Hypotheses

< http://hypotheses.org>

OpenEdition Search

TOUT OPENEDITION

THÈME 1 : ENGAGEMENTS < HTTPS://JCEA.HYPOTHESES.ORG/CATEGORY/THEME-1-ENGAGEMENTS>

L'engagement des professionnels auprès des enfants en situation de rue à Dakar

By Coline Desportes < https://jcea.hypotheses.org/author/desportes>

16 décembre 2020 < https://jcea.hypotheses.org/1137>

Aucun commentaire < https://jcea.hypotheses.org/1137#respond>

Par Marion LAUER, Yoram MOUCHENIK et Marion FELDMAN

Marion LAUER est psychologue clinicienne et doctorante. Elle s'intéresse aux processus de circulation des éléments traumatiques au sein de la relation d'aide et aux problématiques interculturelles.

Yoram MOUCHENIK est psychologue clinicien en pédopsychiatrie, Professeur Émérite des Universités. Il est responsable de deux consultations en clinique transculturelle qui prennent en charge des familles migrantes et réfugiées.

Marion FELDMAN est psychologue clinicienne, Professeure des Universités. Elle travaille dans le champ de la protection de l'enfance ; ses travaux de recherche concernent le devenir des traumas infantiles et les problématiques d'affiliations.

Alors que Human Rights Watch pointe la hausse du nombre d'enfants mendiant en rue au Sénégal (100.000 en 2019 contre 50.000 en 2010), plusieurs équipes s'engagent au quotidien auprès d'eux. Dans le dernier rapport à ce sujet, ils mettent en lumière les événements traumatiques vécus par les enfants, le manque de moyens des centres rattachés à l'Etat et des associations ainsi que l'impact limité du programme gouvernemental de retrait des enfants de la rue de 2016 et 2018, centré sur Dakar (Human Rights Watch, 2019). Si les études sur ces enfants se développent (Diop & Faye, 1997 ; Dramé, 2010), peu de recherches abordent les vécus de ceux qui les accompagnent. Pourtant, cela peut induire des phénomènes de traumatisation indirecte, ayant une répercussion sur la santé psychique et sur la pratique des professionnels (Gounongbé, 2014).

Dans le cadre d'une recherche doctorale à l'Université Paris Nanterre, nous réalisons une étude auprès de professionnels qui travaillent avec ces enfants à Dakar, afin de mieux comprendre leurs vécus, l'impact que cela a pour eux et les ressources qu'ils mobilisent. Les premiers résultats, présentés dans cet article, sont issus de la recherche exploratoire que nous avons réalisée en 2019 auprès de professionnels éducatifs et médico-sociaux d'une ONG sénégalaise.

1. Généralités

Trauma et culture

Le traumatisme psychique est un concept évoquant l'idée de blessure, qui *« met en balance réalité psychique et réalité externe »* (Laroche Joubert, Feldman & Moro, 2018 : 127). El Husseini le définit comme une *« effraction qui perturbe l'économie libidinale, provoque un débordement d'affects ou de l'effroi »* (El Husseini, 2016 : 38). Selon Baubet (2012), la plupart des cultures ont leur propre théorie de l'*effroi* et ne parlent pas de *trauma*. Dans la langue wolof, majoritaire au Sénégal, *je suis effrayé* se dit *sama fit dem na*, littéralement : *mon principe vital est parti* (Nathan, 1994).

Les enfants de la rue au Sénégal

Selon Lucchini, *« la notion d'enfant de la rue est un concept à la recherche d'un objet »* en raison des contours incertains de la population désignée (cité par Dramé, 2010 : 8). Pirot écrit qu'il s'agit d'enfants en rupture familiale qui, ainsi, vivent en permanence dans la rue (cité par Dramé, 2010 : 11). A Dakar, une grande partie de ces enfants sont désignés par les termes *talibés* ou *fakhman (fakh* en wolof signifie *briser, casser, rompre*). Les premiers sont des enfants confiés à un maître coranique qui souvent se trouvent contraints à mendier en rue, tandis que les seconds sont des enfants en rupture sociale et familiale, qui vivent en groupe dans la rue (Dramé, 2010). Selon Human Rights Watch (2019), il s'agit d'enfants exposés à des traumas cumulatifs et à des violences telles que des négligences, viols, passages à tabac, emprisonnements. Le Samu social international (2014) note *« une prévalence des vécus traumatiques intrafamiliaux »* (p.23) jusqu'à ce qu'un débordement de violences provoque le départ de l'enfant. Les mutations sociales ont modifié la place ainsi que la circulation de l'enfant au sein de la société et certaines pratiques comme le confiage se sont transformées, pouvant être, selon Camara (2014), potentiellement traumatiques pour les enfants.

La transmission du traumatisme psychique

Plusieurs études se sont penchées sur les mécanismes de transmission du traumatisme dans la relation soignante. La compassion, qui permet d'être touché par la souffrance de l'autre, peut générer une satisfaction mais aussi donner lieu à une fatigue qui va entraîner pour le professionnel un sentiment d'impuissance et une remise en question douloureuse de sa vision des choses (Figley, 1995). Son engagement empathique, qui lui permet la reconnaissance de l'autre par le partage d'états psychocorporels (Lebovici, cité par Lachal, 2006), peut également l'exposer à des processus de traumatisation secondaire caractérisés par l'apparition de symptômes en lien avec l'écoute de récits d'événements traumatiques (Figley, 1995) et/ou de traumatisation vicariante, consistant en une transformation profonde de son identité professionnelle (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Du côté de la psychanalyse, ce sont les processus transféro – contre transférentiels qui permettent de penser la circulation des éléments traumatiques dans la relation. Le contre-transfert a d'abord été défini par Freud en 1910 comme l'influence exercée par le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. Mouchenik (2012) évoque *un « contre-transfert traumatique dont on peut repérer les caractéristiques dans l'apparition d'un « scénario émergent », suscité par le récit de l'expérience traumatique »* (p.24). Ce scénario émergent, théorisé par Lachal (2006), est basé sur des images virtuelles, et va être construit par le soignant en écoutant le récit traumatique de son patient, témoignant

de l'empathie faisant jour dans le contre-transfert. Le professionnel peut se trouver envahi par ce scénario qui se trouve à l'articulation des registres narratif et traumatique.

2. **Problématique**

Nous questionnons les mécanismes de transmission du traumatisme chez les intervenants éducatifs et médico-sociaux travaillant auprès des enfants des rues à Dakar, au travers de l'étude de leur engagement dans la relation d'aide et des processus contre-transférentiels à l'œuvre.

3. **Objectif**

Une meilleure compréhension de ces mécanismes permettrait d'affiner les dispositifs d'accompagnement de ces équipes et, ainsi, d'améliorer la prise en charge des enfants.

4. **Méthode**

Type de l'étude : cette recherche exploratoire est basée sur une méthode qualitative et inductive, s'inspirant de la *« Grounded theory »* issue des travaux de Glaser et Strauss, datant de 1967. Il s'agit de partir du discours du sujet pour former des catégories conceptuelles, l'objectif étant l'élaboration d'une analyse ancrée dans le terrain, allant vers l'abstraction (Paillé & Mucchielli, 2013).

Population : cette recherche a été réalisée à Dakar en 2019, auprès de neuf professionnels d'une ONG sénégalaise qui accompagne en rue et dans un centre des enfants pour leur apporter des soins, une mise à l'abri et élaborer un projet de retour en famille ou d'insertion. Seuls les membres de l'équipe éducative et médico-sociale, ayant donné leur consentement éclairé, ont participé à la recherche. Ainsi, quatre femmes et cinq hommes ont été interrogés, parmi lesquels deux chauffeurs-animateurs ; deux travailleurs sociaux ; trois infirmiers ; deux animateurs.

Outils : un entretien individuel, enregistré et semi-structuré, a été mené avec chaque participant.

Méthode d'analyse : les verbatims ont fait l'objet d'une analyse inductive par élaboration de catégories émergent dans les discours, se référant à la *« Grounded Theory »*. Cette approche permet d'extraire les éléments qui ressortent des entretiens

par une analyse en 6 étapes : codage, catégorisation, mise en relation, intégration, modélisation, théorisation (Paillé & Mucchielli, 2013).

Éthique : les données, anonymisées, ont été recueillies sur la base du volontariat et accompagnées du consentement signé des participants.

5. **Résultats**

L'analyse des entretiens a permis de mettre à jour 7 catégories :

Représentations de leur travail

Dans le discours des professionnels, leur travail apparaît enraciné dans la relation d'aide et porté par une implication importante. L'investissement affectif des enfants et la compassion leur apparaissent fondamentaux. Leur engagement auprès d'eux est porté par la notion de devoir moral et/ou religieux, et déborde souvent le cadre professionnel *: « Je devais le faire, ce n'était pas une question professionnelle »*. Plusieurs expriment investir ces enfants sur une dimension parentale : *« j'ai ressenti quelque chose comme un père », « je suis comme une maman pour eux »*. Cette implication génère de la satisfaction et de la fierté mais peut également occasionner un sentiment d'impuissance face aux situations qui n'aboutissent pas et de l'épuisement chez certains.

Représentations des enfants et de leur situation

La découverte de la situation des enfants est décrite par la majorité comme un *« choc » : « c'est quelque chose qui va me marquer jusqu'à la fin de ma vie », « je ne savais pas que les enfants souffraient autant, la première fois, ça m'a traumatisée »*. La notion de traumatisme est présente chez tous les professionnels pour expliquer les difficultés des enfants (conduites à risque, instabilité, délinquance…). Le psychotraumatisme est traduit en wolof par deux professionnels par le terme *« Nakhal » : « c'est une douleur, avoir quelque chose qui te fait mal au fond de toi », « c'est quelque chose que t'as vécu, qu'on t'a fait, que t'arrive pas à enlever de ta tête »*. Les événements cités sont les maltraitances, enfermements, viols, abandons, dénuement en rue.

Les récits des enfants : exposition indirecte aux événements traumatiques

A l'écoute des récits des enfants, les professionnels évoquent des vécus de sidération psychique (*« dès les premiers mots tu es paralysé »*) ainsi que le sentiment de vivre ou de voir le déroulement de la scène. Ils citent des émotions violentes (colère, haine, tristesse), le sentiment de rester « *accroché* » à l'histoire de l'enfant et des reviviscences. Des récits ont également réactualisé des traumatismes personnels pour certains d'entre eux.

Exposition directe et sentiment d'insécurité

Les professionnels sont parfois exposés à des insultes, jets de pierres sur le camion ou bagarres entre enfants, qui génèrent de la peur mais auxquels ils attribuent du sens après-coup : *« des enfants ont des comportements inadaptés (…) mais quand on remonte l'histoire on voit que c'est dû à ça »*. Il arrive également qu'ils soient confrontés à des décès, occasionnant une souffrance importante.

Symptômes psychotraumatiques

Les intrusions et symptômes neurovégétatifs sont les plus cités (reviviscences, troubles du sommeil, hypervigilance), de même que les symptômes somatiques (douleurs corporelles, migraines), des éprouvés de tristesse et/ou de colère, ainsi que des sentiments d'injustice et d'impuissance. Les plus anciens expriment toutefois que cela s'est atténué progressivement.

Impact sur la vie privée et la vision de la société

Certains notent des changements dans leur vision de la société, notamment concernant certaines écoles coraniques ou actions étatiques, comme d'eux-mêmes, avec un fort sentiment de responsabilité. D'autres s'investissent auprès de ces enfants hors temps de travail et tendent à mettre de côté leurs émotions et activités personnelles. Plusieurs parents craignent que leurs enfants ne soient confrontés aux mêmes dangers : ils sont devenus plus inquiets et vigilants.

Les ressources mobilisées en conséquence

Au travail, la mise en place d'actions pour faire évoluer les situations des enfants génère un sentiment d'auto-efficacité : *« quand tu penses que tu dois le faire, que tu sais comment le faire, ce sera vite fait »*. Ils ont le sentiment que leur action est bénéfique : *« les mots que tu leur donnes, ça leur donne de la force »*. L'humour, le soutien émotionnel et instrumental de l'équipe ainsi que l'orientation vers d'autres professionnels tels que la

psychologue, sont importants. Sont citées les formations, réunions, analyses de la pratique, qui permettent l'expression de difficultés, offrant un soutien et aidant à donner du sens aux conduites parfois déroutantes des enfants. Néanmoins, ces mécanismes favorisés par l'institution se révèlent parfois insuffisants. Face à des situations qui les mobilisent particulièrement sur le plan affectif, le sentiment de responsabilité est tel que les professionnels s'impliquent hors cadre institutionnel. C'est alors le groupe familial et communautaire qui apporte écoute, soutien et revalorisation. La religion apparaît également comme un support primordial pour moduler l'anxiété lorsqu'un enfant quitte le centre. Elle apporte des croyances qui participent à donner du sens à ce qui arrive et qui *« donnent la force de continuer »*. Les préceptes cités ont souvent été transmis par une figure d'attachement, qui se fait alors à nouveau présente comme source d'étayage lorsque ses mots sont remémorés. A ce niveau, la prière et les chants religieux ont une place importante. La nécessité de se reposer et de pratiquer d'autres activités personnelles est aussi mentionnée, mais la plupart disent ne pas en avoir le temps.

6. **Discussion**

Exposition aux récits des événements traumatiques vécus par les enfants

Selon Lachal (2006), les soignants, face aux récits de leurs patients, construisent un *« scénario émergent »* qui, s'il permet de donner un statut représentationnel à l'expérience traumatique, peut aussi se trouver envahissant. Chez les professionnels rencontrés, l'écoute répétée des récits des violences subies par les enfants entraîne différents vécus : sidération ; représentation imaginaire de la scène et du vécu de l'enfant ; envahissement par de la colère, haine, tristesse ; sentiment d'injustice et d'impuissance. L'intensité de ces éprouvés semble en lien avec l'importance de leur engagement affectif à l'égard des enfants et, parfois, avec la réactivation de traumas personnels, comme l'avait noté Gounongbé (2014) avec des équipes au Tchad ou Dozio, Bizouerne et Moro (2018), en Centrafrique. L'étayage que les professionnels trouvent alors peut se situer du côté de la psychologue et de l'équipe mais cela ne suffit pas toujours à réguler leurs éprouvés et beaucoup évoquent de l'anxiété, des troubles du sommeil et des intrusions subséquentes, telles que le sentiment de revivre la scène ou des images intrusives.

Des processus de traumatisation complexes ayant de nombreuses répercussions

Outre les processus inhérents à l'écoute des récits d'événements traumatiques, les professionnels sont confrontés à des climats insécurisants lors de certaines interventions, qu'ils associent à des symptômes tels que l'hypervigilance ou l'évitement. De plus, apparaissent des changements dans leur vision de la société, leur attitude parentale et leur sentiment de responsabilité personnelle, au point que certains aient le sentiment d'être marqués à vie. Les répercussions sont ainsi multiples et certains propos ne sont pas sans évoquer un risque d'épuisement professionnel.

Les ressources mobilisées

L'institution, en ce qu'elle propose un cadre structurant et différents supports, apporte un soutien instrumental qui favorise le sentiment d'auto-efficacité. Néanmoins, de l'angoisse et un vécu d'impuissance émergent face à des enfants en grande détresse, qui refusent de quitter la rue ou qui y retournent. Le fait que très peu de centres soient destinés à cet accompagnement, renforce leur sentiment de responsabilité. Aussi, dans les situations qui les mobilisent particulièrement sur le plan affectif, le maintien d'une distance protectrice est difficile et leur investissement peut déborder le cadre institutionnel, ce qui favorise de la fatigue, des émotions négatives et des angoisses, difficiles à réguler. Ils s'appuient alors principalement sur leur environnement personnel pour trouver du soutien émotionnel et une valorisation de l'estime de soi. Le soutien est apporté par l'entourage proche et la communauté élargie, ce qui renvoie à la fonction pare-excitante du groupe face au trauma (Laroche Joubert & Moro, 2018). La religion participe à réguler l'angoisse en favorisant l'acceptation de la situation des enfants ainsi que l'appui sur des valeurs et préceptes issus d'un héritage familial et culturel. En effet, la reconstruction de sens est un mécanisme important face au trauma qui bouleverse les croyances fondamentales de l'individu. Comme Mouchenik et al. (2014) l'avaient noté à Haïti, la religion est un outil culturel qui permet de redonner du sens à la situation et aux vécus traumatiques auxquels les individus sont confrontés.

7. **Conclusion**

Cette recherche témoigne de l'existence de processus de transmission d'éléments traumatiques dans la relation d'aide chez les professionnels rencontrés, de par leur engagement empathique.

La taille de notre population ne permet pas de tirer de conclusions généralisables et il existe des limites inhérentes à l'approche inductive, telle que l'impossibilité pour le

chercheur de se mettre complètement à distance de ses préconceptions, du fait de ses connaissances préalables. Cette étude exploratoire permet ainsi plutôt de mettre en exergue des éléments susceptibles d'aiguiller la suite des recherches sur cette thématique. Il ressort que l'écoute de récits d'événements traumatiques et l'engagement dans la relation d'aide sont fondamentaux pour penser plus en profondeur l'impact qu'a sur les professionnels l'accompagnement des enfants. Il y a donc un intérêt à poursuivre l'étude de ces mécanismes en élargissant les recherches à un échantillon plus large.

De plus, en raison de leur engagement empathique, du manque de moyens auquel ils sont confrontés et de l'augmentation du nombre d'enfants en rue, les professionnels s'investissent hors de leur temps de travail. Les ressources mobilisées sont alors basées sur des éléments socioculturels tels que le groupe communautaire et la religion, qui ont une place importante au sein de la société sénégalaise. Il serait intéressant d'étudier davantage les modalités de ce recours aux outils culturels, qui apparaît avoir un rôle considérable pour aider les professionnels à appréhender les éléments traumatiques auxquels ils sont exposés et à maintenir leur engagement quotidien auprès des enfants.

Bibliographie

Camara, M. Seck, S. Ba, E. Faye, P. & Thiam, M. (2014). Le confiage : mécanismes et enjeux relationnels, *L'Autre*, *15* (2), 167-177.

Diop, M-C. & Faye, O. (1997). *Jeunes, culture de la rue et violence urbaine en Afrique.* Actes du congrès international d'Abidjan en mai 1997.

Dozio, E. Bizouerne, C. & Moro, M-R. (2018). Réactions contre transférentielles face aux mères traumatisées et à leur bébé en Centrafrique, *Soins, 827,* 34-36.

Dramé, F. (2010). *Nàndité – Enquête sur les enfants des rues à Dakar*. Dakar : Samu social Sénégal, UNICEF Sénégal.

El Husseini, M. (2013). *Exploration du contre-transfert dans la clinique du trauma : une étude qualificative* (Thèse de Doctorat). Université Paris 13.

Figley, C-R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. Dans B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators.* The Sidran Press, 3–28.

Freud, S. (2013). L'avenir de la technique analytique. Dans *La technique psychanalytique* (J. Altounian & al. Trad). Paris : PUF (Edition originale publiée en 1910).

Gounongbé, A. (2014). *Fatigue de la compassion.* Paris : PUF.

Human Rights Watch. (2019). *Il y a une souffrance énorme : Graves abus contre des enfants talibés au Sénégal, 2017-2018*.

Lachal, C. (2006). *Le partage du traumatisme. Contre-transfert avec les patients traumatisés.* Grenoble : La pensée sauvage.

Laroche-Joubert, M. Feldman, M. & Moro, M-R. (2018). L'étude du contre-transfert, une relance de la pensée face aux dyades traumatisées, *Dialogue*, *219,* 125-138.

Laroche-Joubert, M. Moro, M-R. (2018). Intérêt du groupe dans l'accompagnement de la dyade traumatisée, *Soins*, *827*, 37-39.

Mouchenik, Y. Baubet, T. Moro, M. (Eds.) (2012). *Manuel des psychotraumatismes*. Grenoble : La pensée sauvage.

Mouchenik, Y. Marty-Chevreuil, A. Marquer, C. & al. (2014). L'utilisation du PSYCa 3-6 pour l'évaluation indicative des difficultés psychologiques des jeunes enfants touchés par le séisme de janvier 2010 en Haïti, *La psychiatrie de l'enfant*, *57,* 237-258.

Nathan, T. (2009). *L'influence qui guérit.* Paris : Odile Jacob (Edition originale publiée en 1994).

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2013). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales,* Paris : Armand Colin.

Pearlman, L-A. & Saakvitne, K-W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. Dans Figley, C-R. (Ed.) *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* New York : Brunner/Mazel.

Samu social international. (2014). *La suradaptation paradoxale. Une notion clé dans l'abord clinique et psychopathologique des enfants et jeunes de la rue*, Cahiers thématiques.



By Coline Desportes

Doctorante en histoire des arts de l'Afrique à l'EHESS (CRAL) et à l'INHA.

View Archive → < https://jcea.hypotheses.org/author/desportes>

Un carnet de recherche proposé par **Hypothèses < https://hypotheses.org>** - **Ce carnet dans le catalogue d'OpenEdition < https://www.openedition.org/17237>** - **Politique de confidentialité < https://www.openedition.org/19362?lang=fr>** **Flux de syndication < https://jcea.hypotheses.org/feed>** - **Crédits < https://jcea.hypotheses.org/1137>** - ISSN 2553-0712

Up ↑

Les rencontres des Jeunes Chercheur.e.s en Etudes Africaines < https://jcea.hypotheses.org/>

Rechercher dans OpenEdition Search

Vous allez être redirigé vers OpenEdition Search

Expression ou mot-clé

Dans tout OpenEdition

Dans JCEA. L'Afrique en mouvement, en question

RECHERCHER