

La « désadoption » Comment être témoin d'un parcours d'exclusion calamiteux ?

Jean Furtos
Directeur scientifique
de l'ORSPERE
Bron (69)

Il existe aujourd'hui un processus de désaffiliation à l'œuvre dans le champ social. Ce terme renvoie, sur le registre négatif, à l'affiliation à un groupe, à une institution, à des devoirs d'appartenance ; il renvoie aussi à la filiation, cette suite discontinuée des générations qui fabrique du même et de l'autre.

Avec la « désaffiliation », nous sommes en tout cas dans l'ère des mots en « dé » : dé mariage, désinstitutionnalisation, désymbolisation, défusion, déconstruction... Ils signifient une perte, un mouvement de déliaison qui garde, dans son principe, une potentialité de reliaison. Au sein de ce processus, certains y trouvent leur compte, tels Tristan et Iseult¹ qui sortent des obligations ritualisées du social pour s'aimer, ce qui se paie du prix fort. Moins radicalement, celui ou celle qui peut assumer un minimum de transgression des normes d'appartenance va plutôt bien sur le plan de la créativité. Et ceux-là passent rarement par les services d'urgence générale et psychiatrique, quoique parfois... Mais qu'en est-il de la désaffiliation pour les adolescents en grande difficulté, lorsque se superpose un processus d'exclusion sociale ?

Ce questionnement permet d'introduire une idée forte exprimée par des praticiens de l'urgence médicale et sociale travaillant dans le cadre d'un projet PRAPS¹ toujours en cours à l'ORSPERE² : ces praticiens constatent des processus d'exclusion de jeunes adolescents ; ils se perçoivent eux-mêmes en train d'assister, en qualité de témoins impuissants et souffrants, à un processus calamiteux de « désadoption », autre mot en « dé ».

« Désadoption » : ce néologisme a d'abord été utilisé dans le groupe PRAPS au sens propre ; il y aurait

des familles, en nombre semble-t-il croissant, qui souhaitent rompre le lien avec l'enfant adopté souvent après un long cheminement et une recherche au loin, parce que les liens de filiation se passent mal ; il y a un épuisement de l'investissement psychique qui se traduit par une tentation de rupture en terme d'abandon de responsabilité.

Analogiquement, nombre d'adolescents, ceux-là beaucoup plus nombreux, seraient de fait désadoptés par leurs familles naturelles qui se perçoivent elles aussi comme ne pouvant plus rien pour leurs enfants, du fait de comportements trop difficiles. Par épuisement, elles le désinvestissent pour survivre, dans le désarroi et la culpabilité ; et cela concerne aussi bien l'investissement du juge des enfants, des institutions éducatives, des familles d'accueil, des services médicaux. Le rejet est second. En tout cas, l'errance de certains adolescents constitue déjà un stade sérieux de SDF : « *Un quart des adultes sans domicile fixe n'habitaient déjà plus chez eux à 16 ans* »³.

En désespoir de cause et de délinquance, ils peuvent être incarcérés, et se retrouver SDF à leur sortie de prison, situation aiguë de mise en grande précarité.

Des exemples cliniques

D'abord une vignette courte et simple : voici une mère en état de psychose décompensée. Elle est hospitalisée en urgence à l'hôpital psychiatrique sous la forme de l'HDT³, et ses enfants, placés à l'IDEF⁴, quittent leur école et leurs copains pour l'école la plus proche du lieu d'accueil ; à la rupture avec la mère s'ajoute celle avec les pairs. Si la séparation dure, les enfants vont être placés en famille d'accueil : nouvelle discontinuité, nouveau change-

ment d'école et de copains. La collègue psychiatre qui cite cette situation redoute d'assister, sans pouvoir intervenir, au début d'une errance institutionnelle où est déjà engagé un processus à long terme. Est-il pensable et possible d'agir, se demande-t-elle ? Par exemple, peut-on imaginer un budget pour continuer d'amener l'enfant à son école, ce qui coûterait moins cher en dégâts humains, moins cher aussi que la prise en charge institutionnelle lourde et longue qui s'avèrera souvent nécessaire.

Voici une autre vignette : depuis six ans, une jeune fille a fréquenté épisodiquement l'Unité Médicale d'Accueil (UMA) de l'Hôpital du Vinatier. Elle y est venue pour des hospitalisations rares et courtes, de 10 ans 1/2 à 16 ans 1/2, âge qu'elle a actuellement.

À l'âge de 3 ans 1/2, Amélie a été confiée à une famille d'accueil, sa mère ayant été condamnée à 3 ans de prison. Elle est restée très attachée à sa mère (qui ne s'occupe plus d'elle) et idéalise son père. Les deux parents sont séparés. Il y aurait eu une longue période de latence symptomatique.

À dix ans, Amélie était une petite fille sur le point d'entrer en CM2, et dont l'avenir n'inspirait alors aucune inquiétude exagérée, même si elle avait besoin d'être aidée. Ces dernières années, elle fugue de tous les foyers, n'est plus scolarisée, semble se livrer à la prostitution et fréquente des groupes sataniques.

Les soignants des services d'urgence ont le sentiment pénible de l'avoir vu « dégringoler » sur une pente dévastatrice sans pouvoir intervenir efficacement, et d'avoir été « les témoins passifs d'un parcours calamiteux »⁵.

Son parcours s'est étiré de familles d'accueil en foyers, avec un comportement constitué de crises d'agitation et de violence clas-

BIBLIOGRAPHIE :

¹ Cf. Castel (R.) : « Le Roman de la Désaffiliation », in *La Revue Le Débat*, sept./Oct. 1990.

² Darrot (J.) : « Adolescence et Société : une crise peut en cacher une autre », in *Rhizome* n°4, mars 2001.

³ Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.

⁴ Le travail de ce groupe donnera lieu à un rapport fin 2001.

⁵ Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.

⁶ Institut Départemental de l'Enfance et de la Famille

⁷ Dixit Nathalie Giloux, psychiatre qui a présenté cette situation.

La « désadoption » Comment être témoin d'un parcours d'exclusion calamiteux ? (suite)

tique épuisant les capacités contenantes des éducateurs ; elle jubilerait, est-il rapporté, de l'impuissance de ses éducateurs, comme si elle retournait sa propre impuissance et son propre désespoir en jouissant de ses affects projetés « dans » ceux et celles qu'elle côtoie.

Lorsqu'elle est hospitalisée à l'UMA, elle est capable d'écrire des choses intéressantes sur sa vie, son histoire, ou alors des fulgurances telles que :

« Vive le désespoir » ou
« Le passé, c'est le cimetière,
L'avenir c'est le désert ».

Ce dernier aphorisme est l'exacte définition d'une position mélancolique.

Interrogeons nous sur le vécu des soignants : « être les témoins passifs d'un parcours d'exclusion calamiteux... » Qu'est-ce qu'un témoin ? C'est quelqu'un qui refuse de banaliser ce dont il est témoin. En l'occurrence, il refuse de le réduire à des signes observables, à une classification nosographique. Quelque chose d'injustifiable est authentifiée, qui n'empêche pourtant pas d'agir en qualité d'acteurs de sa pratique, mais avec un reste qui n'est pas transformable. Le témoin a vu et entendu, mais il veut témoigner à d'autres pour une sorte de procès. Ici il ne s'agit pas d'un cadre juri-

dique, il n'y a pas de preuves pour ou contre, mais une souffrance éthique dans la mesure où elle interroge l'action. Comment faudrait-il faire ?

C'est aussi une souffrance qui, sans se dissoudre à bon compte, engage à une interprétation qui ne vise à rien d'absolu sauf à comprendre un tout petit peu ce qui se passe. Ainsi, que se passe-t-il, justement, lorsque Amélie vient à l'UMA ? Elle écrit, elle coagule une histoire terriblement broyée, ses cris, certains moments psychiques. Elle permet aux personnes qui l'accueillent (familles d'accueil ou foyers) de se reposer de l'intolérable et des projections qu'elle dépose en eux, à partir desquels ils répondent par une demande d'éviction... à l'urgence. Un tel apaisement est susceptible de favoriser la poursuite des liens, d'empêcher un surcroît de désaffiliation, encore une éviction « définitive ». Bien plus, quelques jours en service d'urgence permettent de prendre contact avec ceux et celles qui sont en relation avec ces adolescents en difficulté et qui participent aux multiples institutions du champ social et soignant. On s'aperçoit que toutes ces personnes, ces professionnels, constituent sans le savoir une forme de gestion groupale à distance, pourvu qu'aucune d'entre elles ne

se prennent pour l'unique intervenant tout puissant, juste avant le rejet. Dans cette gestion groupale se constitue, pour reprendre les termes de René Kaës, une forme d'appareil psychique groupal autour de l'adolescent ; c'est la prise de contact, lettre ou téléphone, qui authentifie tous ces intervenants : tel éducateur dans telle institution, plusieurs intervenants qui ne se connaissent pas souvent, un juge, un pédiatre, un psychologue... Dire à l'adolescent, « J'ai téléphoné à Mme X. », ou « Mr X. m'a téléphoné à votre sujet », fait émerger un groupe subjectivement très concret ; certains ont un rôle majeur même s'il apparaît effacé ; ainsi, pour Amélie, Monsieur D. un psychologue qui l'avait rencontrée régulièrement autrefois, continue de jouer un rôle important dans ce groupe à distance, rôle qu'on ne peut qualifier de virtuel.

« **Vive le désespoir** », écrivait Amélie. **Peut-être en tout cas le désespoir des soignants témoigne-t-il d'un souci actif pour l'avenir de l'adolescent en extrême difficulté de liens.** Paradoxalement, cela revient à ne pas valider le sentiment d'impuissance des institutions qui, s'il suit sa pente naturelle, peut paralyser toute anticipation positive pour l'avenir du jeune.

Le témoignage dont nous parlions plus haut consiste probablement, c'est en tout cas notre hypothèse, à porter la mélancolie de l'adolescent, à soutenir l'insoutenable cruauté du sentiment d'indignité. « Témoins passifs », disions-nous, c'est à dire acceptant d'être choisis comme « porteurs » ; une telle passivité, éthique, appelle à une activité psychique d'une haute exigence. La souffrance silencieuse (mais non muette) des aidants peut éviter un excès de destructivité, antidote du processus de désadoption. Le désespoir soignant, sans rejet, est parfois le défilé nécessaire pour tenir « le devoir d'avenir ». ■

