CAHIER THÉMATIQUE

ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES « DE LA RUE »

CLÉS DE COMPRÉHENSION D'UNE VULNÉRABILITÉ SPÉCIFIQUE

samusocialInternational

CAHIER THÉMATIQUE

ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES « DE LA RUE »

CLÉS DE COMPRÉHENSION D'UNE VULNÉRABILITÉ SPÉCIFIQUE

samusocialInternational

AOÛT 2013 - ©SAMUSOCIAL INTERNATIONAL / GRAPHISME : Philippe Boyrivent / IMPRESSION : Impression extrême

Les contenus de tout ou partie de cette publication ne peuvent en aucun cas être utilisés à des fins commerciales.

L'utilisation non commerciale autorisée est une utilisation à usage privé. Toute reproduction, même partielle, à usage collectif, de ce cahier est strictement interdite sans autorisation du Samusocial International. De même, toute traduction même partielle de ce cahier pour un usage collectif est soumise à l'autorisation préalable du Samusocial International.

La réutilisation non commerciale, et notamment pédagogique, à usage privé, de tout ou partie des contenus de cette publication est autorisée à la condition de respecter l'intégrité des informations et de n'en altérer ni le sens, ni la portée, ni l'application, et d'en préciser l'origine et sa date de publication. En particulier le nom du Samusocial International doit être clairement mentionné.

La présente publication a été élaborée avec l'appui financier de l'Union européenne. Le contenu de la présente publication relève de la seule responsabilité du Samusocial International et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l'avis de l'Union européenne. La présente publication a également bénéficié du soutien financier de la Fondation Sanofi Espoir, partenaire des programmes du Samusocial International.

FONDATION SANOFI ESPOIR

Ce cahier thématique a été réalisé par Delphine Laisney, coordinatrice des ressources techniques du Samusocial International. Il se fonde tout particulièrement sur les travaux de Christine Leguisai, psychologue clinicienne et psychosociologue, dans le cadre de sa collaboration avec le Samusocial Mali et le Samusocial International de 2007 à 2012, ainsi que sur l'expérience professionnelle de Mme Sow Gouagna Traore, éducatrice sociale au Samusocial Mali depuis 2004 et référente technique Samusocial spécialisée dans le domaine des projets en faveur des adolescentes et jeunes femmes de la rue.

Nous remercions vivement les référents techniques et les directrices des Samusociaux qui ont contribué à la collecte des données et à la relecture finale du document.

Cette publication est dédiée à Christine Leguisai.

Sommaire

06 Préface.

08 **INTRODUCTION.**

12 **PARTIE I :**
UNE VULNÉRABILITÉ DE GENRE À L'EXCLUSION FAMILIALE.

15 Violences intra familiales.

24 Grossesse « extra familiale » et déshonneur familial.

31 Conclusion.

33 **PARTIE II :**
UNE SUR EXPOSITION AUX MALTRAITANCES DU CORPS.

36 Altération du rapport au corps.

43 Accrochage à un protecteur et absence de protection.

46 Conclusion.

49 **PARTIE III :**
UN RISQUE DE DYSPARENTALITÉ.

50 Grossesse non désirée.

52 Maternité non désirée.

53 Suradaptation paradoxale au rôle maternel.

56 Conclusion.

59 **PARTIE IV :**
HISTOIRES DE VIE ET ÉTUDES DE CAS.

60 L'histoire de B.

63 L'histoire de Marwa.

67 L'histoire de Mariam.

70 Étude de cas de Fatoumata.

76 L'histoire de Grâce.

78 Conclusion.

59 **CONCLUSION GÉNÉRALE.**

87 **PRINCIPALES SOURCES.**

88 Le Samusocial International.

Préface

XAVIER EMMANUELLI,
Président Fondateur du
Samusocial International

Quand on suit le destin et l'évolution des enfants et jeunes majeurs vivant dans les rues à travers le monde, on est frappé par la ressemblance de leurs itinéraires quels que soient l'environnement urbain et la sous-culture dans lesquels ils évoluent. Ils subissent la similitude des contraintes qu'ils rencontrent ; ces mêmes épreuves dramatiques qui vont leur laisser des stigmates ineffaçables dans leur vie d'adulte.

Parmi ces épreuves, la sexualité qui se met en place… et en corollaire pour les jeunes filles, la prostitution, les grossesses non désirées, la maternité sans désir d'enfant, sont des passages quasi obligés de leur itinéraire.

Ce document de capitalisation rend compte d'observations de terrain au Mali, au Burkina Faso, en République du Congo, en Égypte et au Sénégal, mais on pourrait le généraliser à toutes les mégapoles.

Dans d'autres circonstances, la puberté se traduit par l'épanouissement de la jeune femme, sa transformation en femme en devenir avec les tâtonnements, les hésitations et les incertitudes de l'adolescence, et la découverte du sexe et des mystères de l'amour.

Mais chez ces jeunes filles de la rue, cela se traduit seulement par des agressions multiples, des humiliations et des catastrophes qui, loin de les épanouir vont les détruire peu à peu.

Ces observations sont le fruit de l'expression des intervenants des Samusociaux qui travaillent auprès d'elles. Ce ne sont pas des observations sociologiques ou

anthropologiques, mais des réflexions et des analyses de professionnels, psychologues, travailleurs sociaux, médecins, portés par le souci de les accompagner un peu dans leur malheur et leur témoigner également un peu de compassion pour tenter d'atténuer leur souffrance… que ces jeunes filles n'évaluent même pas elles-mêmes.

La situation de ces enfants, adolescents et jeunes majeurs, conduit à l'attitude décrite par Olivier Douville de «sur adaptation paradoxale…». Adopter les codes de la rue pour survivre au détriment de la vie sociale. Le travail du Samusocial consiste à faire « INVOLUER » pour faire « ÉVOLUER » à savoir, faire perdre ces codes précieux nécessaires à la vie en rue pour adopter ceux du long terme de la vie en société et des échanges.

Mais pour ces jeunes filles qui ne connaissent ni leur corps ni les profonds changements physiques, psychiques et physiologiques de la puberté, cela sera quasiment impossible. La survie les oblige à adopter des attitudes de repli. Le rapport à l'autre s'effondre et finalement se résout à l'utilisation de leur corps comme ressource. Elles ne sont à leurs propres yeux et aux yeux des autres que de simples objets. Considérées comme «objets», il n'y a nul recours, nulle représentation qui puissent les aider à envisager un autre point de vue – à savoir une acquisition de statut du «sujet» - sujet libre maîtrisant son corps et sa destinée.

Dans un tel univers, il n'y a ni droit ni secours, l'autorité qui est sensée les protéger, le monde des adultes en général les renforce au contraire dans leur représentation… Elles ne sont «rien» dans le monde des humains, ni pour le groupe, ni pour leur famille, ni pour la société.

Tel est cet aperçu de la situation des adolescentes et jeunes femmes de la rue dans le monde océanique des mégapoles, sans repère ni point d'appui, sans rituel ni symbole signant le naufrage permanent d'une existence ressentie par tous et par elles-mêmes comme illégitime.

Introduction

Ce cahier thématique du Samusocial International vise à renforcer la compréhension des besoins d'accompagnement des adolescentes et jeunes femmes de la rue, rencontrées par les Samusociaux, aux fins de recommandations de pratiques d'intervention et de prise en charge. Son objectif est de mettre en exergue la spécificité de la situation des adolescentes et jeunes femmes de la rue, au sein de la population dite des « enfants et jeunes de la rue », en rupture familiale et vivant dans la rue, et en conséquence, de mieux concevoir la spécificité de leur prise en charge.

Majoritairement âgées entre 15 et 25 ans, ces adolescentes et jeunes femmes vivent des situations qui sont habituellement analysées sous des aspects très limitatifs. Cette problématique n'est, en effet, que très rarement abordée en elle-même ou pour elle-même et généralement explicitée sous l'angle de ce qu'elles font, et non de ce qu'elles sont. Ainsi en témoigne la documentation existante sur le phénomène de la prostitution des « filles de rue », en tant que principale caractéristique, résumant ainsi la complexité de leur vie à une seule composante de leur situation. Ainsi en atteste également le focus souvent réalisé sur la problématique des enfants de la rue de «deuxième génération», focus qui évite implicitement la question de la parentalité de ceux de la «première génération».

L'expérience des Samusociaux dans l'intervention auprès de ces adolescentes et jeunes femmes, qui fonde le présent document de capitalisation, permet d'orienter différemment la réflexion en partant d'une observation commune : il faut beaucoup de temps aux équipes des Samusociaux pour obtenir leur confiance, parce qu'accepter une relation d'aide institutionnelle, c'est implicitement accepter de se rendre visible au regard de la société. Si cette méfiance, pour ne pas dire défiance, est également observable dans l'intervention auprès des garçons et jeunes hommes vivant en rue, elle est sans commune mesure avec celle constatée auprès des filles et jeunes femmes. Dans la vie en rue, le regard des autres est, en effet, plus ou moins stigmatisant selon les personnes concernées, la grande exclusion constituant, d'une certaine façon, un «miroir grossissant» des iniquités et discriminations sociétales. En développant des projets spécifiques à leur intention, ces Samusociaux ont ainsi pu rendre visible une réalité qui jusque-là restait largement cachée et déniée dans les sociétés concernées. Leurs expériences nous invitent à ouvrir les yeux, et changer de regard, sur ceux que nos sociétés poussent à la marge, y compris ceux qui cherchent le plus à se soustraire à notre regard ; c'est le premier pas pour leur rendre leur identité et leur place dans la société.

Plusieurs Samusociaux à l'étranger prennent en charge des adolescentes et/ou des jeunes femmes rencontrées lors de leurs interventions médico-psychosociales en rue, de Bamako au Caire, en passant par Dakar, Pointe-Noire et Casablanca. Le présent cahier thématique se fonde toutefois, en très grande partie, sur l'expérience acquise par le Samusocial Mali qui met en œuvre, depuis 2004, un projet spécifique d'intervention auprès des adolescentes et des jeunes femmes de la rue à Bamako, basé d'une part sur des tournées de rue nocturnes par une équipe médico-sociale constituée de femmes, et d'autre part, sur le développement d'un réseau spécifique de structures partenaires pour l'hébergement et l'insertion sociale.

Du présent processus de capitalisation[1], il ressort avec évidence que les adolescentes et jeunes femmes de la rue sont sur exposées aux violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles, inhérentes à la vie dans la rue. Comme le souligne le rapport du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies de Janvier 2012 : *«La rue peut certes offrir un refuge contre la violence familiale ou communautaire mais elle expose les enfants à d'autres scènes et formes de violence, notamment : à la violence psychologique quotidienne infligée par la stigmatisation ou l'intimidation, à la violence physique et/ou sexuelle d'autres personnes vivant dans la rue ou des membres du public, aux accès de violence au sein des bandes des rues, à la violence des organisateurs du commerce du sexe forcé ou de la mendicité, à la violence des commerçants, des rafles de la police, des viols et des assassinats extrajudiciaires.»*

Cette sur exposition est aggravée par les conséquences psychologiques des violences intrafamiliales vécues avant l'arrivée dans la rue et le processus de désocialisation inhérent à la vie dans la rue, qui altèrent profondément le rapport au corps. Ainsi, les violences subies sont psychologiquement banalisées et font rarement l'objet d'une demande de soins et de protection juridique. Considérant leur corps sans valeur autre que marchande, elles se rendent extrêmement vulnérables aux risques sanitaires (VIH/Sida en particulier) et aux risques de grossesses non désirées. Ces adolescentes et ces jeunes femmes sont d'autant plus privées de leurs droits fondamentaux qu'elles en ignorent l'existence même. Subissant la répression policière en raison de leur prostitution de survie, elles renforcent leur isolement social par leur auto exclusion des mécanismes juridiques de protection. Socialement exclues et stigmatisées, elles développent des stratégies d'évitement vis-à-vis des structures sociales et sanitaires existantes. Beaucoup d'entre elles deviennent mères, avec toute la difficulté d'assumer ce rôle maternel dans un contexte de vie d'extrême précarité et d'isolement

[1] CF. ANNEXE
« Principales sources »

social, mais aussi, pour celles qui sont profondément traumatisées par les violences subies, avant et dans la rue, l'impossibilité psychique à construire du lien maternel.

Ce sont ces aspects déterminants que le présent cahier thématique tente de mettre en exergue, au-delà des questions de grande pauvreté et de prostitution génératrice de revenus de survie. À travers l'analyse des situations significatives rencontrées par les Samusociaux[2], la vulnérabilité spécifique des adolescentes et jeunes femmes de la rue est ainsi abordée au regard des trois clés de compréhension suivantes :

- UNE VULNÉRABILITÉ DE GENRE À L'EXCLUSION FAMILIALE
- UNE SUR EXPOSITION AUX MALTRAITANCES DU CORPS
- UN RISQUE DE DYSPARENTALITÉ

Le dernier chapitre présente des histoires de vie et études de cas, qui permettent de resituer, dans une perspective d'analyse approfondie de situation individuelle, les différentes clés de compréhension de la vulnérabilité spécifique des adolescentes et jeunes femmes de la rue.

[2] Dans les situations présentées, les personnes sont anonymisées en vertu du Code déontologique professionnel Samusocial

Pourquoi tu pleures ?
– C'est ma mère.
– Qu'est-ce qui est arrivé à ta mère ?
– Elle est décédée depuis que je suis toute petite.
– Et ton père, il est où ?
– Je ne le connais pas, je vis avec ma tante.
– Pourquoi tu as quitté chez toi ?
– Pour rien. »

Fatou, **17 ans, Dakar**

Partie I

Une vulnérabilité de genre à **l'exclusion familiale**

Évoquer une vulnérabilité de genre renvoie très souvent à la question de l'inégalité existante entre les garçons et les filles dans l'accès à l'éducation. Selon les données de l'UNESCO[3], si l'écart entre filles et garçons non scolarisés s'est rétréci, les filles représentaient, en effet, encore 53% de la population non scolarisée en 2008 et 64% des adultes (considérés comme tels à partir de l'âge de 15 ans) analphabètes (l'alphabétisme étant défini comme l'aptitude à lire et à écrire, en le comprenant, un énoncé simple et bref relatif à la vie quotidienne) étant des femmes[4].

Concernant la population des enfants et jeunes de la rue rencontrés par les Samusociaux, dans leur très grande majorité, les garçons comme les filles ont été peu scolarisés ou ont très rarement achevé le cycle primaire[5]. Par ailleurs, si la non scolarisation ou la déscolarisation peuvent expliciter la situation d'enfants et d'adolescents travaillant dans la rue pour contribuer à l'économie familiale, elles ne sauraient fonder des bases explicatives de la rupture familiale que manifeste précisément la vie dans la rue, jour et nuit, et la rareté des allers et retours entre la rue et la famille[6].

À cet égard, l'exploration des parcours de vie des enfants et jeunes de la rue, en particulier dans les études coordonnées par le Samusocial International avec les Samusociaux Mali, Pointe-Noire et Sénégal, a mis en exergue la prévalence des violences intra familiales dans les causes de la situation de vie dans la rue. Le départ du lieu de vie d'origine a ainsi pu être caractérisé par un débordement de violences extériorisées et/ou intériorisées qui s'apparente à un point culminant, et provoque un basculement : un départ «pour se sauver», une «fuite en avant». Les enfants et jeunes de la rue n'ont pas quitté leur famille pour vivre dans la rue : c'est en raison de la rupture familiale, et à défaut d'autre alternative, qu'ils vivent dans la rue.

[3] UNESCO, Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2011, pp.46-50.

[4] Ibid p.312.

[5-6] Source : Bases de données des Samusociaux.

Il convient, dans le présent cahier thématique, de rappeler l'importance de ces violences intra familiales à travers la présentation de situations significatives vécues par des adolescentes et jeunes femmes rencontrées par les Samusociaux, avant d'aborder une situation qui leur est spécifique, celle de la grossesse «extra familiale» qui induit, dans certains contextes sociétaux, un déshonneur familial, venant signifier, avec violence, la rupture familiale.

Violences **intra familiales**

Nassou a 10 ans à sa première rencontre avec le Samusocial Mali à Bamako. Après le divorce de ses parents, elle est confiée à sa grand-mère maternelle, puis reprise par sa mère qui s'est remariée. Depuis qu'elle vit avec sa mère, elle dit qu'elle vit dans la souffrance. Elle est en conflit permanent avec sa mère. Sa mère l'a menacée quotidiennement de lui crever un œil, de lui casser un bras ou de lui brûler les pieds. Un jour, sa mère lui verse du pétrole sur le pied droit et y met le feu. Pour Nassou, sa mère est folle, elle aurait même tué ses autres enfants. Sa mère aurait par accident tué sa petite sœur, lorsque suite à un conflit, sa mère aurait jeté un escabeau en direction de Nassou. L'objet l'a raté mais a atteint sa petite sœur qui en serait décédée.

Sa mère est arrêtée et envoyée en prison et Nassou est confiée par la police à un centre d'hébergement partenaire du Samusocial Mali ; c'est dans ce centre que l'équipe du Samusocial Mali rencontre Nassou. Elle est orientée vers une cli-

nique pour soigner son pied.

Après sa guérison, elle dit hésiter à retourner au centre d'hébergement, de crainte d'être enlevée par sa mère. Rassurée par l'équipe Samusocial, elle accepte d'y retourner. Mais elle fugue du centre et l'équipe la retrouve devant la clinique. Elle dit avoir la nostalgie de sa mère, et décide de rentrer chez elle. Après quelques jours, elle quitte le domicile maternel et évoque comme raison l'intention de sa mère de lui faire faire la *« fille portefeuille »* (prostituée).

Elle donne une autre version de ses relations avec sa mère. Elle dit qu'elle a fugué la première fois de chez sa mère parce qu'elle voulait aller chez son grand-père paternel. Sa mère voulait l'envoyer soit chez le grand-père maternel, soit chez l'oncle. Mais tous les deux ont refusé. Nassou dit qu'elle a menti sur sa mère pour le décès de sa petite sœur. Elle a menti sur sa mère pour cacher le meurtre qu'elle-même avait commis et dit que sa mère n'a pas tué ses autres frères et sœurs.

Elle refuse que le Samusocial Mali l'accompagne voir sa mère, pour parler, pour que Nassou puisse raconter. Elle retourne au centre d'hébergement.

Nassou aime sa mère «à en mourir» comme beaucoup d'enfants maltraités. Être séparé de sa mère ou se séparer de sa mère est un dilemme impossible à dire et à vivre. Nassou ne sait que faire pour sauver sa mère et si tant est que cette dernière est criminelle, Nassou s'identifie à elle, quitte à se sacrifier.

Kadiatou a 14 ans lors de sa rencontre avec le Samusocial Mali à Bamako. Elle s'habille comme un homme (pantalon jean, tee-shirt ou pull et baskets) et vit avec des groupes de garçons, où elle n'est souvent que la seule fille. Lors de

cette première rencontre, elle dit avoir été « attirée par la rue », mais précise aussi qu'elle est également en conflit avec sa mère qui serait très jalouse d'elle.

- Elle dit que son souhait est de :

  « travailler et avoir de l'argent pour pouvoir retourner en Côte d'Ivoire chez ses parents ».

Elle veut faire beaucoup de choses : du commerce, devenir militaire comme les filles de son âge qu'elles voient s'entraîner le matin à proximité de son site de vie. Elle souhaite retourner en Côte d'Ivoire par avion, comme elle l'a fait quand elle est venue à Bamako. Elle serait venue par avion cachée dans le train d'atterrissage avec la complicité d'une hôtesse de l'air. Certaines de ses camarades seraient mortes au cours du voyage.

- Kadiatou affirme être mûre pour éviter les pièges de la rue.

- Au cours d'une maraude, elle demande un entretien avec l'éducatrice sociale. Elle dit regretter tout ce qu'elle a eu à faire comme bêtise et voudrait présenter ses excuses à sa maman et puis retourner vivre avec elle. Une visite à domicile est alors faite par le Samusocial Mali. La mère pense que :

  « Rien ne pourra faire changer le mauvais caractère que sa fille a ».

Kadiatou est alors orientée vers un centre d'hébergement.

- Un mois après, Kadiatou dit qu'elle ne veut plus retourner chez sa mère car celle-ci a l'habitude de dire que si sa fille revient, son mariage prendra fin, et que si sa fille revient, alors elle préfère partir. Kadiatou retournera en famille, bien plus tard, d'elle-même, suite aux conseils d'une vieille dont elle a fait la connaissance. Mais, après son retour en famille, elle se confie à l'équipe du Samusocial Mali qui dira :

  « Elle a tout de suite compris qu'elle n'avait plus de place. Même

son père qui la supportait ne voulait plus d'elle. Elle était détestée par toute la famille. Son père est arrivé même à la maudire en disant que son souhait est que la foudre la tue. Elle était désespérée par la réaction de sa famille et elle a juré de ne plus mettre les pieds dans la famille avant sa mort. »

Kadiatou se prostitue et se drogue. Elle arrive à déposer son dossier pour le recrutement militaire, mais elle n'est pas retenue sur la première liste. On lui dit de repasser pour voir sur les listes prochaines. Les relations avec son père se sont arrangées. Elle l'aide financièrement par les revenus de sa prostitution.

Maïmouna, 18 ans, Dakar :

« Mes parents sont décédés quand j'étais très jeune. Mes frères et sœurs n'ont pas voulu me dire la vérité sur la mort de mes parents. Un jour, ma sœur a décidé de dire la vérité sur mes parents. Et c'est à partir de ce moment que j'ai quitté la Casamance pour venir à Dakar.
– Pourquoi… ?
– Parce que j'avais 9 à 10 ans à l'époque et mes sœurs et frères se battaient avec mes demis sœurs et frères à cause des terrains laissés par mon père comme héritage. »

Awa, 22 ans, Dakar :

« Ma belle-mère me traite comme une « vaut rien », je passe ma journée à travailler pour elle mais elle n'est jamais satisfaite et m'injure tout le temps. […]. Mon père est pire, il me bat tout

le temps […]. Les notables de mon quartier sont même venus le voir pour qu'il m'épargne et me laisse travailler […]. J'ai été séparée de ma mère il y a longtemps. Elle est venue pour la dernière fois chez nous quand j'avais 4 ans. Elle m'a amenée dans un endroit, m'a dit qu'elle va partir pour toujours, qu'elle n'allait plus revenir et qu'il faut que je sois courageuse. »

- Son père lui a dit qu'elle sera :

  « Une mauvaise personne comme sa mère. »

- Awa sait qu'elle n'est pas sa fille biologique ; née avant le mariage de sa mère, ou enfant adultérin, Awa ne l'a pas dit, elle ne le sait peut-être pas.

- À Bamako, Kadidia, 14 ans, explique :

  « Lorsque je faisais la 5e année, j'ai été « maraboutée » par ma marâtre pour que je déteste l'école et que je vole. Un jour j'ai volé 1000 FCFA à ma mère et mon père m'a battue. J'accompagnais ma maman au marché pour vendre des pagnes et un jour elle me confia ses marchandises. Ce jour-là, deux filles sont descendues du train et m'ont approchée pour me demander à manger. Je leur remis 500 FCFA. Après échange, elles me proposèrent de les suivre à Bamako. Le lendemain, j'ai volé 75 000 FCFA à ma maman pour fuguer avec les deux filles et je ne suis plus retournée à Kita. A la mort de mon père, je suis partie à Kita juste pour faire deux jours et retourner à Bamako, où je me prostitue. J'ai commencé la prostitution depuis que j'avais 10 ans. »

- L'équipe du Samusocial Mali a rencontré sa tante qui, elle, explique :

  « Le problème de [Kadidia] date de longtemps. […] la première fois quand [Kadidia] est venue chez moi, je n'avais pas de bonne ; j'étais très contente, ma fille et [Kadidia] pourront m'aider. Elle a fait un mois, un jour ma fille a balayé la maison et mis les ordures dans deux seaux en disant à [Kadidia] et à son neveu d'aller verser les ordures dehors. [Kadidia] est partie et n'a plus été vue qu'un an après. […] quand elle est revenue, j'ai essayé de la gronder, elle est restée un mois puis est sortie. On l'a envoyée chercher du sucre. Elle n'est plus retournée. Donc, j'avais décidé de ne plus la recevoir. A ma grande surprise, voilà ma sœur jumelle qui l'amène en pleurant, j'étais obligée de la prendre. Trois mois plus tard encore en 2002, on l'envoie à la boutique pour acheter du savon, c'est ce matin du 22 août 2006 que je viens de la voir. Elle est venue parce qu'elle est accompagnée par vous, sinon elle n'allait pas oser rentrer chez moi… »

- Kadidia pense avoir été maraboutée par sa marâtre, marâtre qui n'est pas évoquée par sa tante, une tante qui l'utilise comme bonne, et qui ne s'inquiète pas de son absence… Kadidia, proie facile pour les réseaux de prostitution.

- Codou, 17 ans, Dakar :

  « J'ai été élevée par ma tante côté paternel. J'étais à l'école jusqu'à la 6e. J'ai laissé l'école à cause du mari de ma tante. […] ma tante voyageait souvent […] pour acheter des marchandises, elle faisait 15 jours de voyage. […] le mari de ma tante

a profité de coucher avec moi. Il m'a violée plusieurs fois. C'est pourquoi je suis partie. »

Codou dit qu'elle n'a pas osé en parler à sa tante :

« Je ne voulais pas que son mariage se gâte. »

Elle n'en a jamais parlé à ses parents non plus.

À PROPOS DES PRATIQUES DE **CONFIAGE**

Le confiage est une pratique traditionnellement ancrée dans la dynamique familiale en Afrique de l'Ouest. Elle participe au renforcement des liens sociaux de parenté ou d'alliance et répond aux logiques de solidarité sociale et familiale. Le confiage des enfants par des parents consiste à remettre l'enfant à un parent proche ou un ami et, comme le veut la tradition, à ne plus intervenir directement dans son éducation tant qu'il est chez ses parents adoptifs.

Cette pratique est différente de l'adoption légale matérialisée par un acte juridique mais lui ressemble dans les faits. L'enfant ne prend pas le nom de son parent adoptif, mais vit avec lui comme les autres enfants de ce parent. Cette forme d'adoption peut se faire sans le consentement préalable des parents, ni celui du parent adoptif auquel la coutume impose de recevoir l'enfant qu'on lui amène. Cette situation est à l'origine de la plupart des dérives et du peu d'attention accordée à certains enfants confiés. A la différence de l'adoption, le confiage peut être limité dans le temps. L'enfant peut être confié le temps de la régularisation d'une situation dés-

.../...

.../...

tabilisante : un décès, une maladie, un divorce ou une séparation. Il s'agit alors d'entraide familiale ou d'un moyen de retisser des liens distendus suite à des conflits entre les familles.

La pratique traditionnelle du confiage n'est pas un facteur explicatif direct de l'arrivée dans la rue, mais ses dérives le sont. Le problème actuel est celui d'une pratique qui devient incontrôlée, notamment suite à des désordres familiaux, ou encore dans un contexte de conflits antérieurs dans l'histoire de vie des enfants. Un confiage qui se passe mal génère souvent, pour l'enfant, une errance dans son histoire de vie.

À Dakar, Aminata, 11 ans, dit que sa mère est décédée que son père est parti à l'étranger ; elle a été confiée à sa tante maternelle. Aminata a arrêté l'école à la fin du CP.

> *« C'est ma tante qui m'a demandé d'arrêter afin de chercher du travail comme domestique. […] nous sommes venues à Dakar [pour cette raison]. Malheureusement avec les manifestations […] je me suis retrouvée égarée. »*

Aminata racontera ensuite que sa mère est morte des suites d'une chute ; Aminata a retiré la chaise sur laquelle voulait s'asseoir sa mère, sa mère est tombée, s'est plainte de maux de dos, a été transportée à l'hôpital, et y est décédée.

> *« J'ai été à l'origine de sa chute […] je ne l'ai pas fait exprès. Depuis ce jour, ma tante, mes amies […], m'accusent d'avoir tué ma mère, surtout ma tante […]. Elle me taxe de fille méchante,*

d'ailleurs c'est pourquoi j'ai tué ma mère. »

- Elle dira également que sa famille paternelle ne l'accepte pas.

  « Ma grand-mère paternelle m'interdit de rentrer dans sa maison. Les deux familles ne s'entendent pas. »

- Et à propos de son père :

  « Nous n'avons plus de nouvelles. Il n'est même pas venu à l'enterrement de maman et sa famille nous déteste. »

- Aminata dira avoir une petite sœur qui a été confiée à *« une autre famille »*.

- Elle demandera à l'équipe du Samusocial Sénégal :

  « Je veux aller chez ma grand-mère paternelle. Je ne veux pas retourner chez ma tante. »

EN **RÉSUMÉ**

Le contexte de violences intra familiales, dans lequel les adolescentes et jeunes femmes rencontrées par les Samusociaux ont grandi, impose d'emblée de renverser le questionnement classiquement formulé : quelles sont les raisons de l'arrivée en rue ? La véritable source d'appréhension de leur présence dans la rue relève en effet davantage d'une autre interrogation : quelles sont les raisons du départ du milieu de vie dans lequel elles ont vécu avant la rue ? En cela, la problématique est parfaitement similaire à celle des garçons : le processus de réinsertion familiale est d'autant plus complexe que l'insertion familiale a généralement fait défaut, avant l'arrivée dans la rue.

Une des particularités de la rupture familiale des adolescentes et jeunes femmes de la rue réside, toutefois, dans l'existence d'une forme de «désinsertion familiale» brutale et souvent radicale. L'étude réalisée avec le Samusocial Mali en 2010 a, en effet, permis de mettre en lumière la situation de nombreuses jeunes filles rencontrées dans les rues de Bamako par les équipes Samusocial et qui sont tombées enceintes «en dehors du circuit familial», se retrouvant, de fait, désaffiliées de leur milieu d'origine.

Grossesse «extra familiale» et **déshonneur familial**

L'abord de cette situation particulière nécessite de rappeler, au préalable, les logiques inhérentes au processus d'adolescence. L'adolescence se comprend au regard d'une triple dimension : physiologique, qui se réfère à la puberté, anthropologique et sociale, qui interpelle la relation aux autres, psychologique, qui se fonde sur la question identitaire.

Ces dimensions cumulatives renvoient aux questions suivantes que se pose l'adolescent(e) : *que se passe-t-il dans mon corps ? A qui puis-je désormais parler, en qui puis-je désormais avoir confiance ? Que suis-je devenu(e) ?*

La caractéristique majeure et commune à ces trois questions réside, pour

l'adolescent(e), dans l'ignorance des réponses et dans la nécessité de les trouver ou de les inventer. Si l'adolescent(e) rencontre effectivement les changements liés à la puberté, il/elle n'en comprend pas la signification et ne sait pas à qui s'adresser, d'où un profond sentiment de solitude chez tout adolescent(e). En d'autres termes, l'adolescence est le moment où l'individu essaie de conférer un sens au changement qu'est la puberté. *« Je ne me reconnais pas », « je deviens un autre »,* sont autant d'expressions révélatrices de l'angoisse de la transformation du corps pour l'adolescent(e) qui appréhende, de ce fait, ces changements, davantage en termes de rupture que d'évolution.

L'adolescence est également un moment de rupture avec la famille dans le sens d'une stratégie de rupture de l'enfant avec le maternage. Toutefois, il ne s'agit pas, dans un contexte normal, d'une rupture absolue mais d'une rupture pour une relance, pour une retrouvaille : l'adolescent(e) doit quitter la mère et le père tels qu'ils étaient pour l'enfant et les retrouver tels qu'ils sont pour la communauté, pour la société. Cette rupture ne signifie donc pas que l'adolescent(e) ne peut plus désormais adresser ses demandes à sa famille ou ne peut plus avoir confiance en elle, mais doit davantage s'envisager comme une nouvelle modalité relationnelle. En revanche, certaines circonstances peuvent induire un caractère absolu à la stratégie de rupture familiale de l'adolescence : ainsi la maltraitance, par excès (violence physique) ou par défaut (absence de soins, d'attention), constitue un facteur de risque certain au regard d'une rupture sans relance, sans retrouvaille.

Pour certaines adolescentes, la maternité précoce ne saurait être expliquée comme une simple résultante d'un manque d'information quant aux méthodes contraceptives. La maternité précoce peut, en effet, s'appréhender sous l'angle de la stratégie de rupture familiale caractéristique de l'adolescence. *« Je ne suis*

plus une petite fille puisque je suis enceinte ». La grossesse de la jeune fille provoque ainsi, aux yeux de la famille, une rupture brutale avec le statut d'enfant, et c'est précisément ce qui était recherché. Cette stratégie peut malheureusement être lourde de conséquences pour l'adolescente et pour son bébé. Dans certains contextes sociétaux, en effet, il s'agit d'une grossesse «illégitime» c'est-à-dire hors consentement des parents à une union de type marital et bien souvent sans connaissance, par la famille, du père de l'enfant (« *l'auteur de la grossesse* »). En d'autres termes, le futur bébé est un « *bébé de la honte* » et c'est la raison pour laquelle beaucoup de jeunes filles fuient le domicile parental à l'annonce de la grossesse. D'une stratégie de rupture pour une relance, une retrouvaille, l'adolescente se projette ainsi dans une situation de rupture familiale absolue.

Lors de sa rencontre à Bamako avec le Samusocial Mali, Djeneba, 15 ans, explique qu'elle vivait en famille avec son père et sa mère, sans difficulté particulière jusqu'au jour où sa grossesse fut «découverte».

À partir de ce jour, dit-elle :

> *« Je ne m'entendais plus avec ma mère. J'ai fait tout pour empêcher les petits conflits entre elle et moi, mais je n'ai pas pu. Elle me frappait chaque fois, cela n'était pas grave pour moi. Mais les injures grossières qu'elle me disait tous les jours en présence de mes frères et sœurs me faisaient honte. Elle m'insultait comme si les autres enfants ne faisaient rien de mal. Donc je n'étais pas contente et je suis venue dans la rue. »*

Toujours à Bamako, Assitan, 17 ans, raconte que ses parents sont divorcés et

que pendant un temps, elle a vécu avec sa mère. Des suites de conflits avec son parâtre qui l'aurait menacée de mort et de rompre avec sa mère, Assitan part vivre chez son père avec ses trois femmes. Elle explique que tout se passe bien jusqu'au jour où sa tante, qui n'a pas eu la chance d'avoir une fille malgré ses cinq maternités, vient la chercher pour qu'elle lui soit confiée.

- Assitan est enceinte.

  « Dès que j'ai la grossesse, ma tante n'arrivait plus à me supporter. Elle me battait à tout moment et elle a jeté même mes habits au dehors. Et une fois, elle m'a battue jusqu'au sang. C'est ce jour-là que j'ai quitté sa famille. »

- Assitan signifie ainsi qu'elle ne se reconnaît plus comme membre de la famille. Assitan arrive en rue.

- Elle raconte également que lorsque sa mère l'a vue «en état de grossesse», elle a dit :

  « J'aurais préféré que tu sois morte, que de te voir dans cette situation. »

- Et lors d'une autre visite :

  « Tu devrais mourir, car tu n'as plus de raison de vivre. »

- Khady, 22 ans, Dakar :

  « Je suis venue ici quand j'étais à deux mois de grossesse [...] j'ai passé des jours et des nuits dans les rues [...] mon père m'a interdit de poser les pieds sous son toit [...] il m'a fait savoir que pour lui je ne fais plus partie de ses enfants, il m'a déshéritée. »

Khady dira également que sa grossesse est issue d'un viol et le père de son fils est le fils de sa tante maternelle.

Dans les sociétés où le mariage comporte un impératif de virginité de l'épousée, la «non virginité» d'une jeune fille, révélée par sa grossesse, peut être considérée comme un déshonneur pour sa famille, dans le sens où elle ne sera plus «mariable», et dans la mesure où le mariage est symboliquement entendu comme une alliance entre familles. Que la grossesse soit issue d'une relation sexuelle consentie ou non, «on» a volé à la jeune fille sa virginité ; très fréquemment celle-ci peut «prendre sur elle et/ou contre elle» cette situation, en considérant que cela est de sa faute.

Quitter le domicile parental ou refuser d'y retourner constituent alors les deux versants d'une unique option.

À PROPOS DE LA «RECHERCHE DU TROUSSEAU DE MARIAGE»

En Afrique de l'Ouest, notamment, le phénomène dit des filles «migrantes» recouvre une réalité d'adolescentes des zones rurales qui partent chercher du travail en ville, pendant les périodes d'hivernage, pour contribuer aux revenus familiaux, et très généralement, constituer progressivement leur trousseau de mariage. Majoritairement employées comme «petites bonnes», ces jeunes filles sont exposées à une multitude de risques. D'une part, elles peuvent être victimes de violences sexuelles au sein du foyer familial de l'employeur ou par son entourage, ou à l'extérieur, dès lors

qu'elles évoluent dans un environnement nouveau, sans repères sécuritaires suffisants. D'autre part, du fait de l'éloignement de la surveillance familiale, elles peuvent consentir à des relations sexuelles, avec les risques d'une sexualité non protégée, lorsqu'elles ne disposent d'aucune information en termes de santé sexuelle et reproductive, et n'ont bien souvent aucune représentation de la sexualité. Le risque subséquent est alors celui d'une rupture familiale en lien avec la « découverte » d'une grossesse déshonorante dans ces contextes sociétaux particuliers.

Awa, 18 ans, Bamako :

« Au décès de mon père, je décide de venir à Bamako pour chercher un travail rémunérateur comme le font d'autres filles du village. Le travail d'aide-ménagère étant plus rémunérateur à Bamako qu'à Fana. L'objectif était de pouvoir aider ma mère pour les charges familiales. J'ai fait deux années de suite pendant lesquelles je venais à Bamako et retournais à Fana pendant l'hivernage. La troisième année je suis tombée enceinte. J'ai eu peur et honte de retourner en famille. Je suis restée chez ma patronne jusqu'à ce que la grossesse avance et m'empêche de travailler. Ma patronne m'a libérée ; n'ayant nulle part où aller, je me suis rendue à la gare (…) avec mes bagages, presque sur le point d'accoucher. »

La nécessité de contribuer à l'économie familiale, éventuellement pour constituer le trousseau de mariage, peut également vulnérabiliser certaines jeunes filles vis-à-vis de «souteneurs», de proxénètes. Toutefois, à la différence de la

grossesse «extra familiale», la pratique de la prostitution n'induit pas nécessairement la rupture familiale. Selon l'expérience du Samusocial Mali, certaines familles sont d'ailleurs tout à fait conscientes de la prostitution de leurs filles qui rapportent régulièrement des sommes d'argent à la maison.

EN **RÉSUMÉ**

De nombreuses adolescentes et jeunes femmes rencontrées par les Samusociaux sont ainsi enceintes «en dehors du circuit familial» et désaffiliées de leur milieu d'origine. Le déshonneur familial dont on les accuse est d'autant plus violent qu'elles s'en sentent responsables ; elles portent le «fardeau de honte» que leurs familles leur font porter.

Comment interagir avec cette honte davantage sociétale que culturelle dans des contextes étatiques où aucun mécanisme de protection juridique et/ou sociale n'existe pour ces jeunes mères victimes d'une exclusion proche du bannissement ? Telle est ici une des sources fondamentales de la complexité de toute forme de relation d'aide avec les adolescentes et jeunes femmes de la rue.

PARTIE I

Conclusion

Les adolescentes et jeunes femmes de la rue sont, comme les garçons et jeunes hommes rencontrés par les Samusociaux, marquées par des histoires familiales violentes et douloureuses, qui les mettent en rupture bien avant l'arrivée en rue. Ces vécus traumatiques ont rarement pu être exprimés et vont, d'une certaine façon, submerger l'enfant devenu adolescent, en se manifestant généralement par le désespoir, la haine, le mépris pour soi-même et/ou pour les autres, la honte et la culpabilité. Les filles, comme les garçons, sont déjà dans un état d'errance psychologique, avant que le processus de désocialisation, inhérent à la grande exclusion, celle de la vie dans la rue, ne commence à se mettre à l'œuvre.

En outre, lorsque les cultures sociétales envisagent le statut féminin dans une logique de dépendance, allant d'une dépendance parentale à une dépendance maritale, celles qui sont tombées enceintes «hors cadre» peuvent être désaffiliées de ce circuit familial traditionnel ; la rupture familiale est alors étroitement reliée au déshonneur familial dont on les accuse, et dont elles se sentent responsables.

En conséquence, dans les sociétés où les systèmes de protection de l'enfance et/ou sociale sont insuffisants pour préserver la sécurité des enfants victimes de violences intra familiales, prévenir les exclusions familiales, et offrir d'autres alternatives de refuge que la rue, les adolescentes et les jeunes femmes vont, une fois arrivées dans la rue, rencontrer, pour la première fois, des structures d'aide et de protection.

Pour tous les intervenants, la relation d'aide est dès lors nécessairement soignante avec ces « blessées de la vie » et toute forme d'accompagnement se doit d'être un soutien permanent à l'expression de leur vécu, source fondamentale de la co-construction d'une interaction aidante.

Lorsque je fais le travail, je pense à autre chose, à ma vie d'avant, quand j'étais bien, ou à ma fille, et je regarde un point fixe. »

« Avant c'était ma tête qui commandait, aujourd'hui c'est ce corps que je ne reconnais plus. »

Kesiah est originaire du Nigeria. Elle a 15 ans quand son père est assassiné par un autre membre de la famille. Sa mère paye ensuite un passeur afin qu'elle aille travailler comme bonne à Ouagadougou. Kesiah ne sera jamais bonne à Ouagadougou mais sera enrôlée par un réseau de prostitution. Un des proxénètes la violera à plusieurs reprises puis la prostituera. Kesiah est régulièrement frappée et violée (par son proxénète, des clients ou les forces de police).

Partie II

Une sur exposition aux **maltraitances du corps**

La majeure partie des adolescentes et jeunes femmes de la rue sont sexuellement actives et leur premier rapport sexuel a été précoce. Elles utilisent les rapports sexuels comme un moyen de survie, la prostitution demeurant, au niveau mondial, un phénomène majoritairement féminin[7]. Elles consomment également des drogues, ce qui peut se corréler aux effets psychiques tant de l'exploitation sexuelle que de la grande exclusion.

Cette situation inquiète quant aux conséquences que cela induit notamment en termes de contamination d'infections chroniques, et de transmission du VIH/Sida en particulier. Dans son rapport 2012, l'UNICEF estime à près de 2,2 millions le nombre d'adolescents âgés de 10 à 19 ans qui vivaient avec le VIH dans le monde en 2010, et dont la majorité ignorait son statut sérologique, avec 2 600 personnes âgées de 15 à 24 ans infectées chaque jour[8]. Ces infections sont essentiellement liées à des rapports sexuels non protégés ou à des pratiques d'injection à risque. Un des facteurs déterminants de cette vulnérabilité adolescente à l'infection par le VIH/Sida réside, ainsi que le souligne ce rapport de l'UNICEF, dans la privation, pendant la période cruciale de transition entre l'enfance et l'âge adulte, d'un accès à des informations, un traitement, des soins ou

[7] Selon le Rapport mondial 2012 sur l'exploitation sexuelle, publié par la Fondation Scelles, 75 % des personnes se prostituant ont entre 13 et 25 ans et 80 % des personnes se prostituant sont de sexe féminin - Editions Economica, janvier 2012.

[8] UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2012, **« Les enfants dans un monde urbain »**, p.36.

[9] Concernant ce domaine d'intervention spécifique: **Enfants et jeunes de la rue et VIH/SIDA - Recommandations sur les pratiques de prévention et de prise en charge**, guide méthodologique publié par le Samusocial International en 2012.

un appui adaptés et, en particulier, à des soins de santé sexuelle et procréative et à des services de prévention adaptés à cet âge[9].

Concernant la prostitution, les adolescentes et jeunes femmes rencontrées par les Samusociaux sont rarement enrôlées dans des réseaux «fermés» de prostitution, des trafics nationaux ou internationaux d'êtres humains. La prostitution se pratique davantage dans des bars «ouverts», dans lesquels elle est connue et relativement tolérée. Qu'elles fréquentent ou non ces lieux ouverts, ces adolescentes et ces jeunes femmes sont toutes, et de manière permanente, dans des stratégies de prostitution d'opportunité, leur permettant d'assurer leurs moyens de subsistance. Elles ont rarement un souteneur ou proxénète, mais ont, selon leur propre expression, un «copain». Elles ont également, et cet aspect est trop souvent négligé dans les approches analytiques de la situation des «filles de rue», une sexualité agie, et pas seulement subie.

Aussi, pour mieux rendre compte de leur vulnérabilité spécifique, nous ne restreindrons pas l'analyse aux contours de l'exploitation sexuelle à des fins commerciales et de la prostitution. Nous nous intéresserons davantage à la sphère de la sexualité, qu'il importe d'aborder dans le cadre d'une compréhension d'un rapport au corps fondamentalement altéré pour la grande majorité des enfants et jeunes de la rue ; une altération aggravée par une sur exposition des filles et des femmes aux violences et exploitations sexuelles.

Nous évoquerons également une stratégie sécuritaire commune aux enfants et jeunes de la rue, l'accrochage à un protecteur, qui complexifie encore davantage l'abord de la prostitution avec les adolescentes et jeunes femmes de la rue, qui sont, par ailleurs, totalement privées de protection institutionnelle, quand elles ne sont pas sexuellement abusées par les représentants des institutions de protection.

Altération du rapport au corps

L'altération du rapport au corps est une clé de compréhension fondamentale dans l'abord des enfants et jeunes de la rue, dès lors qu'elle constitue une des principales conséquences psychologiques du vécu avant l'arrivée dans la rue et le syndrome majeur du processus de désocialisation inhérent à la vie dans la rue.

ALTÉRATION EN LIEN AVEC **DES ÉVÉNEMENTS DU PASSÉ**

En amont des violences racontées par les enfants et jeunes de la rue, explicatives de leur départ du foyer familial, beaucoup d'entre eux ont subi une carence de soins primaires, ce qui désigne l'impossibilité pour la mère, ou son substitut (cas des enfants confiés), d'investir émotionnellement son enfant et de lui porter un regard bienveillant. Cette carence affecte, en premier lieu, leurs propres capacités à prendre soin d'eux-mêmes.

À cette carence de soins primaires, s'ajoutent les carences éducatives qui se révèlent très généralement par un défaut de surveillance et de protection, le non-respect du rythme de l'enfant, le désintérêt pour la scolarité et l'éducation en général. En outre, les vertus affichées d'une éducation «stricte» masquent, dans beaucoup de situations rencontrées chez les enfants et jeunes de la rue, de véritables sévices corporels. Les violences physiques mais aussi verbales endurées par ces enfants et ces jeunes marquent ainsi fortement l'estime de soi et la capacité à se protéger.

Enfin, l'observation clinique de beaucoup d'enfants et jeunes de la rue tend à révéler l'existence d'abus sexuels dans leur histoire de vie avant la rue. Les viols, et plus largement la sexualité subie, ont des effets psycho-affectifs destructeurs pour l'enfant ou le jeune adolescent, effets aggravés en fonction de la récur-

rence de l'événement maltraitant et de l'auteur des faits. Si ce dernier exerce une autorité morale (au sein de la famille ou pas) ou un pouvoir d'emprise, cela accentue le degré de destructivité pour l'enfant. Concernant les abus qui se déclarent au sein de la famille, il convient de comprendre la notion d'inceste dans sa définition large, c'est-à-dire aussi bien les abus sexuels commis par un/des membre(s) de la famille mais également le fait d'avoir été soumis à un climat «incestuel» (enfant exposé à des comportements de séductions de la part d'adultes, des allusions sexuelles, du voyeurisme ou des exhibitions à l'endroit de l'enfant qui, terrorisé, se replie et se tait).

Ces vécus traumatiques, intra ou extra familiaux, non ou peu verbalisés et élaborés, altèrent de fait l'ensemble du rapport au corps qui est, en outre, profondément déstructuré par la désocialisation, processus inhérent à la grande exclusion.

ALTÉRATION EN LIEN AVEC **LA DÉSOCIALISATION**

« Il faut comprendre que cela ne va pas de soi d'avoir un corps et d'en faire usage. Certes, un fonctionnement corporel «normal» (rythme du sommeil, rythme alimentaire, soin du corps) semble souvent aller de soi, être «naturel» ; il n'en est rien. «S'approprier» son corps est une conquête qui dépend de nos toutes premières relations. Lorsqu'on est laissé à l'abandon, cette acquisition de la propriété de son corps ne va plus de soi. Avoir un corps dont on peut prendre soin exige d'être, tout au long de sa vie, soutenu affectivement et symboliquement, c'est-à-dire pris en charge et relayé par le jeu des demandes et des réponses, par le jeu du langage. Quand un sujet n'a plus la moindre confiance dans les mots qu'il entend

et dans les paroles qu'il prononce, quand il n'attend plus rien d'autrui, qu'il fuit le pas des humains, alors il peut devenir un objet qui encombre, qui gêne, qui dérange, et son corps, qui l'encombre trop, ne lui semble plus un partenaire fiable. Le corps ne donne plus de signes de vie déchiffrables et constants à la personne. Le sujet est précipité dans une forme d'errance immobile, où il ne se situe plus comme un partenaire pour le moindre échange, que ce soit pour recevoir des soins, ou pour recevoir de l'assistance. »[10]

ALTÉRATION **MANIFESTE ET OBSERVABLE** DANS **LE PRÉSENT**

LE « **CLIVAGE** » DU RAPPORT AU CORPS

Les enfants et jeunes de la rue ont un rapport au corps clivé :

- un corps «hyper-compétent» c'est-à-dire sur-entraîné à l'exercice de leurs stratégies économiques de survie (mendier, travailler, voler, se prostituer) ;
- un corps totalement ignoré en termes de savoir relatif au fonctionnement du corps.

Si les enfants et jeunes de la rue savent ce dont le corps est capable, ils ne connaissent pas leur corps. Plus exactement, c'est, paradoxalement, parce qu'ils ignorent tout savoir sur le fonctionnement du corps qu'ils développent les compétences de leur corps. En particulier, un enfant qui a été maltraité devient un adolescent qui lutte contre des angoisses de mort s'exprimant notamment, au moment des changements pubertaires, par la peur que son corps ne fonctionne

[10] **Olivier Douville,** in Agence Française de Développement § Samusocial International, Savoirs Communs N°12, **Les enfants des rues : de la prise en charge individuelle à la mise en place de politiques publiques,** 2011, p.34.

plus. Cet adolescent va ainsi vérifier que son corps fonctionne. A cet égard, une distinction de genre apparaît : si les garçons vérifient que leur corps fonctionne dans le social, notamment par l'exercice de «compétences délinquantes» (le vol), les filles vérifient que le corps fonctionne dans la sexualité, en particulier la prostitution. En d'autres termes, moins un (ou une) adolescent(e) connaît son corps, plus il ou elle expérimente son fonctionnement par des conduites d'exposition au risque : la «délinquance sociale» des garçons, la «délinquance sexuelle» des filles.

PRATIQUES SEXUELLES, PRATIQUE DU SEXUEL, **CARENCE DE REPRÉSENTATION DE LA SEXUALITÉ**

Une distinction doit être faite entre le «sexuel» et la «sexualité». En effet, chez beaucoup d'enfants et jeunes de la rue ayant déjà eu des relations sexuelles, il n'y a aucune représentation de la sexualité. La sexualité est l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, l'ensemble des modalités de la satisfaction sexuelle. Elle existe dès la naissance, accompagne l'enfant au cours de sa maturation, et préside aux transformations de l'adolescence.

Dans les sociétés où la période de l'adolescence est réduite, voire inexistante, pour les jeunes filles, beaucoup d'adolescentes vont confondre relations sexuelles et sexualité. Tout ce qui a trait à la sexualité, c'est-à-dire ce qui concerne le rapport de chacun dès son plus jeune âge vis-à-vis des sentiments amoureux et de l'identité sexuelle, à son corps, à ce qu'il peut découvrir comme émotions, ne sont pas inscrits telles des traces où les relations sexuelles pourraient ensuite s'engager. La sexualité est cachée et impossible à dire même si elle est vécue. Lorsque l'adolescence n'est pas considérée comme une période de transition où la jeune fille n'est ni fillette ni femme, le statut féminin est défini en

fonction de l'avènement de la puberté qui vient alors dire, qu'elle doit être la femme d'un foyer et la mère.

En outre, lorsque le développement psycho-affectif de l'enfant a été altéré par des carences de soins primaires et éducatives, quand le corps a été maltraité, avec des effets psychiques destructeurs, les sensations du corps, positives ou négatives, peuvent ne plus avoir de résonance dans la sphère psycho-affective. Cette absence de lien dissocie la sexualité du sexuel. Ainsi, aux violences sexuelles subies, peuvent se sur ajouter des comportements de négligence et des prises de risque, de la part des adolescentes et jeunes femmes elles-mêmes, qui se manifestent, en premier lieu, par des relations sexuelles consenties non protégées. Ces comportements peuvent également s'expliquer par leur impossibilité à se projeter dans l'avenir ; elles vivent au jour le jour et ne peuvent anticiper comment construire demain. Les comportements de négligence et les prises de risque les rendent plus fortes et «intouchables», dans le sens d'une anesthésie affective et d'une carapace qui les rendent invincibles vis-à-vis des adultes qui pourraient les persécuter. Ainsi le corps est employé comme un mode de défense très archaïque ; objet d'excitation, de convoitise ou de répulsion.

LA PRISE EXCESSIVE DE **SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES**

Les jeunes qui prennent continument de l'alcool, des drogues dures, se retranchent d'un pan de leur vie sociale et pratiquent une forme d'auto exclusion régressive. Le rapport au corps est mécanisé ; le jeune se désabonne de ses sensations corporelles, notamment de la faim et de la douleur. La prise de drogues permet ainsi d'anesthésier la personne qui a été souvent, et est toujours, maltraitée dans la vie dans la rue.

- Tania, 17 ans, Ouagadougou :

  « La drogue arrête ma souffrance pendant la journée… Je n'arrive pas à oublier. Mais la nuit aussi, je n'arrive pas à me débarrasser de mes rêves qui se répètent. Je hurle, je réveille mes voisins. Ce sont des rêves de mort, de corps morts, de corps éclatés [silence]. »

- Lors d'une causerie à Ouagadougou, Mariam dit :

  « Il y a des gens qui vont dans le vagin et dans l'anus. Si tu ne te drogues pas tu ne peux pas tenir. »

- Leïla, Ouagadougou, ajoute :

  « Ça aide à faire des choses sans trop y réfléchir et ça arrête la souffrance pendant la journée.»

- Grâce, 17 ans, Pointe-Noire :

  « Si je ne prends pas la drogue je ne peux pas supporter les vieux qui couchent avec moi. Aussi pour avoir beaucoup d'argent je leur fais la fellation ce qui est dégoutant donc je me drogue pour ne pas vomir ! Ça pue mais ça donne de l'argent. »

EN **RÉSUMÉ**

◖ L'apparente «anesthésie affective», que révèlent notamment la crudité, voire la cruauté, des propos que les adolescentes et jeunes femmes de la rue expriment au regard des rapports sexuels, la consommation irrépressible de toxiques, sont des mécanismes de défense vis-à-vis de la domination sexuelle dont elles ont parfois été victimes avant la rue et sont victimes dans la rue. La carence de représentation de la sexualité, en particulier pour les plus jeunes, induit des ravages psychologiques dès lors que ces jeunes filles ne sont pas en mesure, compte tenu de leur immaturité psycho-affective, de comprendre, dans une sexualité agie, ce qui se passe dans leur rapport à leur corps (plaisir, excitation, douleur) et de ce que cela a comme effet dans la sphère psycho-affective (désir, sensualité, souffrance, effroi et angoisse).

◖ L'altération du rapport au corps, qui s'est développée, pour la plupart des adolescentes et jeunes femmes rencontrées par les Samusociaux, bien avant l'arrivée dans la rue, constitue un déterminant fondamental de leur sur exposition aux maltraitances du corps dans la vie dans la rue. L'altération du rapport au corps qui se développe corrélativement au processus de désocialisation dans la vie dans la rue en constitue un facteur aggravant.

◖ Parmi les autres déterminants, la stratégie d'accrochage à un protecteur et l'absence de protection livrent également des clés essentielles de compréhension. ◗

Accrochage à un **protecteur** et **absence de protection**

Ainsi que nous l'avons évoqué précédemment, la stratégie, spécifique de l'adolescence, de rupture familiale pour une «relance» du lien familial selon de nouvelles modalités, a généré exclusivement une rupture, pour ceux et celles qui ont quitté le milieu de vie familial. La recherche de lien se fait alors avec le groupe d'enfants et jeunes de la rue dans lequel le sujet s'intègre et qui devient «sa famille». Plus précisément, l'enfant ne s'intègre pas à un groupe mais «s'accroche» à un protecteur, généralement le leader du groupe. Cet accrochage confère à l'enfant non seulement un repère sécuritaire mais également un repère identitaire : il devient le membre de tel groupe et exerce telle fonction (mendiant, cireur, etc). Dans cette perspective, la logique de groupe apporte une réponse à la question identitaire de l'adolescent et l'accrochage au leader, une réponse à sa recherche d'une personne ressource, celle à laquelle il peut formuler ses demandes.

Cette stratégie d'accrochage a toutefois un prix pour l'adolescent : en contrepartie de la protection, de l'identité et de l'identification d'une personne ressource, celui-ci accepte de se soumettre à la tyrannie affective du leader. Dans tout groupe d'enfants et jeunes de la rue, en effet, le leader exerce son autorité par un diktat des émotions : il leur interdit de donner de l'attention ou du temps aux personnes extérieures au groupe, évoquant ainsi une tyrannie affective qui relève d'une logique sectaire. La «famille» retrouvée par l'enfant, l'adolescent(e), est donc de nature tyrannique, despotique, et l'intégration dans un groupe relève davantage de la servitude volontaire que d'une liberté de choix. La personnalité du leader peut, dans cette perspective, aider au repérage des jeunes en danger : plus un leader est tyrannique plus l'adolescent «accroché» à ce leader doit être considéré en grand danger dans le sens où ce lien despotique manifeste l'incapacité de l'adolescent à envisager une relation à l'autre qui soit dénuée d'exploitation et de maltraitance[11].

[11] Les enfants et jeunes de la rue restent sur des territoires qui correspondent à leurs stratégies de survie (économiques mais aussi en lien avec l'accès aux produits toxiques) ; les groupes sont alors constitués par ce choix commun du territoire. Voir en ce sens, l'étude du Samusocial International et du Samusocial Pointe-Noire :

Enfants et jeunes de la rue à Pointe-Noire - Survivre dans la rue à une rupture de vie familiale, 2011,

À consulter sur **www.samu-social-international.com**

Au regard de ces logiques de groupe, étroitement liées aux logiques de territoire, les adolescentes et les jeunes femmes rencontrées par les Samusociaux vivent davantage, par petit groupe, dans des abris précaires, des squatts, des chambres louées à plusieurs, généralement à proximité des lieux de prostitution nocturne. Certaines adolescentes sont toutefois intégrées dans des groupes de garçons et vivent directement dans la rue. Dans ces groupes comme dans ceux qui sont exclusivement féminins, le ou la «leader» remplit cette fonction apparente de protection. Pour les adolescentes et jeunes femmes de la rue, ce ou cette «leader» agit également, dans la grande majorité des cas, en tant que «souteneur» dans le cadre de la prostitution. La relation d'une adolescente ou d'une jeune femme à son «souteneur» relève alors de la même stratégie sécuritaire d'accrochage, fondamentalement tyrannique.

Maria exerce à Ouagadougou une activité prostitutionnelle depuis plus de dix ans, elle est une «ancienne» dans le milieu, tout le monde la connaît. Elle dit ne pouvoir rien faire d'autre que «ça». Elle a des problèmes de peau importants (liés aux produits qu'elle s'applique pour se dépigmenter la peau mais aussi à ses conditions de vie et à sa vie qu'elle dit ne plus supporter mais ne pas pouvoir faire autre chose).

> *« Je ne sais rien faire d'autre », « je suis trop dedans », « je ne peux plus me marier à mon âge, aucun homme ne voudra de moi. »*

Maria est très «marquée» par la prostitution. Elle a sur le corps des traces laissées par la violence de certains clients ou de son ancienne proxénète ou encore de bagarres entre filles. Elle dira de sa proxénète :

> *« C'était une femme méchante, sans cœur », « elle était folle ».*

À Bamako, les jeunes filles rencontrées par le Samusocial Mali ne parlent que très rarement en termes de «souteneur» ; elles se prostituent sur demande de

leur «copain» qui les «protège», comme les garçons disent voler sur demande du leader du groupe. Dans cette perspective, aider une adolescente ou une jeune femme de la rue à sortir de la prostitution relève moins, dans un premier temps, d'un soutien à une autre activité génératrice de revenus que d'un soutien à une autre alternative de stratégie sécuritaire.

Dans l'abord de cette dimension sécuritaire, il importe également d'évoquer un autre versant du contexte généralisé de violences dans lequel les adolescentes et jeunes femmes de la rue vivent, celui des violences qui peuvent être perpétrées par les forces de l'ordre.

Khady, 17 ans, Ouagadougou :

> *« [...] Oui c'est vrai, des hommes nous violent mais que pouvons-nous faire ? De toute façon où peut-on aller ? A l'infirmerie ils vont te fouiller le vagin, te bombarder de questions sans sens sur ton violeur avant de te moraliser et te donner une longue ordonnance. Et puis ils vont te dire d'aller d'abord voir la police, cela veut dire pour nous aller voir plutôt nos bourreaux. »*

Amy, 18 ans, confie lors d'une causerie sur le thème des violences sexuelles à Ouagadougou :

> *« [...] nous ne pouvons pas nous confier aux agents des forces de l'ordre lorsque que nous sommes abusées puisque eux-mêmes abusent de nous. Tout simplement parce que nous sommes sans protection. Où est-ce que nous pourrons avoir du secours ? Même dans les services de santé, ils vont d'abord nous insulter comme si nous sommes responsables de ce qui nous arrive. [...]. Nous sommes illégaux, disent-ils. »*

Conclusion

Clé de compréhension fondamentale dans l'abord des enfants et jeunes de la rue, l'altération du rapport au corps se réfère à la fois aux conséquences psychologiques du vécu avant l'arrivée dans la rue (carences de soins primaires, carences éducatives, maltraitances, physiques et/ou sexuelles) et au syndrome majeur du processus de désocialisation inhérent à la grande exclusion. Davantage exposées que les garçons aux violences et exploitation sexuelles, l'altération du rapport au corps sur expose les adolescentes et jeunes femmes de la rue aux maltraitances du corps avec leurs conséquences psychiques, sanitaires, sociales.

En effet, pour beaucoup d'adolescentes et de jeunes femmes de la rue, leur corps n'a qu'une valeur de marchandise, une marchandise qu'elles échangent contre de l'argent, de la nourriture ou une protection d'un leader de groupe. Vendre leur corps peut aussi être une façon de regagner un pouvoir sur le corps, et de réaccorder de la valeur à ce corps qui n'en n'avait plus. Leur corps devient alors le territoire privilégié de pulsions destructrices et sadiques qui vient se frotter au réel de l'autre, du sexuel et de la mort. Il convient également de comprendre que promouvoir l'abstinence, de prise de drogues, d'activité sexuelle, conduit généralement à renforcer leur attitude de défiance en leur demandant de faire fi de leur seule possibilité d'«indépendance».

Ainsi, s'il est parfaitement vain d'espérer que les adolescentes et jeunes femmes de la rue arrêteront de se prostituer en leur disant qu'elles «méritent mieux» (mythe de la parole magique), il est en revanche tout à fait impérieux de leur prodiguer du soin. Une reconstruction d'un savoir du corps, et une réassurance sur le fonctionnement de leur corps, en tenant compte, pour la plupart d'entre elles, des carences de soins primaires et des maltraitances, physiques, sexuelles, subies, sont de nature, en modifiant le clivage de leur rapport au

corps, à influencer les conduites d'exposition au risque.

Il importe surtout de prendre le temps d'aménager des sas d'humanisation afin de leur permettre de recouvrer une conscience d'elles-mêmes et d'autrui, de leur faire percevoir qu'elles ne sont pas indéfiniment vouées à être une proie et que l'usage qu'elles font de leur corps fait appel à des codes, des habitudes et des lois communes.

Ces sas d'humanisation constituent le cadre de toute relation d'aide avec tous les intervenants, qu'ils soient médicaux, psychosociaux, éducatifs. Il convient toutefois de souligner que la relation d'aide médicale offre souvent, dans les premiers temps de l'accompagnement, le cadre le plus approprié, à condition qu'il ne s'agisse pas seulement et exclusivement de prévenir et traiter sur le plan pathologique. Dès lors que l'objectif premier se doit d'être une réappropriation de leur corps, ces adolescentes et jeunes femmes ont besoin d'entendre des paroles reconstructives de sens, de renouement entre les sphères corporelle et psycho-affective, et de réaffirmation des droits humains fondamentaux.

Cela est d'autant plus crucial pour ces adolescentes et jeunes femmes qui peuvent devenir mères. Dans la mesure où, en effet, une connaissance et un imaginaire du corps n'ont pas pu se développer, elles peuvent, lorsqu'elles sont enceintes pour la première fois, éprouver, un sentiment de complétude et une forme de maîtrise du monde jamais expérimentée auparavant. Mais la naissance de leur enfant est souvent traumatisante et fait horreur, avec ce que cela comporte comme risques d'infanticide ou d'abandon précoce de l'enfant nouveau-né, parfois «jeté» dans les poubelles. Si ces situations extrêmes demeurent rares, le risque d'une dysparentalité pour les adolescentes et jeunes femmes de la rue s'avère, en revanche, extrêmement présent.

“

Personne ne peut faire ça sans cause »

Extrait de l'histoire de **Mariam**, p. 67.

Partie III

Un risque de **dysparentalité**

Les souffrances psychologiques graves, vécues avant et dans la rue, peuvent participer à ce que l'on nomme la dysparentalité dans le lien que ces adolescentes et jeunes femmes vont engager avec leur propre enfant. Ce risque est à mettre en lien avec les grossesses non désirées, mais également avec les carences du désir de maternité, un risque que la notion de suradaptation paradoxale au rôle maternel permet d'éclairer dans ses manifestations observables.

Grossesse **non désirée**

Nous observons fréquemment que la plupart des adolescentes et jeunes femmes enceintes dissimulent leur grossesse et ce sont généralement les intervenants médico-psychosociaux qui vont, en premier, l'évoquer avec elles, pour elles.

Nous pouvons également témoigner que la première réaction à la «découverte» de la grossesse génère souvent une volonté d'avortement, parfois tentée selon des techniques extrêmement dangereuses, dans des contextes d'illégalité de l'interruption volontaire de grossesse.

Awa a seize ans. Elle vit à Ouagadougou et est enceinte de six ou sept mois. Elle ignore qui est le père de son futur enfant. Elle dit avoir eu des rela-

tions sexuelles avec tellement d'hommes qu'elle ne sait plus. Elle dit également qu'elle a « couché » avec des hommes, pensant être aimée, mais étant à chaque fois déçue, elle se consolait dans les bras d'un autre.

> *« Cet homme était gentil avec moi, il a voulu avoir une relation sexuelle avec moi alors j'ai dit oui, pour lui faire plaisir. »*

Awa dit ne pas vouloir de cet enfant. Lorsqu'elle a appris sa grossesse, elle dit qu'elle a cru qu'elle allait mourir. Elle ne supporte pas de voir son ventre grossir, elle dit qu'elle a « essayé d'enfoncer des pics dans son ventre par le sexe afin de tuer « ce » qui est dans son ventre ».

Ces adolescentes et ces jeunes femmes risquent ainsi une perforation de l'utérus, une importante hémorragie ou des infections mortelles. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 4,2 millions d'avortements à risque se produisent tous les ans en Afrique, entraînant près de 300 000 décès. Au niveau mondial, 44% des femmes qui meurent suite à des complications dues à un avortement non médicalisé, sont africaines.

En outre, dans certains contextes sociétaux, d'une part l'interruption volontaire de grossesse est illégale, et d'autre part la démarche d'abandon peut être légalement autorisée tout en étant moralement réprimée. Dès lors, la grossesse non désirée peut plonger certaines jeunes filles dans un effroi qui augure de l'immensité des difficultés psychologiques qu'elles vont vivre, et qui seront au cœur de la relation d'aide. Dans ces situations, l'adhésion à la démarche d'un suivi prénatal est compliquée à obtenir ; pourtant, elle est essentielle car ces consultations, accompagnées par des intervenants conscients de ces difficultés psychologiques, offrent un cadre à la future mère pour pouvoir « penser », « envisager », l'arrivée de son enfant, et par ce processus, essayer de lui créer une place dans sa vie.

ENTRE **AVOIR UN ENFANT** ET **ÊTRE MAMAN** : L'IMPOSSIBLE ADÉQUATION

- Le désir de grossesse et le désir d'enfant sont deux notions différentes.

- Les grossesses précoces peuvent parfois être révélatrices d'une quête identitaire en tant que processus psychologique et besoin de reconnaissance sociale. «Être en état de grossesse» pour une jeune fille de la rue, peut lui permettre d'accéder à un statut différent au sein du groupe des jeunes de la rue. L'adolescente est reconnue du fait de sa fécondité révélée ; elle passe d'un statut de «fille de la rue» ou même parfois de «prostituée» et/ou «toxicomane», à celui de «mère». Du regard stigmatisant porté sur elle, avoir un enfant peut lui permettre de cesser d'être «moins que rien» au risque cependant de considérer son enfant comme un objet en plus.

- La carence du désir de maternité se manifeste généralement dans l'absence de volonté des jeunes filles à mettre en place un suivi prénatal. Sensibilisées sur son importance, rassurées sur sa gratuité, et informées de la possibilité d'être accompagnées par l'équipe Samusocial lors des consultations prénatales, certaines jeunes filles déploient alors de véritables stratégies d'évitement : elles fuient désormais l'équipe lors des maraudes, ou ne se présentent jamais aux rendez-vous fixés avec elles pour les consultations dans les centres de santé.

- Cette carence du désir de maternité peut, en particulier, affecter directement la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA : l'absence de suivi prénatal induit l'absence du traitement prophylactique spécifique à la prévention de la transmission mère-enfant, et les risques de rapports sexuels non protégés pendant la grossesse sont avérés.

- À l'inverse, certaines adolescentes ou jeunes femmes enceintes éprouvent

parfois un sentiment de toute-puissance jamais expérimenté auparavant, et vont spontanément adhérer à une démarche de suivi pré natal. Mais la naissance de leur enfant est souvent traumatisante et des dépressions post-partum sont observables chez de nombreuses adolescentes et jeunes femmes qui n'ont pas pu construire psychiquement de place pour leur enfant. Des réactions négatives vis-à-vis de l'enfant peuvent être observées, avec ce que cela comporte comme risques d'infanticide, ou, plus généralement, d'indifférence ou de rejet, avec mise en danger de l'enfant (en particulier intoxication par des drogues).

C'est ainsi que s'observent les formes d'une dysparentalité, particulièrement explicitées par la notion de «suradaptation paradoxale»[12].

[12] Notion développée par Olivier Douville, psychologue clinicien, anthropologue et psychanalyste, collaborateur du Samusocial International.

Suradaptation paradoxale au rôle maternel

La notion de «suradaptation paradoxale» a été élaborée à partir du travail clinique effectué auprès des enfants dans la rue et vient désigner, de façon clinique et sans les considérer comme des modèles fixés une bonne fois pour toutes, les modes de constitution du rapport au corps, à l'espace et au langage de sujets en grande situation d'exclusion sociale et symbolique.

- Elle permet, en un premier temps, de décrire une situation de terrain en apparence paradoxale. En effet, si nous nous attendons à ne rencontrer que des sujets apparemment traumatisés, alors nous risquons de détourner notre attention de ceux qui ont, autant que d'autres, sinon davantage qu'eux, besoin de nos écoutes, de nos aides, au prétexte qu'ils ne se présentent pas à première vue dans la commotion psychique ou dans la plainte.

- En un second temps, elle permet de comprendre certaines modalités de contact entre les jeunes et l'équipe soignante et éducative. Pour des enfants suradaptés, la demande d'écoute, d'accompagnement, de soin pour eux-mêmes, se fera en attirant l'attention sur un autre que lui. Dans cette forme de relation, un jeune ne peut demander assistance et soins qu'en se faisant le garde et le porte-parole d'un autre jeune qui, objectivement, va encore plus mal que lui ; mais c'est alors au risque que les difficultés psychiques dont il souffre ne soient pas observées, la maladie ou le mal-être du second prenant «toute la place».

- En un troisième temps, cette notion permet de situer correctement, dans une perspective clinique, des épisodes de régression nécessaire dans la prise en charge de certains de ces jeunes errants. Un enfant ou un adolescent «suradapté» a besoin de laisser tomber les mécanismes de suradaptations rigides. Nous lui devons de l'aider à régresser, pour reconstruire son identité corporelle et psychique, de tisser ses liens avec lui-même et avec autrui ; ce qui lui permettra de vivre enfin des rapports de confiance avec l'entourage, où il peut recevoir, donner, échanger. Il ne convient pas alors de s'alarmer d'assister à des régressions lorsqu'un «suradapté», se sentant en confiance et en sécurité, peut alors laisser tomber ses défenses et ses béquilles psychiques qui, si elles perduraient, se révèleraient tôt ou tard, invalidantes.

Ainsi définie, cette notion permet un éclairage psychologique de la dysparentalité vécue par certaines adolescentes et jeunes femmes rencontrées par les Samusociaux.

En apparence, la jeune mère prend soin de son enfant. En réalité, elle «joue à la maman». Certains signes sont symptomatiques de cette sur-adaptation paradoxale : mécanique et froideur dans les gestes accordés au portage du bébé (tenir l'enfant dans ses bras sans tenir sa tête), surinvestissement des phases d'endormissement et de réveil du bébé ainsi que de son nourrissage. L'adolescente ou la jeune femme peut reproduire l'image maternelle sans nécessairement ressentir le lien maternel : c'est particulièrement vrai pour celles qui sont inconsciemment dans une grande quête d'amour vis-à-vis de leur mère et qui ont été carencées lors des premiers soins. Elles réparent ainsi leur toute petite enfance dans cette mise en scène d'un maternage «hyper compétent et hyper vigilant»: elles reproduisent une image perçue en tant que petite fille c'est-à-dire qu'elles s'occupent de leur enfant en fonction des éventuelles carences de soins et d'affection maternels dont elles ont été victimes.

Seynabou, est une jeune maman de 20 ans à Dakar. Elle a trois enfants : un garçon de 6 ans qui vit avec son père, une fille de 4 ans qu'elle a confiée à une voisine, un garçon de 6 mois qu'elle a avec elle.

> *« Quant à ma mère, elle ne me tolère en rien. J'ai comme l'impression qu'elle ne m'a pas mise au monde. »*

Parmi les repères significatifs de la dysparentalité, nous pouvons également observer que certaines jeunes filles semblent ne faire qu'une personne avec leur bébé ; la jeune fille prend des toxiques donc elle en donne à son enfant, elle fait la grève de la faim, elle l'impose à son enfant. Son autodestruction va avec celle de son enfant. Au regard de ce syndrome de «l'enfant miroir», la pulsion de

mort est fortement à l'œuvre chez certaines jeunes mères. Les dangers encourus par le bébé ne semblent pas peser tant ce dernier signifie probablement pour elles «le double d'elle-même».

PARTIE III
Conclusion

Grossesse non désirée, désir de grossesse sans désir d'enfant, dessinent les contours du risque de dysparentalité que vient éclairer, dans ses manifestations les plus fréquemment observables, la notion de suradaptation paradoxale au rôle maternel.

Les adolescentes et jeunes femmes rencontrées par les Samusociaux ont besoin d'apprendre le soin maternel, particulièrement celles qui ont souffert d'un manque de soins maternels et dont le corps ne peut, en conséquence, servir de mémoire au soin maternel. Leur apprendre le soin maternel, c'est tenter de briser leur suradaptation paradoxale au rôle maternel, en développant leur savoir sur le fonctionnement du corps et en signifiant que leur enfant n'est pas un miroir mais un partenaire. Cet apprentissage se fait par la parole, celle du psychologue et/ou du travailleur social, mais aussi, et peut-être surtout dans les premiers temps de la relation d'aide, par le soin médical prodigué à l'adoles-

cente ou la jeune femme enceinte puis à son bébé, dès lors que ces soignants intègrent, et surtout priorisent, leur fonction de soin psychique dans la prise en charge sanitaire.

Soigner la mère et son bébé permet, en effet, d'initier un processus de récupération de la dignité de ces adolescentes et de ces jeunes femmes qui sont submergées par un sentiment de honte, vis-à-vis de leur famille et de l'autre, en général, dès lors qu'elles sont « illégales », comme certaines l'expriment pour traduire leur sentiment d'exclusion sociétale. Or, à la différence de la culpabilité, dans la honte le sujet pense qu'il n'y a aucune possibilité de réparation ; la honte interdit de penser l'avenir.

Ainsi en témoignent les histoires de vie et études de cas suivantes, qui permettent également de resituer, dans une perspective d'analyse de situation individuelle, les différentes clés de compréhension de la vulnérabilité spécifique des adolescentes et jeunes femmes de la rue.

“Cette jeune fille est perdue dans son histoire »

Extrait de l'étude de cas de **Fatoumata**, p.70

Partie IV

Histoires de vie et **études de cas**

L'histoire de **B.**

Publiée dans le bulletin trimestriel d'information, Lien Social, n°35, du Samusocial Mali

B. est une jeune femme d'une vingtaine d'années, que l'équipe du Samusocial Mali décrit comme souriante et avenante.

Elle est originaire d'un village de la région de Ségou, où vivent ses parents. Elle est accueillie au cours de l'année 2004 par son oncle maternel à Bamako, en vue de la constitution de son trousseau de mariage. Ce dernier la place dans une famille comme aide-ménagère. Quelques temps plus tard, il la renvoie au village, sans son consentement, car il se rend compte qu'elle disparaît régulièrement de cette famille, sans doute pour se prostituer, étant donné la somme d'argent qu'elle possède.

B., peu de temps après, s'enfuit pour rejoindre Bamako. Elle se cache cette fois-ci de son oncle et rejoint d'autres filles sur les sites. L'équipe la rencontre en 2005. Des jeunes sollicitent en effet l'équipe, inquiets de l'état de santé déplorable de cette jeune femme. B., à la suite d'un avortement provoqué, présente un état général très altéré et semble souffrir d'anémie. Elle est orientée dans un cabinet médical, où on lui prodigue les premiers soins. Parallèlement, elle est accompagnée pour un dépistage du VIH, qui s'avère positif. Elle débute alors, avec le soutien de l'équipe, un traitement ARV. Lorsqu'elle recouvre un état de santé acceptable, elle ne donne plus signe de vie et les tentatives pour reprendre contact avec elles restent vaines.

En 2007, l'équipe la retrouve souffrante et très affaiblie sur un site, enceinte de huit mois. Elle finit par accepter d'être accompagnée pour une consultation médicale et prénatale. Ce jour-là, B. peut mettre en mots la gravité de son état de santé et demande un transfert de son dossier d'une structure de prise en charge du VIH à une autre. Selon elle, la première étant proche d'un lieu qu'elle fréquente avec ses camarades, elle pourrait être vue assez facilement par elles, ce qui risquerait de la stigmatiser.

- Parallèlement, l'EMA recherche un hébergement en centre mais B. est refusée partout en raison de son état physique très impressionnant.

- Avec l'accord de B., le Samusocial Mali décide alors de rencontrer son oncle maternel. L'oncle semble être compréhensif.

- C'est la tante (parente aussi de la jeune femme) qui ne veut pas accepter B. dans la maison ; elle aurait été avertie de ses activités de prostitution et de la contraction de «la sale maladie». L'oncle est également au courant de la séro-positivité de sa nièce. Malgré la colère de son épouse, il décide d'héberger sa nièce le temps de l'accouchement. Il l'accompagnera ensuite à la maternité où elle met au monde un garçon. B., du groupe sanguin O négatif, qui aurait dû recevoir un vaccin spécifique dans les 72 heures qui suivent l'accouchement. Or celle-ci n'a pas prévenu l'EMA à temps… L'équipe l'accompagne auprès de la structure spécialisée dans la prise en charge du VIH, avec son bébé, qui reçoit un sirop ARV.

- Les jours suivants, lors d'une visite chez l'oncle, l'EMA rencontrent B. et son bébé qui logent dans la cour de la concession. Quelques jours plus tard, elle fuit. Elle se cache jusqu'au jour où le bébé présente un état de santé générale très altéré. L'enfant est orienté d'urgence à l'hôpital. Le lendemain de son arrivée à l'hôpital, B. fugue avec son bébé. Ce dernier décède la nuit suivante sur le site de vie de B. en rue, des suites d'une forte déshydratation.

- B. amène le corps de son enfant chez son oncle, qui organise les funérailles. L'équipe retrouve la jeune femme quelques semaines plus tard sur un autre site. Le suivi médical et psychosocial continue. Mais malgré cet accompagnement, l'équipe se rend compte qu'elle ne prend pas régulièrement son traitement ARV. L'équipe sait également qu'elle accepte des relations sexuelles non protégées

qui lui rapportent plus d'argent.

- Quatre mois plus tard, B. est à nouveau enceinte. Elle dit être enceinte d'un homme qui veut l'épouser, et à qui elle cache sa séropositivité. Elle dit aussi vouloir être maman ; sur le site, elle est très proche et maternante vis à vis des enfants de ses camarades.

- Elle dit avoir rompu le contact avec son oncle maternel. L'équipe du Samusocial Mali travaille avec B. autour d'une possible reprise de contact avec lui. B. accepte alors de lui rendre visite et lui apporte un colis afin qu'il l'envoie à sa mère. B. est bien reçue, le climat est serein voire joyeux.

- Elle rapporte à l'équipe que son oncle pense qu'il serait préférable qu'elle rentre au village afin de renouer avec tous ses parents.

- Cependant, sa tante, qui soupçonne la nouvelle grossesse, la met en garde en précisant qu'elle ne doit pas compter sur eux cette fois-ci. Cela ne semble pas affecter la jeune femme.

- B. se protège derrière un masque de bonne humeur et de gaieté quasi constante. Elle n'est pas agressive, plutôt lisse dans le contact, ce qui fonctionne comme une armure vis-à-vis du soutien psychosocial que l'équipe tente d'apporter.

L'histoire de **Marwa**

Samusocial International Egypte, Dossier individuel

Marwa est une jeune fille rencontrée par l'équipe du Samusocial International Egypte sur un site où dorment également des garçons, dans des carcasses de véhicules.

> *« Je m'appelle Marwa, j'ai 22 ans, ma mère est morte et je ne sais rien sur mon père. Ma mère est morte quand j'avais 7 ans. J'ai laissé la maison à 10 ans. J'ai trois frères et sœurs [...], ils sont plus jeunes que moi. Je suis rentrée à l'école pour une seule année et puis je l'ai quittée. Je ne veux pas dire pourquoi j'ai quitté la maison parce que ça m'étouffe et ça me fatigue. Je ne sais pas où est mon père et ce qu'il fait. [Un responsable de centre d'hébergement] l'a appelé au téléphone pour moi une fois mais il m'a dit « je ne te connais pas et je te considère comme morte ». Ma fille Nadia est née d'un mec qui s'appelle [...], ce n'est pas un enfant de rue, il vit avec sa famille. C'est moi qui l'ai quitté parce qu'il nous payait rien. Les balafres et cicatrices qui sont sur mes bras ne sont pas dues à la colle ; auparavant, je buvais de l'alcool et je me blessais pour échapper à la police. »*

Sa fille, Nadia vit dans un centre d'hébergement.

Elle porte toujours un jean et un chapeau sur sa tête, ce qui lui donne une apparence très masculine. Elle a une attitude protectrice vis-à-vis des garçons et filles de la rue. Marwa se met dans des situations dangereuses à cause de ses copines ; pour les défendre des agresseurs, elle peut se mettre en danger et se blesser gravement. Elle se sent toujours plus laide qu'elles, alors elle a pris le rôle du leader sur ses copines qu'elle doit mettre en sécurité.

> *« J'ai eu une blessure dans mon ventre à [...], parce qu'il y a des*

gars qui voulaient quelque chose [d'une autre fille] alors quand elle a reculé, j'ai encaissé le coup dans mon ventre, puis ils se sont enfuient. »

- Rencontrée lors d'une maraude, elle dira à l'éducatrice sociale :

  « Il n'y a rien Miss, je suis à bout. Il y a des gens qui sont venus le matin pour prendre Nawal, ils voulaient la kidnapper. Alors je l'ai défendue pour qu'ils ne la prennent pas, ils étaient dans deux voitures ; une voiture m'a cognée et m'a cassée le bras et dans l'autre voiture, un des passagers avait une arme à feu, et j'ai eu une balle dans l'autre bras. Ils voulaient la kidnapper à cause d'une querelle avec son frère. Son frère s'est bagarré avec des gens sur le pont où sa mère est installée pour faire du thé. Moi je n'étais au courant de rien, j'étais surprise que des gens viennent vers nous pour prendre Nawal. Oui ils l'ont prise à la fin, parce qu'il n'y a pas d'hommes ici, personne n'est intervenu, ce ne sont pas des hommes. Miss, va me chercher un comprimé pour me calmer, je sens une brulure dans mon bras, et l'opération me rend incapable de le supporter. Je suis allée à l'hôpital et ils m'ont enlevé la balle et fait un plâtre à l'autre bras. »

- Et à l'éducateur social, lors d'une autre maraude :

  « Attends monsieur ; hier j'ai failli mourir ! Vers l'aube j'ai vu les agents de sécurité de la station venir me réveiller ; j'étais entourée par le feu. Ils y a des gens, que Dieu les pardonne, que je ne connais pas, qui m'ont aspergée d'essence et jeté des sacs pleins de benzène. Tu sais monsieur, j'aurais dû être brulée à

l'heure qu'il est. S'il te plaît monsieur, je ne veux pas être enterrée dans les cimetières des inconnus (carré des indigents), nous avons des parents pour nous enterrer ; le numéro de téléphone de mon père est avec [un responsable de centre d'hébergement]. Je te supplie monsieur ne m'enterrez pas comme les sans famille. »

- Elle prend beaucoup de drogues et d'alcool. Elle a également fait plusieurs tentatives de suicide par ingestion d'alcool jusqu'à l'empoisonnement.

- Marwa est de nouveau enceinte.

« Celui qui dort à côté de moi c'est Ahmed. C'est le père de mon fils qui est dans mon ventre dont je vous ai parlé. Il est parti voir son père hier pour lui parler de moi ; son père lui a dit «si elle reste dans la rue, elle ne peut pas rentrer chez nous ». Son père lui prépare un appart dans son immeuble pour qu'il se marie avec une autre fille. Alors il s'est énervé avec son père et a quitté la maison. Il va rapporter ses habits pour rester avec moi dans la rue. Moi je veux parler à Miss Sara pour qu'elle nous paye les frais du mariage ; elle était très contente pour moi. Je ne sais quoi faire pour la consultation avant le mariage. Pour moi, grâce à Dieu, je suis guérie de la blessure que j'ai eue, mais Ahmed est gravement blessé au visage et entre ses cuisses. Il m'a fait jurer au nom de ma fille que ça ne va pas laisser de cicatrice. La pommade qui enlève les cicatrices est à combien ? »

« Mon ventre a grossi et je suis dévoilée maintenant, je ne peux pas mettre des habits plus larges que ça. Quand quelqu'un me

demande à propos de mon ventre, je dis que j'ai été opérée, et c'est pour cela que mon ventre est gonflé. Ahmed s'est fait arrêter par la police ; il accompagnait Soha à l'hôpital, parce que Mohamed l'avait frappée, alors ils ont arrêté Ahmed. Ils l'ont accusé de former une équipe de malfaiteurs qui vole avec violence. Je jure qu'il n'avait rien sur lui comme arme ou lame. Je ne sais pas la peine qu'il a eue, ou même l'endroit où il a était transféré. Il ne m'a pas épousée. »

- À propos de son fils :

  « Non je ne suis pas contente de sa présence. Je ne veux pas de lui ; par exemple hier je l'ai jeté sous une voiture et un homme l'a ramassé d'au-dessous du véhicule, alors je l'ai soulevé et cogné par terre. Je le frappe parce que je ne veux pas de lui. Du temps de Nadia, j'étais mariée et j'étais dans une maison, mais avec cet enfant tu vois, son père va tarder pour sortir de prison. Je suis trop étouffée (elle pleure), si cet enfant reste avec moi je vais le tuer, tu vas revenir la prochaine fois il sera mort ; prends le ou bien envoie le au centre d'hébergement. Tu veux que je le garde 2 ans ; 2 ans c'est trop. Moi je veux me débarrasser de lui dans un orphelinat. Je ne veux pas de lui parce qu'il va souffrir avec moi dans la rue. Quand je suis sous l'effet des comprimés, je veux le cogner pour qu'il meure. Non je ne veux pas avoir de chambre, pas vendre du thé ; je veux ne rien faire, j'augmente le nombre de comprimés par jour, je suis trop étouffée et je ne mange plus ; il y a deux jours que je n'ai pas mangé. Je ne vais plus chez Miss Sara, je suis allée voir les parents d'Ahmed pour qu'ils me prennent l'enfant, ils n'ont pas

voulu, ils ont beaucoup d'enfants. »
« Non monsieur, je ne l'ai pas vendu, il y a des gens qui m'ont dit apporte ton fils qu'on l'élève jusqu'à ce qu'il ait un an ou deux, et puis je le reprends, pour l'éloigner des dangers de la rue. Quand je suis allée les voir, il y avait autre chose, ils m'ont dit : on te donne 100 000 LE et ton fils va vivre comme un pacha, mais tu vas l'oublier définitivement. Je n'ai pas voulu, et je les ai laissés. Mais la rue est mauvaise. Moi je veux que [un responsable de centre d'hébergement] le prenne jusqu'à ce que je mette de l'ordre dans ma vie, loue une chambre, cherche du travail puis je reprendrai mon fils. »

L'histoire de **Mariam**

Samusocial Mali, Histoire de vie

Mariam a 18 ans, elle dit être venue dans la rue pour...

« ...souffler un peu. Je suis dans la rue depuis il y a 8 ans ou même plus. Je suis tombée enceinte malgré moi-même. Je ne l'avais pas voulu parce que je ne me planifiais pas. La grossesse est venue comme ça. J'étais dans la rue quand c'est arrivé. J'avais quitté la famille parce que suite aux insultes que j'ai proférées contre ma marâtre, mon père s'était joint à elle

pour me frapper. [...]
J'ai eu la confirmation suite à une échographie que le Samu m'a fait faire en aout 2007. L'écho disait que j'étais en grossesse depuis six mois. Je n'ai pas avorté parce que l'auteur de la grossesse l'a acceptée. Il est contre l'avortement. Il m'a même menacé si jamais je tentais d'avorter. Lui n'est pas un enfant de la rue. Il travaille à l'autogare. Il m'a même demandé en mariage, mais mes parents ont refusé parce qu'il est un forgeron et qu'il n y a pas de mariage entre peulh et forgeron. J'ai quand même décidé de garder la grossesse.
Ma grossesse a été une période très difficile. Je vivais essentiellement de ce que je gagnais en me prostituant. Plus la grossesse avançait et plus il m'était difficile de me prostituer. Pour subvenir à mes dépenses, je lavais les habits sales des chauffeurs et apprentis et d'autres usagers de la gare. Il m'arrivait de me prostituer si un client se pointait. Mais lorsque ma grossesse était très avancée, je ne pouvais plus faire l'activité. Je suis restée comme ça, vivant presque de mendicité.
Lorsque ma grossesse est arrivée à terme et que le travail a commencé, j'ai beaucoup souffert. [...]
J'aimais m'occuper de mon enfant. Je voulais le garder pour le remettre à ma mère. Mais souvent je n'étais pas toujours disponible pour bien m'occuper de lui. Elle était fréquemment malade. Elle avait la diarrhée, toussait tout le temps et dans un état de somnolence dû peut-être aux toxiques que je prenais. Je le nourrissais au sein quand je pouvais. Avec mon enfant j'en avais souvent marre et j'ai pensé plusieurs fois m'en sépa-

rer. J'ai envisagé de remettre l'enfant à ma grand-mère ou à sa famille paternelle. Mais j'ai eu peur qu'elle ne subisse le même sort que moi.
[…] notre retour chez mon père a été fait par Samu. Nous avons fait à peu près 3 à 4 mois en famille. C'est à la suite d'un conflit avec mon père à cause de sa femme, ma marâtre, que j'ai quitté la famille pour m'installer dans la rue à nouveau avec mon enfant. Il était âgé de 6 à 7 mois.
Dans la famille de mon père je suis toujours en conflit avec ma marâtre et même avec mon père. Je suis définitivement sortie de la famille et je suis revenue vivre à la gare avec mon enfant. Le père de l'enfant venait souvent le chercher pour passer la nuit avec elle. Moi je restais à l'autogare. […]
Je devais travailler pour vivre et m'occuper de mon enfant. Et mon seul travail est de me prostituer. J'étais très portée sur les excitants ; je me droguais et buvais de l'alcool. Pour mes sorties de nuit je donnais du somnifère à l'enfant pour qu'il puisse dormir jusqu'à mon retour. Il restait seul dans la chambre sans personne pour s'occuper de lui. Je le retrouvais à l'aube ou carrément le matin gisant dans son urine et ses selles. […]
Le Samu a fait plusieurs démarches pour mettre ma fille en pouponnière. J'ai beaucoup résisté parce que je voulais garder mon enfant pour le remettre après à ma mère […] pour être plus tranquille dans la rue.
Finalement, […], j'ai accepté que mon enfant aille en pouponnière et moi à Bollé[13] pour une désintoxication. […]
Par le passé, j'avais déjà tenté des séjours en centre et des

[13] Centre de détention pour mineurs et femmes à Bamako

retours en famille à cause des problèmes de santé de mon enfant. Mais je suis toujours retournée dans la rue. Je suis née et j'ai grandi dans la rue. Mon enfant fera de même ; je n'y peux rien. C'est d'ailleurs mieux qu'elle soit morte. Elle a beaucoup souffert et la mort a été une délivrance pour elle.
Personne ne peut faire ça sans cause. »

Étude de cas de **Fatoumata**

Samusocial International § Samusocial Mali, « Nous venons tous d'une maison » - Etude à propos des enfants et jeunes de la rue à Bamako, 2010.

Fatoumata est rencontrée la première fois par l'équipe mobile d'aide du Samusocial Mali, à proximité d'un bar, lieu de prostitution, et proche d'un lieu de dortoir pour de nombreuses jeunes filles. Ce sont des camarades de Fatoumata qui l'accompagnent vers l'équipe ; celles-ci s'inquiètent de son état de santé.

Fatoumata est âgée de seize ans et est enceinte de six mois. Elle présente des signes de grande fatigue. Elle n'a jamais été en consultation prénatale. Un suivi médico-social se met en place et elle est orientée vers le centre d'hébergement d'une communauté religieuse, seul centre spécialisé à Bamako dans l'accueil des jeunes filles en difficultés pendant les périodes de pré et post partum. Fatoumata donne naissance à une petite fille. Fatoumata est très appréciée par le personnel du centre. Un transfert maternel s'engage avec la directrice. C'est

son prénom que Fatoumata donne à sa fille.

- Le père de naissance de la petite fille travaille en tant qu'étalagiste devant le bar où Fatoumata se prostituait. Celui-ci a toujours nié la paternité. Les camarades de Fatoumata voulaient le conduire à la police. Fatoumata est toujours amoureuse de lui, garde le contact, mais précise qu'ils n'ont plus de rapports sexuels.

- Dans le même temps, les entretiens réguliers menés préférentiellement avec l'éducatrice sociale du Samusocial Mali autorisent une relation de confiance dans laquelle Fatoumata se sent à l'aise pour pouvoir se raconter.

- Fatoumata est l'homonyme de la tante paternelle qui réside à Bamako. Fatoumata aurait, lors de sa préadolescence, été confiée à la famille maternelle. Elle raconte, au fil des entretiens, des faits de maltraitance physique et verbale ; elle est notamment insultée régulièrement de «bâtarde».

- Durant toutes ces années, la tante paternelle l'envoie travailler en ville comme vendeuse ambulante. Fatoumata raconte qu'il y deux ans elle a perdu l'argent de la vente. De crainte des représailles de sa tante, elle ne rentre pas en famille et reste dormir dehors avec des copines. Elle rentre en famille après quelques jours d'errance dans la rue. Fatoumata commence alors à faire des va et vient entre la rue et la concession et commence l'activité de prostitution. Elle quitte la famille lorsqu'elle est enceinte.

- Fatoumata est le seul enfant de son père et de sa mère. Ses deux parents sont originaires d'un village dans lequel le père vit toujours, la mère résidant à Bamako. Les parents n'ont jamais été mariés et n'ont jamais vécu ensemble. Ces derniers ont eu ensuite d'autres enfants chacun de leur côté.

- Dans un premier temps, en vue de nouer une relation d'alliance avec la famille de Fatoumata, l'éducatrice du Samusocial Mali rencontre la tante paternelle de Fatoumata. La rencontre est houleuse ; la tante refuse de rencontrer Fatoumata, a honte de sa nièce qui, qui plus est, est son homonyme. La tante donne l'adresse du petit frère du père de Fatoumata. Cette dernière souhaite participer à la rencontre avec son oncle. Seront présents, lors de cette entrevue, la grand-mère paternelle, l'oncle et certains de ses frères.

- La grand-mère ne supporte pas que le nouveau-né ait un prénom chrétien. Fatoumata répond qu'elle sait pourquoi elle a ainsi nommé son enfant. L'oncle quant à lui ne semble pas en faire cas. La présence de Fatoumata en famille met mal à l'aise la grand-mère paternelle. Mais Fatoumata reste en famille. Quelques mois plus tard, la grand-mère demande à l'oncle que Fatoumata retourne chez son père au village. Fatoumata refuse l'injonction de sa grand-mère, elle est alors insultée, traitée de *«niamaden»* (en traduction littérale du bamanan signifie «enfant de bâtarde»).

- Fatoumata revient à Bamako avec sa fille et se rend aussitôt au centre de la communauté religieuse. Des dissensions naissent au sein du personnel du centre, car ce centre n'est pas censé accueillir les filles-mères en dehors des périodes de pré et post partum. Se joue aussi en arrière-plan, la relation privilégiée entre Fatoumata et la directrice, qui vient déstabiliser le règlement de travail dans cette communauté. Fatoumata décide de quitter le centre.

- À partir de ce moment-là, elle loge dans une chambre dans un quartier de Bamako. Fatoumata peut dire à l'équipe mobile d'aide du Samusocial Mali qu'elle sort la nuit pour se prostituer. Il est compliqué pour l'équipe de la rencontrer ; elle devient très fuyante.

- Elle est de nouveau enceinte et assure son suivi prénatal seule. L'équipe tente de ne pas la perdre de vue, inquiète de son isolement. La deuxième grossesse est difficile. Fatoumata déclare souhaiter avorter et sollicite l'éducatrice du Samusocial Mali. Elle précise qu'elle ne veut pas d'autre enfant et surtout pas de garçon. Lors de l'échographie, elle dit à l'éducatrice :

  « C'est un garçon, il va me juger et me détester quand il va grandir. »

- Le père de naissance du deuxième enfant n'est pas connu de Fatoumata. Elle lui donne le nom du mari de la vendeuse qui exerce à proximité du centre de la communauté religieuse. Encore une fois, le lien fort engagé avec le personnel de ce centre se révèle par le fait de nommer son enfant en souvenance d'un lieu où elle a pu habiter et être reconnu comme habitante à part entière.

- Alors qu'elle est très souvent malade, elle accepte au bout d'un temps d'être orientée dans une autre structure d'hébergement, partenaire du Samusocial Mali. Son séjour se passe relativement bien.

- Le projet de réinsertion initié par l'équipe éducative du centre se concrétise par la mise en place d'un dispositif d'activité génératrice de revenu (AGR). Fatoumata est partie prenante de ce projet et semble contente. Elle quitte le centre pour louer une chambre. Mais l'AGR ne fonctionne pas car Fatoumata se sent redevable et pense qu'elle doit rembourser vite et plus qu'elle ne devrait.

- La crainte partagée par toute l'équipe du Samusocial Mali est que Fatoumata retombe dans la prostitution. La présence constante de l'équipe permet à Fatoumata de sortir d'une posture défensive et raconte que le soir *« elle ferme la porte sur ses enfants »*. Elle quitte la chambre à 19h jusqu'à environ 23h. Il était prévu qu'il y ait deux «bonnes» qui dorment chez elle. En échange des

nuitées, elles devaient prendre soin des enfants. Mais ces deux jeunes femmes ne sont pas venues régulièrement et Fatoumata n'a pas eu d'autres possibilités à ce moment-là que de laisser ses enfants seuls. Son activité de prostitution lui apporte 7 500 FCFA en moyenne chaque nuit. Plus tard, Fatoumata peut se confier davantage à l'éducatrice du Samusocial Mali en précisant que pour gagner plus d'argent, elle reste la nuit chez certains de ses clients.

- L'équipe du Samusocial Mali la voit en danger et voit ses enfants en danger.

- Fatoumata est tellement préoccupée par ses soucis financiers, tel le paiement du loyer de la chambre, qu'elle en oublie les gestes et pensées de la vie quotidienne dans la relation maternelle avec ses enfants. Fatoumata a des difficultés à tisser les fils de sa vie au quotidien et à «pré-voir» un avenir avec des projets «ordinaires».

- La directrice du centre de la communauté religieuse s'inquiète et reprend le contact avec Fatoumata ; elle paie les frais afin que sa fille, qui a trois ans maintenant, puisse aller à la crèche.

- Bien que Fatoumata «présente bien», toujours propre sur elle et coquette, l'éducatrice du Samusocial Mali lit sur son visage des signes d'angoisse et de détresse. De plus, Fatoumata souffre de nombreuses infections sexuellement transmissibles.

- Sa petite fille semble aussi en difficultés ; elle est très repliée sur elle-même, le visage triste.

- Le bon contact avec l'éducatrice du Samusocial Mali est maintenu mais Fatoumata est agressive dans la relation avec l'infirmière du Samusocial Mali.

- Pour pouvoir comprendre ces différents mouvements transférentiels, il convient

d'explorer l'histoire de vie de Fatoumata.

« Cette jeune fille est perdue dans son histoire » commente l'équipe.

L'équipe apprendra alors par Fatoumata qu'elle a très mal vécu avec sa maman. Le mari de cette dernière ne souhaitait pas la présence de Fatoumata, menaçait de divorcer... De fait, la maman l'a éloignée, n'avait pas d'autre choix. Mais Fatoumata tente de garder le contact coûte que coûte avec sa maman.

Au moment de l'arrivée du deuxième enfant de Fatoumata, elle dit que sa mère a déclaré :

« J'aurais préféré que [Fatoumata] *meure à sa naissance. »*

Fatoumata demandera au Samusocial Mali de placer provisoirement ses deux enfants dans une pouponnière ; *« cela soulagerait ma peine »*, dit-elle. Nous pouvons dire qu'à partir de ce moment-là Fatoumata accepte ses difficultés de mère… qui ne sont sans doute pas les siennes… mais renvoient à sa propre relation à sa mère.

Le rôle essentiel de l'équipe du Samusocial Mali est alors d'aider cette jeune fille à ne pas répéter à l'endroit de ses enfants «des actes d'abandon» dont elle a été objet lorsqu'elle était enfant. Le placement provisoire lui permet de vivre «autrement» sa place de mère. Des visites régulières afin qu'elle vive des moments maternels suffisamment bons pour elle et ses enfants sont organisées. L'équipe l'accompagne et la soutient en mettant en mots tant vers les enfants que vers Fatoumata le pourquoi et le comment de cette séparation, inscrite dans le rapport à la loi.

L'histoire de **Grâce**

- Grâce est âgée de 16 ans et dit être en rue depuis plusieurs années. Enceinte, elle invective parfois les autres enfants :

  « le bébé dit qu'il a faim, donnez-lui à manger ! »

Elle peut également être violente avec eux s'ils refusent de lui donner de la nourriture.

- Grâce donne naissance à un garçon, et lui donne le prénom de son petit frère. Et pour la première fois elle donne les noms de ses parents.

- Dès la clinique, son attitude vis-à-vis de son fils est perçue comme ambivalente. Grâce dit fréquemment :

  « C'est mon enfant, même s'il est sale cela ne regarde que moi seule, laissez-moi ! »

Puis laisse son enfant et part regarder la télévision. Elle revient ensuite prendre son enfant qui a été lavé par le personnel de la clinique, et l'exhibe comme un trophée pour demander de l'argent aux parents des malades hospitalisés.

- En recevant des conseils sur l'allaitement, elle regarde son fils et lui dit :

  « Toi au moins tu as une maman pour te donner le sein, moi ce sont les revendeuses du marché qui le faisaient. »

À la question de savoir pourquoi elle dit cela, elle répond :

  « Si vous connaissiez ma mère, vous comprendriez qu'elle est plus folle que moi. »

C'est la seule chose que Grâce mentionnera au sujet de sa mère. Elle ne parlera jamais de sa famille.

- La violence de Grâce, récurrente vis-à-vis des autres enfants hébergés à la clinique par le Samusocial Pointe-Noire, va progressivement se diriger vers le personnel ; un garde malade reçoit deux coups de poings de Grâce car celui-ci

s'est interposé entre elle et un enfant qu'elle frappait.

- Grâce fugue de la clinique en y laissant son fils. En rue, elle se prostitue pour gagner de l'argent et, de temps en temps, passe à la clinique pour voir son enfant ou lui apporter quelque chose. Lorsque l'équipe du Samusocial Pointe-Noire la rencontre dans la rue, elle commence à éviter les discussions concernant son enfant. Sa seule demande est relative aux préservatifs.

- En rue, elle rencontre une garde malade de la clinique. Grâce lui demande :

  « Où est votre enfant ?

  – Ton enfant est à la clinique. »

Grâce répond :

  « Vous avez nourri comme moi le bébé alors c'est autant le vôtre que le mien ».

- Grâce dira également à l'équipe du Samusocial Pointe-Noire :

  « Je n'ai pas demandé au Samusocial de s'occuper de ma grossesse. Puisqu'il l'a fait, il doit s'occuper de moi jusqu'à la fin. »

- Quinze jours après avoir quitté la clinique, Grâce se présente et demande qu'on lui remette son enfant. À la vue de son fils, elle reste muette et refuse de le prendre.

- Quelques jours après, elle annonce qu'elle a un fiancé avec qui elle vit et qui *« l'accepte comme elle est »*. Ils habitent dans un studio. Elle dit que celui-ci l'aime et qu'elle l'aime aussi. Son fiancé est un ancien jeune de la rue, connu du Samusocial Pointe-Noire. Ils veulent prendre l'enfant avec eux. Le soir même, Grâce revient déposer son fils à la clinique et repart en courant.

- Elle dira au personnel de la clinique :

  « Prenez votre enfant, je n'en veux plus, il pleure. Moi je n'ai pas

son temps. Faites de ça ce que vous voulez, moi je m'en vais. »

- Plus tard, Grâce dira que tout ce qu'elle souhaite, c'est d'être rassurée que son enfant *« va grandir dans de bonnes mains »*, mais qu'elle ne pourra jamais supporter les cris et les caprices.

- Elle a rapporté tout ce que le Samusocial Pointe-Noire lui avait remis pour s'occuper de son enfant.

- En l'absence de structure offrant la possibilité d'un placement provisoire de l'enfant, le Samusocial Pointe-Noire l'a confié à un orphelinat.

PARTIE IV
Conclusion

- La nécessité de comprendre qu'il est impossible pour certaines adolescentes et jeunes femmes de la rue d'être, immédiatement et sans soutien, mère, est une priorité dans la relation d'aide. La santé physique et psychique de la jeune mère, ainsi que celle de son enfant, ne peuvent être préservées par les seules vertus de l'éducation préventive, de la prise en charge sanitaire et de l'aide à l'insertion socio-économique, destinée à l'aider à assumer ce nouveau statut de mère de famille. L'appui immédiat à l'insertion socio-économique aggrave souvent, de fait, le sentiment que l'enfant prend sa

place dans la relation d'aide, instaurant, implicitement mais sûrement, un sentiment corrélatif de situation concurrentielle pour la mère vis-à-vis de son enfant.

Il importe de mettre en place une relation d'aide qui envisage un triple soutien : à l'adolescente ou jeune femme, à son enfant, à la parentalité (relation mère-enfant).

Lorsque la relation mère – enfant, telle qu'elle peut se construire sereinement, est empêchée du fait des difficultés de la jeune mère à éprouver «des préoccupations maternelles», il importe de pouvoir trouver des solutions transitoires. Ces solutions peuvent être des temps d'hébergement pour la mère et son enfant ou bien un placement provisoire de l'enfant dans une pouponnière avec une continuité du lien via des visites régulières de la jeune maman.

L'accompagnement consiste à soutenir l'adolescente ou la jeune femme dans la relation avec son enfant mais aussi à protéger les enfants des éventuelles mises en danger en lien avec l'état de précarité psychosociale de leur mère. Le recours à la famille maternelle du bébé est compliqué du fait de la rupture familiale et la famille paternelle ne peut être connue que si la paternité a elle-même été reconnue. Lorsque la constatation est faite d'une mise en danger du bébé, la décision concernant son placement provisoire dans une structure de type pouponnière, et par ordonnance judiciaire, s'avère très difficile à envisager pour des intervenants qui sont également dans une relation d'aide avec l'adolescente ou la jeune femme. Cette décision est parfois nécessaire et elle peut également émaner de l'adolescente ou de la jeune femme qui témoigne de ses difficultés de mère et exprime ainsi, pour la première fois peut-être, son rôle maternel. Cette séparation n'est pas une rupture et des visites régulières doivent être organisées afin qu'elle vive des moments maternels suffisamment bons pour elle et son, ou ses, enfants ; à condition que de telles structures existent.

Conclusion générale

Vulnérabilité **spécifique**

À partir de l'expérience des Samusociaux, le présent cahier thématique aborde la problématique classiquement évoquée en termes de «filles de rue» et de prostitution corrélative sous l'angle de la vulnérabilité spécifique : pourquoi les adolescentes et jeunes femmes sont-elles dans une situation particulière au sein de la population des enfants et jeunes dits «de la rue», c'est à dire en rupture familiale et vivant dans la rue ?

De ce processus de capitalisation, particulièrement fondé sur l'expérience acquise par le Samusocial Mali qui met en œuvre une action spécifiquement dédiée aux adolescentes et jeunes femmes de la rue à Bamako depuis 2004, il ressort avec évidence que les adolescentes et jeunes femmes de la rue sont sur exposées aux violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles, inhérentes à la vie dans la rue. Or, cette sur exposition est trop souvent justifiée par le seul paradigme du genre, selon lequel les filles et les femmes sont toujours davantage victimes de violences et d'exploitation sexuelles que les garçons et les hommes.

Afin de mieux analyser la spécificité de la situation des adolescentes et des jeunes femmes de la rue, nous avons exploré leurs parcours selon une approche générique des enfants et jeunes de la rue, c'est à dire de leur vie avant la rue à celle dans la rue.

Comme pour les garçons, la véritable source de compréhension de la présence dans la rue relève de l'interrogation suivante : quelles sont les raisons du

départ du milieu de vie dans lequel ils/elles ont vécu avant la rue ? En cela, la problématique des violences intra familiales est parfaitement similaire pour les filles et les garçons, ce qui sous-tend qu'ils sont déjà dans un état d'errance psychologique, avant que le processus de désocialisation, inhérent à la grande exclusion, celle de la vie dans la rue, ne commence à se mettre à l'œuvre. Pour les filles, comme pour les garçons, l'insertion familiale a généralement été extrêmement précaire.

- Une des particularités de la rupture familiale vécue par des adolescentes et jeunes femmes de la rue réside toutefois dans l'existence d'une forme de «désinsertion familiale» brutale et souvent radicale générée par la grossesse «extra familiale» qui provoque un déshonneur familial. Dans certains contextes sociétaux, en effet, de nombreuses adolescentes et jeunes femmes qui sont enceintes en dehors de tout consentement familial préalable à une union avec «l'auteur de la grossesse», sont, de ce fait, brutalement désaffiliées de leur milieu d'origine. Elles portent le «fardeau de honte» que leurs familles leur font porter.

- Si les raisons de la rupture familiale sont une donnée essentielle pour l'analyse de situation, l'altération du rapport au corps est une clé de compréhension fondamentale dans l'abord général des enfants et jeunes de la rue. Pour la grande majorité d'entre eux, en effet, le rapport au corps est altéré en raison de carences de soins primaires, de carences éducatives, de violences physiques et/ou sexuelles, vécues bien avant l'arrivée dans la rue. Pour les adolescentes et jeunes femmes de la rue, cela constitue un déterminant fondamental de leur sur exposition aux violences physiques et/ou sexuelles inhérentes à la vie dans la rue. Et l'altération du rapport au corps qui se développe corrélativement au processus de désocialisation dans la vie dans la rue en constitue un facteur aggravant.

- Aussi, davantage exposées que les garçons aux violences et exploitation

sexuelles, les adolescentes et jeunes femmes de la rue se sur-exposent aux maltraitances du corps, par des prises de risques et des comportements de mise en danger (consommation de toxiques, relations sexuelles consenties et non protégées).

Enfin, pour la plupart des adolescentes et jeunes femmes ayant vécu des souffrances psychologiques graves, avant et dans la rue, le risque majeur de la dysparentalité dans le lien qu'elles peuvent engager avec leur propre enfant constitue un élément déterminant de leur vulnérabilité spécifique. Grossesse non désirée, désir de grossesse sans désir d'enfant, dessinent les contours de ce risque qu'explicite, dans ses manifestations les plus fréquemment observables, la notion de suradaptation paradoxale au rôle maternel. La nécessité de comprendre qu'il est impossible pour certaines adolescentes et jeunes femmes de la rue d'être, immédiatement et sans soutien, mère, est, en effet, une priorité dans la relation d'aide.

Spécificité de **la relation d'aide**

Au regard de l'exclusion familiale brutale et radicale des adolescentes et des jeunes femmes enceintes «hors cadre», nous ne pouvons que reprendre les conclusions de l'étude du Samusocial International et du Samusocial Mali à ce sujet : Comment prévenir l'exclusion des adolescentes enceintes ? Renforcer l'éducation sur la sexualité et la santé reproductive, sûrement. Leur permettre d'avoir accès à des services sociaux capables d'intervenir en prévention de conflits familiaux inévitables, impérativement. Leur donner la possibilité de trou-

ver refuge ailleurs qu'en rue, le temps de la médiation et de la gestion du conflit familial, nécessairement.

- Dans les contextes sociétaux où les mécanismes de prévention et de relais d'assistance sont insuffisants, pour l'ensemble des formes de violences intra-familiales, le premier accès à une relation d'aide se réalisera par la rencontre avec des intervenants dans la rue. Aussi, pour tous les intervenants auprès des adolescentes et jeunes femmes de la rue, la relation d'aide est nécessairement soignante avec ces «blessées de la vie» et toute forme d'accompagnement se doit d'être un soutien permanent à l'expression de leur vécu, source fondamentale de la co-construction d'une interaction aidante.

- Ce cadre relationnel concerne tous les intervenants, qu'ils soient médicaux, psychosociaux, éducatifs ; avec une priorité qui doit être accordée, dans les premiers temps, à la relation d'aide médicale, dès lors qu'elle interagit avec la représentation du corps, profondément altérée pour les adolescentes et jeunes femmes de la rue. La relation d'aide médicale s'avère, en effet, fondamentale, mais à condition qu'il ne s'agisse pas seulement et exclusivement de prévenir et traiter sur le plan pathologique. Pour se réapproprier leur corps, ces adolescentes et jeunes femmes ont besoin d'entendre des paroles reconstructives de sens, de renouement entre les sphères corporelle et psycho-affective, et de réaffirmation des droits humains fondamentaux. Une reconstruction d'un savoir du corps, et une réassurance sur le fonctionnement du corps, sont de nature, en modifiant le clivage de leur rapport au corps, à influencer les conduites d'exposition au risque.

- Le cadre de la relation d'aide doit ainsi fonctionner comme un sas d'humanisation destiné à leur permettre de recouvrer une conscience d'elles-mêmes et d'autrui, à leur faire percevoir qu'elles ne sont pas indéfiniment vouées à être

une proie et que l'usage qu'elles font de leur corps fait appel à des codes, des habitudes et des lois communes. Dans cette perspective, c'est la formation initiale et/ou continue des soignants, exerçant dans les associations spécialisées mais aussi et surtout dans les centres de santé et hôpitaux de droit commun, qui nécessite d'être davantage investie pour une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des adolescentes et jeunes femmes de la rue.

- Par ailleurs, une relation d'aide, « réassurante », « humanisante », s'impose d'autant plus en raison du risque majeur, pour la plupart des adolescentes et jeunes femmes, de dysparentalité dans le lien qu'elles peuvent engager avec leur propre enfant. Toutefois, la prise en charge sanitaire, l'éducation à la santé, l'aide à l'insertion socio-économique, destinées à aider ces jeunes mères sont rarement suffisants, et peuvent, a contrario, nourrir, chez elles, un sentiment de délaissement vis-à-vis de l'intérêt dorénavant porté à leur seul statut de mère de famille. Une relation d'aide exclusivement tournée vers la mère, aux lieu et place de l'adolescente ou de la jeune femme, peut générer un sentiment corrélatif de situation concurrentielle pour la mère vis-à-vis de son enfant, et aggraver de ce fait les risques de dysparentalité.

- Il importe, en conséquence, de mettre en place une relation d'aide qui envisage un triple soutien : à l'adolescente ou jeune femme, à son enfant, à la parentalité (relation mère-enfant).

- Le soutien à la parentalité nécessite, notamment, de pouvoir trouver des solutions transitoires lorsque les difficultés de la jeune mère à éprouver « des préoccupations maternelles » la mettent en danger ainsi que son enfant. Ces solutions peuvent être des temps d'hébergement pour la mère et son enfant ou bien un placement provisoire de l'enfant dans une pouponnière avec une continuité du lien via des visites régulières de la jeune maman.

Mais au-delà de ces solutions d'urgence, il importe surtout de développer des structures d'accueil de ces familles que constituent la jeune mère et son ou ses enfant(s). En effet, les centres d'hébergement existants, pour l'accueil des enfants et jeunes de la rue, leur sont souvent inaccessibles, principalement en raison d'un critère d'âge : de manière générale, les centres n'admettent que des mineurs, ce qui exclut immédiatement les jeunes femmes, mais aussi à court terme les mères adolescentes devenant majeures, avec comme conséquence ultime, l'éventuelle séparation de la mère et de son enfant, ce dernier, du fait de son âge, demeurant pris en charge par le centre.

En d'autres termes, accompagner les adolescentes et jeunes femmes de la rue impose d'intégrer, dans les modalités d'intervention et de prise en charge individuelle des enfants et jeunes de la rue, les moyens d'action développés par des projets de soutien aux familles les plus vulnérables. Cela impacte nécessairement la formation des professionnels de l'intervention mais aussi et surtout le système d'acteurs qui ne peut se limiter aux seules institutions et structures gestionnaires de services relevant de la protection de l'enfance. La problématique des «filles de rue» est une problématique de grande exclusion qui, à ce titre, transcende les secteurs traditionnels des politiques publiques nationales.

Principales sources

LES EXTRAITS D'ENTRETIENS, HISTOIRES DE VIE ET ÉTUDES DE CAS, CONCERNANT LES ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES VIVANT À **DAKAR**, **POINTE-NOIRE** OU AU **CAIRE**, sont issus des dossiers individuels de prise en charge constitués par les équipes respectives des Samusociaux Sénégal, Pointe-Noire et Egypte.

LES EXTRAITS D'ENTRETIENS, HISTOIRES DE VIE ET ÉTUDES DE CAS, CONCERNANT LES ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES VIVANT À **BAMAKO** sont principalement tirés de l'étude réalisée par Samusocial International et le Samusocial Mali, *« Nous venons tous d'une maison »* - Etude à propos des enfants et jeunes de la rue à Bamako, 2010.*

LES EXTRAITS D'ENTRETIENS AVEC DES ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES VIVANT À **OUAGADOUGOU** sont issus du Mémoire de stage réalisé par Zoé Delaville au sein de l'association burkinabé Keoogo, *« Du corps enclavé à la parole libérée - Quel accompagnement pour des jeunes filles en danger dans les rues de Ouagadougou ? »*, dans le cadre du DIU *« Abord des enfants errants, en danger dans les rues des mégalopoles »*, coordonné par le Samusocial International et les Facultés de Médecine des Université Pierre et Marie Curie (UPMC - Paris VI) et Université Paris Est-Créteil Val de Marne (UPEC - Paris XII), en septembre 2011.

ONT ÉGALEMENT CONTRIBUÉ AU PRÉSENT CAHIER THÉMATIQUE LES APPORTS ET RÉFLEXIONS THÉORIQUES PRÉCÉDEMMENT PUBLIÉS DANS :

- Agence Française de Développement § Samusocial International, *Savoirs Communs N°12, Les enfants des rues : de la prise en charge individuelle à la mise en place de politiques publiques*, 2011.*
- Samusocial International, Guide méthodologique, *Enfants et jeunes de la rue et VIH/SIDA : Recommandations sur les pratiques de prévention et de prise en charge*, 2012.*

*À consulter sur le centre de ressources **www.samu-social-international.com**

LE **SAMUSOCIAL** INTERNATIONAL

Le Samusocial International, association loi 1901 créée en 1998, accompagne la création et le développement de dispositifs d'aide aux personnes en situation d'exclusion sociale dans les grandes villes du monde. Son réseau est aujourd'hui constitué de 14 dispositifs dont sept spécialisés dans la problématique des enfants et jeunes de la rue : à Bamako, Pointe-Noire, Ouagadougou, Dakar, Le Caire, Casablanca et Luanda. Toutes les structures Samusocial adhèrent à des principes communs, validés par une Charte et un Code déontologique professionnel, partageant une méthode d'intervention qui se fonde sur les principes de permanence, mobilité, professionnalisme, pluridisciplinarité et travail en réseau.

Au-delà de sa mission d'appui pour la mise en place de nouveaux dispositifs samusociaux, le Samusocial International en assure l'accompagnement dans une dynamique de travail en réseau, via les activités suivantes :

LA FORMATION CONTINUE : Le Samusocial International assure la formation des équipes des samusociaux locaux et de leurs structures partenaires. La formation constitue le cœur de l'intervention du Samusocial International. Il s'agit en effet de garantir un transfert de savoirs et de savoir-faire, afin de contribuer au développement de compétences nationales dans les connaissances et les réponses aux questions de la grande exclusion.

LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES LOCALES : Le Samusocial International assure un appui technique permanent à ses partenaires Samusocial, en fonction de leurs besoins et de leur degré de développement et d'autonomie, notamment en termes capacités de gestion, de mobilisation de fonds, de bonne gouvernance, de développement associatif, de développement de partenariats et de réseaux. L'ancrage du Samusocial dans le système d'acteurs privés et publics local est l'un des aspects importants sur lesquels le Samusocial International travaille avec ses partenaires locaux.

LA CAPITALISATION ET LA RECHERCHE-ACTION : Des études sont pilotées par le Samusocial International à partir des informations collectées par les Samusociaux. Ces études sont diffusées dans le cadre d'actions de sensibilisation, de plaidoyer et de concertation avec les pouvoirs publics et la société civile pour construire ensemble des réponses adaptées à la problématique de la grande exclusion. Pour développer son offre, interne et externe, en termes de formation et de stratégies de plaidoyer, le Samusocial International coordonne également la rédaction et la diffusion de cahiers thématiques et guides méthodologiques fondés sur les pratiques et expériences professionnelles de terrain, dans différents contextes et auprès d'une diversité de populations.

LES ENSEIGNEMENTS : le Samusocial International anime, en France, trois enseignements universitaires : un diplôme sur les enfants et jeunes « de la rue » en partenariat avec l'université Paris Descartes, un cours-séminaire à Sciences-Po, *« Exclusion sociale en milieu urbain : villes du nord et villes du sud »*, et un module *« L'action non gouvernementale dans le domaine de l'exclusion sociale »* dans le cadre du Master 2 Coopération internationale et ONG de l'université Paris 13.

ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES « DE LA RUE »

CLÉS DE COMPRÉHENSION D'UNE VULNÉRABILITÉ SPÉCIFIQUE

Majoritairement âgées entre 15 et 25 ans, les adolescentes et jeunes femmes de la rue vivent des situations qui sont habituellement analysées sous le seul aspect de la prostitution. L'expérience des Samusociaux, en particulier celle menée à Bamako depuis 2004, permet d'aborder les contours de leur vulnérabilité spécifique, au sein de la population dite des enfants et jeunes de la rue, par des clés de compréhension issues des travaux analytiques sur les questions de grande exclusion.

Les parcours de vie des adolescentes et jeunes femmes rencontrées par les Samusociaux témoignent ainsi des violences intra familiales vécues, de leur sur exposition aux violences inhérentes à la vie dans la rue, et mettent en exergue une des problématiques majeures de leur situation, celle de la parentalité.

Document de capitalisation, réalisé à partir d'études de cas et d'histoires de vie, ce cahier thématique permet, de manière corrélative, de mieux concevoir la spécificité de la prise en charge des adolescentes et jeunes femmes de la rue, en vue d'orienter la formation des professionnels de l'intervention mais aussi et surtout de repenser la nature des projets à développer en faveur de cette population en grande exclusion.

FONDATION SANOFI ESPOIR

samusocialInternational