

« Incidence de la grande exclusion sur la psychologie de l'enfant et de l'adolescent »¹

Olivier Douville
(Psychanalyse et anthropologue, Administrateur du SSI,
Université de Paris 10-Nanterre)



Je remercie mes collègues de l'Université de Ouagadougou de l'honneur qu'ils me font à parler aujourd'hui en ces lieux. Je remercie également Madame Samba, directrice du Samu Social Burkina Fasso, d'avoir aidé à la tenue de cette conférence, je salue chaleureusement les nombreux étudiants, nos futurs collègues, ici présents.

J'ajoute à mes remerciements ma reconnaissance pour l'UNICEF qui a pris en charge cette session de formation des agents du Samu Social Burkina Fasso. En effet,

¹ Rédaction de la conférence faite le 11 janvier 2007 à l'invitation de l'Université de Ouagadougou, département de philosophie et de psychologie, en présence de Carole Samba directrice du Samu Social Burkina Fasso,

cette conférence est aussi un temps de formation des agents de ce Samu et je salue amicalement leur présence en cette salle

C'est bien évidemment à partir de ma pratique clinique auprès de 3 samu sociaux africains que je vais parler : outre celui de Ouagadougou, celui situé à Bamako, chez vos voisins maliens et celui de Pointe-Noire, au Congo. J'exprime ici toute ma gratitude au Docteur X. Emmanuelli, fondateur et président du Samu Social International, qui m'a permis de travailler sur ces projets Samu dès l'été 2000.



Dès que l'on compare différentes villes d'Europe, d'Asie ou d'Afrique le phénomène d'enfants marginalisés et en danger apparaît comme une réalité globale.

L'exclusion est un phénomène structural qui va de pair avec le développement économique et l'entrée de la plupart des pays du Monde dans l'économie de marché. En ce sens elle nécessite des analyses nouvelles et des savoirs faire nouveaux dès que nous sommes concernées par des situations de danger d'enfants ou d'adolescents jetés à la rue. En effet, cette situation globale du processus d'exclusion affecte de plus en plus gravement les sujets de la génération qui vient, à savoir les enfants. De sorte que l'exclusion sociale et économique se redouble d'une exclusion de nombreux jeunes de la transmission dans le fil des générations de la vie sociale et culturelle. L'exclusion aujourd'hui n'est plus une exception, il y a une massification de jeunes qui ne rentrent plus dans le pacte social entre les hommes et les femmes, entre les parents et les enfants, entre les ancêtres et les vivants.

Cette réalité nous impose des réponses. Nous avons tous le devoir d'accueillir la génération qui vient. Or de nombreux enfants, qui sont notre futur donc, sont en danger dans des conditions d'exclusion assez inédites. Est-il besoin de souligner qu'un jeune

exposé à la vie dans la rue est en danger, en danger dans son identité, dans son équilibre psycho-affectif ?

Il faut savoir connaître ces dangers, les diagnostiquer, y porter remède. Ce qui impose de développer des savoir-faire, ce qui impose aussi de définir des repères qui aident à la relation de soin physique et psychique avec ces jeunes. Car ni le bon sens, ni la bonne volonté, ni les meilleurs des sentiments ne suffisent. La vie dangereuse dans la rue modèle des comportements, plus profondément elle met en forme des processus psychiques particuliers qui aident à la survie parfois mais au pli de clivages, de dénis et de retraits psychiques exténuants. Face à des sujets aussi démunis, aussi peu assurés du sentiment de se sentir réels, aussi mal accueillis dans la vie, nous devons faire montre d'un patient savoir-faire, nous avons à inventer et à mettre à l'épreuve de l'action une approche clinique. Les savoirs psychologiques et psychopathologiques nous y aident, à mesure, toutefois qu'ils se trouvent questionnés, qu'ils rencontrent la limite de leur extension et de leurs articulations internes. Bon je suis scientifique, je n'ai cure d'inventer du concept pour faire joli, par goût de l'originalité. Au contraire, c'est bien en forçant les savoirs, en situant là où ils ne répondent plus très bien, qu'il est nécessaire de se résigner à inventer des nouveaux termes plus aptes à décrire les faits et à permettre l'action. J'y reviendrai à la fin de ma conférence.

Des jeunes en danger donc. Il y a en effet différents types de dangers, et les plus immédiatement repérables sont ceux qui mettent le corps du jeune en danger et qui congédient de l'usage que le jeune fait de son corps les savoirs communs nécessaires à la survie. :

- Les drogues qui attaquent la perception des corps, les enfants deviennent insensibles à la douleur, ils peuvent se noyer dans un vécu océanique où ils se confondent avec l'environnement immédiat ou, au contraire, se sentir dans une extrême solidité et toute puissance de leur corps. Il va sans dire que l'une ou l'autre de ses illusions entraîne un usage périlleux de l'espace, le jeune ne sentant plus la résistance que peuvent lui opposer des obstacles, d'autres corps, ne calculant plus la vitesse de déplacement des véhicules qui l'entourent, et de façon plus générale ne se repérant presque plus dans les coordonnées spatio-temporelles du lieu où il est situé.

- Hygiène précaire

- Alimentation, mauvaise l'enfant se nourrit de restes, de ce qui chute des étals du marché. Il se nourrit de ce qui n'est pas pris dans les échanges de l'offre et de la demande, de ce qui ne se signifie pas dans les rets du jeu social. On voit à ce moment-là, qu'au-delà des questions d'hygiène que je ne cherche pas à minimiser, c'est aussi à travers ces conduites alimentaires, toute une déperdition du sens humain de l'alimentation qui se met en place.

- Il faut aussi noter les particularités de la vie sexuelle de nombre de ces jeunes. Il existe une sexualité dans les groupes de jeunes en errance, et c'est une réalité difficile à admettre et longtemps passée inaperçue. Les enfants en parlent peu tant cela va contre certains tabous sociaux et culturels et tant cela dépasse aussi – et c'est plus important- leur propre capacité de représentation de

leur corps. La sexualité peut être utilisée comme un moyen de sujétion et de contrôle des aînés « protecteurs » sur les plus jeunes. De plus, à l'adolescence, certains jeunes, surtout des filles, ne disposent pas d'un savoir et d'une image de leur corps qui les rend apte à « métaboliser » les irrptions/pubertaires. Leur sexualité devient alors souvent une conduite stéréotypée et à risque qui a pour but de calmer, par la répétition de l'acte sexuel, ce traumatisme que peut représenter l'irruption dans leur corps de la sexualité génitale. On rencontre là un paradoxe fréquent chez ces jeunes exclus des discours partagés et privés des possibilités identificatoires qu'offrent de tels discours : ils soignent leur anxiété par de l'agir. Ce point est important à connaître pour quiconque prétend travailler dans la prévention et/ou l'accompagnement psycho-éducatif avec de jeunes adolescents et adolescentes. C'est ce que nous avons commencé à analyser dans notre travail à Bamako auprès des « maraudes-filles » avec l'équipe du Samu Social Mali et ma camarade de mission Valérie Lavergne dont je salue la présence parmi nous.

Parfois certains enfants n'acceptent les soins, ces enfants se replient sur eux, et pourtant leur état de corps est alarmant mais ils le vivent dans la plus plate indifférence au point que j'ai pu me demander s'ils ne stagnaient pas dans une anesthésie psychique et physique..

C'est là une situation-limite et un problème crucial pour notre action de « secourisme social » éclairée, comme il se doit, par des enseignements cliniques et psychopathologiques. En effet, c'est bien quand un sujet refuse un bien auquel il a droit qu'on se rend compte que la prise en charge d'un sujet cassé, s'il elle « passe » en premier lieu par le soin du corps, ne saurait être effective s'il n'est pas fait accueil d'une souffrance psychique.

« Souffrance psychique »... voilà un bien grand mot, presque un slogan, que désigne-t-il ?

Les cris, les pleurs, la tristesse, se sentir en insécurité sont des signes de cette souffrance car ce sont des expressions manifestes de ce qui affecte le sujet, de ce dont il nous rend témoins. Or le paradoxe de ces situations-limites juste avant décrites c'est que l'on trouve aussi des sujets en souffrance psychique qui ne ressentent rien, c'est donc cela que je désigne comme le paradoxe de l'anesthésie. C'est avec ces enfants qu'il faut travailler en premier lieu, ce sont les plus en dangers. De tels enfants ont souvent le sentiment qu'ils n'ont pas été complètement mis au monde. Au-delà de l'exclusion économique, sociale et familiale ils ont le sentiment la conviction presque d'être mis à la porte du langage, des échanges ordinaires, ces échanges qui nous font nous sentir vivant. Il s'agit d'une atteinte au sentiment d'identité.

Une présentation aussi sommaire pose d'emblée la question « comment sortir un jeune de l'exclusion ». Toute restauration du lien humain se fait d'abord par le soin du corps. Il y a, nous le savons, une urgence à la réparation du corps : quand on va réparer un corps que se passe-t-il ? Eh bien on réintroduit la relation humaine et la relation à l'adulte. Ainsi lorsqu'on joue avec un enfant et que l'on soigne un enfant

exclu nous soignons aussi ce qui s'est peu ou mal mis en place dans sa petite enfance. Tout geste, même médical, devient alors premier don d'un maternage structurant.

Cette urgence médicale fait apparaître un autre, le soignant, qui, bien au-delà de sa stricte et nécessaire compétence médicale et infirmière, représente, incarne presque un autre sur qui on peut enfin compter et à qui on peut s'identifier.

Le travail est difficile, ingrat. Le contact, une fois passés les premiers moments de bonjour et de salutations conventionnelles et expéditives se fait léger, trop, la parole authentique semble percer si lentement ... On observe, on compte, on recense. On a des données chiffrées : nombre d'enfants vus en maraude etc... , c'est utile, mais le temps du lien et de la relation humaine structurante c'est autre chose et c'est de cette autre chose dont je veux vous parler.

Dans un premier temps les enfants ne nous parlent pas ou peu. Au début le langage est difficile. Et les premières paroles nous paraissent vaines et plaqués. Ces enfants nous racontent des histoires préfabriquées comme pour passer inaperçus. Si on n'est pas très subtil, on va dire un peu fâché : « il m'a menti ». Or ce qui compte est, avant tout, l'intensité de l'énonciation, et le fait que ces récits, qui semblent exemplaires à force d'anonymat car ils sont comme des codes entre le jeune et nous, le jeune et les autres jeunes, nous soient adressés. C'est ça qui compte : la parole commence à faire sa niche chez l'autre. Ensuite une expression plus singulière peut fleurir. N'oublions pas qu'il faut se sentir très rassuré pour parler de soi. Certains enfants pensent que s'ils parlent d'eux, il va leur arriver un malheur. Ils ont du mal à faire confiance à la parole, à ses pouvoirs apaisants et structurants ; de plus, ils redoutent qu'en parlant trop de leur origine de leur famille, on veuille par excès de bons sentiments inavertis les ramener tout de suite chez eux. Ce « chez eux » qui n'a pas fonctionné comme un lieu intime. Ce « chez eux » qui a pu être le lieu de traumatismes ou de graves carences. Comment voulez-vous reconduire un sujet chez lui lorsque que sa « maison psychique » son habitat de sujet n'a pas été construit ? Il faut d'abord cerner l'événement traumatique. Nous avons peu affaire à des fugueurs, c'est-à-dire à des jeunes qui font une partie de cache-cache avec leur famille et leur maison familiale. Non, ces jeunes naufragés dans la rue et qui nous alertent sont des enfants qui ont échoué leur fugue et l'ont transformé en errance, la maison n'est plus un point de retour possible pour eux. Du moins, pas tout de suite.

Il faut travailler en redonnant goût au langage, le langage est le médicament de l'homme. Les enfants vont dans un premier temps tester notre fiabilité à tenir parole, à tenir ferme sur les rendez-vous que l'on donne, quitte à observer en se mettant à l'écart qu'on est bien là au moment où on a promis de l'être, quitte à provoquer notre capacité de tenir ferme sur des règles aussi. Car c'est bien lorsque l'adulte ne démissionne pas de sa position d'adulte que l'enfant peut se sentir le droit de rester un enfant et de vivre son enfance.

L'enfant peut également, une fois le lien mieux établi, nous donner des objets qui sont généralement des objets qui paraissent pour nous insignifiants. C'est le début d'un échange. Tel jeune me confie un écouteur de balladeur cassé. Quoi de plus symbolique et d'une demande d'écoute et d'un lien de parole à retisser ? Un autre me donnera un morceau de play-mobile, etc. Là il faut accepter ce don et l'interpréter. Par

exemple au premier enfant j'ai pu dire « voilà que maintenant avec l'équipe du Samu tu vas pouvoir entendre des mots importants, et que ça va te répondre... ». Vous voyez c'est à la fois très simple, au sens où nous remettons en circulation des éléments premiers du lien de parole et en même temps il est des moments qu'il ne faut pas louper. Ah oui je parle de don, mais attention ce ne sont pas des dons ostentatoires, on a davantage le sentiment que le sujet nous abandonne subrepticement un « machin » qu'il va nous glisser dans les mains, dans nos poches, sans un mot.

Comment aider ces enfants par un repérage clinique ? Pour répondre à cette question, je vous convie à un petit détour du côté de la définition du mot clinique. Clinique signifie être au chevet du malade, mais cela ne suffit pas. Imaginons ce que fut le premier clinicien au monde. Il devait se dire la chose suivante : ce que fait l'autre ou dit l'autre me paraît tellement bizarre que je n'y comprends rien, mais ce n'est pas qu'incohérence, il doit y avoir un ordre des raisons qui rend compte de ce que j'observe et de ce que j'entends et cet ordre des raisons, eh bien, je vais chercher à la comprendre dans la relation avec ce « fou », cet « énergumène », ce « déviant », etc. Voilà le point de départ. Chercher à comprendre, dans le lien à l'autre, ce qui structure l'état de l'autre et aussi ce qui permet le changement. Car évidemment s'il faut observer pour porter soin, le soin ne se réduit pas à l'observation. Autrement on ne décrirait jamais mieux la maladie ou la souffrance qu'en se gardant bien d'y porter le moindre remède. Ce n'est pas ma position et la question qui me guide est bien celle de savoir ce qui peut changer.

Pour comprendre cet ordre des raisons plus haut mentionné, puis agir en connaissance de cause, la clinique repose sur quatre temps solidaires :

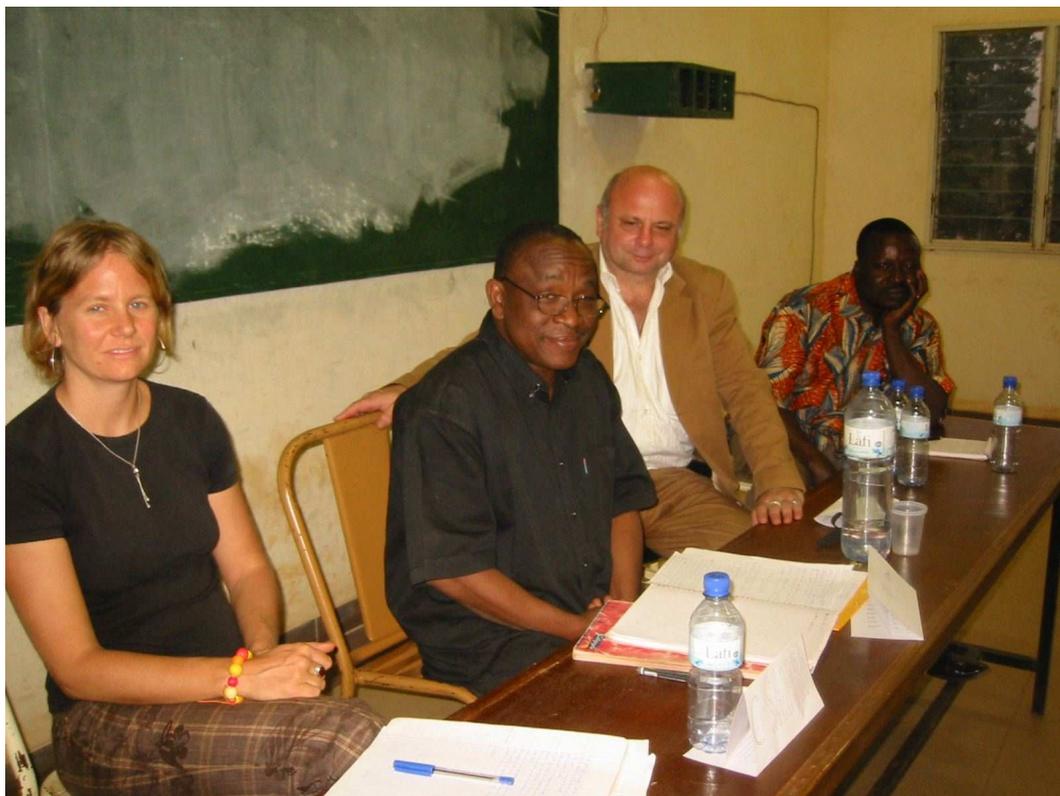
- Observer
- Ecouter
- interpréter
- resocialiser (redonner à l'échange)

Je vais prendre l'exemple d'une fille des rues de Bamako qui demandait à aller voir sa mère à Ségou. Arrivée sur place, avec l'éducatrice, la famille n'était pas là, la maison était introuvable. La jeune et son éducatrice errent et une riveraine a reconnu la jeune fille et lui a demandé pourquoi elle n'était pas avec sa mère, laquelle vit à Bamako. L'éducatrice ne s'est pas fâchée contre la jeune fille mais lui a demandé si elle avait fini ses affaires et ses racontars avec Ségou, ou si elle avait quelque chose d'autre à raconter. La jeune fille a alors expliqué qu'elle avait une tante décédée qui vivait avant à Ségou. Il semble que cette tante soit la seule figure aimante maternelle que la jeune fille avait connue. On pourrait dire « cette fille me trompe », mais en réalité sa demande contient le cœur de la vérité de l'enfant. Ségou est le lieu où reste une trace de maternage. Seulement voilà, une trace psychique ne consiste pas si elle n'est pas lue par une autre ou par un autre que le sujet. D'où le sens inconscient de ce voyage. Je suis admiratif devant la profondeur humaine et la sagesse de son éducatrice, encore maintenant. L'enfant a besoin de temps pour passer de la fiction à la réalité. Et nous voyons que ce temps est, de fait, triple :

- a) préserver un noyau de traces réelles structurantes dans une fiction

- b) vivre cette fiction comme une construction en partage, adressée à un autre, mais le sens de tout ce montage reste inconscient tant que le sujet ne fait pas le lien entre l'écorce de fiction et le noyau de réel qui le concerne en propre,
- c) rentrer dans un temps d'historisation de sa propre vie, ce qui ne se fait que si le sujet a pu reconstruire une relation de parole pleine avec un adulte aidant.

Bref, il ne va pas de soi de prendre la parole, c'est-à-dire de retrouver goût à la demande. Je vous l'ai dit, les jeunes en danger dans la rue auront souvent une angoisse par rapport au langage partagé avec l'adulte, et pour ceux qui sont vraiment en danger dans la rue, ils n'ont plus confiance dans le pouvoir de la parole. Au reste on les voit souvent bégayer. Tout ce qu'on leur demande leur fait peur, du coup dans un premier temps ils vont nous décevoir et ne pas répondre. De telles attitudes dites d'opposition sont faites pour nous tester, pour nous apprivoiser, tant il est vrai que c'est aussi l'enfant qui nous apprivoise. Ils nous testent et observent voir si cette déception qu'ils peuvent faire naître, en n'étant pas là, en ne prenant pas nos conseils au pied de la lettre, si cette déception donc ne va pas être transformée par nous en violence contre eux.



Vient, mais loin après, le temps de la socialisation dans un contexte social envisagé avec réalisme. Ici, la notion de réinsertion ne paraît pas appropriée, en effet s'il y a eu exclusion il ne peut pas y avoir réinsertion ce qui supposerait une insertion antécédente. Bref nous faisons au mieux un travail d'insertion. Je le redis si certains

retours en famille sont une bonne chose, il ne faut pas généraliser ni s'impatienter en croyant que c'est un tel retour qui est l'unique et bonne solution. Qui ignorerait qu'il existe des familles dangereuses pour leurs enfants (même s'il s'agit d'une minorité de familles) ! nous ne devons ici rien idéaliser.

Il faut interpréter les projets des enfants, souvent leurs projets sont très peu réalistes. Et il ne sert de rien de rêver à de grandes reconstructions de l'identité sociale, voire professionnelle, tant que nous n'avons pas réussi à diagnostiquer chez ces enfants leurs rapports à leur corps.



J'en viens maintenant à proposer de fonder en raison les principes d'une action clinique et institutionnelle envers ses enfants. Nous sommes partis, avec la culture des SAMU, du modèle de l'urgence. C'est une option réaliste et nécessaire. En effet, des états de délabrement physiques et des conditions de vie périlleuses redent urgente une réponse qui permet de prendre en considération les réalités et le vécu de chacun, afin d'estimer la possibilité et l'opportunité d'une mise à l'abri. Mais, rapidement il nous faut, au-delà de l'urgence qui est à elle-même sa propre finalité, inventer des options

d'accompagnement sur le moyen terme. Aussi devons-nous mieux réfléchir aux temporalités de nos actions.

Nous avons vu que le jeune qui est exclu, redouble la plus souvent sa propre exclusion de fait par des conduites et des attitudes d'auto-exclusion. S'y traduit une position subjective très mélancolique qui combine aussi des terreurs, puis des hontes.

Ne pouvant anticiper une altérité fiable, ces enfants clivent la figure du prochain en un semblable, un pair auquel ils se raccrochent et un non-semblable, l'adulte le plus souvent vis-à-vis duquel ils se protègent. Cette protection se fait sur le mode d'une récusation de ce que l'on peut demander à cet enfant : se laisser nourrir, se laisser soigner. Dans le même mouvement, mais en retour sur soi de cette récusation, ces enfants se présentent comme sans aucune demande et presque indifférents aux divers besoins de soin, de sommeil et d'alimentation dont ils témoignent à leur corps défendant. Ce masque d'indifférence manifeste se lézarde toutefois dès que nous tenons le coup et maintenons notre offre. Cet enfant distant, indifférent, montre alors toute l'angoisse qu'il l'habite. Angoisse de ce qu'on lui veut, certes, mais plus profondément encore angoisse de mort. Et les premiers liens retressés avec un monde adulte enfin contenant peuvent aussi mener à des expressions d'une détresse très impressionnante devant le Surmoi, c'est à dire devant cet aspect de la conscience morale fait de honte et de culpabilité. Ces jeunes peuvent rapidement vouloir rembourser une dette de vie en s'imaginant qu'ils doivent accomplir des exploits, se mettre en risque à nouveau pour bénéficier de la protection d'un milieu familial ou institutionnel.

Or, il nous faut maintenant considérer que notre action en peut avoir de sens et d'effet que si elle fait incise dans cette solidarité térébrante entre récusation de la demande, angoisse de mort, et cruauté surmoïque. L'examen de cette solidarité invalidante permet alors de mieux poser la temporalité de nos actions, au-delà de l'urgence.

C'est ainsi que

-« Aller vers » permet de casser la RECUSATION DE LA DEMANDE. Nous sommes aussi en demande que l'enfant aille mieux,

-« Donner lieu » permet de casser l'ANGOISSE DE MORT (en donnant lieu à une parole, une demande, un échange et donc à une évolution, en montrant que parler fait vivre et non mourir)

-La mise en place d'espace de transitions (accompagnement progressif/par étapes) permet de casser la CRUAUTE SURMOÏQUE en montrant à l'enfant que ce qu'il croit devoir ne vaut que pour un temps qu'il n'a pas à tout sacrifier et qu'il peut redevenir un partenaire d'échange concerné par la rigueur et la douceur de la loi commune.

Les 3 temps sont des temps thérapeutiques de ce que j'ai nommé le « triangle de la catastrophe-rupture » de l'enfant exclu.

Un travail éducatif doit donc prendre en compte les données cliniques telles qu'exposées ici.

Un champ d'investigation est ouvert et nous ne sommes qu'au seuil de mettre en place une compréhension des modes d'abord de ces enfants et adolescents en danger dans la rue.

Une telle compréhension suppose une grande mobilité des équipes, aptes à aller sur le terrain, à se faire reconnaître par les populations de ces quartiers difficiles.

La vie « dans la rue » qui se chronicise très rapidement n'est pas sans entraîner des perturbations des fondations subjectives du temps, de l'espace, d'autrui et du corps. Nous ne pouvons envisager ces répercussions subjectives sans envisager, également, ce qui se présente comme logique d'adaptation, voire de suradaptation paradoxale. J'ai proposé, en 2002, à la suite de plusieurs séjours au Brésil, au Sénégal et, surtout au Mali la notion de « suradaptation paradoxale » ; en effet, si nous nous attendons à ne rencontrer que des sujets apparemment traumatisés et apparemment victimes alors nous risquons de détourner notre attention de ceux qui parmi les jeunes errants et les jeunes exclus ont autant que d'autres, sinon davantage qu'eux, besoin de nos écoutes, de nos aides et de nos conseils d'orientation, au prétexte qu'ils ne se présentent pas à première vue dans la sidération ou dans la plainte. Ces cas de sur-adaptations paradoxales ne sont pas inconnus des travailleurs de terrains, mais ils ne sont pas bien encore identifiés par eux. Tout un volet de la formation que je propose dans divers pays est consacré à cet abord clinique et pragmatique de ces enfants et de ces adolescents sur-adaptés aux situations de précarité et de destruction. Les équipes qui, impliquées dans un travail de terrain, ont dit avoir retiré quelque chose de neuf de la formation se sont entendues à reconnaître qu'il ne fallait pas s'alarmer d'assister à des régressions lorsqu'un « sur adapté » se sentant en confiance et en sécurité pouvait alors laisser tomber ses défenses et ses béquilles psychiques. Je rappelle ici et pour finir que demander à une jeune de construire du projet revient bien à le soustraire à l'immédiateté à l'ici et maintenant qui est souvent, pour nos enfants et adolescents en danger dans la rue leur seul territoire géographique, temporel et psychologique connu.

Oui, dans le vif de notre travail, nous devons fabriquer du projet, le plus souvent. Or, nombre d'illusions réparatrices ne peuvent plus avoir cours, si ce n'est à titre de rêverie stérile. Il est en ainsi des idées de réinsertion prônée comme une solution automatique et miraculeuse, de tels idéaux sont utiles certes, mais ils ne deviennent réalisables toutefois qu'à la condition que le « milieu » dont est parti le jeune soit encore capable de le réinsérer. Il faut oser affirmer que ceci n'est pas vrai, le plus souvent, en ce qui concerne des enfants déjà habitués à l'errance, à la survie dans la rue, et qui ne fondent aucun espoir quant à leur chance d'être à nouveau accueilli dans leur famille, voire leur belle-famille.



Il y a donc une réalité, chaque jour de plus en plus insistante, et, au demeurant, peu supportable, qui est celle de l'installation dans la vie de la rue de garçons, voire de filles, de plus en plus jeunes. On peut tout à fait, dans un premier temps, dire que ces jeunes sont en danger. En risque. De délinquance, de prostitution. En risques physiques aussi. Cependant, si on désire valablement travailler au contact de cette population, on doit, au-delà de ces déplorations et de ces éventuelles indignations légitimes, se montrer pragmatique.