UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)
-----*-----

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES (FASHS)
-----*-----

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE (DP)
-----*-----

RAPPORT DE STAGE

-----*-----

Sujet

DEVELOPPEMENT DES ENFANTS DE LA RUE : UNE APPROCHE CENTREE SUR LEUR SEXUALITE DANS LA VILLE DE COTONOU.

Réalisé par :

CATARIA Victoire Ahlimba

Maitre de stage :

Dr. ZOUNON Ornheilia
Enseignant-Chercheur

Membre de Jury

Présidente : **Dr. ZOUNON Ornheilia**

Rapporteur : **Dr. TCHANSI Anselme Kouamber**

Examinateur : **Dr. KPENONHOUN Joël Paterson**

Mention : Très bien

Soutenu le 16 Octobre 2023

SOMMAIRE

IN MEMORIUM 3
DEDICACE 4
REMERCIEMENTS 5
LISTE DES TABLEAUX 6
LISTE DES GRAPHIQUES 7
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 8
RESUME 9
ABSTRACT 9
INTRODUCTION 10
CHAPITRE I: CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE 12
1-1 PRESENTATION DU CAFMM 12
1-1-1 SITUATION GEOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE 12
1-1-2 MISSION ET VISION 12
1-1-3 FONCTIONNEMENT 13
1-2 DEROULEMENT DU STAGE 15
1-2-1 STAGE 15
1-2-2 ACQUIS ET DIFFICULTES EPROUVEES SUR LE LIEU DE STAGE 16
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 17
2.1 CLARIFICATION CONCEPTUELLE 17
2.1.1 ENFANTS DE LA RUE 17
2.1.2 COMPORTEMENTS SEXUELS 17
2.1.3 SEXUALITE PRECOCE 18
2.1.4 SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE 18
2.2 REVUE DE LITTERATURE 19
2.3 PROBLEMATIQUE 20
2.4 CADRE THEORIQUE 21
CHAPITRE III : CADRE METHODOLOGIQUE, PRESENTATION, ANALYSES DES RESULTAS ET DISCUSSIONS 23

3.1 APPROCHE METHODOLOGIQUE 23
3.1.1 OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHES 23
3.1.1.1 OBJECTIF GENERAL 23
3.1.1.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES 23
3.1.2 HYPOTHESE GENERALE 24
3.1.2.2 HYPOTHESES SPECIFIQUES 24
3.1.3 METHODES 24
3.1.3.1 PARTICIPANTS 24
3.1.3.2 MATERIEL 25
3.1.3.3 PROCEDURE 25
3.2 PRESENTATION DES RESULTATS 26
3.2.1 PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS 26
3.2.2 ACTIVITES ET SOURCES DE REVENUS 28
3.2.3 VIE SOCIALE 29
3.2.4 INITIATION SEXUELLE PRECOCE 29
3.2.5 PARTENAIRES SEXUELS MULTIPLES 30
3.2.6 UTILISATION INCONSISTANTE DU PRESERVATIF 31
3.3 ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS 33
CONCLUSION 35
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 36
ANNEXE : Questionnaire quantitatif et guide d'entretien qualitative. 38

IN MEMORIUM

En mémoire de :

Dansou Benoît BYLL CATARIA, mon père

DEDICACE

A

Ma mère Reine KAKANOU

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes qui ont apporté leur précieuse contribution à la réalisation de ce travail. Nous souhaitons leur exprimer ici notre sincère reconnaissance. Nos remerciements vont tout particulièrement à :

- Docteur Orhneilia ZOUNON notre tuteur de stage dont la disponibilité et l'engagement rigoureux ont grandement contribué à la réussite de ce travail ;
- L'ensemble des enseignants du Département de Psychologie et le corps professoral pour leur dévouement envers la formation de qualité dispensée aux étudiants ;
- tous les membres du jury pour leur disponibilité à évaluer notre travail ;
- tous les agents encadreurs, notamment les éducateurs, psychologues et assistants sociaux, ainsi que tout particulièrement le père directeur du centre d'accueil et d'encadrement maman marguerite, pour leur collaboration et leur contribution essentielles à la réussite de notre stage ;
- aux enfants de la baraque de Don Bosco, qui ont accepté participer à cette étude en acceptant de répondre à nos questions ;
- nos frères et sœurs pour leur soutien quotidien ;
- tous nos camarades de promotion et autres amis, parmi lesquels De SOUZA Loïc ; Ulrich AHOUANSOU, Oriane MEGNINOU, Géraud OGA, et Lonsky MAYODE ;
- toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail grâce à leurs divers apports. nous leur adressons nos remerciements les plus sincères.

LISTE DES TABLEAUX

N°	Désignations	Page
1	Répartition des participants par groupe d'âge	**26**
2	Répartition des participants par organisation familiale	**27**
3	Répartition des participants selon leur niveau d'étude	**28**
4	Répartition des participants en fonction des activités génératrice de revenues	**28**
5	Nombre de partenaires sexuels dans la dernière année	**31**

LISTE DES GRAPHIQUES

N°	Désignations	Page
1	Âge de la première relation sexuelle	**30**
2	Fréquence d'utilisation du préservatif dans la dernière année	**32**

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AGR : Activité Génératrice de Revenu

CAFMM: Centre d'Accueil et de Formation Maman Marguerite

ER: Enfants de la rue

FASHS: Faculté des Sciences Humaines et Sociales

IST: Infection Sexuellement Transmissible

MST: Maladie Sexuellement Transmissible

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PCA: Programme de Cours Accéléré

SG: Secrétariat Générale

SIDA: Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SSR: Santé Sexuelle et Reproductive

UAC: Université d'Abomey Calavi

UNFPA: Fonds des Nations Unies pour la Population

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

RESUME

Cette étude explore le comportement sexuel des enfants en situation (ER) de rue à Cotonou, au Bénin, où ce phénomène est répandu et expose ces enfants à divers risques. Au travers d'une recherche de **nature mixte** (méthode qualitative et quantitative) qui se fonde sur la théorie bioécologique du développement humain de Bronfenbrenner, nous nous sommes concentrés sur 50 jeunes garçons fréquentant la baraque Don Bosco du Centre d'Accueil et de Formation Maman Marguerite (CAFMM) afin de mieux comprendre leurs pratiques et expériences psychosexuelles. Les résultats ont révélé une initiation précoce à la sexualité dès environ 13 ans, des relations avec plusieurs partenaires, ainsi que des cas de relations transactionnelles et forcées chez une majorité des jeunes interrogés. De plus, un usage inconsistant du préservatif a été observé. Ces constatations soulignent l'importance de prendre des mesures préventives adaptées à leur réalité, tels que des programmes d'éducation sexuelle et d'accès aux soins, pour favoriser une sexualité épanouissante, consensuelle et sécuritaire pour cette population vulnérable.

Mots-clés : enfants de la rue, sexualité, santé sexuelle, Cotonou, Bénin.

ABSTRACT

This study explores the sexual behavior of children in street situations (CSS) in Cotonou, Benin, where this phenomenon is widespread and exposes these children to various risks. Through a mixed-method research approach (qualitative and quantitative methods) based on Bronfenbrenner's bioecological theory of human development, we focused on 50 young boys attending the Don Bosco shack at the Center for Welcome and Training "Maman Marguerite" (CAFMM) to better understand their psychosexual practices and experiences. The results revealed an early initiation into sexuality at around 13 years old, involvement in relationships with multiple partners, as well as cases of transactional and forced relationships among a majority of the interviewed youth. Additionally, inconsistent condom use was observed. These findings underscore the importance of implementing preventive measures tailored to their reality, such as sexual education programs and access to healthcare, to promote a fulfilling, consensual, and safe sexuality for this vulnerable population.

Keywords: street children, sexuality, sexual health, Cotonou, Benin.

INTRODUCTION

Le phénomène des "enfants de la rue", également désignés sous l'appellation "enfants en situation de rue", demeure largement répandu au sein des grandes agglomérations des nations en développement (Rurevo & Bourdillon, 2003), notamment Cotonou, épicentre économique du Bénin. L'on estime leur effectif entre 13 000 et 25 000 pour la seule municipalité de Cotonou (Hounmenou, 2012). Prédominamment de sexe masculin, ces enfants vivent et dorment dans les rues, dépourvus de supervision parentale stable, et sont contraints d'élaborer des stratégies de survie diversifiées afin de subvenir à leurs besoins élémentaires, qu'il s'agisse de mendicité, de vol ou de travail informel (Kopoka, 2000). Leur cadre de vie, marqué par la précarité, l'instabilité et l'insécurité, les expose à un éventail de risques et de dangers sanitaires, physiques et psychosociaux (Raffaelli et al., 1993).

La santé sexuelle et reproductive figure parmi les piliers centraux du développement et du bien-être global chez l'enfant et l'adolescent (Organisation Mondial de la Santé, 2010). Une expérience de la sexualité épanouissante et sécuritaire confère à l'individu la possibilité d'édifier son identité et ses rapports interpersonnels dans une perspective positive. Cependant, les conditions de vie particulièrement précaires des enfants de la rue semblent les exposer à des vulnérabilités accrues en matière de santé sexuelle et reproductive, selon de multiples enquêtes réalisées dans des contextes analogues en Afrique subsaharienne. Lesquelles signalent en effet que les enfants de la rue amorcent leur parcours sexuel à un âge particulièrement précoce, établissent des relations multiples, s'engagent fréquemment dans des interactions transactionnelles ou contraintes, tout en faisant un usage limité du préservatif, les exposant ainsi aux MST, au VIH/SIDA et aux grossesses non désirées (Kopoka, 2000 ; Rurevo & Bourdillon, 2003 ; Nada & Suliman, 2010).

Cependant, en dépit de l'étendue du phénomène, les données concernant la sexualité des enfants de la rue demeurent très limitées au Bénin. Les tabous culturels qui voilent la sexualité des mineurs, conjugués au statut marginalisé de cette population, engendrent le silence et l'occultation de leurs réalités et besoins en matière de santé sexuelle et reproductive. Pourtant, une appréhension plus aiguisée de leurs pratiques, représentations et facteurs de vulnérabilité intrinsèques à leur situation s'érige en prélude à l'ébauche de stratégies d'intervention précoce taillées sur mesure.

La présente étude qui ambitionne d'explorer les expériences psychosexuelles des enfants de la rue à Cotonou est structurée en trois (03) grands chapitres. Le premier chapitre met en évidence le cadre institutionnel et le bilan du stage. Le deuxième chapitre se concentre sur le cadre théorique de la recherche, examine les théories psychologiques pertinentes et explore les travaux antérieurs portant sur la sexualité des enfants de rue. Le troisième chapitre aborde l'approche méthodologique adoptée, détaille la méthodologie de collecte et d'analyse des données, ainsi que la description de l'échantillon et des instruments utilisés. Enfin, il présente les résultats de l'étude, les analyses effectuées et les perspectives psychologiques qui se dégagent de ces résultats, jetant ainsi donc une lumière inédite sur la sexualité de ce groupe vulnérable dans le contexte spécifique de Cotonou. Ces résultats permettent l'identification de pistes d'action concrètes visant à mieux satisfaire leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive.

CHAPITRE I: CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE

Ce chapitre du rapport met en avant la présentation du Centre d'Accueil et de Formation Maman Marguerite (CAFMM), qui a servi de cadre à notre stage. Il aborde également le déroulement du stage, les activités accomplies ainsi que les défis rencontrés au cours de cette expérience.

1-1 PRESENTATION DU CAFMM

Dans cette section, nous procédons à la présentation complète du CAFMM, en explorant sa situation géographique et son historique, sa mission et ses objectifs, son mode de fonctionnement ainsi que la structure organisationnelle de son personnel.

1-1-1 SITUATION GEOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE

Le CAFMM est situé dans le sixième arrondissement de Cotonou, plus précisément dans le quartier d'Aïdjèdo. Il occupe un emplacement stratégique sur la route menant au marché d'oignon Mawulé, un élément distinctif du grand Marché de Dantokpa. Érigé en 2013 et enregistré sous le numéro 2004/098/SG/STCCD par l'Association du Foyer Don Bosco du Bénin, cet établissement s'est engagé à accueillir, orienter et former des enfants en situations de vulnérabilité. Le centre intervient dans quatre secteurs clés, à savoir : le secteur ouvert (Baraque Don Bosco), le secteur professionnel, le secteur du Programme de Cours Accéléré (PCA) et le secteur de la sécurisation nocturne des enfants en situation de rue.

1-1-2 MISSION ET VISION

La mission fondamentale du CAFMM consiste en la protection et la promotion des droits de l'enfant, tout en favorisant une éducation qui honore l'enfant grâce à une approche éducative préventive. L'établissement s'engage également à contribuer à la réinsertion scolaire et socio-professionnelle des enfants en situation difficile, avec une attention particulière portée aux garçons. Sa vision ambitieuse aspire à former l'enfant en un bon chrétien et en un citoyen intègre,

en offrant des réponses à la fois sociales et pastorales aux défis auxquels font face les enfants en situation de rue et ceux en situation vulnérable et à risque.

1-1-3 FONCTIONNEMENT

Le Centre d'Accueil et de Formation Maman Marguerite (CAFMM) est opérationnel du lundi au samedi, avec des horaires adaptés aux différents secteurs :

- Du lundi au vendredi, de 08h à 12h30, pour les apprenants du Programme de Cours Accéléré (PCA) ;

- Du lundi au samedi, de 08h à 12h30 et de 14h à 19h, pour les participants à la formation professionnelle ;

- Du lundi au vendredi, de 09h à 16h, pour les enfants en situation de rue fréquentant la Baraque Don Bosco de Dantokpa.

Par ailleurs, des réunions des professionnels du centre ont lieu toutes les deux semaines, ainsi qu'une autre réunion mensuelle avec les parents d'élèves. Lors de ces réunions bihebdomadaires, chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire (psychologue, éducateur spécialisé, assistant social, enseignant, etc.) fait le point sur les activités réalisées au cours de la période et examine la situation des nouveaux enfants accueillis.

1-1-4 ORGANIGRAMME DU PERSONNEL

Un bref aperçu de la Direction Générale révèle qu'elle constitue l'organe central du CAFMM. Elle est responsable de la mise en œuvre des moyens techniques, financiers, organisationnels et humains en vue d'atteindre les objectifs fixés. La direction générale veille à la protection, à la sécurité, à la qualité des services et prestations offerts aux enfants, ainsi qu'aux résultats et à la mise en œuvre du plan d'action. C'est également l'instance décisionnelle clé pour le développement du centre. Le Père Directeur Général assume la gestion globale du CAFMM ainsi que sa gestion quotidienne. Il est épaulé par une équipe composée de divers professionnels, comme dépeint dans l'organigramme présenté ci-dessous :

1-2 DEROULEMENT DU STAGE

Dans cette section, nous examinerons en détail le déroulement de notre stage, mettant particulièrement l'accent sur les connaissances acquises lors de cette période de partage professionnel.

1-2-1 STAGE

Notre stage s'est déroulé au sein du secteur ouvert du CAFMM, plus précisément à la baraque de Don Bosco, du 08 août au 17 Octobre 2022. Ce stage avait pour objectif global de nous immerger dans une pratique professionnelle liée aux relations humaines et à notre intégration au sein de l'institution. De manière spécifique, nous avions les objectifs suivants:

• Mettre en pratique nos connaissances théoriques au travers d'une expérience concrète ;

• Apprendre à développer une réflexion critique sur un thème en cohérence avec notre environnement d'accueil.

Au cours de cette période de stage, nous avons été impliqués dans diverses activités sous la supervision du psychologue du CAFMM et des encadreurs de la baraque Don Bosco :

• Visite de l'ensemble des secteurs du centre et présentation de nos objectifs aux membres du personnel ;

• Réalisation d'entretiens individuels et de groupe et passation de questionnaire aux enfants en situation de rue de la baraque Don Bosco, en se basant sur notre guide d'entretien et notre questionnaire ;

• Sensibilisation des enfants en situation de rue de la baraque Don Bosco à travers des séances de groupe et l'organisation de causeries éducatives sur la santé sexuelle et reproductive ;

• Participation aux activités quotidiennes de la baraque (accueil et écoute des enfants, séances d'alphabétisation, activités manuelles, animations, etc.) ;

• Présence aux réunions professionnelles du centre organisées toutes les deux semaines.

1-2-2 ACQUIS ET DIFFICULTES EPROUVEES SUR LE LIEU DE STAGE

À la fin de cette expérience pratique, nous avons pu mettre en pratique certaines des connaissances théoriques acquises durant notre formation académique. Ce stage a été extrêmement bénéfique, nous permettant d'acquérir un sens accru de la responsabilité et du travail de qualité, ainsi que de comprendre que la réalité pratique peut différer de la théorie. Par ailleurs, nous avons pleinement saisi le processus de prise en charge psychologique, de suivi, de réintégration et/ou de réinsertion socioprofessionnelle des enfants en situation de rue. Il est important de souligner que tout au long du stage, nous avons bénéficié d'une excellente collaboration avec le Père Directeur, les encadreurs de la baraque ainsi que l'ensemble du personnel.

Tout au long de notre stage, nous avons dû faire face à certaines difficultés, notamment :

• Les conditions environnementales de la baraque, située au cœur d'un marché animé, ne favorisaient pas les entretiens auxquels les enfants étaient soumis ;

• L'indisponibilité fréquente du psychologue à la baraque pour nous orienter et nous conseiller ;

• La mobilité constante des enfants de la baraque, rendant difficile la collecte d'informations par le biais de l'observation des cibles.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

2.1 CLARIFICATION CONCEPTUELLE

2.1.1 ENFANTS DE LA RUE

Le phénomène des « enfants de la rue » réfère à des filles et garçons âgés de moins de 18 ans qui ont fait de la rue leur lieu de vie ou de travail, et qui ne bénéficient pas d'une protection et supervision adéquate de la part d'adultes responsables (Rurevo & Bourdillon, 2003). Ces enfants sont temporairement, partiellement ou complètement séparés de leur famille. Ils gagnent leur vie par la mendicité, la collecte de matériaux recyclables, la vente de services sexuels, l'indication de places de parking libres, le nettoyage de pare-brise aux feux rouges, et d'autres activités du secteur informel. Le terme « enfants vivant et/ou travaillant dans la rue » est également utilisé.

Selon Kopoka (2000), trois catégories d'enfants de la rue peuvent être distinguées :

- Les « enfants dans la rue » qui mendient ou travaillent dans la rue la journée mais rentrent dans leur famille le soir ;
- Les « enfants de la rue » qui vivent dans la rue de façon permanente, souvent en groupes, tout en maintenant des contacts épisodiques avec leur famille ;
- Les « enfants abandonnés » qui n'ont plus aucun contact avec leur famille et vivent seuls de façon permanente dans la rue.

2.1.2 COMPORTEMENTS SEXUELS

Les comportements sexuels chez l'enfant et l'adolescent réfèrent à toutes conduites impliquant les organes sexuels, que ce soit dans un but d'auto-érotisme ou dans le cadre d'une relation interpersonnelle (Araji, 1997). Ces comportements se situent sur un continuum allant de comportements sexuels normaux à problématiques, en fonction de critères développementaux et contextuels (Friedrich et al., 1991 ; Friedrich et al., 2001).

Les comportements sexuels normaux chez l'enfant réfèrent à des conduites sexuelles attendues à leur stade de développement psychosexuel et visant à explorer leur corps par curiosité sans chercher à obtenir du plaisir sexuel (Kellogg, 2010). Ces comportements sont transitoires, spontanés et réciproques lorsqu'impliquant d'autres enfants.

A l'inverse, les comportements sexuels problématiques impliquent une préoccupation excessive pour la sexualité se manifestant de façon persistante et compulsive. Ils impliquent souvent un enfant plus jeune ou moins mature, l'usage de la force, de la manipulation, ou génèrent de la détresse. Ces comportements interfèrent avec le développement normal de l'enfant (Chaffin et al., 2006).

2.1.3 SEXUALITE PRECOCE

L'initiation sexuelle précoce est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé () comme le fait d'avoir des rapports sexuels génitaux avant l'âge de 14 ans (Mmari & Blum, 2009). Selon l'UNFPA (2013), l'initiation sexuelle avant 15 ans est considérée comme précoce. Une entrée précoce dans la sexualité, surtout lorsqu'elle est non protégée, peut augmenter les risques de grossesses non désirées et de contractions d'infections sexuellement transmissibles.

2.1.4 SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Selon l'OMS (2010), la santé sexuelle et reproductive désigne un état de bien-être physique, mental et social dans tout ce qui concerne la sexualité et la reproduction. Elle recouvre la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sécuritaire, la liberté de se reproduire et la possibilité de le faire, ainsi que la liberté de prendre des décisions en la matière, sans craindre la coercition, la discrimination ou la violence. Le respect des droits sexuels et reproductifs y est inhérent.

D'après l'UNFPA (2014), la santé sexuelle et reproductive implique que les individus puissent avoir une vie sexuelle épanouissante en toute sécurité, qu'ils soient capables de procréer et libres de le faire quand ils choisissent.

2.2 REVUE DE LITTERATURE

La sexualité représente une dimension fondamentale et importante de la vie de tout être humain. Pourtant, ce sujet demeure un tabou et provoque malaise et gêne chez plusieurs intervenants, surtout lorsqu'il s'agit de la sexualité des enfants et adolescents (Hackett, Carpenter, Patsios et Szilassy, 2013; Sciaraffa et Randolph, 2011). Malgré le fait que peu d'écrits empiriques soient disponibles pour décrire les comportements sexuels manifestés par les enfants (Thigpen, 2009), les connaissances scientifiques permettent d'affirmer que la majorité d'entre eux s'engagent dans une variété de comportements sexuels avant le début de l'adolescence (Lightfoot et Evans, 2000; Ryan, 2000).

Selon l'OMS, l'adolescence est une période de préparation à l'âge adulte au cours de laquelle ont lieu des étapes clés du développement. C'est souvent à ce moment que les individus deviennent sexuellement actifs, et acquièrent des compétences essentielles sur leur santé sexuelle et reproductive.

C'est également la période au cours de laquelle l'enfant est animé d'un vif sentiment d'autonomie, d'indépendance et d'invulnérabilité. Se retrouver dans un environnement ouvert sans suivie comme la rue peut s'avérer sans bénéfice donc pour ceux-ci.

Plusieurs études qualitatives et quantitatives menées en Afrique subsaharienne auprès d'enfants et de jeunes en situation de rue ont permis d'analyser leurs réalités et les risques auxquels ils sont exposés en matière de santé sexuelle et reproductive.

Une étude menée au Burkina Faso par Sawadogo (2002) a interrogé 60 jeunes de la rue âgés de 6 à 22 ans à Ouagadougou. Les résultats indiquent une initiation sexuelle précoce chez les filles comme les garçons, souvent contrainte et dans des conditions dangereuses. L'étude met également en évidence des rapports sexuels transactionnels chez ces jeunes en situation de survie.

Au Kenya, une enquête de Ndambuki, Abongo et Ombanya (2017) basée sur des entretiens avec 75 enfants de rue âgés de 6 à 17 ans à Eldoret révèle que 64% d'entre eux sont sexuellement actifs, avec un âge médian de début des rapports sexuels à 12 ans. Parmi ceux qui sont sexuellement actifs, 46% ne déclarent pas utiliser de préservatif.

Une étude menée en Egypte par Nada et Suliman (2010) auprès de 53 filles en situation de rue au Caire et à Alexandrie révèle que 90% d'entre elles ont été victimes d'abus sexuels et que 24% ont subi des rapports sexuels forcés. Cette étude souligne la grande vulnérabilité des filles en situation de rue aux violences sexuelles.

Au Nigeria, Anarfi (1997) a mené une enquête par questionnaires auprès de 279 jeunes de la rue. Parmi les répondants sexuellement actifs, seulement 32% des filles et 26% des garçons déclarent utiliser systématiquement des préservatifs, les exposant ainsi aux IST et au VIH/SIDA.

Ces différentes études révèlent donc une vulnérabilité accrue en matière de santé sexuelle et reproductive chez les enfants et les jeunes en situation de rue en Afrique subsaharienne, bien que peu de données spécifiques soient disponibles au Bénin et à Cotonou.

Des études rapportent que, face aux besoins sexuels ressentis, les enfants et les jeunes en situation de rue adoptent différentes stratégies. Certains se livrent à la masturbation individuelle ou en groupe, perçue comme un exutoire accessible et gratuit (Kopoka, 2000). D'autres ont des rapports sexuels consentis ou forcés avec d'autres jeunes de la rue ou avec des adultes (Sawadogo, 2002).

De nombreuses études mentionnent également la pratique de rapports sexuels transactionnels. Les enfants en situation de rue peuvent offrir des services sexuels à des adultes ou à d'autres jeunes en échange de nourriture, d'argent, d'un abri ou d'autres avantages matériels (Kopoka, 2000 ; Anarfi, 1997). Les filles sont plus susceptibles de recourir à la transaction sexuelle pour survivre que les garçons (Sawadogo, 2002).

Certains enfants en situation de rue consomment de la drogue ou de l'alcool pour réduire leur désir sexuel. Cependant, l'usage de substances les rend également plus vulnérables aux abus et aux rapports sexuels forcés (Embleton et al., 2013). Par ailleurs, le manque d'intimité dans la rue contraint les enfants à chercher des lieux discrets pour leurs rapports sexuels, souvent dans des endroits insalubres qui augmentent les risques sanitaires (Kopoka, 2000).

2.3 PROBLEMATIQUE

La revue de littérature internationale met en évidence les multiples vulnérabilités des enfants et des jeunes en situation de rue en Afrique subsaharienne en matière de santé sexuelle et reproductive.

Cependant, il est important de souligner le manque significatif de données spécifiques à la situation des enfants en situation de rue au Bénin, en particulier à Cotonou. Ces enfants, confrontés à une grande précarité et ayant un accès limité aux services, sont très probablement exposés à des risques sanitaires et sociaux liés à la sexualité, comme le suggère la littérature internationale.

Toutefois, sans une évaluation rigoureuse de leurs besoins et des risques spécifiques qu'ils encourent, il est difficile d'envisager des interventions ciblées. Dans ce contexte, il devient primordial de mener une étude approfondie sur leur réalité psychosexuelle particulière à Cotonou, dans le but de documenter leurs besoins et leurs difficultés spécifiques, et ultimement de concevoir des programmes de prévention et d'intervention adaptés.

Ainsi, donc nous nous posons la question de savoir : quelle est la réalité psychosexuelle des enfants de rue à Cotonou en particulier ceux qui fréquentent la baraque Don Bosco du Centre d'Accueil et de Formation Maman Marguerite.

De manière plus concrète, il va s'agir de mettre l'accent sur les aspects suivant : l'âge de la première relation sexuelle, les circonstances entourant leurs premières expériences sexuelles, les pratiques actuelles, l'utilisation des préservatifs et des contraceptifs, l'accès à l'éducation sexuelle et aux informations sur la santé sexuelle, les connaissances et attitudes envers le VIH/SIDA et les IST, ainsi que les risques tels que les rapports sexuels forcés, les transactions sexuelles et l'exploitation sexuelle organisée .

Documenter ces différents aspects permettrait de mieux cibler les facteurs de vulnérabilité propres à ce groupe dans le contexte spécifique de Cotonou et de dégager des pistes d'action concrètes pour les programmes de prévention et d'intervention psycho-socio-sanitaires dédiés aux enfants de la rue.

2.4 CADRE THEORIQUE

La théorie bioécologique du développement humain de Bronfenbrenner (1979) servira de cadre d'analyse pour cette étude. Cette théorie élaborée par le psychologue uruguayen-américain Urie Bronfenbrenner en 1979, propose une approche holistique pour comprendre le développement de l'individu en tenant compte de l'interaction complexe entre l'individu et son environnement. Cette théorie met l'accent sur le fait que le développement humain est influencé par une série de systèmes

en constante interaction, du plus proche au plus éloigné. Elle est composée de plusieurs niveaux ou systèmes qui interagissent pour façonner le développement d'un individu :

- Microsystème : Il s'agit du niveau le plus proche de l'individu, comprenant les environnements dans lesquels l'individu a une interaction directe et régulière. Cela peut inclure la famille, l'école, les amis et d'autres contextes immédiats de la vie quotidienne.
- Mésosystème : Ce niveau concerne les interactions entre les différents éléments du microsystème de l'individu. Par exemple, comment les relations entre la famille et l'école influencent le développement de l'individu.
- Exosystème : Ce niveau englobe les environnements qui n'impliquent pas directement l'individu, mais qui ont un impact sur son développement. Cela peut inclure les lieux de travail des parents, les politiques gouvernementales, les médias, etc.
- Macrosystème : Il s'agit du niveau le plus large et englobe les valeurs culturelles, les croyances, les normes sociales et les systèmes économiques et politiques de la société dans son ensemble.
- Chronosystème : Ce niveau tient compte du facteur temps et comment les éléments des différents systèmes changent ou évoluent au fil du temps, et comment cela affecte le développement.

L'interaction entre ces différents niveaux forme un système dynamique et complexe qui influence le développement de l'individu. La théorie bioécologique met en évidence l'importance de considérer l'individu dans son contexte global et reconnaît que le développement ne peut pas être compris en isolant simplement l'individu de son environnement.

Dans le cas des enfants de la rue de Cotonou, permettra de comprendre comment les différents systèmes environnementaux, tels que le contexte de la rue (microsystème et mésosystème), les normes sociales et tabous entourant la sexualité des mineurs (exosystème), et le contexte socioculturel et économique béninois, influencent les comportements et les expériences des enfants en situation de rue en matière de santé sexuelle et reproductive.

CHAPITRE III : CADRE METHODOLOGIQUE, PRESENTATION, ANALYSES DES RESULTAS ET DISCUSSIONS

La recherche scientifique est un processus dynamique ou une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances. Les fonctions de la recherche sont de décrire, d'expliquer, de comprendre, de contrôler, de prédire des faits, des phénomènes et des conduites. La rigueur scientifique est guidée par la notion d'objectivité, c'est-à-dire que le chercheur ne traite que des faits, à l'intérieur d'un canevas défini par la communauté scientifique (Van der Maren, 1996). Dans ce chapitre nous présentons la nature, la population d'étude, l'échantillonnage, les techniques d'investigations et de traitements mobilisés dans le cadre de cette recherche ainsi que les résultats obtenus.

3.1 APPROCHE METHODOLOGIQUE

3.1.1 OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHES

3.1.1.1 OBJECTIF GENERAL

Explorer la réalité psychosexuelle des garçons de la rue fréquentant le Centre d'Accueil et de Formation Maman Marguerite (CAFMM) à Cotonou.

3.1.1.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

1. Documenter les comportements sexuels des garçons de la rue fréquentant le CAFMM;
2. Identifier les mécanismes de satisfaction de leur besoin sexuel;
3. Analyser leurs connaissances et attitudes reliées à la sexualité et la SSR;

3.1.2 HYPOTHESE GENERALE

Les garçons de la rue fréquentant le CAFMM présentent des vulnérabilités et des lacunes en matière de santé sexuelle et reproductive.

3.1.2.2 HYPOTHESES SPECIFIQUES

H1 : Les garçons de la rue fréquentant la baraque don Bosco ont une initiation sexuelle précoce et des partenaires sexuels multiples

H2 : Les vulnérabilités et lacunes que présentent ces enfants en matière de SSR s'expliquent par le fait qu'ils ont des connaissances limitées en la matière.

3.1.3 METHODES

Cette étude adopte une méthodologie mixte, avec pour objectif de collecter à la fois des données quantitatives et qualitatives.

3.1.3.1 PARTICIPANTS

Les participants sont des garçons âgés de 10 à 16 ans fréquentant la baraque Don Bosco du CAFMM sise dans le marché Dantokpa de Cotonou.

L'échantillon visé est de 50 garçons fréquentant régulièrement le CAFMM et répondant aux critères d'inclusion.

Critères d'inclusion:

- Être de sexe masculin et âgé de 10 à 16 ans.
- Avoir vécu dans la rue pendant au moins trois mois.
- Fréquenter de manière régulière la baraque Don Bosco du CAFMM.
- Avoir une compréhension suffisante du fon, du mina ou du français.

- Consentir librement à participer à l'étude.

Le choix de se concentrer principalement sur les garçons de rue découle de la pression exercée par les normes sociales liées au genre au Bénin. En effet, ces normes sociales peuvent pousser les garçons à adopter des comportements conformes à la masculinité toxique, tels que la recherche de multiples partenaires sexuels, la démonstration de virilité par la domination sexuelle, et l'évitement des services de santé et d'aide. Ces attentes sociales peuvent donc entraîner des comportements à risque en matière de sexualité, augmentant ainsi leur vulnérabilité aux problèmes de santé.

3.1.3.2 MATERIEL

Deux outils de collecte de données seront utilisés :

- Un questionnaire quantitatif auto-administré évaluant les connaissances, attitudes et comportements reliés à la sexualité et la santé sexuelle/reproductive
- Un guide d'entretien qualitatif semi-directif explorant en profondeur les expériences psychosexuelles des participants.

3.1.3.3 PROCEDURE

Après approbation du projet par la structure d'accueil, la collecte de données s'est effectuée sur une période de 2 mois. La passation du questionnaire auto-administré et des entretiens qualitatifs se sont déroulé de jour dans la baraque de Don Bosco. Des conditions ont été créé afin d'assurer la confidentialité des échanges. Les échanges ont été enregistrés avec le consentement des participant et retranscrits intégralement pour analyse. La durée prévue était de 30 à 45 minutes par questionnaire et 45 à 60 minutes par entretien.

Le logiciel Excel a été utilisé afin d'organiser et de gérer les données quantitatives collectées. Cette démarche nous a permis de réaliser des analyses statistiques, de créer des tableaux, des graphiques. Pour ce qui est des données qualitatives issues des entretiens, nous avons opté pour une approche d'analyse qualitative. Cela englobe la transcription des entretiens, la catégorisation des données en identifiant des thèmes ou des catégories pertinentes, et enfin, l'interprétation des résultats en recourant à des méthodes telles que l'analyse de contenu ou l'analyse thématique.

3.2 PRESENTATION DES RESULTATS

Un total de 50 garçons âgés de 10 à 16 ans fréquentant le CAFMM ont participé à cette étude, dont 34 sexuellement actifs.

3.2.1 PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS

Le tableau I présente la répartition des 50 participants selon leur groupe d'âge dont la moyenne est de 13,66 (écart-type = 2.106) avec un âge minimum de 10 ans et un maximum de 16 ans. On constate que la majorité des répondants (40%) sont âgés entre 13 et 14 ans, ce qui correspond généralement à la période d'entrée dans l'adolescence.

Tableau 1: Répartition des participants par groupe d'âge (N=50)

Age (années)	**Effectif**	**Pourcentage (%)**
10 à 12ans	12	24
13 à 14ans	20	40
15 à 16ans	18	36
Total	**50**	**100**

***Source** : données de terrain (Août 2022)*

Lors des entretiens qualitatifs menés auprès d'un sous-échantillon de 15 participants, ces derniers ont indiqué que l'âge médian auquel ils ont commencé à vivre dans la rue est de 11 ans. Comme l'explique ce garçon de 12 ans interrogé :

> "*Je suis dans la rue depuis que j'ai 10 ans. Ma mère morte dès mon bas-âge, mon père buvait trop d'alcool et me battait, alors je me suis enfui*".

Les principales raisons évoquées par les répondants pour expliquer leur venue dans la rue sont les conflits familiaux graves (alcoolisme et violence du père pour la moitié des cas), la pauvreté extrême des parents, le décès ou l'abandon par ceux-ci et la maltraitance de la marâtre.

Du tableau 2 qui présente la répartition des ER interrogés selon l'organisation de leur famille d'origine, on remarque que 32% dont la majorité sont issue de famille monoparentale ou il n'y a qu'un seul parent s'occupant des enfants et qui parfois par manque de moyens n'arrive pas toujours à remplir ce rôle. Certains ER vivent dans des familles recomposées (26%) ou polygame (22%) au sein desquels ils se retrouvent avec d'autres personne que leur parent biologique.

Tableau 2: Répartition des participants par organisation familiale

Organisation familiale	Effectifs	Pourcentage (%)
Monoparentale	17	34
Monogame	09	18
Polygame	11	22
Recomposée	13	26
Total	**50**	**100**

***Source** : données de terrain (Août 2022)*

Tableau 3: Répartition des participants selon leur niveau d'étude

Niveau d'etude	Effectifs	Pourcentage (%)
Sans education scolaire	15	30
Primaire	26	52
Secondaire	9	18
Total	**50**	**100**

***Source** : données de terrain (Août 2022)*

De l'analyse du tableau III, nous constatons que des cinquante (50) ER enquêtées, vingt-six (26) ont un niveau d'étude primaire, quinze (15) n'ont jamais été scolarisés tandis que onze (09) ont abandonné les études au cours secondaire. On en déduit donc que les ER, la plupart du temps sont illettré ou soit déscolarisé. Le niveau d'instruction étant un facteur déterminant dans l'explication de la variation des comportements sexuels chez les adolescents, ceci pourrait expliquer la précocité

des premiers rapports sexuels (Rwengé, 1999 ; 2000 ; Kouton, 1992), le manque d'information ou l'accès à de fausses informations sur la SSR.

3.2.2 ACTIVITES ET SOURCES DE REVENUS

Le questionnaire révèle que les principales activités effectuées par les garçons de la rue pour gagner de l'argent ou de la nourriture sont:

Tableau 4: Répartition des participants en fonction des activités

Activités	Effectifs	Pourcentage (%)
Aide-bagagiste *(Meboto)*	13	26
Petit commerce *(oignon, ail, Gingembre etc)*	29	58
Le vol à l'arracher	08	16
Total	**50**	**100**

Source *: données de terrain (Août 2022)*

Les entretiens apportent des témoignages plus détaillés sur ces activités :

> " *Je vends aussi de l'*ail et du Gingembre *lorsque j'en trouve. Parfois je demande l'aumône aux passants dans la rue pour pouvoir manger"* témoigne A., 11 ans.

> "*Il m'arrive de voler de la nourriture au marché quand j'ai trop faim. Mais c'est risqué, il faut faire attention de ne pas se faire attraper*" explique C., 13 ans.

3.2.3 VIE SOCIALE

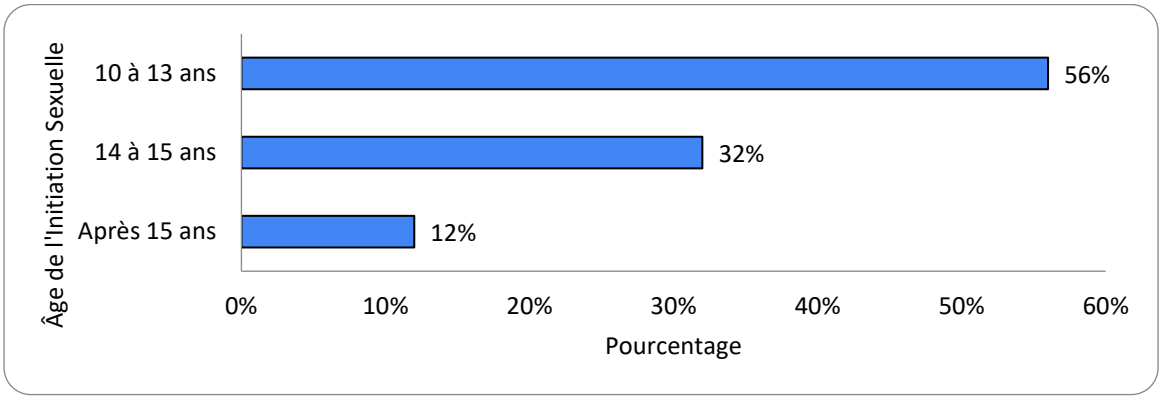
Interrogés sur leurs relations sociales, 55% des répondants au questionnaire déclarent avoir des amis parmi les autres enfants de la rue. 73% des garçons disent avoir un "grand frère de la rue", c'est à dire un garçon plus âgé qui les aide ou les protège.
Toutefois, la méfiance et la peur des agressions sont souvent évoquées dans les entretiens :

> "*Je ne fais confiance à personne dans la rue, les autres peuvent te voler ou te faire du mal*" déclare C., 12 ans.
>
> "*La nuit, quand je dors, j'ai peur d'être attaqué ou violé par des garçons plus âgés. Ça arrive souvent ici*" raconte D., 14 ans.

3.2.4 INITIATION SEXUELLE PRECOCE

Parmi les 50 répondants au questionnaire quantitatif, 68% déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle. L'âge médian de la première relation sexuelle est de 13 ans.
Le graphique 1 illustre la répartition des 34 répondants sexuellement actifs selon leur âge au moment de l'enquête. On constate que plus de la moitié (56%) avaient entre 10 et 13 ans lors de leur initiation sexuelle et 32 % à l'âge 14 à 15 ans. Seuls 12% des jeunes ont commencé leur vie sexuelle après 15 ans, soit l'âge médian habituel de premiers rapports au Bénin (Mmari & Sabherwal, 2013).

Graphique 1 : Âge de la première relation sexuelle



***Source** : données de terrain (Août 2022)*

Ces résultats corroborent le fait que les garçons de la rue du CAFMM initient majoritairement leur vie sexuelle de façon précoce, validant notre première hypothèse.

Lors des entretiens qualitatifs, 11 garçons interrogés ont accepté de se confier sur leur première expérience sexuelle. La majorité rapporte que leurs premiers rapports étaient consentants, avec leur petite amie ou une fille également de la rue, rencontrée dans le marché ou dans les quartiers environnants.

Comme l'explique ce garçon de 15 ans :

> "*Ma première fois c'était avec une fille que je connaissais depuis longtemps, elle avait 16 ans et moi 14. On l'a fait parce qu'on s'aimait*".

Toutefois, 3 participants mentionnent avoir été forcés à avoir leur premier rapport sexuel par des filles, ou des garçons plus âgées de la rue. Deux d'entre eux racontent :

> "*Une fille de la rue m'a forcé à coucher avec elle quand j'avais 12 ans seulement. Elle m'a menacé et j'ai eu peur*".

> "*À l'âge de 12 ans seulement, j'ai été sodomisé contre ma volonté pendant que je dormais la nuit sous le pont d'Aidjèdjo. À mon réveil, par crainte de me faire tabasser et de subir davantage de violences, je me suis laissé faire".*

3.2.5 PARTENAIRES SEXUELS MULTIPLES

Concernant le nombre de partenaires sexuels durant les 12 derniers mois, le tableau ci-dessous indique que 37% des jeunes sexuellement actifs déclarent avoir eu entre 2 et 3 partenaires. Cependant, 22% rapportent 4 partenaires ou plus durant cette période. Notons également que 9% n'ont eu qu'un seul partenaire au cours de la dernière année.

Tableau 5: Nombre de partenaires sexuels dans la dernière année

Nombre de partenaires	Pourcentage
Un seul partenaire	9%
4 partenaires ou plus	22%
Entre 2 et 3	37%

Source : données de terrain (Août 2022)

Ces résultats confirment en partie notre deuxième hypothèse en révélant des partenaires sexuels généralement multiples chez les garçons de la rue du CAFMM, bien que la majorité ait déclaré entre 2 et 3 partenaires.

Dans les entretiens qualitatifs, la plupart des garçons indiquent ne pas rechercher de relation amoureuse stable actuellement :

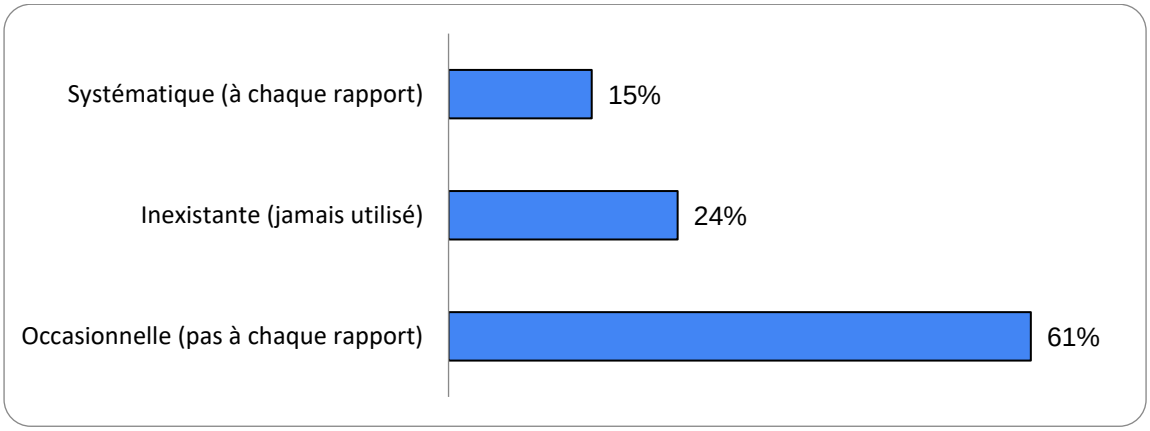
> "*Je ne veux pas de copine sérieuse, je préfère changer souvent de fille. C'est justement pour célà que je sollicite les filles de Kpodji (prostitués) pour me satisfaire sexuellement*" témoigne un garçon de 16 ans.

La facilité de rencontrer de multiples partenaires féminines différentes dans la rue est souvent évoquée pour expliquer ce comportement.

3.2.6 UTILISATION INCONSISTANTE DU PRESERVATIF

Concernant l'utilisation du préservatif, le graphique 2 montre que seulement 15% des jeunes sexuellement actifs déclarent avoir systématiquement utilisé le préservatif lors des rapports sexuels des 12 derniers mois.

Graphique 2 : Fréquence d'utilisation du préservatif dans la dernière année



***Source** : données de terrain (Août 2022)*

A l'inverse, une majorité de 61% indiquent une utilisation occasionnelle ou inexistante (24%) du préservatif pendant la période considérée.
Ces résultats confirment notre troisième hypothèse en révélant une protection inconsistante ou insuffisante lors des rapports sexuels chez les garçons de la rue du CAFMM.

Lors des entretiens qualitatifs, plusieurs jeunes mentionnent ne pas utiliser le préservatif par manque de connaissances ou d'accès :

> "*Je ne sais pas comment l'utiliser correctement*" révèle un garçon de 13 ans.

D'autres évoquent la diminution des sensations physiques :

> "*Avec le préservatif ce n'est pas pareil, je ne sens presque rien"* déclare un participant de 15 ans.

Enfin, certains garçons expliquent que leurs partenaires féminines refusent d'utiliser le préservatif lors des rapports :

> "*Les filles ne veulent pas qu'on mette le préservatif, elles disent que ce n'est pas bon comme ça.*" relate un jeune de 14 ans.

3.3 ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

L'analyse des résultats révèle que les garçons de la rue de la baraque Don bosco du CAFMM initient leur vie sexuelle de façon très précoce, avec un âge médian de première relation sexuelle à 13 ans seulement. Cet âge se situe en-deçà de l'âge médian habituel de premiers rapports au Bénin (Mmari & Sabherwal, 2013). Cette initiation sexuelle précoce peut s'expliquer selon la théorie bioécologique par ces différents éléments du contexte social et environnemental des jeunes de la rue :

- L'absence de supervision parentale et le manque d'éducation à la sexualité, qui se traduisent par une ignorance des risques associés aux rapports précoces (exosystème) ;
- L'influence des pairs plus âgés qui encourage l'initiation sexuelle comme "rite de passage" à la vie de la rue (microsystème) ;
- Le manque d'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes de la rue (mésosystème), qui renforce leur vulnérabilité ;
- La prégnance de normes de masculinité valorisant les expériences sexuelles précoces chez les garçons (macrosytème) ; (Ndambuki et al., 2017).

Concernant les partenaires multiples, 37% des jeunes sexuellement actifs déclarent avoir eu entre 2 et 3 partenaires au cours de la dernière année. Ces résultats confirment en partie notre deuxième hypothèse et corroborent les études indiquant des partenaires sexuels occasionnels et multiples chez les jeunes de la rue (Anarfi, 1997; Rurevo & Bourdillon, 2003). Ce comportement accentue les risques de contraction d'IST/VIH.

En effet, seulement 23% des répondants déclarent utiliser systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels. Ce résultat valide notre troisième hypothèse en révélant des lacunes importantes en matière de protection et de pratiques sexuelles sécuritaires chez les garçons de la rue du CAFMM. Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être avancés :

- L'absence de projet scolaire ou professionnel incite à des relations sexuelles récréatives plutôt qu'à l'engagement dans un projet de couple stable ;

- La promiscuité et l'entre-soi dans la rue facilitent la rencontre de multiples partenaires occasionnels au sein du microsystème ;
- Certains garçons échangent des faveurs sexuelles contre de la nourriture, un endroit pour dormir, de l'argent ou des biens matériels. Ces motivations reliées à la survie dans la rue encouragent les liaisons passagères. Là encore, l'approche bioécologique permet de comprendre comment différents éléments du contexte favorisent une sexualité à risque chez ces jeunes. Enfin, l'utilisation très inconsistante du préservatif accroît leur vulnérabilité. Plusieurs facteurs expliquent ces lacunes en matière de protection :

- Manque de connaissances et d'éducation par rapport à la sexualité sécuritaire (exosystème)
- Difficulté d'accès aux préservatifs pour les jeunes de la rue (mésosystème) ;
- Croyances sur le plaisir diminué avec le préservatif (microsystème) ;
- Rapports de pouvoir inégaux entre filles et garçons qui empêchent ces derniers de négocier le port du préservatif (macrosytème) ;

En conclusion, cette analyse met en lumière comment de multiples éléments du contexte social et environnemental des jeunes de la rue influencent leurs pratiques sexuelles à risque, conformément à la théorie bioécologique.

CONCLUSION

Cette étude a permis d'explorer la réalité psychosexuelle des garçons de la rue fréquentant le Barque Don Bosco du CAFMM à Cotonou, répondant à un manque crucial de données sur cette problématique dans le contexte béninois.

Les résultats de cette recherche qualitative et quantitative auprès de 50 garçons révèlent trois constats préoccupants :

- Une initiation sexuelle médiane à 13 ans seulement, donc particulièrement précoce au regard des standards béninois. Près de 60% des garçons sexuellement actifs interrogés ont eu leur premier rapport entre 10 et 13 ans.
- Des partenaires sexuels généralement multiples. Ainsi, 22% des jeunes sexuellement actifs déclarent avoir eu 4 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois. Certains évoquent jusqu'à 6 ou 7 partenaires sur une seule année.
- Une utilisation extrêmement inconsistante du préservatif, avec seulement 10% des jeunes indiquant un usage systématique lors des derniers rapports selon le questionnaire.

Ces résultats confirment sans équivoque la grande vulnérabilité des garçons de la rue en matière de santé sexuelle et reproductive. Ils corroborent les études menées auprès de jeunes de la rue dans d'autres pays africains, révélant des constats similaires (Anarfi, 1997; Rurevo & Bourdillon, 2003).

L'originalité de cette recherche était d'analyser les influences du contexte de vie sur les pratiques sexuelles selon l'approche bioécologique (Bronfenbrenner, 1979). Celle-ci met en exergue le rôle des environnements à différents niveaux. Au niveau du microsystème, l'influence des pairs et le manque d'intimité dans la rue sont déterminants. Au niveau de l'exosystème, l'absence d'éducation sexuelle et l'accès limité aux services de santé renforcent leur vulnérabilité. Enfin, les normes sociales de masculinité et les inégalités de genre au niveau macrosytémique exercent également un rôle.

Ces résultats soulignent l'urgence de développer des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes de la rue, ainsi que des programmes d'éducation par les pairs dans les lieux qu'ils fréquentent. Seule une approche écologique et globale pourra les accompagner vers une sexualité épanouie et sécuritaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Anarfi, J. K. (1997). Vulnerability to sexually transmitted disease: Street children in Accra. Health Transition Review, 7(Suppl.), 281-306.
2. Araji, S. K. (1997). Sexually aggressive children: Coming to understand them. Sage.
3. Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press.
4. Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., Lyon, T. D., Page, I. J., Prescott, D. S., Silovsky, J. F., & Madden, C. (2006). Report of the ATSA task force on children with sexual behavior problems. Child Maltreatment, 11(2), 199-218.
5. Hounmenou, C. (2012). Problématique des enfants en situation de rue au Bénin: Regard sur la ville de Cotonou. La Revue de l'enfance et de l'adolescence, 87(1), 57-70.
6. Kopoka, P. A. (2000). The problem of street children in Africa: An ignored tragedy. Paper presented at the International Conference on Street Children and Street Children's Health in East Africa, Dar es Salaam, Tanzania.
7. Mmari, K., & Blum, R. W. (2009). Risk and protective factors that affect adolescent reproductive health in developing countries: A structured literature review. Global Public Health, 4(4), 350-366.
8. Mmari, K., & Sabherwal, S. (2013). A review of risk and protective factors for adolescent sexual and reproductive health in developing countries: An update. Journal of Adolescent Health, 53(5), 562-572.
9. Nada, K. H., & Suliman, E. D. A. (2010). Violence, abuse, alcohol and drug use, and sexual behaviors in street children of Greater Cairo and Alexandria, Egypt. AIDS, 24(Suppl 2), S39-S44.
10. Ndambuki, J. M., Abongo, B. O., & Ombanya, J. O. (2017). Sexual behaviours and prevalence of sexually transmitted infections among street children aged 12–18 years in Eldoret, Kenya. Pan African Medical Journal, 28(41).
11. Raffaelli, M., Campos, R., Merritt, A. P., Siqueira, E., Antunes, C. M., Parker, R., Greco, M., Greco, D., Halsey, N., & the Street Youth Study Group. (1993). Sexual practices and

attitudes of street youth in Belo Horizonte, Brazil. Social Science & Medicine, 37(5), 661–670.

12. Rurevo, R., & Bourdillon, M. (2003). Girls: The less visible street children of Zimbabwe. Children, Youth and Environments, 13(1), 1-14.
13. Sawadogo, L. (2002). Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Ouagadougou (Burkina Faso) [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus.
14. World Health Organization. (2010). Developing sexual health programmes: A framework for action.

ANNEXE : Questionnaire quantitatif et guide d'entretien qualitative.

Annexe 1 - Questionnaire quantitatif

Instructions générales :

Ce questionnaire anonyme vise à mieux comprendre votre vécu et vos expériences en lien avec la sexualité et la santé sexuelle/reproductive. Vos réponses nous permettront d'identifier vos besoins et difficultés afin de mieux vous accompagner. Répondez le plus honnêtement possible à toutes les questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous êtes libre d'arrêter à tout moment si vous ne souhaitez pas poursuivre. Toutes vos réponses resteront confidentielles et aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée.

Section 1 : Données sociodémographiques

1. Quel est votre âge ? _____ ans

2. Depuis combien de temps vivez-vous dans la rue ? ____ mois/années

3. Où dormez-vous habituellement ?
a) Dans un centre d'accueil
b) Dehors dans la rue
c) Autre : _____

4. Quel est votre plus haut niveau d'études atteint ?
a) Primaire
b) Secondaire 1er cycle
c) Secondaire 2ème cycle
d) Aucune scolarisation

5. Avez-vous des frères et sœurs ?
a) Oui b) Non

Si oui, combien ? _____

6. Vos parents sont-ils :

a) Décédés b) Vivants c) Ne sais pas

7. Avez-vous des contacts avec vos parents ou des membres de votre famille ?

a) Oui régulièrement b) Oui parfois c) Non, aucun contact

Section 2 : Connaissances en santé sexuelle et reproductive

8. Citez toutes les infections sexuellement transmissibles (IST) que vous connaissez :

_____

9. Selon vous, le VIH/SIDA se transmet par (plusieurs réponses possibles) :

a) Relations sexuelles non protégées

b) Transfusion sanguine

c) Seringues/aiguilles contaminées

d) De la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'allaitement

e) Moustiques

f) Ne sais pas

g) Autre : _____

10. Connaissez-vous des moyens de protection efficaces pour éviter de contracter le VIH/SIDA lors des rapports sexuels ?

a) Oui b) Non

Si oui, lesquels ? _____

11. Selon vous, quels sont les avantages de l'utilisation du préservatif masculin ? (Plusieurs réponses possibles)

a) Éviter les grossesses non désirées

b) Se protéger contre les IST et le VIH/SIDA

c) Pouvoir avoir des relations sexuelles sans risque

d) Je ne vois pas d'avantages

e) Autre : _____

12. Connaissez-vous d'autres méthodes contraceptives que le préservatif masculin ?

a) Oui b) Non

Si oui, lesquelles ? _____

13. Savez-vous où vous pouvez vous procurer des préservatifs gratuitement si nécessaire ?

a) Oui, à [préciser le lieu]_____

b) Non, je ne sais pas

14. Connaissez-vous des endroits où vous pouvez recevoir des soins, des conseils ou de l'information concernant votre santé sexuelle/reproductive ?

a) Oui, à [préciser le lieu]_____

b) Non, je ne sais pas

Section 3 : Attitudes, croyances et perceptions liées à la sexualité

15. À votre avis, à partir de quel âge est-il acceptable pour un garçon d'avoir ses premiers rapports sexuels ? ___ ans

16. Et à partir de quel âge est-ce acceptable pour une fille ? ___ ans

17. Selon vous, est-il important d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels ?

a) Très important

b) Assez important

c) Peu important

d) Pas du tout important

Expliquez pourquoi : _____

18. Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes concernant l'utilisation du préservatif ?

Affirmations	**Tout à fait d'accord**	**Plutôt d'accord**	**Plutôt pas d'accord**	**Pas du tout d'accord**
Le préservatif diminue le plaisir sexuel				
Porter un préservatif est trop compliqué				
Une fille qui propose un préservatif est une fille facile				
Un garçon qui propose un préservatif est responsable				

19. Selon vous, est-il possible pour un garçon de refuser d'avoir un rapport sexuel s'il n'en a pas envie ?

a) Oui, tout à fait possible

b) Possible difficilement

c) Non, impossible

20. Selon vous, est-il possible pour une fille de refuser d'avoir un rapport sexuel si elle n'en a pas envie ?

a) Oui, tout à fait possible

b) Possible difficilement

c) Non, impossible

Section 4 : Expériences et pratiques sexuelles

21. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec pénétration vaginale ou anale ?

a) Oui b) Non

22. Quel âge aviez-vous lors de votre premier rapport sexuel ? ___ ans

23. Étiez-vous consentant pour ce premier rapport sexuel ?

a) Oui, tout à fait consentant

b) Consentant mais avec une certaine pression de l'autre

c) Non, pas du tout consentant

24. Au cours des 12 derniers mois, avec combien de partenaires différents avez-vous eu des rapports sexuels ? ____

25. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé un préservatif lors de vos rapports sexuels ?

a) Jamais

b) Rarement

c) Parfois

d) Assez souvent

e) Toujours

26. La dernière fois que vous avez eu un rapport sexuel, un préservatif a-t-il été utilisé ?

a) Oui b) Non

27. Vous est-il déjà arrivé d'échanger des rapports sexuels contre de la nourriture, un endroit pour dormir, de l'argent ou des cadeaux ?

a) Oui b) Non

28. Vous est-il déjà arrivé d'être forcé ou contraint d'avoir un rapport sexuel contre votre gré ?

a) Oui b) Non

29. Vous sentez-vous suffisamment informé sur les moyens d'avoir une sexualité sans risque ?

a) Oui, tout à fait suffisamment informé

b) Assez bien informé

c) Pas très bien informé

d) Non, pas du tout informé

30. Avez-vous des besoins particuliers en lien avec votre santé sexuelle et reproductive dont vous souhaiteriez nous faire part ? Précisez :

_____

_____

Merci beaucoup pour le temps accordé à répondre à ce questionnaire !

Annexe 2 - Guide d'entretien qualitatif

Consigne de départ:

Je vous propose d'avoir une discussion ouverte sur votre vécu et vos expériences en lien avec la sexualité et les relations amoureuses et sexuelles. L'objectif est de mieux comprendre vos réalités et difficultés afin d'améliorer les services qui vous sont offerts. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Vous pouvez m'interrompre ou refuser de répondre à une question qui vous met mal à l'aise. Cet entretien restera anonyme et confidentiel. Êtes-vous prêt à commencer ?

Thème 1 - Vécu dans la rue

- Depuis quand vivez-vous dans la rue ? Quel âge aviez-vous ?

- Avec qui vivez-vous avant votre entré dans la rue et expliquer nous les raisons ou les événements qui vous ont conduit à quitter votre foyer familial ?

- Avec qui vivez-vous dans la rue ? Comment décririez-vous vos relations avec les autres jeunes/enfants de la rue ? Vous sentez-vous intégré ou souvent rejeté ?

- Quelles sont vos activités au quotidien pour survivre dans la rue ? Comment vous procurez-vous de la nourriture, un endroit pour dormir, des vêtements ?

Thème 2 - Entrée dans la sexualité

- À quel âge avez-vous commencé à vous intéresser à la sexualité et aux relations amoureuses ? Qu'est-ce qui a suscité cet intérêt chez vous ?

- Comment s'est déroulée votre première expérience sexuelle ? Quel âge aviez-vous ? Étiez-vous consentant ?

- Pouvez-vous me décrire vos autres expériences amoureuses et sexuelles depuis votre entrée dans la sexualité ?

Thème 3 - Situations vécues et partenaires

- Pouvez-vous estimer combien de partenaires amoureux ou sexuels vous avez eu jusqu'à présent ? Étaient-ce des relations suivies ou plutôt des rencontres occasionnelles ?

- Quels sont vos motifs principaux lorsque vous avez des relations sexuelles ? (plaisir, amour, répondre à vos pulsions, obtenir quelque chose en échange, autre)

- Vous est-il arrivé d'avoir des relations sexuelles en échange de nourriture, d'un endroit où dormir, d'argent ou de cadeaux ? Pouvez-vous m'en parler ?

- Avez-vous déjà eu des relations sexuelles sous l'effet de l'alcool ou de drogues ? Si oui, pouvez-vous décrire la situation ?

- Vous est-il déjà arrivé d'avoir des relations sexuelles sous la contrainte ou forcées? Pouvez-vous m'en parler ?

Thème 4 - Protection et risques

- Lors de vos rapports sexuels, utilisez-vous des préservatifs ou demandez-vous à votre partenaire d'en utiliser ? Qu'est ce qui facilite ou limite cette utilisation selon vous ?

- Craignez-vous de contracter le VIH/SIDA ou d'autres infections transmissibles sexuellement ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider à réduire ces risques selon vous ?

- Si une fille tombait enceinte, quelle serait votre réaction ? Connaissez-vous des moyens pour éviter les grossesses non désirées ?

Thème 5 - Hygiène, santé et services

- Où pouvez-vous accéder à des informations claires concernant la sexualité, la contraception, la protection et les infections transmissibles sexuellement ?

- Connaissez-vous des endroits où vous pouvez recevoir gratuitement des préservatifs si désiré ? Et où pouvez-vous recevoir des soins de santé sexuelle et reproductive adaptés à votre situation ?

- Quels sont vos principaux besoins en lien avec votre santé et votre hygiène personnelle ? Comment y répondez-vous actuellement ?

Thème 6 - Besoins et attentes

- Quelles sont vos principales préoccupations, besoins ou attentes par rapport aux relations amoureuses et à la sexualité actuellement ?

- De quoi auriez-vous besoin pour faire des choix éclairés et adopter des comportements sexuels sécuritaires selon vous ?

- Quels conseils donneriez-vous à un intervenant souhaitant promouvoir la santé sexuelle et relationnelle des jeunes de la rue ?

Conclusion :

Souhaitez-vous aborder d'autres aspects ou avez-vous des questions avant que nous terminions ? Je vous remercie sincèrement d'avoir partagé votre vécu et vos expériences. Ces témoignages sont précieux et contribueront à l'amélioration des services offerts aux jeunes de votre communauté.

TABLE DES MATIERES

IN MEMORIUM 3
DEDICACE 4
REMERCIEMENTS 5
LISTE DES TABLEAUX 6
LISTE DES GRAPHIQUES 7
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 8
RESUME 9
ABSTRACT 9
INTRODUCTION 10
CHAPITRE I: CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE 12
1-1 PRESENTATION DU CAFMM 12
1-1-1 SITUATION GEOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE 12
1-1-2 MISSION ET VISION 12
1-1-3 FONCTIONNEMENT 13
1-2 DEROULEMENT DU STAGE 15
1-2-1 STAGE 15
1-2-2 ACQUIS ET DIFFICULTES EPROUVEES SUR LE LIEU DE STAGE 16
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 17
2.1 CLARIFICATION CONCEPTUELLE 17
2.1.1 ENFANTS DE LA RUE 17
2.1.2 COMPORTEMENTS SEXUELS 17
2.1.3 SEXUALITE PRECOCE 18
2.1.4 SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE 18
2.2 REVUE DE LITTERATURE 19
2.3 PROBLEMATIQUE 20
2.4 CADRE THEORIQUE 21
CHAPITRE III : CADRE METHODOLOGIQUE, PRESENTATION, ANALYSES DES RESULTAS ET DISCUSSIONS 23
3.1 APPROCHE METHODOLOGIQUE 23

3.1.1 OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHES 23
3.1.1.1 OBJECTIF GENERAL 23
3.1.1.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES 23
3.1.2 HYPOTHESE GENERALE 24
3.1.2.2 HYPOTHESES SPECIFIQUES 24
3.1.3 METHODES 24
3.1.3.1 PARTICIPANTS 24
3.1.3.2 MATERIEL 25
3.1.3.3 PROCEDURE 25
3.2 PRESENTATION DES RESULTATS 26
3.2.1 PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS 26
3.2.2 ACTIVITES ET SOURCES DE REVENUS 28
3.2.3 VIE SOCIALE 29
3.2.4 INITIATION SEXUELLE PRECOCE 29
3.2.5 PARTENAIRES SEXUELS MULTIPLES 30
3.2.6 UTILISATION INCONSISTANTE DU PRESERVATIF 31
3.3 ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS 33
CONCLUSION 35
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 36
ANNEXE : Questionnaire quantitatif et guide d'entretien qualitative. 38