



PISTES DE RÉFLEXION SUR LE RETOUR EN FAMILLE

PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL

M. Baikoro Kouyaté, directeur du projet « Enfants de la rue – Ségou », Fondation pour l'Enfance, Bamako, Mali.

M. Sngoun Malayvuth, Punleu Komar Kampuchea Organisation, PKKO, Takhmau, Cambodge.

M. Félix Toumany Kangama, directeur adjoint de l'ONG Action Enfants de Tous, Caritas-Mali.

M. Jean-Baptiste Zougrana, directeur de la Protection de l'Enfant et de l'Adolescent, ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, Ouagadougou, Burkina Faso.

L'action en faveur des enfants de la rue doit leur permettre de réintégrer leur famille et/ou de leur offrir une insertion professionnelle, ce qui impose de créer un cadre stratégique visant à la reconstruction du lien avec le foyer d'origine, à apporter une aide aux activités génératrices de revenus - AGR -, à normaliser les relations avec le voisinage ou l'entourage immédiat et à assurer le suivi des retours. Le but est de multiplier et de pérenniser les « sorties de la rue ». Mais le problème du retour en famille - cette option est-elle seulement possible ? - se complique encore plus dans le cas des enfants infectés par le VIH/sida.

Le retour en famille correspond à un processus par lequel un enfant de la rue est amené par l'action des intervenants – travailleurs sociaux, moniteurs ou animateurs – à normaliser les rapports qui l'unissent à sa famille d'origine ou à sa famille d'accueil, par le rétablissement ou l'établissement de liens affectifs. Il s'agit donc d'œuvrer dans le sens d'un double mouvement de l'un vers l'autre, de l'enfant vers la famille et vice-versa.

La démarche doit être personnalisée en tenant compte du statut de l'enfant, de son âge, de son sexe, du temps qu'il a vécu dans la rue et des raisons qui l'y ont conduit, de son caractère, de son désir de retrouver sa famille ou une structure de prise en charge.

Soulignons que le retour en famille n'est pas une fin en soi. Des pesanteurs culturelles peuvent le rendre tout simplement impossible, comme l'illustre par exemple le cas des enfants nés d'une relation incestueuse. Le recours à des substituts tels que des centres ou des familles d'accueil se révèle alors indispensable.

1 DÉFINITION DES OBJECTIFS

L'insertion sociale de l'enfant de la rue infecté par le VIH/sida suppose :

- la coopération avec les autorités locales, qui doivent être perçues comme des partenaires, qu'il s'agisse des municipalités, des responsables religieux ou coutumiers, des représentants des structures publiques locales, etc. ;
- une recherche préalable des filiations ;
- une prise en charge du dépistage (*voir fiche n°5*) ;
- une formation à l'écoute des éducateurs (*voir fiche n°3*) ;
- de renouer des liens entre l'enfant et sa famille grâce à des visites et des séjours plus ou moins courts ;
- de développer des médiations pour retrouver les familles ;
- d'identifier des familles d'accueil pour les orphelins ;
- de coopérer avec les communautés dans lesquels les enfants seront réinsérés et définir leur rôle ;
- la définition des modalités de retour en famille par l'évaluation du degré d'acceptation et du besoin de l'enfant, de sa famille, des voisins, du souhait de revivre ensemble ;
- l'étude de la viabilité et de la faisabilité du projet de l'enfant dans son milieu, notamment par la mise en place de procédures d'aide et de transport, voire la possibilité d'obtention de micro-crédits.

2 LES PARTENAIRES

Des réunions et des ateliers avec les partenaires doivent décider des modalités du partenariat à mettre en place. Les ateliers doivent premièrement permettre des échanges concrets construits sur des résultats et des indicateurs objectivement quantifiables, ensuite de définir le rôle de chacun des partenaires, le cadre de concertation entre les différents intervenants et le renforcement des capacités.

Les partenaires : l'exemple du Burkina Faso	
Techniques	Financiers et techniques
Secteur public <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Ministère des Affaires sociales</i> ▪ <i>Ministère de la Santé</i> ▪ <i>Ministère de la Sécurité</i> Représentants des collectivités décentralisées <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Municipalités</i> Secteur privé <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Associations ou organisations à bases communautaires (OBC)</i> ▪ <i>ONG</i> ▪ <i>Société civile intervenant dans ce domaine</i> 	Coopération bi- ou multilatérales et régionales Organismes dépendant de l'ONU <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>UNESCO</i> ▪ <i>UNICEF</i> ▪ <i>ONUSIDA</i> Institutions d'épargne et de crédit au niveau local Mutuelles

Les analyses statistiques et les études de cas permettent de cibler les enfants bénéficiaires et de préparer les protocoles d'accord de coopération et de partenariat avec les intervenants.

Trois types d'accords sont nécessaires :

- protocole d'accord entre partenaires,
- contrat à passer entre les formateurs internes et externes des enfants et les structures d'encadrement desdits enfants (projets),
- protocole d'accord spécial avec les structures de référence sur le VIH/sida.

Walé : une ONG créée et gérée par les Maliens

L'organisation non-gouvernementale Walé, dont le siège social se trouve à Ségou (Mali), a été créée en août 1997.

Elle entend :

- lutter contre les MST, et tout particulièrement le sida, dans la région de Ségou,
- améliorer les conditions socio-économiques et sanitaires des femmes,
- étudier les liens unissant prostitution et propagation du virus,
- créer et animer un centre d'écoute et d'orientation pour les personnes victimes du VIH/sida.

En parallèle à sa mission d'information et de prévention, notamment relayée auprès des enfants scolarisés grâce à un réseau d'enseignants spécialement formés, et par le théâtre, Walé assure l'accueil et l'écoute des personnes qui lui sont adressées pour procéder à un test sérologique : une unité dirigée par un psychologue les reçoit afin de leur faire passer le pré-test préalable à leur orientation vers un centre de dépistage. Cette unité prend également en charge l'annonce du résultat au patient avec toutes les précautions d'usage. Elle l'orientera au besoin vers le médecin qui prendra en charge les infections opportunistes et les problèmes de soin.

Walé constitue la seule structure intervenant dans ce domaine, d'où la collaboration établie avec des partenaires pour maintenir la qualité des services, comme l'ICCO (Organisation inter-Églises de coopération au développement, Pays-Bas), le Programme national de lutte contre le sida (PNLS), le Centre d'écoute, de soins, d'animation et de conseil pour les personnes vivant avec le VIH (CESAC) à Bamako, la Coordination régionale des ONG de Ségou, etc.

La réussite de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH - PVVIH - depuis 1999 passe par l'association avec les directions régionales de la Santé, le développement social, l'hôpital de Ségou, le centre de santé Famory et les structures privées.

Site Web : <http://wale.segou.net/>

3 DE LA RUE AU CENTRE

Le plan stratégique de réinsertion des enfants de la rue se divisera en trois étapes :

- l'intervention dans la rue,
- le préalable à la réinsertion de l'enfant en l'amenant de la rue au centre,
- l'abandon de la rue et du centre par le retour en famille.

Les activités dans la rue doivent permettre de fournir assistance, éducation préventive, traitement et suivi. Les activités de sensibilisation menées dans les centres d'hébergement permettent de promouvoir le dépistage volontaire et la solidarité envers les personnes infectées par le VIH/sida grâce à un programme d'éducation formelle ou une formation adaptée. Les enfants dépistés seront confiés à un centre spécialisé ou à un médecin. Des analyses médicales sur six mois devront être

organisées avec une administration d'antirétroviraux - ARV - conformément au protocole thérapeutique et en fonction des réactions des parents. Cette démarche implique de prévenir toute rupture du traitement.

Les activités de sensibilisation menées dans les centres d'hébergement permettent de promouvoir le dépistage volontaire et la solidarité envers les personnes infectées par le VIH/sida grâce à un programme d'éducation formelle ou une formation adaptée.

L'intervention dans le centre et la prise en charge des enfants dans les centres d'écoute, d'orientation et/ou d'hébergement provisoire constituent une étape dans la réinsertion de l'enfant de la rue.

Soulignons que, à ce stade, l'enfant n'est pas encore réinséré : il ne fait que passer d'un cadre à un autre, de celui de la rue à celui du centre.

Le plan de réinsertion doit inclure deux éléments clés : le dépistage et la nomination d'un tuteur. Ce plan suppose un premier contact avec la famille durant le séjour de l'enfant au centre.

4 LES VISITES À DOMICILE : CONNAÎTRE LE MILIEU FAMILIAL ET IDENTIFIER UNE PERSONNE DE SOUTIEN

Comme préalable au retour de l'enfant dans sa famille, il faut s'assurer une bonne connaissance de celle-ci. Une démarche comme celle du génogramme permet de mieux apprécier les dysfonctionnements, de reconnaître les facteurs d'éclatement.

Un outil utile et pratique : le génogramme

Le génogramme est une représentation graphique d'une famille présentant les membres de celle-ci sur deux ou trois générations, les liens qui les unissent et les informations biomédicales et psychosociales. Les informations ainsi recueillies, complétées au cours des visites suivantes, permettent de savoir comment la famille fonctionne au réel.

Le but du génogramme est d'apporter quelques informations importantes sur lesquelles les travailleurs sociaux, les moniteurs ou coordinateurs s'appuieront pour mener les entrevues en famille. Cette formation de membres de la famille passe par une explication générale du sida (définition de la maladie, du virus VIH, de la séropositivité), de la pathogénèse, des modes de transmission, de la propagation rapide de la maladie, des conséquences pour le malade et son entourage, des moyens de se prémunir, pour en venir aux méthodes de dépistage.

La préparation soigneuse du terrain afin d'éviter tout risque de stigmatisation, de discrimination, de marginalisation ou d'exclusion de l'enfant, surtout s'il s'agit d'une fille, permet de préparer la future implication des proches dans la prise en charge - PEC - tant médicale que psychosociale de l'enfant infecté, assurée par la création de services adaptés. À cette fin, il faut multiplier les visites à domicile - VAD - pour identifier les personnes à même de remplir le rôle de soutien puis les former.

Les VAD permettent d'assurer un lien de continuité entre le personnel social et les familles. Au cours de ces visites, le travailleur social observera le milieu familial, s'entretiendra avec les uns et les autres, abordera les thèmes liés à la santé, à l'éducation, voire à la vie des personnes approchées. Les visites à domicile permettent au travailleur social de repérer les modes de vie et les facteurs qui influencent les comportements. La VAD permet de recueillir les données sur lesquelles le travailleur social basera son action future : l'identification d'une personne de soutien.

La personne de soutien possible identifiée, on procède à un *counselling*, préparation psychologique passant par une reprise de tout le processus :

- demander à la personne pressentie sa profession, le rôle qu'elle joue dans la famille, et préciser l'objectif de la visite ;
- lui parler du respect de la confidentialité ;
- vérifier ses connaissances sur les modes de transmission du VIH et sur la prévention contre le virus ;
- compléter et rectifier ses connaissances si nécessaire ;
- résumer l'évolution et les principaux symptômes de la maladie du sida ;
- lui poser des questions sur le VIH.

Si un membre de la famille est infecté, quel sera le comportement du parent pressenti pour remplir la fonction de soutien vis à vis de celle-ci ? Le choix de l'informer ou non dépend de ses réponses. Si la personne se révèle apte à jouer ce rôle de soutien, la séropositivité de son parent peut lui être dévoilée, en lui recommandant la plus stricte confidentialité afin d'éviter tout risque de marginalisation de l'enfant. Il faut lui donner le temps de réfléchir et de s'exprimer, en vérifiant ce qu'elle entend faire dans les heures et les jours à venir et en tâchant de saisir ses inquiétudes immédiates. On doit aider la personne à identifier les structures de prise en charge qui pourront assurer le suivi du conseil.

Il faut insister sur l'importance d'une bonne alimentation, du sommeil, de maintenir de bonnes relations, etc.

Le retour en famille : l'exemple de Caritas-Mali, « Action Enfants de Tous »

L'âge de l'enfant conditionne pour une large part la réussite de sa réinsertion. S'il a entre six et douze ans et s'il vit depuis moins de six mois dans la rue, les meilleures conditions sont réunies.

Le ou les entretiens particuliers entre l'éducateur et l'enfant prennent la forme d'un dialogue centré sur l'histoire et les problèmes de celui-ci et doivent permettre à ce dernier de définir un projet de vie. La règle d'or est de ne pas le brusquer. Rien ne doit se faire sans sa volonté. Il met parfois des mois avant de révéler son histoire, et de demander à ce qu'on l'accompagne pour aller voir sa famille.

L'éducateur fait la médiation entre l'enfant et sa famille pour favoriser leur réconciliation, et ne doit en aucun cas se substituer aux parents. Le contexte familial expliquant généralement qu'un enfant se retrouve dans la rue, le retour en famille peut se faire chez un oncle, une tante, un frère, etc. La réunion au cours de laquelle l'éducateur va remettre l'enfant à ses proches peut associer certaines personnes âgées du village ou du quartier. Un griot ou d'autres personnes-ressource peuvent conseiller les parents et les replacer dans leur responsabilité vis-à-vis de l'enfant.

Il faut permettre aux parents démunis d'accéder à des micro-crédits pour réaliser des activités génératrices de revenus - AGR. La structure qui encadre l'enfant peut également accorder une assistance financière à la famille. De même, elle pourra fournir une aide pour financer les fournitures en cas de réintégration dans le cursus scolaire.

Cette activité s'étend à l'ensemble du Mali et même à certains pays limitrophes.

Si la famille souffre de problèmes trop profonds pour envisager un retour immédiat de l'enfant, ou si celle-ci n'a pas encore été retrouvée, des foyers de type familial ont été mis en place. Ils sont à considérer comme des lieux de rééducation préalable au retour en famille.

Si la famille est connue et s'il n'existe pas de péril pour l'enfant, tout est mis en œuvre pour organiser des retours périodiques pour préparer le retour définitif.

Les jeunes qui vivent sous la dépendance de la colle et de la drogue doivent être accueillis dans un foyer éloigné de la ville où l'on procédera à leur sevrage par le travail de la terre et le petit élevage afin de retrouver un rythme de vie sain et équilibré.

5 L'INSERTION PROFESSIONNELLE : ACTIVITÉS GÉNÉRATRICES DE REVENUS ET MICRO-CRÉDITS

Les enfants pourront profiter d'une formation professionnelle, comme par exemple les spécialités suivantes auprès de maîtres d'ateliers : artisanat (métaux et bois), couture et mécanique. Ils recevront une formation basique, conçue pour s'adapter au projet et aux contraintes et besoins du milieu, grâce à des modules simples, adaptables, pratiques et rapidement rentables. Les contenus évolueront afin d'intégrer des savoir-faire permettant la diversification des AGR, comme la création de nouvelles branches, telles la réfrigération ou la petite transformation. Une telle démarche suppose un programme de suivi et d'évaluation.

La planification de la réinsertion suppose le déblocage de micro-crédits, l'achat de matériel pour l'installation professionnelle des enfants, éventuellement un dispositif d'ouverture d'une petite entreprise pour un groupe d'enfants afin de mobiliser davantage de ressources, le suivi et la supervision de la réinsertion, voire le retour dans le système scolaire standard si les conditions s'y prêtent.

PKKO – Punleu Komar Kampuchea Organization, ONG cambodgienne – propose de compléter le programme de retour en famille par un programme de formation professionnelle adapté à l'âge et au type d'activités ouvertes à l'enfant sur son lieu de vie.

Ce programme est articulé autour des compétences suivantes :

- artisanat (objets en rotin et en bois),
- musiques traditionnelle et moderne,
- réparation de matériel électrique (montres, radios, postes de télévision, magnétoscopes, lecteurs-CD...),
- réparation de petites machines (motocyclettes et groupes électrogènes fonctionnant à l'essence ou au diesel),
- couture et tissage,
- coiffure et maquillage, etc.

Un système de micro-crédits, destinés aux enfants ou à leur famille est indissociable de cette stratégie de formation professionnelle. Pour plus d'efficacité, la formation comprendra un module sur la création et la gestion de petites entreprises.

6 LE SUIVI DU RETOUR

La réinsertion de l'enfant dans son foyer d'origine passe par la création d'un mécanisme de communication entre lui et sa famille, afin de restaurer le dialogue et de prévenir tout risque de retour à la rue. Une personne – un superviseur – qui a déjà acquis la confiance de l'enfant et de sa famille doit être désignée à cet effet. Cette dernière doit être soutenue dans la mise en œuvre de son projet, notamment en explorant les opportunités offertes au niveau local. Il peut s'impliquer dans la sensibilisation des communautés au VIH/sida menée par les pairs.

Au Cambodge, les équipes en charge de la réinsertion et de l'évaluation de la réinsertion de l'enfant doivent collaborer avec le ministère des Affaires sociales, tant à l'échelon du district qu'à celui de la province. Pour tout ce qui a trait à la réinsertion, un protocole unit le ministère aux ONG, qui

effectuent leurs propres visites sur le terrain. Au niveau du district – chaque district guide et facilite les recherches en association avec la commune concernée – ces équipes jouent un rôle majeur pour retrouver les familles, et communiquent à l'échelon provincial et aux ONG impliquées les données relatives aux plans de réinsertion et au suivi mis en place.

La collaboration des autorités locales suppose la constitution d'une cellule-relais au niveau local en collaboration avec les partenaires locaux engagés dans la prise en charge et le soutien de ces enfants victimes, ou de passer le relais à la structure opérationnelle de prise en charge la plus proche.

Évaluation et vérification de l'achèvement du projet.

Moyens :

- regrouper toutes les personnes qui ont été impliquées pour avoir leurs impressions,
- visites en famille répertoriées,
- capitaliser les points positifs du retour en famille (manière de collecter des données en temps utile),
- *counselling*,
- revoir le génogramme.

Indicateurs ou conditions d'évaluation pour suivre l'enfant retourné en famille :

- présence effective de l'enfant en famille,
- les actes positifs posés par l'enfant et sa famille pour renforcer leur lien,
- la mise en œuvre du projet personnalisé de l'enfant,
- l'évaluation des conditions matérielles et psychologiques de la famille.

Le suivi de l'enfant réinséré dans sa famille suppose de s'intéresser :

- à l'appréciation des autres membres de la famille sur le séjour de l'enfant,
- à l'aspect général de l'enfant et à son état de santé,
- à l'engagement de la cellule-relais ou des intervenants locaux dans l'aide apportée à l'enfant et à sa famille afin de réussir leur projet (grâce à des visites aux communautés : importance du soutien communautaire),
- aux projets immédiats de l'enfant et à ceux de la famille pour lui.

Durant le premier trimestre, deux visites mensuelles de l'éducateur seraient organisées, pour devenir mensuelles à partir du second trimestre, puis trimestrielle à partir du troisième trimestre. Chaque cas conditionne à terme la poursuite ou non de ce suivi.

POUR ALLER PLUS LOIN

M. Baikoro Kouyaté, directeur du projet « Enfants de la rue – Ségou », Fondation pour l'Enfance, BP 101 Bamako, Mali, tél./fax : (223) 232 09 47, port. : (223) 679 20 61, e-mails: projetenfantue@yahoo.fr, kouyatebaikoro@yahoo.fr

M. Snguon Malayvuth, Punleu Komar Kampuchea Organization, PKKO, 363 National Road, 2, Takhmau Town, Kandal Province, Cambodge, tél. : (855) 12 812 504, fax : (855) 23 365 596, e-mail : 012812504@mobitel.com.kh

M. Félix Toumany Kangama, directeur adjoint de l'ONG Action Enfants de Tous, Caritas-Mali, tél. : (223) 221 29 74, port. : (223) 673 58 66, e-mail : caritas@spider.toolnet.org.

M. Jean-Baptiste Zoungrana, directeur de la Protection de l'Enfant et de l'Adolescent, ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, 01 BP 515 Ouagadougou, Burkina Faso, tél. : (226) 31 69 03, e-mail : jbzoungrana@yahoo.fr

Mme Florence Migeon, UNESCO, division de l'éducation de base, 7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France, tél. : 33 (0)1 45 68 11 73, fax : 33 (0)1 45 68 56 26, e-mail : f.migeon@unesco.org

Mmes Alix Mery et Tatiana Mora, P.A.U. Education, Muntaner, 262, 3r, 08021 Barcelone, Espagne, tél. : (34) 933 670 400, fax : (34) 934 146 238, e-mails : alix.mery@paueducation.com, tatiana.mora@paueducation.com

Ce groupe de travail a été constitué suite au séminaire international organisé par l'UNESCO et ONUSIDA « Protection des droits des enfants de la rue : combattre le VIH/sida et la discrimination », qui s'est tenu à Bamako du 3 au 5 décembre 2003.

Les idées et opinions exprimées dans cette publication sont le fruit d'un travail de groupe et n'engagent à ce titre que les participants de ce groupe de travail.

Six groupes furent constitués lors du séminaire international « Protection des droits des enfants de la rue : combattre le VIH/sida et la discrimination », devant débattre et réfléchir sur les sujets suivants :

- 1. L'enquête préalable (en anglais)**
- 2. Le plaidoyer**
- 3. L'écoute et la formation des intervenants**
- 4. Les contenus (en anglais)**
- 5. La prise en charge des enfants de la rue après le dépistage**
- 6. Le retour en famille**

Les six pistes de réflexion sont disponibles sur le site www.paueducation.com/sida