le signataire en matière de moyens et de respect de règles éthiques.

Le soutien aux orphelins ne peut se limiter à une offre de prestations, il est indispensable d'avoir les moyens de suivre les enfants et de s'assurer du bénéfice qu'ils tirent de ces actions. Il paraît indispensable de pouvoir assurer un contrôle minimum, ne serait-ce que par l'amélioration effective des conditions de vie des enfants. La supervision et l'évaluation sont deux outils indispensables à la réalisation d'un tel projet.

**d) *Calculs des coûts du projet sans contrainte financière ni institutionnelle (cas de l'appui scolaire, formation et psychologique)***

A titre d'exemple, les coûts de quelques activités du projet ont été considérés en supposant qu'il n'existe aucune contrainte ni financière, ni institutionnelle afin d'évaluer le coût réel de l'activité répondant à l'objectif fixé de « réponse aux orphelins vulnérables ».

Le nombre d'enfants scolarisés est de 2 578, soit 82,3% des enfants en âge scolaire. Par ailleurs, d'après les données de Médecins d'Afrique 1 964 orphelins soit 58,1% ont un tuteur sans emploi et/ou retraité. Si l'on applique ce taux aux groupes d'enfants scolarisés, on peut considérer que 1 499 orphelins sont en situation précaire et nécessitent une aide matérielle en matière scolaire. Ce n'est plus 462 enfants mais 1 499 qui auraient nécessité un appui en fournitures scolaires. En supposant qu'un kit complet coûte 5 035 FCFA/enfant, le coût total attendu compte tenu des objectifs fixés aurait été de 7 547 465 FCFA, soit 4,5 fois plus que le budget initialement prévu.

Sur les 690 enfants sélectionnés pour l'enquête psychosociale, 177 soit 25,6% souffrent de troubles psychologiques et ont bénéficié d'activité de réhabilitation. Si l'on applique ce taux à la totalité des enfants recensés, soit 3 377, on peut considérer que 866 orphelins auraient nécessité un soutien psychologique renforcé. Par conséquent, le coût total aurait été de 5 089 482 FCFA, soit 1,5 fois plus que le coût calculé par le projet.

En matière de formation professionnelle, 428 orphelins, soit 12,6% ont exprimé le besoin d'être formés, et seuls 73 ont pu bénéficier d'un apprentissage. Si l'on considère la prise en charge de la totalité des orphelins, on obtient un coût total de 42 660 044 FCFA, soit 6 fois plus que les dépenses effectuées par Médecins d'Afrique.

**F. Vécu d'adolescents, parcours de prises en charge**

Tous les prénoms de la partie F. ont été modifiés pour des raisons de confidentialité.

Quelques parcours d'adolescents sont présentés ci-dessous en guise d'illustration de la prise en charge proposée par MDA aux orphelins. Le parcours de vie de ces 4 orphelins âgés de 17 à 19 ans renseigne sur l'impact de l'épidémie et de l'histoire collective sur leurs vies. Ils présentent les ressources mobilisées pour s'en sortir et sur la façon dont ils trouvent de l'aide à l'extérieur. Ils attirent notre attention sur certaines dimensions spécifiques de leur culture, du VIH et de la condition d'orphelin et permettent d'approcher plus près leurs préoccupations.

**Estivelle** *aura 17 ans cette année, elle est suivie depuis un an par Médecins d'Afrique. Elle participe activement aux activités, en particulier, au sein du groupe de parole des enfants orphelins, dont elle est la « grande sœur » et où elle dispense de sages conseils. C'est une très jolie jeune fille qui aimerait être coiffeuse.*

*En 2002, son père est mort du Sida, laissant derrière lui une épouse, Paulette, et 3 enfants dont Estivelle est l'aînée. A la suite de ce décès, la famille paternelle les a dépossédés en les chassant de leur parcelle familiale. C'est le jeune frère de la maman qui recueille alors la famille. A cette époque, il est lui-même en difficulté puisqu'il vient de sortir de la forêt où il avait trouvé refuge depuis plusieurs années, contraint de fuir la guerre. Il n'a pas de biens, ni même un emploi, et il lui faut recommencer sa vie à zéro.*

*Quelques temps plus tard, Bernadette commence à manifester des symptômes physiques inquiétants qui amènent l'association à l'orienter vers un test de dépistage du VIH. Ce test se révèle positif, et la maman ne tarde pas à déclarer la maladie par une série d'infections opportunistes : les hospitalisations se succèdent. Lorsque nous rencontrons Estivelle et sa mère, cette dernière apparaît faible et amaigrie, elle a perdu l'usage d'un œil, et est maintenant trop fatiguée pour pouvoir travailler. Sa maladie pèse lourdement sur le budget de la famille, et l'oncle se retrouve en position de chef de famille. Il demande de l'aide à l'association car ne voit plus comment assumer toutes ses charges : il y a 15 jours, le malheur s'est abattu encore une fois sur la famille, emportant sa propre mère et une de ses sœurs. Il a du faire face financièrement à ces décès. Paulette ne peut plus travailler, et Estivelle risque d'être déscolarisée car la famille a besoin de son aide pour ramener de l'argent à la maison. Elle est pour le moment en 3<sup>ème</sup>.*

*Médecins d'Afrique propose alors à l'oncle maternel d'Estivelle de l'aider à commencer une activité génératrice de revenus pour tenter de constituer un revenu à la famille.*

*Estivelle se positionne comme une ressource dans le groupe d'enfant, elle se montre une aînée courageuse, mais elle aura besoin de tout le soutien de l'association pour pouvoir faire face à un passé déjà lourd et à un avenir qui s'annonce difficile. Pour le moment, son oncle maternel semble prêt à accompagner ses neveux dans les épreuves, mais lui aussi aura besoin d'être soutenu pour pouvoir rester présent.*

La plupart des ethnies du Congo sont matrilineaires<sup>32</sup>. Dans la tradition, les neveux héritent de leur oncle maternel qui occupe également une place très importante dans leur protection et leur éducation. Lorsqu'une femme perd son mari, ses enfants doivent être pris en charge par sa propre famille, le plus souvent par ses parents (grands-parents maternels de l'enfant) par son frère (oncle maternel), ou sa sœur (« maman léki », tante maternelle qui a un statut de maman). Cette solidarité familiale continue de fonctionner au Congo, la majorité des orphelins étant accueillis par la famille maternelle, malgré de grandes difficultés matérielles pour ces familles élargies. Il semble pourtant qu'il s'agisse du cadre le plus approprié au bon épanouissement de l'enfant, et les interventions sociales de soutien doivent favoriser ce type d'accueil.

**Jackson a 18 ans, et vit avec son frère Cédric, 17 ans. Ils sont orphelins de père et de mère et à la charge de leur grand-mère.**

*Suivi par Médecins d'Afrique, Jackson participe très régulièrement au groupe de parole des enfants, où il est un élément moteur, n'hésitant pas à proposer des conseils et des idées aux plus petits. C'est un grand gaillard qui avait de grandes difficultés psychologiques au début de la prise en charge : il était très inhibé et s'exprimait avec de grandes difficultés (bégaiement).*

<sup>32</sup> « Se dit d'un mode de filiation dans lequel seule l'ascendance par les femmes est prise en compte pour la transmission du nom, des statuts, de l'appartenance à une unité sociale (le clan par exemple), et pour le choix du groupe dans lequel on doit se marier ». Dictionnaire des peuples. Sociétés d'Afrique, d'Amérique, d'Asie et d'Océanie, sous la direction de Jean-Christophe Tamisier. Collection Les Référents, Larousse, Paris 1998.

*Il est maintenant en 2<sup>ème</sup> année de comptabilité. Médecins d'Afrique sent qu'il a besoin d'être soutenu pour pouvoir continuer d'étudier : en effet, la grand-mère est sans activité et ne parvient pas à pourvoir aux besoins de ces adolescents. Le risque pour Jackson et son frère serait qu'ils renoncent aux études pour mener une petite activité commerciale pour subvenir eux-mêmes à leurs propres besoins. L'association se propose d'aller rendre visite à la grand-mère pour voir avec elle si elle serait intéressée par une petite AGR.*

Le groupe de parole est présenté par les enfants comme « une nouvelle famille », où ils peuvent venir « soulager leur cœur de ce qui les fait souffrir », confier leurs émotions et leurs problèmes. Les sujets abordés sont ce qui fait la vie quotidienne des orphelins et reflètent leurs préoccupations : nostalgie de la vie passée, images récurrentes de la maladie, du décès des parents, scènes traumatisantes de spoliation des biens des parents par la famille, discrimination, insultes des voisins à leur égard, accusations de sorcellerie, manque d'affection de la part des adultes qui s'occupent d'eux, jugement moral sur leurs parents morts du Sida...

La participation au groupe permet d'alterner les positions écouté/écoutant, soutenu/soutenant, et permet à chacun de dépasser sa problématique personnelle et de se décentrer de ses propres difficultés, en jouant un rôle positif auprès d'autres enfants en souffrance. Les enfants de tous âges s'y mélangent, reconstituant une sorte de grande fratrie, les aînés se projetant déjà dans un rôle d'adultes, sous le regard des psychologues. Pouvoir reprendre une position active de lutte pour la vie aux côtés de leurs pairs est un puissant ressort permettant aux orphelins de quitter le statut de victimes passives qui subissent leur sort. Le groupe de parole est un espace très valorisant pour ces enfants.

**Justin a 17 ans, il est actuellement apprenti-mécanicien dans un garage et prépare ainsi son avenir de chef de famille : il a 2 petits frères de 8 et 10 ans, et il est lui-même père d'un bébé de 6 mois.**

*Les parents de Justin étaient séparés et il a vécu avec un père franco-congolais qui bénéficiait d'un certain statut social : voiture, vêtements, sport, écoles privées... Lorsqu'il a 14 ans, son père meurt du Sida et Justin doit partir vivre chez sa mère, dans un milieu social très modeste à Poto-Poto. C'est là que vit Marie-Claire, sa mère, avec son beau-père et leurs 2 jeunes enfants. La famille est très modeste et Justin supporte mal la situation : c'est le choc des mondes. En deuil de son père tant admiré, il doit se soumettre à un beau-père qu'il ne connaît pas. Justin commence à aller mal : il fugue et disparaît plusieurs jours, vole, se bagarre sans cesse. Il se met à vivre en partie dans la rue, fume de l'herbe, et devient extrêmement agressif. Au fil des mois, son beau-père tombe malade et meurt à son tour du Sida. Justin devient alors Cobra, et se déplace armé. Marie-Claire, veuve, et ses enfants trouvent refuge, chez le grand frère qui accepte avec réticence de les accueillir.*

*Pour Justin, cette étape marque une montée en puissance de son malaise : il vit dans la rue, ne rentrant chez son oncle que pour le voler et insulter tout le monde. Il vole à la maison et revend ainsi un congélateur, une machine à laver...*

*C'est à ce moment que se situe la rencontre avec Médecins d'Afrique, qui va tout d'abord tenter une première mise en apprentissage chez un garagiste. Justin vole et revend le bloc moteur, puis disparaît plusieurs jours. Cependant, il continue d'accepter le lien avec l'association et est pris en charge par le psychologue. A cette époque, il est menacé de mort dans le quartier. L'oncle de Justin, dépassé par l'ampleur des problèmes, demande à la famille de partir. Sa mère, qui a elle-même déclaré la maladie, ne parvient plus à faire face moralement, et tente de se suicider.*

*Cet acte sera finalement un vrai choc pour Justin. Il demande de l'aide à l'association, exprimant ses regrets et sa propre souffrance. Une réunion de famille est organisée dans le bureau du psychologue avec Justin, Marie-Claire et son frère. Chacun pourra dire sa souffrance, et Justin va finir par demander pardon à sa mère et à son oncle.*

*A 17 ans, il décide avec le soutien de l'association de retenter un apprentissage de mécanicien auprès d'un autre artisan. Depuis quelques mois, il fait face avec courage à ses engagements, malgré l'hospitalisation récente de sa mère, atteinte d'une méningite. Il soutient tant bien que mal ses petits frères qui participent tous les 2 au groupe de parole.*

Les vécus des orphelins ressemblent souvent à une succession implacable de catastrophes personnelles, chaque traumatisme subi devenant le moteur du suivant : les troubles du comportement de ces adolescents les amènent à rencontrer la rue et ses dangers (drogues, armes, prises de risques sexuels). Perdant peu à peu leur place dans la société, souvent discriminés ou rejetés, ils nourrissent une forte rancœur contre elle et peuvent facilement être instrumentalisés et devenir des enfants soldats. Le travail de prévention consiste à enrayer cette escalade en prenant en charge les problèmes au fur et à mesure, en évitant de laisser les enfants seuls face au cercle vicieux de la maladie : maladie, isolement, exclusion, violence.

**Sylvie** a presque 19 ans, elle est maman d'une petite Katie de 3 ans, et est apprentie coiffeuse.

*Lorsque Sylvie a 15 ans, sa mère meurt du Sida, laissant 2 orphelins qui n'ont jamais connu leur père, son frère Roger et elle. Très vite après ce décès, la famille maternelle décide de la marier rapidement avec un ami argenté de son oncle. Elle devient donc la 6<sup>ème</sup> épouse et part s'installer à Pointe-Noire où son mari l'enferme dans une vie de nantie recluse et très surveillée. Elle le voit très peu, il voyage souvent en France, et lui rend parfois visite lorsqu'il est de passage. Sylvie ne tarde cependant pas à donner naissance à une petite fille. Lorsque celle-ci a 2 ans, son mari tombe malade et meurt, laissant Sylvie veuve à 17 ans. La famille du mari lui propose de se marier avec le cadet du mari, ce qu'elle refuse : elle doit alors partir, et rentre ainsi à Brazzaville avec Katie. Elle trouve refuge chez son oncle maternel.*

*C'est en tant qu'orpheline du Sida qu'elle rencontre Médecins d'Afrique. Mais lorsqu'elle raconte son histoire à l'association, le psychologue qui la reçoit lui suggère de faire un test de dépistage du VIH. Celui-ci se révèle positif, ce que Sylvie ne parvient pas à accepter. Elle refuse d'être suivie au CTA qui la confronte à des personnes malades qui lui font peur, elle ne peut pas accepter sa séropositivité « puisqu'elle n'a connu qu'un seul homme dans sa vie : son mari ». Elle refait le test une seconde fois, avec le même résultat, et finit par se confier à son oncle. Mais celui-ci ne peut garder le secret de sa nièce et s'en ouvre à sa femme, et la nouvelle se répand maintenant dans tout le quartier. Sylvie va mal : elle sent les regards suspicieux, les gestes réticents à son égard, les silences qui l'entourent, la méfiance. Elle en veut à son oncle qui après l'avoir mariée à cet homme malade, fait peser sur elle le poids d'un jugement moral sur sa maladie. Malgré le soutien psychologique de l'association, elle a du mal à suivre son apprentissage et manque souvent à l'atelier. Lorsqu'elle est là, le maître se demande ce qu'a cette jeune fille toujours perdue dans ses pensées, isolée des autres. Elle ne supporte plus de vivre au milieu de sa famille qui la rejette et lui rappelle constamment qu'elle est porteuse d'une sale maladie. Elle s'interroge sur la santé de son enfant, mais n'est pas prête à aller plus loin. Elle aurait besoin d'un lieu de vie tranquille où elle puisse se poser et prendre un peu de temps pour penser à elle-même et à l'enchaînement des événements. Elle demande à l'association de l'aider à*

*trouver ce lieu, un petit chez-elle, où elle pourrait se poser et prendre le temps d'accepter un destin qui la met en colère et la révolte.*

Le jugement moral fort qui pèse sur le Sida et les malades a 2 conséquences :

- Les personnes mariées imaginent qu'elles sont à l'abri du risque VIH, et lorsqu'elles apprennent leur contamination, elles adoptent souvent une position de fort déni de la maladie. Cette contamination n'étant pas concevable, elle n'est pas possible et n'existe donc pas : la personne pense qu'il y a eu une erreur et demande à ce que l'on refasse le test. Une partie d'elle-même refuse d'accepter cette annonce, ainsi que le suivi médical et toute la prise en charge.
- Discriminées, stigmatisées, les personnes séropositives se sentent doublement victimes : victimes d'une maladie qu'ils n'ont pas cherchée à avoir, victimes d'un rejet social lié à cette maladie. Durant la mission à Brazzaville, nous avons beaucoup entendu parlé de séropositifs ayant délibérément des rapports non protégés dans le but de « propager la maladie ». Réalité d'un monde où la logique sorcière anime tous les rapports humains, ou fantasme d'une société portant un jugement moral fort sur les malades ? La position de double victime des malades est explosive du point de vue psychologique et peut mettre les personnes dans une dynamique les incitant à prendre une position active sur la maladie et à commettre des passages à l'acte.

La lutte contre le Sida doit commencer par une absence de jugement moral sur les malades et leurs enfants, et que toute contamination se passe à deux : une personne doit pouvoir être libre de refuser un rapport sexuel non protégé. La société, si elle veut se préserver du Sida, a particulièrement intérêt à accepter et intégrer les malades, sans les criminaliser.

## **G. Conclusion**

Ce programme mis en place depuis un an et demi a permis un certain nombre d'acquis fondamentaux d'un point de vue quantitatif et qualitatif sur la situation des orphelins du Sida à Brazzaville. Il constitue un point d'appui indispensable à partir duquel des enseignements peuvent être tirés pour pouvoir élargir ce type de programme à un plus grand nombre d'enfants orphelins, toutes causes confondues. Il a été décidé avec MDA de se baser sur cette expertise pour conduire le projet pilote de la Banque mondiale, afin de parfaire l'opérationnalité d'une telle prise en charge, tout en la modélisant suffisamment pour pouvoir l'étendre à un nombre plus important d'orphelins à l'échelle du pays.

## **Projet pilote de prise en charge des orphelins (voir rapport annexe)**

---

La présentation du projet pilote est détaillé dans un rapport séparé intitulé « Proposition d'un projet pilote sur l'arrondissement de Moundali à Brazzaville ». Ce document présente les activités proposées, leurs coûts ainsi que les modalités de leur mise en œuvre.

## Extension vers un Programme National sur 4 ans

---

Le soutien des orphelins à une échelle nationale se fondera sur l'expérience du pilote et sera coordonné par la commission OEV, tant du point de vue de son développement géographique que dans les différents temps de la mise en œuvre. Un certain nombre de préalables et d'étapes devront être respectés. Les leçons tirées de l'expérience pilote seront fondamentales du point de vue des forces et des limites, mais également concernant la capacité à budgétiser précisément les coûts des interventions.

L'atout du pilote ne réside pas en un modèle quant au contenu des activités, qui serait difficile à transposer dans des contextes différents. Il se situe davantage au niveau d'une méthodologie d'approche, pouvant tenir compte des réalités locales, capable d'adapter les activités aux besoins et aux ressources disponibles localement. Notre travail sur la notion de vulnérabilité pourra se décliner à d'autres échelles et sur d'autres cibles.

Pour les enfants des rues (comme pour les orphelins), le programme se mettra en place en respectant différents temps : une phase transitoire permettant de réunir un certain nombre de conditions, puis un projet pilote amené à s'étendre sous la forme d'un programme incluant davantage d'enfants.

### **A. Développement de l'action : phase préparatoire**

Avant de lancer ou d'étendre le projet pilote, plusieurs phases préalables sont nécessaires et importantes en termes d'orientation stratégique :

#### **Phase 1 - Analyse de l'offre et des besoins**

Cette phase devra permettre :

- un recueil de données sur la situation vécue par les orphelins (recensement et fiches de renseignements),
- la réalisation d'études du type recherches-actions proposant une analyse pragmatique et synthétique de la situation des autres enfants vulnérables (nombre, causes, répartition géographique...)
- un repérage approfondi des expertises locales et communautaires
- une analyse des difficultés et des limites de la prise en charge existante
- l'établissement d'une cartographie des intervenants du domaine
- une estimation des besoins en termes de
  - a. renforcement institutionnel,
  - b. réhabilitation,
  - c. formation

#### **Phase 2 - Choix et définition des priorités d'appui et orientations stratégiques**

A l'issue de la phase 1, l'analyse de situation et la mise en évidence des besoins, ainsi que l'analyse des premiers résultats de mise en œuvre du projet pilote sur Moungali permettront au gouvernement congolais de définir des orientations stratégiques en termes d'appui aux OEV. Parmi ces orientations, plusieurs composantes devront être clarifiées :

- la définition et le lancement du processus de concertation
- le choix des Sites d'actions Prioritaires (Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, etc.)
- le choix des activités prioritaires et de la cible OEV

Le Programme ciblera-t-il 2000 ou 10 000 enfants ? La composante psychologique sera-t-elle prioritaire par rapport à la composante scolaire ? sont autant de questions auxquelles devront répondre les autorités congolaises avant la préparation du programme

Le principe général du programme sera identique à celui du pilote : offrir un dispositif de prise en charge des différents aspects de la vulnérabilité des enfants en un même lieu regroupant des activités d'ordre médical, social et psychologique, et développant des partenariats locaux en complémentarité de compétences.

- ❑ Le choix des opérateurs pour la mise en œuvre des activités
- ❑ La définition du processus de formation initiale
- ❑ Le choix des structures à réhabiliter et les actions de renforcement institutionnel à entreprendre

### **Phase 3 – Organisation et budgétisation du Programme**

Une fois les 2 premières phases réalisées, il sera alors facile de budgétiser les activités à mettre en œuvre en utilisant pour chaque composante les coûts unitaires découlant du projet pilote. Ces coûts unitaires sont présentés de telle sorte qu'ils permettent de distinguer le coût pour chaque degré de vulnérabilité pour type d'activité. Ce coût global de prise en charge sera décomposé en différents coûts (coûts salariaux, coûts transport/déplacement, coûts de fournitures/équipement, coûts de gestion/supervision, etc.).

La logique d'intervention peut être de prévoir la mise en œuvre d'un projet pilote sur chaque site prioritaire défini, qui sera ensuite étendu au programme.

### **B. Plan d'action indicatif pour les enfants des rues (EDR)**

A titre indicatif, il est proposé, comme il a été fait pour les orphelins, des exemples d'actions et de priorités pouvant être mises en œuvre pour les enfants des rues, qui serviront à alimenter les choix stratégiques.

Hormis les orphelins, c'est l'autre catégorie d'enfants vulnérables qui, présentant une problématique bien spécifique, devra faire l'objet d'une prise en charge ciblée. En proposant des interventions en direction des orphelins et des enfants des rues, une grande partie de la problématique des enfants vulnérables au Congo sera couverte.

La situation des enfants des rues vient de faire l'objet d'une vaste enquête à Brazzaville et Pointe Noire à l'initiative de IRC. Elle constitue une véritable base de travail, à partir de laquelle IRC a diagnostiqué la nécessité d'une période transitoire de renforcement des capacités. La création d'un consortium impliquant les différents acteurs de terrain et le renforcement de leurs capacités sont programmés dans les prochains mois.

Cette phase préliminaire de renforcement pourrait être menée en même temps sur Brazzaville et Pointe Noire. Elle permettrait de réunir les conditions du lancement de pilotes, ceux-ci devenant à leur tour des programmes. Le contenu des activités présenté ci-après sera affiné par le consortium et les autorités congolaises. Au fil de ces étapes, le consortium EDR acquerra une bonne expertise dans le domaine et sera un solide point d'appui du programme.

Le problème des enfants des rues étant avant tout un phénomène urbain, une extension nationale ne paraît pas pertinente pour l'instant.

## 1. Analyse de la situation

A Brazzaville, le phénomène des enfants des rues pose davantage un problème d'acceptation sociale au-delà du problème de leur nombre. Ils seraient en effet 1100 à l'heure actuelle<sup>33</sup> à vivre dans les rues de Brazzaville, et 800 à Pointe Noire, tandis qu'ils seraient environ 15 000 à Kinshasa, ville de provenance de 50% des enfants vivant dans les rues au Congo.

Ce sont des enfants exposés à des risques multiples, qui cumulent toutes les vulnérabilités, du fait de leur situation et de leur mode de vie. Toute leur journée est organisée autour de la recherche de nourriture et d'argent, elle commence très tôt le matin (à partir de 5 heures) et se termine très tard (après 23 heures). Ces enfants sont très exposés physiquement : leur corps est maltraité par les conditions de vie (mauvaise alimentation et hydratation, exposition aux intempéries, manque d'hygiène, maladies), par les autres enfants des rues et par les adultes (bagarres, violences sexuelles, battues...) et par eux-mêmes (drogue, alcool). Une difficulté rapportée par nos interlocuteurs sur le terrain à faire accepter les soins médicaux à ces enfants reflète les difficultés matérielles qu'ils ont à se soigner (difficulté à trouver de l'assistance, éloignement des lieux de soins...), mais sans doute aussi la dévalorisation qu'ils ont d'eux-mêmes. Dans ce contexte de marginalisation sociale, vivre leur vie d'enfant est rendue impossible : ils sont déscolarisés, souffrent de la solitude et d'isolement, et ils perdent confiance en eux, envers les adultes qui deviennent souvent une menace (alors qu'ils seraient en position de les aider : police, soignants...), et envers les autres enfants. 36% déclarent ne pouvoir faire confiance à personne.

Les garçons sont très nettement les plus visibles dans la rue<sup>34</sup>, mais on peut penser que le problème des filles des rues est une problématique relativement différente de celle des garçons : bien moins repérables par les enquêteurs parce qu'elles bénéficient de la protection des adultes qui les exploitent sexuellement, et travaillent essentiellement la nuit. Les moyens de les approcher doivent être adaptés à leur réalité, qui est encore plus dure que celle des garçons (plus d'insécurité, plus de recours à l'alcool, plus de prostitution etc.). Les filles sont la plupart du temps prostituées et exposées aux IST, Sida, grossesses précoces, viols, et bien sûr à des morts violentes. Le risque de mortalité par maladie ou mort violente est probablement plus élevé chez les enfants des rues que dans la population infantile générale, en particulier chez les filles.

La déscolarisation représente un facteur augmentant le risque de devenir un enfant de la rue. Les moyens d'assurer une meilleure scolarisation des enfants congolais doivent être mis en oeuvre (en quantité et en qualité). « Dans les années 90, le taux d'infection du VIH en Zambie a diminué de près de la moitié parmi les femmes instruites, tandis qu'il a à peine diminué ou pas du tout chez les femmes dépourvues de bagages scolaires (...). Même dans les pays à forte prévalence, la plupart des enfants en âge scolaire (5-15 ans) ne sont pas infectés », constat autorisant le PAM à reprendre à son compte l'idée d'un « vaccin de l'éducation »<sup>35</sup>.

Les raisons qui amènent les enfants dans la rue sont la plupart du temps liées aux conditions de vie à la maison, ou déterminées par des événements extérieurs et/ou familiaux. Les enfants quittent une famille trop pauvre pour les assumer (23%), à cause de la mort d'un (34%) ou des 2 parents (13%), ou à cause des troubles politiques et de la guerre civile (17%

---

<sup>33</sup> « Recensement et enquête sur les Enfants de la rue, Brazzaville et Pointe Noire », IRC et partenaires, Congo, janvier 2003. Tous les données quantitatives présentées dans ce rapport sont issues du travail d'IRC.

<sup>34</sup> 95% des EDR sont des garçons à Brazzaville.

<sup>35</sup> Expression entendue en 2002 à la Conférence Internationale sur le Sida à Barcelone. Programme Alimentaire Mondial, *Alimentation et éducation : le rôle du PAM en matière d'amélioration de l'accès à l'éducation des orphelins et des enfants vulnérables d'Afrique subsaharienne*, World Food Program, Division des stratégies et des politiques, septembre 2002, p15.

des EDR de Brazza sont originaires de Makélékélé, arrondissement ayant été très exposé aux troubles).

En dehors du décès d'un parent, l'autre évènement générateur de tensions familiales, et souvent de maltraitance à l'égard des enfants, est la séparation des parents, associée la plupart du temps à l'arrivée d'un nouveau conjoint<sup>36</sup>. Les problèmes relationnels des enfants avec les adultes de la famille sont un facteur important de départ pour la rue<sup>37</sup>, soit impulsé par l'adulte, soit que l'enfant décide de partir de lui-même. Généralement, les enfants des rues peuvent raconter l'évènement qui a déterminé leur passage à la rue (mauvaise conduite de leur part, dispute, vol...).

30% des EDR disent suivre une envie personnelle qui les amène à vivre dans la rue : envie d'aventure, d'une autre vie et d'être indépendant. La déstructuration sociale ne permet plus aux enfants de se maintenir dans la société, et ainsi, rêvant comme beaucoup d'enfants à une vie d'aventure, les barrières sociales qui devraient les empêcher de passer à l'acte ne fonctionnent pas toujours (école, famille, perspectives d'avenir professionnel, promesses d'une vie familiale stable quand ils seront adultes).

« La pauvreté des parents et l'incapacité de la société et de l'Etat à offrir des structures sociales et culturelles permettant aux enfants de donner un sens à leur vie et encourageant leur créativité dans le cadre d'un projet de société précis les font basculer dans la rue où la vie est très dure, mais où il y a toujours un évènement, une fête, un vol, un travail... un truc à partager et qui fait vivre »<sup>38</sup>. En contrepoint du constat de la dureté de leur vie, les enfants vivant dans la rue mobilisent une résistance vitale très importante, et une grande capacité à surmonter les épreuves.

## 2. Stratégie de prise en charge

Favoriser le retour à la maison de ces enfants impose de penser ces problèmes et d'imaginer des dispositifs permettant de les traiter dans leur globalité, sous peine de faire vivre à l'enfant un échec, ce qui ne serait pas sans conséquence. Chaque tentative de retour à la maison qui échoue, rend plus difficile la suivante. Le problème de la « réunification<sup>39</sup> » familiale n'est pas possible pour tous les enfants, et elle demande toujours un appui extérieur pour l'enfant et la famille, du temps et du professionnalisme de la part des intervenants. La bonne volonté ne suffit pas ! En effet, les enfants expriment un désir massif de retour à la maison<sup>40</sup>, 46% de ceux qui sont toujours actuellement dans la rue ont déjà tenté un ou plusieurs retours.

Il faudra sans doute cibler davantage les actions de réunification pour des enfants vivant dans la rue depuis peu de temps, car plus un enfant a passé du temps dans la rue, plus il y a grandi, plus il risquera de consommer de la drogue, moins il aura en lui l'envie de rentrer, et plus la réunification sera difficile.

Soulignons que 47% des EDR sur Pointe Noire et Brazzaville sont des orphelins<sup>41</sup>, ce qui permet de vérifier qu'une partie des orphelins les plus vulnérables, spoliés des biens de leurs parents, se retrouve effectivement à la rue. Il faudra renforcer nos efforts en direction des EDR pour les atteindre, la notion de vulnérabilité transversale prenant ici tout son sens.

---

<sup>36</sup> 28% des EDR ont des parents séparés.

<sup>37</sup> Motivation invoquée par 38% des EDR.

<sup>38</sup> Nkouika-Dinghani-Nkita G., Les déterminants du phénomène des enfants de la rue à Brazzaville, UERPOD, Brazzaville.

<sup>39</sup> Terme désignant le retour de l'enfant dans sa famille.

<sup>40</sup> 50 ou 88% selon l'échantillon d'EDR interrogés.

<sup>41</sup> Pourcentage cumulant les enfants ayant perdu un ou les deux parents et vivant dans la rue. Ce chiffre provient de l'enquête IRC, mais également de la communication de Gaston Nkouika-Dinghani-Nkita précédemment citée.

### **3. Les intervenants identifiés sur Brazzaville**

International Rescue Committee (IRC) : à Brazzaville (Poto Poto), ils proposent un accueil de jour aux enfants des rues dans 2 centres : un lieu pour les moins de 15 ans, et un autre pour les plus grands. Ces lieux sont ouverts 5 jours par semaine et accueillent 50 à 75 enfants par jour. A Pointe Noire, le centre Lumumba accueille les moins de 15 ans, 4 jours par semaine, pour une moyenne de 50 enfants par jour. Ils offrent aux enfants le repas pris sur place, des soins médicaux, la possibilité de se laver, de s'amuser, et parfois un hébergement d'urgence. Les équipes soutiennent les enfants et les préparent à entrer en apprentissage ou à retourner vivre en famille.

Espace Jarrot<sup>42</sup> : Quartier de Baongo (Brazzaville), 3 jours ouvrables du lieu d'accueil de jour avec repas, pour 50 enfants, et un lieu d'hébergement pour 30 enfants.

Mamans des Mamans : possibilité d'aller y prendre un repas, pour 30-40 enfants, 3 fois par semaine (les mêmes jours que EJ)

Education en Milieu Ouvert : éducateurs de terrain.

UNICEF et PAM : soutien logistique de ces structures.

La prise en charge des enfants des rues est essentiellement réalisée sur le terrain par une ONG internationale. International Rescue Committee (IRC) intervenant identifié comme principal détenteur d'une expertise dans ce domaine. L'état de la mobilisation locale et communautaire reste très déficient, malgré la bonne volonté, et manque cruellement de professionnalisme en l'absence d'un soutien logistique significatif<sup>43</sup>. IRC est actuellement dans une phase de réorientation stratégique de son action sur le terrain, et a maintenant comme objectif actuel le renforcement des capacités locales, entre autre par la mise en place d'un consortium de coordination et de formation des acteurs de terrain sur cette thématique. Cette stratégie se déploiera sur les 18 mois à venir.

### **4. Le Réseau des Intervenants auPrès des Enfants vivant et travaillant dans la Rue (RIPER)**

Cette étape de renforcement des capacités apparaît comme un préalable indispensable à toute action d'ampleur dans le domaine des EDR. Dans l'état actuel des forces, les associations locales ou les initiatives communautaires pouvant se faire le relais d'actions structurées de prise en charge ont été difficiles à identifier. Il est probablement plus rationnel de lancer un modeste programme, en attendant la finalisation de la phase renforcement des capacités (en 2005). Le travail des acteurs de terrain du programme devra être cohérent avec celui mené par la Commission OEV et sera facilité par le fait que certains acteurs (IRC) sont déjà membres de cette Commission.

Le consortium est probablement l'instance la plus à même de relayer le suivi du programme de soutien aux enfants des rues. Il prend la forme d'un réseau initié par IRC, et qui s'est fixé pour objectif de coordonner la réponse donnée aux besoins des enfants vivant et travaillant dans la rue.

---

<sup>42</sup> Voir la fiche technique des structures rencontrées en Annexe 1.

<sup>43</sup> La faible participation de véritables spécialistes de l'enfance en grande difficulté (éducateurs, psychologues, travailleurs sociaux) est également soulignée par Gaston Nkouika-Dinghani-Nkita dans son article.

Il pourra :

- Constituer l'instance indispensable de coordination de l'action ;
- Aider à préciser les champs d'intervention des différents acteurs, et identifier les opérateurs les plus à même de prendre en charge tel ou tel aspect du problème
- Etre un lieu de formation des moins experts par les plus experts et d'échange d'expérience. Il pourrait inviter des spécialistes extérieurs non présents dans les dispositifs (psychologues, médecins...);
- Permettre l'élaboration de d'outils supports des interventions, visant à homogénéiser l'approche de la problématique ;
- Accueillir les nouvelles initiatives dans le domaine ;
- Etre l'interlocuteur privilégié de certains groupes communautaires particulièrement impliqués auprès des familles et des EDR (églises, police...)

Une première réunion de ce réseau a eu lieu en avril 2003, et les premières impressions sur les collaborations étaient très encourageantes. Lors de la seconde mission, une réunion du RIPER a eu lieu le 11 juin 2003 dans les locaux de IRC et a permis d'élaborer les statuts du réseau.

Au-delà du délai de renforcement, il sera envisageable de mener un pilote de prise en charge globale des EDR, proche de celui proposé en direction des orphelins. Ce pilote pourrait ensuite se déployer et s'étendre sur le même modèle.

## 5. Actions de terrain

Un renforcement matériel minimal sera néanmoins nécessaire au renforcement des quelques actions déjà menées en vue d'améliorer :

- le niveau nutritionnel des EDR
- la réponse sanitaire et médicale
- la réintégration des enfants dans leurs familles
- le nombre et la qualité des structures d'accueil.

Cet investissement devra se faire très progressivement et de manière à permettre aux intervenants de se professionnaliser dans le même temps. Un effort préalable visant à cette professionnalisation sera de toutes les façons nécessaire sous la forme d'une supervision et d'un accompagnement professionnel rapproché. Elle devra avoir recours à des interlocuteurs spécialisés dans le domaine de la prise en charge socio-psychologique de l'enfance en difficulté.

### a) Soins médicaux : le « bus des rues »

Mise en circulation d'une camionnette de santé disposant d'un équipement médical de base adapté aux besoins des EDR, allant à leur rencontre dans les quartiers où ils sont nombreux la journée et où ils vont dormir (à Poto Poto<sup>44</sup>, dans les quartiers de la gare ou du Beach). L'ouverture d'un CSI spécialisé dans les soins médicaux aux EDR pourrait également être envisagée avec les partenaires concernés, sous réserve d'une augmentation des moyens de prise en charge dans ces centres, ainsi que d'une amélioration de la motivation des agents de santé.

#### ❖ Horaires

Cette structure itinérante permettra de pouvoir atteindre cette population mobile, méfiante et très marginale, elle pourra être repérée et reconnue par eux lorsqu'elle s'immobilisera au fil

---

<sup>44</sup> 44,6% des EDR y ont été recensés.

de la journée. Durant les 6 premiers mois, une seule équipe tournera en alternance seulement en début ou en fin de journée<sup>45</sup>. Par la suite, il sera possible à 2 équipes de se relayer pour couvrir une plage horaire quotidienne sur ces horaires.

#### ❖ *Equipe*

L'équipe qui ira à la rencontre des enfants sera composée d'un médecin et d'un psychologue, qui travailleront en lien avec les services éducatifs susceptibles de les renforcer. L'équipe mobile doit être particulièrement motivée pour prendre en charge ces enfants, et capable d'établir une relation de confiance avec eux. En effet, les EDR sont des enfants en grande difficulté, ayant un abord complexe, parfois violent, et soulevant de nombreuses réactions chez les adultes qui s'y confrontent. Ils soulèvent des questions par leurs comportements agressifs, destructeurs, ou autodestructeurs. Les soigner nécessite une prise en compte de leur état psychologique, ce dont témoignent les animateurs de rue rencontrés : il est particulièrement difficile de leur faire respecter les prescriptions médicales, leurs comportements sont souvent inadéquats en cas de blessures, et le suivi des soins est rendu aléatoire.

Dans la perspective de la constitution d'une telle équipe, la motivation et l'envie de s'impliquer de la part des membres de l'équipe ainsi que le professionnalisme, la maturité et l'expérience de l'équipe sont 2 points garantissant un risque limité de turn-over, toujours important lorsque l'on est confronté à des situations extrêmes, et rendant difficile l'instauration d'une relation de confiance.

Lorsque 2 équipes se relayeront, il sera indispensable qu'elles mettent en place un cahier de transmission dans la camionnette, et qu'elles se retrouvent pour une réunion d'équipe hebdomadaire.

L'équipe est toujours constituée d'un binôme, et pour des raisons de sécurité ni les médecins, ni les psychologues ne doivent être amenés à intervenir seuls sur le terrain.

Un partenariat avec la police permettra à cette dernière de biper le médecin la nuit, qui pourra alors se déplacer seul pour des interventions urgentes, sa sécurité étant garantie par la présence de la police.

#### ❖ *Véhicule d'urgence*

La camionnette présente l'avantage de pouvoir aller au devant des enfants, mais aussi de les transférer directement à l'hôpital en cas de nécessité. Le travail régulier de l'équipe avec certains services d'urgence renforceront l'efficacité de la prise en charge de ces enfants.

#### ❖ *Médicaments*

Les médicaments disponibles pour la camionnette seront adaptés aux besoins spécifiques des EDR et aux soins les plus souvent nécessaires : prise en charge des blessures, matériel de suture, traitement du paludisme, des diarrhées, des fièvres. Il faudra envisager avec l'UNICEF la mise à disposition d'un kit médical spécifique à la prise en charge médicale des EDR. Ce kit pourra être diffusé auprès de la camionnette, mais également auprès des structures susceptibles de porter des soins infirmiers aux EDR (lieux de jour, de nuit, postes de Police, dispensaires...).

---

<sup>45</sup> Semaine impaire de 7h à 15h, semaine paire de 16h à minuit.

## **b) Education à la santé**

Cette camionnette sera le vecteur d'information sur les maladies, les risques sanitaires encourus dans la rue, les moyens de se protéger et de se préserver. Elle pourra diffuser des messages adaptés d'éducation à la santé, et de prévention des risques sanitaires (prévention du VIH, IST, drogue, grossesses...). Les plus grands y trouveront des préservatifs et se familiariser à leur usage.

Afin de les aider à avoir une approche plus positive de leur propre corps, la camionnette constituera un lieu d'aide à l'hygiène, en distribuant aux enfants qui viennent se faire soigner un mini kit-propreté.

### **❖ Trait d'union**

Le rôle curatif et préventif d'une telle structure est renforcé par son inscription dans un réseau d'autres professionnels intervenant auprès du même public. De ce fait, cette équipe sera intégrée au consortium EDR afin de faire le lien entre la rue et les lieux d'accueil des enfants. Elle amènera dans ce consortium un autre regard aux intervenants travaillant auprès des mêmes enfants. Dans le sens inverse, elle pourra aussi repérer les enfants les plus en demande d'aide et les orienter vers les autres structures, améliorant ainsi leur connaissance des secours possibles.

L'opérateur de terrain capable de mener une telle action reste à déterminer.

## **c) Soutien alimentaire**

Un renfort qualitatif et quantitatif du soutien du PAM aux structures proposant un repas aux EDR pourrait être envisagé très rapidement.

Certaines associations disposent de petits espaces qui pourraient aisément se prêter à du petit élevage (poules pondeuses), ou être investis comme jardinets, même à rendement ménager, venant simplement compléter en vivres frais les denrées distribuées par le PAM. Un petit programme consistant en une dotation en nature (graines, poules), en équipement minimal (outils), et en formation d'accompagnement, sera proposé aux structures prêtes à tenter cette expérience.

Ce développement des cultures vivrières et de l'élevage s'opérera avec le département « Initiatives rurales » du Forum des Jeunes Entreprises, invité dans ce contexte à participer au consortium, et à venir le renforcer plus largement en termes de formation, pour un renforcement des capacités associatives en direction des EDR.

## **d) Réunionification dans les familles**

La réunionification dans les familles demande un important travail de la part des structures de prise en charge, tant du point de vue psycho-éducatif auprès de l'enfant et de la famille, que du renforcement socio-économique de cette dernière. Les raisons amenant un enfant dans la rue sont toujours multiples. Il faudra donc apporter un faisceau de solutions, basé sur une juste analyse des difficultés. A l'inverse de l'idée de premier abord, la réunionification dans les familles est une réponse très difficile à réaliser durablement, avec un taux d'échec non actuellement évalué<sup>46</sup>.

Tous les enfants ne relèvent pas d'une réunionification, et toutes les familles ne sont pas susceptibles de réaccueillir : il faut évaluer ce niveau de capacité des deux côtés. Les enfants de Kinshasa, les orphelins complets, les grands adolescents, les enfants ayant

---

<sup>46</sup> Sauf pour IRC qui évalue son taux de succès des réunionifications à 75%. Ce chiffre mériterait d'être examiné de plus près : après combien de temps évalue-t-on la réussite ? Les enfants réunifiés ont passé combien de temps dans la rue ? Cause des 25% d'échecs etc.

d'importants troubles du comportement, ayant passé un long temps dans la rue, devront pouvoir bénéficier d'autres solutions. Il existe déjà quelques initiatives alternatives à la réunification, surtout pour les enfants les plus âgés afin qu'ils puissent se regrouper pour louer un appartement, portés ensemble par un projet d'insertion professionnelle et d'intégration sociale. Ces programmes devront être développés. D'autres alternatives pourront être proposées et sont présentées dans le rapport.

Les différents volets nécessaires à la réunification présentés ci-dessous seront rendus d'autant plus efficaces que coordonnés par le consortium EDR, car ils relèvent de compétences bien différentes et qui doivent intervenir en complément auprès des enfants et des familles. C'est le cumul d'expertises de terrain qui permettra une réunification réussie.

#### ❖ *Recherches, enquêtes pour retrouver les familles*

Travail de terrain en réseau s'appuyant sur les comités de vigilance communautaire (cf.p 63) pour retrouver les familles des enfants, participer à l'évaluation de la capacité de la famille à reprendre l'enfant. Une commission mensuelle composée des représentants du comité de quartier et d'éducateurs pourrait rendre un « diagnostic » sur les mesures à prendre conditionnant une réunification réussie.

#### ❖ *Renforcement économique des familles*

C'est souvent un élément indispensable, car la pauvreté de la famille, son incapacité à prendre correctement l'enfant en charge est bien souvent à l'origine du départ pour la rue. Préparer le retour de l'enfant signifiera proposer à la famille d'entrer dans un programme d'Activités Génératrices de Revenus commençant un peu avant la réunification effective. Là encore, la collaboration du Forum des Jeunes Entreprises dont la place dans le consortium est à nouveau recommandée, pourra être très précieuse, leur expertise dans ce domaine étant indispensable (en particulier en matière de mesures d'accompagnement).

#### ❖ *Préparation psychologique de la famille et de l'enfant*

Cette dimension devra être présente dès les premiers contacts avec les deux parties. C'est un travail des éducateurs et des psychologues qu'il faudra formaliser à l'approche de l'échéance du retour. Les psychologues pourraient voir l'enfant très régulièrement en entretien pour travailler à cette préparation. Les éducateurs prendront en charge les questions posées par la famille, avec un travail éducatif rapproché auprès des parents et des frères et sœurs de l'enfant.

#### ❖ *Aide matérielle au moment du retour en famille : dotation, aide alimentaire*

Les enfants sont réticents à retourner en famille lorsqu'ils ne peuvent rien leur offrir pour améliorer la vie quotidienne. D'autant qu'ils sont partis en espérant revenir avec de l'argent ou d'autres biens matériels. Pour cela, le retour effectif de l'enfant doit s'accompagner d'un bénéfice matériel pour la famille, souvent très démunie.

Dans cette perspective, les familles pourraient aussi bénéficier du soutien mensuel du PAM dès le retour de l'enfant. Le consortium pourrait élaborer un « kit de réunification<sup>47</sup> » couvrant les besoins essentiels de l'enfant, et bénéficiant à la famille en allégeant la charge que représente l'enfant. La fonction de ces aides matérielles sera de permettre à la famille d'envisager le retour de l'enfant en son sein, non pas comme un poids économique mais

---

<sup>47</sup> Contenu du kit : vêtements, savon, assiettes, cahiers, sandales. Afin d'éviter de motiver le retour des enfants en famille par l'attribution d'un kit, il sera préférable de ne pas donner l'ensemble en même temps, mais après quelques semaines de suivi et de stabilité retrouvée.

comme un véritable soutien. Ce regard sera d'autant plus valorisant pour l'enfant qui a besoin de reconquérir une place en son sein.

### **e) Soutien éducatif et psychologique**

Indispensable tout au long du processus, ce soutien est fondamental au moment précis de la réunification et doit se prolonger au moins pendant 6 mois après le retour en famille (à un rythme dégressif). L'enfant réunifié doit bénéficier d'un « contrat éducatif » et rencontrer son éducateur une fois par semaine. Ce dernier pourra aller rencontrer les différents interlocuteurs de l'enfant pour faire le point régulièrement : la famille, les enseignants, le maître de l'enfant si celui-ci est en apprentissage, etc. Il orientera l'enfant vers des entretiens psychothérapeutiques si nécessaire, ou organiser des médiations familiales en cas de conflit ou de difficulté.

#### ❖ *Cours de rattrapage et de remise à niveau*

Le niveau scolaire à l'origine très bas<sup>48</sup> des enfants, la rupture parfois prolongée avec l'école montre qu'il est important de proposer un « sas » de remise à niveau préparant à la réintégration scolaire. Certains enfants sont gênés du décalage entre leur âge et leur niveau scolaire, ils sont réticents à se confronter d'emblée avec les autres écoliers... D'autres auront besoin d'une remise à niveau avant d'accéder à un apprentissage, afin de disposer des bases indispensables à l'acquisition d'un métier (maîtrise minimale de la lecture, de l'écriture, et du calcul).

Ces cours seront également une première étape de resocialisation des enfants, se familiarisant à nouveau avec les règles de la vie ensemble et avec celles de l'école ou de l'apprentissage (respect des horaires par exemple).

L'École Spéciale, L'Armée Salut, et les Sœurs Dominicaines entre autre, proposent déjà de telles initiatives, en ouvrant leurs portes aux enfants vulnérables dans un temps en dehors de l'école. Ces initiatives doivent être encouragées et développées.

#### ❖ *Aide à la rescolarisation (kits, frais de scolarité)*

37% des enfants déclarent qu'ils aimeraient retourner à l'école. Il paraît important de donner les moyens d'accéder à cette envie, d'autant que l'éducation a un rôle fondamental dans la protection contre les risques multiples que courent ces enfants. La prise en charge de la dimension matérielle de la scolarisation est indispensable : kits scolaires, négociation des tarifs dans les écoles, voire prise en charge complète de ces frais, achat des tenues scolaires à des couturières en AGR ou en apprentissage...

Certaines écoles Amies des Enfants (label UNICEF) pourraient participer de manière volontariste à un programme de réintégration scolaire des EDR.

#### ❖ *Apprentissage*

Il faut être néanmoins réaliste, et malgré les déclarations d'intention des enfants, certains ne pourront pas retourner à l'école du fait de leur âge, du temps passé dans la rue, et du fait qu'ils souhaitent aussi pour beaucoup pouvoir se rendre autonome rapidement en travaillant<sup>49</sup>. Rappelons que la majorité des EDR sont déjà des adolescents<sup>50</sup>.

L'ouverture de certaines structures d'apprentissage repérées pour le pilote Orphelin à des places pour les EDR qui vivent en lieu d'accueil ou sont réunifiés dans leurs familles pourrait être envisagée au sein du consortium, en dialogue avec ces structures. La sélection des

<sup>48</sup> 4 ans de scolarisation en moyenne pour ces enfants avant de vivre dans la rue.

<sup>49</sup> 28% aimeraient qu'on les aide à trouver du boulot.

<sup>50</sup> Dans l'enquête IRC, 44% ont entre 16 et 21 ans, et 35% entre 13 et 15 ans.

artisans ayant la capacité d'accueillir des EDR doit être l'objet d'une grande attention : ils doivent offrir certaines garanties du point de vue des qualités humaines et didactiques. Ils devront se porter candidats à cet accueil, et bénéficier d'une information préalable et d'un soutien d'accompagnement de la part des éducateurs des enfants.

#### **f) Lieux d'accueil et d'hébergement**

##### ❖ *Lieux d'accueil de jour*

La nécessité de multiplier le nombre et la qualité de la prise en charge des EDR dans ce type de lieu est apparue indispensable lors de la mission de terrain. En effet, ce type d'accueil correspond à une nécessité pour ces enfants qui ont peu d'endroits où ils peuvent se poser en toute sécurité. Pouvoir se laver, laver ses vêtements, manger correctement, se reposer dans un endroit sûr, jouer, être écoutés, soignés, orientés sont des droits fondamentaux des enfants, où qu'ils vivent. Seuls des lieux de jour performants peuvent proposer ce type d'accueil. Un fort renforcement des capacités existantes doit être mené en toute priorité par le consortium car c'est dans cette direction qu'il faudra être le rapidement opérationnel. Pouvoir mettre en place ce type de réponse de qualité et l'intégrer très rapidement dans un pilote est un préalable à tout projet d'ampleur de prise en charge des EDR. Sur Brazzaville, il faudra multiplier ces petites structures, ouvertes tous les jours, propres et sûres, avec des animateurs formés et supervisés, proposant des points d'ancrage à ces enfants sans repères. Le dispositif local en place paraît nettement insuffisant en quantité et en qualité et ne répond pas aux besoins des enfants.

##### ❖ *Hébergement de nuit*

Assurer la sécurité des enfants la nuit est un devoir, leur proposer quelques lieux susceptibles de les héberger une nuit ou plusieurs, leur permettrait de venir dormir sans être trop exposés aux risques de l'extérieur (violences inter-personnelles, répression policière). Les enfants essaient d'organiser eux-mêmes ce type de « caches-dortoir » dans lesquelles ils se retrouvent en grandes bandes pour la nuit, IRC a découvert lors de son enquête que certaines écoles ou des cinémas faisaient ainsi office de foyers d'urgence, souvent en contrepartie d'un peu d'argent et sans garantie quant à la sécurité. L'ouverture de centres d'hébergement de nuit doit être envisagée, non comme une solution à long terme du problème d'un enfant, mais comme une mesure d'urgence de mise à l'abri, permettant d'amorcer un lien vers un véritable projet de réinsertion. L'inscription y serait gratuite et les enfants la renouvelleraient quotidiennement durant la journée, ils pourraient y venir dormir et se laver, le centre mettant à leur disposition couverture, eau et savon.

La perspective d'un hébergement d'urgence à court terme n'est réaliste que s'il existe véritablement des lieux d'accueil sur le plus long terme, sous peine d'un glissement progressif résultant d'un engorgement rapide des structures d'urgence.

##### ❖ *Foyers*

Pour certains EDR, le retour en famille n'est pas une solution : l'enfant lui-même ou la famille ne le souhaite pas ; cela peut être le cas des enfants ayant passé un temps assez long dans la rue, les orphelins complets, les adolescents, et les enfants très marginalisés, présentant des troubles du comportement. Le projet de vie pour cet enfant doit prendre en compte ces données et ne pas faire du retour en famille une idéologie (religieuse par exemple) ou une solution de facilité (pensant qu'il n'y en a pas d'autre). En effet, un retour raté en famille se soldant par un retour à la rue aggrave considérablement la désinsertion sociale et psychologique de l'enfant : mis en échec, se sentant indigne de l'amour familial, sa perception de lui-même se dégrade encore plus et le conduit vers des pratiques encore plus marginales et destructrices. Il vaut mieux prendre la mesure de ce qui peut ou ne peut pas

être mis en place, en fonction de tous les éléments d'une situation et faire un projet réaliste en concertation avec l'intéressé.

Il serait donc souhaitable de proposer des foyers d'accueil, sur le modèle d'internats, dans lesquels les enfants ont un projet d'insertion sociale, où ils sont suivis par des éducateurs, les accompagnant progressivement vers l'autonomie. Il ne s'agirait nullement de lieux répressifs où les adultes pensent pouvoir « redresser des enfants en perdition »<sup>51</sup>, mais des lieux véritablement accueillants, de taille raisonnable, et proposant un projet éducatif, sous la responsabilité d'adultes protecteurs.

#### ❖ *Centres maternels*

Les filles vivant dans la rue mènent leur grossesse, souvent précoce, dans des conditions dramatiques, exposées à des violences physiques et psychologiques très graves pour elles-mêmes et pour le bébé à naître. Le problème des filles-mères préoccupe beaucoup les intervenants dans le domaine des enfants des rues car les moyens de les prendre en charge sont actuellement totalement inadaptés. Une structure disant leur venir en aide a été identifiée : il s'agit du « Mouvement Pour la Vie », bien connu en Occident pour ses positions religieuses radicales et ses commandos contre l'avortement... De véritables alternatives à ce type de prise en charge doivent pouvoir se développer à Brazzaville. Il serait souhaitable d'envisager l'ouverture d'un centre maternel pouvant accueillir les jeunes filles enceintes dans les derniers mois de grossesse et pendant les 18 premiers mois de l'enfant. Ce temps permettrait à la jeune fille de se poser et de faire un nouveau projet de vie, avec l'aide d'éducateurs présents pour l'accompagner. Des cours de rattrapage pourraient être proposés au sein du centre, ainsi qu'une petite crèche pour les bébés des jeunes femmes en apprentissage.

#### **g) *Prise en charge des prostituées***

En complément de cette idée, il paraît fondamental de débiter un travail en direction des prostituées congolaises. A Brazzaville, aucune structure dont le soutien aux prostituées serait la vocation première n'a été identifiée lors de la mission. Les données sont difficiles à obtenir pour illustrer le problème et la visibilité des prostituées dans les dispositifs existants de prise en charge des EDR très faible. Par conséquent, il s'agit de commencer très vite un travail de repérage et d'évaluation, et de procéder à une véritable sensibilisation et information du public. La prévention doit se faire en direction des familles les plus pauvres et des filles susceptibles d'être victimes, mais aussi en direction des milieux plus nantis et des hommes consommateurs de services sexuels et bénéficiant d'un certain prestige social (enseignants, policiers, avocats, hommes d'affaires etc.). Un travail de prévention pourrait être fait auprès des lieux fréquentés par les clients des prostituées (grands hôtels). Une véritable politique de lutte contre la prostitution doit s'organiser, sans devenir une lutte contre les prostituées qui ne ferait que les exposer davantage aux risques en accentuant la discrimination à leur égard.

Un repérage des lieux de prostitution, et une analyse de la problématique doivent être menés à Brazzaville sans attendre, afin de pouvoir élaborer des moyens de prévention adaptés. La formation de pairs-relais paraît un instrument précieux, permettant d'aller à la rencontre des filles en toute confiance, de leur tenir un discours adapté en connaissance de cause et de diffuser des préservatifs masculins et féminins) sur les lieux chauds.

La sensibilisation et l'implication des autorités religieuses sont indispensables, aux vues du fort jugement moral porté sur les prostituées. Dans un monde ayant des valeurs morales et un contrôle social très développés, la prostitution renvoie à l'animalité des pulsions sexuelles, et le rejet des prostituées est en réalité le rejet d'une part de soi-même.

---

<sup>51</sup> Nous résumons de manière à peine caricaturale certaines déclarations qui nous ont été faites sur le terrain.

### ***h) Travail éducatif et social***

Le travail éducatif et social de terrain est fondamental dans la prise en charge des enfants des rues. Les éducateurs doivent aller à la rencontre des enfants sur les sites repérés de fortes concentrations : salles de cinéma, écoles, bâtiments abandonnés etc. Pourquoi ne pas imaginer des équipes mobiles de prévention sur l'axe ferroviaire Brazzaville Pointe Noire lorsqu'il sera sécurisé.

Les compétences éducatives et sociales doivent faire l'objet d'un renforcement urgent et prioritaire, car il est la pierre angulaire de la réussite de la prise en charge des EDR. Il est recommandé au consortium de mettre en place des sessions de formation très pragmatiques en direction des éducateurs. Voici quelques sujets (liste non-exhaustive) qui pourraient être abordés dans ces formations :

- Développement psychologique et cognitif de l'enfant et de l'adolescent
- Comment faire face à la violence d'un enfant
- L'enfant en deuil
- Psychopathologie de l'enfant en souffrance : comment établir une relation ?
- Usage de drogue
- Etc.

D'autres sujets pourraient faire l'objet de formation, plus directement en lien avec les pratiques professionnelles (par exemple : Définir un projet éducatif et accompagner un enfant), des réunions régulières de travail permettant aux professionnels de se rencontrer pour exposer des cas difficiles et recueillir l'expertise de leurs pairs.

Ces formations devraient donner lieu à l'édition de guides de prise en charge ou de manuels de recommandations spécifiques pour les enfants des rues.

Il a été difficile lors de la mission de repérer les potentiels d'expertise en matière de soutien éducatif et social en direction de ces enfants. Quant à leur soutien psychologique, cette dimension de la prise en charge apparaît peu visible, peu professionnalisée et donc peu théorisée, ce qui est sans doute à mettre en relation avec le rejet social et la méfiance dont ils sont l'objet. Nous avons entendu à plusieurs reprises des discours émanant de personnes sensées les prendre en charge, déclarant qu'ils devaient être rééduqués car ils constituaient un danger pour la société. Ce type de position paraît difficilement compatible avec une prise en charge éducative de qualité.

### ***i) Comités communautaires de prévention***

Un comité de vigilance EDR pourrait se constituer dans chaque quartier. Il regrouperait des représentants communautaires faisant autorité, tels que les chefs traditionnels, les leaders d'opinion, des représentants de l'autorité civile et religieuse, les groupes de femmes, les acteurs sociaux du quartier etc. Ces comités joueraient un rôle à 2 niveaux :

- La prévention. Ils seraient les plus à même de repérer les familles et enfants à risque. Les éléments d'alerte pourraient être entre autres le niveau de pauvreté des familles, les désunions parentales, les conflits parents-enfants etc. Ce sont également eux qui seraient susceptibles d'être interpellés par des actes ou des propos présageant les difficultés à venir pour les enfants. Ils seraient impliqués dans la sensibilisation générale de la population sur les droits des enfants, dans les conseils aux familles pour mieux guider leurs enfants, et dans des actions spécifiques pour les familles vulnérables (exemption de frais médicaux ou scolaires, AGR...). Ces comités permettraient également le repérage des ressources disponibles sur le quartier en terme d'écoles, de lieux d'apprentissage etc.
- La réunification des enfants dans les familles. Les comités pourraient être impliqués dans le travail en aval des éducateurs auprès des familles et renforcer le lien social entourant ces familles.

Partenariat avec les communautés religieuses : sensibilisation aux « accusations sorcières », et au repérage et à la prévention de la mise à la rue des enfants

Renforcement des liens avec la justice et la prévention judiciaire des situations de rupture familiale. Travail de médiation des conflits familiaux souvent à l'origine de la mise à la rue des enfants.

#### ***j) Système de mise en sécurité de l'argent des EDR***

La possibilité de mettre en place un tel système visant à sécuriser les économies faites par les enfants permettrait un retour en famille souvent freiné par le fait que les conditions de vie des enfants les exposent aux vols constants de l'argent gagné. Le Forum des Jeunes Entreprises pourrait participer à cette réflexion et proposer un système d'épargne pour les EDR.

#### ***k) Information, sensibilisation, formation des adultes en contact avec des EDR***

Un vaste programme de sensibilisation de tous les adultes dont l'activité les met en contact avec les EDR, par exemple la police (qui peut, dans certains quartiers, se révéler très répressive à l'égard d'enfants qui sont battus ou arrêtés), les commerçants, les handicapés etc. Ces catégories devront faire l'objet d'une identification et d'une analyse préalable afin de bénéficier d'actions d'information ciblées et adaptées. En effet, parce qu'ils sont très en contact avec les enfants, ils peuvent devenir une véritable ressource dans la prise en charge et remplir un rôle protecteur et sécurisant.

### **6. Négociation avec les Nations Unies**

Un accord préalable de soutien matériel à toutes les actions de terrain menées en direction des EDR. Ce support pourrait prendre la forme de différents kits : alimentaires, scolaires, de réunification, d'hygiène etc. Cette négociation pourrait se passer par l'intermédiaire du consortium.

### **7. Remarques**

Une politique visant la réduction du nombre d'enfants dans la rue nécessite simultanément un travail sur 2 niveaux :

- Des mesures en direction des EDR eux-mêmes, pour diminuer leur exposition aux risques : ceci passera par une amélioration de leur prise en charge sanitaire, alimentaire, mais également de leurs conditions de vie quotidienne. Réduire la vulnérabilité consiste là aussi à diminuer la surexposition particulière de ces enfants aux multiples risques évoqués.
- Des mesures en direction de toutes les familles, afin de réduire les facteurs qui poussent les enfants dans la rue, en particulier la pauvreté et l'instabilité familiale (soutien éducatif, social, juridique, appui aux familles monoparentales, accompagnement en cas de divorces...).

Ces 2 niveaux se doivent d'avancer en parallèle, sous peine de créer des conditions de vie plus favorables dans la rue que dans les familles. Cette modalité est fondamentale surtout dans un pays où les familles économiquement faibles sont sur-représentées dans la population générale, en particulier dans les grandes villes (Brazzaville, Pointe Noire). Dans le cas contraire, des mesures renforçant la prise en charge des EDR auraient l'effet inverse et créeraient une sorte d'appel d'air, mettant encore davantage d'enfants à la rue.

## **C. Chronogramme indicatif**

Un chronogramme indicatif de mise en œuvre du Programme est ajouté dans l'Annexe 6.

Il suppose que l'analyse de situation de la phase préparatoire soit menée en parallèle au projet pilote dans les autres arrondissements de Brazzaville, sans attendre la phase finale afin d'opérationnaliser rapidement le Programme. A l'issue du projet pilote, l'évaluation finale servira alors d'outil pour l'élaboration du budget du Programme.

Celle-ci se passera graduellement autour de l'expérience de MDA :

- Dans un premier temps à l'ensemble des orphelins vivant à Mougali
- Dans un second temps aux autres arrondissements de Brazzaville.

L'ordre des priorités dans le choix des arrondissements sera confié à la coordination du programme (Commission OEV), au regard du nombre et de la précarité des conditions de vie des orphelins.

A Pointe Noire et dans les autres villes du pays, l'étape préparatoire pourrait s'appuyer sur l'expertise Médecins d'Afrique, nous avons travaillé ensemble dans cette optique au cours de la mission préparatoire au pilote, à l'élaboration duquel ils ont activement contribué. En effet, afin de renforcer davantage les capacités des acteurs locaux, nous avons travaillé dans un esprit de transfert mutuel de compétences, principe qui pourra être à son tour reproduit par MDA.

### **1. Calendrier spécifique pour les enfants des rues**

Dans ce contexte difficile, un calendrier d'action en 2 temps est proposé pour les enfants des rues :

- Une phase de renforcement des capacités, d'ores et déjà planifiée par IRC, et qui pourra être renforcée par la Banque mondiale. Durant cette première phase, un programme d'urgence pourra se mettre rapidement en place (Bus des rues et quelques activités basées sur les propositions que le consortium jugera les plus rapidement fonctionnelles). Il pourrait permettre aux initiatives d'émerger, ainsi que se prêter à l'identification des acteurs compétents et une mise en commun de l'expertise. Par la suite, il servira de point d'appui à un projet pilote qui pourrait être mis en place vers la fin 2004.
- Une phase de prise en charge des EDR dans le cadre d'un programme national : projet pilote fin 2004 - fin 2005 et extension nationale à partir de 2006.

Il paraît très difficile de bâtir une stratégie cohérente de prise en charge globale sans pouvoir s'appuyer sur une mobilisation communautaire dans ce domaine. La mobilisation la plus efficace n'étant actuellement bâtie qu'autour des actions d'IRC, qui se heurte à son niveau à une incapacité à prendre en charge seule l'ensemble d'une problématique trop importante. Cette association a déjà identifié comme une nécessité indispensable le développement d'expertises complémentaires dans la prise en charge.

## **D. La commission OEV**

Cette commission est une initiative conjointe du gouvernement congolais et de la Banque mondiale. Elle existe depuis février 2003, et sa composition a évolué pour finalement réunir 7 ministères (Affaires sociales, Santé, Femme, Jeunesse et sport, 2 ministères de l'Enseignement, Justice), des représentants des initiatives privées, des ONG, et des Nations

Unies, concernés par la problématique des Orphelins et Enfants Vulnérables. La réponse aux difficultés des OEV se doit d'être le fruit d'une synergie d'efforts convergents, dont l'initiative et la coordination dépend de cette commission. Elle est chargée d'assurer la cohérence et l'efficacité des actions.

Lors de la seconde mission à Brazzaville, le Ministère des affaires sociales qui coordonne cette commission venait seulement de recevoir le rapport OEV et n'avait pu le diffuser auprès des membres de la commission. Après quelques tentatives difficiles de programmation d'une réunion, la commission s'est finalement réunie le 12 juin 2003, afin de procéder à la validation du rapport provisoire « composante orphelins ».

Etaient présents à cette réunion : Conseil National du Sida, CREDES, IRC, association Martin Luther King, Médecins d'Afrique, Ministère des affaires sociales, Ministère de l'enseignement primaire et secondaire chargé de l'alphabétisation, Ministère de l'enseignement technique et professionnel, UNICEF.

Le rapport provisoire a été présenté à partir d'un support de 12 diapositives (Annexe 7). Cette présentation a suscité quelques questions et remarques, mais celles-ci n'ont pas amené d'amendements au document qui a été adopté en l'état.

A l'issue de cette réunion, il apparaît que le rôle et les fonctions de la commission ne paraissent pas encore bien intégrés par tous les membres. L'articulation avec le secrétariat exécutif du Conseil National du Sida reste à trouver pour harmoniser toutes les interventions sectorielles de la stratégie nationale de lutte contre le Sida. Le Ministère des affaires sociales est en voie d'appropriation du rapport OEV mais semble encore peu motivé à faciliter sa mise en œuvre, sans proposer pour autant d'autres alternatives. En conclusion, il est essentiel que le Ministère des affaires sociales assure la coordination transversale des interventions programmées avec les acteurs de terrain, sous peine de désactiver l'ensemble du processus d'actions.