

CAHIER THÉMATIQUE

LA SURADAPTATION PARADOXALE

UNE NOTION CLÉ DANS L'ABORD CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE
DES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE

samusocialInternational

CAHIER THÉMATIQUE

LA SURADAPTATION PARADOXALE

UNE NOTION CLÉ DANS LABORD CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE
DES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE

Ce cahier thématique a été réalisé par Delphine Laisney, Coordinatrice des ressources techniques du Samusocial International et Olivier Douville, psychologue clinicien, psychanalyste et anthropologue, collaborateur du Samusocial International.

samusocialInternational

MAI 2014 - ©SAMUSOCIAL INTERNATIONAL / GRAPHISME : Philippe Boyrivent / IMPRESSION : Impression extrême

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

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

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

La présente publication a été élaborée avec l'appui financier de l'Union européenne et de l'Agence Française de Développement. Le contenu de la présente publication relève de la seule responsabilité du Samusocial International et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l'avis de l'Union européenne et de l'Agence Française de Développement.

La présente publication a également bénéficié du soutien financier de la Fondation Sanofi Espoir.



Sommaire

04	Préface.	
08	INTRODUCTION.	
12	PARTIE I : LA SURADAPTATION PARADOXALE : CLÉ D'OBSERVATION DE LOGIQUES D'AUTO-EXCLUSION.	
13	LE RAPPORT À L'AUTRE.	
14	Le territoire : Lieu de survie et « non-lieu de vie ».	
16	Le groupe : d'une logique de l'accueil à une logique de la servitude.	
18	LE RAPPORT AU CORPS : MALTRAITANCE ET AUTO-MALTRAITANCE	
20	CONCLUSION.	
22	PARTIE II : LA SURADAPTATION PARADOXALE : CLÉ D'ANALYSE DE L'ERRANCE PSYCHIQUE EN TANT QUE MANIFESTATION DE RÉACTIONS POST-TRAUMATIQUES.	
24	NOTIONS CLINIQUES AUTOUR DU TRAUMATISME.	
29	TRAUMATISMES PAR EXCÈS ET/OU PAR NÉGLIGENCE.	
39	Maltraitance et non-traitance.	
42	Honte et culpabilité.	
44	Perte de repères, perte de place, perte de sens.	
52	CONCLUSION.	
55	PARTIE III : APPORTS DE LA NOTION DE SURADAPTATION PARADOXALE DANS LES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE.	
56	Répérage des enfants et jeunes en danger.	
59	Abord de la toxicomanie.	
60	Travail de lien.	
62	Offre de soins médicaux.	
64	Intervention d'un psychologue clinicien.	
65	Démarche de soins médicaux, psychosociaux et éducatifs.	
66	Centre d'hébergement spécialisé.	
69	CONCLUSION.	
71	CONCLUSION GÉNÉRALE.	
75	PRINCIPALES SOURCES.	
76	Le Samusocial International.	

Préface



XAVIER EMMANUELLI,
Président Fondateur du
Samusocial International

P our aider et accompagner un enfant en situation de rue, il est nécessaire de bien repérer son habitus, le petit groupe autour duquel il s'est amarré, la qualité du lien implicite qu'il a développé et la place hiérarchique qu'il occupe dans ce groupe. Bien sûr, on aura repéré son, ou plutôt, ses territoires – territoire de nuit ou territoire économique – mais c'est l'enjeu même du projet d'accompagnement. Quel est l'environnement « *culturel* » ou pour être exact, « *sous-culturel* » dans lequel il évolue ?

❖ Chaque enfant a son histoire personnelle, et même si ces histoires sont stéréotypées, il convient de les percevoir au moins dans les grandes lignes.

En Afrique, on parlera par exemple, des enfants répudiés de fait lors du second mariage du père, des enfants « *sorciers* » qui adoptent leur propre malédiction et le rôle néfaste qu'on leur attribue, des enfants que l'on appelle « *les petits talibés* », naufragés des écoles de pseudo-maitre coranique. On pourra évoquer les enfants de l'exil, ou comme à Kinshasa les enfants « *mineurs-majeurs* » qui sont devenus adultes pour l'état civil et la morphologie mais qui restent enfants des rues de comportement et n'ont jamais su ou pu quitter la rue. Ils hantent encore ces « *non-lieux* » que sont les trottoirs de la ville avec leur potentiel de délits, vols et crimes ou de prostitution qui leur permettent de survivre.

Il existe aussi des enfants de la deuxième génération, voire plus, nés et ayant grandi dans la rue comme leurs mères, les enfants orphelins et les enfants fous... rejetés par la rue elle-même et jouant le rôle de souffre-douleur.

❖ Certes, il faut développer une certaine empathie envers eux, elle est naturelle et évidente. On se doit de la laisser s'exprimer et c'est quand on leur manifeste cet intérêt que la dynamique psychique se mettra en marche.

Comment ne pas être touché par ces petits, ces jeunes, ces enfants ruinés par une vie d'abandon ? Il est cependant nécessaire aussi de garder une distance professionnelle, somme toute thérapeutique et au moins aussi utile.

Tous les êtres de ce monde veulent survivre et déploient des stratégies de survie dans ce but, y compris celle d'attendrir celui ou celle qui veut les aider... ▶

❖ Un enfant isolé à la rue n'existe pas, seul il ne pourrait survivre. C'est la caractéristique de la race humaine que d'être et de se développer qu'à condition de tisser des liens et surtout des échanges. C'est ainsi que les enfants s'organisent en petits groupes relativement autonomes, qui deviennent une « *entité-groupe* ». Ces entités délimitent leurs espaces d'évolution, elles deviennent l'habitat lui-même, le prolongement du corps et elles créent un « *territoire* » pour le groupe d'enfants. Un territoire, si l'on ose dire, protecteur. Et à cet endroit se construisent des liens d'affinité mais aussi obscurément hiérarchiques constituant un ersatz de famille dont il est très difficile de se séparer.

Comme il est naturel, la survie révèle les archaïsmes fondamentaux, ceux évidemment du territoire, de l'appartenance, mais également d'un comportement universel. L'enfant joue. Ce jeu se manifeste dès que l'enfant a été en contact avec un adulte perçu comme bienveillant, qui peut être d'ailleurs, un ancien enfant des rues. L'enfant joue pour grandir-pousser, c'est la dynamique même de l'enfance. ▶

❖ L'enfant en situation de rue n'a pas pu convaincre d'être un individu distinct, ni de son sort, ni de son devenir. Il est avec les autres, ses semblables et « *occupe* » le présent. Être et avoir une place reconnue dans son groupe est un mécanisme de défense. Et en dehors du groupe, il est furtif et ne se voit pas comme individu distinct.

On peut dire qu'il joue à « *cache-cache* » avec les commerçants ou la police. Il va voler autant par jeu que par nécessité car s'il comprend, en tout cas on lui fait comprendre, que le vol est interdit et réprimé, il fait partie de sa condition au même titre que la mendicité ou la petite aide qu'il propose au marché pour porter les paniers de la dame qui fait ses courses. Il « *gardera* » symboliquement la voiture qui se gare pour obtenir quelques pièces du conducteur ou restera à la porte de la mosquée, à la sortie de la grande prière ou de l'église sans préjugés ! Il sera aux marchés, à la gare routière, dans les lieux d'activités qui constituent des territoires économiques concurrentiels.

Hors du temps, il évolue avec très peu de mots de vocabulaire mais des signaux tels que les invectives, les ordres ou les alertes. Il parle une sorte de langage minimum et mélange souvent des dialectes locaux ou des bribes d'anglais.

N'ayant pas vraiment de connaissance de leur corps, n'étant en quelque sorte pas un sujet, les rapports sexuels sont banalisés et ces enfants souffrent, outre les troubles du sommeil, de troubles de la sexualité. La prostitution se présente souvent comme une ressource dont ils ne perçoivent pas l'implication, ce qu'Olivier Douville appelle « *le sexe sans sexe* ».

Pourtant, les jeunes filles sont souvent stigmatisées par leur famille quand ce sont des fugueuses occasionnelles ou par les autorités censées les protéger et ressentent profondément leur aliénation, comme une malédiction inhérente à leur condition de femme.

Par ailleurs, les enfants usent pour la majorité, et c'est une constante à travers le monde, de toxiques, le plus populaire étant la colle.

Il existe trois formes de toxiques : les déprimeurs du système nerveux central, les stimulants ou les perturbateurs (alcool, tranquillisants, antidépresseurs, chanvre indien, hallucinogènes, colle, éther, essence). Leurs comportements sont évidemment pathologiques.

Quoi qu'il en soit, très vite ces archaïsmes, cette vie de groupe, la méconnaissance du corps, l'usage des toxiques, cette sociologie sans lois structurantes qui est caractéristique de l' « *Atroce liberté* », la violence physique et psychique dont ils sont victimes, façonnent chez les enfants une adaptation à toute contrainte qui devient une suradaptation. Le concept, créé par Olivier Douville de « *suradaptation paradoxale* » conduit à ce constat navrant que les plus adaptés à la rue et à la survie sont les moins adaptables au dynamisme social conventionnel, autrement dit, aux codes de la vie sociale.

Les professionnels auront à apprendre ce que qu'Edward Hall appelle le langage silencieux, le langage sans paroles du corps qui s'exprime lorsque la parole ne peut avoir droit de cité faute de mots appropriés, faute de comprendre les messages de leur propre corps et également bien sûr, faute de tribune. Les enfants ne peuvent pas exprimer leur souffrance, leur solitude, ni leur désarroi, par contre ils sauront les repérer sur leurs camarades du même groupe, de la même entité groupe.

Autrement dit, ils sauront repérer sur l'autre, en miroir, leur propre souffrance. Et l'on constate souvent lorsqu'on investigate le groupe que celui qui ne dit rien, qui ne se plaint de rien, qui refuse l'aide est souvent celui qui désigne tel ou tel de ses compagnons comme étant le plus souffrant. C'est celui-là précisément qui est le plus fragile et le plus en danger.

Dans cet ouvrage, on trouvera les définitions et les conséquences de la suradaptation paradoxale, qui est un concept majeur pour aider à comprendre les comportements de l'enfant en situation de rue. S'il est un outil majeur de compréhension, il est aussi un élément précieux pour conduire ces enfants vers une dynamique de guérison. ▶

Introduction

Origine et spécificité de la notion de **suradaptation paradoxale**

« À tenir comme un acquis décisif toute forme d'adaptation du sujet à son malheur, on peut être induit à ne plus suffisamment s'inquiéter du caractère parfois d'allure psychopathique de l'adaptation ainsi développée. » ¹

¹ Olivier Douville,
« L'urgence, le trauma.
A propos du travail clinique
avec les enfants errants
dans les rues à Bamako »,
Victimologie-Criminologie,
Approches cliniques, Tome 5
« Situation d'urgence - situation
de crise. Clinique du psychotraumatisme immédiat » (sous la dir.
de F. Lebigot et P. Bessolles),
Nîmes, Champ Social éditions,
2005 : 103-112

De cette hypothèse théorique est née la notion de suradaptation paradoxale des enfants et des jeunes à la vie dans la rue qui a été conçue et développée par Olivier Douville, psychologue clinicien, psychanalyste et anthropologue, collaborateur du Samusocial International depuis 2001.

Son élaboration procède d'observations empiriques d'enfants et jeunes de la rue, c'est-à-dire vivant en permanence dans la rue, en raison d'une rupture de vie familiale, et se fonde sur les constats suivants :

CONSTAT 1 : certains enfants et jeunes de la rue ont « l'air d'aller bien » alors qu'on pourrait s'attendre, compte tenu de leur histoire familiale, de la situation de rupture de vie familiale et de leurs conditions de vie dans la rue, à les voir dans la commotion psychique ou dans la plainte. Or, ils renvoient une

image de « petits caïds » qui n'ont besoin de rien ni de personne, qui affichent leur fierté d'être « de la rue », revendiquent la liberté de la rue, et n'expriment aucune demande d'aide.

CONSTAT 2 : certains enfants et jeunes de la rue ne demandent jamais rien pour eux-mêmes mais n'ont de cesse de faire des demandes pour les autres du groupe, des demandes pour autrui, avec une situation fréquemment rencontrée, celle de la demande de soin médical pour un autre enfant du groupe alors que celui qui exprime cette demande pour autrui souffre lui-même d'une plaie très infectée dont il ne se plaint pas ou est manifestement fébrile (paludismes, infections diverses).

CONSTAT 3 : certains enfants et jeunes de la rue, qui ont l'air apparemment adaptés à la vie dans la rue, s'effondrent psychologiquement dès qu'ils s'éloignent de leur lieu de vie et de leur groupe, pour un entretien avec un travailleur social à distance du groupe ou à l'arrivée dans un centre d'hébergement. A ce moment-là ils ont perdu tout leur tonus, et des signes somatiques d'angoisse sont évidents ; l'agitation anxieuse qui les saisit alors peut amener rapidement l'épuisement et la prostration.

Ces constats posent la double question suivante :

- Qu'est-ce qu'une adaptation à la vie dans la rue, celle que nous semblons voir et que les enfants et jeunes veulent nous montrer, lorsqu'il y a incapacité à parler de soi, à formuler des demandes, à se déplacer en sécurité, à se sentir en sécurité ailleurs que dans son lieu de vie ? De cette première interrogation découle l'évidence d'une situation paradoxale.
- Quelle est cette adaptation paradoxale qui prive le sujet de sa capacité à accorder confiance en l'aptitude de l'Autre, en particulier celui qui n'est pas

« de la rue », à l'écouter, le soigner, et qui le prive de sa propre capacité à s'adapter à un autre lieu de vie ? De cette seconde interrogation découle l'idée d'une adaptation excessive et potentiellement contre-productive, une suradaptation à la vie dans la rue.

Il importe de comprendre que la suradaptation paradoxale des enfants et jeunes de la rue ne définit pas un état, une compétence ou une pathologie. Elle constitue un outil pour les professionnels. **La suradaptation paradoxale est, en effet, une des clés qui permet aux professionnels du social, de la santé, de l'éducatif, d'analyser les situations individuelles rencontrées « au-delà des apparences » et d'accorder une attention spécifique à ceux qui ne se présentent pas à première vue dans la commotion psychique ou dans la plainte.** Elle permet, en outre, de se prémunir de jugements hâtifs et d'explications hasardeuses à partir desquelles le « goût de la rue », « l'addiction à la rue », viennent justifier les refus de soins et d'assistance.

Derrière une apparente adaptation à la vie dans la rue, peuvent, en réalité, se dissimuler des stratégies d'évitement de l'Autre (la structure d'aide), et in fine, des logiques d'auto-exclusion de la part des enfants et des jeunes. Car que révèle, en effet, une stratégie d'évitement de l'Autre sinon la question du sujet ? Dès lors que nous considérons que ce n'est pas « qui suis-je ? » qui importe, mais « qui suis-je pour l'autre ? », et subséquemment, « sur qui puis-je compter ? », le rapport à l'Autre renvoie nécessairement au rapport à soi, à l'estime de soi, à la capacité de l'individu à se penser en tant que sujet. De la même manière, derrière les refus de soins et d'assistance, peuvent se révéler les effets d'une déroute grave de la subjectivité qui se montrent et se voient particulièrement dans l'usage que les enfants et jeunes de la rue font de leur corps. En d'autres termes, la suradaptation paradoxale à la vie dans la rue constitue avant tout une clé

d'observation des logiques d'auto-exclusion pour des enfants et jeunes qui, de ce fait, et au-delà des apparences, doivent être considérés en grand danger.

Pour comprendre la survenance de telles logiques, il convient alors d'intégrer le « tout va bien » proclamé, conjugué à l'absence de demande d'aide, dans un cadre d'analyse plus large, celui de l'errance psychique en tant que manifestation de réactions post-traumatiques. D'une part, l'accumulation des vécus traumatiques intrafamiliaux amène beaucoup d'enfants et de jeunes à se fermer, à s'enfermer, dans un monde intérieur dissocié de la réalité vécue. D'autre part, l'exposition d'un enfant, d'un jeune, à la violence de la rue l'amène à des conditions psychiques où il ne parvient plus à différencier une présence hostile d'une présence secourable. Le dehors est menaçant. Il se défend de ce vécu de menace constante par une mise en retrait de sa vie psychique.

Clé d'observation de logiques d'auto-exclusion et clé d'analyse d'une errance psychique en tant que manifestation de réactions post-traumatiques, la notion de suradaptation paradoxale oblige ainsi les professionnels de l'intervention à penser, ou repenser, leurs pratiques, tant en termes de modalités relationnelles avec les enfants et jeunes de la rue que de capacités d'accueil et de prise en charge. ▶

● Partie I

La suradaptation
paradoxe :
**clé d'observation de
logiques d'auto-exclusion**

❖ « La capacité pour un enfant de surmonter des états d'importantes privations éducatives et affectives en adoptant des modes de conduites et d'inconduites porteuses d'identification qui donnent du sens à des logiques de territoires peut s'observer dans le monde de la rue. Ces conduites qui renvoient à des logiques, singulières et collectives, de survie, ont pu être interprétées comme un signe de santé psychique. Mais, à ne voir dans ces suradaptations à l'immédiat des nécessités de survie que des capacités de ne pas trop se détruire, on risque d'oublier que de tels modes d'expression font également symptôme et qu'ils sont à traiter comme tels, sans les positiver outre mesure comme des performances » ² »

Sous l'apparence de stratégies de survie, se dissimulent ainsi des logiques d'auto-exclusion qui sont principalement observables, chez les enfants et jeunes de la rue, dans le rapport à l'Autre et le rapport au corps.

² Olivier Douville,
« L'urgence, le trauma. A propos du travail clinique avec les enfants errants dans les rues à Bamako »,
Victimologie-Criminologie, Approches cliniques, Tome 5
« Situation d'urgence - situation de crise. Clinique du psychotraumatisme immédiat » (sous la dir. de F. Lebigot et P. Bessolles),
Nîmes, Champ Social éditions, 2005 : 103-112

Le rapport à l'Autre

❖ Les stratégies de survie des enfants et jeunes de la rue les amènent à vivre en groupe sur des espaces délimités, les territoires. L'analyse de cette logique de groupe et de territoire, dans ses différentes modalités, permet d'éclairer le rapport que certains enfants et jeunes de la rue entretiennent avec l'Autre, les autres personnes présentes à proximité de ces territoires, les autres du groupe, et d'iden-

tifier ainsi des formes tangibles d'auto-exclusion de la part de certains enfants et jeunes de la rue. ►

LE TERRITOIRE : LIEU DE SURVIE ET « NON-LIEU DE VIE »

◀ Dans une perspective d'analyse sociologique, nous pouvons considérer que les groupes d'enfants et de jeunes de la rue évoluent dans des périmètres mouvants autour de quelques points fixes, les territoires, qui se trouvent généralement à proximité de lieux offrant des opportunités économiques liées à la mendicité, aux « petits métiers de rue » (laveurs de vitres, cireurs de chaussures, revendeurs sur les voies publiques, porteurs sur les marchés, les gares ou aéroports) ; ils s'installent ainsi à proximité des marchés, carrefours routiers, gares, aéroports, lieux de culte, bars, restaurants... Les territoires sont également choisis en fonction des possibilités qu'ils offrent de pouvoir dormir en groupe, et ce, en lien avec la configuration propre à chaque lieu. L'accès aux drogues (lieux de trafic) est aussi, de fait, un facteur déterminant du choix des territoires. Les enfants et jeunes de la rue vivent ainsi davantage dans des territoires de la ville, que dans la ville.

Au-delà de cette analyse fonctionnelle du territoire, liée aux stratégies de survie des enfants et jeunes de la rue, il convient toutefois d'interroger le sens même du territoire en tant que lieu de vie. En effet, certains enfants et jeunes s'installent dans des lieux à forte présence d'adultes potentiellement bienveillants (comme des familles vivant de mendicité près des lieux de culte) ; ils parlent aux adultes sans trop de craintes, et leur usage de la drogue n'est pas trop incisif. D'autres investissent des lieux d'échanges (des marchés, des gares, des aéroports) où les adultes passent ; dans ces lieux dits de « souvenir de la présence des adultes », ils sont surtout intéressés par l'obtention de revenus, mais ne recherchent pas

forcément à échanger, communiquer, avec les autres, les adultes, autrement que par une stratégie économique, et l'usage des drogues par les enfants et les jeunes est, dans ces lieux, plus important. D'autres, enfin, se réfugient dans des lieux atones, des friches urbaines, des no man's land, avec un très fort usage de drogues ; ils fuient toute possibilité d'échange avec l'autre, l'adulte, considéré par principe, comme malveillant.

En d'autres termes, les lieux sur lesquels vivent les enfants et jeunes de la rue ne constituent pas tous, et pour autant, des lieux de vie. Ceux qui choisissent des lieux, en particulier de dortoir nocturne, qui sont totalement désinvestis par l'autre, cette figure de l'adulte bienveillant, et qui, de ce fait, considèrent la présence humaine comme une présence toxique, choisissent des lieux comme des terrains vagues précisément parce qu'ils représentent des « non-lieux de vie ». Ceux qui s'installent dans des zones d'échanges (marché, gare) ne sont pas pour autant dans un lieu de vie. Tout dépend, en effet, des échanges qu'ils entretiennent avec les autres personnes présentes. Des enfants et des jeunes qui ne vivent que dans la crainte et l'angoisse vis-à-vis des autres personnes présentes sur leur lieu de dortoir sont en réalité dans un « non-lieu de vie », c'est-à-dire un lieu privé de vie affective, intellectuelle et sociale.

La réduction, voire la privation, du rapport à l'autre, des échanges humains, constituent une forme évidente d'auto-exclusion. Lorsque le lieu de survie incarne en réalité un « non-lieu de vie » pour l'enfant, le jeune, son apparente adaptation à la vie dans la rue pose nécessairement question et ce n'est pas parce que des enfants et des jeunes vont accepter l'intervention de soignants, de travailleurs sociaux, sur leur territoire, qu'ils vont échanger. Ils peuvent aussi bien donner le change, car à leur stratégie d'accueil répond généralement le départ « en toute quiétude » des intervenants. Ils se sont ainsi auto-exclus d'une possible relation d'aide.

Au regard des différentes manifestations de l'auto-exclusion, témoignent également certaines logiques internes aux groupes d'enfants et jeunes de la rue. ►

LE GROUPE : D'UNE LOGIQUE DE L'ACCUEIL À UNE LOGIQUE DE LA SERVITUDE

◀ Les enfants et jeunes de la rue partagent des territoires et forment ainsi des groupes. Si des affinités individuelles peuvent se développer, elles ne permettent pas de considérer le groupe comme une communauté, dans le sens d'une communauté fondée sur un vouloir vivre ensemble. Les enfants et jeunes de la rue cohabitent ensemble sans nécessairement le vouloir.

En outre, si des liens sociaux sont observables dans les groupes d'enfants et jeunes de la rue, ils ne doivent pas faire illusion en termes de réelle socialisation. L'enfant, le jeune, ne s'intègre pas à un groupe mais « s'accroche » à un protecteur, le leader du groupe, qui dispose de ce statut du fait, généralement, de sa plus grande expérience de vie dans la rue. Cet accrochage lui confère non seulement un repère sécuritaire mais également un repère identitaire : il devient le membre de tel groupe et exerce telle fonction (mendiant, cireur, etc.). Dans cette perspective, l'accrochage au leader apporte une réponse à la recherche d'une personne ressource, celle à laquelle l'enfant, le jeune, peut formuler ses demandes, à défaut de référents familiaux et/ou éducatifs.

Cette stratégie « d'accrochage » a toutefois un prix : en contrepartie de la protection d'une personne ressource, il doit généralement accepter de subir l'exploitation économique et/ou sexuelle du leader. Dans tout groupe d'enfants et jeunes de la rue, en effet, le leader exerce son autorité par un diktat des émotions : il leur interdit, par exemple, de donner de l'attention ou du temps aux

personnes extérieures au groupe, démontrant ainsi une tyrannie affective qui relève d'une logique sectaire. La « famille » retrouvée par l'enfant, le jeune, est donc souvent de nature tyrannique, despotique, et l'intégration dans un groupe relève davantage de la servitude volontaire que d'une liberté de choix. Lorsqu'il y a prostitution, le ou la « leader » agit également, dans la grande majorité des cas, en tant que « souteneur » ; la relation au « souteneur » relève alors de la même stratégie sécuritaire d'accrochage, fondamentalement tyrannique.

Plus un leader est tyrannique, plus ceux qui semblent « accrochés » à ce leader doivent être considérés en grand danger dans le sens où leur soumission à ce lien despotique manifeste leur incapacité à envisager une relation à l'autre qui soit exempte d'exploitation et de maltraitance. Dès lors que les souffrances liées à l'exploitation sont endurées en silence, sont passées sous silence, et que paradoxalement ces enfants et ces jeunes restent « accrochés » à leur exploiteur et revendiquent la liberté de la rue, nous pouvons alors percevoir qu'en réalité, ils s'abandonnent et ne sont plus sujets d'eux-mêmes. La mise en œuvre de logiques d'auto-exclusion doit donc nécessairement apparaître dans l'élaboration de l'analyse de chaque situation individuelle. ▶

◀ La suradaptation paradoxale permet ainsi de déjouer les adaptations apparentes à la vie dans la rue par une analyse plus approfondie des logiques de groupe et de territoire qui explore, de manière spécifique, le rapport que chaque enfant, chaque jeune, entretient avec les autres, ceux du groupe et ceux externes au groupe. L'évitement de l'Autre ou la dépendance excessive à l'Autre incarnent, en définitive, les différents aspects d'une même logique d'auto-exclusion de la part de certains enfants et

jeunes de la rue. Une approche analytique similaire peut être développée en ce qui concerne leur rapport au corps. ►

Le rapport au corps : **maltraitance et auto-maltraitance**

► Aux violences liées à la vie dans la rue (agressions physiques, abus sexuels, exploitation), peuvent se surajouter des comportements de négligence et des prises de risque de la part des enfants et jeunes de la rue, qui peuvent s'analyser comme des formes d'auto-maltraitance.

Les comportements de négligence du corps s'observent de manière visible dans le peu d'attention accordée à leur hygiène. Cette incurie est trop souvent justifiée par le manque d'accès à des moyens, à des services, alors qu'elle se constate également chez des enfants et jeunes qui vivent à proximité d'un centre d'accueil de jour offrant un service leur permettant de se laver, de laver leurs vêtements. Des attitudes de déni de la douleur sont également fréquemment observées et participent de cette négligence du corps, de cette incapacité, voire du refus, de prendre soin de soi.

Par ailleurs, les jeunes qui prennent continûment de l'alcool, des drogues particulièrement toxiques, se retranchent d'un pan de leur vie sociale et pratiquent une forme d'auto exclusion régressive. Le rapport au corps est mécanisé ; le

jeune se désabonne de ses sensations corporelles, notamment de la faim et de la douleur, des sensations de vigilance et de sommeil, et ce sont les produits psychotoxiques (les drogues) qui vont déterminer des alternances entre sommeil artificiel et pseudo réveil. L'ensemble du remuement psychique et physique est alors occasionné par la consommation de psychotropes (comme le chanvre indien), d'amphétamines ou d'enivrants (alcool, solvants divers...).

Enfin, aux violences sexuelles subies, peuvent se sur ajouter des prises de risque, de la part des jeunes eux-mêmes. A cet égard, une distinction doit être faite entre le « sexuel » et la « sexualité ». En effet, chez beaucoup de jeunes de la rue ayant déjà eu des relations sexuelles, il n'y a aucune représentation de la sexualité. La sexualité est l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, l'ensemble des modalités de la satisfaction sexuelle. Elle existe dès la naissance, accompagne l'enfant au cours de sa maturation, et préside aux transformations de l'adolescence. Lorsque le développement psycho-affectif de l'enfant a été altéré par des carences de soins primaires et des carences éducatives, quand le corps a été maltraité, avec des effets psychiques destructeurs, les sensations du corps, positives ou négatives, peuvent ne plus avoir de résonance dans la sphère psycho-affective. Cette absence de lien dissocie la sexualité du sexuel. Ainsi, pour beaucoup de jeunes de la rue, leur corps n'a qu'une valeur de marchandise, une marchandise qu'ils échangent contre de l'argent, de la nourriture ou une protection d'un leader de groupe. Vendre leur corps peut aussi être une façon de regagner un pouvoir sur le corps, et de réaccorder de la valeur à ce corps qui n'en n'avait plus. Leur corps devient alors le territoire privilégié de pulsions destructrices et sadiques qui vient se frotter au réel de l'autre, du sexuel et de la mort, et ils peuvent dès lors se surexposer aux maltraitances du corps, en particulier sexuelles. D'une certaine façon, nous pouvons dire que pour ces jeunes, le corps est un autre ; il est utilisé sans être connu, sans être rattaché au

psychisme, et est utilisé par des autres. Il entraîne parfois mécaniquement certains jeunes qui peuvent nous dire « c'est mon corps qui m'a poussé à aller là, à me poser là, ... » désignant l'endroit de la rue où s'est fixée et figée leur errance. ►

◀ Lorsqu'en réaction aux maltraitances subies dans la vie dans la rue, certains enfants et jeunes adoptent des comportements assimilables à de l'auto-maltraitance, par de la négligence et des prises de risques, nous pouvons dès lors déceler un processus de retrait de la vie psychique qui est à l'œuvre. Lorsque ces mêmes enfants et jeunes demeurent indifférents à toute proposition d'aide, affichent de manière ostentatoire et paradoxale, un apparent « bien-être », ce processus manifeste alors pleinement une logique d'auto-exclusion. ►

Conclusion

◀ Une fois « installés » dans la rue, les enfants et jeunes en rupture de vie familiale trouvent tout d'abord des avantages à leur situation : d'une certaine manière, ils comptent pour d'autres, ils trouvent auprès des « aînés » de la rue un appui dont ils ne bénéficiaient plus au sein de leur famille. Ils trouvent dans ce nouvel environnement une réponse à leurs besoins sociaux et au besoin primaire d'attachement. Néanmoins, ce tableau qui pourrait sembler idyllique ne l'est pas : peu à peu, certains vont basculer d'une logique de l'accueil à une logique de la servitude. A nouveau soumis à un sentiment de persécution, ils peuvent réagir par deux types de comportement :

- D'une part, certains enfants et jeunes entament un processus de régression ; ceux-là ont tendance à faire un usage continu des toxiques dans le but soit d'abolir, soit d'exciter et de sublimer leur vie psychique, et investissent des lieux totalement privés d'échanges humains.
- D'autre part, certains enfants et jeunes vont s'identifier à des conduites de « petits caïds » qui n'ont besoin de rien ni de personne, tout en évitant tout échange avec les Autres, ceux qui sont extérieurs au groupe, et en donnant le change aux intervenants des structures d'aide en ne formulant que des demandes d'aide « lissées » car implicitement formatées par la proposition institutionnelle.

Au regard de ces enfants et de ces jeunes, qui semblent incapables de demander de l'aide, une aide réelle, en lien avec leurs besoins personnels, la notion de suradaptation paradoxale permet de démasquer des logiques d'auto exclusion, que manifestent, de manière visible, le rapport qu'ils entretiennent avec l'Autre et l'usage qu'ils font de leur corps. En révélant un processus de mise en retrait de la vie psychique, elle permet ainsi de récuser les arguments fondés sur l'absence de motivation de l'enfant, du jeune, à « sortir de la rue ». D'une part, la motivation requiert la capacité de se penser en tant que sujet. D'autre part, si l'absence de motivation constitue un handicap pour la relation d'aide, elle n'est pas une cause rédhibitoire de la construction de la relation ; en revanche, l'évitement de l'Autre, pour éviter de penser à soi, empêche la création de la relation. Dans cette perspective, les logiques d'auto-exclusion ainsi observées participent pleinement d'une errance psychique qui est à mettre en lien avec les vécus traumatiques des enfants et jeunes de la rue. ►

● Partie II

La suradaptation
paradoxe :
**clé d'analyse
de l'errance psychique
en tant que manifestation
de réactions
post-traumatiques**

De nombreux facteurs politiques, sociaux et économiques, contribuent à expliquer le contexte du phénomène des enfants des rues et en particulier : la pauvreté et le travail des enfants, l'attraction économique des villes et les migrations économiques, la violence intrafamiliale exacerbée par la précarité économique et sociale et la faiblesse des dispositifs nationaux de protection de l'enfance dans certains pays, la guerre et la fragilité des pays en sortie de conflits. Toutefois, si la situation économique peut par exemple expliquer la déscolarisation ou la non scolarisation d'enfants qui doivent participer à l'économie familiale (pratique de la mendicité et de petits métiers de rue), elle ne suffit pas à expliquer la permanence de la vie dans la rue et donc la rupture avec le milieu de vie familial. Certains enfants travaillant dans la rue la journée vont finir par ne plus rentrer chez eux. D'autres vont faire des fugues répétées jusqu'à une fugue qui sera alors qualifiée de dernière et ne sera pas suivie d'un retour dans le foyer familial. D'autres, enfin, s'installent dans la rue dès le premier départ du milieu dans lequel ils vivaient. Comprendre le passage à la vie dans la rue nécessite de se pencher sur la vie de ces enfants avant leur installation dans la rue.

L'exploration des parcours de vie de ces enfants et jeunes dits « de la rue », c'est-à-dire vivant en permanence dans la rue, met en exergue la prévalence des vécus traumatiques intrafamiliaux par excès (décès parental, maltraitances) et/ou par négligence (carences de soins et d'affection). Le départ du lieu de vie d'origine se caractérise par un débordement de violences extériorisées et/ou intériorisées qui aboutit à un point culminant, et provoque un basculement : un départ « pour se sauver », une « fuite en avant ». Les enfants et jeunes de la rue n'ont pas quitté leur famille pour vivre dans la rue ; c'est en raison de la nature, explicitement ou implicitement, violente, de la relation familiale, et à défaut d'autre alternative, qu'ils vivent dans la rue.

Ces vécus traumatiques ont rarement pu être exprimés et se manifestent généralement par le désespoir, la haine, le mépris pour soi-même et/ou pour les autres, la honte et la culpabilité. Ainsi, les enfants et jeunes de la rue sont déjà dans un état d'errance psychologique, en lien avec les vécus traumatiques intrafamiliaux qui participent d'un processus de désaffiliation familiale. Les violences de la vie dans la rue, qui vont des violences de l'indifférence et de la stigmatisation, aux violences de la répression et de l'exploitation, économique, sexuelle, aggravent cet état d'errance par une forme de désaffiliation sociale. Pour survivre à cette double désaffiliation, la vie psychique se voit nécessairement altérée. L'apparente adaptation d'enfants et de jeunes à la vie dans la rue peut ainsi s'analyser comme une manifestation d'une vie psychique anesthésiée, muselée. Penser fait souffrir. ▶

Notions cliniques autour du traumatisme

◀ Le traumatisme, concept purement psychique, est décrit en psychanalyse comme un « évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité dans laquelle se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique ». En d'autres termes, la notion de traumatisme se décline, sur le plan psychique, sur trois plans : celui d'un choc violent, celui d'une effraction, celui de conséquences sur l'ensemble de l'organisation psychique³.

³ Vocabulaire de la
Psychanalyse, J. LAPLANCHE et
J.-B. PONTALIS

L'expérience « traumatogène » vient déposer à l'intérieur de l'appareil psychique une image traumatique, qu'elle soit sous forme visuelle, auditive (un bruit précis) ou olfactive (une odeur particulière). Cette image va agir pour son propre compte, déconnectée du réseau de représentations internes du sujet.

L'événement imprévisible, inimaginable, indicible, ne parvient pas à faire sens et désorganise l'histoire. Le sujet est mis en face d'une réalité qui échappe à sa compréhension du monde, il est confronté à l'écroulement de tout ce qui faisait les bases de sa stabilité et de sa sécurité. Ses repères sont effacés, ses valeurs, ses croyances, remises en cause.

L'événement sera vécu de façon plus ou moins intense en fonction de ses caractéristiques, de la personnalité du sujet, de son moment de vie, et du contexte socio culturel et affectif.

Nous pouvons observer suite à l'impact d'un événement à caractère traumatique, les éléments suivants :

- **Le déni de la différence :**

Dans une agression, un accident, une catastrophe naturelle, la personne n'existe plus en tant que sujet. Elle est niée dans son être et devient l'objet d'un persécuteur ou d'une situation. La négation de la parole de la personne lui fait perdre son humanité, c'est-à-dire, son statut de sujet-parlant et de sujet-désirant. En d'autres termes, elle ne peut que subir et ne peut rien en dire. Cet état de fait génère pour le sujet un grand sentiment d'impuissance.

- **La déstructuration des repères identitaires et l'effondrement narcissique :**

Dans cet instant traumatique, le sujet est confronté à une expérience qui a altéré la vision qu'il a de lui-même et du monde qu'il estimait jusqu'alors rela-

tivement stable et juste. Ses croyances, ses valeurs ont été bouleversées. Les registres de l'image de soi, de l'estime de soi sont largement touchés.

- **La confrontation au « réel de la mort » :**

Le sujet, du fait de cette situation dans laquelle il s'est vu, s'est cru mourir, est désillusionné. La croyance qu'il avait en son immortalité, quoi qu'il arrive, chute. Aussi, il ne peut envisager l'avenir qu'à court terme, " au jour le jour ", avec inquiétude et circonspection.

- **Un intense sentiment d'abandon :**

Le sujet, du fait de l'événement, s'est retrouvé dans un état de régression infantile.

Par la suite, des affects traumatiques surgissent de façon massive. Ils s'expriment dans des registres tels que le désespoir, la haine, le mépris pour soi-même et/ou pour les autres, et toujours, la honte et la culpabilité.

Des mouvements de repli sont également rencontrés. Ils sont générateurs d'incompréhension mutuelle aussi bien pour le sujet lui-même que pour son entourage.

Au moment de l'événement, la sidération que subit le sujet peut se prolonger et faire place, si ce n'est au silence total, à peu de discours sur l'événement.

Des réactions post-traumatiques normales peuvent apparaître. Elles se manifestent sous la forme de symptômes divers qui peuvent durer plusieurs jours, voire quelques semaines, après l'incident traumatique. Elles sont la preuve que le corps et le psychisme sont en train de se remettre d'une situation particulièrement éprouvante.

Cependant, si le sujet n'a pu élaborer son vécu traumatique, il pourra déve-

lopper un syndrome psychotraumatique (ensemble de symptômes, de signes post-traumatiques, qui s'observent après un évènement violent sans qu'il ait été décelé une cause organique).

L'apparition du syndrome peut se faire après une « période blanche », c'est-à-dire, une période sans symptômes. Cette période peut durer des semaines, des mois, voire des années.

Les expressions, qui appartiennent au syndrome psychotraumatique, se déclinent autour des symptômes de reviviscence (l'évènement violent passé est vécu comme une actualité incessante), des blocages des fonctions de filtration, de présence, et libidinales, du sujet, et de symptômes non spécifiques à l'espace du traumatisme.

Ainsi, il est fréquemment observé une réapparition mentale et involontaire de l'évènement traumatisant associé au caractère intensément vécu de cet événement. Cette réapparition est à l'identique : la scène traumatisante se répète et, ce, dans les moindres détails. Les modalités de manifestations sont les suivantes : les apparitions hallucinatoires (visuelle, auditive, olfactive,...), les illusions, la rumination mentale des conséquences de l'expérience, le vécu d'un « comme si » l'évènement allait se reproduire, l'agir « comme si » l'évènement allait se reproduire (tics, sursauts,...) ainsi que des cauchemars de répétition. Les circonstances de survenue sont soit spontanées, soit déclenchées par un stimulus qui rappelle l'expérience traumatique (bruit, image, odeur, etc.), soit facilitées par un état physiologique favorisant la libération des souvenirs enfouis (réveil brutal et/ou consommation de toxiques).

Il est aussi repéré un blocage des fonctions de filtration : il y a comme une incapacité à reconnaître, à discriminer, dans l'environnement, les stimuli anodins des

stimuli dangereux. Le sujet est en état d'alerte permanent. Il résiste à l'endormissement et son sommeil est léger ou impossible.

A noter aussi des symptômes s'insérant dans ce que l'on nomme le blocage des fonctions de présence : il y a une perte d'intérêt pour des activités antérieurement motivantes avec l'impression de distance, de sentiment de perte du sens de la réalité du monde, et de sentiment d'avenir limité.

Ce qui est décrit en tant que signes de blocage des fonctions libidinales, en lien avec la sexualité et la sphère affective de la personne, se déplie autour d'une réclamation toujours insatisfaite de l'affection d'autrui. Le sujet traumatisé a eu l'impression de tellement manquer de secours au moment crucial, qu'il consacre, désormais, toute sa capacité d'aimer à la réparation de son être blessé. Il exige des autres, amour et soutien. On note ainsi une détérioration des relations affectives du fait d'une irritabilité caractérielle et d'une propension au repli sur soi.

Des symptômes non spécifiques tels l'anxiété, l'asthénie (éprouvé d'épuisement et de fatigue constante), les manifestations psychonévrotiques de type phobique, hystérique, obsessionnelle, les troubles de la conduite (alcoolisation, toxicomanie...) sont autant de symptômes que l'on peut aussi observer. ▶

◀ La notion de traumatisme est déterminante dans la compréhension des attitudes, des comportements, des discours, des enfants et jeunes de la rue. Si les vécus traumatiques peuvent être en lien avec des événements extrêmement violents, la plupart d'entre eux relève toutefois davantage de situations de négligence qui génèrent des microtraumatismes cumulatifs.

Traumatismes **par excès** et/ou **par négligence**

❶ Les traumatismes par excès concernent les enfants qui ont vécu des événements objectivement violents, tels qu'une guerre, l'assassinat d'un des parents, des maltraitements physiques et/ou sexuelles. Les traumatismes par négligence concernent les enfants qui ont souffert de carences de soins, d'attention, d'affection, d'intérêt, dans leur foyer familial ou d'accueil, à tel point qu'ils ont pu penser ne pas avoir de place dans ce milieu de vie.

Les traumatismes par négligence sont davantage diffus dans le parcours de vie, et de ce fait, ils s'avèrent plus difficilement dicibles. Dans ces situations, en effet, l'enfant, le jeune, ne comprend pas exactement ce qui s'est passé. Dans leur grande majorité, les enfants et jeunes de la rue n'ont pas été brutalement expulsés du milieu de vie familial mais ils n'ont pas été retenus, au sens psycho-affectif du terme, par leur famille. Ils ont fait des « navettes » entre la famille et la rue, et un jour, ne sont plus revenus dans leur famille. L'arrivée dans la rue constitue ainsi la résultante de situations instables faites de nombreuses fugues, de mini-ruptures et d'allers retours entre la famille et la rue. Cet « entre-deux » entre le milieu familial, décomposé, incertain, voire erratique, et la rue, révèle ainsi que les enfants, ou les jeunes, n'ont plus de repères dans leur milieu familial et qu'ils n'y trouvent pas, ou plus, leur place. On peut considérer qu'ils choisissent la rue ; on doit surtout considérer qu'ils choisissent de ne pas rester en famille, en raison de cette accumulation de violences latentes, invisibles, qui s'analyse comme une succes-

sion de microtraumatismes psycho-affectifs. Dans ces contextes de fragilisation des constructions identitaires, les enfants sont en perte de repères et se désaffilient de leur milieu d'origine ; la rue devient leur ultime solution de repli.

Dans la rue, ces enfants et jeunes qui ont vécu des expériences traumatiques par excès et/ou par négligence vont essayer de se construire, ou de se reconstruire, avec toute leur fragilité, toutes les blessures et cassures psychiques issues de leur vie d'avant la rue. Aux questions posées lors des premiers contacts avec des intervenants, des bouts de parole peuvent émerger çà et là... La communication langagière est souvent très restreinte et des efforts surhumains sont déployés par ces enfants et ces jeunes pour raconter des bribes d'histoire qui peuvent prendre l'allure de fiction, ou à l'inverse, peuvent s'inscrire dans des discours désabonnés, automatiques, d'une banalité extrême, et qui sont en même temps destinés à rassurer les intervenants. Ainsi en témoignent les études de cas et extraits d'entretiens ci-après présentés. ►

DEUIL TRAUMATIQUE

◀ Le deuil qui suit une mort traumatique inattendue est généralement très compliqué. La dépression liée à la séparation irréversible peut alors ne jamais apparaître, masquée par le déni. Elle peut aussi se transformer en dépression chronique. Mais avant tout travail de deuil, le traumatisme d'avoir échappé à la mort qui a frappé un proche doit être intégré. Ce que l'on nomme « la culpabilité du survivant » joint au « sentiment aléatoire de survie » peut venir empêcher le travail de deuil ou alors le différer.

Les enfants confrontés à des deuils traumatiques au cours de leur prime enfance

doivent faire face à une double problématique : celle du traumatisme psychique (ils ont assisté à des décès de proches ou d'inconnus, ont vu leur propre vie menacée), et celle de pertes brutales et massives de « repères ». Sur le plan psychique, la blessure traumatique est fondamentalement narcissique. Autrement dit, cela signifie qu'il y a altération de l'estime de soi, du regard que l'on porte sur soi. Beaucoup d'enfants et d'adolescents blessés ont intériorisé une image négative d'eux-mêmes et se sentent « moins que rien ». La fuite dans la rue a été une alternative à des angoisses et des vécus de mort ressentis en famille. Dans la rue, le rapport au corps et les conduites à risques dénotent des troubles traumatiques à expression somatique ; la voie somatique étant l'unique expression possible du fait de l'impossibilité à penser car penser fait souffrir. Ces enfants et ces jeunes ne se projettent plus dans l'avenir et tournent souvent le dos à toute proposition d'aide venue de l'extérieur, notamment de la part des structures d'assistance. Certains ne savent plus s'ils sont morts ou vivants : « *Ne pas s'occuper de moi car je ne vais pas vivre longtemps* ». ▶

◀ **Allassane** : « *C'est comme si une partie à l'intérieur de lui était morte* »⁴.

Allassane est un jeune garçon d'une quinzaine d'années. Cela fait sept ans qu'il vit dans la rue, il est sale, « dépravé », les pieds nus, et calme selon l'expression consacrée pour évoquer la façon d'être d'un jeune en rue qui ne fait pas montre d'actes hétéro agressifs. Plus précisément c'est un adolescent « mi-joyeux-mi-triste », agité ou tranquille selon la situation. En effet, « *cela est en fonction du contexte socio-économique dont il dépend* » commente l'équipe du Samusocial Mali ; il est mal et taciturne quand il est tenaillé par la sensation de faim et joyeux quand il s'agit de danser tel que cela arrive lors des jours de fête où les jeunes peuvent s'amuser dans les « Balani chauds ».

⁴ « **Nous venons tous d'une maison** », Etude du Samusocial International et du Samusocial Mali, 2010, p.83

Alassane parle lentement, bégaye un peu comme si son élocution était bloquée. De plus, ses paroles sont telles des chuchotements et il ne peut regarder son interlocuteur dans les yeux. Alassane est difficile d'accès et semble ne rien demander. L'équipe le croise sur les différents sites lors des maraudes ; il est très mobile et sillonne toute la ville de Bamako. Il est seul et investit l'argent de la mendicité dans l'achat de nourriture. On dit de lui « *qu'il mange son argent et qu'il est toujours préoccupé par son ventre* ».

Depuis quelques mois, Alassane approche l'équipe plus aisément. Il dit sa préoccupation du moment : il est sujet de moqueries de la part de ses compères de rue car il n'est pas circoncis. Grâce à ce prétexte que peut être la demande de circoncision, l'éducateur va pouvoir en savoir plus quant à son histoire. L'équipe lui demande, en effet, le contact de ses parents en vue d'obtenir leur accord. Alassane est réticent à donner le contact de sa famille. Il commence au fil des entretiens à raconter son histoire.

Lorsqu'il avait 4 ans, ce jeune garçon a été témoin du meurtre de son père. Un voisin (identifié comme tel après le témoignage de la mère et d'Alassane, celui-ci étant cité comme un proche de la famille et du père) aurait frappé à coup de pilon son père alors qu'ils étaient tous endormis et se serait enfui avec la moto. Le père décède dans l'instant, des suites de ses blessures. Le voleur sera appréhendé, il décèdera en prison l'année suivante.

Alassane conte cela d'un air froid et distancié, s'emporte dans un accès de colère à partir du moment où il nomme son oncle avec qui la mère a été remariée quelques temps plus tard. Il évoque un oncle violent et maltraitant à son égard, n'hésitant pas à user du fouet de façon quotidienne. Après le décès du père, Alassane est envoyé au village de la famille paternelle (à environ 400 km de Bamako) avec la maman, le temps du deuil décrété comme tel selon la cou-

tume. C'est lorsque la maman est de retour à Bamako, un an plus tard, qu'elle est mariée au frère de feu son mari selon aussi la coutume traditionnelle. Elle sera en place de seconde épouse et vivra dans la même concession que sa coépouse. Alassane reste au village, il est confié à la famille paternelle. Lorsqu'il parle de son séjour au village paternel, c'est pour évoquer des faits de maltraitance dont il a été l'objet par ses oncles et cousins. Il raconte avec détails et précisions comment il était frappé à coup de manche de daba (similaire à la houe) au retour des champs avec le troupeau. Une année après le départ de sa mère, il quitte régulièrement le village à pied pour lui rendre visite à Bamako.

Ainsi depuis son plus jeune âge, Alassane marche, vagabonde sur les routes. Dans un premier temps, ses fugues sont motivées par de possibles retrouvailles avec sa mère. Vers l'âge de 8 ans, Alassane cesse de se rendre chez sa mère car il est systématiquement chassé par son parâtre et sa mère. C'est à partir de là qu'il vivra en permanence dans la rue.

Alassane est le premier fils de son père. Alassane dit que son parâtre l'a toujours chassé afin de récupérer la maison. A ce jour, il ne veut plus retourner au village ni même dans la concession car, précise-t-il, il a des souvenirs de son papa assassiné. Il rendra juste visite à sa mère dans le cadre de la demande d'accord pour la circoncision.

Une fois la relation de confiance tissée avec l'éducateur, Alassane transmet l'adresse de la concession familiale. L'équipe rencontre le parâtre, frère de feu le père avec qui la mère a été remariée (ainsi en est-il dans la tradition en vue de la consolidation de la cellule familiale). Celui-ci est très fuyant dans le contact et peu prolixe quant à l'histoire de son neveu. Il évoque une malédiction dont le jeune garçon serait victime. On lui aurait jeté un sort, ce qui expliquerait qu'il ait pris le chemin de la rue. L'oncle ne s'entend pas avec Alassane. Il explique

à l'éducateur qu'il n'a aucune part de responsabilité vis-à-vis de la situation de précarité dans laquelle se trouve Alassane. La discussion semble-t-il est close. Nommer le chemin qu'a pris Alassane dans la rue tel un mauvais sort jeté, si nous suivons les propos de son oncle, c'est en quelque sorte sortir le problème de la famille afin de se déculpabiliser, commente l'équipe.

Rencontrer la mère n'est pas chose aisée ; celle-ci vit toujours dans la concession de feu son mari qui maintenant est tenue par le parâtre d'Alassane. L'équipe a le sentiment que la mère d'Alassane est sous le contrôle de son mari. L'équipe va la rencontrer au cours d'une deuxième visite en famille ; cette dame est âgée d'une trentaine d'années, de belle allure et bien tressée. Elle a eu trois enfants depuis son remariage. Elle donne son accord pour la circoncision. Elle raconte qu'à partir de 6 ans, son fils quitte le village pour la rejoindre dans la concession à Bamako. La paroisse catholique du quartier se propose de payer les frais de scolarité pour Alassane mais les hommes de la famille refusent, à l'encontre du souhait de la maman. Il est renvoyé au village. Quelques mois plus tard dans la nuit, elle découvre son fils hagard dans la concession disant à une voisine « *ici c'est chez moi* ». Bouleversée par les propos d'Alassane, elle décide de le scolariser mais il « *ne tient pas en place* ». Ce dernier part errer dans les rues lors des temps de récréation et selon les dires de la mère ne parvient pas à étudier. Elle dit son découragement et son impuissance vis à vis des comportements d'Alassane. Les propos de cette maman à l'endroit de son fils peuvent faire penser à des troubles de la concentration dont ce dernier souffrirait en lien avec une agitation anxieuse qui participe à sa « grande mobilité ».

Une fois l'accord donné par la mère, il est donc prévu un temps de séjour en clinique afin de préparer l'intervention qu'est la circoncision. Alassane séjourne une nuit et revient le lendemain midi. La circoncision effectuée, Alassane fugue au

bout de quatre jours alors que les points de suture n'ont pas encore été retirés ; les pansements sont effectués en rue lors du passage de l'équipe en maraude la nuit. Il commente son départ prématuré de la clinique en raison de la mauvaise qualité de la nourriture servie.

« Alassane n'est pas prêt à quitter la rue » déclare l'équipe, « il est ancré dans la mendicité mais il s'agit de ne pas lâcher la main que nous lui avons tendue ».

L'équipe est soucieuse car ce jeune garçon ne prend pas soin de lui. Après son départ de la clinique, il est retrouvé sur un site, souffrant d'une fracture du calcaneum du pied gauche ; il aurait chuté d'un manguier deux nuits auparavant. C'est un passant qui donnera 5000 FCFA ; ses amis l'accompagneront chez un guérisseur de l'autre côté de la rive ; il reçoit des massages. Alassane semble ne pas faire cas de la douleur occasionnée par la fracture.

Après deux nuits consécutives de discussion avec l'équipe, il accepte d'être référé en clinique. Le plâtre n'est pas de mise mais il doit rester immobile durant 10 jours... Il respecte cette prescription à la grande surprise de l'équipe. En effet, Alassane est repéré par l'équipe comme un jeune garçon en mobilité permanente sur les sites et comme quelqu'un de difficile à « maîtriser » et à tranquilliser. Ce temps d'immobilisation va permettre à l'équipe d'affiner la relation d'aide auprès de ce jeune garçon car il est nécessaire d'établir une relation sécurisante avec ce jeune garçon avant que se déploie le récit des événements traumatiques dont il a été victime.

Ses conduites alimentaires lors de son séjour à la clinique s'assimilent à celles d'un bébé terrorisé, fixé à un besoin vital, celui de manger pour s'apaiser, s'auto-calmer. Il est noté qu'il est uniquement soucieux de remplir son ventre, toujours dans

une sensation permanente de faim. De plus du fait de son immobilisation, il bénéficie de soins corporels de nursing et d'attention au plus près. Alassane semble apprécier cette prise en charge. L'équipe s'inquiète puis s'étonne de l'acceptation d'Alassane à rester immobile. Quelque chose s'est créé dans la relation avec l'équipe à partir de la demande de circoncision jusqu'à ce jour où Alassane est tenu à être immobile.

Au cours des différents entretiens, il ne livre pas de souvenirs ayant trait à sa prime enfance ; il parle de son père uniquement à propos de son assassinat. Comme si ses souvenirs étaient bloqués, empêchés par les sensations violentes dues au choc traumatique suite au décès violent du père. L'équipe évoque un deuil traumatique ; les symptômes tels des sensations de douleur inexistantes chez lui, une anesthésie affective semblent traduire une angoisse difficile à appréhender avec les mots. En effet, nous pouvons parler de traumatisme psychique à propos du vécu de cet enfant assistant au meurtre de son père, avec certainement le sentiment chez lui que sa vie était aussi menacée. D'autant que les faits de maltraitance dont il a été l'objet les années suivantes n'ont fait que renforcer un sentiment aléatoire de survie. L'impression qu'Alassane ne veut pas grandir domine. Les manifestations émotionnelles se cantonnent à de la colère qu'il clame à l'endroit de son parâtre. Le désir de vengeance le hante jusqu'à ce qu'il verbalise à l'équipe le désir de tuer son parâtre. Les traces de ses blessures psychiques se révèlent ainsi par la ténacité d'une colère et d'un désir de vengeance. Il nomme son parâtre comme responsable de tous ses maux.

« C'est comme si une partie à l'intérieur de lui était morte » commente un éducateur. En effet, on peut déjà dire qu'Alassane tout petit a déjà failli mourir et qu'il est mort dans le même temps que son père... ►

■ Yvon et la construction d'un père héroïque⁵

Yvon G. K. est un jeune garçon de nationalité congolaise (RDC), qui a 13 ans lorsqu'il est rencontré par le Samusocial Pointe-Noire. L'entrée en relation se fait par une demande de soin médical ; il souffre d'une dermatose. Il est l'un des rares enfants à vivre très solitaire dans la rue. Les entretiens menés avec lui sont souvent superficiels en rue car il est très souvent fatigué et ne souhaite pas être dérangé. Le site où il est souvent rencontré est calme et fréquenté par très peu d'enfants. Il dit être victime des provocations des autres enfants. Ces derniers disent que c'est lui-même qui s'auto-exclut par ses scènes de colères et de violences. Yvon s'ouvre seulement quand il a un problème médical et se referme aussitôt. Yvon dit qu'il lui arrive de consommer du chanvre et de l'alcool. Il aime regarder les films portant sur la guerre et son acteur favori est Sylvester Stallone, auquel il s'identifie. Yvon a souvent été mis à l'abri à la clinique pour raisons médicales. Il a été suivi pendant longtemps (5 mois) pour sa dermatose chronique. L'enfant présente une très grande agressivité vis-à-vis du personnel qui l'accompagne, proférant des insultes dès qu'il est contrarié. Il manifeste aussi une violence envers les autres enfants et même envers le personnel. Il a plusieurs fois déchiré ses propres vêtements et ceux des adultes s'ils lui défendent de taper les plus petits ou encore de se bagarrer.

Dans les dessins qu'Yvon présente, on voit beaucoup d'armes (armes à feu et armes blanches). Le coloriage est en couleurs très vives. Il dessine des hommes en bérets avec des armes à la main. Il lui arrive de fabriquer des armes blanches avec des morceaux de fer ramassés. Il dit vouloir les utiliser contre ceux qui le provoqueront. Ses sorties de la clinique ont toutes été occasionnées par des actes de violences envers les autres enfants ou des insultes portées contre le personnel soignant. Yvon a plusieurs fois été accusé d'exercer des attouchements

⁵ « *L'importance de la prise en charge psychologique des enfants des rues* », Actes du séminaire co-organisé par la Fondation Air France, le Samusocial International et l'Agence Française de Développement, Paris, 7 et 10 juin 2013, p.13

sexuels sur d'autres enfants. Il l'explique par le fait qu'il a été lui-même victime. Concernant sa dermatose, Yvon dit que c'est une maladie comme tout autre et que le traitement n'est pas rapide car les germes responsables sont résistants. Il dit qu'elle n'est pas liée au manque de propreté vu que les autres enfants qui vivent dans les mêmes conditions que lui ne font pas la même maladie.

Dans les premiers temps de la relation avec le Samusocial Pointe-Noire, il est très évasif sur son histoire et son discours est différent selon les professionnels auxquels il s'adresse. Il dit qu'il ne connaît aucun membre de sa famille au travailleur social mais dit au personnel médical que ses parents sont décédés. Il dit aussi qu'il aurait suivi ses amis dans la rue. Progressivement, il s'ouvrira, en particulier auprès des soignants ; la manipulation de son corps semble le rassurer. Sur la base des informations qu'il donnera, une enquête sociale sera menée par l'équipe qui permettra de reconstituer son histoire.

Son père est mort à Brazzaville pendant une fusillade, en pleine guerre de 1999 ; il était en train de piller des magasins. Sa mère s'est alors réfugiée à N. avec Yvon qui avait 6 ans. Yvon commence à faire des promenades nocturnes, des rentrées tardives, et des voisins se plaignent de son attitude belliqueuse envers les autres enfants de son âge. Sa mère a un autre enfant avec un monsieur qui est artisan. Elle meurt deux ans après, suite à une longue maladie. A la mort de la mère, une tante par alliance nommée G., qui est en réalité une camarade de la mère, récupère Yvon et le « *considère comme son fils* ». Son demi-frère reste avec son père. La tante G. est mariée, a trois enfants et possède un restaurant.

Tante G. décrit Yvon comme un enfant difficile et dit qu'Yvon aurait intégré un groupe de « *petits voyous* », ce qui l'amène à l'envoyer à Pointe-Noire auprès de sa fille. Il y reste seulement trois mois puis revient à N. sans donner d'explication à sa tante. La tante a noté un changement significatif du petit dès son retour

de Pointe-Noire: exécution des travaux ménagers, services au restaurant... A N., Yvon fait des allers retours entre la rue et le domicile de la tante G. Un jour il blesse un bébé alors qu'il se bagarrait avec un camarade. Craignant des représailles, il fuit à nouveau le toit de la tante G. pour Pointe-Noire. Yvon dit être parti de la maison parce que sa tante le tapait beaucoup, le privait de nourriture et l'insultait souvent en faisant référence à sa maman et à son papa, qu'elle accusait d'être respectivement une prostituée et un voleur.

Yvon a été l'objet d'un confiage obligatoire après le décès de ses deux parents dans des circonstances différemment traumatisantes. La mort brutale de son père fusillé installe une perte brutale et totale chez l'enfant de la fonction identitaire paternelle. La mort de sa mère quant à elle plus insidieuse met plus l'enfant dans un vécu d'incapacité et une impuissance qui peuvent laisser la place à une culpabilité très grande. Yvon dit n'avoir pas vu le lieu où sa maman a été enterrée, « *on m'a refusé d'aller sur les lieux parce que j'étais enfant* ». Il n'y a pas eu de veillée (veillée funéraire traditionnelle organisée quelques jours avant une inhumation). Il dit vivre une espèce de peur et de désir à l'idée de voir un jour la tombe de sa maman. Yvon dit que son père est mort pendant la guerre, qu'il fut un grand combattant alors qu'il a été tué dans une fusillade parce qu'il pillait un magasin. Il parle très peu de son demi-frère.

MALTRAITANCE ET NON-TRAITANCE

❖ Au regard des situations qui cumulent des faits de violences potentiellement traumatiques et des négligences violentes, celle du retour forcé dans un daara « déviant » s'avère particulièrement significative des situations rencontrées par le Samusocial Sénégal⁶. Certains enfants fuient d'un daara en raison des violences de la mendicité forcée (les sévices corporels subis lorsqu'ils ne rapportent pas la

somme exigée) et rompent avec leur famille pour échapper à la décision familiale, avérée ou présumée, du retour forcé dans le daara, décision qui, compte tenu des violences vécues par les enfants dans leur daara, s'assimile également à une forme de violence.

Rester dans la rue par peur de rentrer dans sa famille est ainsi un symptôme de l'étendue de la rupture du lien entre l'enfant et ses proches. Le placement dans un daara « déviant » est un facteur clé dans ce processus de dégradation du lien. La volonté manifeste du parent de confier son enfant à un marabout sans tenir compte des faits de violences rapportés par l'enfant procède de l'altération du devoir de protection familiale. Cela est d'autant plus significatif lorsque l'enfant, après plusieurs tentatives de fugues, est constamment ramené chez le marabout. Sous couvert de choix éducatif des familles pour leurs enfants, certaines pratiques de placement dans des daaras « déviants » relèvent davantage de la négligence, voire de l'abandon. Les blessures psychiques alors occasionnées semblent moins relever des maltraitances subies au daara que du ressenti d'une non-traitance parentale. ►

⁶ Traditionnellement les daaras sont des structures d'enseignement coranique et d'éducation à la vie en communauté. Aujourd'hui, cette pratique existe toujours dans cette forme traditionnelle, mais elle coexiste avec une pratique dévoyée de la fonction première qu'est l'éducation, à des fins d'exploitation économique par la mendicité des enfants.

⁷ « *Enfants et jeunes de la rue à Dakar – Propos sur la rupture familiale* », Etude du Samusocial International et du Samusocial Sénégal, 2012, p.45

◀ Aliou, 13 ans : « *Si quelqu'un parvient à convaincre mon père de m'épargner du daara, je serais prêt à rentrer* »⁷.

« Je suis originaire de la Gambie, j'ai été placé au daara par mon père depuis 2006 à Dakar, mais les conditions étaient très dures, on devait verser la somme de 250 f/jour. Et quand on m'a battu pour la dernière fois parce que je n'avais pas pu obtenir la somme requise, j'ai décidé de fuguer, je suis dans la rue depuis 2 mois, je n'ai pas de parents à Dakar, toute ma famille est en Gambie et je ne veux pas rentrer car je sais que mon père peut me ramener au daara si une

fois je retourne chez moi. C'est pour cette raison que je n'ai pas pensé rentrer en Gambie. »

Il poursuit : *« Si quelqu'un parvient à convaincre mon père de m'épargner du daara, je serais prêt à rentrer. »*■

❖ **Matar, 16 ans :** *« Mon père ne s'intéressait pas à moi, [...], je priais jour et nuit pour qu'il revienne car je ne le connaissais pas »*⁸.

Matar n'a presque pas vécu avec ses parents qui se sont séparés quand il était tout petit. Après la séparation, la mère a gardé l'enfant et le père a migré en Europe. Au moment de se remarier, la mère a confié la garde du jeune Matar à son grand frère qui est maître coranique. Après un court séjour chez son oncle maternel, le jeune enfant a commencé à fuguer en raison des maltraitances de son oncle : *« Mon oncle n'a rien fait pour moi, il me frappait toujours, j'ai très peur de lui, il est très méchant... »*

C'est d'ailleurs son oncle qui à son tour le confie à un autre Marabout toujours pour l'apprentissage du Coran : *« C'est mon oncle qui m'a amené dans ce daara, il a même dit au Marabout de m'enfermer et voilà ils m'ont enfermé et enchaîné [...]. »*

Pendant son séjour dans le daara, sa mère ne lui rend pas visite comme le font les autres parents. A propos de son père, il dit : *« Mon père ne s'intéressait pas à moi, avant son retour au pays, je priais jour et nuit pour qu'il revienne car je ne le connaissais pas. En plus de cela les pères de mes promotionnaires au daara venaient de temps en temps au daara et cela me faisait de la peine. A son retour, il n'est pas venu me voir directement [...]. C'est au bout de quelques jours qu'il est venu me rendre visite... »*

⁸ « **Enfants et jeunes de la rue à Dakar – Propos sur la rupture familiale** », Etude du Samusocial International et du Samusocial Sénégal, 2012, p.46

A chaque fois que ce jeune garçon fuguait du daara, il se rendait chez une de ses tantes à Dakar, mais celle-ci, pour ne pas avoir de problèmes avec la famille, décida de ne plus l'accueillir chez elle. Matar est resté dans la rue. ►

HONTE ET CULPABILITÉ

◀ Djeneba, 15 ans : « *les injures grossières qu'elle me disait tous les jours en présence de mes frères et sœurs me faisaient honte* »⁹.

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

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

Dans les sociétés où le mariage comporte un impératif de virginité de l'épousée, la « non virginité » d'une jeune fille, révélée par sa grossesse, est généralement considérée comme un déshonneur pour sa famille, dans le sens où elle ne sera plus « mariable », et dans la mesure où le mariage est symboliquement entendu comme une alliance entre familles. Que la grossesse soit issue d'une relation sexuelle consentie ou non, « on » a volé à la jeune fille sa virginité ; très

⁹ « *Adolescentes et jeunes femmes de la rue – Clés de compréhension d'une vulnérabilité spécifique* », Cahier thématique, Samusocial International, 2013, p.26

fréquemment celle-ci peut « prendre sur elle et/ou contre elle » cette situation, en considérant que cela est de sa faute. En outre, dans certains contextes sociétaux, une grossesse « illégitime » c'est-à-dire hors consentement des parents à une union de type marital et bien souvent sans connaissance, par la famille, du père de l'enfant (« l'auteur de la grossesse ») signifie que le futur bébé est un « bébé de la honte ». Ces jeunes filles qui sont tombées enceintes « en dehors du circuit familial », se retrouvent, de fait, désaffiliées de leur milieu d'origine. Le déshonneur familial dont on les accuse est d'autant plus violent qu'elles s'en sentent responsables ; elles portent le « fardeau de honte » que leurs familles leur font porter.

Ce sentiment de culpabilité se rencontre également dans les situations de dysfonctionnement familial que certains enfants vont « prendre sur eux et/ou contre eux ». ▶

« Baba, 14 ans : « *comme si j'étais le responsable de tout ça* »¹⁰.

« Je suis dans la rue parce que mes parents ne s'entendent pas. Chaque jour que Dieu fait ils se disputent. Ne pouvant plus accepter cette situation, j'ai préféré quitter le cercle familial. Depuis que ma mère est tombée malade, elle ne s'entend plus avec mon père. C'est pour cette raison que je fuguais souvent. Mes grands frères ne pouvaient pas supporter mes fugues et les disputes de nos parents, de ce fait ils se tournaient vers moi, en m'indexant, disant que je suis un enfant à problème comme si j'étais le responsable de tout ça. » ▶

¹⁰ « *Enfants et jeunes de la rue à Dakar – Propos sur la rupture familiale* », Etude du Samusocial International et du Samusocial Sénégal, 2012, p.27

PERTE DE **REPÈRES**, PERTE DE **PLACE**, PERTE DE **SENS**

« Mohamed, 13 ans : « *Je ne veux plus rentrer chez moi, ma mère m'interdit de sortir et j'ai besoin de le faire pour jouer au foot avec mes amis* »¹¹.

Ce jeune garçon vivait avec son père et sa mère (d'origine sénégalaise) en Côte d'Ivoire où il est né ; lorsque les violences ont éclaté dans ce pays, la famille est revenue au Sénégal. Les conditions de vie de la famille se sont dégradées.

« Je suis encore dans la rue, parce que j'étais parti à Touba mais avant d'y aller, mon père m'avait dit que je dois partir le lendemain à l'école. Quand je suis revenu, j'ai eu mal à la dent et mon père m'a obligé à aller à l'école, comme j'ai raté des cours, je n'arrivais pas à faire correctement mes exercices. Je ne pouvais pas aussi réciter ma leçon. La correction du maître a été sévère. A la récréation, je suis parti [de] l'école [...]. Je suis revenu à la maison à minuit et mon père n'a pas voulu m'ouvrir la porte. Je suis reparti dans les rues de [...] et puis j'ai pris une voiture pour Dakar.

Je ne veux plus rentrer chez moi, ma mère m'interdit de sortir et j'ai besoin de le faire pour jouer au foot avec mes amis. Je ne veux plus des études. Mon père aussi ne cesse de me battre. En plus de cela nous n'avons pas de télévision à la maison, de ce fait la nuit je pars regarder la télé chez nos voisins et au retour mon père me bastonne. » ▶

¹¹ « *Enfants et jeunes de la rue à Dakar – Propos sur la rupture familiale* », Etude du Samusocial International et du Samusocial Sénégal, 2012, p.28

❖ Ousseynou, 13 ans : « *Actuellement je veux retourner en famille mais je sais que je vais revenir à Dakar dans la rue* »¹².

« *J'ai perdu mes parents, je vivais avec mon oncle paternel à [...], j'étais en apprentissage métallique, j'ai tout le temps fugué de la maison à cause du comportement de mon oncle. Après ma dernière fugue, j'étais reparti à la maison, mon oncle ne m'a rien dit il m'a seulement demandé là où j'étais et il s'en est arrêté là. Je n'avais pas de problème avec mon patron mais l'envie de revenir à Dakar me revenait souvent à la tête, actuellement je veux retourner en famille mais je sais que je vais revenir à Dakar dans la rue.* »

Ousseynou dit qu'il rencontre souvent sa grand-mère maternelle dans les rues de Dakar ; elle se limite à des salutations. Il lui arrive aussi de retourner chez son oncle mais ce dernier se contente de lui demander là où il était parti. ►

❖ Brama : « *Il a seulement la nostalgie de sa mère* »¹³.

Brama a 10 ans lorsqu'il est rencontré par le Samusocial Mali. Après la séparation de ses parents, sa mère s'est remariée et son nouveau mari refusa d'accepter Brama. Sa mère pensait qu'il n'est pas en sécurité chez son père qui garde une morgue et qui « *est un drogué et un alcoolique fait* ». Chez son père, Brama serait obligé de fouiller dans les poubelles de l'hôpital pour chercher à manger. La mère le confia alors à un Imam qui lui fit savoir « *qu'il peut aller là où il veut* ».

Dans la rue, Brama se plaint d'être rançonné par les plus grands. Il se shoote à la colle et souffre régulièrement de maux d'oreille. Il vit fréquemment ses nuits dans un centre d'hébergement.

¹² « *Enfants et jeunes de la rue à Dakar – Propos sur la rupture familiale* », Etude du Samusocial International et du Samusocial Sénégal, 2012, p.30

¹³ « *Nous venons tous d'une maison* », Etude du Samusocial International et du Samusocial Mali, 2010, p.61

Un premier retour en famille est organisé chez son oncle paternel. Brama s'en va, selon les propos retranscrits par l'équipe du Samusocial Mali, parce que : « *[Il] ne s'entendait pas ni avec les enfants de son oncle ni avec sa tante. Cette dernière lui aurait même dit un jour qu'elle le battrait à mort. Il ajoute qu'il ne voudra plus retourner chez son oncle, car lui ne veut plus voir sa femme. Il dit qu'il en a marre de vivre en famille* ».

Il retourne sur son site de rue où il vit sous la protection d'un plus grand nommé Madou. Mais il demande à ce que l'EMA passe par sa mère pour avoir le contact de son père. Lui-même ne souhaite plus voir son père car, comme l'équipe du Samusocial Mali transcrit ses propos dans son dossier : « *Un jour, son père l'a frappé à l'hôpital jusqu'à ce que les policiers sont intervenus et ont frappé son père. Depuis, même [quand] son père le voit, il ne lui dit plus rien* ».

Il reste alors dans la rue où il fréquente plusieurs sites de rue. Lors d'un entretien avec l'équipe mobile d'aide à la clinique où il a été référé pour ses maux d'oreille, il demande à repartir vers le centre pour être inscrit à l'école. Il fugue finalement de la clinique pour retourner sur le site où vit Madou. Mais lorsque l'équipe mobile d'aide l'informe que sa mère est venue à la clinique et ne l'a pas trouvé, et qu'elle n'était pas contente, il s'en veut et dit aussitôt vouloir y retourner car l'état de son oreille ne s'est pas amélioré.

Il dit qu'il est d'accord avec un projet d'insertion socioprofessionnelle avec une structure partenaire du Samusocial Mali. Il veut offrir un téléphone portable à sa mère pour garder le contact.

Pour réaliser ce projet, il retourne chez son oncle paternel. Chez sa mère ce n'est toujours pas possible, manifestement. Brama dit que tout va bien, « *il a seule-*

ment la nostalgie de sa mère ». Et c'est sans doute dans cette nostalgie que se loge la violence la plus profonde vécue par Brama. ▀

◀ *Bakary : « C'est mon ami Chaka qui m'a nargué pour passer une nuit dans la rue. Sinon, il ne s'est rien passé... »¹⁴.*

« Je vivais en famille avec mon père Moussa et ma mère Fatou. Je n'étais pas scolarisé. Je travaillais comme apprenti réparateur des motos. Au décès de ma mère, j'ai été confié à mon oncle » (grand frère de sa mère).

« C'est mon ami Chaka qui m'a nargué pour passer une nuit dans la rue. Sinon, il ne s'est rien passé avec mon oncle. Ma première nuit dans la rue, c'est devant la grande mosquée que je l'ai passée, en compagnie de Joe et d'autres enfants. Depuis, je suis resté dans la rue. »

« Une fois je suis retourné en famille avec Tidiane, l'éducateur du centre. Je suis entré en conflit avec mon oncle paternel. Il m'a grondé et m'a même envoyé à Bollé¹⁵. Depuis mon retour dans la rue, j'ai peur de retourner en famille ; j'ai peur d'être grondé ou envoyé de nouveau à Bollé. Mais je sais que je veux retourner en famille, parce que la rue c'est pour un temps, « a te laban »¹⁶. »

Après le décès de sa mère, Bakary est confié à son oncle maternel, entre en conflit avec son oncle paternel, ne dit rien de son père... Comme beaucoup d'enfants, Bakary dit peu à propos de son départ et de son arrivée en rue. Ils disent peu sur eux-mêmes, souvent parce qu'ils ne comprennent pas eux-mêmes ce qui s'est passé pour eux, avec eux. Ce vide crée de la violence, qui déborde

¹⁴ « *Nous venons tous d'une maison* », Etude du Samusocial International et du Samusocial Mali, 2010, p.67

¹⁵ « Bollé est un centre de détention, de rééducation et de réinsertion pour mineurs, à Bamako.

¹⁶ Expression bamanan qui signifie qu'on ne peut pas faire toute sa vie dans la rue.

à un moment donné, et s'exprime dans la décision du départ, un départ souvent obligé en conséquence d'un acte de vol qu'ils commettent, et une arrivée en rue par hasard... ►

« Lamine, 14 ans : « *Je me suis baladé et la nuit j'ai vu des enfants dormir devant la grande mosquée, j'ai fait comme eux, et depuis, je vis dans la rue* »¹⁷.

« *Je vivais en famille avec mon père (...) et ma mère (...). Je suis le seul fils de ma mère, mais j'ai des demi-frères et demi-sœurs. Mon père a une deuxième épouse. »*

« *Mon souhait c'était de devenir militaire. Je voulais être inscrit au Prytanée militaire¹⁸ de Koulikoro et mon oncle paternel était prêt à m'aider. Mais mon père n'était pas d'accord. Il voulait que je passe d'abord au DEF¹⁹, après je pourrais aller au Prytanée. C'était trop long pour moi. Alors, un jour j'ai pris de l'argent appartenant à mon père et je suis venu à Bamako pour chercher mon oncle. Je ne connaissais pas le montant, mais c'était beaucoup d'argent. Je n'ai pas pu retrouver la maison de mon oncle et n'ayant nulle part où aller, je me suis baladé [dans les rues de Bamako] et la nuit j'ai vu des enfants dormir devant la grande mosquée, j'ai fait comme eux, et depuis, je vis dans la rue. »*

¹⁷ « *Nous venons tous d'une maison* », Etude du Samusocial International et du Samusocial Mali, 2010, p.68

¹⁸ Ecole militaire

¹⁹ Diplôme d'études fondamentales. Il sanctionne les études fondamentales (de la 1^{ère} à la 9^{ème} année) et permet le passage au secondaire

« *Je suis retourné une fois en famille. Ma mère était en déplacement. Quand mon père m'a vu, il m'a pris, et après m'avoir frappé, il m'a ligoté les mains et les pieds pour que je ne puisse plus m'échapper. Un jeune est venu me libérer et j'ai fui pour retourner à Bamako.*

J'évite désormais les endroits où ils peuvent me retrouver comme le marché ou devant la grande mosquée. Je retournerai bien un jour, mais pas maintenant. La rue c'est pour un moment, après on retourne toujours en famille. Je voudrais étudier et réaliser mon rêve, comme ça, lorsque mes parents me reverront, ils pourront constater que j'ai réussi par moi-même. Je voudrais être orienté dans un centre et continuer mes études. » ▶

❖ *Aminata, 20 ans : « Vous m'avez trouvée ici par hasard »²⁰.*

« Je suis originaire de (...) où je vivais avec mes parents. Suite à des conflits conjugaux, ils se sont séparés sans que le divorce soit prononcé. Ma mère est allée à Sikasso. Je suis restée avec mon père qui a pris une autre épouse. Mais je ne suis pas arrivée à m'entendre avec ma marâtre. Il est vrai qu'à l'époque, je sortais déjà beaucoup ; je m'absentais pendant des jours sans aller en famille. Souvent je venais juste passer la nuit dans notre vestibule et très tôt je repartais. En plus j'avais la main légère : dès que je voyais de l'argent, un objet précieux je le prenais. Sincèrement, je ne sais pas ce qui me poussait à agir de la sorte. C'était plus fort que moi. J'ai ainsi fait perdre à ma marâtre un montant de près de cent cinquante mille (150000) FCFA. Je ne faisais rien d'important de l'argent ; j'achetais des petites choses (bonbon, gâteau, boisson, etc.) et puisque je ne pouvais pas tout consommer, je creusais un trou pour y mettre le reste de l'argent. Il m'arrivait même de l'attacher dans un petit mouchoir et le jeter dans le WC. Je dois toujours avoir de l'argent enterré quelque part dans la cour.

²⁰ « *Nous venons tous d'une maison* », Etude du Samusocial International et du Samusocial Mali, 2010, p.71

En retour ma marâtre me frappait fréquemment, me maltraitait et me faisait faire des travaux durs que je ne pouvais pas supporter. Je n'avais que 14 ans. Je me levais avant tout le monde et je me couchais après tout le monde. En plus je ne mangeais pas à ma faim. Mais mon père ne disait rien. Alors un jour, en l'absence de mes parents, j'ai pris 15000 FCFA à ma marâtre pour fuir et aller à Sikasso. Pendant un temps je vivais avec un ami de mon frère. Je fréquentais aussi les maquis. Quand j'ai été admis au DEF, je suis venue à Bamako pour le lycée. Je faisais toujours des va et vient dans la rue. A un moment donné je suis revenue à Bamako. Ne connaissant personne, je suis descendue dans un bar où j'ai fait la connaissance d'une fille. J'ai fait plusieurs mois sans aller en famille et sans même savoir que la famille avait déménagé [dans un quartier de Bamako]. Après des recherches, j'ai retrouvé la maison et de temps en temps je m'y rendais. Avec mon amie, on faisait le maquis, fumait et buvait de l'alcool.

À un moment donné, mon amie m'a poussée à aller voler des pagnes chez une de nos voisines. Peu de temps après je suis rentrée en conflit avec mon amie. J'ai alors pris la moitié des pagnes. Arrivée en famille mon grand frère me les a retirés pour les remettre à la police. Je fus arrêtée par la dame volée et remise à la police. Mes parents se sont arrangés pour que je ne reste pas enfermée.

Je suis encore retournée en rue, avec des va et vient en famille. Je fréquentais les filles de la gare (...) qui entre temps est devenue ma base. J'ai eu un prétendant au mariage qui me rendait fréquemment visite. Un jour, j'ai emprunté la moto d'un ami pour qu'un autre

ami me dépose en famille (...). Il a disparu avec la moto. Le propriétaire m'a accusée de l'avoir arnaqué. Il a porté plainte et j'ai été arrêtée et emprisonnée. (...) j'ai été libérée. Quelque temps après, celui qui s'était enfui avec la moto s'est fait arrêter. Mais je n'ai pas voulu porter plainte.

Entre temps j'ai eu un enfant avec un médecin. Il ne s'occupait pas de son enfant, je me prostituais pour pouvoir assurer les charges de l'enfant. Ne pouvant continuer, je lui ai remis son enfant. Ses parents à lui n'ont plus voulu que je revoie mon enfant. Quelques temps après l'enfant est tombé malade, ses parents m'ont implorée de venir à son chevet. C'est alors que j'ai informé mon grand frère du fait que j'ai eu un enfant dans la rue. Il s'est exclamé en disant « den be den wolo ! » [Littéralement : un enfant peut-il enfanter ?]. Puis il n'a plus rien dit et a accepté que j'amène l'enfant en famille. Il s'est vite rétabli et sans que je sois informée et à mon insu, l'enfant a été enlevé par la famille de son père.

Une deuxième fois, l'enfant est tombé malade et une deuxième fois la famille du père de l'enfant m'a demandé de venir récupérer mon enfant. J'ai compris que « n'a saara a saara'n ye, ni a balola a balola u ye » [si l'enfant meurt, c'est mon problème, s'il vit il leur appartient]. Je l'ai récupéré et l'ai gardé jusqu'à son rétablissement. Mais une deuxième fois ils me l'ont retiré. Il est tombé une troisième fois malade et une troisième fois ils m'ont demandé de venir le chercher. Là j'ai refusé catégoriquement. Malheureusement, l'enfant a succombé à sa maladie. Il avait 15 mois.

Depuis mon dernier retour en famille, j'ai arrêté mes sorties, je ne

fréquente plus le maquis, je ne fume plus et ne bois plus. Je suis à la maison, je mange et je dors. Mes grands frères m'ont promis de m'aider à trouver du travail si je reste sur place pendant une année. Vous m'avez trouvée ici par hasard. Je suis arrivée ce matin même pour rendre visite à mes amies. J'avais la nostalgie. Je retourne ce soir même [dans ma famille]. »

Aminata est très prolixe, raconte sa vie comme on raconte un film qu'on a « adoré ». Elle se dit « éveillée », et parle de sa vie d'une façon déconcertante, rit souvent de certains passages de sa vie, et brandit d'autres comme des trophées de jeunesse. Aminata doit rester « sur place », mais toute la question est peut-être quelle place ? Quelle place Aminata a-t-elle dans sa famille ? ▶

Conclusion

❖ Pour comprendre l'errance psychique dans laquelle se meuvent beaucoup d'enfants et jeunes de la rue, la notion de traumatisme est déterminante. Les violences humiliantes qu'ils vivent en rue viennent se greffer aux effets de vécus traumatiques dans leur vie d'avant la rue et développent, ou figent, un état d'errance qui peut être entendu comme le dernier moyen de défense pour fuir l'impensable. De l'expérience d'évènements objectivement violents aux carences de soins, d'attention, d'affection, d'intérêt, dans leur foyer familial ou d'accueil, les vécus traumatiques par excès ou par négligence constituent une donnée essentielle dans la compréhension de leurs comportements, de leurs attitudes, de leur posture et de leurs discours, dans la rencontre avec les intervenants des structures d'aide.

La maltraitance par des « pseudo » maîtres coraniques, des membres de la famille « élargie », qui ont accepté un confiage sans l'assumer, la maltraitance physique et/ou verbale des parents, sont souvent, trop souvent, racontées par les enfants et jeunes de la rue. Les violences physiques et verbales perpétrées par certains maîtres coraniques en Afrique de l'Ouest, épuisent les enfants, mais les affects violents ressentis semblent davantage en lien avec l'absence de réponse, l'indifférence, ou la négation, de la part de leur famille. De même, les pratiques de confiage dans des familles davantage dispersées qu'élargies peuvent constituer des vécus traumatiques par négligence. Cette pratique traditionnelle, notamment en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale, ancrée dans la dynamique familiale, consiste à remettre l'enfant à un membre de la famille élargie ou un ami dans le but de renforcer les liens sociaux de parenté ou d'alliance. Mais dans cette famille élargie, les liens sont parfois tellement distendus qu'ils ne permettent pas à l'enfant de s'engager, ou d'être intégré dans ce lien dit familial. Un confiage qui se passe mal génère souvent pour l'enfant une errance dans son histoire de vie. En outre, lorsque le confiage est la conséquence du décès des parents, ces vécus traumatiques par négligence sont d'autant plus amplifiés qu'ils viennent se surajouter à un vécu traumatique lié à la mort et à la perte.

L'état d'errance s'inscrit ainsi dans une clinique de la désaffiliation. Dans la clinique de la désaffiliation avec la famille s'intègre une question de culpabilité sous-jacente, dès lors qu'est abordée la question du dysfonctionnement de l'organisation familiale, où l'enfant est en perte de repères: «Je n'avais pas ma place, je ne trouvais pas ma place». L'enfant peut ainsi constituer la personification de la faute familiale, voire même subir une « condamnation », dès lors qu'il se retrouve lui-même stigmatisé par la faute qu'il représente. Dans cette clinique de la désaffiliation peuvent être aussi intégrées l'invention d'un partenaire et la construction d'un père héroïque d'élection qui permet l'inscription

dans une filiation, comme un trésor de leur imagination. Des événements avec d'autres peuvent être créés par fiction et les souvenirs d'enfance de ces enfants et jeunes en errance deviennent alors des récits héroïques. A l'inverse, ils peuvent ne raconter que des bribes d'histoire, avec un discours désabonné, automatique, et en même temps destiné à rassurer les intervenants. Il appartient alors aux intervenants d'adopter des pratiques professionnelles adaptées avec des clés de compréhension spécifiquement issues de la notion de suradaptation paradoxale. ▀

● Partie III

Apports de la notion de
suradaptation paradoxale
dans les **pratiques de
prise en charge des
enfants et jeunes de la rue**

Clé d'observation des logiques d'auto-exclusion et clé d'analyse de l'errance psychique en tant que manifestation de réactions post-traumatiques, la notion de suradaptation paradoxale contribue dès lors à orienter et à adapter les pratiques de prise en charge des enfants et jeunes de la rue.

De manière générale, elle interpelle en premier lieu nos propres mécanismes de défense psychologique pour surmonter des situations insupportables ; en ce sens, beaucoup d'intervenants tentent de se convaincre ainsi que certains enfants et jeunes de la rue ont le « goût » de la rue, l'addiction à la rue, l'envie irréprouvable de liberté, pour justifier une apparente adaptation à la vie dans la rue.

De manière spécifique, elle permet de développer des pratiques professionnelles précisément conçues pour tenir compte des logiques d'auto-exclusion en lien avec un état d'errance psychique. ▶

REPÉRAGE DES ENFANTS ET JEUNES EN DANGER

❖ Dans l'intervention auprès des enfants et jeunes de la rue, une priorité doit être accordée à ceux qui sont le plus en danger. En effet, si le contexte d'extrême précarité dans lequel ils vivent constitue en soi un danger, ils ne sont pas tous dans une égale intensité de danger.

L'enfant, le jeune le plus en danger, est celui pour lequel les intervenants peuvent, par la simple observation, évoquer une dépression à l'œuvre. Très souvent, l'enfant est décrit par les éducateurs comme un enfant « stressé » et « mobile », c'est-à-dire ne tenant pas en place et errant de site en site. Cette mobilité est liée à un état d'agitation anxieuse. Il s'agite, il ne tient pas en place ; ce qui lui

permet de cesser de penser « *parce que ça fait mal* », ce qui lui permet de fuir tout contact avec des intervenants. Il parle très peu et c'est par le regard et la posture de l'enfant que les interlocuteurs peuvent apercevoir la terreur dans laquelle l'enfant est enfermé. L'état de désorientation dans lequel erre l'enfant est ainsi souvent observé ; l'enfant ne sait plus d'où il vient, où il va et où il est. Cet état « d'amnésie stuporeuse » se révèle tel un symptôme de troubles dépressifs graves dont souffre cet enfant. L'enfant est en outre très sale et « *fatigué* » ; ces deux expressions, souvent usitées par les intervenants, décrivent un état de délabrement physique et psychique. Cet état de fatigue liée aussi à l'état de malnutrition de l'enfant fait résonance à ce que l'on nomme un effondrement psychique d'allure dépressive ; l'enfant abandonné s'abandonne.

Ainsi se lisent beaucoup d'indices de dépression chez ces enfants et jeunes en rupture sociale, familiale mais aussi en rupture d'eux-mêmes. Certains éprouvent une forme de mélancolie et « *vont se laisser mourir* » n'ayant plus la force de résister aux angoisses mortifères qui les taraudent. L'état de régression dans lequel se terrent beaucoup d'enfants est amarré à une dépression ancienne suite à des ruptures avec des parents (décès, maladie mentale ou dépression graves chez ces derniers). La dépression peut survenir par carence du lien, il s'agit d'une forme de dépression anaclitique (forme de dépression chez le jeune enfant qui a été séparé précocement de sa mère) ou par particularité du lien (le lien est difficile car trop proche voire très menaçant).

Avec d'autres enfants et jeunes, en revanche, le travail de repérage s'avère plus compliqué tant ils déploient des stratégies efficaces pour échapper à notre vigilance. Leurs attitudes et discours formatés de petits « *caïds* » qui n'ont besoin de rien ni de personne, les « *tout va bien, je vais bientôt rentrer dans ma famille* », sont autant de pièges pour les intervenants. La notion de suradapta-

tion paradoxale permet précisément de déjouer ces logiques d'auto-exclusion par l'analyse du rapport que chaque enfant, chaque jeune, entretient avec les autres et de l'usage qu'il fait de son corps. Parce qu'ils mettent en retrait leur vie psychique pour pouvoir survivre, ils sont en danger ; en danger de s'enfermer encore davantage et de passer progressivement de la survie à la non vie.

La notion de suradaptation paradoxale peut également être utile dans le repérage du risque de dysparentalité dans le lien que les adolescentes et jeunes femmes de la rue vont engager avec leur propre enfant. En apparence, la jeune mère prend soin de son enfant. En réalité, elle « joue à la maman ». Certains signes sont symptomatiques de cette suradaptation paradoxale : mécanique et froideur dans les gestes accordés au portage du bébé (tenir l'enfant dans ses bras sans tenir sa tête), surinvestissement des phases d'endormissement et de réveil du bébé ainsi que de son nourrissage. L'adolescente ou la jeune femme peut reproduire l'image maternelle sans nécessairement ressentir le lien maternel : c'est particulièrement vrai pour celles qui sont inconsciemment dans une grande quête d'amour vis-à-vis de leur mère et qui ont été carencées lors des premiers soins. Elles réparent ainsi leur toute petite enfance dans cette mise en scène d'un maternage « hyper compétent et hyper vigilant » : elles reproduisent une image perçue en tant que petite fille c'est-à-dire qu'elles s'occupent de leur enfant en fonction des éventuelles carences de soins et d'affection maternels dont elles ont été victimes. Par leur apparente adaptation au rôle maternel, ces adolescentes et jeunes femmes peuvent ainsi échapper à l'attention des intervenants. Or la dysparentalité, dans ses manifestations les plus graves, peut conduire au syndrome de « l'enfant miroir ». Certaines jeunes filles semblent ne faire qu'une personne avec leur bébé ; la jeune fille prend des toxiques donc elle en donne à son enfant, elle

fait la grève de la faim, elle l'impose à son enfant. Son autodestruction va avec celle de son enfant. Dans ce syndrome de « l'enfant miroir », la pulsion de mort est fortement à l'œuvre chez certaines jeunes mères. Les dangers encourus par le bébé ne semblent pas peser tant ce dernier signifie probablement pour elles « le double d'elle-même ». ▶

ABORD DE LA TOXICOMANIE

❖ Dans ses prolongements analytiques, la notion de suradaptation paradoxale qui met en exergue les logiques d'auto-exclusion et l'errance psychique en tant que manifestation de réactions post-traumatiques, permet également de guider les intervenants dans l'abord de la toxicomanie. Certains enfants et jeunes font un usage continu des toxiques dans le but soit d'abolir, soit d'exciter et de sublimer leur vie psychique. Ils se retranchent ainsi d'un pan de leur vie sociale et pratiquent une forme d'auto exclusion régressive. Ceux-là sont dans un processus addictif qui doit être traité en tant que tel.

D'autres consomment des toxiques de manière plus irrégulière, pour aider à travailler, à tenir le choc, ou pour trouver le sommeil. Leur consommation de drogues est trop souvent interprétée comme un code de la vie en rue, un rituel de la « culture de rue ». Or, se droguer pour dormir sans rêver par crainte des cauchemars, ou simplement pour dormir tant l'état de vigilance est exaspéré, révèle surtout leur tentative de pouvoir ainsi oublier des nœuds traumatiques qui les ont fait chavirer dans un effroi constant. *Considérer l'usage de drogues tel un code de la vie en rue, un rituel de la « culture de rue », constitue dès lors une analyse non seulement erronée mais surtout potentiellement dangereuse car elle ne permet pas de mettre en place des modes*

d'intervention intégrant les dimensions spécifiques de l'auto-exclusion et de l'errance psychique. ▶

TRAVAIL DE LIEN

❖ Les symptômes en lien avec la notion de traumatisme sont nécessaires à repérer dans « les façons de dire et de faire » d'un enfant ou d'un jeune. « Les souvenirs de honte » poussent souvent les enfants et les jeunes à mettre en acte et à répéter des traumatismes puisqu'ils ne peuvent pas en parler. Le refoulement, l'oubli apparent, n'empêchent en rien un travail de « sape » à l'intérieur et les symptômes résistent, s'imprégnant dans le temps, sous la forme de conduites invalidantes pour l'enfant, le jeune.

Ainsi, les enfants et les jeunes mentent souvent, lorsqu'ils racontent leur histoire, non pour trahir une vérité mais pour éviter de penser à la réalité. Les discours fictifs s'apparentent à des stratégies amnésiques. Dire qu'un enfant, un jeune, ne nous fait pas encore suffisamment confiance pour raconter son histoire est à la fois juste et erroné : juste, car toute relation d'aide nécessite le temps de la construction d'une relation de confiance ; erroné, car cela traduit aussi et surtout sa peur, celle de l'effondrement. L'écouter doit donc d'abord rassurer sur sa capacité d'écoute c'est-à-dire sa capacité d'accueil de la parole et de l'émotion libérée par la parole.

En effet, les vécus traumatiques cumulatifs, au sein du monde familial et dans la rue, donnent aux enfants et aux jeunes le sentiment d'une fatalité. Le monde adulte peut alors sembler intrusif, voire menaçant, et nous devons mesurer à quel point, dans de telles circonstances et dans de tels contextes, demander de

l'aide est un exploit psychique. La demande, si elle émerge après les premiers temps de contact, se fera de façon discrète, souvent sans paroles explicites : tel jeune montrera visiblement une plaie, tel autre, lors des maraudes, donnera à l'éducateur ou au médecin, un petit objet qui résume sa situation (carcasse de téléphone portable ou de jeu électronique, tube de colle vide), pour signifier sa demande d'écoute. De tels moments sont fugaces et il est urgent de les percevoir et d'y répondre.

Les expériences potentiellement traumatiques seront racontées une fois qu'ils se sentiront en confiance dans la rencontre avec des éducateurs leur assurant une permanence dans leur présence. Lors de l'accompagnement auprès d'un jeune marqué par des souvenirs traumatiques, tout un travail de reconstruction est à faire « pas à pas », dans lequel le jeune pourra se réapproprier le cours de son histoire dont il a été en quelque sorte dépossédé. L'accès à la parole, au langage, constitue une façon de « panser la plaie psychique » qui le fait souffrir en tentant, peu à peu, de mettre du sens sur ce qui appartient au non-sens, une façon de faire du lien avec son histoire et de lui permettre de redevenir auteur, à part entière, de sa vie.

Dans cette perspective, l'objectif premier des intervenants doit être de créer un lien avec les enfants et jeunes de la rue. Les premiers contacts avec l'équipe sont déterminants car ils permettent de fonder « l'accroche » préalable à l'engagement de l'enfant, du jeune, dans une relation d'aide. Il est nécessaire d'initialiser le mouvement en allant vers eux et de travailler le lien, c'est-à-dire de les mettre suffisamment en confiance pour qu'ils puissent venir vers les intervenants, dans un premier temps avec des demandes explicites correspondant à leurs besoins immédiats, puis, au fur et à mesure de la consolidation

du lien, avec des demandes plus implicites d'aide personnalisée. Entrer dans ce lien de confiance signifie, pour les enfants et jeunes de la rue, qu'ils acceptent de reconnaître les intervenants comme des tiers aidants.

Le travail de lien exige un savoir-faire et un savoir-être spécifiques qui se fondent principalement sur l'empathie et la distance professionnelle. Ce travail de lien exige également de la patience et un rythme de l'équipe dans les rencontres. En effet, le travail de lien repose sur le temps et c'est la permanence du lien qui construit la relation de confiance. En assurant une présence régulière auprès des enfants et jeunes de la rue, les intervenants peuvent ainsi mettre en place un cadre d'accompagnement personnalisé. ▶

OFFRE DE SOINS MÉDICAUX

◀ Le soin médical est souvent une « porte d'entrée » de la relation avec les enfants et jeunes de la rue. Il crée un lien immédiat, concret, qui permet de poser les bases d'une relation de confiance indispensable à la co-construction de la relation d'aide. En outre, une demande de soins pour un enfant ou un jeune de la rue peut révéler une demande d'écoute sous-jacente, même si celle-ci n'est pas clairement exprimée. Enfin, la demande pour autrui, qui participe de la construction de la notion de suradaptation paradoxale, relève généralement du soin médical. En procédant à la consultation médicale de celui désigné par le demandeur, le soignant prouve ainsi sa capacité à répondre aux demandes d'aide, ce qui peut favoriser la construction de la relation de confiance entre le demandeur et les intervenants. En analysant la demande pour autrui comme une demande implicite de soins de la part du demandeur, le soignant va également se préoccuper de son état de santé et sa proposition de consultation sera peut-

être acceptée, inaugurant ainsi l'entrée en relation.

Avec des enfants et jeunes dans des logiques d'auto-exclusion, l'offre de soins médicaux constitue ainsi une accroche efficace dès lors qu'au-delà du curatif, elle permet de créer un dialogue, d'établir un cadre d'écoute. Le soin médical permet également un soin du corps, conçu comme un moyen visant à permettre aux enfants et jeunes de la rue de reprendre confiance en eux en réapprenant à prendre soin d'eux. Le cas d'Yvon²¹, atteint d'une dermatose progressive, témoigne que, via le soin médical, il réussit à progressivement s'ouvrir aux soignants, car « *la manipulation de son corps le rassurait* ».

Enfin, sans offre de soins médicaux, certains enfants et jeunes s'auto-excluraient de toute forme de relation d'aide. Avec certains, en effet, le lien n'existe que par le soin médical tant ils sont dans l'incapacité de dire, de se raconter, tant revendiquer le choix de rester vivre dans la rue symbolise leur armure dans une stratégie d'évitement de l'Autre destinée à éviter de penser à soi. ►

« Amadou, 14 ans : « *Je veux bien mais je me sens plus à l'aise dans la rue* »²².

Amadou dit peu à propos de son histoire. Lors des premiers contacts avec l'équipe du Samusocial Sénégal, il indique qu'il ne connaît pas ses parents, qu'il est un « *enfant perdu* ». « *On m'a ramassé dans la rue. J'ai suivi ces gens-là [d'autres enfants et jeunes de la rue] et me voilà* ». Puis il évoquera son père et son frère qui vivent en Mauritanie. Lorsque le travailleur social lui demande s'il souhaite les revoir, il répond : « *non, je suis perdu, je ne suis pas retrouvé* ». Le seul lien, si ténu soit-il, se tisse par le soin médical. Lorsqu'il est

²¹ Etude de cas présentée dans la partie II de ce Cahier thématique

²² Dossier individuel du Samusocial Sénégal

malade, l'équipe lui propose de venir au centre pour assurer les soins. Il refuse « *pour rien* » et ajoute : « *je veux bien mais je me sens plus à l'aise dans la rue* ». A chaque fois, il refuse, ou accepte et donne un rendez-vous pour que l'équipe vienne le chercher, et ne se présente jamais. Il n'accepte que de se faire soigner dans la rue, sachant que certains soins ne sont pas possibles dans la rue. « *Je veux vieillir ici dans la rue, la rue c'est très bon* ». ▮

INTERVENTION D'UN PSYCHOLOGUE CLINICIEN

❖ Compte tenu des vécus traumatiques avant et pendant la vie en rue, ainsi que des logiques d'auto exclusion, l'intervention d'un psychologue, diplômé en psychologie clinique et apte à l'exercice du diagnostic psychopathologique et du soin psychothérapeutique, s'impose. Il ne s'agit pas pour autant de restreindre son cadre d'intervention à des consultations en cabinet. La prise en charge psychologique doit être, en effet, comme les autres modalités de prise en charge, adaptée au contexte de vie et à la situation individuelle des enfants et des jeunes. A cet égard, il y a un réel besoin pour le psychologue de s'inscrire notamment dans le cadre des interventions dans la rue : *à l'instar des éducateurs de rue, les psychologues peuvent également être des « psychologues de rue » qui vont vers les sujets et interviennent ainsi « hors les murs ».*

La présence d'un psychologue clinicien n'implique nullement, toutefois, la présence continue de ce psychologue dans toutes les interventions de prise en charge dans la mesure où chaque intervenant doit jouer un rôle dans le soin psychique et dans la réparation d'une vie psychique profondément altérée avant, puis par, la vie dans la rue. *La fonction du soin psychique est primordiale dans le rôle des intervenants, et de ce fait, transversale en termes*

de prise en charge globale. De ce fait, la formation des intervenants doit être continue dans le domaine de l'approche psychologique et la fonction d'un psychologue clinicien au sein d'une équipe est toujours double, entre la fonction thérapeutique avec les enfants et jeunes de la rue et la fonction de soutien analytique aux autres membres de l'équipe dans la compréhension des situations individuelles rencontrées et l'élaboration d'actions à mener (dans le cadre des réunions de synthèse des équipes et des réunions dédiées aux études de cas). A défaut de possibilité de recrutement d'un psychologue clinicien au sein de l'équipe, pour des raisons notamment de rareté de ces professionnels dans certains pays, des sessions régulières de formation doivent être organisées avec des psychologues cliniciens externes. Enfin, lorsque les moyens le permettent, les interventions du psychologue clinicien de l'équipe peuvent être complétées, de manière pertinente, par la mise en place de supervisions ou groupes d'analyse de la pratique professionnelle, animés par un psychologue clinicien externe à la structure, et qui sont destinés à renforcer, en particulier, la compréhension des modes d'expression et de comportement des enfants et jeunes les plus en danger. ►

DÉMARCHE DE SOINS MÉDICAUX, PSYCHOSOCIAUX ET ÉDUCATIFS

❖ La démarche de soins permet de voir une situation individuelle dans son ensemble et de déterminer les besoins réels de chaque bénéficiaire comme une personne unique en soi. Elle pose le cadre d'une relation d'aide personnalisée qui s'adapte à la situation de chacun, au rythme de chacun, et crée les conditions favorables à un rétablissement de la possibilité d'accorder confiance

à l'Autre ; elle interagit, de ce fait, avec l'estime de soi. En évitant des analyses globales de situation, et en conséquence des propositions d'aide formatées, la démarche de soins permet ainsi aux enfants et jeunes de la rue de redevenir pleinement des sujets. La démarche de soins est un impératif pour soutenir les enfants et jeunes de la rue dans leur volonté psychique, leur capacité sociale, à se projeter dans un avenir hors de la rue. Alors peuvent se préparer, en fonction de chacun, des processus de protection et/ou d'autonomisation, avec ou sans la famille.

Par l'interdépendance des soins médicaux, psychosociaux et éducatifs, les enfants et jeunes de la rue peuvent retrouver des repères et des codes fondamentaux, permettant d'éviter une spirale d'auto-exclusion, ou d'en sortir. Ils peuvent ainsi expérimenter, ou ré expérimenter, le sentiment d'être un sujet, digne de recevoir de l'aide et autorisé à en demander. La relation d'aide, médicale, psychologique, sociale et éducative, en particulier avec les enfants et jeunes qui mettent en retrait leur vie psychique et s'enferment dans des logiques d'auto-exclusion, constitue, en effet, et avant tout, un sas d'humanisation au sein duquel ils peuvent s'autoriser à redevenir des sujets. ►

CENTRE D'HÉBERGEMENT SPÉCIALISÉ

◀ La relation d'aide avec les intervenants dans la rue va tendre à progressivement briser l'armure de protection de l'enfant, du jeune, à quitter sa carapace défensive, son apparent détachement. Il ne faut pas oublier que ce que manifeste la suradaptation paradoxale est un mécanisme de défense très « coûteux » psychiquement pour l'enfant, le jeune, que c'est une solution qui épuise le psy-

chisme. L'expression de ses souffrances est extrêmement douloureuse (effrois traumatiques, angoisses devant le lien et dépressions dès que le passé est réinvesti) mais est cependant une condition nécessaire à l'élaboration de tout projet avec lui. La relation d'aide est ainsi de nature à provoquer une forme de régression chez l'enfant ou le jeune qui se retrouve psychologiquement tel qu'il était avant de s'enfermer dans une logique d'auto-exclusion. Durant cette phase, il n'est plus en capacité de survivre dans la rue, sans secours, et il se peut alors qu'il doive être mis à l'abri pour bénéficier d'une régression accompagnée par des professionnels, et en premier lieu, un psychologue clinicien.

Un centre d'hébergement doit alors exister de manière spécifiquement adaptée à ce type de prise en charge, tant en termes de services proposés que de ressources humaines qualifiées. L'aide médico-psychologique doit être au cœur du dispositif pour accompagner un processus de régression dont les incidences touchent à la santé même du sujet. En effet, un enfant ou un jeune « suradapté » a besoin de régresser pour laisser tomber ses mécanismes de suradaptations rigides qui sont autant de défenses et de béquilles psychiques qui, si elles perduraient, se révéleraient tôt ou tard, invalidantes. Il importe de l'aider à régresser, pour reconstruire son identité corporelle et psychique, de retresser ses liens avec lui-même et avec autrui ; ce qui lui permettra de vivre enfin des rapports de confiance avec l'entourage, où il peut recevoir, donner, échanger.

Dans une perspective plus générale, le centre doit fabriquer un lieu qui aide l'enfant, le jeune, à retrouver des repères spatiaux, temporels, sociaux et psychoaffectifs, afin de sortir des logiques de survie et d'auto-exclusion. La fonction de ce centre est ainsi d'aider l'enfant, le jeune, à récupérer, à se retrouver, et non de l'occuper par des activités qui peuvent

ne le concerner en rien, et qui peuvent même, par leur aspect automatique de performance imposée, contrarier les processus de ressourcements psychiques et corporels. En outre, parce que l'enfant accueilli a un rapport « traumatique » à son corps, il importe de porter particulièrement attention aux temps de remise en fonction du corps (la toilette, le repas, le sommeil). ▸

◀ Du refus d'aide à l'effondrement

Grace est un jeune homme de 26 ans pris en charge par le Samusocial de Pointe-Noire.

Tombé d'un train et grièvement blessé au pied, Grace est amené au centre du Samusocial Pointe-Noire par un groupe de jeunes. À l'arrivée, Grace dit, malgré sa souffrance, qu'il n'a pas besoin d'aide. L'équipe réussit à le convaincre de la nécessité d'une hospitalisation. Il est alors accompagné dans une clinique. Durant le trajet, il ne cesse de demander des comprimés et des produits pour faire les pansements lui-même dans la rue. Un premier traitement est mis en place dès son arrivée à la clinique. Deux heures après, Grace décide de partir dans la rue. Le personnel de l'hôpital tente de lui faire comprendre que sa situation est grave. Il leur dit que c'est son corps et que ce corps lui appartient, qu'il a eu des blessures plus graves que celle-ci et qu'il s'en est sorti. Il menace l'équipe médicale de la clinique avec des pierres. Elle est obligée de le laisser partir. Quatre heures après il rencontre l'équipe de maraude du Samusocial Pointe-Noire et exige qu'on l'amène au centre. L'équipe veut savoir pourquoi ; il leur fait savoir qu' on « nourrit » bien les enfants et aussi que tout le monde « l'aime ». L'équipe l'encourage à repartir plutôt à la clinique, ce qu'il finit par accepter. Grace est hospitalisé pendant deux semaines puis, pendant près de trois mois, un suivi médical de jour est mis en place au centre du Samusocial Pointe-Noire.

Au cours de cette période de suivi, la relation avec Grace change brusquement. Il rentre dans une phase de régression qui rend difficile sa gestion au centre par les équipes. Quand il arrive au centre, il refuse de se faire soigner, passe tout le temps à dormir et ensuite devient agressif vis-à-vis des enfants hébergés et du personnel. Il trouve que les enfants sont mieux traités que lui, exige d'être hébergé au centre, exige qu'on lui donne à manger dès son arrivée au centre. Il agresse verbalement sans distinction tous ceux qu'il rencontre au centre. Suite à ses premières agressions verbales et les jets de pierre à l'endroit des enfants et du personnel, une discussion est menée avec lui. Il ne donne aucune explication à ses gestes et propos violents, mais promet de ne plus recommencer. Un soir, Grace arrive au centre alors qu'il avait un rendez-vous le matin pour son pansement. Dès son arrivée, il commence à injurier le gardien qui alerte le personnel du centre. Les équipiers qui arrivent sur place subissent les jets de pierres de Grace. Ils lui font comprendre que pour la sécurité des enfants hébergés et de l'équipe, ils ne peuvent l'accepter, dans cet état, dans le centre. Il s'écroule au sol et se met à pleurer comme un tout petit enfant. ▶

Conclusion

❶ Intégrer la notion de suradaptation paradoxale dans l'abord des enfants et jeunes de la rue guide les pratiques professionnelles de prise en charge au regard de différentes modalités. Elle constitue tout d'abord un outil permettant de repérer des enfants, des jeunes, qui malgré les apparences, sont en danger parce qu'ils mettent en retrait leur vie psychique pour pouvoir survivre et dans cette spirale d'auto-exclusion, finissent par s'abandonner eux-mêmes. Elle oriente éga-

lement l'abord de la toxicomanie en remettant, au cœur de la problématique, les vécus traumatiques et l'errance psychique. La notion de suradaptation paradoxale renforce, en outre, l'importance du travail de lien nécessaire pour co-construire une relation d'aide personnalisée, avec des enfants et des jeunes qui ont d'abord besoin de réassurance dans la relation à l'Autre, d'expérimenter une relation exempte de violence et d'exploitation, pour pouvoir considérer l'Autre, représenté par le soignant, l'intervenant social, comme un tiers aidant. Si dans ce travail de lien, l'offre de soins médicaux constitue une véritable porte d'entrée et si l'intervention d'un psychologue clinicien s'avère essentielle, c'est toute une démarche de soins médicaux, psychosociaux et éducatifs, que sous-tend l'éclairage apporté par la notion de suradaptation paradoxale, dès lors que la démarche de soins vise précisément à renforcer les capacités à se penser en tant que sujet, digne de recevoir de l'aide et autorisé à en demander. Enfin, en insistant sur les logiques d'auto-exclusion qui sont à l'œuvre chez les enfants et jeunes de la rue, la notion de suradaptation paradoxale implique de penser la fonction d'un centre d'accueil et d'hébergement dans une perspective de récupération psychique, afin de réapprendre, souvent après une phase nécessaire de régression, des repères et codes fondamentaux altérés par leurs vécus d'avant et dans la rue. ►

Conclusion générale

La notion de « suradaptation paradoxale », élaborée à partir du travail clinique effectué auprès des enfants et jeunes de la rue, c'est-à-dire vivant dans la rue, en rupture de vie familiale, permet, en un premier temps, de décrire une situation de terrain en apparence paradoxale. Certains enfants et jeunes de la rue ont « l'air d'aller bien » alors qu'on pourrait s'attendre compte tenu de leur histoire familiale, de la situation de rupture de vie familiale et de leurs conditions de vie dans la rue, à les voir dans la commotion psychique ou dans la plainte. Certains enfants et jeunes de la rue ne demandent jamais rien pour eux-mêmes mais n'ont de cesse de faire des demandes pour les autres du groupe, des demandes pour autrui. Certains enfants et jeunes de la rue, qui ont l'air apparemment adaptés à la vie dans la rue, s'effondrent psychologiquement dès qu'ils s'éloignent de leur lieu de vie et de leur groupe et peuvent vivre des épisodes de régression lorsqu'ils se sentent en sécurité dans un centre d'hébergement.

En un second temps, elle permet de comprendre que derrière des stratégies d'apparente adaptation à la vie dans la rue, peuvent, en réalité, se dissimuler des logiques d'auto-exclusion. La notion de suradaptation paradoxale aide, en effet, à révéler des logiques d'auto-exclusion chez les enfants et jeunes de la rue, par la recherche d'éléments d'analyse de leur rapport à l'Autre, en lien avec les lieux de vie qu'ils investissent et avec la relation qu'ils entretiennent avec les leaders de groupes, ainsi que de leur rapport au corps. Les demandes d'aide pour autrui conjuguées avec l'absence de demande d'aide pour soi-même, ou des demandes d'aide qui sont davantage des réponses aux propositions institutionnelles que des questions personnalisées, constituent également des indices significatifs de leur auto-exclusion, aux lieux et places de leur adaptation à la vie dans la rue. Ces logiques d'auto-exclusion, qui manifestent un processus de mise en retrait de la vie psychique pour fuir l'impensable, participent pleinement d'une

errance psychique qui est à mettre en lien avec les traumatismes, par excès ou par négligence, vécus dans leur milieu familial, auxquels se surajoutent les violences qu'ils vivent en rue.

La notion de suradaptation paradoxale à la vie dans la rue constitue ainsi une clé d'observation de logiques d'auto-exclusion et une clé d'analyse d'une errance psychique en tant que manifestation de réactions post-traumatiques, et contribue, de ce fait, au développement de pratiques professionnelles spécifiquement adaptées. Savoir repérer des enfants et des jeunes qui, malgré ou au-delà des apparences, sont en grand danger, aborder la problématique de la toxicomanie en lien avec l'auto-exclusion et l'errance psychique, comprendre l'importance du travail préalable de lien avec ces enfants et ces jeunes, de l'offre de soins médicaux, de l'intervention d'un psychologue clinicien, de la démarche de soins médicaux, psychosociaux et éducatifs, de la mise en place de centres d'hébergement spécialisés, sont autant de recommandations dont le sens et la portée se justifient pleinement au regard de la notion de suradaptation paradoxale.

La notion de suradaptation paradoxale englobe ainsi les processus de résilience dans une théorie plus large des mécanismes psychiques à l'œuvre dans toute reconstruction profonde de la personnalité du sujet accueilli et suivi par des équipes.

C'est un terme qui est d'abord descriptif en ce qu'il rassemble des phénomènes que l'on observe souvent chez les enfants et les adolescents en rupture de lien et en abandon social, qui, sortis de leur environnement habituel auquel ils sont bien adaptés, entrent dans un mouvement de régression une fois accueillis dans une structure protégée et où ils sont en contact avec les règles du monde adulte.

Ce terme de suradaptation paradoxale montre que la compréhension des

formes de résilience des jeunes dans des contextes d'abandon familial et social dans la rue ne peut se faire que dans un deuxième temps, lors du soin psychique et éducatif, et pas dans le vif des situations rencontrées. Il permet de relativiser les formes d'adaptation dites résilientes en mettant l'accent sur le coût psychique de cette résilience qui est parfois épuisante, ruineuse pour le psychisme du sujet. Toute personne, quel que soit son âge, se reconstruit psychiquement non seulement par des adaptations à l'ici et maintenant, mais plus encore, par la possibilité de renouer un lien de parole et de confiance avec autrui. Il revient aux intervenants de permettre à des jeunes de se passer de résiliences en « faux-self », et parfois d'allure psychopathique, afin de régresser utilement et de retrouver le point de leur développement où ils peuvent se reconstruire dans un lien à autrui. La notion de suradaptation paradoxale permet ainsi d'approfondir celle de « résilience » tout en en critiquant les insuffisances et les ambiguïtés dans la mesure où des enfants réputés résilients savent, s'ils sont bien traités, abandonner leur armure de protection qui les empêche, en réalité, de se construire ou de se reconstruire.

Un champ d'investigation est, de fait, ouvert, et ces nouveaux modes de l'abord des enfants et jeunes en danger dans la rue doivent nécessairement s'intégrer dans la formation initiale et continue des professionnels de la prise en charge, soignants, psychologues cliniciens, travailleurs sociaux, éducateurs, afin de mettre au cœur de tout dispositif d'intervention et d'accompagnement des pratiques professionnelles tenant dûment compte des fragilités et cassures psychiques observables chez tous les enfants et jeunes de la rue. ▸

Principales sources

- ❖ O. Douville, **« L'urgence, le trauma. A propos du travail clinique avec les enfants errants dans les rues à Bamako »**, Victimologie-Criminologie, Approches cliniques, Tome 5 « Situation d'urgence - situation de crise. Clinique du psychotraumatisme immédiat » (sous la dir. de F. Lebigot et P. Bessolles), Nîmes, Champ Social éditions, 2005 : 103-112
- ❖ **« Nous venons tous d'une maison »**, Etude du Samusocial International et du Samusocial Mali, 2010
- ❖ **« Survivre dans la rue à une rupture de vie familiale »**, Etude du Samusocial International et du Samusocial Pointe-Noire, 2011
- ❖ **« Les enfants des rues : de la prise en charge individuelle à la mise en place de politiques sociales »**, Savoirs Communs N°12, Agence Française de Développement et Samusocial international, 2011
- ❖ **« Enfants et jeunes de la rue à Dakar – Propos sur la rupture familiale »**, Etude du Samusocial International et du Samusocial Sénégal, 2012
- ❖ **« Adolescentes et jeunes femmes de la rue – Clés de compréhension d'une vulnérabilité spécifique »**, Cahier thématique, Samusocial International, 2013
- ❖ **« L'importance de la prise en charge psychologique des enfants des rues »**, Actes du séminaire co-organisé par la Fondation Air France, le Samusocial International et l'Agence Française de Développement, Paris, 7 et 10 juin 2013
- ❖ **« L'intervention auprès des enfants et jeunes de la rue – Principes et pratiques de l'intervention dans la rue »**, Guide méthodologique, Samusocial International, 2013

Toutes les publications du Samusocial International sont en libre accès sur le Centre de ressources du www.samu-social-international.com

LE SAMUSOCIAL INTERNATIONAL

Le Samusocial International, association loi 1901 créée en 1998, accompagne la création et le développement de dispositifs d'aide aux personnes en situation d'exclusion sociale dans les grandes villes du monde. Son réseau est aujourd'hui constitué de 15 dispositifs dont sept spécialisés dans la problématique des enfants et jeunes de la rue : à Bamako, Pointe-Noire, Ouagadougou, Dakar, Le Caire, Casablanca et Luanda. Toutes les structures Samusocial adhèrent à des principes communs, validés par une Charte et un Code déontologique professionnel, partageant une méthode d'intervention qui se fonde sur les principes de permanence, mobilité, professionnalisme, pluridisciplinarité et travail en réseau.

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

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

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

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

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

LA SURADAPTATION PARADOXALE

UNE NOTION CLÉ DANS L'ABORD CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE
DES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE

La notion de suradaptation paradoxale des enfants et jeunes de la rue a été conçue et développée par Olivier Douville, psychologue clinicien, psychanalyste et anthropologue, collaborateur du Samusocial International depuis 2001. Son élaboration procède d'observations empiriques d'enfants et jeunes de la rue, c'est-à-dire vivant en permanence dans la rue, en raison d'une rupture de vie familiale.

La suradaptation paradoxale ne définit pas un état, une compétence ou une pathologie. Elle constitue un outil pour les professionnels de la prise en charge, soignants, psychologues cliniciens, travailleurs sociaux, éducateurs, qui leur permet d'analyser « au-delà des apparences » les situations individuelles rencontrées et d'accorder une attention spécifique aux enfants et aux jeunes qui ne se présentent pas à première vue dans la commotion psychique ou dans la plainte. Clé d'observation de logiques d'auto-exclusion et clé d'analyse d'une errance psychique en tant que manifestation de réactions post-traumatiques, la notion de suradaptation paradoxale incite ainsi les professionnels de l'intervention à penser, ou repenser, leurs pratiques, tant en termes de modalités relationnelles avec les enfants et jeunes de la rue que de capacités d'accueil et de prise en charge. »



FONDATION
SANOFI ESPOIR

samusocialInternational