



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Mémoire

Pour l'obtention du

Master en Développement

DEPARTEMENT SANTE

Spécialité : Santé internationale.

Par: *BEDWANI Mariam*

Causes et impact du phénomène des enfants des rues

◆ *Alexandrie*

Entretien comparé avec des enfants institutionnalisés et d'autres

autres

Jury :

Dr Christian MESENGE

Pr. Jérôme PALAZZOLO

Docteur Sany COSMANE



Soutenu MARS 2007

X^{ème} Promotion (2005-2007) /Alexandrie-Egypte

DEDICACE

A

DIEU, pour sa grâce, sa bonté et sa fidélité à mon égard.

*Mon père Ramez BEDWANI et ma mère Hoda ABOU SEIF, bien-aimés, pour leur
amour, leur aide et leur encouragement,*

Mon cher époux Samer SAMY, pour son support, son aide et surtout sa patience,

Ma sœur et mon frère et leurs époux,

Mes oncles, tantes, cousins et tous les membres de ma famille.

Mes chers amis pour leur fraternité.

REMERCIEMENTS

Au Professeur **Hany HELAL**, président de l'Université Senghor et Ministre de l'éducation supérieure de l'Égypte pour son interaction avec nous les étudiants.

Au professeur **TEXIER**, recteur de l'université, pour sa générosité en répondant à tous nos besoins ainsi qu'à tout le **corps académique et administratif de l'Université Senghor** qui a mis à notre disposition des moyens nécessaires pour la réussite de notre formation et de notre stage.

Docteur **Christian MESENGE**, directeur du département Santé, pour ses conseils, ses suggestions, son dévouement et sa gentillesse ; soyez assuré de ma reconnaissance.

Professeur **Jérôme PALAZZOLO**, de m'avoir donné l'honneur de jurer mon mémoire.

Madame **Anne-Marie MOULIN**, pour ses renseignements qui ont été le point de départ de cette étude.

Madame **Isabelle BRUAND**, Coordinatrice Générale des médecins du monde, Égypte pour sa fatigue, son temps et l'aide qu'elle m'a accordé.

Mademoiselle **Shams LABIB**, Psychologue, médecins du monde, Égypte de m'avoir aidé à obtenir de l'information pour la réalisation de ce travail.

Docteur **Sany COSMANE**, Directeur des projets VIH/SIDA, CARITAS, Égypte pour Son temps et l'aide qu'il m'a accordé.

Monsieur **Hani MORICE**, Directeur des projets des enfants des rues CARITAS, Égypte pour sa disponibilité et son aide.

Monsieur **Sadek**, mademoiselle **Héba**, mademoiselle **Germaine** et tout le **personnel** de CARITAS travaillant avec les enfants des rues.

Monsieur **Khaled SAAD**, Organisation Mondiale de la Santé, Égypte, pour l'aide qu'il m'a accordé.

Madame **Alice Mounir** qui n'a pas cessé de nous aider.

A tout le **personnel** de l'Université Senghor.

A mes **chers collègues de la promotion 2005-2007** pour leur encouragement, leur soutien et leur amitié sincère.

A tous ceux qui leurs noms ne sont pas cités et qui m'ont toujours comblés de leur aide, amour, animation et support, qu'ils soient sûrs de ma gratitude profonde.

TABLE DES MATIERES

Remerciements

Résumé

Liste des figures et des tableaux

Liste des abréviations

I INTRODUCTION GENERALE.....	1
I.1. Définition.....	3
I.2. Critères.....	3
I.3. Causes.....	8
I.4. Impact.....	12
<i>I .4.1. SOCIAL.....</i>	<i>13</i>
<i>I .4.2. Physique.....</i>	<i>14</i>
<i>I .4.3. Psychique.....</i>	<i>14</i>
I.5. La vie des enfants des rues.....	15
I.6.Ampleur du phénomène.....	16
I.7. Prévention.....	17
I.8. Généralités de la situation en Egypte.....	18
I.9. Objectif du travail.....	25
II. POPULATION ET METHODE.....	26
III. RESULTATS.....	27
III .1.Les cas	27
III .2. Causes.....	32
III .3. Impact.....	33
III.3.1. Psychologique.....	33
III.3.2. Physique.....	33
IV.ANALYSE ET DISCUSSION.....	41
V. RECOMMANDATIONS.....	62
CONCLUSION.....	65
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	
Questionnaires	
SUMMARY	

LISTES DES FIGURES ET TABLEAUX

Liste des figures :

Fig. (1) OMS 2000 (i) :To earn money	p.8
Fig. (2) OMS 2000 (i) : To have more space to live.....	p9
Fig. (3) OMS 2000 (i) : conflict with parents including physical abuse.....	p10
Fig. (4) OMS 2000 (i) :The work demands can be more that they can take.....	p11
Fig. (5) OMS 2000 (i) : problems street children experience	p13
Fig. (6) : Mohsen, cireur de chaussures, enfant dans la rue	p34
Fig. (7) : Mohsen retournant à sa mère à la fin de la journée	p34
Fig. (8) : l'unité mobile à « Bahary ».....	p35
Fig. (9) : avec les enfants dans l'unité mobile	p35
Fig. (10) : Le soin médical dans l'unité mobile	p36
Fig. (11) : Le bricolage	p36
Fig. (12) : les enfants se lavent au début de la journée	p37
Fig. (13) : Les enfants prennent de nouveaux habits	p37
Fig. (14) : Les enfants prennent leur petit déjeuner	p38
Fig. (15) : Pour apprendre à vivre dans un environnement propre	p38
Fig. (16) : les enfants apprennent le bambou	p39
Fig. (17) : Les enfants jouent des jeux collectifs.....	p39
Fig. (18) : Les enfants jouent des jeux collectifs	p39
Fig. (19) : Les enfants font du bricolage au Refuge	p40
Fig. (20) :Les filles des rues.....	p48
Fig. (21) :Les garçons des rues.....	p48
Fig. (22) : l'état physique des enfants institutionnalisés.....	p57
Fig. (23) : l'état physique des enfants non- institutionnalisésp57

Liste des tableaux :

Tableau (1) : les causes du phénomène des enfants des rues en Alexandrie...	p32
Tableau (2) :L'impact psychologique du phénomène sur les enfants.....	p33

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale.

ADHD : Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

ONG : Organisations non gouvernementales

RESUME

L'étude descriptive qui s'est déroulée à Alexandrie a eu comme objectif de déterminer l'écologie du phénomène des enfants des rues, afin d'évaluer les causes et l'impact physique et psychologique sur ces enfants pour lutter contre ce problème et protéger nos enfants.

L'étude a concerné 30 enfants âgés de 8 à 18 ans, dont 2 filles et 18 garçons par des entretiens personnels, l'information requise par 10 enfants seulement était fiables.

Les résultats des 10 cas montraient que ce problème était multifactoriel il y avait des causes familiales et d'autres dues à l'enfant lui-même. Causes liées à l'enfant dans 6 cas, dont 4 ont un comportement déviant et 2 enfants d'intelligence moyenne.

Causes liées à la famille comme le divorce dans 5 cas, la pauvreté dans 5 cas, la violence au sein de la famille dans 5 cas, les parents illettrés 4 cas, et la défaillance du système éducatif dans 3 cas.

L'impact physique était des blessures, des marques, malnutrition, problèmes de santé et l'abus sexuel. L'impact psychologique était l'impulsivité, l'agression, le comportement antisocial, la dépression, l'anxiété, le Syndrome de stress post-traumatique, les troubles de sommeil, l'énurésie, le tabagisme et la toxicomanie.

Les enfants institutionnalisés étaient en meilleur état physique que les enfants laissés dans les rues tandis qu'ils souffraient des mêmes problèmes psychologiques, ce qui met en évidence la carence des soins psychiatriques.

La question de santé mentale joue un très grand rôle dans l'apparition et la perpétuation du phénomène des enfants des rues et nécessite d'être prise en charge.

Un programme d'éducation des parents concernant les méthodes pédagogiques appropriées pour prévenir la maltraitance des enfants et par suite la promotion de leur santé mentale, des programmes de formation des professeurs pour la prévention, la détection précoce du retard scolaire et le traitement de ses causes, l'importance de la présence d'un psychiatre dans les services qui viennent en aide à ses enfants, des programmes d'éducation à la société pour changer son regards envers ces enfants et pour sensibiliser les organisations gouvernementales et non gouvernementales pour la réhabilitation, le redressement de ces enfants ont étaient recommandés pour traiter et prévenir ce phénomène et fournir un meilleur avenir à ces enfants.

INTRODUCTION

Le phénomène des enfants « sans abri » s'accroît de plus en plus à Alexandrie, Comme dans plusieurs pays du monde. Le chiffre estimatif est de 250.000 enfants (contact personnel).

Certains de ces enfants sont "**dans la rue**", mais maintiennent d'assez bons contacts avec leur famille qu'ils retrouvent souvent chaque soir. S'ils sont dans la rue, c'est souvent pour travailler, s'amuser, passer le temps, ou en raison du surpeuplement de leur logis où ils n'ont fréquemment qu'une petite place pour dormir, tel est le cas de la majeure partie des enfants du trottoir.

D'autres sont véritablement des "**enfants des rues**", où ils séjournent 24 heures sur 24; ils n'ont pas d'autre foyer. Certains y cherchent leur identité.

Ce groupe d'enfants marginalisé n'a pas ce que la société considère comme relations appropriées avec les institutions majeures de l'enfance telle que la famille, l'éducation, et la santé. (l'OMS 1993)

L'exposition continue à l'environnement difficile de la rue, et le style transitoire de leur vie met leur bien-être mental, physique, social et spirituel en danger et les expose à une série de problèmes de santé et autres qui ne sont pas caractéristiques des autres populations de jeunes du même âge.

Ces enfants sont habituellement plus susceptibles d'être victimes d'abus physique, émotionnel et/ou sexuel, être victimes de violence, souffrir de maltraitance ou se retrouver sans-abri, devoir quitter des zones rurales pour des zones urbaines, vivre dans la pauvreté, s'engager dans le travail du sexe, s'accoutumer à des substances comme l'alcool et le cannabis, ou être infectés par le VIH/SIDA. Et malgré cela, ils recourent trop peu aux services de santé existants, qu'ils considèrent avec méfiance et donc les évitent.

En plus ces situations constituent des facteurs de risque pour les problèmes de la santé mentale, tel que le trouble du stress post-traumatique chez un enfant qui a été victime d'un abus et la perte de confiance en soi à cause de l'exclusion sociale, l'action punitive et la critique qu'ils subissent (OMS 2006).

Il a également été démontré que les enfants des rues qui n'ont pas été traités représentent de manière disproportionnée un large segment des personnes jugées dans les tribunaux pour jeunes et les tribunaux de justice pénale pour adultes. **(OMS 2006)**

En outre, cette situation occasionne des dépenses directes et une perte de productivité pour la société.

Ce qui précède a attiré mon attention à analyser les causes et l'impact physique et psychologique sur ces enfants.

Quelques mois après le début de mon étude l'accident du « Torpini » qui est un adolescent qui prenait les petits enfants des rues il leur promettait une promenade pour Alexandrie par train. Là, il les prenait sur le toit du train, avait des relations sexuelles avec eux et les jetait morts, ce qui a mis l'accent sur ce sujet et a poussé toute la société à agir.

Cette étude est pour comprendre le pourquoi de la présence de ces enfants dans la rue. C'est une analyse de leur situation, les causes qui les ont poussés à être là, les alternatives qui leur étaient offertes par l'Etat, les différentes institutions et les centres.

Il est nécessaire d'analyser les causes de leur situation et de les accompagner pour élaborer un projet pour les réintégrer familialement, scolairement ou professionnellement dans la société.

I.1. DEFINITION

Selon l'OMS, plusieurs groupes distincts de jeunes ont été regroupés dans la **définition "enfants des rues"** :

- a) les enfants vivant dans la rue, dont les préoccupations immédiates sont la survie et la recherche d'un abri.
- b) les enfants détachés de leur famille et vivant dans des abris temporaires tels que des maisons et autres édifices abandonnés, des foyers, des refuges ou autres structures, ou recueillis à tour de rôle par des amis.
- c) les enfants qui restent en contact avec leur famille, mais qui passent parfois leurs nuits, ou la majeure partie de leurs journées dans la rue par suite de la misère, du surpeuplement ou des sévices sexuels ou physiques auxquels ils sont soumis dans leur famille.
- d) les enfants recueillis par des institutions lorsqu'ils étaient sans abri et qui risquent de se retrouver dans la même situation.

I.2. Tandis que **la Croix Rouge** a décidé de procéder différemment. Il ne sera pas question de trouver la définition type mais de déterminer des critères qui caractérisent ces enfants.

Il est possible d'établir **cinq CRITERES** qui caractérisent l'enfant de la rue et que l'on retrouve plus ou moins dans les différentes définitions citées en référence : **l'âge, la rue, les relations avec les adultes, les activités et les conditions de vie.**

1- L'âge

On peut se référer ici à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, très largement ratifiée, qui précise en son article premier : "Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain **âgé de moins de dix-huit ans**, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable".

D'aucuns pensent qu'il n'est pas sérieux de dire que l'enfance se termine à dix-huit ans dans la

mesure où dans beaucoup de pays, notamment les pays en voie de développement, un individu est considéré comme adulte dès quinze ans, voire même avant. Toutefois, il faut reconnaître que l'âge de dix-huit ans est de plus en plus retenu pour marquer l'âge limite supérieur de l'enfance. Ainsi, c'est l'âge qui est repris dans la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant de 1990 et dans la Convention européenne sur l'exercice des droits de l'enfant du 25 janvier 1996. Par ailleurs, les discussions sur le Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant sur les enfants affectés par les conflits armés visent à augmenter l'âge du recrutement et de la participation aux hostilités de 15 à 18 ans. Il n'est donc pas justifié de dire que l'âge de dix-huit ans comme limite supérieure de l'enfance est une conception des pays occidentaux uniquement. De même, cet âge est celui qui est le plus souvent reconnu pour accorder aux individus la totalité de leurs droits et notamment les droits politiques.

2- La rue

C'est incontestablement le lieu où l'on trouve l'enfant de la rue. Toutefois, il faut prendre le mot "rue" dans son acception la plus large possible. La rue comprend ainsi tous les lieux où **l'on observe un passage important de personnes** comme les squares, places, gares, aéroports, stations de bus, marchés, plages, etc., mais également les lieux moins fréquentés comme les terrains vagues, bâtiments en ruine, squats, chantiers, etc., qui ont une fonction particulière pour les enfants que ce soit pour y jouer, y dormir, y régler des comptes, etc.

3- Les relations avec les adultes

Les liens que cet enfant maintient avec ses parents ou tout autre adulte responsable à son égard sont non seulement quantitativement mais aussi qualitativement faibles ou inexistantes. L'UNICEF, en 1986, a opéré une distinction entre les différents enfants de la rue qui se basait principalement sur les rapports que maintiennent ces enfants avec des adultes. Ainsi, elle cataloguait les enfants selon trois groupes :

- les enfants conservant des contacts continus avec leur famille (groupe A);
- les enfants ayant des **contacts occasionnels** avec leur famille (groupe B);
- les enfants sans **aucun contact** avec leur famille (groupe C).

On note, d'après cette classification, que le nombre d'enfants va en décroissant lorsque leurs

relations avec leurs parents vont en diminuant. De ceci va émaner la distinction entre les "**enfants dans la rue**" et les "**enfants de la rue**". Les premiers sont ceux du groupe B qui "travaillent et passent toute la journée et une partie de la nuit dans la rue ou dans des lieux publics". Les seconds sont ceux du groupe C qui n'ont plus aucun contact avec leur famille et qui peuvent parfois être qualifiés d'enfants "abandonnés". Les enfants du groupe A sont ceux qui découvrent le monde de la rue de par leurs activités qui ont lieu précisément dans la rue. Cette distinction est toujours utilisée par certaines ONG mais il faut constater que l'UNICEF l'a abandonnée dans le cadre de sa nouvelle stratégie dans le domaine de la protection de l'enfant . Ainsi, cette organisation préfère désormais cataloguer les conditions particulièrement difficiles plutôt que les enfants et parler d'enfants nécessitant une protection spéciale.

Il convient de souligner que les rapports de l'enfant de la rue avec des adultes ne sont pas uniquement ceux qu'il peut maintenir avec sa famille mais aussi des liens qu'il entretient avec certaines personnes qui le protègent. De même, la qualité des rapports entre l'enfant et les adultes doit être prise en considération car c'est précisément cet aspect qui est important. En effet, on s'aperçoit que l'enfant, notamment au début de sa vie dans la rue, revient périodiquement dans sa famille. Toutefois, ces retours ne doivent pas toujours être interprétés comme la volonté de l'enfant de revenir définitivement auprès de sa famille.

4- Les activités

Les activités exercées par les enfants de la rue sont de deux ordres. Il y a en effet celles qui relèvent du secteur **informel** de l'économie et celles qui peuvent être qualifiées de **marginales** ou d'illégales selon les législations des pays.

Les activités du secteur **informel** de l'économie sont celles qui sont le plus visibles. En effet, toute personne qui s'est rendue dans certaines villes d'Afrique, d'Amérique latine ou d'Asie aura remarqué ces enfants qui **vendent des journaux, cirent les chaussures, lavent les pare-brise**, etc. Tous ne sont d'ailleurs pas des enfants de la rue. Les métiers exercés par ces enfants sont innombrables et relativement similaires d'un pays à l'autre.

Pourtant, dans les pays occidentaux, on constate qu'ils sont différents en raison des traditions et des législations qui interdisent certaines de ces activités. Il est important de

souligner aussi que les métiers exercés par les garçons ne sont pas identiques à ceux exercés par les jeunes filles. Par ailleurs, il convient de mentionner qu'un certain nombre de ces enfants continuent à aller à l'école, en plus de leur travail dans la rue. A ce propos, on comprend aisément que ces enfants connaissent **des retards dans leur éducation**.

Parallèlement à ces travaux, certains enfants de la rue exercent des activités **marginales** ou illégales. Là encore, elles sont particulièrement diversifiées et il est difficile de les citer en totalité. Toutefois, il est clair que l'usage et le **commerce de la drogue, la prostitution, et les délits divers** comme le vol et les agressions de toute nature sont les plus fréquents. A ceci s'ajoute la mendicité qui, selon les législations, est un délit ou une activité marginale.

Là encore, il existe des préjugés qu'il convient de mettre au pilori. Ainsi, il est possible d'opérer une distinction entre les enfants de la rue des pays en voie de développement et ceux des pays occidentaux. En effet, les enfants du second groupe sont plus fréquemment amenés à commettre des délits dans la mesure où les petits travaux qu'exercent les enfants dans les pays en voie de développement ne sont pas communs dans les pays occidentaux. Par ailleurs, si l'on prend l'exemple des drogues, leur consommation par les enfants ne joue pas le même rôle partout. Tout d'abord, ce ne sont pas les mêmes produits qui sont utilisés par les enfants dans tous les pays. Ensuite, la consommation de drogues est un moyen de socialisation et d'intégration pour les enfants des rues des pays en voie de développement; c'est au contraire un moyen d'isolement et de compensation des déficits identitaires et relationnels pour les enfants des rues des pays occidentaux.

5- Les conditions de vie

Les enfants de la rue sont des "enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles". Cette notion a été créée par l'UNICEF pour parler des "enfants qui ont besoin d'une protection importante, dépassant ce que leur famille peut offrir".

Cette organisation avait mis l'accent à l'époque sur trois catégories d'enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles :

- les enfants en période de conflit armé et d'autres catastrophes,
- les enfants **exploités**, et
- les enfants victimes de mauvais traitements et privés de soins.

Les enfants de la rue appartenait à la seconde catégorie.

En 1996, l'UNICEF a abandonné cette classification pour adopter une nouvelle stratégie. Il est ainsi désormais fait référence à des conditions particulièrement difficiles nécessitant des mesures de protection spéciale. C'est ainsi sur la protection qu'est mis l'accent dans cette nouvelle stratégie.

Il faut toutefois souligner que le concept d'enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles est mentionné dans le préambule de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. De plus, le Comité des droits de l'enfant a opéré une classification des dispositions de cette convention dans le souci d'aider les Etats parties à lui présenter leurs rapports initiaux ou périodiques. Dans cette classification, le chapitre VIII concerne les mesures de protection spéciale qui visent, de toute évidence, les enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles.

En résumé, l'enfant de la rue est un enfant vivant dans des conditions particulièrement difficiles, qui, à ce titre, ne jouit plus du tout ou seulement partiellement de ses droits fondamentaux et qui, en conséquence, nécessite une protection spéciale.

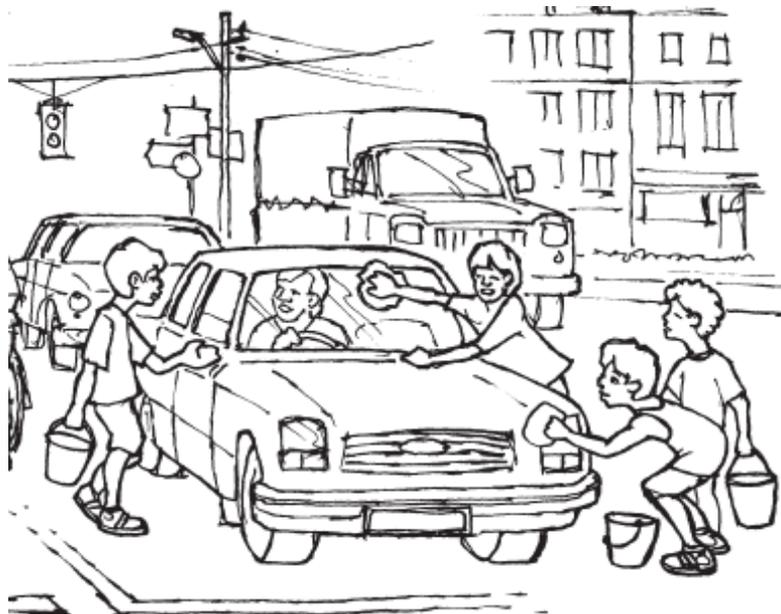
I.3. CAUSES :

Selon les études de l'OMS 2000,

La pauvreté est la cause principale de la présence des enfants dans la rue pour chercher une meilleure façon de vivre dans les pays développés comme ceux en voie de développement.

Pour gagner de l'argent pour eux _même et pour leur familles :

Ils peuvent gagner de l'argent en mendiant, en lavant les voitures, en cirant les chaussures, en travaillant au trafic de la drogue, ou comme marchands ambulants, messagers, amuseurs public, chiffonniers, voleurs à la tire ou dans l'industrie du sexe et dans la vente.



To earn money.

Fig. (1) OMS 2000 (i)

Pour trouver un abri :

Dans les maisons encombrées quelques enfants décident de quitter leur maison pour laisser de la place pour leurs petits frères ou pour les vieux membres de la famille.

D'autres sont dans les rues car ils n'ont pas d'autres alternatives. Ils ont été séparés de leurs parents qui ont été morts de SIDA, ou durant des conflits armés.



To have more space to live.

Fig. (2) OMS 2000 (i)

Pour échapper aux problèmes familiaux et la rejection :

Beaucoup d'enfants trouvent que vivre dans les rues est mieux que de faire face aux problèmes de leurs maisons. Ces conflits peuvent être les conflits avec les parents, l'abus physique ou sexuel ou la négligence.

D'autres sont obligés de quitter leur maison car leurs familles n'approuvent pas leur comportement : grossesse, toxicomanie



Fig. (3) OMS 2000 (i)

conflict with parent including physical abuse

Pour échapper au travail de la maison :

Quand les demandes à la maison sont plus que la capacité de l'enfant, alors l'enfant se sent comme esclave ou servant et quitte la maison pour s'éloigner du pouvoir des adultes.



The work demands may be more than they can take.

Fig. (4) OMS 2000 (i)

Pour échapper des institutions des enfants :

Ils trouvent souvent que ces institutions sont comme des prisons et ils veulent chercher la liberté dans les rues.

En effet, cette multiplicité de causes explique sans doute en partie pourquoi le départ de l'enfant pour la rue est progressif. Il est ainsi très rare que l'enfant quitte sa famille brusquement. C'est au contraire après des premiers contacts avec la rue qu'il décidera ou non d'y rester. Ce n'est qu'après avoir fait un bilan des avantages de la vie dans la rue et des problèmes au sein de sa famille qu'il choisira de partir pour plus longtemps. C'est à ce niveau que s'affronteront l'effet "attrayant" de la rue et l'effet "rejetant" de la famille ou de l'école . Une fois dans la rue, l'enfant n'a pas encore rompu toutes relations avec sa famille et il retournera parfois chez lui. D'ailleurs, R. Lucchini distingue à ce sujet les tentatives de retour définitif et les retours de routine (**croix rouge 1999**).

I.4. IMPACT

Ces enfants sont privés de leurs droits qui selon **La Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant stipule que :**

- Chaque enfant a un droit inhérent à la vie, et les Etats doivent veiller, dans toute la mesure possible, à sa survie et à son développement.
- Les Etats doivent veiller à ce que chaque enfant bénéficie de tous les droits, sans discrimination ou distinction de quelque nature que ce soit.
- Les Etats doivent protéger les enfants des sévices physiques ou mentaux et des négligences physiques ou mentales, y compris les abus sexuels et l'exploitation,
- L'enfant a droit au niveau le plus élevé possible de santé
- Les enfants doivent avoir le temps de se reposer et de jouer.
- Les Etats doivent protéger l'enfant de l'exploitation économique et de tout travail

susceptible de compromettre son éducation, sa santé ou son bien-être.

-Les Etats doivent protéger les enfants de l'usage illicite de drogues et de la participation à la production ou au trafic des stupéfiants.

Selon l'OMS leurs problèmes peuvent être groupés en trois classes :

Sociaux

Physiques

Psychologiques

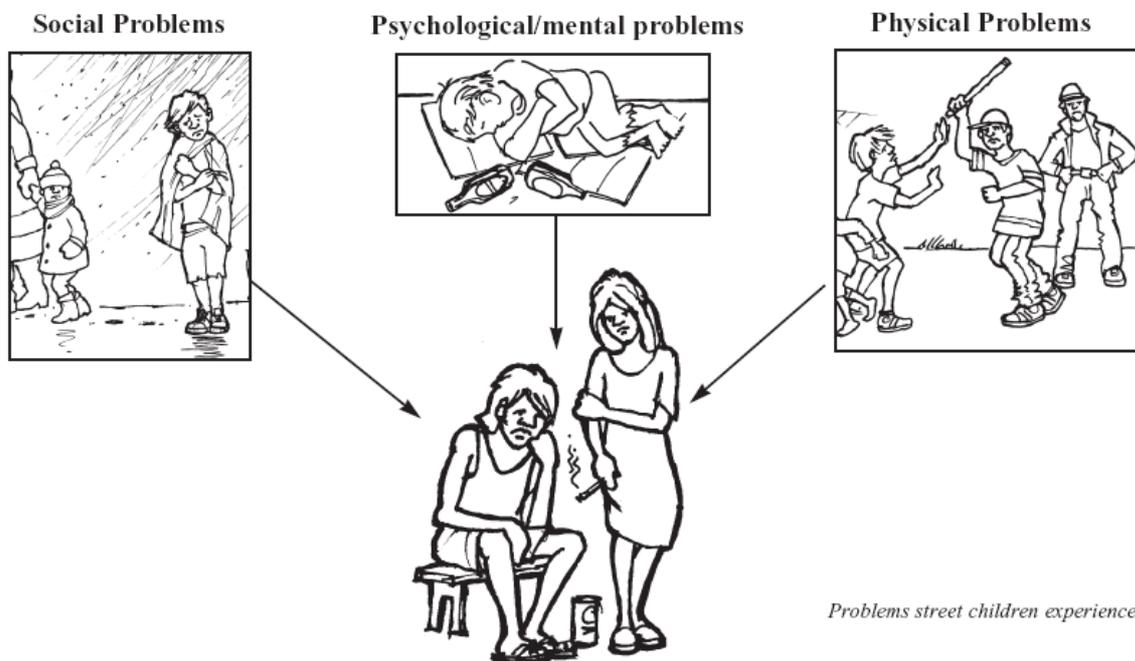


Fig. (5) OMS 2000 (i)

I.4.1 LES PROBLEMES SOCIAUX :

La pauvreté et l'illettrisme :

Les enfants des rues n'ont pas les moyens pour acheter des habits ou du bon manger ni pour aller à l'école et rarement ils peuvent avoir accès aux toilettes pour l'hygiène c'est pour cela ils sont plus vulnérables aux problèmes de mauvaise sanitation.

La Stigmatisation :

Généralement la société perçoit les enfants de la rue comme des enfants incontrôlables, violent, toxicomanes, qui n'ont ni de morale ni d'émotions. Cette attitude négative de la société envers ces enfants la rend insensible à leurs besoins et à leur aide.

La discrimination :

Ces enfants ne profitent pas comme les autres enfants du même âge des programmes d'éducation, de vaccination et de soins de santé primaire.

I.4.2. LES PROBLEMES PHYSIQUES :

Blessures :

Volontaires : durant l'usage de la drogue ou automutilation

Involontaires : dues à l'utilisation d'arme blanches durant les disputes

Problèmes sexuels :

Affectant les filles et les garçons des rues. Mais bien sûr les filles sont plus vulnérables à l'abus physique et sexuel et à l'exploitation. Elles sont plus vulnérables aux maladies sexuellement transmissibles, aux grossesses non_ désirées et à l'avortement.

Autres problèmes de santé :

La tuberculose

Les maladies dermatologiques

Les parasitoses

Les problèmes bucco_ dentaires

Tous ces problèmes pouvaient être facilement prévenus si ces enfants auraient eu leurs besoins adéquats.

I.4.3. LES PROBLEMES PSYCHIQUES ET MENTAUX :

Le passé stressant :

Plusieurs situations et évènements qui ont poussé l'enfant à la rue peuvent avoir un impact sur lui pour le reste de sa vie.

Le style de vie transitoire :

Les enfants des rues se déplacent beaucoup de quartier en quartier et de ville en ville, volontairement ou de peur de la police, ou des adultes qui les exploitent ce type de style de vie résulte en isolation sociale, solitude et difficulté de développer des attachements individuels avec des individus spéciaux.

La santé mentale :

Le stress que les enfants subissent dans la rue les rend vulnérables à des problèmes émotionnels, et des maladies psychiatriques dont ils ne reçoivent pas le soin adéquat.

La toxicomanie :

Beaucoup d'enfants de rue ont recours à l'usage des substances psychoactives qui augmentent la chance des accidents, de la violence, des grossesses non désirées et de sexe non protégé. L'usage continu de ces substances à long terme peut endommager quelques organes tel que la foi et le cerveau.

I.5. LA VIE DES ENFANTS DES RUES :

La survie des enfants veut dire l'obtention de la nourriture, de vêtements et d'abri, et se protéger de la violence et de toute autre forme d'abus, cela dépend des :

Pouvoirs personnels :

Habilité de l'enfant à résoudre ses problèmes efficacement avec les ressources disponibles et sa résilience qui est son habilité de la rémission du choc, de la dépression, et des autres circonstances difficiles et cela dépend de la créativité de l'enfant, et de son intelligence.

Le groupe pair :

Les pairs sont des individus qui partagent les mêmes intérêts et besoins. Ils sont souvent du même âge et sexe. Il a une grande influence sur les enfants des rues car ils offrent à l'enfant son besoin d'acceptation, d'appartenance, et de protection. Souvent le groupe détermine le processus du changement, de socialisation et de développement entre les enfants des rues en approvisionnant le support émotionnel et matériel.

Ils s'entraident à survivre, ils partagent le manger, les vêtements, l'abri, l'information et les substances psychoactives

Le facteur de la chance :

Les gens que l'enfant rencontre au premier jour loin de sa maison est ce un groupe de laveurs de voitures ou ceux qui trafiquent de la drogue être nouveau dans la rue il ne sais pas autre façon de vivre dans la rue.

Les exploiters :

Peuvent être autres enfants de la rue, la police, et les adultes qui travaillent dans le sexe ou le trafic de la drogue.

Une fois dans la rue, les enfants deviennent vulnérables à toutes les formes d'exploitation et de maltraitance, et leur vie quotidienne n'a plus rien à voir avec l'enfance telle qu'elle est définie dans la Convention relative aux droits de l'enfant.

Dans certains cas, les personnes chargées de protéger les enfants sont celles qui commettent des crimes contre eux. Les enfants des rues ont été harcelés ou battus par la police et se retrouvent souvent aux prises avec la loi. Certains ont été arrêtés, transportés hors de la ville et abandonnés là. D'autres ont été assassinés par des justiciers autoproclamés sous prétexte de « nettoyer la ville », souvent avec la complicité ou au mépris des pouvoirs publics locaux
(UNICEF 2006, situation dans le monde)

I.6. AMPLEUR DU PHENOMENE :

Les divergences de définitions qui ont été présentées précédemment ont des conséquences immédiates sur la quantification du phénomène des enfants de la rue. C'est pourquoi il n'est pas possible d'avoir des chiffres fiables et concordants sur le nombre des enfants de la rue

le fait même que les enfants de la rue échappent à tous les recensements qui jalonnent notre société (scolarité, assistance médicale, logement, etc.) est un autre élément d'explication
(CROIX ROUGE 1999)

Le nombre exact d'enfants des rues est impossible à quantifier, mais il atteindrait plusieurs dizaines de millions, et selon certaines estimations, jusqu'à 100 millions. Il est probable que leur nombre augmente à mesure que la population du monde s'accroît et que l'urbanisation progresse au même rythme : on prévoit que 6 sur 10 citadins auront moins de 18 ans d'ici à 2005.

Le genre :

La majorité sont des garçons, car les filles semblent supporter plus longtemps des situations de violence ou d'exploitation à la maison. Mais lorsqu'elles quittent leur famille, il est plus rare qu'elles reviennent. **(UNICEF 2006, SITUATION DANS LE MONDE)**

Pourtant la prise en charge des filles de la rue est très importante parce qu'elle aide à minimiser la possibilité de grossesse non désirées et assure une bonne éducation à la future génération.

I.7. PREVENTION :

Beaucoup de projets ont été recommandés dans plusieurs pays du monde pour porter un autre regard sur ces enfants et leur tendre une main de solidarité.

Parmi lesquels le projet marocain « Keep Smiling » qui est simple et facile à être adapté au contexte égyptien.

Il s'agit de la réalisation **d'une campagne de communication**. Cette campagne est basée sur l'utilisation de moyens d'information grand public afin de cibler le plus grand nombre possible de marocains. L'utilisation de moyens de communication tels que la télévision ou la radio, notamment par des spots publicitaires, est indispensable pour la réussite d'une telle action.

Ce projet est à forte valeur ajoutée, dans la mesure où plus de solidarité envers cette enfance et la stimulation d'une réaction dans la société marocaine peut améliorer de beaucoup la vie de ces enfants.

Pas seulement dans le cadre **de sensibilisation** mais aussi **pour récolter des fonds** pour d'autres projets pour ces enfants.

Il s'agit de l'organisation d'**un évènement** englobant des activités culturelles, artistiques et sportives et qui touche les étudiants des universités et des écoles environnantes grâce à la collaboration des ONG.

L'idée du nom de "**Journée Sourire Solidarité**" est de prendre la photo du sourire des personnes participantes et d'en faire une fresque. Celle-ci symbolise l'espoir donné aux enfants en détresse au Maroc, et notamment un message d'encouragement aux enfants des foyers.

Cette journée étant avant tout une journée de divertissement (des jeux, des compétitions avec des lots, de la restauration ...) Un stand pour les prises de photos et les teintures , une conférence sur le thème de l'enfance et de la famille et enfin la projection d'un film qui met en scène l'atroce vie d'une bande d'enfants des rues de Casablanca.

I.8. LA SITUATION EN EGYPTE:

Pour certains enfants, la liberté que donne la vie dans la rue peut être grisante par moment. Mais elle est aussi pleine de risques, le conseiller médical de

Beaucoup de gens ont tendance à considérer les enfants comme de simples petits délinquants qui méritent parfaitement la dure manière dont ils sont traités par la police et les autres autorités.

Du côté positif, il existe aujourd'hui une prise de conscience claire du phénomène des enfants des rues, de ses causes et de ses caractéristiques. Maintenant, il faut réfléchir aux solutions, les solutions qui donneront aux garçons et aux filles des rues la protection dont ils ont tellement besoin.

Un signe de changement encourageant est le travail effectué par des ONG comme CARITAS, la Société du village de l'espoir (Hope Village Society) qui travaille avec les enfants des rues depuis quinze ans, et avec l'UNICEF depuis 2003. Cette collaboration a donné naissance au Programme sur les risques sanitaires des enfants des rues, un programme éducatif de prévention conçu pour aider les enfants qui vivent dans la rue au Caire, à Alexandrie et à Quena à gérer les risques qu'ils rencontrent dans la rue chaque jour.

Signe manifeste de ce changement d'attitude, la femme du Président égyptien, Suzanne Mubarak, a dévoilé en 2003 une nouvelle Stratégie nationale pour la protection, la rééducation et la réinsertion familiale des enfants des rues. Cette stratégie donne au Conseil national pour l'enfance et la maternité - la principale agence gouvernementale égyptienne s'occupant des questions de l'enfance - un rôle central de coordination des efforts des ONG et des organismes gouvernementaux concerné (**UNICEF EGYPT 2005**)

Mode de vie :

Ces enfants, souvent petits, qui vivent, ou plutôt survivent, en rupture totale avec leur famille sur les décharges publiques, dans les gares ou sous les ponts d'autoroute de la plupart des grandes villes. Ils trouveront un autre mot, un mot à eux pour se reconnaître, 'el sis », ceux qui essuient les voitures.

Une fois dans les rues les enfants sont vulnérables à toute forme de violence par les autres enfants des rues, par les adolescents et les délinquants des rues qui les menacent et les exploitent pour leur apporter de l'argent (soit en mendiant, soit en volant les passants) pour avoir des relations sexuelles avec eux, ou pour leur apporter de la drogue.

Souvent ils attirent ces petits enfants par des promenades par train entre les grandes villes ex. d'Alexandrie au Caireetc.

Ils dorment sur les trottoirs ou dans des lieux où, quelques-uns d'entre eux travaillent, comme des fours, des cafétérias....etc.

Parfois aussi ils prennent le train comme lieu pour dormir : ils peuvent dormir par terre dans des trains de troisième classe de «3 .00h ils vont d'Alexandrie jusqu'au Caire et retournent par le même train du Caire à Alexandrie à8.00h ainsi ils passent la nuit »

Ils sont souvent chassés par la police, qui leur attribue des crimes qui ne sont, souvent pas vrais alors ils peuvent rester pour quelque temps à la prison ou ils sont maltraités et s'ils sont déjà connus par des organisations comme Caritas par exemple on va les faire sortir.

Ils mangent ce que les passants leur donnent ou quelque restaurant leur offre ou ce qu'ils trouvent dans les poubelles. Quelques uns préfèrent qu'on leur donne de l'argent en main que du manger pour qu'ils puissent aller acheter de la colle, des cigarettes ou de la drogue (surtout du Cannabis ou des médicaments).

Ampleur du phénomène :

Ce qu'on constate que leur nombre augmente de plus en plus en Egypte et surtout à Alexandrie et c'est ce qui m'a incitée à faire cette étude .Ils sont presque localisés dans quatre quartiers d'Alexandrie : près de la citadelle, à la gare, à Bahary, et au centre ville près des cinémas.

Les enfants bougent beaucoup d'un quartier à l'autre et de ville en ville et leur concentration de ville en ville varie selon les saisons, par exemple leur présence augmente à Alexandrie durant l'été,ou il fait plus beau temps et où il y a plus d'encombrement alors ils peuvent gagner mieux .Ils vont au Caire durant l'hiver loin de la pluie et où il fait moins froid.

. Due à leur déplacement d'un quartier à l'autre, de ville en ville, et à leur arrêt fréquent par la police, il est souvent difficile de les quantifier comme c'est le cas dans le reste des pays du monde. Mais on estime qu'ils sont 250 milles en toute l'Egypte comme a été déclaré le responsable des services des enfants des rues en Egypte.

Les services abordables à Alexandrie :

A) Des organisations non gouvernementales :

D) CARITAS EGYPTE :

4 SERVICES :

- ❖ **L'unité mobile**
- ❖ **Le centre d'accueil du jour « Day care use »**
- ❖ **Le refuge « shelter »**
- ❖ **Le numéro vert « hotline » 16000**

1) L'unité mobile :

C'est une voiture de trois compartement :

La première contient : une télévision avec des DVD de dessins animés

La deuxième contient : des tables et des chaises en plastique qu'on fait descendre dans la rue aux places qu'on trouve convenables pour les enfants.

La troisième contient : une clinique avec un médecin.

Ces voitures sont « 3 »

Le départ est à 20 h et restent à la rue jusqu'à 23.00h

Les personnels sont : _ Un sociologue

_ Un responsable de bricolage

_ Un médecin

_ Une infirmière

_ Un chauffeur

Ecrit sur la voiture pour le service et le soin des enfants.

Lorsque les enfants de la rue voient cette voiture ils s'approchent et attirent les autres enfants de la rue, le sociologue étend les chaises et les tables dans les lieux qu'il trouve convenable comme devant la citadelle de Quaytbey .Les enfants restent à colorer et à dessiner et celui qui a besoin de soin médical en a un.

2)Le centre d'accueil du jour « day care use »

Un microbus collecte les enfants chaque jour à 9.00h des quatre lieux où ils se trouvent concentrés comme la gare,la citadelle,...etc,les ramène au « day care centre »qui à 30 kilomètres d'Alexandrie où ils se baignent ,portent des habits propres,nettoient les toilettes,prennent le petit déjeuner ,apprennent des activités qui les serviront comme qualification pour travailler ailleurs,ex :le bambou, Le céramique, La couture , la plomberie, la mécanique des voitures, la fixation des circuits électrique.

Ils suivent des cours pour traiter l'illettrisme suivant L'UNICEF en collaboration avec le ministère d'éducation .Ensuite ils vont pour jouer ensemble des matchs de football, de basket-ball ou des jeux collectifs.

Après ils jouent des jeux sur l'ordinateur, ensuite ils restent avec le sociologue ou le psychologue selon leurs besoins.

Il est bien connu que l'enfant de rue n'a pas confiance facilement aux gens il ne donne pas son nom correctement au début ni son adresse, ni son histoire non plus et les responsables connaissent bien que les premières information qu'ils collectent des enfants ne sont pas correctes, mais quand même ils écoutent !

A la fin de la journée les enfants sont rendus de nouveau à la rue où ils aiment retourner pour gagner de l'argent, pour fumer, pour renifler de la colle car il est interdit de fumer au centre.

L'idée du centre est seulement de créer une amitié avec l'enfant et gagner sa confiance petit à petit jusqu'à ce qu'il commence à demander l'aide des responsable s'il a besoin et qu'il dise

son vrai nom et sa vraie histoire ; et c'est d'ici qu'on lui remplit des questionnaires et qu'on commence à savoir son adresse pour contacter ses parents et essayer de le rendre à son foyer.

Chaque enfant prend son déjeuner avant de partir et prend des tickets pour le dîner chez des restaurants spécifiques qui sont en accord avec Caritas.

L'enfant qui veut travailler, on lui cherche un travail.

L'enfant qui, au fur et à mesure, commence à s'améliorer est transmis à l'habitat où se trouve comme transition avant de retourner à leur maison.

3) Le Refuge :

A l'habitat ils vivent comme à un orphelinat ils mangent, ils dorment, ils vont à l'école, ils apprennent toujours des activités, **Au refuge**, on enseigne aux enfants l'art dramatique que le chant, l'informatique la couture la musique, le bambou. Non seulement apprennent-ils à profiter de leur enfance, ils quittent aussi le refuge avec les qualifications nécessaires pour trouver un travail quand ils atteignent l'âge adulte. Ces résultats peuvent prendre du temps.

Ils ont un psychologue, un médecin généraliste qui vient les visiter tous les semaines.

Ils sont 10 enfants qui s'aiment comme de vrais frères. Chaque enfant reste tout au plus deux ans et demi après cela il doit retourner chez sa famille.

4) Le numéro vert « hotline » :16000

N'importe quel enfant qui subit un abus ou perdu ou qui veut une aide peut téléphoner et demander l'aide, les enfants même qui sont déjà dans la rue quand ils trouvent un nouvel enfant à la rue, ils contactent 16000 qui ordonne Caritas ou El horreya de se diriger vers l'enfant pour le secourir.

II) la société de la LIBERTE pour le développement de la société :

C'est une société non _gouvernementale sous la supervision du gouvernement.

Ils accueillent les enfants de la rue de moins de 18 ans .Ils ont ces jours _ci 70 enfants, le plus jeune a 5 ans .C'est un abris pour ces enfants ou ils leur offrent les besoins primaires, des récréations, des excursions, du soutien social .Il ont le privilège d'avoir une menuiserie ou' ils font travailler les enfants et vendent des meubles de bonnes qualité au profit des enfants.

Comme ils ont une imprimerie.

III) La société de soin des enfants de « KARMOUZ »:

Comme un orphelinat, un habitat pour les enfants de la rue.

B) LA MAISON D'ARRÊT POUR MINEURS :

C'est la prison des enfants qui sont pris de la rue car ils mendient, ou car ils n'ont pas des cartes d'identité ou car ils ont commis des crimes tel que vol, viol, violenceetc.

Ils sont retenus là bas et la durée dépend de ce qu'ils ont fait.

AUTRES ORGANISATIONS EN EGYPTE :

Hope Village au Caire(en collaboration avec l'UNICEF) et ou' **les Médecins Du Monde** viennent donner des soins sanitaires,éducation sanitaire, sexuelle et comportementale .Comme elles donnent des formations continues aux autres ONGs pour pouvoir appliquer les projets internationaux au contexte national. Ils ont plusieurs habitats pour les garçons, les filles et plusieurs centres de jour.

Une organisation gouvernementale :

Conseil national pour l'enfance et la maternité (national comitee of childhood&maternity)
« NCCM »

Qui fait des formations et des projets avec les organisations non gouvernementales

Enfin, ces enfants ne sont pas des criminels mais des victimes qui ont été privées de leurs droits - le droit à l'éducation, à la santé, à l'assistance sociale, et plus spécialement le droit au soutien de leur famille. Il est nécessaire que la société change sa perception envers ces enfants et que ces enfants bénéficient de soutien psychologique, d'éducation, de soins médicaux et qu'ils dorment au chaud dans un lit chaque nuit. (UNICEF, Georgie)

"Le secret de l'existence ne consiste pas à avoir de bonnes cartes, mais à savoir aussi jouer tes mauvaises-" (Attribué à Robert Louis Stevenson)

OBJECTIF DU TRAVAIL

OBJECTIF GENERAL :

Analyse du phénomène des enfants des rues à Alexandrie.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- _ Déterminer les causes du phénomène pour le prévenir.
- _ Etudier l'impact physique et psychologique du phénomène pour la prise en charge.
- _ Comparer les enfants institutionnalisés et les autres non _institutionnalisés pour évaluer l'efficacité des services abordables.

II. POPULATION ET METHODES

« On a pu écrire que l'un des grands problèmes du travail auprès des enfants des rues consiste à évaluer la fiabilité de l'information qu'ils apportent. » (L'OMS 1993.)

Comme a décrit dans son ouvrage consacré au travail auprès des enfants des rues à Nairobi, *Expérience with Street Children*, Fabio Dallape écrit : "Les enfants ne se soucient pas de répondre correctement aux questions. En fait, ils le font rarement, que vous soyez ou non étranger et apparteniez ou non à leur tribu; ils vous disent ce qu'ils pensent que vous voulez entendre. Ils prennent plaisir à insister sur les difficultés de leur existence et de leur lutte pour la survie. Ils cherchent à vous impressionner »

C'est pour cela ça m'a été un travail difficile d'obtenir des histoires valides et de l'information fiable. Il a fallu du temps pour gagner la confiance des enfants, j'écoutais l'histoire de l'enfant, de son ami, et de son responsable (le sociologue qui le connaît depuis des années et qui connaît ses parents). C'est pour cela que j'ai réussi à avoir 10 histoires fiables (de trois sources) et 20 autres (d'une seule source) durant six mois.

L'étude a été faite par un entretien personnel avec des enfants institutionnalisés dans des institutions non_gouvernementales (Caritas, la Liberté), une institution gouvernementale (la

maison de rétention), et des enfants encore vivant dans les rues (au centre d'accueil du jour et à l'unité mobile). De 8 à 18 ans de moyenne 14 ans, dont 8 garçons et 2 filles.

L'entretien a été fait par des questions orales inspirées d'un questionnaire de l'OMS analysant **Les causes**, et d'une échelle validée analysant l'**impact psychologique**. Tandis que l'**impact physique** a été fait par l'observation et l'examen clinique.

III. RESULTATS

Les résultats de l'étude descriptive qui a été faite par des entretiens personnels avec **10 enfants** de l'âge de 8 à 18 ans de moyenne 14 ans, dont 2 filles et 8 garçons et dont leurs histoires ont été fiables.

III.1. LES CAS

N.B. Ces noms sont fictifs :

(1) AHMED :

Ahmed est **un garçon** de 18 ans, il a deux frères et une sœur, a quitté sa maison à l'âge de 9 ans due à **la sévérité** de sa mère qui est **illettrée** ; et car il ne voulait pas aller à l'école et on le forçait d'y aller. Quand il retournait de l'école et sa mère le voyait jouer pour une heure, Elle le mettait au coin à la maison, debout jusqu'à ce qu'il perd sa force et tombe. Elle **maltraitait** sa petite sœur aussi, elle la brûlait à sa jambe quand elle ne se comportait pas bien. Il m'a dit « je la voyais faire cela à ma sœur et je ne voulais pas attendre qu'elle me fasse la même chose moi aussi ! », « moi je n'aime pas l'école ! Je n'aime pas ma mère, je ne veux pas retourner à la maison, moi je suis comme ça mieux »

J'ai quitté la maison, j'ai pris le train pour le Caire, je voulais voir la capitale dont on parlait ! J'ai vécu là bas pour un mois chez une famille qui m'a trouvé seul dans la rue le soir, ils ont

essayé de me rendre à ma famille, on voulait le dire dans le journal alors j'ai fui et j'ai pris le train pour Alexandrie ou je dormais sous le pont de « moharrem bek » avec un autre garçon que j'ai trouvé. Lui, il reniflait de la colle je le sentait perdu du monde moi je ne l'ai jamais essayée car je voyait ce qu'elle faisait de lui !

Ensuite mon copain m'avait parlé à propos du centre d'accueil du jour de Caritas, alors je suis allé avec lui .Et comme les éducateurs me trouvait « nouveau » ils m'ont proposé de travailler à l'hôpital je l'ai bien voulu, et voilà il y a 6 ans que j'y travaille, je mange, je dors là bas et le week-end, je le passe à l'habitat de Caritas avec mes copains. »

Les responsables ont essayé de le rendre à ses parents il y a un an, mais il est retourné de nouveau chez Caritas. « On essaie beaucoup de le faire retourner mais il ne veut pas du tout ! » me dit le responsable, « il ne supporte pas sa mère »

Aujourd'hui, Ahmed n'aime pas qu'une femme lui donne des ordres au travail (car ça lui représente l'image de sa mère), il fait très bien son travail ; il nettoie bien à l'hôpital, il est poli avec le directeur et les médecins et reçoit des récompenses mais il **est impulsif** s'il commence à se mettre en colère, il ne peut pas se contrôler.

Il ne pense pas à se marier car il n'est pas éduqué et ne veut pas se marier à une illettrée.

Quand il va à l'habitat au week-end il aide les responsables à influencer les autres enfants plus jeunes.

2) SHERIF :

Shérif est **un garçon** de 13 ans, **ces parents divorcés** et chacun d'eux remariés et enfanté. L'enfant quand il reste chez son père il est **battu** par sa belle _mère et quand il va chez sa mère, il est battu par son beau _père, il remarque la discrimination entre le traitement de ses parent envers lui et entre ses autre frères .il ne savait pas ou aller alors il est sorti à la rue. Il a quitté le Caire et a pris le train pour Alexandrie .Là il a rencontré un garçon de la rue qui l'a guidé vers Caritas , et comme il n'était pas resté longtemps à la rue on lui a proposé **l'habitat** (car beaucoup d'enfants de rue n'aime pas être mis dans des institutions ou d'être soumis à des ordres) mais Shérif a accepté et il est maintenant à l'école et il apporte de bonnes notes , j'ai remarqué qu'il est propre, il est content d'avoir une place pour l'accueillir et des gens qui s'occupent de lui et le traitent bien , il va de temps en temps visiter ses parents et retourne de nouveau à l'habitat. Shérif est **déprimé**.

3) YOUSRY :

Yousry est **un garçon** de 16 ans, je l'ai rencontré au centre d'accueil du jour, ça veut dire qu'il est encore à la rue, il ne veut pas être institutionnalisé, **son père avait quitté** la maison laissant la mère avec ses quatre enfants, quelques années après, **la mère s'est remarié et a quitté** ses enfants, alors

Yousry est resté avec son frère aîné qui est marié, mais sa femme **maltraitait** Yousry, alors celui-ci a quitté la maison à la rue ; il pensera à retourner chez son frère à l'âge de 19 ans « Je serai grand et fort et je pourrai me venger de mon frère, il ne pourra pas me frapper » Me dit-il. Yousry est **impulsif** et parfois **agressif** « quand quelqu'un me taquine dans la rue je peux le frapper et je n'arrive pas à me contrôler, je veux un aide ! »

En plus, il est **déprimé**, « je me sens mal en dormant sur le trottoir, des regards des passants, je veux leur dire que je ne suis pas un mauvais garçon mais ce sont mes circonstances qui m'ont poussées là ». Yousry **fume, abuse du cannabis, et des benzodiazépines** mais il a stoppé la colle.

4) MOUSTAFA :

Moustafa est **un garçon** de 15 ans, a une sœur et un frère, il vivait au Caire il a fui de la maison car il ne voulait pas aller à l'école et on le forçait d'y aller. Il n'est pas pauvre pourtant son père n'a pas continué ses études scolaires. Moustafa a **un comportement déviant**, il échappait souvent de l'école avec un de ses amis, il aimait jouer dans la rue, il faisait des farces avec les grands et ses copains : il a une fois brûlé les cheveux d'un de ses camarades, le responsable de l'habitat de Caritas me dit « il nous rendait fous », il taquinait les gens dans la rue et avait des histoires chaque jour. Le jour où j'ai visité l'habitat, Moustafa allait rentrer chez ses parents, il va retourner à condition qu'il ne continue pas ses études à l'école, il va travailler. Moustafa **fume et abuse du cannabis** et des benzodiazépines hors de l'habitat, il est **impulsif** comme me l'a dit un de ses responsables, et il peut quitter l'habitat tout à coup.

5) MAHMOUD :

Mahmoud est **un garçon** de 11 ans, son père travaille à l'Arabie Saoudite, il vit avec sa mère et ses deux frères, il est bien aimé par sa mère et ses tantes mais malgré cela il n'aime ni rester dans sa maison ni chez ses tantes ; « Je me sens étouffé à la maison, à l'école, dans mon lit, je ne sais pas quoi faire. J'ai quitté la maison, j'ai pris le train pour Alexandrie, Je dormais dans un kiosque près de la citadelle, ou je prenais le train de 19.00h, je dormais par terre et retournais par le même train à Alexandrie, comme ça la nuit est achevée ». J'ai connu Caritas à travers l'unité mobile, et ils m'ont proposé l'habitat, et me voici. Je suis content ici, je ne veux pas retourner à la maison, je suis une formation pour devenir mécanicien et j'aurai un certificat à la fin » J'ai senti vraiment qu'il est content et fier d'avoir ce certificat, c'est comme un rayon d'espoir pour l'avenir !

6) IBRAHIM :

Ibrahim est **un garçon** de 13 ans, vivant avec ses parents et ses frères, son père ramasse des bagatelles et des choses usées des maisons sur un cheval, il est illettré; alors Ibrahim voulait lui aussi un cheval, mais son père lui a promis un quand il grandira alors il s'est frustré et il a quitté la maison. J'ai rencontré Ibrahim à l'habitat, on m'a dit qu'il y a 2 ans qu'il était dans la rue mais le lendemain ou je visitais l'habitat on allait le faire retourner à sa maison. J'ai remarqué de la façon dont il parlait que son **intelligence est déficiente**, de sa façon de parler, comme il venait d'avoir son certificat de l'école comme je l'ai connu de son responsable à l'habitat, il avait reçu 1 sur 30, dans une matière, 2 sur 50 dans une autre,.....etc. Ibrahim dormait à la gare avant de venir à l'habitat, il **fume et abuse du cannabis**.

7) KHALED :

Khaled est **un garçon** de 16 ans, venant de Damietta à Alexandrie, ces parents sont divorcés dès qu'il était petit, et chacun d'eux s'est remarié, l'enfant était mal accueilli et maltraité dans les deux nouvelles maisons. Alors il est sorti à la rue et il est venu à Alexandrie, là il a été trouvé par Caritas et il est resté à l'habitat pour quelques années ensuite il est retourné à sa ville, je l'ai rencontré à l'habitat, il était venu pour leur rendre visite. Maintenant Khaled vit seule dans une chambre à la rue près de sa mère, il travaille chez un coiffeur, et il est fiancé. Il

ne cesse de raconter des histoires comment il est héro, qu'il est fort, comment lui aussi s'est vengé de sa belle _mère. Khaled **fume et abuse du cannabis et des benzodiazépines.**

8) AMAL :

Amal est une **fil**le de 14 ans, sa mère est illettrée. On l'a trouvée à la rue et on l'a prise d'au milieu d'une dispute à la rue et on l'a mise dans un hôpital de psychiatrie car il n'y a personne qui veut l'accueillir et il n'y a pas d'endroits pour les filles à Alexandrie. Elle est **d'une intelligence déficiente**, elle nous est venue très sale, avec une incontinence d'urine, elle est fumeuse et elle reniflait **de la colle**, souvent elle insulte les gens autour d'elle à l'hôpital et se dispute pour avoir des **cigarettes**. Maintenant, l'hôpital est pour elle un habitat et un lieu pour la traiter, ces jours si elle est mieux qu'avant (pas de colle, moins de cigarettes, plus calme et plus propre.)

9) SAYEDA :

Sayeda **une fil**le de 15 ans, ces parents ont été divorcé dès qu'elle avait 7 ans, son père les a quittés et sa mère s'est remariée à un autre et depuis, elle a envoyé sa petite fille de 7 ans pour travailler comme domestique chez une femme qui la maltraitait, alors Sayeda a pensé à retourner chez sa mère qui prenait son argent qu'elle gagnait et l'a renvoyée pour travailler chez une autre dame ; celle _ci la maltraitait elle aussi, alors la fille a quitté la dame pour aller rester à la rue puisque sa mère allait l'envoyer chez une troisième dame. Elle dit « Je passait des nuits sur le trottoir **effrayée** de ce qu'il peut m'arriver, je me réveillait plusieurs fois durant la nuit, tellement j'avais peur, je mangeait du pain et des fèves, je n'avais pas goûté la viande et les poulets durant toute cette période(j'ai vécu 2 ans et demie à la rue), j'ai mendié au début, jusqu'à ce que j'ai gagné 3 livres égyptiennes avec lesquelles j'ai acheté du kleenex et je le vendait sur le trottoir. Ensuite un jeune homme du quartier où je dormais m'a proposé de me marier et j'ai accepté et il a pris le contrat avec lui, le lendemain son ami est venu demander de son mari, l'a **violé** et l'a laissée, après son mari l'a chassée de la maison alors elle est repartie à la rue, j'ai été trouvée par l'unité mobile qui m'a envoyée au Caire à l'habitat de Hope Village car il n'y a pas d'habitat pour filles à Alexandrie et me voilà avec mon bébé à l'habitat j'apprend à faire des tapis .Elle est **déprimé et a pensé à se suicider une fois**, comme elle avait souffert **de syndrome de stress post-traumatique** après l'expérience du viol.

10) MOHAMED :

Mohamed est **un garçon** de 8 ans Ces parents se sont divorcés, son père s'est remarié et sa belle _mère le traitait bien d'abord mais après qu'elle a eu ses enfants à elle, il a senti quelques différences entre lui et les autres alors il a quitté la maison, il a rencontré d'autres garçons de la rue à la gare ou' ils l'ont guidé vers Caritas qui l'ont accepté à l'habitat et il continue son éducation à l'école. Il est poli et calme et va de temps en temps visiter ses parents. Il a **une énurésie**.

III.2. Les causes :

Tableau (1), les causes du phénomène des enfants des rues en Alexandrie (dans les 10 cas)

CAUSES	NOMBRE DES CAS
Les causes liées à l'enfant	6
Le divorce	5
La pauvreté	5
La maltraitance	5
L'illettrisme des parents	4
La défaillance du système éducatif	3

D'après le tableau ci-dessus, on constate que **les causes** du phénomène sont multifactorielles avec une prédominance des causes liées à l'enfant.

En analysant les **20 autres** histoires il y a eu **d'autres causes** en plus de ce que j'ai vues dans les 10 cas précédents comme :

- Le décès du père ou de la mère
- Les mères célibataires
- Le père polygame
- Les parents prostitués, alcooliques ou toxicomanes
- L'un des parents ayant une maladie psychiatrique qui n'est pas prise en charge
- Les familles vivant dans les rues
- Les conditions de logement
- Les enfants illégitimes

III.3. L'IMPACT :

III.3.1. Tableau (2) L'impact psychologique du phénomène sur les enfants

IMPACT	N° DE CAS
Tabagisme	6
Dépression	5
Toxicomanie	5
Troubles de sommeil	4
Impulsivité et agression	3
Comportement antisocial	3
Enurésie	2
Syndrome de stress post-traumatique	1

On constate que le phénomène entraîne plusieurs conséquences psychologiques sur l'enfant.

III.3.2. Comme on a constaté que l'**impact physique** dans les **30 cas observés** étaient :

- Malnutrition
- blessures, ecchymoses
- amputation
- Maladies infectieuses
- problèmes Bucco-dentaires
- carences sensorielles
- Symptômes non spécifiques (céphalée, nausée, ...)
- Abus sexuel (homo ou hétéro)

Le résultat de la visite des rues :



Fig. (6) Mohsen, cireur de chaussures, enfant dans la rue



Fig. (7) Mohsen retournant à sa mère à la fin de la journée

Le résultat de la visite de l'unité mobile de CARITAS :



Fig. (8) l'unité mobile à « Bahary »



Fig. (9) avec les enfants dans l'unité mobile



Fig. (10) Le soin médical dans l'unité mobile



Fig. (11) Le bricolage

Le résultat de la visite au centre de jour de CARITAS :



Fig. (12) les enfants se lavent au début de la journée



Fig. (13) Les enfants prennent de nouveaux habits



Fig. (14) Les enfants prennent leur petit déjeuner



Fig. (15) Pour apprendre à vivre dans un environnement propre



Fig. (16) les enfants apprennent le bambou



Fig.(17)



Fig.(18)

Les enfants jouent des jeux collectifs

Le résultat de la visite au refuge de CARITAS :



Fig. (19) Les enfants font du bricolage au Refuge

IV. ANALYSES ET DISCUSSION

Le phénomène des enfants des rues est prévalent en Egypte surtout dans les grandes villes comme le Caire et Alexandrie. C'est un phénomène global et n'est pas particulier aux pays en développement (OMS 2000). Le chiffre estimatif est d'environ 250.000 enfants (contacts personnels).

En analysant les 10 cas, on peut constater que souvent **la cause** de la sortie des enfants à la rue est **multifactorielle** comme l'a décrit Lewis Aptekar « le fait que la pauvreté ne peut pas expliquer à elle seule le phénomène, c'est plutôt un ensemble de facteurs qui explique la décision de l'enfant de vivre dans la rue » (rapport Croix Rouge 1999) parmi lesquels :

*Causes liées à **l'enfant** lui-même en premier lieu (6 cas des 10) :

Comportement déviant

Déficiência de l'intelligence

***Le divorce, la pauvreté, la maltraitance** en second lieu (5 cas des 10) :

La maltraitance par un beau-parent est une conséquence du **divorce** ce qui met l'accent sur l'importance de l'effet des problèmes familiaux et surtout du divorce sur la stabilité de la vie de l'enfant qui se trouve souvent perdu entre les deux maisons des deux parents ou mal accueilli partout.

***l'illettrisme des parents** (4 cas sur 10) :

Soit que les parents aient de l'argent ou pas l'éducation des parents est un facteur important dans la façon de traiter les enfants et par suite l'apparition des troubles psychologiques des enfants, comme me l'avait dit Ahmed « ma mère est illettrée c'est pourquoi peut-être elle ne savait pas bien comment nous traiter, si on l'avait appris à la télévision ou ailleurs comment traiter les enfants peut-être elle aurait été moins sévère et je n'aurais pas quitté la maison, il faut que vous éduquiez les parents ! »

*La défaillance du **système éducatif** (3 cas sur 10) :

Souvent des enfants des familles pauvres quittent leur maison pour échapper d'aller à l'école, mais généralement cette cause est accompagnée avec une cause chez l'enfant (comportement déviant ou déficience d'intelligence)

Selon la croix rouge 1999 la problématique numéro un est familiale, selon l'OMS 2000, c'est la pauvreté, tandis que dans notre contexte, et peut être parce que les cas sont peu nombreux, on peut voir que la problématique numéro un est la personnalité ou la mentalité de **l'enfant** car quelques uns ont quitté leur maisons malgré les bonnes conditions de leur familles comme c'est le cas de Mahmoud et Moustafa, d'autres ont quitté leurs maisons tandis que leurs frères ont pu survivre dans les mêmes conditions de vie sans avoir recours à quitter leur maisons.

De ce qui précède on peut constater que si l'on avait pris en charge les problèmes de santé mentale de l'enfant, comme c'est le cas d'Ahmed, que malgré la sévérité de sa mère, ses frères et sœur n'ont pas quitté la maison.

Cela montre l'importance de **l'éducation pédagogique des parents** pour prévenir l'apparition des problèmes psychologiques chez les enfants, du **conseil familial** et du **soin psychologique des enfants**.

Comme la multiplicité des facteurs, montre l'importance de **l'intégrité des soins** pour la prévention et la prise en charge de ce phénomène.

Les autres causes que j'ai vues dans les 20 autres histoires convenaient à ceux qui ont été décrites par la Croix Rouge 1999 et étaient les telles :

I. Les conditions socioéconomiques :

A) Les parents :

- la dislocation de la famille :

Le divorce :

Il y a beaucoup d'absentéisme ou carrément de démission parentale, ainsi que beaucoup de divorces. Les femmes se retrouvent sans pensions, sans revenus et sans abri.

Le décès du père ou de la mère :

Surtout après le décès du père qui est souvent la seule source de vie pour la famille alors les enfants commencent à sortir à la rue pour mendier ou travailler de petits travaux et une fois ils ne retournent plus à leur maison.

Les mères célibataires :

Du fait qu'elles soient négativement jugées par la société, elles entraînent leurs enfants avec elles dans leur marginalisation.

La Présence d'un beau-père ou d'une belle-mère :

L'enfant se trouve perdu entre les deux maisons, il va chez sa mère il est maltraité par le beau-père, il va chez son père il est maltraité par la belle-mère alors il quitte les deux maisons et a recours à la rue.

Le père polygame :

Le père se marie à plus qu'une femme, enfante beaucoup d'enfant sans donner intérêt à leur besoins ni à leur présence

- Les rapports conflictuels ou la violence au sein de la famille :

Souvent ils sont maltraités à la maison, ils sont battus avec des bâtons, on les brûle aux pieds par un fer à repasser ou à la main par des allumettes, Un me racontait que sa mère le mettait au coin à la maison et le laissait debout pour une heure s'il ne voulait pas étudier.

_les parents prostitués, alcooliques ou toxicomanes :

a l'alcoolisme parental, notamment paternel, et parfois aussi la prostitution parce que certaines mères y ont recours pour pouvoir survivre. Ce sont donc des déficits familiaux énormes.

_le père ou la mère ayant **une psychopathologie** qui n'est pas bien prise en charge.

B) L'environnement :

- la pauvreté :

la pauvreté, la crise économique, l'exode rural et le péril urbain, toutes ces strates de population qui arrivent dans des villes qui ne sont pas préparées à les recevoir. Comme dans toutes les grandes mégalo-poles, avec une infrastructure qui n'est pas cohérente et où il y a surbooking de la population. Donc, des familles en détresse économique et éducative, mais aussi psychologique et affective. Ce sont des familles qui survivent, le chômage frappant particulièrement les hommes. Les femmes sont obligées de travailler, ainsi que les gamins, qui sont souvent exploités. On s'est aussi rendu compte que le rôle de la famille en tant que protection est quasi inexistant puisque la priorité est donnée à la survie.

Le père pousse l'enfant à travailler dans la rue pour gagner de l'argent et aider la famille ; Souvent ils essuient les voitures au feu, ou vendent des bagatelles (du kleenex, des épingles,), Ou des journaux ou mendient.

Ils sortent tous les jours et ils retournent mais une fois ils sortent et ne retournent plus quand ils voient que la rue est plus attirante et leur donne plus de liberté loin des problèmes familiaux.

- Les conditions de logement :

Les larges familles, la promiscuité.

L'enfant n'a pas une bonne place pour dormir à la maison comme la petite Mariam qui dormait sous le lit de ses deux sœurs.

- Les familles vivant dans les rues :

Comme on voit parfois la mère avec ces enfants dormant sur le trottoir près de la gare ou à l'entrée d'une maison

- L'environnement attractif de la rue :

L'environnement de la rue caractérisé par deux éléments importants :

l'absence de règles et la liberté.

Elle est attractive parce qu'elle leur offre des solutions que la société n'a pas su leur offrir. Il y a une économie informelle, une liberté, une solidarité très forte et une culture, donc une réelle appartenance à un clan qui devient la famille de substitution et qui leur donne une identité propre.

Ils développent des compétences et une intelligence de survie, mais ils développent aussi beaucoup de dépendances. Des dépendances à la rue, parce qu'il y a quand même beaucoup de liberté. On assiste maintenant à des jeunes qui ont un tel parcours rue qu'aucune autre alternative ne les intéresse. Ces jeunes ont su mater la rue. Mais la rue est aussi très forte et parfois elle les domine et les détruit.

II la défaillance du système éducatif :

Les professeurs qui manquent de formation éducative et pédagogique ce qui fait que l'enfant n'aime pas l'école et échappe d'y aller.

Souvent l'enfant échappe de la maison à la rue pour qu'on ne le force pas à étudier ou à aller à l'école.

le problème scolaire. La réintégration est très difficile parce que ces gamins ont souvent un vécu scolaire très négatif puisque l'école n'est plus vue comme un moyen de promotion sociale : pourquoi y aller si c'est pour se retrouver ensuite au chômage avec un diplôme qui ne correspond à rien . De plus, l'école ne correspond plus au profil des jeunes ; elle est souvent en décalage par rapport au système. Inaccessible de par sa pédagogie, mais aussi de par ses fournitures scolaires qui sont chères, elle est aussi souvent inaccessible dans certaines régions, où il n'y a pas d'écoles de proximité.

III L'enfant :

-Psychopathe ou « de comportement déviant » :

Qui a moins de tolérance à la maltraitance que ces frères qui sont dans les mêmes conditions de vie mais qui ne quittent pas la maison.

Ou qui cause plus de problèmes à sa famille et les force à le punir.

-Retard mental ou la déficience d'intelligence:

Qui a de mauvais comportement et par suite on le punit souvent.

- L'enfant illégitime :

Qui est rejeté par sa mère à la rue.

IV .Les amis :

Les mauvaises fréquentations qui attirent l'enfant à la rue,

En outre, en ce qui concerne **le sexe**, on a vu que parmi les 10 cas on a 2 filles et 8 garçons, ce qui montre comme c'est partout dans le monde comme l'a déjà décrit l'OMS 2002 que le sexe masculin se trouve dans la rue plus que le sexe féminin puisque il y a une intolérance de la société surtout dans les cultures islamiques de voir des fillettes vivant ou travaillant sur le trottoir.

« Les garçons semblent exercer plus souvent des métiers qui se déroulent dans la rue - marchand ambulant, messenger, amuseur public, laveur de voitures, chiffonnier, voleur à la tire, cireur de chaussures, exploitant de vélo-pousse ou trafiquant de drogue. Les filles, en revanche, sont souvent employées ou gagnent de l'argent ailleurs que dans la rue, par exemple dans les usines, dans l'artisanat, dans les ménages, dans l'industrie du sexe et dans la vente. On signale également que les enfants travaillant dans la rue sont souvent surveillés par un adulte. Ainsi peut-on voir des fillettes assises au bord de la route pour vendre des produits agricoles ou des petites marchandises, ou mendiant auprès des automobilistes ou des passants, pendant que leur mère reste à l'arrière-plan» (OMS,1993) .

Les différences entre garçons et filles des rues ne portent pas seulement sur **leur nombre** et leurs **activités**. Les fillettes risquent davantage de souffrir de **certain problèmes de santé** que les garçons. Elles sont plus exposées à l'exploitation sexuelle et aux sévices tant physiques que sexuels. Elles souffrent aussi de problèmes spécifiques à la **santé génésique de l'adolescente**. Dans la rue, le risque d'une grossesse non désirée est considérable et, lorsqu'elle

survient, elle est souvent compliquée par l'absence partielle ou totale de soins prénatals, une mauvaise nutrition, une hygiène insuffisante, la violence, les maladies transmises par voie sexuelle, l'absence d'un abri et éventuellement les toxicomanies. Certaines adolescentes prennent le risque d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions hors du système de soins de santé. Souvent, les très jeunes mères qui mènent une grossesse à terme n'obtiennent aucune aide pour s'occuper de leurs nourrissons. Outre ces problèmes spécifiques et bien connus de santé génésique, il conviendra de porter attention à d'autres aspects de la santé féminine, tels qu'ils se présentent chez les enfants des rues, y compris l'usage de substances psychoactives. » Comme ça été décrit par l'OMS 1993.

En plus il n y a **pas de lieu d'accueil pour les filles** à Alexandrie et les deux cas qu'on a vus une dans un hôpital privé de psychiatrie à Alexandrie et l'autre dans un habitat pour filles au Caire. Ce qui montre que **les services pour les filles sont encore déficients à Alexandrie**

On peut observer dans les deux photos suivantes, la différence entre le nombre des filles et des garçons visitants l'Unité Mobile et par suite nous donner une idée de la proportion des filles aux garçons présents dans les rues d'Alexandrie



Fig. (20)



Fig. (21)

En comparant les deux figures ensemble on peut constater la dominance du sexe masculin

Des 30 cas observés à la rue et aux institutions, **l'impact** convient à ce qui a été décrit dans la littérature (de l'OMS 2000 et l'OMS 1993) comme ce qui suit :

Impact physique :

Alors que la jeunesse est généralement une période de la vie où la santé est relativement bonne, la nature de l'exposition continue à la rue et les modes de vie qui en résultent rendent les enfants des rues vulnérables à toute une gamme de problèmes de santé et autres qui ne sont pas caractéristiques des autres jeunes.

Mauvais état de la santé :

A cause des facteurs liés aux aspects matériels de l'absence de toit et de la vie dans la rue comme:

- L'hygiène et installations sanitaires déficientes
- La mauvaise alimentation
- l'absence de protection contre l'environnement
- la violence
- le caractère transitoire de la situation
- absence éventuelle de liens positifs et déficits affectifs et sociaux subséquents

Malnutrition :

Déficiences nutritionnelles spécifiques aboutissant à des affections telles que l'anémie

Blessures, ecchymoses :

Due à leur comportement durant des disputes ou durant leur fuite de la police et à cause de leur utilisation d'armes tranchantes, ou dues à l'auto_mutilation

Amputations :

Dues à des accidents de route ou dues à des sévices physiques

« Les amputations ont évidemment eu un impact psychologique dévastateur sur les personnes qui les ont subies, souffrant à la fois de traumatismes physiques et psychiques.

L'amputation est vécue comme une forme de castration, détruisant les fondations symboliques et narcissiques du sujet, l'empêchant de s'identifier aux autres, l'excluant de la communauté. Pour le restant de ses jours, la mutilation du corps rappelle à la victime le traumatisme qu'elle a vécu. »

Maladies infectieuses :

- Des maladies cutanées
- les affections des voies respiratoires
- les viroses, dont la contamination par le et les hépatites A, B et C
- les parasitoses
- les infections spécifiques comme la tuberculose, et le rhumatisme articulaire aigu.

- Des maladies sexuellement transmissibles
- les affections opportunistes

Problèmes bucco-dentaires :

tels que les caries et les gingivites

carences sensorielles:

Visuelles et auditives

Symptômes non spécifiques

- tels que céphalées, douleurs abdominales, léthargie et nausées.

Abus sexuel :

Durant leur présence dans les rues, quand ils sont inconscient sous l'emprise de la drogue ou durant leur présence dans des prisons avec les adultes et leurs comportements pervers.

Grossesses non souhaitées,

Souvent chez de très jeunes filles, et absence totale ou presque de soins prénatals; risques associés aux pratiques d'interruption de la grossesse

Impact psychologique :

Impulsivité, agression :

La violence, qui est le seul mode de dialogue, pour se défendre ou pour fuir à la police, et parce que dans la rue, les enfants ont une préoccupation primordiale, celle de satisfaire leurs besoins essentiels (sécurité et nourriture). L'impératif sécuritaire justifie que la force physique soit une valeur extrêmement importante pour ces enfants.

Comportement antisocial :

Envers la société qui la privé de tous ses droits et qui l'a poussé à cette vie.

_Comportement de destructivité envers la société (gâter toute propriété publique :

ex. les jardins, écrire sur les murs ,les métros,.....etc

_mensonge, hostilité, farces comme l'exemple de Moustafa qui passait devant les cafés, demandait un verre d'eau des clients pour boire et eux par pitié lui en donnaient alors il l'en prenait et la renversait dans leur café et courait

il s'amuse à se montrer héro faisant des aventures comme me racontait Khaled qui tenait un bâton car il avait le pied gauche paralysé avant de quitter la maison quand ma belle mère me grondait une fois j'ai cassé ce bâton sur sa tête, elle a eu peur de moi !

Et comme me racontait Moustafa : personne ne pouvait s'approcher des filles de mon quartier car je les défendais, je pouvait le mettre en pièces ! »

_Comportement de destructivité envers lui-même (automutilation, toxicomanie,.....etc)

_ Il ne croit plus en rien, il a un rejet des institutions, parce qu'il est passé par plusieurs d'entre elles comme la famille, l'école, les centres d'accueil et les prisons.

_Rejet de toute personne qui lui fait rappeler de la personne qui lui a causé des sévices physiques ou psychiques comme me l'a déclaré Ahmed »je déteste les femmes, je n'accepte pas qu'une femme me donne des ordres au travail « car toute femme représente l'image de sa mère qui était très agressive avec lui et ses frères et à cause de laquelle il a quitté la maison

Ces symptômes conviennent avec ceux qui avaient été décrits du comportement antisocial par Sadok et al 2002.

Dépression :

_Car il se sent rejeté de sa famille.

_A cause des regards des passants qui le regardent avec mépris, ou qui ont peur de lui :

L'un d'eux me dit ''je veux leur dire que je ne suis pas nuisible, que je suis normal mais c'est les circonstances qui m'ont poussées là !''

Il y a aussi l'intense déni de soi, l'intense perte d'espoir dans un futur possible

. _ Les filles après leur viol ont des idées de suicide, et quelques une ont des tentatives de l suicide ou tuent leurs enfants illégitimes.

_secondairement au traumatisme

_Quelques enfants se sentent angoissés comme me disait Mahmoud qui est à l'habitat : « je m'étends au lit je me sens angoissé, alors je m'assois, je me sens encore angoissé alors je me lève, je me sens encore angoissé je sors je ne sais pas quoi faire, je ne sais pas où aller ! »

_Ils ont un sentiment de tristesse comme l'exprimait bien le visage du petit Mohamed, d'inutilité, d'incapacité.

_Ils n'ont pas d'espoir envers leur avenir comme me disait Ahmed « je ne pense pas à avoir une petite amie, je ne penserai pas à me marier, moi j'ai pas continué mon éducation primaire, je ne pourrai prendre qu'une illettrée alors comment seront nos enfants ? Des retardés ?! Je n'y penserai même pas ! »

Anxiété et phobies :

Troubles anxieux généralisés :

Sentiment de peur interne (**appréhension**) :

De la vie instable qu'ils vivent, peur du danger des autres enfants ou des autres adultes qui les abusent physiquement ou sexuellement.

Peur de l'avenir

Peur de la mort

Syndrome de stress post-traumatique :

Le trouble de stress post-traumatique désigne un type de troubles anxieux sévère qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante comme l'expérience d'abus sexuel ou d'accident terrible

Comme a été décrit par une fille qui a vécu l'expérience de viol. Sa réaction immédiate à l'évènement était : - peur intense

- sentiment d'impuissance et d'horreur

- des cauchemars

- des **intrusions**, (c'est-à-dire que la personne revit l'évènement traumatisant, des réminiscences difficiles à empêcher accompagnées avec des sentiments d'angoisse)

- **hypervigilance**, insomnie, nervosité, irritabilité, et même parfois comportement violent

- difficulté à se concentrer et à mener à terme ses activités

évitement des facteurs déclencheurs qui pourraient lui rappeler l'évènement
ensuite elle a eu recours à la consommation de benzodiazépines .Ce que j'ai
trouvé en accordance avec ce qui a été décrit de l'état de stress post_ traumatique par Pr.
Jérôme Palazzolo,Christophe Pinna2005 ,et David Semple et al 2005

Des troubles de sommeil :

Des cauchemars,

L'insomnie :

Due : - à leur mode de vie : comme Mahmoud qui dort par terre au train

- à la dépression

- à l'anxiété et au stress post traumatique

- **L'insomnie d'endormissement** (c'est-à-dire difficulté à s'endormir)

- **L'insomnie du milieu de la nuit** (c'est-à-dire réveil durant la nuit et difficulté à se
rendormir)

- **L'insomnie du matin** (c'est-à-dire réveil précoce et impossibilité de se rendormir)
(Pr. Jérôme Palazzolo 2005)

L'énurésie

Le tabagisme

La toxicomanie :

La dépendance à **la colle**, la drogue de la rue par excellence car elle est facilement disponible
et bon marché (la boîte est à 2 livres égyptienne).

C'est une dépendance très forte et qui a un impact très négatif, à savoir qu'elle provoque des
dégâts majeurs au niveau respiratoire et aussi au niveau du ralentissement de l'intellect, et ses
dommages sont irréversibles.

« Je me sens détaché de mon entourage et je dors profondément après » me dit l'un d'eux.

L'essence

Le cannabis :

«Ça me rend joyeux, fort et insouciant » comme me le disait Ibrahim et c'est ce que j'ai trouvé en accordance avec Martine Fouchet 2005 qui décrivait les effets psychoactifs du cannabis comme :

Euphorie, sensation de bien_ être, satisfaction, rire facile accompagnés d'un sentiment d'insouciance, de stimulation intellectuelle, d'une impression de calme et de relaxation.

Les produits pharmaceutiques :

Comme les benzodiazépines

Des psychoses et des manifestations organiques :

Résultant de la consommation de substances psychoactives comme **la psychose cannabique**.
(Pr.Jérôme Palazzolo 2006)

La délinquance :

Ils perdent le vrai comportement d'enfants comme définition ;

-Ils s'engagent dans des crimes, des vols, des relations sexuelles, de trafic de drogue, quelques un peuvent commettre des meurtres

Les dérèglements du comportement alimentaire :

L'appétit est habituellement diminué. A cause de :

- _leur état général de la santé (anémie, parasitoses,...)
- _la dépression
- _la toxicomanie

Les troubles cognitifs et les difficultés d'apprentissage :

Troubles d'attentions dues à la consommation de la drogue ou c'était la cause de leur présence dans la rue comme chez les enfants souffrants de déficit d'attention (ADHD) et de retard scolaire.

Cela convient à ce qui a été décrit par (l'OMS 1993)qui s'est toutefois préoccupé davantage du "double diagnostic", c'est-à-dire des cas où un trouble mental est associé à l'usage de drogues ou à la dépendance - qu'il s'agisse d'une relation causale, d'un facteur aggravant ou simplement d'une coexistence.

On peut constater que l'impact psychologique est vraiment important, inévitable, et a des conséquences majeures, cela est en accordance avec ce qui a été décrit par le SAMU social Mali (UNESCO 2005) que : «qu'elle que soit la cause de l'arrivée dans la rue, la situation de rupture sociale a un impact sur le psychisme de l'enfant : altération du rapport au corps, au temps, à l'espace et à autrui, perte de l'estime de soi. En outre, l'exclusion sociale de l'enfant de la rue le prive des informations essentielles au développement de ses compétences de vie, transmises normalement par la famille ou l'école.»

Comme cela convient aux résultats de (l'OMS 1993) qui a noté que « la question de la santé mentale pourra aussi nécessiter une attention accrue. Une prévalence croissante des maladies mentales chez les enfants des rues a été constatée. Dans certaines métropoles, les taux des suicides envisagés ou tentés par des enfants des rues sont élevés (par exemple 55 % à Rio, et 21 % au Caire et à Alexandrie), et d'autres signes de dépression, d'anxiété et de troubles post-traumatiques sont manifestes. »

Impact social :

- Ils menacent la sécurité de la société, en formant de petites bandes de voyous ou de voleurs.
- Ils donnent une mauvaise image de la société égyptienne devant les touristes.
- Les enfants illégitimes nés des filles des rues formeront une nouvelle génération d'enfants de rue.
- Eux même feront face à beaucoup de problèmes car ils sont privés de tous les droits : (Ils n'ont pas de certificats de naissance... etc)

Impact économique :

- Ils représentent une perte économique puisqu'ils sont des ressources humaines mal utilisées.
- Ils forment une nouvelle génération illettrée, malnutrie.
- Les coûts des soins médicaux et d'autres services dont ils ont besoins.

L'impact observé dans les 30 cas observés convient à ce qui a été décrit par

En comparant l'impact physique et psychologique de la présence des enfants dans les rues sur les enfants **institutionnalisés** (ceux qui sont dans les habitats des ONG et ceux dans les maisons de rétention du gouvernement) et les **enfants laissés** dans les rues (qui visitent les centre de jour, et ceux qui ne le visitent pas) j'ai observé ce qui suit :

L'état physique (propreté, vêtements, nourriture, soins sanitaires) des enfants institutionnalisés **est meilleur** que celui de ceux qui sont laissés dans les rues ; et ceux qui sont dans les instituts non gouvernementaux sont en meilleur état que ceux qui sont dans la maison de rétention.



Fig. (22)



On peut observer la différence de l'état physique des enfants institutionnalisés Fig.(22) et ceux qui ne sont pas institutionnalisés Fig.(23)

Tandis que **les problèmes psychologiques** des enfants institutionnalisés et les non_institutionnalisés **sont à peu près les mêmes :**

Ceux qui sont à l'habitat, à la maison de rétention et ceux qui sont encore dans les rues ; souffrent de dépression, de comportements déviés, d'impulsivité, d'agression, d'énurésie, d'anxiété, de troubles de sommeil et d'appétit, quelques uns utilisent le cannabis, les benzodiazépines et le tabac (hors de l'institut) tandis que ceux qui sont dans les rues utilisent plus la colle.

Même les enfants qui retournent à leurs parents qui sont 15% des cas, 10% retournent de nouveau dans les rues car on n'a pas traité l'enfant lui-même qui refuse sa famille.

Ce qui veut dire que **le soin psychiatrique est encore déficient** dans les services déjà présents soit gouvernementaux ou non gouvernementaux.

De ce qui précède on peut conclure que la question de santé mentale est très importante dans la perpétuation et la croissance de la prévalence du phénomène des enfants des rues soit de point de vue cause ou impact ou déficience de services.

On pourra juger bon de porter une attention accrue à cette question .Cela nécessite une prévention des troubles mentaux chez les enfants à tous les niveaux : primaire, secondaire, et tertiaire, car un trouble mental sous-jacent non traité entravera les tentatives de stabiliser la vie d'un enfant au même titre que le fait de ne pas s'occuper d'autres aspects de sa vie tels que la nourriture et le gîte.

Dans le contexte Alexandrin malgré la compétence des préventions secondaires et tertiaires existantes, il est nécessaire d'intégrer le soin et la prise en charge psychiatrique au niveau de la prévention secondaire. Tandis que la prévention primaire n'est pas encore satisfaisante.

Les axes des stratégies préventives (secondaire, tertiaire) existantes se présentent comme suit :

PREVENTION SECONDAIRE :

Pour les enfants déjà dans la rue :

Promouvoir la santé mentale des enfants des rues en répondant à leurs besoins primaires, leur prodigués des soins médicaux et psychologiques ainsi que l'aide social.

Approvisionnement des besoins primaires :

_De la nourriture, des vêtements dans le centre d'accueil du jour pour les encourager à y venir.

_Un abri pour ceux qui le veulent car souvent ces petits enfants n'aiment pas être soumis à des structures.

Soin médical :

Pour les enfants qui sont dans la rue :

Les unités mobiles qui vont jusqu'à eux ou il y a un médecin et une infirmière

Pour les enfants qui visitent le centre d'accueil du jour :

- Il y a un médecin généraliste et une infirmière, pour les soins de santé primaires.
- Référence à un dermatologiste en cas de besoin.
- Education sanitaire pour les enfants.
- Education sexuelle.
- Formation d'un groupe des enfants des rues eux_ mêmes et leur fournir des besoins des premiers aides pour soigner leurs copains.

Pour les enfants institutionnalisés :

Examen médical périodique, éducation sanitaire.

Promotion de la santé mentale des enfants des rues :

La présence d'**un psychologue** dans les centres d'accueil du jour et dans les habitats pour la détection des problèmes psychologiques des enfants et pour la thérapie individuelle, et la thérapie du groupe.

Aide social :

- Par la présence d'un sociologue dans les unités mobile, les centre d'accueil du jour et les institutions pour traiter leurs problèmes et essayer de les insérer à leur famille
- Aider leur famille de corriger la situation qui a poussé l'enfant de quitter sa famille :
- Education de la famille de la façon dont il faut traiter l'enfant avec.

- Essayer de convaincre la famille d'accepter le retour de son enfant ou trouver n'importe quel membre de la famille qui puisse l'accepter comme une tante, un grand pèreetc.
- faire des cartes d'identité pour les enfants de 16 ans et plus.
- le sociologue est une forme de parrainage qui a pour but de donner un repère à l'enfant, de lui apporter un soutien externe et un confort moral.
- Un guide de parrainage sera mis en place pour accompagner le parrain et essayer d'orienter l'expérience afin qu'elle soit la plus bénéfique possible pour l'enfant.
- Un suivi du parrainage sera assuré par les ONG comme CARITAS à Alexandrie, médecins du monde au Caire.
- Essayer de trouver un travail pour les enfants de 16ans et plus.
- Education morale des enfants.

Soins spécifiques pour les filles déjà dans la rue :

Soin médical :

- Un gynécologue pour les maladies sexuellement transmises.
- Un obstétricien pour le soin prénatal, natal et postnatal.
- Education sexuelle et pédagogique pour prendre soin de leurs enfants pour ne pas créer une nouvelle génération d'enfants de rue.

Aide psychologique :

Par un **psychologue** pour surpasser le traumatisme de viol, la maternité non préparée et pour empêcher leur attentats de suicide. Par des TCC, thérapie individuelle, thérapie de groupe et pharmacothérapie.

PREVENTION TERTIAIRE :

Réhabilitation :

- Leur donner leur droit à l'éducation primaire pour qu'ils ne se sentent pas inférieur aux autre enfants.

- Enseignement d'artisanats pour qu'ils puissent travailler et à être réintégrer à la société.

Thérapie vocationnelle :

Des activités comme le sport, le dessin, la musique, le bambou, et découvrir leurs dons et les encourager : l'un de ces gamins me disait »on a des dons et quelques uns on de l'intelligence pourraient devenir des médecins et des ingénieurs dans d'autre circonstances.

V. RECOMMANDATIONS

Afin de compléter les stratégies existantes, nous recommandons l'intégration des axes suivants :

PREVENTION PRIMAIRE :

- Programmes d'éducation pour **les familles** pour comprendre comment traiter les enfants **pour promouvoir la santé mentale des enfants** et prévenir leur sortie de leur maison:

-A travers les mass media.

-Les chefs religieux dans les églises et les mosquées.

-Des brochures chez les obstétriciens durant le soin prénatal, à l'accouchement,

Chez les soins de santé primaires

Chez les pédiatres

- Encourager **le conseil familial** pour traiter les problèmes du couple avant d'avoir recours au divorce pour assurer un environnement sain pour le développement psychologique des enfants.

- Des programmes d'éducation pour **les professeurs** pour la détection précoce du retard scolaire et voir les causes et pour **la détection précoces des problèmes psychologiques** chez l'enfant.

- La présence **d'un psychologue** aux écoles élémentaires pour la détection des signes du «conduct disorder », ADHD, dépression, anxiété et la référence à un psychiatre pour l'intervention nécessaire

PREVENTION SECONDAIRE :

- La visite périodique **d'un psychiatre** dans les unités mobiles, les centres d'accueil du jour et dans les institutions et les maisons de retentions pour traiter les maladies de conduite, la

toxicomanie, l'énurésie nocturne, le stress post-traumatique,.....etc. Pour qu'on puisse trouver une solution définitive à leurs problèmes : réduire la toxicomanie, prévenir la délinquance, aider à la réinsertion de ses enfants dans leur famille et pour qu'ils ne les quittent pas si jamais ils y retournent.

- Prise en charge des bébés de ces filles :

C'est à la fois **une prévention secondaire pour les filles des rues** (les nouvelles jeunes mamans) qui ressentent le support de leur entourage, et **une prévention primaire** pour la promotion de la santé mentale de **leurs bébés**.

C'est une des solutions du problème actuel comme c'est une prévention de ce phénomène dans la génération prochaine : leur faire des certificats de naissance,

Approvisionnement des besoins primaires

(Nourritures, vêtements, vaccination.....etc.)

Un orphelinat pour ces bébés si les jeunes mamans

ne les veulent pas.

En guise de synthèse, on peut dire que pour prévenir l'apparition de ce phénomène et promouvoir la santé mentale des enfants :

- Conseil familial.
- Programmes pédagogiques pour le traitement des enfants aux mass media.
- Programmes pédagogiques et psychologiques pour les professeurs aux écoles.
- Formation psychique et pédagogique des chefs religieux.
- La nécessité de la présence d'un psychologue à l'école.

Pour les enfants déjà dans la rue :

- **Les pairs éducateurs « Peer to peer education » :**

- La formation d'un groupe des enfants des rues eux_ mêmes pour arriver et influencer les autres enfants des rues. C'est un élément capital qui permet la participation effective des enfants des rues à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des projets qui les concernent.
- Visite périodique **d'un psychiatre** à l'unité mobile, au centre d'accueil du jour et à l'habitat et aux maisons de retentions pour traiter les problèmes psychologiques de ces enfants.
- Aménagement d'un lieu pour **le traitement de la toxicomanie** des enfants des rues et faire le suivi dans les unités mobiles et, les centres d'accueil du jour et l'habitat.
- Aménager **un foyer pour filles** enfants de la rue à Alexandrie.
- La prise en charge des enfants des jeunes mamans.
- Le suivi des enfants après leur intercession dans leur famille.
- Refuge et prise en charge **des adolescents de 18 ans** qui attirent les petits enfants dans la rue et les enseignent toute forme de délinquance et les exploitent dans le trafic de la drogue et l'abus sexuel et qui n'ont aucun service puisqu'ils ne sont pas enfants par définition pourtant ils sont la principale cause de la plupart des problèmes des enfants des rues.
- Réalisation d'**une campagne de communication** afin que la société égyptienne porte un nouveau regard sur l'enfant de la rue car l'image négative dont il souffre ne fait que le marginaliser davantage et le rend plus vulnérable à des exploitations de tout genre.

CONCLUSION

Ces enfants ne sont pas des criminels mais des victimes qui ont été privées de leurs droits qui sont stipulés par **La Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant**.

Qu'elle que soit la cause de l'arrivée dans la rue, la situation de rupture sociale a un impact sur le psychisme de l'enfant qui n'est pas encore bien pris en charge à Alexandrie.

Ce qui montre l'importance de l'exécution des recommandations qui serviront à promouvoir la santé mentale des enfants des rues. Car une bonne santé mentale peut leur procurer et leur maintenir un bien-être et un comportement social et psychologique optimums.

Ils auront le sens de l'identité, de la confiance en soi, et des rapports d'égalité, comme ils auront la capacité d'être productifs et d'apprendre le potentiel pour relever les défis du développement et se servir des ressources culturelles pour porter la croissance à un niveau aussi élevé que possible.

En outre, la bonne santé mentale des enfants et des adolescents est indispensable dans le cadre de leur participation active à la vie économique et sociale

"Ce qui frappe, c'est la présence d'enfants doués dans cette bruyante foule de vagabonds. On sait qu'un grand nombre d'entre eux deviendront des hommes remarquables."

(Maxime Gorki visitant le programme pour la jeunesse de Makarenkov)

REFERENCES

Bayti . Enfants des rues . Alerte mondiale. <http://www.bayti.net>. consulté le 25/01/2007.

Comité International de la Croix-Rouge1999. Rapport de la Croix_Rouge sur les enfants des rues. http://www.geocities.com/joelmermet/enfants_des_rues. consulté le 14/01/2007.

Greka LP., Rie N., Islam AB., Maki U., Omori K. Growth and health status of street children in Dhaka, Bangladesh [Am J Hum Biol.](#) 2007 Jan-Feb; 19(1):51-60.

Sadock Benjamín,Sadock Virginia 2002, Kaplan & Sadok,poket Handbook of psychiatry. LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS. p 247.

OMS (Organisation Mondiale de la santé) 1993, Programme de lutte contre les toxicomanies, Rapport sur phase I du projet des Enfants de la Rue.p12-17.

Organisation mondiale de la Santé 2005, politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. P21-22.

Palazzolo Jérôme, Mangeon.J.P. Le cannabis en question. Hachette. 2006. p107_111.

Palazzolo Jérôme. Guérir Vite. Hachette. 2005. p181.

Palazzolo Jérôme, Fouchet Martine. Le cannabis: du plaisir au risque. MED_LINE .2005. p70_74.

Palazzolo Jérôme, Pinna Christophe. Apprendre à gérer son stress. CHIRON.2005. p32.

Semple David, Smyth Roger 2005, Anxiety and stress_ related disorders in Oxford Handbook of psychiatry. Oxford University Press .U.K. 368p_369.

UNICEF Egypte 2005.Une nouvelle approche pour les enfants des rues égyptienne <http://www.unicef.org> consulté le 23/02/07.

UNICEF 2006.(A) la situation des enfants dans le monde .[http:// www.unicef.org](http://www.unicef.org) consulté le 21/01/2007.

UNICEF **Georgie** 2005 .Un nouveau refuge pour les enfants des rues en Géorgie. <http://www.unicef.org> consulté le 19/12/2006.

UNICEF 2006 **(B)** Action humanitaire de l'UNICEF Malawi. <http://www.unicef.org> consulté le 23/02/2007.

UNICEF 2006(C) Un monde digne d'enfants. <http://www.unicef.org> consulté le 5/01/2007.

UNESCO 2005.Prévenir le VIH/Sida auprès des enfants de la rue. La compréhension physique, psychologique et sociale de l'enfant et de l'adolescent en situation à risque. <http://www.12/11/2006>.

World Health Organization 2000, (a) Working With Street Children.piii.

World Health Organization 2000, (b) Responsibilities of Street Educators. p19-21.

World Health Organization 2000, (c) Understanding Substance Use Among Street Children. p2-6.

World Health Organization 2000, (d) Understanding Sexuel And Reproductive Health including HIV/AIDS and STDs Among Street Children.p7-10.

World Health Organization 2000, (e) Determining Needs and Problems of Street Children.p25-31.

World Health Organization 2000, (f) Responding To The Needs and Problems of Street Children. p21-22.

World Health Organization 2000, (g) Implementing a street Children Project.p2-8.

World Health Organization 2000,(h) Involving the Community.p6-17.

World Health Organization 2000 ,(i) A profile of street children.p6-8,11-14.

ANNEXE

INVENTAIRE DE DEPRESSION CHEZ L'ENFANT

(CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY)

CDI

M. KOVACS ET A.T. BECK

Traduction française : L. MOOR et C. MACK

NOM:

PRENOM:

DATE:

SEXE:

AGE:

Il arrive que les enfants n'aient pas toujours les mêmes sentiments et les mêmes idées. Ce questionnaire te donne une liste par groupe de sentiments et d'idées. Dans chaque groupe, choisis une phrase, celle qui décrit le mieux ce que tu as fait, ressenti, pensé, au cours des deux dernières semaines. Quand tu auras choisi ta phrase dans le premier groupe, tu passeras au suivant.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Choisis seulement la phrase qui décrit le mieux ta manière d'être ces derniers temps. Inscris une croix comme ceci X à côté de ta réponse, dans la case correspondant à la phrase que tu as choisie.

Voici un exemple de ce qui t'est demandé. Essaie. Inscris une croix à côté de la phrase qui te décrit le mieux. Exemple :

Je lis des livres tout le temps

Je lis des livres de temps en temps

Je ne lis jamais de livres

Souviens-toi, choisis la phrase qui décrit tes sentiments et tes idées au cours des deux dernières semaines.

- | | |
|---|--|
| 1 | Je suis triste de temps en temps |
| | Je suis triste très souvent |
| | Je suis triste tout le temps |
| 2 | Rien ne marchera jamais bien pour moi |
| | Je ne suis pas sûr que tout marchera bien pour moi |
| | Tout marchera bien pour moi |
| 3 | Je réussis presque tout ce que je fais |

- Je rate beaucoup de choses
Je rate tout
- 4** Des tas de choses
m'amusement
Peu de choses m'amusement
Rien ne m'amuse
- 5** Je suis désagréable tout le
temps
Je suis souvent désagréable
Je suis désagréable de
temps en temps
- 6** De temps en temps, je
pense que des choses
désagréables vont m'arriver
J'ai peur que des choses
désagréables m'arrivent
Je suis sûr que des choses
horribles vont m'arriver
- 7** Je me déteste
Je ne m'aime pas
Je m'aime bien
- 8** Tout ce qui ne va pas est
de ma faute
Bien souvent, ce qui ne va
pas est de ma faute
Ce qui ne va pas n'est
généralement pas de ma
faute
- 9** Je ne pense pas à me tuer
Je pense à me tuer mais je
ne le ferai pas
Je veux me tuer
- 10** J'ai envie de pleurer tous
les jours
J'ai souvent envie de
pleurer
J'ai envie de pleurer de
temps en temps
- 11** Il y a tout le temps quelque
chose qui me tracasse /
travaille
Il y a souvent quelque
chose qui me tracasse /
travaille
Il y a de temps en temps
quelque chose qui me
tracasse / travaille
- 12** J'aime bien être avec les
autres
Souvent, je n'aime pas être
avec les autres
Je ne veux jamais être avec
les autres
- 13** Je n'arrive pas à me
décider entre plusieurs

- choses
J'ai du mal à me décider
entre plusieurs choses
Je me décide facilement
entre plusieurs choses
- 14**
Je me trouve bien
physiquement
Il y a des choses que je
n'aime pas dans mon
physique
Je me trouve laid(e)
- 15**
Je dois me forcer tout le
temps pour faire mes
devoirs
Je dois me forcer souvent
pour faire mes devoirs
ça ne me pose pas de
problème de faire mes
devoirs
- 16**
J'ai toujours du mal à
dormir la nuit
J'ai souvent du mal à
dormir la nuit
Je dors plutôt bien
- 17**
Je suis fatigué de temps en
temps
Je suis souvent fatigué
Je suis tout le temps fatigué
- 18**
La plupart du temps je n'ai
pas envie de manger
Souvent je n'ai pas envie de
manger
J'ai plutôt bon appétit
- 19**
Je ne m'inquiète pas quand
j'ai mal quelque part
Je m'inquiète souvent
quand j'ai mal quelque part
Je m'inquiète toujours
quand j'ai mal quelque part
- 20**
Je ne me sens pas seul
Je me sens souvent seul
Je me sens toujours seul
- 21**
Je ne m'amuse jamais à
l'école
Je m'amuse rarement à
l'école
Je m'amuse souvent à
l'école
- 22**
J'ai beaucoup d'amis
J'ai quelques amis mais je
voudrais en avoir plus
Je n'ai aucun ami
- 23**
Mes résultats scolaires sont
bons
Mes résultats scolaires ne

sont pas aussi bons
qu'avant

J'ai de mauvais résultats
dans des matières où
j'avais l'habitude de bien
réussir

24

Je ne fais jamais aussi bien
que les autres

Je peux faire aussi bien que
les autres si je le veux

Je ne fais ni mieux ni plus
mal que les autres

25

Personne ne m'aime
vraiment

Je me demande si
quelqu'un m'aime

Je suis sûr que quelqu'un
m'aime

26

Je fais généralement ce
qu'on me dit

La plupart du temps je ne
fais pas ce qu'on me dit

Je ne fais jamais ce qu'on
me dit

27

Je m'entends bien avec les
autres

Je me bagarre souvent

Je me bagarre tout le temps

Merci d'avoir rempli ce questionnaire

**ECHELLE D'EVALUATION DE LA DEPRESSION
CHEZ L'ENFANT**

CDRS-R

E.O. POSNANSKI

Traduction française : L. MOOR et C. MACK

NOM:

PRENOM:

DATE:

SEXE:

AGE:

EXAMINATEUR:

INSTRUCTIONS

Toutes les sources possibles d'informations doivent être utilisées, par exemple : entretiens avec l'enfant, mère et/ou père, enseignants, et/ou autres. Si les avis divergent, tenir compte de l'impression clinique. Si aucune des sous-catégories ne semble convenir, utiliser la notation de 1 à 5, ou de 1 à 7 comme une échelle non structurée, et coter le degré de gravité. Pour les rubriques : Affects dépressifs, Tempo du langage, Hypoactivité, coter à partir des observations faites exclusivement en cours d'entretien.

TRAVAIL SCOLAIRE. Il s'agit ici de déterminer dans quelle mesure les problèmes de concentration, motivation, et les problèmes de comportement en classe affectent le travail scolaire. Souvent irritable ? Facilement distrait ? Trop calme ? Sans cesse "dans la lune ?". Ne pas tenir compte de l'impact éventuel de problèmes d'apprentissage ou d'hyperactivité per se.

0	Incotable.
1	Résultats conformes aux capacités.
2	
3	Légère gêne dans certaines matières.
4	
5	Importante gêne dans la majorité des matières.
6	
7	Absence de motivation dans le travail.

CAPACITE DE S'AMUSER. Ne pas confondre avec le désir d'échapper à l'environnement familial.

0	Incotable.
1	Intérêts et activités en rapport avec l'âge, la personnalité et le milieu social. Pas de changement significatif durant la maladie actuelle ou pendant le dernier mois.
2	
3	Décrit quelques activités réellement possibles à pratiquer plusieurs fois par semaine, mais pas quotidiennement. Montre de l'intérêt, mais pas d'enthousiasme. Peut mentionner qu'il lui arrive de s'ennuyer plus d'une fois par semaine.
4	
5	S'ennuie facilement. Se plaint de "ne rien avoir à faire". Participe à des activités structurées en donnant l'impression de "suivre le mouvement". Ne montre pas d'enthousiasme ou d'intérêt réel. Exprime son intérêt pour des activités qu'il (elle) ne peut pas réellement faire de façon régulière.
6	
7	Ne fait preuve d'aucune initiative pour participer à une quelconque activité. Eminemment passif. Regarde les autres jouer ou regarde la télévision sans toutefois s'intéresser au programme. A besoin d'être encouragé et/ou poussé pour s'impliquer dans une activité. Fondamentalement passif.

RETRAIT SOCIAL. Ne pas tenir compte des incapacités antérieures à développer des relations.

QUESTIONNAIRE ABREGE DE CONNERS

C.K. CONNERS

Traduction française : S.COOK et M.DUGAS

NOM:

PRENOM:

SEXE:

AGE:

DATE:

EXAMINATEUR:

1 Agité ou très actif.

2 Nerveux, impulsif.

3 Ne finit pas ce qu'il (elle) a commencé, attention de courte de durée.

4 Toujours remuant.

5 Perturbe les autres enfants.

6 Inattentif, facilement distrait.

7 Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites : facilement frustré.

8 Pleure souvent et facilement.

9 Changements d'humeur rapides et marqués.

10 Accès de colère, comportement explosif et imprévisible

ECHELLE D'EVALUATION GLOBALE POUR ENFANTS

CGAS

D. SCHAFFER et al.

Traduction française: M.DUGAS et S.COOK

NOM:

PRENOM:

DATE:

SEXE:

AGE:

EXAMINATEUR:

ETAT MENTAL ACTUEL

Coter le niveau de fonctionnement le plus bas du sujet pour la période considérée : les deux dernières semaines. Utiliser les niveaux intermédiaires si nécessaire (ex : 35, 58, 62). Coter le fonctionnement actuel, sans tenir compte du traitement ni du pronostic.

- | | |
|--------|--|
| 100-91 | Pas de symptômes. Fonctionnement supérieur pour un éventail large d'activités à la maison, l'école, et avec les pairs. |
| 90-81 | Des symptômes passagers peuvent se manifester, mais le fonctionnement est bon dans tous les domaines: intéressé et actif dans un large éventail d'activités, efficace socialement, satisfait en général de la vie avec ses soucis quotidiens dont il perd seulement occasionnellement le contrôle. |
| 80-71 | Des symptômes a minima peuvent être présents mais n'entraînent que des troubles légers du fonctionnement à la maison, l'école ou avec les pairs. Les symptômes n'apparaissent que dans le contexte d'événements stressants de la vie (séparation parentale, décès, naissance d'un frère ou d'une soeur). |
| 70-61 | Quelques légers symptômes (humeur dépressive ou légères insomnies) ou quelques difficultés dans plusieurs domaines, mais en général fonctionne bien, a des relations interpersonnelles significatives, et la plupart des "non-professionnels" ne le considèrent pas comme "malade". |
| 60-51 | Symptômes modérés ou fonctionne en général avec quelques difficultés (peu d'amis ou pas d'affects, humeur dépressive et remise en question pathologique de lui-même, humeur euphorique et débit de parole accéléré, comportement quelque peu antisocial occasionnellement). |
| 50-41 | Toute symptomatologie ou tout trouble du comportement pour lesquels la plupart des cliniciens recommanderaient un traitement ou une attention particulière (préoccupation ou geste suicidaire, rituels obsessionnels sévères, attaques d'anxiété fréquentes, comportement nettement anti-social). |
| 40-31 | Troubles majeurs dans plusieurs domaines tels que l'école, les relations familiales, relations avec les pairs, jugement, pensée ou humeur (enfant déprimé évitant les amis, colères, caprices à la maison, incapable de faire le travail scolaire), ou dysfonctionnement relatif de l'appréciation de la réalité ou de la communication (discours parfois obscur, illogique ou déplacé). |
| 30-21 | Incapable de fonctionner dans la plupart des domaines (reste au lit à la maison toute la journée), ou bien le comportement est considérablement influencé par des délires ou des hallucinations ou bien la communication est sérieusement compromise (parfois incohérent ou ne répond pas) ou bien il s'agit du jugement (se conduit d'une façon tout à fait inappropriée). |

- 20-
11 A besoin de supervision pour empêcher qu'il ne se blesse ou blesse les autres, ou pour maintenir un minimum d'hygiène corporelle (tentatives de suicide répétées, souvent violent, excitation maniaque, étale les selles), communication presque impossible (incohérence ou mutisme).
- 10-1 A besoin d'une supervision constante pendant plusieurs jours pour empêcher qu'il ne se blesse ou blesse les autres, n'essaye pas du tout de maintenir un minimum d'hygiène personnelle.

SUMMARY

This study included 30 children between the ages of 8-12 years old, 2 female and 28 males, to determine the ecology of the phenomenon of street children in order to evaluate the causes, physical and psychological impact of this problem to raise the quality of life and protect the economy and safety of the community. Valid information was taken from 10 children.

Results of the study showed that the problem is multifactorial. Familial causes as parental illiteracy in four cases, school retardation in three cases, and causes related to the child in six cases (four were behavioral disorders and two borderline mentalities).

Physical impact was in the form of scars, malnutrition, different health problems, and sexual abuse.

Psychological impact was in the form of impulsivity, aggression, anti social behavior, depression, anxiety, sleep problems, enuresis, smoking, drug addiction, and post traumatic stress disorders.

Institutionalized children were in better physical states than others left in the street, but had the same psychological troubles which demonstrate that the deficient psychiatric health services and mental health problems played an important role in the appearance concerning appropriate upbringing methods to prevent child abuse and perpetuation of the phenomenon of street children and necessitate to be managed.

An educational program to the parents for mental health promotion.

Initiation of a program for school teachers for prevention and early detection of scholastic retardation, and treatment of these causes.

The importance of the presence of a psychiatrist in the available services.

Educational program to the society to change their attitude toward these children and to mobilize the GO and NGO were recommended for prevention and treatment of this phenomenon, to assure a better future for these children.