

ETUDE CLINIQUE DES ENFANTS DES RUES IDENTIFIES PAR SAMU SOCIAL POINTE-NOIRE

Nicaise Léandre Mesmin GHIMBI

Université Marien NGOUABI

nicaise.ghimbi@umng.cg

RÉSUMÉ

Cette étude sur les enfants des rues identifiés par le Samu Social à Pointe-Noire, porte sur la pratique d'un entretien clinique avec ces derniers. Cette pratique soulève quelques questions fondamentalement réductibles comme le cadre spatio-temporel, mais aussi éthique, affectif et cognitif. Notre question centrale est la suivante : comment se déroule l'entretien clinique avec les enfants des rues ? Nous avons émis l'hypothèse suivante : il existe des spécificités à l'entretien clinique avec les enfants des rues. Ces spécificités se rapportent essentiellement au cadre de l'entretien clinique. Nous avons recouru à l'approche clinique, pour être au plus près des enquêtés, dans une posture d'observateur et d'acteur en même temps, tel que l'exige une observation participante. Nous avons donc intégré les activités du Samu Social. Ainsi, au terme de notre investigation, il ressort que l'entretien clinique avec l'enfant de la rue se déroule dans une diversité de cadres selon les circonstances de la rencontre. Cet entretien avec l'enfant des rues consiste à créer un espace de liberté où son Moi va s'exprimer avec mesure ou démesure selon l'étendue de cette liberté d'expression perçue par lui, et construite sur une relation de confiance, rassurante et même sécurisante pour lui.

Mots-clés : enfant des rues, entretien clinique, cadre spatio-temporel, approche clinique, relation de confiance.

ABSTRACT

This study on the children of the streets identified by Samu Social in Pointe-Noire, relates to the practice of a clinical maintenance with the latter. This practice raises some basically reducible questions as the framework space-time, but so ethical, emotional and cognitive. Our central question is as follows: how is held the clinical discussion with the children of the streets? We put forth the following assumption: there are specificities with the clinical discussion with the children of the streets. These specificities primarily refer to the framework clinical maintenance. We resorted to the clinical approach, with close to be surveyed more, in a posture of observer and actor at the same time, such as requires it a participating observation. We thus integrated the activities of Samu Social. Thus, at the end of our investigation, it arises that the clinical discussion with the child of the street proceeds in a diversity of frameworks according to circumstances' of the meeting. This discussion with the child of the streets consists in creating a space of freedom where its Me will express itself with measurement or disproportion according to the extent of this freedom of expression perceived by him, and built on a relation of confidence, reassuring and even making safe for him.

Key words: child of the streets, clinical maintenance, tallies spacio-temporal, clinical approach, relation of confidence.

INTRODUCTION

Un aperçu sur le phénomène enfants de la rue montre à suffisance qu'un travail de longue haleine a été mené et se poursuit encore de manière inlassable. Notamment dans la compréhension du phénomène à travers ses causes, les déterminants, les mesures d'intervention en matière de prévention, de prise en charge, de réinsertion des enfants de la rue. Parmi les causes de venue en rue les plus récurrentes il ya : la paupérisation des familles, la croissance du nombre de familles monoparentales, la crise et les conflits armées, le décès d'un ou des deux parents, le divorce des parents, les violences et la maltraitance, la marginalisation de l'enfant par la famille, la crise de l'autorité parentale, le mimétisme.

Ces derniers ont comme tout le monde, une histoire familiale et personnelle à laquelle s'ajoute le vécu en rue qui fait leur spécificité. Ces histoires sont pour la plupart un assemblage de plusieurs fragments d'histoires collectées lors des entretiens psychologiques. Entretiens dont les conditions de déroulement ne répondent parfois pas aux standards classiques à l'instar du cadre, de l'isolement acoustique et visuel, du lieu, du moment et des circonstances.

La préoccupation globale de cette étude est de savoir comment se réalise réellement l'entretien psychologique dans le cadre de la prise en charge psychologique des enfants des rues. La présente étude est axée sur l'entretien psychologique avec les enfants de la rue. Partant du postulat selon lequel, les enfants de la rue mènent une vie sujette à une catégorisation marginalisante qui, tout en les stigmatisant, les confinent dans l'ordre de « l'anormalité ». Cette anormalité interpelle le psychologue qui, par l'entremise de la clinique questionne le phénomène afin de comprendre la trame du drame existentiel qui marque la vie, précisément la vie de rue de ces enfants considérés comme des marginaux, des enfants en état de souffrance psychologique. Nous centrons notre préoccupation sur les questionnements suivants : Comment se déroule l'entretien avec l'enfant de la rue ? Leur situation d'enfants de la rue influence-t-il le déroulement de l'entretien psychologique ? Et quelles sont les répercussions de l'entretien psychologique chez les enfants des rues ?

Dans le cadre conceptuel de ce travail nous avons formulé l'hypothèse principale de la manière suivante : Il existe des spécificités propres à l'entretien avec les enfants des rues. Comme hypothèses secondaires nous pouvons relever que : l'entretien avec l'enfant de la rue se déroule dans une diversité de cadres selon les circonstances de la rencontre ; la durée de l'entretien psychologique avec l'enfant de la rue obéit au respect des limites de ses capacités émotionnelles.

C'est dans cette perspective que nous nous sommes intéressé au problème de notre étude centrée sur le déroulement de l'entretien clinique et sa portée chez l'enfant des rues. L'accent sera focalisé sur l'entretien clinique chez les enfants des rues en proie à la souffrance psychologique.

Notre étude s'articule autour de l'état de la recherche et des pratiques au Congo relatives aux enfants des rues, de la méthodologie de la recherche et de la présentation des résultats.

1. ETAT DE LA RECHERCHE ET DES PRATIQUES AU CONGO

Bien que de nombreux enfants évoluent quotidiennement dans les rues, tous n'y évoluent pas de la même manière. Une distinction entre enfants dans la rue, enfants à la rue et enfants de la rue a été faite car ces catégories se confondaient. On peut donc retenir les définitions suivantes :

- L'enfant dans la rue, désigne tout enfant de sexe masculin ou féminin qui, ayant des liens familiaux déstructurés, mène dans la journée des activités de survie dans la rue, avec ou non la volonté de la famille qu'il retrouve le soir.
- L'enfant à la rue, enfant fugueur pour une situation particulière, se retrouve un moment donné (temps de fugue relativement limité) à la rue à l'insu de ces parents pour ensuite rejoindre le domicile familial.

- L'enfant de la rue, désigne tout enfant de sexe masculin ou féminin, qui, vivant des liens familiaux déstructurés, a adopté la rue comme espace de vie et y mène des activités de survie.

Dans le contexte congolais, il existe des termes spécifiques pour les désigner : bébés noirs,

1.1. PROFIL PSYCHOSOCIAL DES ENFANTS DES RUES EN RÉPUBLIQUE DU CONGO

G. Nkouika, B. Libali, C. Mafoukila (2000) ont mené une étude intitulée « Enquête sur la réinsertion sociale des enfants de la rue à Brazzaville » par le biais de l'Union pour l'Etude et la Recherche sur la Population (UERPOD), avec l'appui de l'UNESCO, en 2000. La situation d'après-guerre laissait apparaître un nombre important d'enfants dans la rue. Elle a analysé le profil de 778 enfants de la rue à Brazzaville. Les chercheurs suite aux travaux menés, définissent les enfants de la rue comme « des sujets qui échappent au contrôle de toute structure, même familiale et vivant au jour le jour grâce aux revenus tirés de la mendicité, du larcin ou de certaines activités comme le lavage des voitures, la vente de friandises, etc... ».

Ils identifient ensuite l'origine de ces enfants. A cette époque, il est apparu que 43,1% des jeunes étaient originaires de Brazzaville et 35,3% de Kinshasa. Les données sur leur situation familiale montraient que, 50,4% avaient leurs parents en vie, que 20,4% étaient orphelins de père et de mère et que 26,6% étaient des orphelins « partiels » dont 61,8% avaient perdu leur père. Pour survivre dans la rue, les enfants mettent en place différentes sortes de stratégies. D'une manière générale, il y a deux catégories d'enfants. Ceux qui n'ont pas d'activité lucrative : ils vivent du vol, du vagabondage et de la mendicité. Les autres ont une activité régulière, des petits boulots mais sont faiblement rémunérés. Les plus récurrents se retrouvent dans le secteur des prestations de service : chargeur de bus (15,4%) ; porteur des colis ou de bagages dans les marchés, les ports et les gares (15,3%) ; cireur de chaussure et cordonnier ambulant (4,8%) ; et laveur de voiture (2,8%). Ils ne permettent pas à l'enfant d'épargner. Il est donc voué à la consommation immédiate et vit au jour le jour. La mendicité est la deuxième plus grande activité (28,3%) que les jeunes pratiquent. Cette mendicité consiste essentiellement à demander une pièce de monnaie aux passants. Enfin, les activités commerciales représentent 23% des activités citées par les jeunes. Elles consistent en la vente des sachets plastiques dans les marchés, des yaourts, sky et tangawis, d'eau en sachets, d'essence, de cigarettes, de gâteaux et d'arachides. Cette étude a identifié les activités qui permettaient aux enfants de survivre. Ainsi, elle complète les études qui portent sur le profil des enfants de la rue.

En République du Congo¹, le phénomène social des enfants de la rue existe depuis les années 80 et a connu une recrudescence à la suite des conflits armés des années 90. Il s'est aggravé en raison de l'affaiblissement de la capacité de prise en charge des familles, de leur paupérisation et de l'accroissement du nombre de familles monoparentales (décès, divorce), recomposées ou des unions hors mariage. En outre, la faiblesse du tissu social a eu pour conséquence que l'enfant marginalisé de sa famille s'est retrouvé directement dans la rue, car les structures sociales « tampon » de prise en charge sont peu nombreuses et peu professionnelles au Congo.

Au total 1900 enfants des rues dont 1100 à Brazzaville et 800 autres à Pointe-Noire, les deux principales villes du Congo, ont été dénombrés, suivant les résultats d'une enquête de 2003 menée conjointement par l'IRC et l'UNICEF dans le pays. Ces chiffres ont été communiqués à Brazzaville, la capitale du pays, à une centaine de parents issus des sept arrondissements de la ville, lors d'une sensibilisation sur la « Problématique du phénomène des enfants de la rue », dans le cadre de la célébration de la Journée de l'enfant africain le 16 juin 2011.

¹ Analyse de la cartographie des acteurs travaillant dans le domaine de la prise en charge des enfants de la rue. Rapport final, 2009.

1.2. EXPÉRIENCE CONGOLAISE EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DES RUES

Depuis Août 2005, le Gouvernement de la République du Congo, par le biais du Ministère des Affaires Sociales, en charge des questions de l'enfance vulnérable, dans ses prérogatives régaliennes, se fait l'obligation de prendre en main le secteur et de rechercher les solutions les plus adaptées à la problématique des enfants de la rue.

En Juin 2010, il y a eu la promulgation de la loi N° 04-2010 du 14 Juin 2010, portant protection de l'enfant en République du Congo. Cette loi est une réponse idoine au vide juridique constaté dans la loi précédente (loi Portela), notamment sur la répression aux atteintes aux droits fondamentaux de l'enfant et l'aménagement conséquent de sa protection contre toute forme d'atteinte aux droits de l'enfant et la mise en place des mécanismes de protection.

En Mai 2011, il y a eu la publication par le Gouvernement du décret n° 2011 – 341 fixant les conditions et les modalités de création et d'ouverture des structures privées d'accueil et d'hébergement. Ce décret détermine les standards professionnels de prévention, de prise en charge et de réinsertion des enfants en situation de rue au Congo.

Le phénomène enfants des rues, devenant un fléau social, n'a pas laissé indifférents les acteurs (publics et privés) intervenant dans le domaine de la protection de l'enfant qui s'efforcent à donner, au fil du temps, une réponse à ce malaise social, depuis son éclosion. C'est ainsi que l'UNICEF avait élaboré une cartographie des structures intervenant sur la protection, la prise en charge et la réinsertion des enfants de la rue. On peut ainsi compter, à Brazzaville et à Pointe-Noire, quatorze (14) centres de prise en charge des enfants de la rue répartis dans douze structures. Il s'agit de :

A Brazzaville : l'Espace Jarrot, le Centre d'Insertion et de Réinsertion des Enfants Vulnérables (CIREV), l'Association Ndako ya Bandeko, l'Actions Espoir Enfant en détresse (AEED), l'Action des jeunes pour le développement et le travail(AJDT), l'Actions de Solidarité Internationale Congo (ASI-Congo), l'Education en milieu ouvert (EMO).

A Pointe-Noire : le Samu social Pointe-Noire, le Centre d'Accueil des Mineurs (CAM), Secours International du Mouvement Chrétien pour la Solidarité (le SIMCS), le Foyer Père Anton (FPA), ASI Congo Pointe-Noire, Association Espace Enfants (AEE), Association des Salésiens de Don Bosco (ASDB).

La prise en charge de l'enfant de la rue, c'est l'accompagnement en milieu ouvert, semi-ouvert ou fermé. Elle vise la restauration des besoins fondamentaux de l'enfant. Le contenu de l'intervention dépend du niveau de l'intervention et la durée de cette étape dépend du degré de désocialisation de l'enfant et du degré de coopération de la famille. Cette étape est divisée en trois parties : les soins et l'enquête sociale.

La prise en charge a pour objectifs de permettre à l'enfant de satisfaire les besoins essentiels à son bien être ; de favoriser l'estime de soi ; de développer les compétences personnelles ; de susciter une participation à la vie active ; de favoriser le retour de l'enfant dans sa famille. Elle repose sur l'hygiène et la santé, le soutien psychologique, l'appui socioéducatif, la protection juridique et judiciaire.

La prise en charge des enfants des rues facilite la réinsertion familiale de ces derniers. Elle a pour objectif de recréer les liens familiaux et responsabiliser les familles. Elle repose sur : l'appui psychologique, social, médical de l'enfant et/ou de la famille, la médiation et l'accompagnement familial, l'écoute, l'orientation professionnelle et le choix du projet de vie dans le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant, la responsabilisation des parents par l'application de la loi, la réintégration scolaire et professionnelle, l'appui à la création des activités génératrice de revenu, l'accompagnement à l'accès aux micros crédit.

2. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET CADRE D'ENQUÊTE

2.1. PRÉSENTATION DU CADRE D'ENQUÊTE: SAMU SOCIAL POINTE-NOIRE

Créé en 2006, le Samu Social Pointe-Noire est par définition un service d'aide mobile d'urgence social dont la méthode d'action est d'aller à la rencontre des enfants de la rue et de leur proposer une aide médicale, psychologique, sociale et éducative sur leur lieu de vie ou par orientation vers d'autres structures de prise en charge. Le partenariat avec d'autres structures existantes, l'analyse de la problématique et le plaidoyer font également partie intégrante de la méthodologie du Samu Social Pointe-Noire. La finalité du Samu social est de contribuer à un développement humain solidaire au Congo et plus particulièrement à Pointe-Noire, en intervenant dans le cadre de la lutte contre l'exclusion sociale des enfants de la rue, garçons et filles âgés de moins de dix-huit ans, exposés au danger et vivant dans la rue.

2.2. JUSTIFICATION DU CHOIX DE LA MÉTHODE

Notre méthodologie s'articule autour de l'observation participante et l'entretien psychologique.

• L'OBSERVATION PARTICIPANTE

Selon Platt (1983), l'observation participante est une technique de recherche dans laquelle le sociologue observe une collectivité sociale dont il est lui-même membre. Le chercheur se fait dès lors l'étudiant d'acteurs sociaux, par l'entremise d'une interaction de longue durée avec eux (De Sardan, 2001). L'observation participante est transparente et déclarée. Les réserves émises par certains sociologues quant à la pertinence méthodologique de l'observation participante se centrent sur la contradiction pratique que représente le fait d'être à la fois partie prenante du jeu social et observateur distancié (Bourdieu, 1978). D'un côté, le chercheur qui se distancie voit son objet « lui glisser des mains » ; de l'autre, celui qui accepte une participation de près doit gérer les « risques de la subjectivation » (Favret-Saada, 1977).

L'observation participante implique de la part du chercheur une immersion totale dans son terrain d'étude, pour tenter d'en saisir toutes les subtilités, au risque de manquer de recul et de perdre en objectivité. (Adler, 1987, p. 62) Cette méthode permet de vivre la réalité des sujets observés et de pouvoir comprendre certains mécanismes difficilement décryptables pour quiconque demeure en situation d'extériorité. En participant au même titre que les acteurs, le chercheur a un accès privilégié à des informations inaccessibles au moyen d'autres méthodes empiriques. (Hughes, 1996, p. 27).

• L'ENTRETIEN PSYCHOLOGIQUE

C'est l'outil de prédilection de la prise en charge psychologique. Sa maîtrise est donc indispensable à tout professionnel désireux d'apporter une aide psychologique de qualité à autrui. Cet outil va aussi bien pour les adultes que pour les enfants ayant déjà acquis le langage. Dans le cadre de la consultation psychologique, l'entretien clinique désigne en premier lieu un entretien où le thérapeute se laisse, en partie du moins, guider par les interventions du patient. Ainsi, dans l'entretien clinique, alors que le patient se centre sur l'expérience qu'il présente, le thérapeute se place dans une position sémiologique par rapport au discours du patient : pour lui, le discours est indice, symptôme, et non seulement transmission d'informations (Ghimbi, 2014, p. 312).

L'entretien clinique est un espace à travers lequel la parole est favorisée, espérée, attendue, il peut se concevoir comme une mise en œuvre de cette expression particulière de l'homme qu'est le langage. Par ailleurs, offrir une occasion de dire peut permettre de penser, de symboliser une expérience, une situation, des sentiments, des émotions, des craintes ou des désirs. Il existe d'autres moyens pour symboliser une expérience personnelle : le dessin, l'expression corporelle, les diverses formes d'expressions artistiques. Mais la verbalisation reste un moyen privilégié pour s'approprier une expérience, celle de son existence, de ces rencontres, de ces traumatismes. Ainsi, évoquer des événements, des moments de son histoire,

des instants de séparation, des intervalles de douleur, des phases d'émotions peut être un moment pour mieux les penser, les surmonter, pour ne pas s'y enfermer, pour s'en libérer, pour s'ouvrir soi-même au monde (D Tsokini, 2008, p. 55).

2.3. COLLECTE DES DONNÉES

Il est déjà possible suite à des premiers échanges, de recueillir des informations telles que le nom, le prénom, le surnom et même l'âge que pense avoir le sujet. Il est important de réfléchir sur la manière dont la demande a été posée : est-ce l'enfant qui fait la demande ? A-t-il été introduit au professionnel par ses pairs, par un riverain ou par un centre partenaire ? (de cette demande peut découler l'entretien psychologique).

Une collecte brute des informations données par l'enfant est ensuite faite ou retranscrite ultérieurement sur des supports. En fonction du niveau de confiance, les travailleurs sociaux peuvent se permettre d'aller plus dans les détails de la collecte des informations et par la suite résumer l'entretien. A noter que la retranscription peut se faire devant l'enfant si une relation de confiance est établie. L'expérience montre néanmoins que la retranscription des informations devant l'usager, donne l'impression de vivre un interrogatoire « policier ». La collecte des données s'est faite en kikongo (parlé par 57% d'enfants rencontrés à Pointe-Noire), lingala (parlé par 37% d'enfants), vili, lari et français (parlés par 6% d'enfants).

2.4. ECHANTILLON

Cette étude est menée sur un effectif de dix (10) enfants filles et garçons de la rue âgés de douze (12) à quinze (15) ans, identifiés par le Samu Social Pointe-Noire, inscrits dans la base de données comme bénéficiaires de ses services et ayant un dossier qui contient toutes les informations relatives à l'accompagnement de chaque enfant. Pour R. Deldime et S. Vermeulen (1984, p. 27) :

« C'est dans la tranche d'âge de douze (12) à quinze (15) ans que l'enfant considère en même temps son propre point de vue, celui de l'autre et la différence entre les deux ; ses interférences dépassent le niveau descriptif et atteignent un niveau explicatif, il décrit l'autre en intégrant ses qualités et ses défauts (relativisme social) »

Sur les dix enfants rencontrés, une analyse des informations tirées de la base de données révèle une prédominance masculine, soit six (6) garçons contre quatre (4) filles. Les six (06) garçons sont respectivement âgés de 12 ans (2), 14 ans (2), et 15ans (2). Sur quatre (04) filles une (01) est âgée de 13 ans et trois (03) le sont de 14 ans. Ils ont tous passé une durée d'au moins un an en dehors de la cellule familiale et sont tous issus des parents séparés et des familles recomposées.

3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

3.1. ILLUSTRATION DE QUELQUES CAS CLINIQUES

L'étude de cas fait appel à diverses méthodes dont l'observation, l'entretien semi directif, l'analyse de contenu. La variété des méthodes utilisée s'inscrit dans le but de croiser les angles d'étude ou d'analyse. Ce qui justifie que nos études de cas vont se construire à partir des informations recueillies à partir des entretiens cliniques réalisées avec les enfants. Pour des raisons d'anonymat, nos sujets sont nommés par S1 et S2.

• CAS N°1

Présentation du sujet

S1 âgée de 12 ans, de nationalité congolaise est l'unique fille de son père dont elle porte le nom. Elle est orpheline de mère depuis l'âge de 3 ans et son père s'est remarié avec une femme qui a une fille de 16 ans issue de son premier mariage. La belle-mère attend actuellement un autre enfant du père de S1. Cette dernière a un niveau d'étude du cours élémentaire première année. Elle est née à Brazzaville.

Avant la naissance de S1, ses parents avaient perdu deux enfants. Vu qu'ils n'étaient pas mariés légalement, le père a été obligé par la tradition de marier, à titre posthume, sa femme décédée. Il continue de payer jusqu'à présent les dettes contractées lors de ce mariage avec le cadavre. Après les obsèques de sa mère, S1 a été confiée à sa grand-mère dans un premier temps. Ensuite à la campagne de son père avec qui elle a vécu quelques mois avant que toute la famille vienne s'installer à Pointe-Noire où le père venait d'être muté.

Selon le père, S1 fugue de façon perpétuelle, elle aurait plus de quinze fugues. Il n'a jamais compris pourquoi celle-ci ne se maintient pas en famille. Au début, il se mettait à sa recherche mais maintenant ce n'est plus le cas, car elle lui a occasionné beaucoup de dépenses inopinées dues à des dédommagements des dégâts causés par ses fautes. Lorsque le sujet n°1 est à la maison, elle est calme et parle peu mais elle a des réflexions particulièrement surprenantes.

Eléments d'entretiens psychologiques

- Contact avec le sujet

S1 a été rencontrée pour la première fois par le Samu Social Pointe-Noire au cours d'une maraude de nuit en compagnie de ses copines. Etant nouvelle au sein du groupe, elle a été identifiée, entretenue puis orientée au centre d'accueil et d'hébergement d'urgence avec soins infirmiers et psychologique (CHUSIP) du Samu Social Pointe-Noire pour un meilleur suivi psycho-social, par l'équipe de maraude. Elle confie le même soir à l'équipe que son départ du domicile familial est causé par sa belle-mère qui ne l'accepte pas. Elle reconnaît avoir été raccompagnée au domicile familial après ses nombreuses fugues par des personnes de bonne foi, mais elle se sent toujours rejetée par sa famille. C'est ce qui la pousse à répartir en rue. Elle donne les premières informations sur ses parents qui sont fausses. Mais elle démentira par la suite, soit deux semaines après, avec des informations vraies, lors d'un entretien social.

La première rencontre avec S1 s'est faite soixante douze (72) heures après sa mise à l'abri. Elle n'est pas surprise de voir des gens de bonne foi prendre soin d'elle. Elle a souvent eu des gens qui l'ont raccompagnée en famille quand elle se retrouve en rue suite à ses fugues. Elle sait qu'on ne lui veut pas du mal. Nous la trouvons très détendue et prête à raconter son histoire dès la première rencontre. Nous l'invitons à prendre place dans le bureau. S1 s'assoit en face de nous mais, nous évite du regard. Nous lui demandons si elle est à l'aise dans cette position. Elle dit que la chaise est très haute pour sa taille. Nous lui demandons de choisir le siège sur lequel elle se sentira mieux. Elle balaie le bureau d'un regard et décide de se mettre dans le fauteuil. Tout en adoptant une position et un ton très paternaliste, elle nous demande si nous comptons la ramener en famille après l'entretien. Nous lui demandons pourquoi cette question. Elle nous fait savoir que rien ne changera dans sa famille et qu'elle va certainement se retrouver à nouveau en rue. Nous voulons savoir ce qui ne va pas changer. Elle n'hésite pas à nous dire que sa belle-mère ne changera jamais, elle restera méchante envers elle. Nous lui demandons de nous expliquer la méchanceté de sa belle-mère.

« Elle n'est pas gentille avec moi, elle me sert de la nourriture en quantité insuffisante, elle raconte des tas de mensonges à papa qui me tape sans pourtant m'écouter, elle se réjouit de mon malheur. Je la déteste mais je suis obligée de vivre avec elle, elle ne travaille pas ; c'est mon papa qui rapporte de l'argent, mais elle ne me fait pas bien manger. » (Elle se bloque, sa gorge nouée, les sanglots prennent la place du discours).

Nous l'observons pour quelques secondes silencieusement. Elle essuie ses larmes et reprend son discours cette fois-ci à la limite de la litanie. Nous lui demandons depuis combien de temps cette situation perdure ? depuis bien longtemps nous dit-elle. Nous lui demandons si elle peut donner des précisions en termes d'années ou de mois. Elle nous fait comprendre que c'est depuis qu'elle est dans la maison de son père. Elle a quitté sa grand-mère chez qui elle ne faisait pas des fugues pour rejoindre son père. Elle aimait très bien sa grand-mère.

- Le rapport à autrui / parents

S1 accepte d'échanger avec son père par téléphone trois jours après sa mise à l'abri au centre. Elle nous confie lors d'un entretien que son père n'est jamais là pour elle. Il ne donne raison qu'à sa belle-mère. Il ne lui accorde pas du temps de dialogue et de discussion en famille. Son père est très souvent violent envers elle et revient chaque fois sur les obsèques de sa mère (la mère de S1) qui lui ont coûté de l'argent, quand il est en colère contre elle.

« Il ne m'a jamais aimé et n'a jamais voulu que je vienne au monde. Il n'aurait pas dépensé d'argent pour épouser le cadavre de ma mère si elle n'avait aucun enfant vivant avec lui. Il m'a dit qu'il serait prêt à me vendre s'il y avait d'acheteur. Il me dit souvent qu'il ne veut pas que j'initie son futur enfant. Je l'aime mais il ne m'aime pas. Tout son temps qu'il passe à la maison il le consacre à sa femme et à sa belle-fille. Je me sens étrangère dans la maison de père. C'est ce qui justifie le fait que je préfère rester avec mes camarades de rue que de rentrer à la maison. Je suis consciente que ces dernières m'exploitent parfois et me font faire des choses que je n'aime pas (abus sexuels, m'envoyer voler), mais j'accepte car ils ne font pas partie de ma famille. Je préfère être maltraitée par un inconnu qu'une personne que je connais. Mon père présente souvent deux faces. Devant les étrangers il dit qu'il m'aime, mais devant les proches de la famille, il dit qu'il regrette le fait que je sois son enfant. »

Dix jours après le premier contact, S1 accepte d'aborder le sujet de sa mère.

Nous avons voulu explorer son vécu lié à sa séparation précoce d'avec sa mère. Nous lui demandons de nous parler de sa mère.

« Je ne la connaît même pas. Elle est décédée quand j'étais toute petite, ma grand-mère m'a dit qu'elle m'aimait bien. Elle m'a montrée une de ses photos. Mon père ne me parle jamais de ma mère. Je ne sais pas ce qu'il pense d'elle. Je n'aime pas parler de ma mère. A chaque fois que j'évoque son nom, j'ai mal. Et je me sens encore plus triste. Quand je vois que toutes mes amies ont leur maman avec qui elles peuvent faire ou se dire des choses ensemble et que ce n'est pas le cas pour moi. J'ai encore plus mal. Et quand ma belle-mère m'oblige à l'appeler maman alors qu'elle ne peut pas remplacer ma mère, cela me met parfois plus en colère. Pouvons-nous parler d'autres choses que de ma mère ? »

Nous comprenons qu'il devient insupportable pour elle de parler de sa mère. Nous faisons observer un temps de silence. Nous lui proposons de nous parler de son parcours dans la rue. Elle nous dit que ce n'est pas possible vu qu'elle se sent fatiguée. Elle nous confie néanmoins que malgré ses fugues répétées, elle n'est jamais restée plus de deux semaines en rue. Nous nous promettons de reprendre prochainement la discussion dans une semaine.

- Le rapport au temps et à l'espace

Un mois nous sépare de notre premier entretien avec S1. Elle va être le premier enfant à avoir un entretien ce matin. S1 ne connaît toujours pas la date du jour, elle connaît seulement l'année et le jour. Elle connaît l'année parce qu'il y'a eu la fête du nouvel an. Ils ont reçu beaucoup de parents dans la famille et elle a bien mangé le jour de la fête. Nous lui demandons de nous faire un bilan du centre. S1 nous répond qu'elle se sent bien au centre. Elle dispose le temps pour jouer avec ses camarades, elle mange bien, elle regarde la télévision. Les encadreurs sont gentils avec elle. Mais elle a plus envie d'aller hors du centre. Elle trouve que deux sorties hebdomadaire hors du centre ne sont pas suffisantes. Elle trouve les activités de stimulation au goût, à l'écriture et à la lecture très ennuyeuses. Elle trouve les séances de trente minutes très longues. Elle préfère le football ou le basket. Elle veut être une joueuse de grande renommée.

Nous profitons de l'ouverture pour explorer son passage en rue.

« En rue je suis avec un groupe de sept autres enfants. Nous sommes quatre à avoir le même âge. Nous sommes gérés par deux aînées. Elles ont trois ans de plus que moi. Nous sommes sur le site

de la côte. Nous avons la possibilité d'avoir assez d'argent faisant la prostitution. Il nous arrive parfois de mendier. Nous n'avons pas d'heures pour dormir ni pour manger. Il y'a des jours où on dort un peu tôt quand on a assez d'argent pour s'acheter de quoi manger. Nous nous partageons la nourriture que nous achetons. »

- Rapport aux substances psychoactives

Voici quelques extraits du discours de S1, lors de nos entretiens un mois après sa mise à l'abri.

« Les clients nous offrent souvent des boissons. Il nous arrive aussi de nous acheter des boissons alcoolisées que nous buvons, à partir des cotisations que nous organisons. Les boissons fortement alcoolisées nous permettent de dormir sans nous réveiller. Nous prenons aussi du cannabis, et de la cigarette, malgré l'interdiction de faire usage de ces substances au centre. Pouvons-nous cependant en parler ? J'espère que vous n'allez pas me trahir auprès des responsables du centre ? »

Elle veut être sûre de parler du cannabis sans aucun risque alors que sa consommation est interdite au centre. Nous la rassurons qu'elle peut parler en toute liberté. Elle nous confie qu'elle a déjà eu une expérience avec le cannabis. C'est après soixante-douze (72) heures passées en rue qu'elle a été confrontée à l'expérience du cannabis. Elle le fume en groupe avec ses camarades. Elle connaît deux fumoirs où elle peut consommer tranquillement sans être inquiétée par la présence de la police. Elle reconnaît que le fait de fumer lui permettait au début de noyer ses soucis, de ne plus penser au fait qu'elle est rejetée par sa famille. Actuellement, elle fume plus par plaisir parce qu'elle ressent un état de bien être quand elle en consomme.

- Le travail de médiation familiale

A son arrivée au centre, S1 participe aux activités animées par les éducateurs sociaux et sportifs. Elle est agitée et gère cependant mal sa frustration. S1 a été plusieurs fois recadrée par les encadreurs suite à ses bagarres avec ses amis. Progressivement, elle s'est adaptée à la vie de groupe et aux règles du centre. Elle est plus ouverte aux différents entretiens avec les travailleurs sociaux. Au cours des échanges, elle fait clairement savoir ses besoins. D'un tempérament bagarreur, elle passe à un enfant qui ne répond plus à toutes les provocations des autres. S1 devient également très serviable et très respectueuse. Au niveau de l'hygiène, elle entretient plutôt bien ses vêtements et se lave quand il le faut. Elle s'intéresse aux jeux ludiques et aux exercices scolaires, on la trouve douée en calcul. Il arrive parfois de noter des attitudes tendant vers l'indiscipline causées par la cohabitation avec ses camarades de rue mises à l'abri. Un travail de médiation s'impose alors dès que l'enfant est plus ou moins stabilisé.

Le père et la belle-mère de S1 avaient été rencontrés sept (7) jours après son orientation au centre par le travailleur social à leur domicile. Ils nous ont relaté l'histoire de l'enfant et se disent être disposés à la recevoir à nouveau, mais pensent que c'est l'enfant qui ne pense plus à revenir. Selon les parents, il suffit d'un rien pour qu'elle disparaisse de la maison. Suite à la demande de l'enfant, le père avait promis passer au centre pour lui rendre visite, mais il ne s'est plus jamais présenté. Contacté plusieurs fois au téléphone pour l'encourager à venir rendre visite à sa fille, il ne s'est toujours pas manifesté. Après plusieurs semaines, l'équipe des travailleurs le rencontre à nouveau à son domicile. Il a avoué être réticent à venir voir sa fille par peur de cette dernière. Il redoute qu'elle lui prépare un coup et surtout qu'elle s'en prenne à son épouse qui est enceinte quand elle reviendra en famille. Il dit craindre que sa fille fasse du mal à sa femme enceinte. Le Samu Social lui tient informer de la demande de sa fille pour un retour en famille. Le père promet de venir la voir et d'en discuter. Mais il ne l'a jamais fait. Aucun référent du côté maternel de S1 n'a pu être contacté ce qui rend impossible une médiation orientée vers cette famille.

Paradoxalement à l'attitude du père qui n'est pas favorable, l'enfant a fait une pression à l'équipe pour son retour en famille après deux mois de suivi régulier à une fréquence de deux entretiens par semaine

pendant un mois puis un entretien hebdomadaire le dernier mois. Le père, informé de la demande de l'enfant nous fait savoir que la porte est largement ouverte à sa fille. Un accompagnement familial est fait les semaines qui ont suivi la demande de S1. La position des parents ne nous a pas permis d'exiger leur investissement avant le retour en famille. Elle passe deux jours en famille puis se retrouve à nouveau dans la rue. Cette fois, un travail orienté vers un centre d'hébergement à long séjour est mis en place. Il aboutit à l'orientation de l'enfant vers un centre partenaire où elle suit actuellement sa scolarité.

- *Analyse et commentaires*

S1 est née dans un contexte de conflit entre ses deux familles. Le mariage n'ayant pas été célébré du vivant de sa mère, son père a été obligé de le faire avec le cadavre. Cette situation mal vécu par le père reste aujourd'hui une raison avancée par le père pour extérioriser ce qu'il qualifie d'injustice. Ceci aggrave son aversion au sein de sa belle-famille qu'il accuse de sorcellerie. Le lien entre sa belle-famille n'étant actuellement que sa fille. On constate un déplacement de sa perception de sa belle-famille sur son enfant. L'attitude de sa compagne n'est non plus favorable à l'installation d'une bonne relation entre l'enfant et son père. L'angoisse de l'attente d'un nouveau-né accroît la réaction de méfiance et de peur que le père a sur fille. S1 a grandi dans un contexte fait de nombreux décès synonymes de pertes énormes souvent brutales.

L'arrivée dans la rue s'est accompagnée d'un processus de désocialisation. Le processus a été stoppé par l'action du Samu Social Pointe-Noire à partir des activités mises en place dans le centre d'hébergement d'urgence avec soins infirmiers et psychologiques. Son intégration au groupe de ses camarades de rue définit un nouveau type de relation avec autrui. Il s'agit d'une relation rigidifiée dans laquelle l'enfant perd son autonomie d'action et se voit fortement guidé par l'effet du groupe. Dans ces groupes peuvent également se mettre en place des relations individuelles dans lesquelles l'enfant est dans un schéma où autrui lui apporte sécurité. Cet autrui peut également devenir tyrannique et exploiteur. L'obstacle à l'action de médiation entreprise par le Samu Social est la position du père qui est également dans une position de recherche de résolution de ces propres problèmes (deuil de son ancienne femme non fait par exemple) non résolus auxquels s'ajoutent les problèmes que pose sa fille en terme d'instabilité et de ses conséquences sur son image sociale dans le quartier.

La prise des substances psychoactives par S1 comme par beaucoup d'enfants se fait en groupe. Cette forme de prise signale un attachement au groupe mais plus encore la notion de partage pour la plupart des enfants aux prises à des situations presque analogues. Une espèce d'auto-identification qui fait penser chez eux à une communauté de trauma (Douville, 2007, p. 27). L'évolution de la consommation de cannabis de S1, s'associe à une désocialisation et une rupture de liens. Elle le dit si bien qu'au début le cannabis lui faisait oublier le fait qu'elle n'avait pas de famille et que par la suite elle consommait pour se faire plaisir. Nous voyons alors un rôle transitionnel dument joué par le cannabis chez S1 (Winnicott, 2010, p. 31). L'idée selon laquelle le cannabis est doté d'un pouvoir surnaturel qui protège l'enfant, revient une fois de plus dans les propos de S1, une pensée magique imaginaire presque symptomatique chez tous les enfants de la rue (Morgenstern, 1934, p. 60).

• **CAS N°2**

Présentation du sujet

S2 est âgé de 14 ans. De nationalité congolaise, il est né à Brazzaville et a un niveau scolaire de 5ème. S2 est le fils aîné de son père et de sa mère. Ses deux parents sont vivants mais séparés depuis qu'il avait un an. Après la séparation du couple et l'abandon de l'enfant par ses deux parents biologiques, le garçon a grandi auprès de sa famille paternelle puis a été récupéré des années plus tard par son père. Ce dernier s'est remarié et habite actuellement à Pointe-Noire dans un quartier périphérique. La mère réside à Brazzaville. Elle habite dans un quartier populaire où elle est propriétaire d'un restaurant. Elle mène une vie cachée

car elle est recherchée par la police pour un infanticide commis à Pointe-Noire il y a quelques années. S2 n'a jamais eu des nouvelles de sa mère et a toujours été tenu à distance de sa famille maternelle.

En 2012, il commence à fuguer et à poser des actes de vol d'argent, de téléphone et même de viol sur la fille de sa belle-mère. Au cours d'une séance de prière organisée à l'occasion de l'installation de la famille dans sa nouvelle maison, des accusations de sorcelleries sont portées à l'endroit de S2 par le pasteur de l'Eglise de sa belle-mère. Selon les parents, S2 aurait avoué suite aux séances de prières qu'il est sorcier. Le père et la belle-mère décident à nouveau de se séparer de lui. La belle-mère est chargée de le raccompagner chez sa grand-mère maternelle pour qu'il s'y installe définitivement. Il est arrivé en rue quelques jours après qu'il soit installé auprès de sa grand-mère. Il est rencontré en rue deux mois après par le Samu social de Pointe-Noire qui l'identifie puis l'oriente au centre d'hébergement avec soins infirmiers et psychologiques pour un repos. Le travail avec le jeune s'est fait essentiellement au centre d'hébergement et en rue en plus de quelques entretiens sociaux qui ont également été menés avec la famille.

Lors des premiers entretiens, à son arrivée au CHUSIP, il s'est confié sans difficulté et nous a orientés vers une de ses tantes paternelles pour que nous entamions un travail de médiation. Il nous a clairement dit qu'il ne souhaitait pas repartir chez son père ni entrer en contact avec lui. Sa tante a été rencontrée mais n'a pas été enchantée de savoir que son neveu avait choisi de la désigner elle comme personne de référence. Elle nous a raconté sa version de l'histoire dans laquelle elle affirme que S2 est en partie responsable de sa propre situation puis nous a clairement dit qu'elle ne souhaitait plus être mêlée à ce dossier. Elle nous a fait également savoir qu'elle a beaucoup à perdre si elle cherchait à trouver une solution à son neveu, parce qu'on l'accuse de l'avoir initié à la sorcellerie.

Le père de S2 et sa compagne ont été entretenus. Ils nous confient que S2 serait envouté et aurait même avoué être à l'origine de tous les déboires et malheurs de son père. Pour son père et sa belle-mère, il a été initié à la sorcellerie par sa tante paternelle et sa mission principale serait d'appauvrir le père. Ce dernier nous informe que son fils a été scolarisé jusqu'en classe de 5ème puis placé pour une formation en mécanique dans un atelier de la place. Il aurait déserté l'atelier en préférant dépenser l'argent qui lui était remis pour payer sa formation. C'est ainsi qu'il aurait décidé de le faire partir de son domicile afin qu'il aille rejoindre sa tante paternelle qui est sa complice, mais sa compagne aurait préféré plutôt le conduire auprès de sa grand-mère maternelle. La grand-mère maternelle rencontrée a présenté une ouverture. Elle s'est montrée dans ses propos très soucieuse de l'avenir du garçon. Elle nous a fait le récit des circonstances dans lesquelles S2 est arrivé chez elle puis a reconnu la négligence de sa fille dont elle n'avait aucune nouvelle. Pour elle, il était préférable que l'on travaille avec le père de S2 qui selon elle devrait être le seul et véritable référent parental pour l'enfant.

Après plusieurs rencontres le père est resté sur sa position, refusant de recevoir S2 et interdisant même à son épouse de continuer de recevoir les équipes du Samu social de Pointe-Noire. Après la tante paternelle et le père, nous nous sommes tournés vers la famille maternelle et c'est sa grand-mère que nous avons pu rencontrer. Nous retiendrons du passage au CHUSIP que S2 n'accorde pas d'importance sur son hygiène corporelle mais il entretient bien ses vêtements. Au centre, il a été provocateur et aimait discuter des thèmes portant sur la sorcellerie.

Eléments d'entretiens psychologiques

- Contact avec le sujet

S2 vient au bureau tête baissée. C'est la première fois que nous allons discuter avec lui depuis quatre jours qu'il est au centre. Il a participé à l'entretien collectif que nous avons eu avec cinq autres enfants du centre la veille. Lors de l'entretien collectif S2 a été très participatif en utilisant par moment sa pointe d'humour pour détendre l'atmosphère de la séance. Il connaît bien la date du jour et les règles de fonctionnement du centre où il dit bien se sentir. S2 s'efface lors qu'il est en relation individuelle. Je

comprends que le groupe est un facteur d'assurance pour lui. Nous sommes restés sur un échange très concis basé sur des questions-réponses.

La deuxième séance fut beaucoup plus prolifique en informations. S2 accepte de nous parler librement de lui en commençant par sa vie au centre.

Il est difficile à S2 de dormir avant 22 heures du soir (heure à laquelle les enfants hébergés au centre sont censés aller au lit). Il a de longues phases d'endormissement. Il lui arrive de se réveiller en plein milieu de la nuit à cause des cauchemars qu'il fait pendant son sommeil. Il se réveille souvent en sursaut. Les premiers jours, il a fait pipi au lit, ce qu'il n'a jamais fait dans la rue. Il a eu honte d'avoir fait pipi. Mais il a été surpris de la réaction des encadreurs qui ne lui ont pas fait de reproches. Ils l'ont aidé à se nettoyer le corps. Il me confie qu'il lui arrivait souvent de faire pipi au lit dans la famille quand il avait dix ans suite à des excès de table. Concernant son alimentation, il me confie que les heures de manger sont différentes au centre et dans la rue où il n'a pas d'heure. Il trouve difficile de devoir manger à une table alors que dans la rue il n'est pas soumis à ces contraintes. Il n'aime pas débarrasser la table et voit cela comme une soumission aux autres camarades. Il n'accepte pas l'idée selon laquelle les petits devraient bénéficier des mêmes droits que les grands au centre. Le moment le plus détesté par S2 est le temps de sieste où il est contraint de rester silencieux.

- Le rapport à autrui / parents

Nous n'avons réellement abordé la situation familiale de S2 que lors du troisième entretien. Il nous a souvent fait savoir qu'il en avait déjà parlé aux travailleurs sociaux et que ça ne valait plus la peine de revenir là-dessus. Nous avons compris qu'il y'aurait quelque chose de douloureux voire difficilement supportable à l'évocation de son passé familial. Voici suite à plusieurs tentatives les propos de S2 sur sa famille :

« J'ai plus vécu avec ma famille paternelle. J'ai plus vécu avec les parents de mon papa mais ce fut encore plus long et pénible pour moi de partager ma vie avec mon propre père et ma belle-mère. Ma belle-mère ne m'aime pas. Elle me déteste. Elle se mêle de ce qui ne la regarde pas. Je me sens étranger dans la maison de mon propre père. Il m'arrive de penser que ce n'est peut-être pas mon père. Il arrive parfois que ma belle-mère me traite d'enfant bâtard. Honnêtement, je ne l'aime pas aussi. Quand il manque de l'argent dans le ménage, on me traite de responsable. Mon père et sa femme pensent que c'est moi qui suis responsable de toute leur souffrance. Ils me traitent de sorcier. Ma belle-mère dit souvent que je la hante pendant son sommeil. Elle prétend que je vais tuer ses enfants qui sont mes demi-frères. Elle m'interdit souvent de sortir de la maison avec mes demi-frères. J'ai toujours tort quand je me dispute avec une autre personne de la famille. Je suis le mauvais dans ma famille. Je me rends également justice par moment. J'attends l'absence des parents pour taper sur tous les enfants. Je me fais servir par leurs enfants quand ils ne sont pas là. ».

S2 qui, à la base était dans une espèce de blocage, évoque au fil de l'entretien son passé en famille avec une pointe d'humour. S2 pense que ce ne sera pas facile pour lui de repartir en famille tant que sa belle-mère restera en couple avec son père. Voici ce qu'il dit également à son propos :

« Je sais que cette sorcière est prête à tout pour que je ne reparte plus en famille. Ça l'arrange comme ça ! Je sais qu'elle est contente car elle veut garder tout ce que mon père possède comme héritage ».

- Rapport aux substances psychoactives

Au dix-neuvième jour d'hébergement de S2 dans le centre du Samu social, un incident survenu nous a permis d'aborder le thème portant sur les substances psychoactives que S2 a souvent occulté. Trois enfants ont été surpris en train de fumer du cannabis dans le centre. Pris de peur, ils sont partis en

escaladant le mur. Ces enfants sont nouvellement identifiés par le Samu social et se disent que le jugement des encadreurs serait le même que celui des personnes qu'ils rencontrent dans la rue qui sont assez sévères avec eux. Ces personnes leur infligent parfois des violences physiques quand elles les surprennent en pleine consommation de substances psychoactives. Dans leur fuite, ils ont emporté des vêtements et des chaussures appartenant à d'autres enfants qui sont encore au centre. Nous voulons savoir ce que S2 pense de l'acte déclencheur du départ de ses camarades. Il pense que le fait que ses camarades soient partis en emportant les effets appartenant aux autres est une mauvaise chose. Mais il les comprend. Il se met à leur place quand ils seront dans la rue. Il trouve qu'il leur serait un peu difficile de s'acheter les vêtements pendant les premières heures qui suivent leur retour dans la rue. Les effets emportés leur serviront pendant les premiers jours. Il pense également qu'il est difficile pour ses camarades qui sont partis de résister à l'envie de prendre du cannabis. Pour S2 le cannabis est utile pour les enfants qui sont dans la rue du fait qu'il leur permet de se maintenir avec les enfants de la rue. Le cannabis permet aux usagers d'oublier leurs soucis. Voici une transcription fidèle extraite du discours de S2 sur le cannabis :

« On n'a plus le temps de penser à ce qui nous fait souffrir. On ne pense plus à notre famille, à ceux qui nous manquent du moins pour un temps, surtout nos mamans. Les mamans manquent plus aux enfants que leurs pères. Quand je prends le cannabis, je me sens comme bercé, je m'endors plus facilement et mon sommeil n'est pas agité. C'est quand j'étais dans la rue que j'ai pris le cannabis et la colle en groupe avec les amis. Chacun devait respecter les engagements qu'il prend. A la fin de la journée, il fallait apporter à manger et de la drogue pour tout le monde. Le chef protège tous les membres du groupe. Quand quelqu'un ne tenait pas à ses promesses, il était passible de sanctions. Il a le droit d'abuser sexuellement des autres membres du groupe. C'est le maître du groupe. A mon arrivée au centre, je croyais qu'il fallait prendre cette substance pour prétendre bien dormir, mais il n'y a rien de tout cela. Je me suis adapté aux conditions du centre. Je ne touche plus à la drogue. ».

S2 pense que le maître du groupe est celui qui est le plus fort. On ne peut être respecté dans la rue que si on fait peur. Il a voulu se faire respecter en employant cette méthode au centre qui n'a pas fonctionné à cause de la surveillance et de l'implication des encadreurs. Les autres camarades lui ont fait comprendre qu'au centre le meilleur moyen de réclamer ses droits est la discussion. Il est souvent partagé entre l'idée de régler ses conflits par la violence et celle de les régler par la discussion. S2 se demande pourquoi il nous raconte ses secrets. Il nous demande si cela restera confidentiel entre nous. Il dit qu'il a peur que ses camarades découvrent ses faiblesses. Il va plus loin dans son doute en se demandant pourquoi nous prenons des notes pendant qu'il fait son récit. Nous l'avons rassuré que c'est pour des besoins d'analyse. Il veut savoir ce que nous ferons de son histoire écrite. Nous lui faisons comprendre que nous la gardons pour nous en souvenir au prochain entretien, vu que nous recevons beaucoup d'enfants et qu'il se pourrait que nous puissions oublier ce qui a été discuté lors des séances précédentes. Il semble rassuré.

S2 nous confie qu'il se sentait très gêné quand il croise du regard un autre enfant du centre. Ce dernier étant « chef de groupe » aurait abusé sexuellement de lui quand il était dans la rue. Il se rappelle des cris de douleurs de ce camarade qui venait à peine d'arriver dans la rue. Il se rappelle aussi des éclats de rire des autres camarades qui assistaient à la scène. Il est dérangé dans son sommeil par ces souvenirs. Dans la rue, il ne pensait jamais à cela. Mais depuis qu'il est au centre, il lui arrive fréquemment d'y penser. Il est bien conscient que si sa situation d'insomnie perdurait, il pourrait partir plus tôt dans la rue que prévue. Il pense qu'il va devoir s'excuser auprès de ce camarade mais qu'il aurait certainement besoin d'une personne qui l'aiderait à le faire, ne serait-ce que pour une présence. Il nous sollicite indirectement. Néanmoins, nous sommes revenus sur la situation pour l'aider à déculpabiliser.

Les échanges antérieurs nous ont permis d'instaurer une plus grande confiance qui nous permet désormais d'aborder tous les sujets. S2 nous raconte son vécu des accusations de sorcellerie à laquelle

il dit croire à son existence. Il sait que dans sa propre famille certaines personnes ont déjà été accusées de sorcellerie, en l'occurrence sa tante paternelle. Il n'est pas surpris de savoir qu'on l'accuse de sorcellerie mais il ne sait pas ce qui fait de lui un sorcier. Il dit qu'il avait avoué être sorcier suite à la pression. Voici un extrait du discours de S2 :

« J'avoue qu'à partir d'un moment je me suis demandé si je ne suis pas le seul à ne pas savoir que je suis sorcier, vu que mon entourage l'affirme avec certitude. Je me suis parfois demandé si on peut être sorcier et ne pas en être conscient ! J'ai même commencé à douter de moi-même, je me réveille la nuit pour me regarder le corps et me rendre compte que je n'ai pas changé de forme, parce qu'on m'a dit que les sorciers changent de forme pendant la nuit. Je n'ai cependant rien constaté d'anormal en lien avec mon corps. Le fait que je n'ai pas d'explication à tout ce qui m'arrive me fait beaucoup souffrir. Je suis malheureux pour deux grandes raisons. Je suis exclu de ma famille d'une part, et d'autre part par la société. Vu que je suis rejeté de tous les côtés, j'ai dû me trouver une nouvelle famille, celle des enfants de la rue. Nous sommes victimes des accusations de sorcellerie. »

- Projet de sortie de rue.

Après 2 mois passé au centre, S2 se projette sur une possibilité de sortie de rue. Il n'est pas prêt de repartir en famille auprès de ses parents. Cette position de l'enfant semblerait ne pas déranger le père qui se montre très indifférent de la situation de son fils. Une démarche d'orientation dans un centre ne pourrait se faire que sur l'approbation d'un parent au moins. Au vu de la nette évolution constatée chez S2, l'équipe décide, lors d'une réunion d'analyse de cas, d'une orientation de l'enfant. Le père n'oppose aucune résistance à remettre à l'équipe allée lui rendre visite à son domicile, l'extrait d'acte de naissance de son fils. Nous n'avons pas besoin d'une intégration progressive, vu l'âge et la capacité d'adaptation importante de S2. Il intègre le centre où il s'est adapté rapidement en se pliant aux règles dudit centre. Il a repris sa scolarité et sait qu'il sera inscrit après un an dans un centre de formation professionnelle.

- Analyse et commentaires

S2 aurait une modification conséquente des rythmes de vie qui aurait dans un premier temps rendu difficile son adaptation aux règles du centre. Cette modification serait la conséquence d'une désocialisation qu'il a subie. Il se serait mis en place au niveau de S2 un état de perte de repères temporels et également d'une réorientation de ses points d'intérêts. La désocialisation serait le fruit d'une exclusion familiale qui ne permettrait plus à S2 de maintenir les liens codifiés avec sa structure familiale. Il se serait mis en place une personnalité assez déstructurée qui instaure des mécanismes de survie et de défenses appropriés à son nouvel espace de vie qu'est la rue.

Le changement du cadre de vie de S2 se serait marqué par une énurésie secondaire qui s'expliquerait par la baisse du niveau de vigilance comparée à celle qui lui permettait de se maintenir dans la rue. En effet, le cadre plus rassurant et contenant du centre permettrait une régression somatique de l'enfant signalée par l'énurésie passagère. S2 serait une personnalité à tendance culpabilisatrice et poussée vers un désir de réparation. Il a voulu s'excuser auprès d'un camarade qu'il aurait abusé sexuellement. Le passé douloureux serait la première raison qui justifierait l'attitude d'évitement de S2 de discuter des situations en lien avec sa famille. Il aurait en retour surinvesti la relation avec son groupe de rue. Cette relation est assez rigidifiée avec comme conséquence l'influence que certains enfants ont sur ses décisions.

Contrairement aux autres enfants qui font ressortir dans leur discours l'aspect néfaste de la consommation des substances psychoactives sur la santé, S2 a un discours valorisant cette consommation. Aussi, S2 croit à la puissance maléfique du sorcier. C'est ce qui justifierait le fait qu'il refuse les accusations de sorcellerie dont il est victime. Cependant la position de son entourage qui croit fermement que S2 serait sorcier, l'amène à douter de lui-même, de qui il est vraiment. On se demande si ce ne serait pas une tendance hypocondriaque qui surgit chez S2.

3.2. SYNTHÈSE

Il ressort de cette étude que la rencontre avec S1 s'est faite pour la première fois au cours d'une maraude de nuit. A cette occasion, nous avons eu un entretien d'une demi-heure environ. Cela nous a permis de savoir que ce sujet venait d'intégrer la rue. C'est ainsi que nous l'avons orientée au centre d'accueil et d'hébergement d'urgence avec soins infirmiers et psychologiques. Avec S2 la première rencontre s'est faite au bureau du Samu Social dans un climat de méfiance. Au départ, ce sujet ne voulait pas parler. C'est suite à nos propos rassurants que nous avons réussi à échanger avec lui. Cette réalité nous permet de dire que notre hypothèse selon laquelle l'entretien avec l'enfant de la rue se déroule dans une diversité de cadres selon les circonstances de la rencontre, est vérifiée.

Nous constatons que le temps inaugural de toute rencontre se noue autour de l'accueil du sujet, dans sa dimension d'acceptation de l'altérité. C'est dans une démarche individualisée que nous apprenons des enfants eux-mêmes comment leur parler et à les accepter là où ils sont. Il serait difficile d'envisager un entretien avec un enfant de la rue sans être quelque peu directif dans les premiers temps. L'enfant n'accepte pas sans conditions préalables avoir un entretien comme toute autre personne (Rogers, 1966, p. 47). L'hésitation est d'autant plus grande que ces enfants confondraient l'acceptation de l'entretien à l'adhérence ou à l'approbation du contenu du discours, ce qui n'est pas aisé pour les enfants de la rue avec une fragilité dans la construction de leur « moi ». On va donc laisser ouvert un espace d'invention dans la relation. Chez les enfants de la rue, l'espace d'intervention pour permettre une meilleure entrée en contact est celui qui laisse libre cours aux premières réactions qui sont généralement liées à la méfiance et au manque de confiance.

Nous avons constaté que dans l'accompagnement des enfants de la rue, ceux-ci se taisent lorsque les événements sont de nature intentionnelle, telles la position castratrice des encadrant envers les bénéficiaires ou encore les règles de vie de l'institution mal vécues par les bénéficiaires. Ils ne parlent pas de ce qu'ils ont vécu ni de ce qu'ils ressentent. L'entrée en contact devrait prendre en compte le fait que, pour l'enfant, sa souffrance portant atteinte sur l'intimité du corps, serait de nature intentionnelle (Romano, 2013, 62).

La démarche d'entrée en contact nécessite préalablement un dépassement du postulat selon lequel si l'enfant n'en parle pas, c'est qu'il a oublié et qu'il vaudrait mieux ne pas en parler de peur de le traumatiser. L'enfant peut penser que les adultes ne sont pas en mesure de comprendre sa douleur, sa souffrance ; en plus des différents sentiments que sont la honte, l'humiliation, la crainte et la culpabilité qu'il ressent. Le silence est parfois le fait de recourir au déni comme ultime défense d'un psychisme traumatisé, impuissant devant un événement humainement intolérable (Fassin & Rechtman, 2007, 55). Le silence protège ces enfants contre la peur de bafouer les règles éducatives et celle de s'opposer également à leurs bourreaux. L'une des raisons qui peuvent expliquer le silence de l'enfant lors des premiers contacts peut être l'emprise psychique.

Au sujet, de l'hypothèse selon laquelle la durée de l'entretien psychologique avec l'enfant de la rue obéit au respect des limites de ses capacités émotionnelles, l'étude montre que l'entretien avec un enfant de la rue comme avec toute autre personne, est une action de mise en relation. Cette mise en relation spécifique chez un enfant de la rue est d'autant plus complexe à cause des difficultés d'attachement qu'ils ont traversées. Les paroles échangées, supports potentiels de représentations, n'ont plus la capacité de mettre correctement en lien les différents éléments d'un discours à la base subjectif. Cette spécificité est en lien avec la petite enfance (difficultés d'attachement) et du vécu traumatique qui alimente tout le passé. En dehors des dialectes conventionnels, les enfants de la rue ont parfois leur propre jargon. Ils utilisent des expressions codifiées héritées des langues locales de la place que seuls les initiés comprennent. Nous nous adaptons pour pouvoir mieux communiquer avec eux. C'est pourquoi, nous avons respecté la durée de l'entretien et les limites des capacités de ces sujets.

CONCLUSION

Au terme de cette étude nous ne prétendons pas avoir élucidé tous les contours du déroulement de l'entretien psychologique avec l'enfant de la rue. Cette étude dont la forme est embryonnaire, a permis la vérification systématique de l'hypothèse principale. Sur ce nous pouvons affirmer qu'il existe des spécificités propres à un entretien psychologique avec un enfant de la rue au cours de son déroulement. La multiplicité des lieux de rencontre qui exige au praticien d'adapter un espace matériel, temporel et psychique à mettre à la disposition de l'interlocuteur qui n'est autre que l'enfant de la rue, est d'une spécificité non négligeable dans le cadre de l'accompagnement clinique chez les enfants de la rue.

Un discours plein d'affabulations est facilement mis en avant chez les enfants de la rue. Les discours des enfants certes comportent une part de vérité souvent étoffée d'évènements qui donneraient un autre sens au contenu du discours. Il arrive souvent que la partie affabulée de l'histoire prenne plus de place que le contenu exact. Ils pourraient raconter leur histoire en se racontant des histoires. La forte quête de la vérité sur le parcours des enfants ne doit pas cependant empêcher le psychologue de prendre en compte les affabulations contenues dans leurs discours. Il est important de relever les affabulations en vue de permettre l'émergence de la conscience, l'idée de toute puissance de l'enfant. Cependant nous estimons avoir démontré les spécificités de l'entretien psychologique avec l'enfant de la rue, dans son déroulement concernant notre contexte socioculturel.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adler, Alfred, & Adler, Patrick 1987. *Membership roles in field research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Bourdieu, Pierre, 1978. Sur l'objectivation participante. Réponse à quelques objections. *Actes de la recherche en sciences sociales.*, pp. 67-69.
- De Sardan, Jean-Pierre Olivier, 2001. Les trois approches en anthropologie du développement. *Revue Tiers Monde*, pp. 729-754.
- *Decret n°2011-341 fixant les conditions et les modalités de création et d'ouverture des structures privées d'accueil et d'hébergement*. (2011). Brazzaville.
- Deldime, Roger, & Vermeulen, Sylvie, 1984. *Le développement psychologique de l'enfant*. Bruxelles: De Boeck.
- Douville, Olivier, 2007. *De l'adolescence errante. Variations sur les non-lieux de nos modernités*. Nantes: Pleins Feux.
- Fassin, Didier, & Rechtman, Richard, 2007. *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris: Flammarion.
- Favret-Saada, Jeanne, 1977. *Les mots, la mort, les sorts*. Paris: Gallimard.
- Ghimbi, Nicaise Léandre Mesmin, 2014. *La représentation sociale du psychologue clinicien dans les centres hospitaliers de Brazzaville: identité et appartenance*. Thèse de doctorat unique en Psychologie pathologique et clinique, sous la direction de Dieudonné Tsokini Maître des Conférences. Brazzaville: Université Marien Ngouabi.
- Hughes, Everett Cherrington, 1996. *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- IRC, & UNICEF. (2003). *Recensement et enquête sur les enfants de la rue à Brazzaville et Pointe-Noire*. Brazzaville: IRC, UNICEF.

- Libali, B., Nkouika, G., & Mafoukila, C. (2000). *Enquête sur la réinsertion sociale des enfants de la rue à Brazzaville*. Brazzaville: UNESCO, APTS.
- *Loi n°04-2010 du 14 juin 2010 portant protection de l'enfant en République du Congo*. (2010). Brazzaville.
- Morgenstern, Susie 1934. La pensée magique chez l'enfant. *Revue Française de Psychanalyse*, pp. 99-115.
- Platt, John 1983. The development of the "participant observation" method. *Sociology: origin myth and history. Journal of the history of the behavioral sciences*, pp. 379-393.
- Rogers, Carl, 1966. *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Romano, Hélène, 2013. *L'enfant face au traumatisme*. Paris: Dunod.
- Tsokini, Dieudonné, 2008. *Psychologie clinique et santé au Congo*. Paris: L'Harmattan.
- UNICEF. 2009. *Analyse de la cartographie des acteurs travaillant dans le domaine de la prise en charge des enfants de la rue. Rapport final*. Brazzaville: UNICEF.
- Winnicott, Donald Woods, 2010. *Les objets transitionnels*. Paris: Payot.