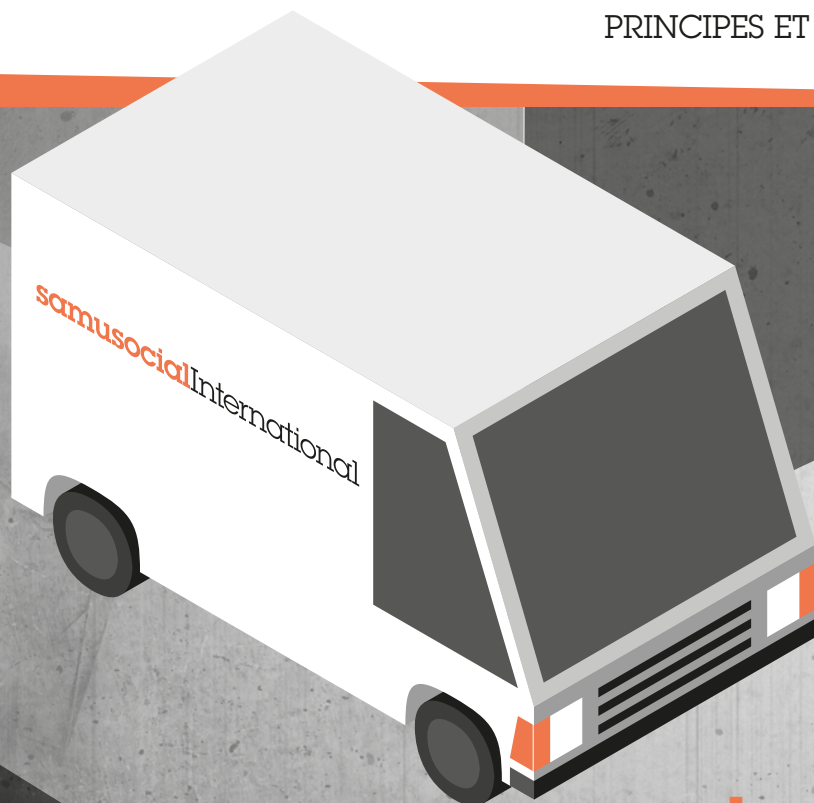


GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

L'INTERVENTION AUPRÈS DES **ENFANTS** **ET JEUNES DE LA RUE**

PRINCIPES ET PRATIQUES DE L'INTERVENTION DANS LA RUE



samusocialInternational

■ GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

L'INTERVENTION AUPRÈS DES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE

PRINCIPES ET PRATIQUES DE L'INTERVENTION DANS LA RUE

samusocialInternational

DÉCEMBRE 2013 - ©SAMUSOCIAL INTERNATIONAL / GRAPHISME : Philippe Boyrivent / IMPRESSION : Impression extrême

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

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

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

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

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



Ce guide a été réalisé par Delphine Laisney, coordinatrice des ressources techniques du Samusocial International en collaboration avec les chargées de formation du Samusocial International, Odile Gaslonde et Elodie Huët-Stephan.

Ont également contribué au développement de ce guide les référents techniques Samusocial :

- Youssouph Badji, directeur des opérations du Samusocial Sénégal ;
 - Antoine Gomis, coordonnateur du centre du Samusocial Sénégal ;
 - Jean Kone, coordinateur social du Samusocial Mali ;
 - Mme Sow Gouagna Traore, éducatrice sociale du Samusocial Mali ;
 - Pogma Tama, directeur des opérations du Samusocial Pointe-Noire.
-

Sommaire

06 INTRODUCTION

07 Note explicative

09 PARTIE I :

CLÉS DE COMPRÉHENSION SUR LA SITUATION DES ENFANTS ET
JEUNES DE LA RUE

10 FICHE TECHNIQUE N° 1 :

Enfants et jeunes rencontrés par les Samusociaux

11 FICHE TECHNIQUE N° 2 :

Départ du lieu de vie familial (ou assimilé) et arrivée dans la rue

12 FICHE TECHNIQUE N° 3 :

Logiques de survie et processus de désocialisation

18 FICHE TECHNIQUE N° 4 :

Suradaptation paradoxale et auto-exclusion

19 EN RÉSUMÉ

20 PARTIE II :

LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DE L'INTERVENTION SAMUSOCIAL

21 FICHE TECHNIQUE N° 5 :

Les valeurs fondatrices et les principes éthiques

25 FICHE TECHNIQUE N° 6 :

La démarche de soins

27 FICHE TECHNIQUE N° 7 :

La systémique de l'intervention

34 EN RÉSUMÉ

35 PARTIE III :

LE DISPOSITIF D'INTERVENTION EN RUE : L'ÉQUIPE MOBILE D'AIDE

36 FICHE TECHNIQUE N° 8 :

Les objectifs de l'intervention de l'EMA

37 FICHE TECHNIQUE N° 9 :

Les principes d'intervention de l'EMA

41 FICHE TECHNIQUE N° 10 :

Les activités de l'EMA

50 FICHE TECHNIQUE N° 11 :

Les procédures d'intervention de l'EMA

67 EN RÉSUMÉ

68 CONCLUSION

Introduction



XAVIER EMMANUELLI,
Président Fondateur du
Samusocial International

L'exclusion est une urgence sociale permanente

L'urbanisation affaiblit voire détruit les mécanismes de cohésion sociale traditionnels : si la ville attire par les possibilités économiques, culturelles, qu'elle offre, elle affecte aussi le cadre des relations communautaires et familiales, et les représentations et codes du « vivre ensemble ».

La conséquence pour les plus fragiles se traduit par l'exclusion. Une personne en situation d'exclusion est une victime qui se trouve « en dehors du regard des autres, mais également en dehors des institutions », ayant perdu, en vivant dans la simple survie, les codes de la vie en collectivité : perte des liens familiaux, sociétaux, perte du code du temps, de l'espace et du corps, souvent accentuées par l'addiction à des substances toxiques (alcool, drogues, ...) pour laisser place au seul impératif de survie.

Cela n'est pas irréversible. Le Samusocial par sa doctrine et ses méthodes agit contre ce phénomène.

Note explicative

Ce guide formalise la méthodologie Samusocial d'intervention dans la rue. Il pose un cadre de développement pour la relation d'aide individuelle qui, par principe, se construit en fonction de chaque situation concrètement rencontrée par les équipes Samusocial. Il appartient alors aux équipes de se fonder sur les principes et les pratiques de l'intervention capitalisés dans ce guide pour s'adapter à chaque situation individuelle rencontrée.

❶ LA PARTIE I

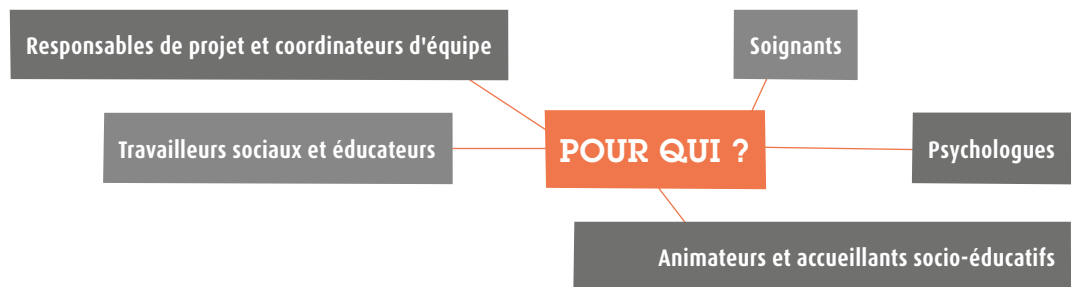
Présente une synthèse de l'analyse de situation des enfants et jeunes de la rue.

❷ LA PARTIE II

Présente les principes généraux de l'intervention Samusocial.

❸ LA PARTIE III

Présente les principes et pratiques d'intervention de l'Équipe Mobile d'Aide (EMA).



Partie I

Clés de compréhension **sur la situation des enfants et jeunes de la rue**

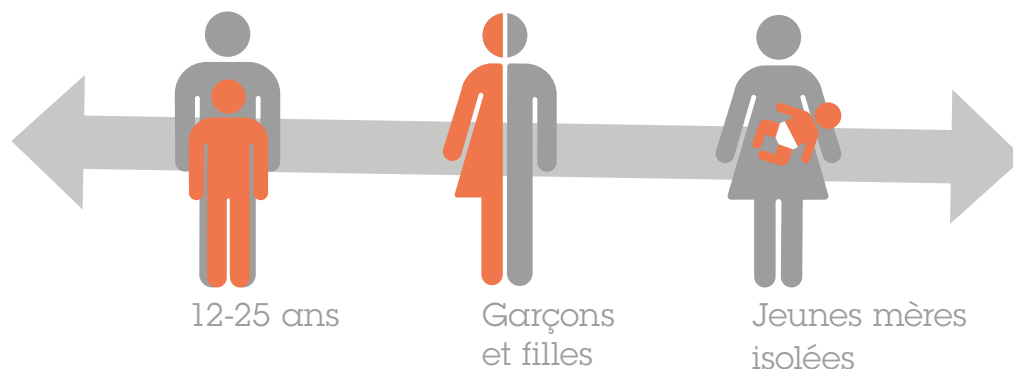
- ENFANTS ET JEUNES RENCONTRÉS PAR LES SAMUSOCIAUX
- DÉPART DU LIEU DE VIE FAMILIAL (OU ASSIMILÉ)
ET ARRIVÉE DANS LA RUE
- LOGIQUES DE SURVIE ET PROCESSUS DE DÉSOCIALISATION
- SURADAPTATION PARADOXALE ET AUTO-EXCLUSION

ENFANTS ET JEUNES RENCONTRÉS PAR LES SAMUSOCIAUX

Les « **ENFANTS DES RUES** », également nommés « **ENFANTS EN SITUATIONS DE RUE** », ont des parcours de vie différents qui sont classiquement répartis en deux groupes : les « **ENFANTS DE LA RUE** » qui vivent en permanence dans la rue, de jour comme de nuit, et qui sont en rupture de vie familiale, et les « **ENFANTS DANS LA RUE** » qui passent leur journée dans la rue, pour contribuer à l'économie familiale, et rentrent généralement chez eux la nuit.

Ceux qui sont rencontrés par les Samusociaux vivent en permanence dans la rue ; ce sont des enfants et jeunes dits « de la rue ». Ils ont en moyenne entre 12 et 25 ans. Ce sont des garçons et des filles dont certaines sont de jeunes mères isolées. ▶

ENFANTS ET JEUNES « DE LA RUE » VIVANT DANS LA RUE



DÉPART DU LIEU DE VIE FAMILIAL (OU ASSIMILÉ) ET ARRIVÉE DANS LA RUE

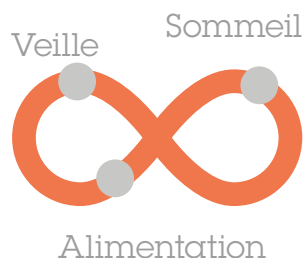
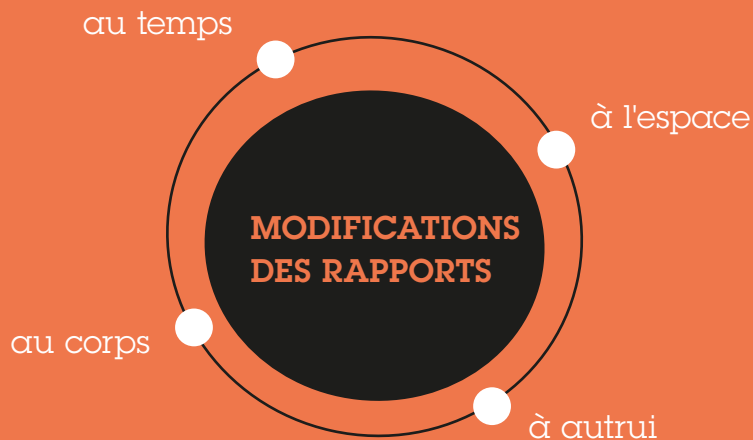
La question n'est pas : quelles sont les raisons d'arrivée dans la rue ?

LA QUESTION EST : QUELLES SONT LES RAISONS DU DÉPART DU LIEU DE VIE ANTÉRIEUR À LA RUE ?

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

Ces vécus traumatiques ont rarement pu être exprimés et se manifestent généralement par le désespoir, la haine, le mépris pour soi-même et/ou pour les autres, la honte et la culpabilité. Ainsi, les enfants et jeunes de la rue sont déjà dans un état d'errance psychologique, en lien avec le processus de désaffiliation familiale, avant qu'un autre processus, celui de la désocialisation, inhérent à la grande exclusion générée par la vie dans la rue, ne commence à se mettre à l'œuvre. ►

LOGIQUES DE SURVIE ET PROCESSUS DE DÉSOCIALISATION



MODIFICATION DU RAPPORT AU TEMPS : PERTE DES RYTHMES VITAUX

Les rythmes de veille et de sommeil sont altérés par les conditions d'insécurité de la vie dans la rue, ainsi que par la nécessité de saisir toutes les opportunités d'obtention de nourriture et/ou d'argent, ce qui modifie également le rythme alimentaire.

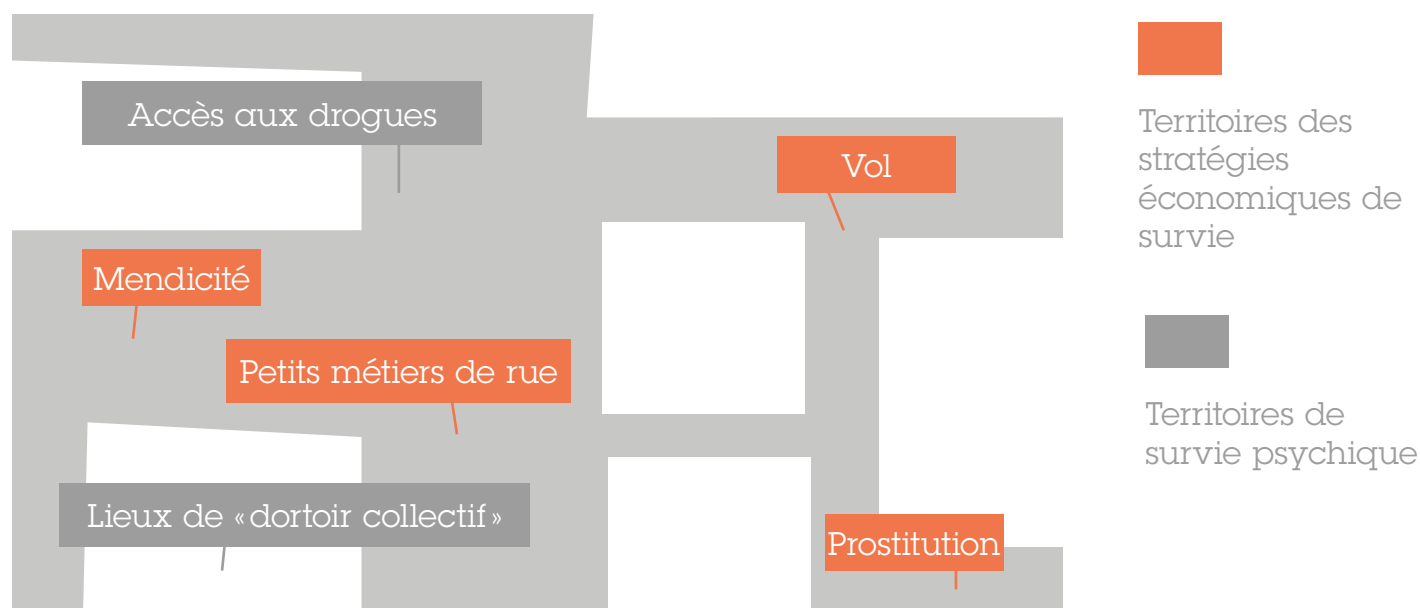
Sans ces rythmes vitaux, le temps semble éternisé car il n'y a pas d'événements présents ou futurs pour marquer le temps.

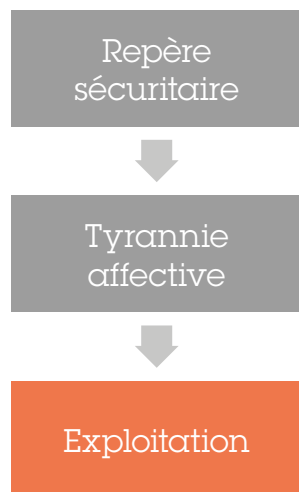
PERTE DES RYTHMES VITAUX = **LE TEMPS EST ÉTERNISÉ** ▶

MODIFICATION DU RAPPORT À L'ESPACE : ENFERMEMENT DANS DES ESPACES TERRITORIALISÉS

Les groupes d'enfants et de jeunes de la rue évoluent dans des périmètres mouvants autour de quelques points fixes, les territoires, qui se trouvent généralement à proximité de lieux offrant des opportunités économiques (marchés, carrefours routiers, gares, aéroports, lieux de culte, bars, restaurants...) et/ou des possibilités de dormir en groupe. La proximité de l'accès aux drogues (lieux de trafic) est également un facteur déterminant du choix des territoires dans une stratégie de survie psychique.

Un effet majeur du processus de désocialisation se manifeste dans l'impossibilité progressive à quitter ces territoires. ▶





MODIFICATION DU RAPPORT À AUTRUI : LOGIQUE DE GROUPE ET ACCROCHAGE À UN PROTECTEUR

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

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

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

personnes extérieures au groupe, démontrant ainsi une tyrannie affective qui relève d'une logique sectaire. La «famille» retrouvée par l'enfant, le jeune, est donc souvent de nature tyrannique, despotique, et l'intégration dans un groupe relève davantage de la servitude volontaire que d'une liberté de choix.

La personnalité du leader peut, dans cette perspective, aider les intervenants dans le repérage des enfants et jeunes les plus en danger. En effet, plus un leader est tyrannique, plus ceux qui semblent «accrochés» à ce leader doivent être considérés en grand danger dans le sens où leur soumission à ce lien despotique manifeste leur incapacité à envisager une relation à l'autre qui soit exempte d'exploitation et de maltraitance. Réciproquement, il importe, pour les intervenants, de considérer la situation individuelle du leader comme une situation à part entière ; à ce titre, il bénéficie également des interventions du Samusocial, et plus son rapport aux autres du groupe s'inscrit dans une logique tyrannique, plus il présente les signes révélateurs d'une situation de grande détresse psychologique.

Au regard de ces logiques de groupe, étroitement liées aux logiques de territoire, les adolescentes et les jeunes femmes vivent davantage par petit groupe, dans des abris précaires, des squats, des chambres louées à plusieurs, généralement à proximité des lieux de prostitution nocturne. Certaines adolescentes sont toutefois intégrées dans des groupes de garçons et vivent directement dans la rue. Dans ces groupes comme dans ceux qui sont exclusivement féminins, le ou la «leader» remplit cette fonction apparente de protection. Pour les adolescentes et jeunes femmes de la rue, ce ou cette «leader» agit également, dans la grande majorité des cas, en tant que «souteneur» quand il y a prostitution. La relation d'une adolescente ou d'une jeune femme à son «souteneur» relève alors de la même stratégie sécuritaire d'accrochage, fondamentalement tyrannique. ►

MODIFICATION DU RAPPORT AU CORPS : COMPORTEMENTS DE NÉGLIGENCE ET CONDUITES D'EXPOSITION AUX RISQUES

◀ Un fonctionnement corporel « normal » semble souvent être « naturel » ; or, « s'approprier » son corps est une conquête qui dépend de nos toutes premières relations et qui n'est jamais acquise, irréversible. Chez les personnes vivant dans la rue, ce quel que soit leur âge, l'acquisition de la propriété du corps est profondément affectée.

Ainsi, la grande majorité des enfants et jeunes de la rue sont dans des comportements de négligence du corps, qui s'observent de manière visible dans le peu d'attention accordée à leur hygiène. Cette **INCURIE** est trop souvent justifiée par le manque d'accès à des moyens, à des services. Or, dans la rue, certaines stratégies existent pour sauvegarder un minimum d'hygiène. La négligence du corps relève ainsi davantage d'un symptôme de la modification du rapport au corps, dans le cadre du processus de désocialisation, que d'un manque d'accès à des services.

De manière corrélative aux comportements de négligence, des attitudes de déni de la douleur, dont témoigne souvent l'absence de demande de soins médicaux, peuvent également se comprendre au regard d'une forme d'**ANESTHÉSIE CORPORELLE**. Cette perte de sensations corporelles peut aussi être un symptôme de la modification du rapport au corps, dans le cadre du processus de désocialisation.

En outre, les jeunes qui prennent continûment des psychotropes (comme le chanvre indien) ou des enivrants (alcool, solvants divers) peuvent précisément rechercher à renforcer cette perte de sensations corporelles, notamment celles

de la faim et de la douleur, et les produits psychotoxiques vont également permettre un sommeil artificiel.

Enfin, une distinction doit être faite entre le « sexuel » et la « sexualité ». En effet, chez beaucoup de jeunes de la rue ayant déjà eu des relations sexuelles, il n'y a aucune représentation de la sexualité. La sexualité est l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, l'ensemble des modalités de la satisfaction sexuelle. Elle existe dès la naissance, accompagne l'enfant au cours de sa maturation, et préside aux transformations de l'adolescence. Lorsque le développement psycho-affectif de l'enfant a été altéré par des carences de soins primaires et des carences éducatives, quand le corps a été maltraité, avec des effets psychiques destructeurs, les sensations du corps, positives ou négatives, peuvent ne plus avoir de résonance dans la sphère psycho-affective. **CETTE ABSENCE DE LIEN DISSOCIE LA SEXUALITÉ DU SEXUEL.**

Ainsi, aux violences liées à la vie dans la rue, peuvent se surajouter des comportements de négligence et des prises de risque de la part des enfants et jeunes de la rue. Ces comportements de négligence et ces prises de risque les rendent plus forts et « intouchables », dans le sens d'une anesthésie affective et d'une carapace qui les rendent invincibles vis-à-vis des adultes qui pourraient les persécuter. Ainsi **LE CORPS EST EMPLOYÉ COMME UN MODE DE DÉFENSE TRÈS ARCHAÏQUE ; OBJET D'EXCITATION, DE CONVOITISE OU DE RÉPULSION.** ▶

Principales
manifestations
de la
modification
du rapport au
corps

Négligence,
manque
d'hygiène

Sensation
d'anesthésie
corporelle

Prise de produits
psycho-actifs

Pratique du
sexuel et
pratiques
sexuelles à
risque

SURADAPTATION PARADOXALE ET AUTO-EXCLUSION

Principales
observations
liées à la
suradaptation
paradoxale

Image du
petit « caïd »

Absence de
demande d'aide
personnalisée

Demande
répétitive pour
autrui

Eloignement
physique et
effondrement
psychique

La notion de suradaptation paradoxale¹ permet de comprendre pourquoi la plupart des enfants et jeunes de la rue ne se présentent pas dans un état visible de traumatisme lié aux violences intrafamiliales vécues et aux violences de la vie dans la rue. D'apparence « petits caïds qui n'ont besoin de rien ni de personne », ils semblent très adaptés à la survie dans la rue.

La mise en œuvre de stratégies de survie ne doit toutefois pas masquer les effets psychiques de leur apparente adaptation. Ainsi, les enfants et jeunes de la rue sont souvent dans l'incapacité de demander de l'aide ; une aide réelle, en lien avec leurs besoins personnels, et non une demande d'aide « lissée » car implicitement formatée par la proposition institutionnelle. De même peuvent-ils ne jamais adresser aux intervenants des demandes les concernant mais multiplier les demandes pour autrui, en particulier les demandes de soin médical pour d'autres enfants et jeunes du groupe ; ils manifestent parfois, de cette façon, leur demande implicite d'aide. Enfin, ils peuvent s'effondrer psychiquement, voire régresser, dès qu'ils s'éloignent de leur territoire de vie.

Fondée sur ces observations cliniques, la notion de suradaptation paradoxale à la vie dans la rue est un outil d'analyse pour les intervenants qui permet de révéler, au-delà des apparences, des formes d'auto-exclusion pour certains enfants et jeunes de la rue. ►

1 - Notion élaborée par Olivier Douville, psychologue clinicien, psychanalyste et anthropologue, collaborateur du Samusocial International



● Partie II

Les principes généraux de l'intervention Samusocial

- LES VALEURS FONDATRICES ET LES PRINCIPES ÉTHIQUES
- LA DÉMARCHE DE SOINS
- LA SYSTÉMIQUE DE L'INTERVENTION

LES VALEURS FONDATRICES ET LES PRINCIPES ÉTHIQUES

❖ Toute structure portant le nom Samusocial doit adhérer aux valeurs fondatrices de la Charte du Samusocial International ainsi qu'aux principes éthiques, formalisés dans le Code déontologique professionnel Samusocial ou constitutifs d'une pratique professionnelle commune.

La Charte et le Code déontologique professionnel sont des éléments fondamentaux de toutes les conventions de partenariat entre le Samusocial International et les structures Samusocial dont il accompagne le développement.

Le Code déontologique professionnel Samusocial s'applique aux adhérents et membres associatifs du Samusocial, aux personnes contractualisées par le Samusocial, ainsi qu'à toute personne participant aux activités du Samusocial (visiteurs, accompagnants des tournées de rue, notamment). Tout manquement aux principes du Code déontologique professionnel Samusocial peut entraîner la déchéance de la qualité de membre associatif, des sanctions disciplinaires, la rupture des contrats et des engagements.

Les principes éthiques issus d'une pratique professionnelle commune sont évolutifs dans la mesure où ils s'élaborent notamment en fonction des nouvelles problématiques rencontrées par les Samusociaux dans leurs interventions quotidiennes auprès des populations en grande exclusion.

VALEURS FONDATRICES

DIGNITÉ : préserver, maintenir, garantir ce statut moral inhérent à l'existence de tout être humain ; aucune force, aucune situation ne doit permettre à quiconque d'être privé de cette dimension, de cette manifestation d'humanité.

SOLIDARITÉ : partager, comme un devoir, le souci d'autrui et tenter en toute circonstance de l'aider dans la mesure des possibilités individuelles et collectives.

CITOYENNETÉ : garantir la manifestation des droits et devoirs de chacun, dans la société à laquelle il appartient.

PRINCIPES ÉTHIQUES

NON-DISCRIMINATION ET NEUTRALITÉ : toute action d'un Samusocial est non discriminatoire que ce soit en raison du sexe, de la nationalité, de l'ethnie, de l'origine réelle ou supposée, de la culture, de la religion, de la sexualité, de l'âge, du handicap ; tout acte ayant un lien avec des activités de prosélytisme religieux ou politique est strictement interdit.

PRÉSERVATION DE L'INTÉRÊT SUPÉRIEUR DE LA PERSONNE, PARTICIPATION ET CONSENTEMENT : les personnes, mineures ou majeures, prises en charge par un Samusocial sont protégées dans leur intérêt individuel et participent aux prises de décisions les concernant ainsi que les personnes sous leur responsabilité ; toute décision les concernant est prise avec leur consentement.

DEVOIR DE NON ABANDON : comme toute action, celle du Samusocial connaît des limites, inhérentes aux moyens disponibles, à l'inexistence ou à l'inaccessibilité de structures relais de prise en charge adaptées à la situation individuelle de chaque bénéficiaire ; les limites de l'action sont également celles qui relèvent de la volonté et/ou des capacités de chaque personne rencontrée ; ces limites de prise en charge n'exemptent pas de la poursuite d'un accompagnement minimal de la personne, ne serait-ce que par la continuation d'une présence régulière à ses côtés.

CONFIDENTIALITÉ, SECRET PARTAGÉ ET ANONYMAT :

- les informations recueillies par une équipe Samusocial sur les bénéficiaires sont protégées par le principe de confidentialité, qu'elles soient de nature médicale ou non ;
- afin de garantir la qualité de l'accompagnement individuel des bénéficiaires, les informations sur toutes les personnes prises en charge sont partagées entre tous les intervenants : le principe du secret partagé garantit alors la confidentialité des données individuelles et nominatives ; ce principe du secret partagé s'étend aux structures partenaires du Samusocial dans le cadre du réseau de prise en charge, et les bénéficiaires orientés vers ces structures doivent consentir à la transmission des informations les concernant ;
- enfin, la confidentialité implique le principe d'anonymisation des informations nominatives individuelles en cas de diffusion externe (pour des publications d'études notamment).

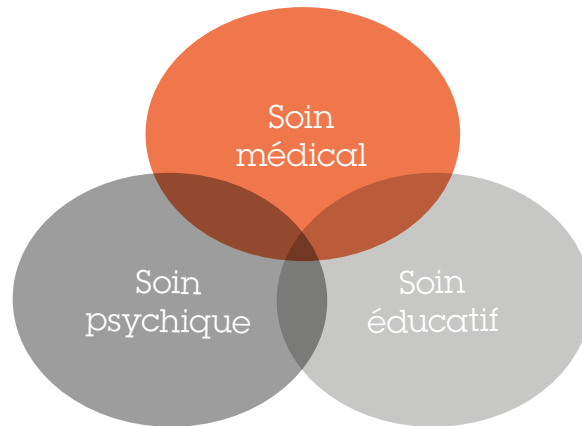
DISTANCE PROFESSIONNELLE : ce principe implique notamment l'interdiction, pour tout intervenant Samusocial, d'inviter, d'accueillir, d'héberger ou d'employer, à titre personnel, et en particulier à son domicile, des bénéficiaires de la structure, ainsi que de leur offrir, ou d'accepter de leur part, des cadeaux

(notamment objets, argent), et enfin de manifester des attitudes sexuellement ambiguës, de proposer ou d'accepter des relations sexuelles, avec les bénéficiaires majeurs (et avec les bénéficiaires mineurs lorsque cette interdiction n'est pas légalement édictée dans le pays d'intervention du Samusocial).

NON-VIOLENCE : quelles que soient les pratiques socio-culturelles et éducatives dans les pays d'intervention des Samusociaux, tout acte de violence physique, verbale ou psychologique (notamment les coups et châtiments corporels, les propos dégradants ou humiliants, l'abus d'autorité ou de pouvoir) est strictement interdit de la part des intervenants Samusocial.

DROIT À L'IMAGE : ce droit implique l'interdiction de toute prise et diffusion d'images de bénéficiaires mineurs (photos, vidéo, etc...) identifiables et/ou portant atteinte à leur dignité, et toute prise et diffusion d'images de bénéficiaires majeurs sans accord signé de leur part, selon un formulaire prévu à cet effet. ►

LA DÉMARCHE DE SOINS



Co-construire
une relation
de confiance
aidante



Aider à retrouver
des repères
et des codes
fondamentaux



Redevenir un
sujet d'attention
et de droits

ABORD THÉORIQUE

La démarche de soins est une méthode de prise en charge holistique qui permet :

- de recueillir les informations nécessaires ;
- de les traiter ;
- de les concrétiser par des interventions adaptées ;
- d'évaluer les résultats.

Elle favorise :

- une meilleure continuité dans la prise en charge ;
- une coordination plus efficace des interventions d'une équipe ;
- l'établissement de priorités dans l'élaboration des actions à mettre en œuvre.

La démarche de soins permet de voir une situation individuelle dans son ensemble et de déterminer les besoins réels de chaque bénéficiaire comme une personne unique en soi.

FONDEMENT DE LA DÉMARCHE SAMUSOCIAL

L'approche Samusocial se fonde sur l'analyse des vécus intrafamiliaux et des effets psychiques de la vie dans la rue :

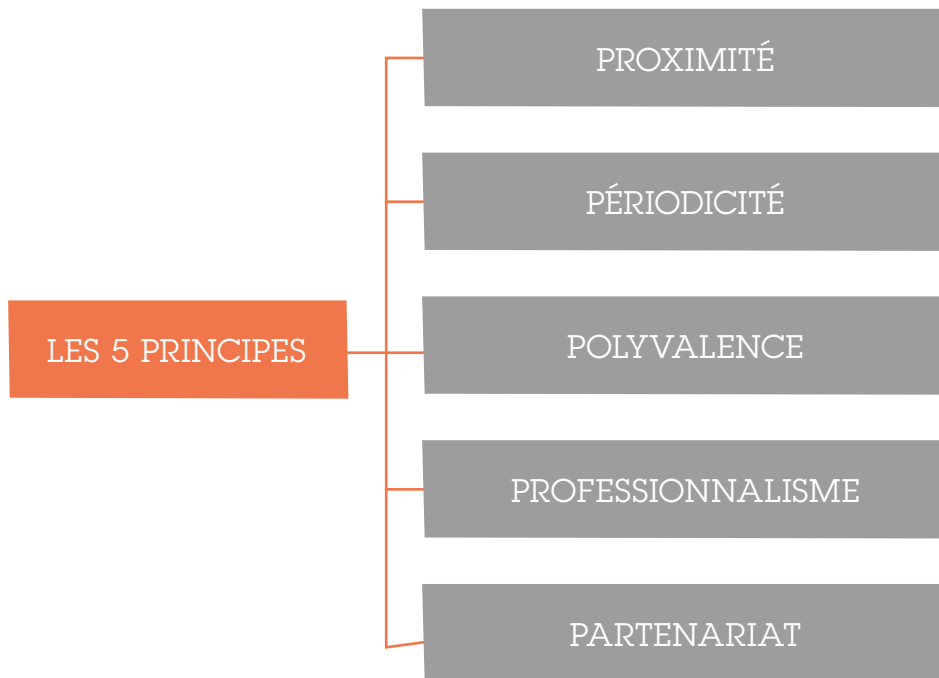
- les fragilités ou cassures psychiques liées aux vécus traumatiques par excès ou par négligence, qui se manifestent principalement dans la modification du rapport à autrui (méfiance) ;
- les perturbations des fondations subjectives du temps, de l'espace, d'autrui et du corps, générées par les logiques de survie et le processus de désocialisation ;
- l'auto-exclusion que peut générer l'accumulation des vécus traumatiques avant et pendant la vie dans la rue.

Au regard de cette approche analytique, la démarche de soins permet de créer les conditions favorables à un rétablissement de la possibilité d'accorder confiance à l'Autre et interagit, de ce fait, avec l'estime de soi. Par l'interdépendance des soins médicaux, psychiques et éducatifs, les enfants et jeunes de la rue peuvent retrouver des repères et des codes fondamentaux, permettant d'éviter une spirale d'auto-exclusion, ou d'en sortir. Ils peuvent ainsi expérimenter, ou ré expérimenter, le sentiment d'être un sujet, digne de recevoir de l'aide et autorisé à en demander.

La démarche de soins est un impératif pour soutenir les enfants et jeunes de la rue dans leur volonté psychique, leur capacité sociale, à se projeter dans un avenir hors de la rue. Alors peuvent se préparer, en fonction de chacun, des processus de protection et/ou d'autonomisation, avec ou sans la famille. ►

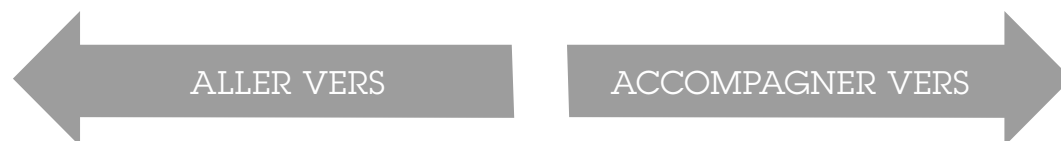
LA SYSTÉMIQUE DE L'INTERVENTION

❖ L'intervention Samusocial se fonde sur 5 principes généraux qui, par leur interaction, constitue le dispositif d'action auprès des personnes en situation d'exclusion sociale.



PROXIMITÉ

« Aller vers ceux qui ne demandent plus rien, qui n'ont plus ni la capacité ni la volonté, d'aller vers les structures sanitaires et sociales existantes »



Un Samusocial intervient directement sur les lieux de vie des enfants et jeunes de la rue, qu'il convient de repérer soigneusement. Il constitue un service médico-social spécifique qui, par ses modalités d'intervention, crée ou recrée du lien social avec les personnes en grande exclusion. Il développe des liens avec les autres structures sanitaires et sociales existantes qui peuvent prendre le relais de ses interventions. Le Samusocial est, en effet, une structure d'amont pour laquelle, afin d'assurer une continuité de prise en charge, il convient d'identifier les structures d'aval.

PÉRIODICITÉ

La permanence de l'intervention, c'est-à-dire une intervention en rue de nuit 7/7 et une intervention en rue de jour 7/7, est un idéal souvent difficile à atteindre en raison des contraintes de moyens pour toute structure gestionnaire de services. A partir d'une intervention en rue, jour et nuit, 5 jours par semaine, elle peut être considérée comme quasi permanente.

La périodicité de l'intervention, à raison de plusieurs interventions de nuit et de jour par semaine, s'avère, en revanche, primordiale. D'une part, elle permet de mettre en place un véritable processus d'accompagnement des enfants et jeunes de la rue à partir de leurs lieux de vie. D'autre part, elle permet de rencontrer le plus rapidement possible les primo-arrivants, dans la mesure où l'arrivée de nouveaux enfants et jeunes dans la rue est elle-même un « flux » périodique.

LA PÉRIODICITÉ FIXE des interventions de nuit et de jour est évaluée en fonction du nombre de lieux de vie, dits sites, d'enfants et jeunes de la rue dans la ville concernée. Elle correspond à au moins une intervention par semaine sur chaque site (site de jour et site de nuit).

La périodicité fixe doit toutefois **S'ADAPTER AUX BESOINS CONCRÈTEMENT IDENTIFIÉS SUR CHAQUE SITE** : ainsi, de jour comme de nuit, ce sont les situations individuelles, et/ou la situation collective d'un groupe, requérant un suivi rapproché par les équipes Samusocial qui vont déterminer le rythme hebdomadaire des interventions sur chaque site.

Permanence

- De 5 à 7 jours et nuits par semaine

Périodicité adaptée

- Intervention sur chaque site de jour ou de nuit au moins 1 fois par semaine et adaptation du rythme des interventions aux besoins identifiés dans les situations individuelles et/ou collectives rencontrées

Périodicité fixe par site

- Intervention sur chaque site de jour ou de nuit au moins 1 fois semaine

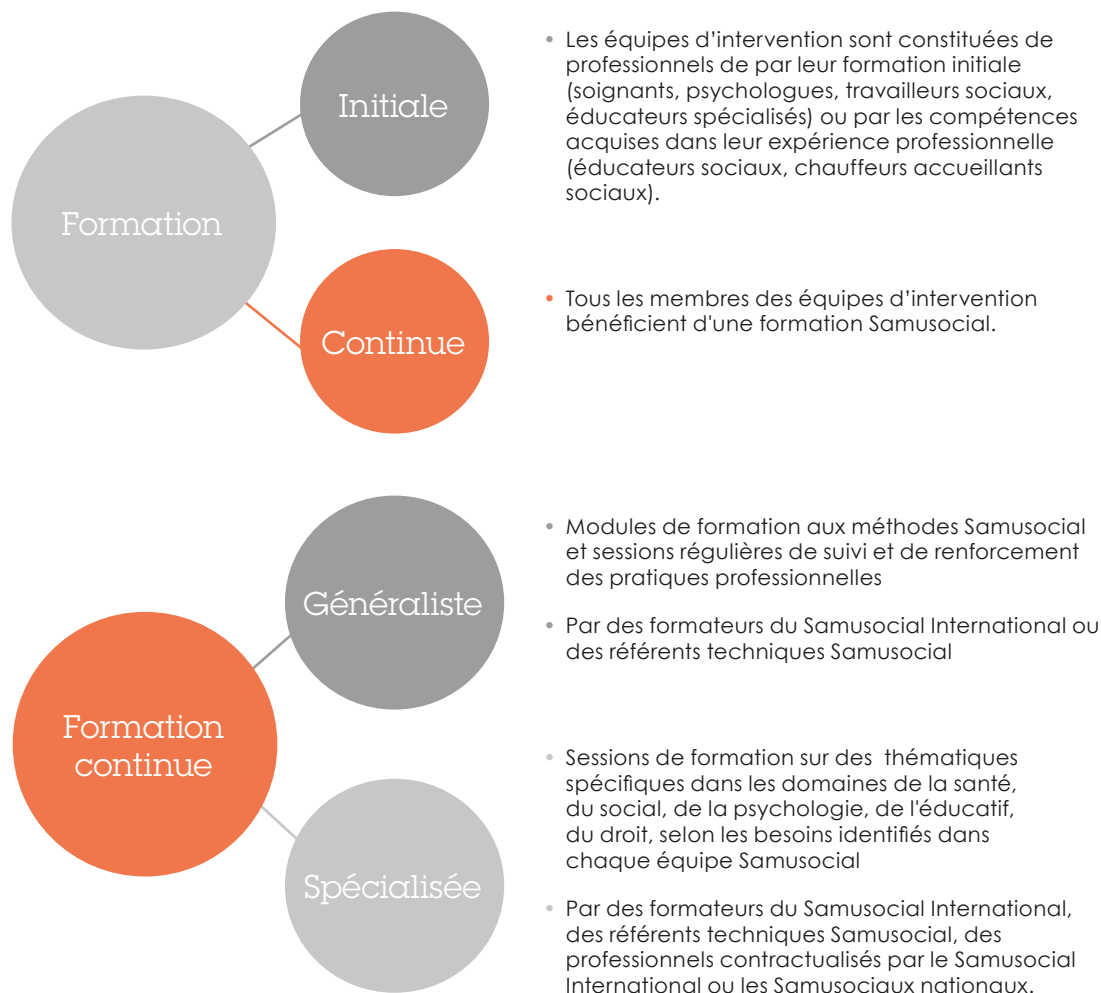
POLYVALENCE

Compte tenu de la situation d'exclusion sociale des enfants et jeunes de la rue, et conformément au principe général Samusocial de la démarche de soins, la prise en charge est nécessairement médicale, psychologique, éducative et sociale.



PROFESSIONNALISME

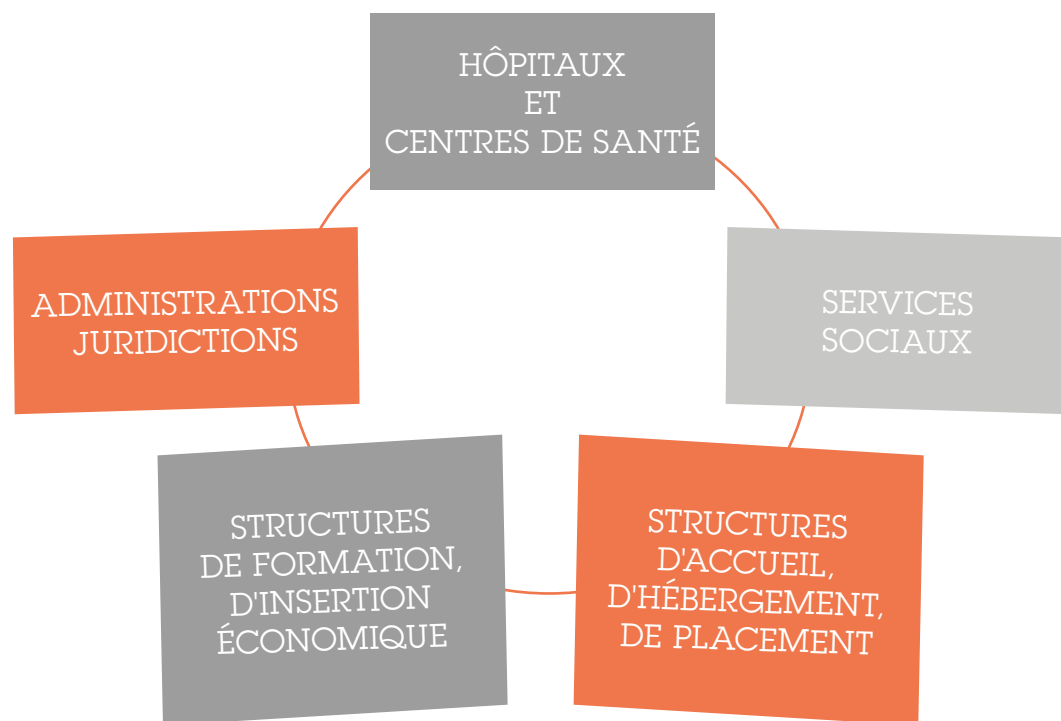
« À grande exclusion, grands professionnels »



PARTENARIAT

LE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE

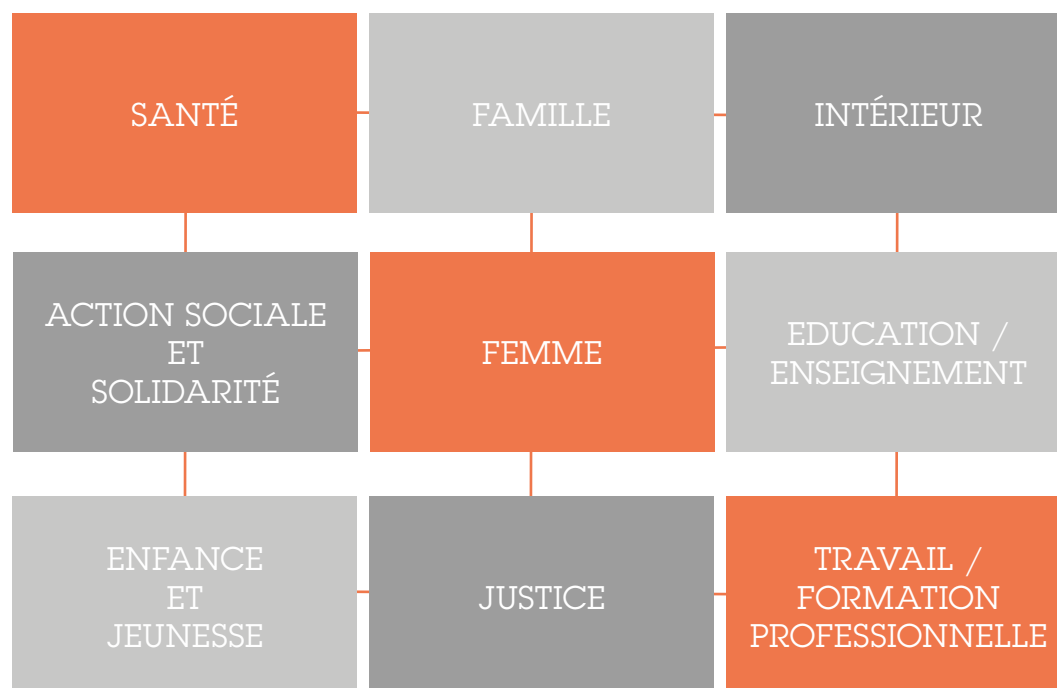
Un Samusocial établit des collaborations, s'appuyant généralement sur des conventions de partenariat, avec les structures publiques, para publiques ou privées/associatives, qui gèrent des services s'intégrant dans la prise en charge globale des enfants et jeunes de la rue.

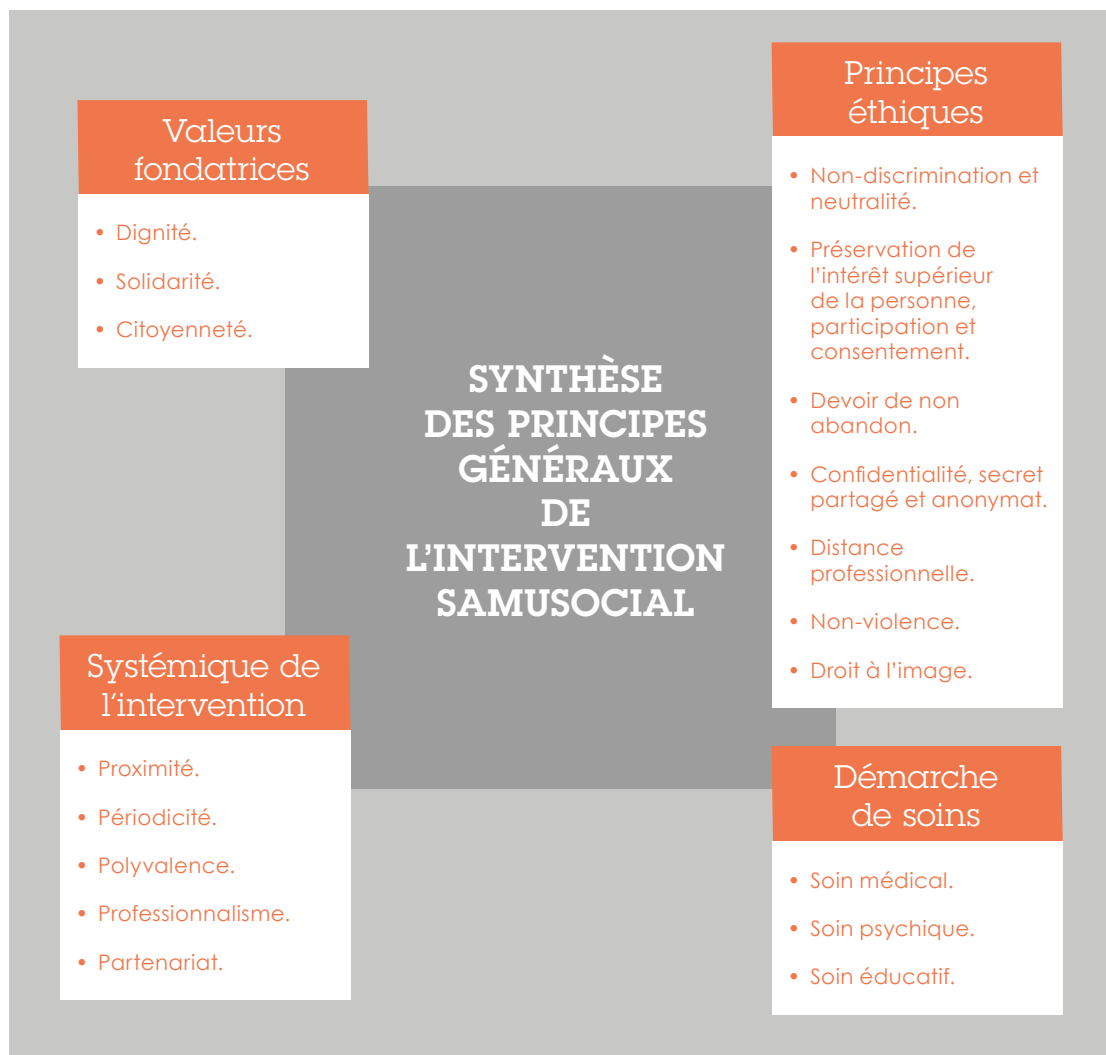


LA MOBILISATION ET L'ACTION CONCERTÉE DES POLITIQUES PUBLIQUES

La prise en charge globale des enfants et jeunes de la rue requiert une implication de la part des ministères et de leurs services déconcentrés, ainsi que des collectivités décentralisées lorsque ces dernières ont un mandat relatif à la protection de l'enfance et/ou l'action sociale auprès des plus vulnérables.

De manière schématique, les politiques publiques concernées relèvent, ou devraient relever, d'une action concertée entre les secteurs suivants :





◐ Partie III

Le dispositif d'intervention en rue : **l'Équipe Mobile d'Aide**

- ◐ LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION DE L'EMA
- ◐ LES PRINCIPES DE L'INTERVENTION DE L'EMA
- ◐ LES ACTIVITÉS DE L'EMA
- ◐ LES PROCÉDURES D'INTERVENTION DE L'EMA

LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION DE L'EMA

OBJECTIFS

-1-
CRÉATION
DU LIEN PAR
LE CONTACT

-2-
MISE EN
CONFIANCE
PAR LA
PERMANENCE
DU LIEN

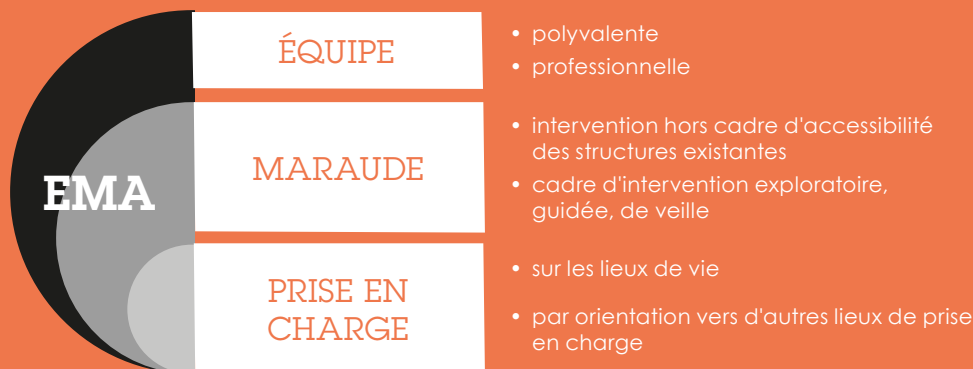
-3-
ACCOMPAGNEMENT
PERSONNALISÉ
EN FONCTION
DE L'ANALYSE
DE SITUATION
INDIVIDUELLE

❶ L'objectif premier de l'EMA est de **CRÉER UN LIEN** avec les enfants et jeunes de la rue. Les premiers contacts avec l'équipe sont, à cet égard, déterminants car ils permettent de fonder « l'accroche » préalable à l'engagement de l'enfant, du jeune, dans une relation d'aide. Compte-tenu des effets psychiques du processus de désocialisation, voire d'auto-exclusion, il est nécessaire d'initialiser le mouvement en allant vers eux et de travailler le lien, c'est-à-dire de les mettre suffisamment en confiance pour qu'ils puissent venir vers l'équipe, dans un premier temps avec des demandes explicites correspondant à leurs besoins immédiats, puis, au fur et à mesure de la consolidation du lien, avec des demandes plus implicites d'aide personnalisée. Entrer dans ce lien de confiance signifie, pour les enfants et jeunes de la rue, qu'ils acceptent de reconnaître les professionnels de l'EMA comme des tiers aidants.

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

CHAQUE OBJECTIF S'ATTEINT SELON UN TEMPS PLUS OU MOINS LONG, EN FONCTION DE CHAQUE ENFANT OU JEUNE RENCONTRÉ. ►

LES PRINCIPES D'INTERVENTION DE L'EMA



ÉQUIPE

POLYVALENCE

Un Samusocial propose une aide médicale, psychologique, sociale et éducative, destinée à répondre aux besoins globaux des personnes en grande exclusion.

L'EMA est constituée d'un :

- chauffeur accueillant social ;
- soignant (médecin ou infirmier) ;
- Intervenant socio-éducatif.

En principe, un psychologue clinicien intègre l'EMA :

- selon une périodicité fixe (en moyenne une fois par semaine) ;
- à la demande des autres équipiers ayant repéré un enfant ou un jeune en grande détresse psychologique.

PROFESSIONNALISME

Les EMA sont constituées de professionnels, considérés comme tels du fait de leur formation initiale (soignants, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés) ou des compétences acquises au cours de leur expérience professionnelle (éducateurs sociaux, chauffeurs accueillants sociaux).

Tous les membres des EMA sont formés à la méthode Samusocial, qu'ils soient salariés ou bénévoles.

Le véhicule de maraude et la tenue de travail de l'équipe sont clairement identifiables « Samusocial » afin de marquer visuellement l'intervention à titre professionnel et institutionnel ; cela est primordial pour sécuriser l'intervention de l'équipe tant vis-à-vis des enfants et jeunes de la rue que des riverains, des passants et des forces de l'ordre.

MARAUDE

INTERVENTION HORS CADRE

- **Maraude quotidienne en soirée/nuît**: un Samusocial accorde une priorité aux interventions « hors cadre » c'est-à-dire en soirée/nuît lorsque les structures sociales classiques sont fermées et que les personnes vivant en rue sont le plus exposées à des risques sécuritaires ainsi qu'aux angoisses d'isolement renforcées par l'arrivée de la nuît.
- **Les maraudes de jour** complètent les maraudes en soirée/nuît en permettant, notamment, l'accompagnement des personnes pour des consultations médicales externes ou vers les structures sociales accessibles ; elles favorisent, en outre, une continuité du lien crée avec le Samusocial.

CADRE D'INTERVENTION

- **Maraude pure / exploratoire** : l'équipe sillonne les rues à la recherche de personnes y vivant, en particulier des nouveaux arrivants, et/ou de nouveaux lieux de regroupement.
- **Maraude guidée** : l'itinéraire de l'équipe est prédéfini en fonction des lieux de vie des personnes, pré identifiées et connues par l'équipe.
- **Maraude de veille** : l'itinéraire de l'équipe est défini en fonction des lieux de vie des personnes nécessitant un suivi spécifique (médical, psychologique, social) et/ou d'un ou des signalement(s) faits par un particulier, un groupe d'enfants et de jeunes, la police, des associations partenaires...

Le cadre d'intervention d'une maraude peut être dédié à une modalité spécifique ou intégrer deux ou trois modalités, ce qui implique d'établir une cartographie de la ville.

Cartographie de la ville :

Faire une cartographie impose de noter sur la carte de la ville les territoires de vie des enfants et jeunes de la rue en journée et durant la nuit (deux couleurs différentes pour les lieux de jour et de nuit). Cette cartographie n'est pas fixe, elle doit être évolutive. Certains lieux sont fixes (lieux économiques, lieux de culte, gares, maisons en construction ou délabrées, jardins publics, canalisations...), mais suivant les événements (« rafles » organisées par les forces de l'ordre en lien avec la survenance d'événements politiques et médiatiques dans la ville), les enfants et les jeunes se déplacent et cherchent un lieu davantage caché ; toutefois, ce lieu est souvent dans le voisinage immédiat de l'ancien.

PRISE EN CHARGE

SUR LES LIEUX DE VIE DES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE

- Le véhicule de maraude est aménagé en mini dispensaire mobile avec un espace intérieur permettant de réaliser des soins médicaux et des entretiens individuels ; pour garantir la confidentialité des soins et des entretiens, des rideaux intérieurs sont fixés sur la porte arrière ou latérale et les fenêtres du véhicule, ou les fenêtres sont occultées, pendant le temps des prises en charge dans la rue ;
- les entretiens individuels peuvent se réaliser en dehors du véhicule, à l'écart du groupe d'enfants et de jeunes, tout en restant à proximité du lieu d'intervention afin de sécuriser tant l'enfant ou le jeune en entretien que l'équipier ;
- en dehors des prises en charge individuelles, des activités peuvent être menées avec le groupe, telles que des causeries collectives, à visée éducative notamment.

PAR ORIENTATION VERS D'AUTRES LIEUX DE PRISE EN CHARGE

Selon les besoins individuels de chaque enfant ou jeune rencontré par l'EMA, la prise en charge peut se réaliser ou se poursuivre par orientation et/ou accompagnement vers d'autres lieux :

- centres d'accueil et d'hébergement Samusocial ;
- autres structures d'accueil et d'hébergement et autres services de droit commun intégrés dans le réseau de prise en charge du Samusocial (par exemple : hôpitaux, centres de santé). ►

LES ACTIVITÉS DE L'EMA

- La prise en charge médicale
- La prise en charge psychologique
- La prise en charge éducative
- La prise en charge sociale
- La démarche de renouement familial

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE



• La prise en charge médicale est indispensable dans l'accompagnement des enfants et jeunes de la rue, exposés aux **PATHOLOGIES** liées aux conditions de vie dans la rue (principalement maladies de peau, parasitoses, plaies diverses, pneumopathies, infections gastriques, traumatologie, et selon les pays, paludisme), aux risques de violences physiques et /ou sexuelles et aux conduites à risque (blessures, IST et VIH/SIDA, toxicomanie). Les adolescentes et les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables en termes de santé reproductive (grossesses non désirées avec les dangers afférents de tentatives d'avortement non médicalisé). La santé maternelle et infantile constitue une préoccupation essentielle dans la prise en charge des jeunes mères compte tenu des conditions d'extrême précarité sociale et, souvent, de détresse post partum.

Le soin médical doit, en outre, être conçu à la fois comme une préservation de la santé physique et comme un moyen visant à permettre aux enfants et jeunes de la rue de reprendre confiance en eux en réapprenant à prendre soin d'eux. Compte tenu de l'impact de la vie dans la rue sur le rapport au corps³, le soin médical permet **UN SOIN DU CORPS**. Une personne qui ne sait pas ou plus prendre soin d'elle, ne pourra que difficilement être soignée ; l'observance des rendez-vous médicaux, du traitement, sont autant de défis à surmonter dans sa prise en charge médicale. Le rôle du médecin ou de l'infirmier s'inscrit ainsi tout autant dans la prise en charge médicale que dans l'accompagnement psychologique et éducatif.

Ainsi, l'éducation à la santé⁴ se conçoit d'abord dans un objectif de renforcement de la compréhension du fonctionnement du corps. Elle permet d'atténuer la modification du rapport au corps⁵ et de favoriser le développement d'aptitudes individuelles à **RÉDUIRE LES RISQUES PATHOLOGIQUES**.

Enfin, le soin médical est souvent une « porte d'entrée » de la relation avec les enfants et jeunes de la rue. Il crée un lien immédiat, concret, qui permet de poser les bases d'une relation de confiance indispensable à la co-construction de la relation d'aide⁶.

LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

La complexité des effets psychiques des processus de désaffiliation familiale et de désocialisation⁷ impose l'intervention d'un psychologue diplômé en psychologie clinique apte à l'exercice du diagnostic psychopathologique et du soin psychothérapeutique. Cela n'implique nullement la présence continue de ce psychologue dans toutes les interventions de prise en charge dans la mesure

3 - Cf. Fiche technique N°3 -
La modification du rapport au corps

4 - Cf. Fiche technique n°10 -
La prise en charge éducative

5 - Cf. Fiche technique n°3 -
La modification du rapport au corps

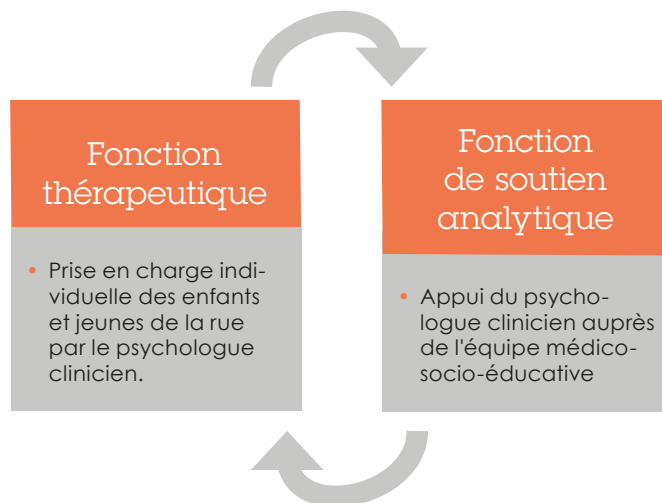
6 - Cf. Fiche technique n°12 -
Consulter

7 - Cf. Partie 1

où chaque intervenant Samusocial joue un rôle dans le soin psychique et dans la réparation d'une vie psychique profondément altérée avant, puis par, la vie dans la rue.



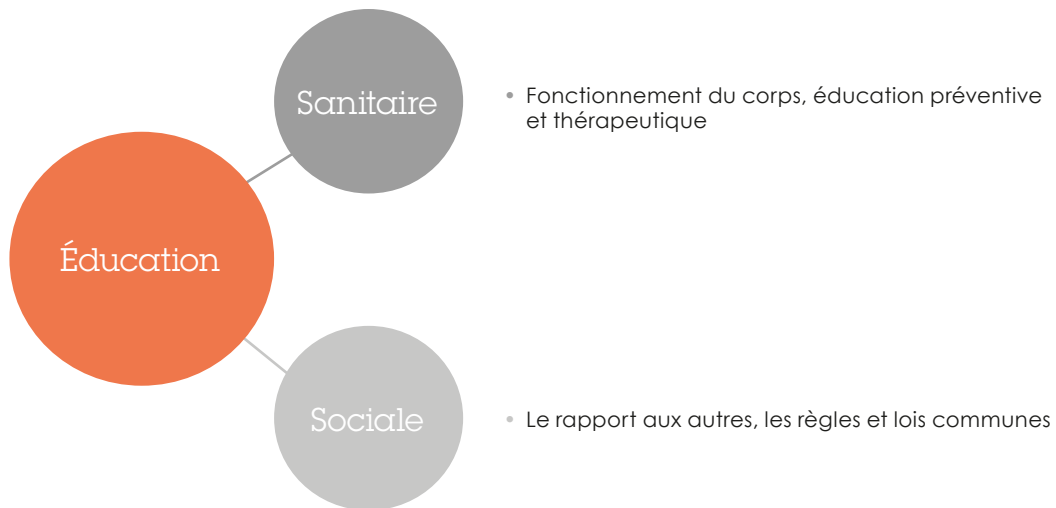
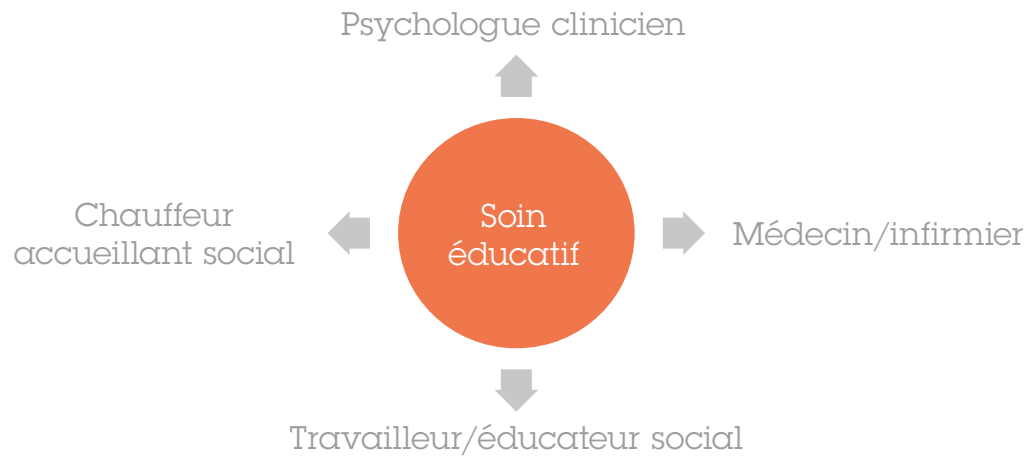
De ce fait, la formation des intervenants doit être continue dans le domaine de l'approche psychologique et la fonction d'un psychologue au sein d'une équipe est toujours double, entre la **FONCTION THÉRAPEUTIQUE** avec les enfants et jeunes de la rue et la **FONCTION DE SOUTIEN ANALYTIQUE** aux autres membres de l'équipe dans la compréhension des situations individuelles rencontrées et l'élaboration d'actions à mener.

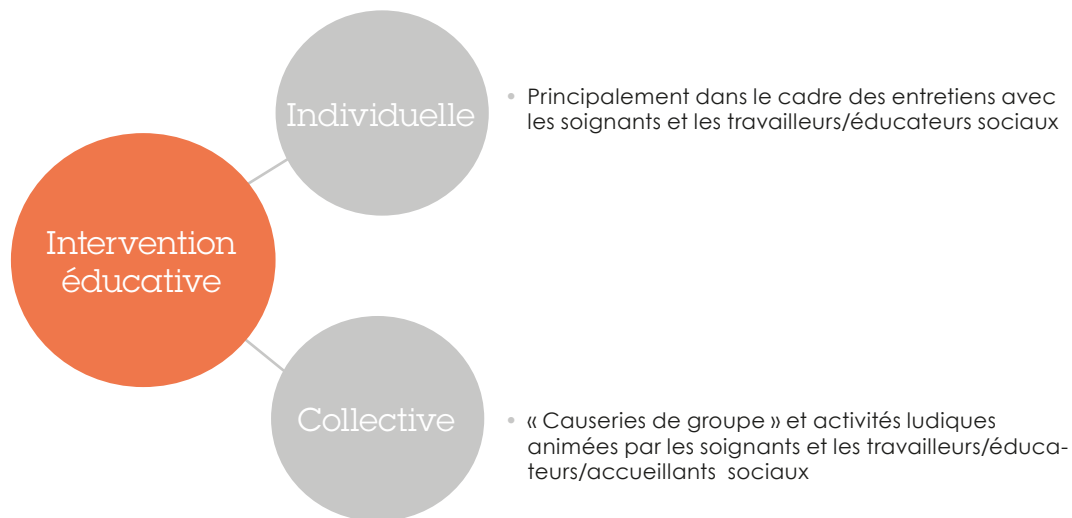


LA PRISE EN CHARGE ÉDUCATIVE

Dans le cadre général d'une démarche de soins, l'aide éducative se conçoit en tenant compte de l'enfant tel qu'il est et non tel qu'il devrait être. L'alphabétisation dans une vision de récupération de niveau scolaire, par exemple, n'a pas d'utilité tant que l'enfant n'a plus ou presque plus de relation à autrui, lorsque son rapport au langage est tronqué par son rapport au corps. Elle peut être tout à fait pertinente, en revanche, lorsqu'elle vise à réapprendre le jeu du langage, et, in fine, la relation à autrui.

L'activité éducative avec les enfants et jeunes de la rue constitue, comme le soin psychique, un soin diffus dans toute la démarche d'accompagnement. Un des rôles du médecin et de l'infirmier est d'aider à la compréhension du fonctionnement du corps, préalable nécessaire à la compréhension de toute éducation à la santé. Les travailleurs sociaux consacrent une grande partie de leur intervention dans la rue à la résolution des conflits internes à un groupe d'enfants, et les « causeries » de groupes alors organisées sont avant tout destinées à une éducation, celle en l'occurrence de la vie collective et du respect de l'autre. Des activités ludiques sont également pertinentes ; elles permettent à l'enfant de réactiver son imaginaire, essentiel pour son développement. Toutefois, elles ne doivent pas être imposées à l'enfant, au jeune, car sa participation par la seule observation des autres dans le jeu le « rééduque » déjà dans une vision de l'autre non violente et l'aide à faire tomber ses défenses de méfiance. Dans cette perspective, l'objectif de l'activité éducative correspond essentiellement à un réapprentissage d'une vie sociale, d'une sociabilité altérée, par la violence de la vie dans la rue.





La « causerie de groupe » :

Activité collective, animée selon une méthodologie participative (discussion ouverte, jeux de rôles...), la causerie de groupe instaure un climat de confiance et d'écoute. Son premier objectif éducatif vise au respect des autres dans les échanges verbaux. Son deuxième objectif vise au renforcement des connaissances, et selon les thématiques, à la modification des comportements. Le sujet d'une causerie est fondé soit sur une question posée par un ou plusieurs membres du groupe, soit sur une proposition de l'équipe de maraude en lien avec un événement (notamment conflit dans le groupe, intervention policière) ou les risques sanitaires et sociaux auxquels sont exposés, de manière générale, les enfants et jeunes de la rue.

LA PRISE EN CHARGE SOCIALE

L'aide strictement sociale, entendue comme un soutien à la réintégration dans des droits sociaux, est souvent limitée dans des pays à faible développement social. Les démarches sociales couvrent les domaines de la protection de l'enfance, de la protection sociale, et de la protection juridictionnelle, et visent essentiellement à :

- l'information sur les droits ;
- l'obtention de documents d'état civil pour les enfants et les jeunes, nécessaires pour faire valoir leurs droits ;
- aux demandes de placement dans des structures d'accueil et d'hébergement ;
- l'obtention d'ordonnances judiciaires de placement provisoire des mineurs lorsqu'ils sont hébergés en centre ou placés en foyer d'accueil ;
- l'obtention de certificats d'indigence, par exemple pour la gratuité d'une hospitalisation ;
- l'appui à la constitution de dossiers administratifs pour la scolarisation, des formations professionnelles, des micro-financements (activités génératrices de revenus) ;
- dans le cadre du processus de réintégration familiale, la mise en relation avec des services sociaux offrant une aide économique aux familles démunies, même si les causes familiales explicatives du départ de l'enfant sont rarement économiques, ou rarement seulement économiques ;
- l'accompagnement dans des procédures de dépôt de plainte et de recours en justice pour les victimes de violences.

Démarches

Auprès des services d'état civil, du juge pour enfants, des services sociaux de droit commun

Auprès des autres structures de prise en charge

Auprès de la police et de la justice

LA DÉMARCHE DE RENOUEMENT FAMILIAL

Souvent perçu a priori comment étant l'alternative naturelle et évidente à la vie dans la rue, le retour en famille est à envisager avec prudence. Il constitue une possibilité qui doit être considérée mais qui ne sera ni systématiquement réalisable, ni forcément envisageable pour l'enfant ou le jeune, en particulier dans les situations avérées de violences intrafamiliales.

En revanche, le processus de renouement familial doit être entrepris, sauf cas de force majeure. Si la prise de contact avec la famille est parfois compliquée en raison de l'éloignement géographique et de l'éclatement de certaines familles, elle constitue toutefois une démarche nécessaire, pour essayer de mieux comprendre la situation de l'enfant ou du jeune dans la rue. Parfois, notamment dans les cas de « confiage » d'enfants à des tiers, des parents apprennent par cette démarche que leur enfant vit dans la rue.

Au sein de la famille, les contacts ne sont pas nécessairement pris avec les parents biologiques. L'enfant, le jeune, peut, en effet, évoquer une autre personne, membre de la famille ou non, à laquelle il semble très attaché. Dans ce cas, il est important de pouvoir la rencontrer car c'est parfois cette personne qui l'accueillera.

Selon la situation de chaque famille, un rapprochement peut ensuite être envisagé. Le processus de médiation entrepris doit s'adapter aux rythmes de chacun, celui du (des) parent(s) et celui de l'enfant ou du jeune. Il s'agit de renouer des liens, distendus, rompus ; ce renouement peut permettre une réintégration dans la famille. Mais il s'agit parfois de créer du lien, lorsque l'enfant ou le jeune n'a jamais eu de véritable place au sein de sa famille. En d'autres termes, l'idée de réinsertion familiale communément admise est discutable

car un véritable accompagnement de l'insertion familiale peut être requis, ce qui renvoie à l'importance primordiale du suivi de toute réintégration familiale effectivement réalisée.

Enfin, et en lien avec cette carence dans l'insertion familiale préalable, ce n'est parfois qu'à l'âge adulte que l'enfant, actuellement pris en charge par une structure d'assistance, trouvera sa place dans la systémie familiale. Il faut aussi oser affirmer que, souvent, des enfants et des jeunes habitués à l'errance, à la survie dans la rue, ne fondent aucun espoir quant à leur chance d'être à nouveau accueillis dans leur famille, ce qui relativise considérablement les chances d'une réintégration familiale même lorsque la famille apparaît comme de nouveau accueillante.

Pour la mise en œuvre des différentes phases du processus, de la localisation des familles au suivi de la réintégration familiale, le réseau de structures relais du Samusocial est particulièrement important, notamment pour les familles ne résidant pas dans la zone d'intervention principale du Samusocial. ►

Localiser,
contacter,
informer les
parents et/ou
les membres
familiaux
désignés
par l'enfant
ou le jeune



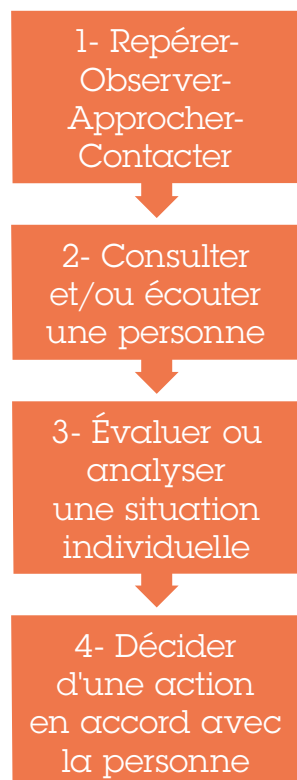
Initier
un processus
de médiation
familiale



Selon les
résultats du
processus de
médiation
familiale,
organiser une
réintégration
familiale et
assurer un suivi

LES PROCÉDURES D'INTERVENTION DE L'EMA

- Les 4 temps de l'intervention dans la rue
- Le travail en équipe
- Le recueil des données
- L'étude de cas



• LES 4 TEMPS DE L'INTERVENTION DANS LA RUE

La sécurité de l'intervention dans la rue :

Le chauffeur est en charge de la sécurité de l'équipe. Il doit toujours garer le véhicule le plus près possible des interventions et de manière à pouvoir quitter rapidement le site en cas de danger (éviter d'avoir à faire des manœuvres pour quitter un site, se stationner dans le sens du départ...). Lorsque ses coéquipiers font des entretiens à l'intérieur du véhicule, il s'assure que cela ne présente pas de danger pour eux. Il s'assure que ses coéquipiers ne s'éloignent pas de sa vue dans l'intervention sur le site. Il est en mesure, lorsqu'il repère une situation risquant de mettre ses coéquipiers en danger, de les obliger à quitter rapidement les lieux. Les règles sécuritaires de l'intervention en rue font partie intégrante du manuel de procédures de sécurité d'un Samusocial.

TEMPS 1 : REPÉRER-OBSERVER-APPROCHER-CONTACTER

LE GROUPE

Repérer/
Observer



- Les lieux et le niveau de sécurité (environnement social)
- Le groupe et le niveau de sécurité (taille du groupe, climat relationnel)

Approcher



- En étant identifiable (blouson, tee-shirt)
- Sans précipitation
- En respectant le territoire (distance sociale)
- Un seul membre de l'équipe introduit l'intervention

Contacter



- Saluer et se présenter avec les codes de respect : visage avenant, voix calme et sans ton d'injonction
- Ouvrir une discussion avec le groupe

LES ENFANTS ET LES JEUNES **LES PLUS EN DANGER** AU SEIN DU GROUPE

La notion de suradaptation paradoxale⁸ révèle combien les mécanismes de défense des enfants et jeunes de la rue sont très « coûteux » psychiquement ; ce sont des « solutions » qui épuisent le psychisme. L'expression de leurs souffrances est extrêmement douloureuse (effrois traumatiques, angoisses devant le lien avec autrui, en particulier l'adulte), et ce n'est souvent que par le biais de techniques d'observation que les intervenants peuvent repérer ceux qui, au sein des groupes, sont dans des logiques d'auto-exclusion et qui requièrent, de ce fait, une intervention prioritaire.

Observer les enfants et jeunes du groupe dans leur positionnement individuel vis à vis du groupe (en retrait, caché, accroché), leur présentation physique, leur humeur, leur comportement, leur attitude (apathie, agitation...)



Repérer les situations individuelles caractéristiques des enfants et jeunes qui sont le plus en danger en termes de situation médico-psychologique (en lien avec les notions de suradaptation paradoxale et d'auto-exclusion).



Contacter ces enfants et jeunes en danger en leur accordant une priorité d'attention dans la prise en charge globale des enfants et jeunes du groupe.

8 - Cf. Fiche technique N° 4

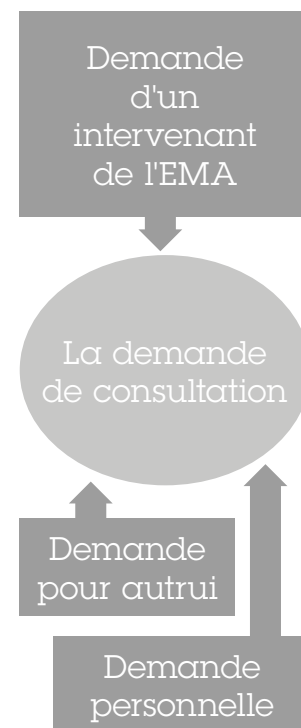
TEMPS 2 : CONSULTER ET/OU ÉCOUTER UNE PERSONNE

CONSULTER

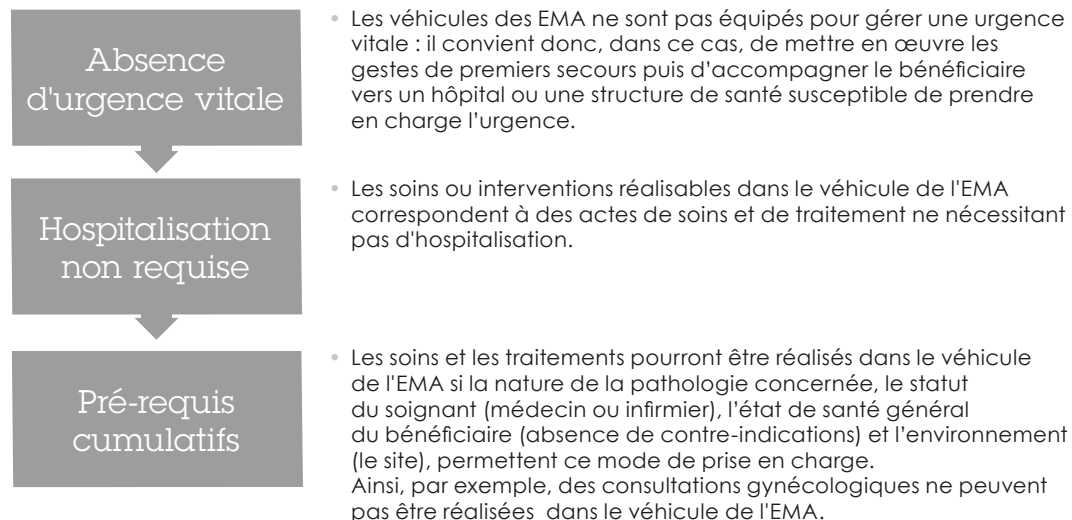
L'offre de soins médicaux constitue souvent l'interface, le premier point de contact avec le Samusocial. Il ne s'agit pas toujours d'offrir une réponse curative mais plutôt d'instaurer une relation de soins qui passera par le dialogue, l'éducation à la santé, la prévention et le suivi de soins. En outre, une demande de soins pour un enfant ou un jeune de la rue révèle, le plus souvent, une demande d'écoute sous-jacente, même si celle-ci n'est pas clairement exprimée.

La demande de consultation peut émaner :

- de l'enfant ou du jeune lui-même ;
- d'un membre de l'EMA (le soignant, le travailleur social, le chauffeur accueillant social) qui a repéré un enfant ou un jeune (par l'observation directe dans le groupe, ou au cours d'un entretien individuel ou d'une causerie collective) avec des symptômes visibles (toux, difficulté à marcher, etc...) d'un état de santé altéré, mais qui ne formule pas de demande explicite de consultation : dans ce cas, une proposition de consultation est formulée directement par l'intervenant ou transmise au soignant et la proposition faite par un intervenant de l'EMA doit être consentie par l'enfant ou le jeune pour que la consultation se réalise ;
- d'un autre enfant ou jeune du groupe : il peut s'agir ici d'une demande pour autrui qui manifeste une des formes de la suradaptation paradoxale ; dans ce cas, le soignant doit se rapprocher de l'enfant ou du jeune concerné par cette demande indirecte mais également se préoccuper de l'état de santé de celui qui formule cette demande pour autrui.



Les limites des soins et traitements médicaux par l'EMA



Les conditions de la consultation médicale

Les consultations et le matériel contenu dans le véhicule répondent à un certain nombre de principes de base :

- les actes effectués par le soignant répondent aux exigences strictes d'hygiène, d'asepsie et de sécurité ;
- l'intimité de la personne soignée doit être respectée (système de rideau fermant la porte principale du véhicule par exemple) ;
- Le matériel médical et de soins, constitué selon une liste type, doit être facilement transportable, sécurisé (contenants fermés à clé) et répondre aux mêmes exigences que celles définies pour un cabinet médical ;
- Le véhicule est équipé d'une banquette ou d'une table d'examen (même rudimentaire) et d'un bon éclairage (en particulier pour les maraudes de nuit) pour accueillir les enfants et les jeunes en consultation.

ÉCOUTER

« *Accepter l'enfant/le jeune, tel qu'il est et non tel qu'il devrait être.* »

Dans le cadre d'entretiens individuels avec les intervenants de l'EMA, les enfants et jeunes de la rue doivent pouvoir se confier, évoquer leurs problèmes, ceux qui sont à l'origine de leur arrivée dans la rue mais aussi ceux auxquels ils sont confrontés dans leur vie dans la rue. Conformément à la démarche de soins du Samusocial⁹, il s'agit, pour les intervenants, de pouvoir apprécier une situation individuelle dans son ensemble et de déterminer les besoins réels de chaque bénéficiaire comme une personne unique en soi.

L'écoute constitue un **CADRE RELATIONNEL** entre l'enfant, le jeune, et l'intervenant. Elle s'inscrit dans une série d'échanges dont le nombre dépend de chaque enfant/jeune notamment en fonction de sa présence régulière lors des maraudes, de sa disponibilité et de sa volonté d'échanger avec l'équipe du Samusocial et de parler de lui.

Objectifs de l'écoute

Il importe de comprendre d'où vient la personne, qui elle est et comment elle vit. C'est par ce **PROCESSUS DE COMPRÉHENSION** de la personne rencontrée telle qu'elle est et non telle qu'elle devrait être, que les intervenants peuvent alors développer un **SOUTIEN PSYCHO-SOCIAL ET ÉDUCATIF** adapté à chaque bénéficiaire et renforcer sa capacité à se projeter dans l'avenir, dans son devenir.

Objectifs de l'écoute

Pour créer /
renforcer la
relation de
confiance

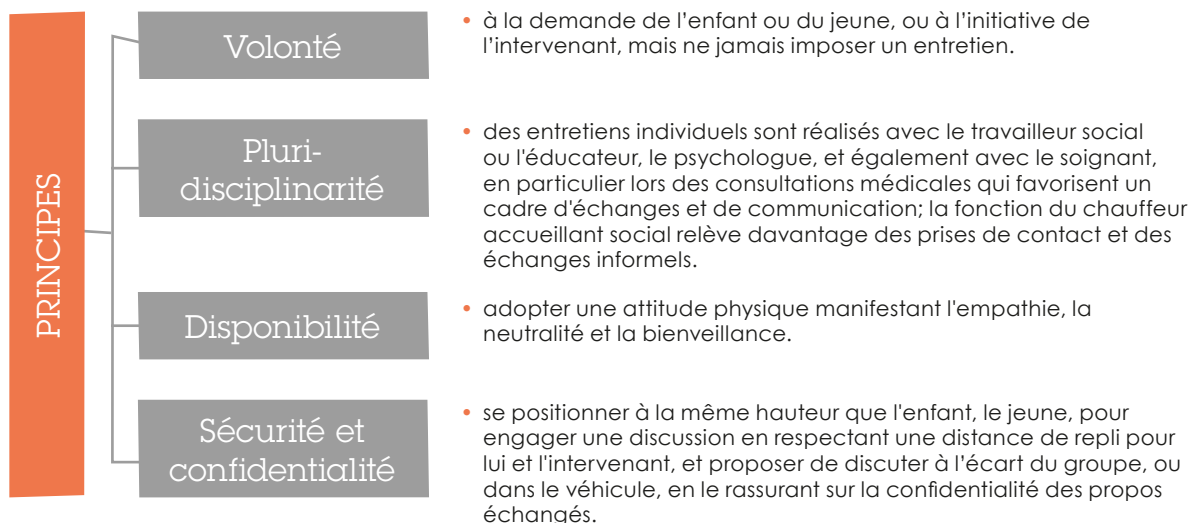
Pour mieux
comprendre la
personne et sa
situation

Pour
individualiser
les capacités
de réponse de
l'institution

9 - Cf. Fiche technique N° 6

Principes de l'écoute

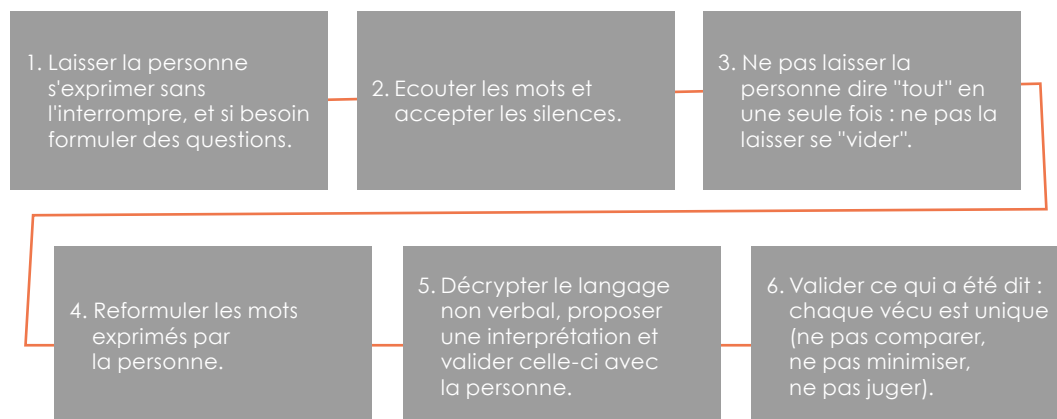
L'écoute se fonde sur des principes destinés à créer les conditions favorables à la possibilité, pour l'enfant, le jeune, d'accorder confiance à l'Autre, que représente l'intervenant. En expérimentant cette forme de rapport à autrui, les enfants et jeunes de la rue peuvent retrouver des repères et des codes fondamentaux. Par l'interaction entre le rapport à autrui et l'estime de soi, ils peuvent également expérimenter, ou ré expérimenter, le sentiment d'être un sujet, digne de recevoir de l'aide et autorisé à en demander.



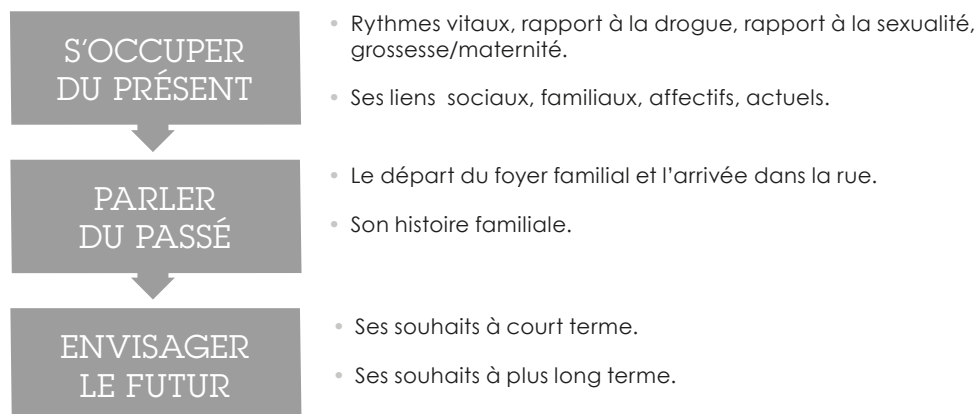
Techniques d'écoute

En tant que processus de compréhension destiné à développer une relation d'aide adaptée, l'écoute est active et orientée.

Écoute active

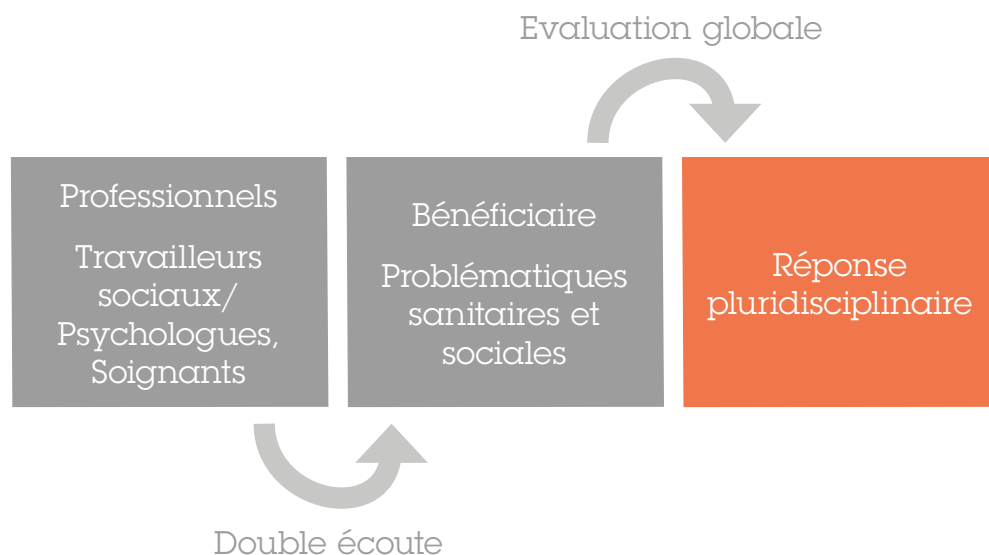


Écoute orientée



La possibilité d'une double écoute

La pluridisciplinarité des équipes des Samusociaux est une force d'intervention en rue dès lors que les problématiques rencontrées sont complexes et relèvent de la sphère médico-psycho-sociale. L'entretien peut ainsi se dérouler en doublon ce qui permet une approche pluridisciplinaire de la situation individuelle, en particulier lorsqu'elle est nouvelle et/ou complexe. Ce type d'entretien permet d'envisager, en concertation, les réponses et/ou solutions à apporter en ayant connaissance de plus d'éléments. Pour le bénéficiaire, cela présente aussi l'avantage du choix de l'accroche avec l'un des professionnels en particulier, ce qui peut optimiser le suivi de sa situation. Les professionnels doivent toutefois veiller à rester dans leur champ de compétence et organiser le temps d'écoute et de parole entre eux. La double écoute doit être présentée en amont au bénéficiaire et il est nécessaire de lui préciser les rôles de chacun.



TEMPS 3 : ÉVALUER-ANALYSER UNE SITUATION INDIVIDUELLE

L'évaluation de la situation individuelle par les intervenants de l'EMA commence par déterminer la **NÉCESSITÉ D'UNE ORIENTATION** notamment dans les cas suivants :

- urgence médicale et/ou psychologique avérée ;
- urgence médicale et/ou psychologique anticipée, en tenant compte de l'état actuel de l'enfant, du jeune, et de la dégradation rapide de l'état de santé physique et/ou psychologique due aux conditions de vie dans la rue ;
- absence d'urgence médicale et/ou psychologique mais concernant un enfant, un jeune, qui, selon l'évaluation faite par l'équipe, n'est pas, par exemple, en état d'observer correctement un traitement sans la surveillance d'un soignant.

Lorsque la nécessité d'une orientation n'est pas évaluée, il convient d'analyser les besoins identifiés et/ou exprimés par l'enfant, le jeune, ainsi que ses demandes éventuelles : cette analyse se fonde sur les informations recueillies au cours de la prise en charge par l'EMA mais également, lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un jeune suffisamment connu par l'équipe, sur les informations capitalisées par l'équipe dans le cadre de sa prise en charge régulière par le Samusocial. Les informations qui fondent l'analyse relèvent autant de l'état de santé médical et/ou psychologique que des demandes exprimées par l'enfant ou le jeune concerné. En fonction de l'analyse effectuée par l'intervenant, des propositions d'orientation ou de suivi peuvent être effectuées.

Evaluer la nécessité d'une orientation

- Urgence médicale et/ou psychologique avérée ou anticipée.
- Absence d'urgence mais évaluation d'une insuffisance de capacités individuelles pour rester dans la rue dans l'état de santé physique et/ou psychologique concerné.

Analyser les besoins et les demandes d'orientation ou de suivi

- En fonction des informations recueillies au cours de la prise en charge par l'EMA.
- Et/ou en fonction des informations capitalisées par l'EMA.



TEMPS 4 : DÉCIDER D'UNE ACTION EN ACCORD AVEC LA PERSONNE

À chaque prise en charge individuelle sur le lieu de vie dans la rue, il convient de décider entre deux types d'action : l'orientation ou le suivi.

L'ORIENTATION

Une orientation peut être réalisée soit à la demande du bénéficiaire soit à celle de l'équipe (hospitalisation, mise à l'abri d'urgence pour raisons médicales ou psychologiques dans des centres d'hébergement disposant des capacités nécessaires pour assumer ces formes de prise en charge). Sauf urgence vitale qui relève de la responsabilité du soignant, une orientation est toujours décidée en concertation avec l'ensemble de l'EMA et n'est jamais imposée au bénéficiaire. Il convient toutefois de ne pas négliger les capacités de négociation de l'équipe dans des situations où elle a évalué qu'une orientation serait nécessaire mais se heurte au refus du bénéficiaire. Un premier refus peut parfois, avec de la patience et de la conviction, évoluer vers un accord.

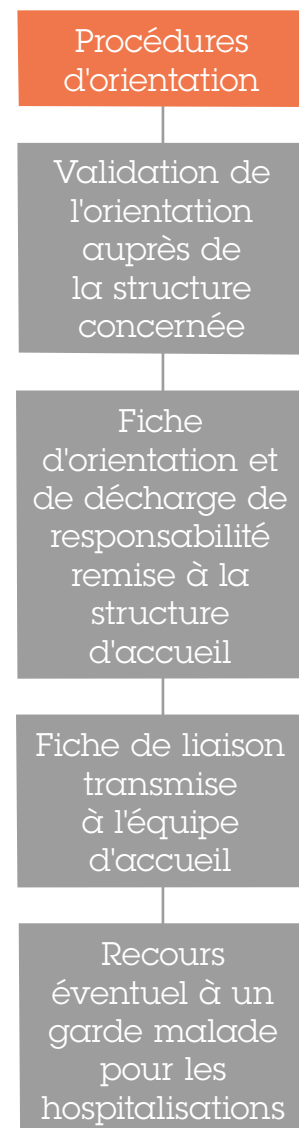
La disponibilité du lieu d'orientation doit être vérifiée avant d'en informer le bénéficiaire (un accord téléphonique préalable est préférable) ; à cette fin, un répertoire actualisé des structures de prise en charge doit être accessible dans le véhicule de l'EMA.

Le consentement de l'enfant ou du jeune doit être éclairé c'est-à-dire que l'enfant ou le jeune doit être renseigné sur le lieu où il va être orienté (type de structure, situation géographique, conditions d'accueil et règles de vie, durée du séjour approximative) et rassuré, afin que « l'arrachement » à la rue ne soit pas vécu comme une nouvelle rupture. Il importe également de lui parler de

la réversibilité possible de l'orientation. L'enfant ou le jeune, ayant exprimé son consentement, est accompagné par l'EMA et présenté au personnel de la nouvelle structure.

Les orientations sont mises en œuvre selon les procédures suivantes :

- Lorsque le consentement du bénéficiaire est acquis, il convient de valider la mise en œuvre de l'orientation auprès de la structure concernée.
- Pour les hospitalisations et les hébergements, constituer une fiche d'orientation et de décharge de responsabilité du Samusocial envers la structure d'accueil, signée et conservée en double exemplaire par le Samusocial et la structure d'accueil.
- Outre la fiche d'orientation et de décharge de responsabilité, une fiche de liaison peut être remise à la nouvelle équipe de professionnels afin de transmettre les principaux éléments de connaissance sur le bénéficiaire (nom et coordonnées d'un référent familial et/ou du Samusocial, résumé de sa situation...). L'enfant ou le jeune orienté est informé de la transmission de ces éléments.
- En cas d'orientation vers l'hôpital, il sera nécessaire, dans certains pays, de prévoir la présence d'un(e) garde-malade pour le bénéficiaire afin de garantir notamment l'accès aux repas et aux espaces de toilette qui relève souvent de la responsabilité des accompagnants familiaux des patients hospitalisés.





LE SUIVI

Le suivi d'un enfant ou jeune pris en charge par l'EMA désigne des actions qui :

- complètent les interventions effectuées dans la rue (rendez-vous médicaux ou sociaux) et les orientations réalisées lors de la maraude de l'EMA ;
- inscrivent la prise en charge dans la durée : de nouvelles rencontres sont prévues avec les intervenants lors des prochaines maraudes des EMA et/ou par la venue de l'enfant ou du jeune en centre d'accueil de jour. Il ne s'agit pas pour les intervenants d'attendre une demande de prise en charge mais de favoriser celle-ci par des contacts réguliers avec l'enfant, le jeune.

C'EST LA RELATION DE CONFIANCE QUI EST AIDANTE. ELLE SE CONSTRUIT AU RYTHME DE L'ENFANT, DU JEUNE, ET SE PERD SANS RYTHME DE L'ÉQUIPE. ►

LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

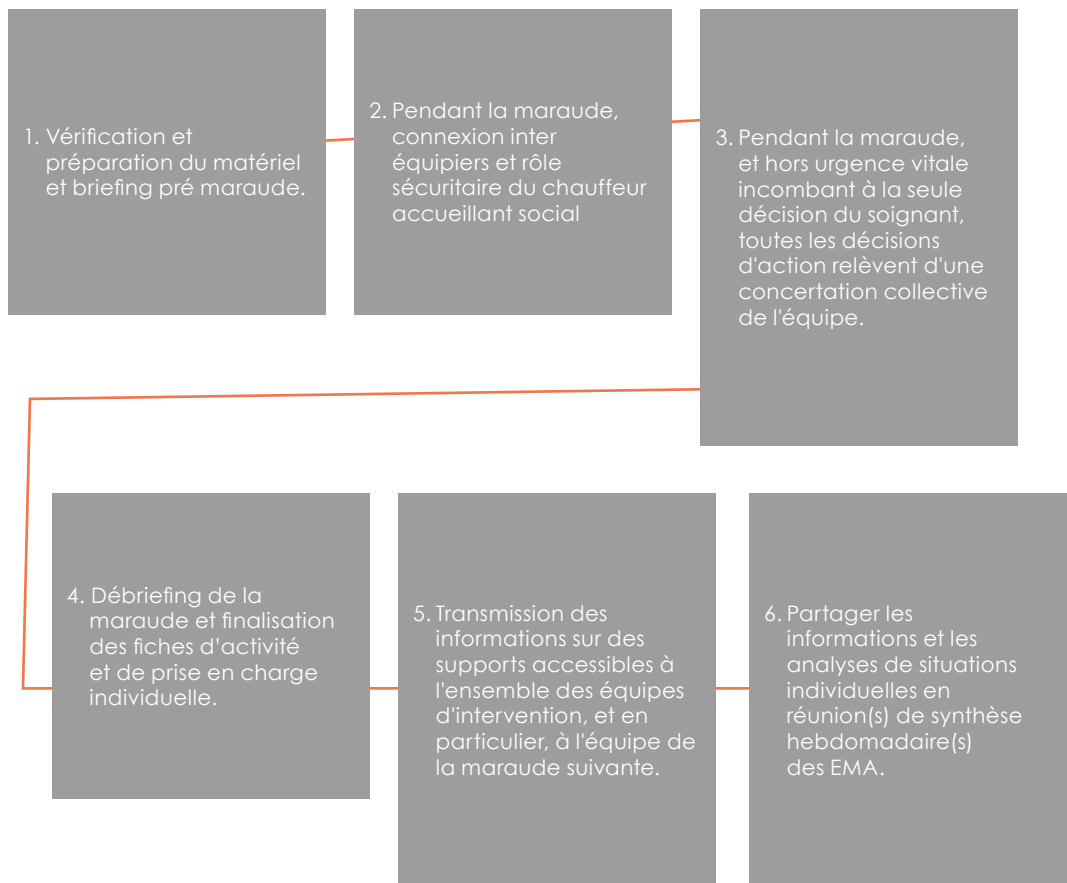
Le principe de polyvalence de l'intervention du Samusocial impose la pluridisciplinarité de l'EMA : si chaque intervenant a un métier spécifique, il s'intègre dans un travail d'équipe.

Au cours des interventions, il est important de rester en connexion avec ses coéquipiers. A cet égard, la triangulation du groupe d'équipiers est favorable à la communication des informations et l'action se joue beaucoup mieux : être trop nombreux peut être gênant pour les personnes rencontrées et la vigilance des professionnels plus « éparpillée ».

Travailler en équipe ne signifie pas que la relation d'aide instaurée avec un bénéficiaire soit nécessairement portée à égalité par tous les équipiers ; des préférences relationnelles avec un équipier en particulier sont souvent exprimées par le bénéficiaire lui-même, et doivent être respectées.

Par ailleurs, la périodicité de l'intervention Samusocial exige également des procédures de coordination des différentes EMA, en particulier pour garantir la bonne transmission des informations relatives aux bénéficiaires entre chaque membre des EMA. En d'autres termes, la qualité du travail en équipe conditionne pour partie la qualité des interventions auprès des enfants et jeunes de la rue.

Les procédures du travail en équipe sont les suivantes :



LE RECUEIL DES DONNÉES

Le recueil des données est constitué par l'ensemble des fiches qui renseignent sur les activités des EMA et sur les bénéficiaires des prises en charge. Elles sont rédigées par les intervenants des EMA.

Sur l'activité

- **Fiche maraude** (itinéraire, nombre de consultations, d'entretiens, d'orientations).

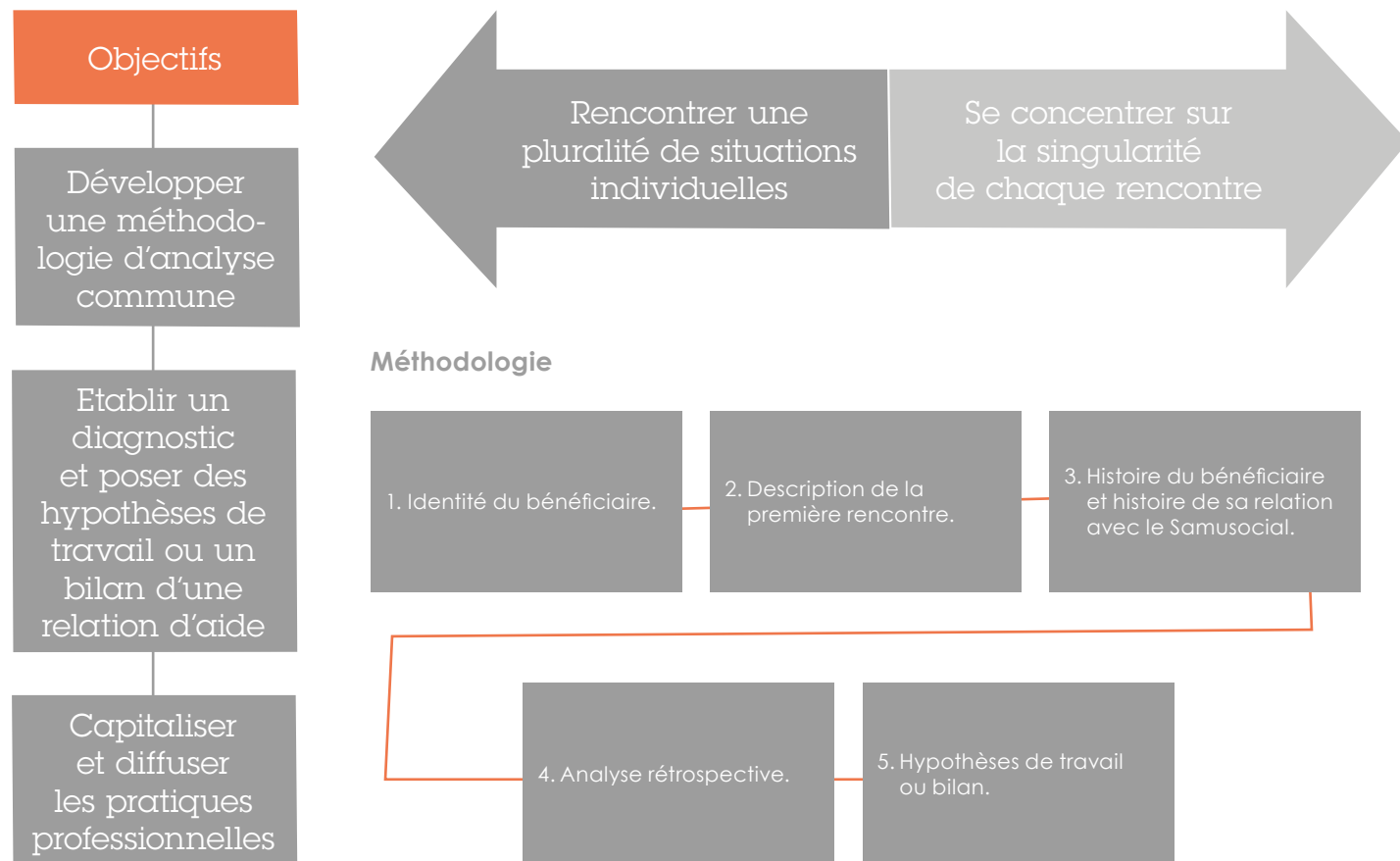
Sur les bénéficiaires

- **Dossier individuel** (fiche BDD Personne, fiche de suivi social, fiche BDD Médicale, fiche de soin/suivi médical, fiche d'orientation, fiche de liaison, fiche d'entretien avec un référent familial ou un tiers.

Les fiches relatives à chaque bénéficiaire constituent son dossier individuel qui est conservé au Samusocial dans un lieu sécurisé. Les dossiers individuels servent notamment de support aux réunions hebdomadaires des EMA ainsi qu'à la rédaction d'études de cas. ▶

L'ÉTUDE DE CAS

L'étude de cas est un exercice essentiel pour les EMA confrontées à de multiples situations individuelles, et, à cette fin, des réunions spécifiques de travail de l'équipe sur des études de cas doivent être organisées dans leur planning mensuel. Ces réunions sont, de préférence, animées par le psychologue du Samusocial dans le cadre de sa fonction de soutien analytique aux autres membres de l'équipe dans la compréhension des situations individuelles rencontrées.



Toutes les études de cas sont conservées dans les dossiers individuels respectifs des enfants et jeunes pris en charge par le Samusocial. ►

SYNTHÈSE DU DISPOSITIF D'INTERVENTION EN RUE – L'ÉQUIPE MOBILE D'AIDE (EMA)

Objectifs de l'intervention de l'EMA

- Création du lien par le contact.
- Mise en confiance par la permanence du lien.
- Accompagnement personnalisé en fonction de l'analyse de situation individuelle.

Principes de l'intervention de l'EMA

- Equipe médico-psycho-sociale formée aux méthodes Samusocial.
- Maraudes en soirée/nuit et de jour – maraude exploratoire, guidée, de veille.
- Prise en charge sur les lieux de vie ou par orientation vers d'autres lieux de prise en charge.

Activités de l'EMA

- La prise en charge médicale : soins curatifs, soins du corps et réduction des risques pathologiques.
- La prise en charge psychologique : soin psychique et intervention thérapeutique individuelle.
- La prise en charge éducative : soin éducatif, intervention éducative individuelle et collective, éducation sanitaire et sociale.
- La prise en charge sociale : mesures de protection et appui à l'insertion sociale, professionnelle, économique.
- La démarche de renouvellement familial : contact et médiation / réintégration et suivi.

Procédures d'intervention de l'EMA

- Les 4 temps de l'intervention dans la rue :
 - Repérer-Observier-Approcher-Contacter le groupe et les enfants et jeunes les plus en danger au sein du groupe,
 - Consulter et/ou Ecouter une personne,
 - Evaluer-Analyser une situation individuelle,
 - Décider d'une action en accord avec la personne.
- Le travail en équipe avant, pendant et après la maraude.
- Le recueil des données sur l'activité et sur les bénéficiaires.
- L'étude de cas : analyse méthodologique approfondie des situations.

Conclusion

La vie dans la rue se chronicise très rapidement et entraîne des perturbations des fondations subjectives du temps, de l'espace, d'autrui et du corps. Il n'est pas possible, ni pertinent, d'envisager ces conséquences sur la vie psychique sans envisager, également, ce qui se présente comme logique d'adaptation, et surtout de suradaptation, et donc de possibilités de sortir de ces logiques.

La méthodologie Samusocial d'intervention en rue s'inscrit, dans sa conception et sa mise en œuvre, dans une dynamique d'urgence sociale. Mais, l'urgence est souvent perçue – à tort – comme la nécessité d'apporter des solutions immédiates à tous les problèmes identifiés. Cela pourrait avoir pour conséquence que des intervenants pourraient mobiliser beaucoup d'énergie, de moyens, pour réintégrer un enfant dans une famille en oubliant que bien souvent l'intégration préalable, dans cette famille, n'a jamais existé. De même, des hébergements dans des centres d'accueil peuvent être précipités, lorsque la capacité psychique de l'enfant, du jeune, ne lui permet pas, dans l'immédiat, de se projeter dans un autre environnement que celui de son groupe et de son territoire. Enfin, les enfants et les jeunes les plus en détresse masquent leur souffrance psychique par des comportements et des attitudes que la notion de « suradaptation

paradoxe » permet de décrypter ; précipiter des projets de « réinsertion » en ignorant ces failles psychiques peut conduire les enfants et jeunes de la rue dans un abîme de désarroi et d'échec.

La méthodologie qui est capitalisée dans ce guide vise à éviter ces écueils, en traduisant les éléments de compréhension des besoins des enfants et jeunes de la rue, par des méthodes et pratiques professionnelles, s'appuyant sur l'expérience concrètement développée dans les Samusociaux. Mais au-delà de la méthodologie, la clé fondamentale réside dans un principe qui reste toujours à rappeler, et à défendre : s'engager auprès des enfants et jeunes de la rue nécessite une implication à très long terme et une approche patiente, adaptée à chaque situation individuelle et au rythme de chacun. Il s'agit d'abord de les soutenir et de les encourager pour leur permettre de sortir des logiques de survie. Il s'agira ensuite de les accompagner pour un temps plus ou moins long, dans leur devenir, c'est à dire dans leur vie. ▶

LE SAMUSOCIAL INTERNATIONAL

Le Samusocial International, association loi 1901 créée en 1998, accompagne la création et le développement de dispositifs d'aide aux personnes en situation d'exclusion sociale dans les grandes villes du monde. Son réseau est aujourd'hui constitué de 14 dispositifs dont sept spécialisés dans la problématique des enfants et jeunes de la rue : à Bamako, Pointe-Noire, Ouagadougou, Dakar, Le Caire, Casablanca et Luanda. Toutes les structures Samusocial adhèrent à des principes communs, validés par une Charte et un Code déontologique professionnel, partageant une méthode d'intervention qui se fonde sur les principes de permanence, mobilité, professionnalisme, pluridisciplinarité et travail en réseau.

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

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

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

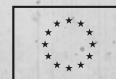
LA CAPITALISATION ET LA RECHERCHE-ACTION : Des études sont pilotées par le Samusocial International à partir des informations collectées par les Samusociaux. Ces études sont diffusées dans le cadre d'actions de sensibilisation, de plaidoyer et de concertation avec les pouvoirs publics et la société civile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

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

L'INTERVENTION AUPRÈS DES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE

PRINCIPES ET PRATIQUES DE L'INTERVENTION DANS LA RUE

■ Par ce guide méthodologique, le **Samusocial International** capitalise les principes généraux et les pratiques professionnelles de l'intervention Samusocial en rue, auprès des enfants et jeunes « de la rue », qui sont en rupture de vie familiale et vivent en situation d'exclusion sociale. Outil de renforcement des compétences et pratiques pour les intervenants médico-psychosociaux et éducatifs, ce guide a également vocation à nourrir la réflexion sur la nécessité d'un accompagnement méthodologique spécifiquement adapté à la situation des enfants et jeunes de la rue, et s'adresse, de ce fait, à tous les acteurs décisionnels et opérationnels concernés. ►



FONDATEUR
SANOFI ESPOIR

samusocialInternational