

OUTIL PRATIQUE



Le repérage des signes de souffrance chez le/la jeune isolé-e étranger/ère



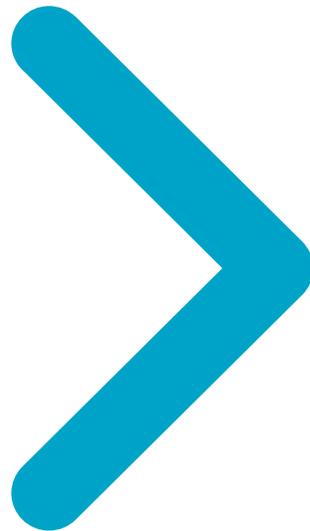


**Ont contribué à
l'élaboration de cet outil,
dans le cadre du groupe de
travail Santé d'InfoMIE
(par ordre alphabétique) :**

Pr Thierry Baubet,
Dr Daniel Bréhier,
Centre Primo Levi,
DAIS ADSEA 77,
Sylvie Dutertre-Oujdi,
France terre d'asile,
Imaje Santé,
InfoMIE,
Juliette Leconte,
Médecins du Monde,
Dr. Sevan Minassian,
Karine Moignet,
Dr Joelle Rosenfeld.

DATE

novembre 2016





Cet outil a été élaboré dans le cadre du groupe de travail Santé de la plateforme nationale InfoMIE.

La richesse du réseau InfoMIE est de regrouper en son sein différents acteurs, différents professionnels accompagnant les mineur-e-s isolé-e-s étrangers/ères / mineur-e-s non accompagné-e-s.

L'idée de cet outil est partie du constat de différents membres d'InfoMIE (associations, foyers, médecins, psychologues, éducateurs, ...) que la souffrance des jeunes n'était pas toujours perçue, comprise à temps.

Bien souvent les équipes se retrouvaient face à un-e jeune passant à l'acte et conduit-e aux urgences psychiatriques.

L'objectif de cet outil est de partir de la réalité du travail et de l'expertise des membres d'InfoMIE, qu'ils soient médecins, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, éducateurs, assistant-e-s sociaux/socials, foyers d'urgence ou d'accueil pérenne, associations, afin de donner aux acteurs de terrain des éléments pour repérer les signes de souffrance chez le/la jeune isolé-e étranger/ère.

L'idée ici n'est pas de donner des pistes de diagnostic, de transformer tout à chacun-e en médecin ou psychologue. **L'objectif ici est de donner des éléments de compréhension, des clés de repérage des signes de souffrance du/de la jeune qui doivent conduire l'acteur à ouvrir le dialogue avec le/la jeune et de l'orienter le cas échéant vers des partenaires et/ou structures adaptés.**

Le présent outil est ainsi structuré autour de trois parties.

Un premier volet explore les **facteurs de vulnérabilité et les situations à risque** auxquels peuvent être confronté-e-s les jeunes isolé-e-s.

Un second volet aborde les **signes ou les sentiments chez le/la jeune isolé-e** qui doivent nous questionner, nous acteurs de terrain accompagnant ces jeunes.

Enfin, une troisième partie est destinée à **aller plus loin**, à expliciter certaines notions plus complexes telles que la dépression, le suicide, le syndrome de stress post-traumatique.

Liste des abréviations

| | |
|-------------|--------------------------------------------|
| ASE | Aide sociale à l'enfance |
| ESPT | Etat de Stress Post Traumatique |
| MIE | Mineur-e isolé-e étranger-e |
| MNA | Mineur-e non accompagné-e |
| PTSD | Syndrome de Stress post traumatique |
| TS | Tentative de suicide |

1

Facteurs de vulnérabilité et situations à risque pour le/la jeune isolé-e étranger/ère

Dr. Sevan Minassian, Pédiopsychiatre, Hôpital Avicenne, Hôpital Cochin

Sylvie Dutertre-Oujdi, Psychologue, Imaje Santé

RUPTURE ET SÉPARATION

La rupture n'est pas la séparation. Quelle est donc cette différence ?

Dans la rupture, il n'y a aucun espoir de pouvoir retrouver l'être aimé. Il a disparu à jamais. La séparation laisse ouverte la possibilité de retrouvailles car l'être aimé est pensé dans une continuité d'existence quand bien même il n'est actuellement pas présent à mes côtés.

La manière dont un individu va être affecté par l'absence d'un être important, c'est-à-dire si cette absence va revêtir le caractère d'une rupture ou celui d'une séparation, dépend de son histoire et des pertes d'êtres chers qu'il a vécues dans le passé. Cela n'a rien à voir avec la situation en elle-même mais relève de la manière dont la personne l'éprouve subjectivement.

Ainsi pour un mineur isolé qui a déjà perdu des proches, vécu des situations d'abandon, tout changement dans son univers affectif est éprouvé comme une perte réelle : l'attribution d'un nouvel éducateur référent ; l'installation dans un nouveau foyer qui l'éloigne des personnes auxquelles il s'est attaché ; l'absence pour maladie d'un professionnel qu'il a beaucoup investi. Autant de séparations qui sont éprouvées par le jeune comme de véritables ruptures qui viennent réactiver les blessures passées.

« Quand j'étais dans le foyer là-bas avant de venir ici, l'éducatrice elle était gentille avec moi. C'était comme ma sœur. Ici les éducateurs, ils me comprennent pas »

Sekouba 16 ans.

CHANGEMENT

Tout changement dans l'environnement du mineur isolé constitue une menace potentielle pour son équilibre psychique. Changement dans son univers affectif (Cf. le point « rupture et séparation ») et également changement dans son univers physique.

« Maintenant je suis seule dans un studio. Ca s'appelle l'autonomie parce que je vais bientôt avoir 18 ans. Je reste jamais la journée. J'aime pas être seule »

Aïcha 17 ans

Vivre seul, manger seul, dormir seul sont autant de situations qui relèvent d'un mode de vie occidental auquel les jeunes originaires d'autres cultures n'ont pas été préparés. Quitter l'environnement collectif du foyer pour un studio inaugure un vécu de solitude qui pour autant qu'il soit difficile à tout un chacun, l'est d'autant plus pour ces enfants. Nombreux sont ceux qui ont grandi dans les familles élargies dans lesquelles l'individu n'est jamais seul.

Le quotidien d'une vie indépendante qui ferait rêver beaucoup de nos ados, expose le mineur isolé au risque de la dépression ou, tout au moins, à des états de tristesse et des éprouvés d'abandon.

« Au foyer ils m'ont dit que maintenant que je suis en autonomie, je dois m'occuper de mes rendez-vous tout seul. Et après 18 ans, je vais devoir partir. Ca me fait peur »

Soriba 17 ans

La perspective d'un changement à venir est source d'anxiété. L'angoisse est toujours de se retrouver seul, sans soutien, sans les étayages d'adultes sécurisants.

ÉCART CULTUREL

Les modèles éducatifs dans lesquels ont grandi les mineurs isolés sont bien différents de ceux dans lesquels baignent les enfants d'ici.

« Si on était au pays, je serais pas assis là sur la chaise comme vous. Moi je serais assis par terre là dans le coin et vous seriez sur la chaise »

Salim 16 ans

Les règles qui régissent les rapports entre les individus placent l'enfant dans une position de soumission et d'obéissance à l'adulte et ceci dans toutes les sociétés non-occidentales. Cette différence de statut se manifeste par un ensemble d'attitudes de l'enfant. Par exemple l'enfant baissera toujours les yeux devant l'adulte, il ne s'assoira jamais à la même hauteur mais toujours à un niveau inférieur, il attendra que ce soit l'adulte qui s'adresse à lui pour être autorisé à parler.

« Mon éducateur m'a dit que je dois regarder quand je parle mais quand je vous regarde ça me fait trop honte et j'arrive pas »

Fatou 15 ans

Au sein des foyers, ces jeunes sont souvent décrits comme réservés et respectueux des adultes. Ces représentations attachées en particulier aux Africains exposent les professionnels au risque de passer à côté d'une souffrance, somatique ou psychologique, restée silencieuse. Le jeune ne se sent pas autorisé à adresser ses plaintes aux éducateurs et reste dans l'attente que ceux-ci viennent le questionner.

MALENTENDU

Les facteurs culturels, linguistiques et le jeune âge du/de la mineur-e isolé-e sont sources d'incompréhensions qui peuvent affecter l'individu plus ou moins profondément selon son histoire et aussi sa personnalité.

L'idée qu'il doit rapidement s'intégrer et apprendre le français peut conduire le mineur isolé à donner l'illusion qu'il comprend ce qu'on lui dit. Le jeune tente de coller à ce qu'il pense correspondre aux attentes des professionnels vis-à-vis de lui.

Les Afghans et les orientaux en général lorsqu'ils font la demande de quelque chose ne s'autorisent pas à réitérer cette demande si elle reste sans réponse. Ils considèrent de fait que la non-réponse équivaut à une réponse négative, ceci posant problème lorsque cette absence de réponse est simplement due à un oubli de l'éducateur. Le mineur isolé peut alors se sentir négligé, maltraité voire développer autour de la non-réponse un sentiment de persécution.

« À chaque fois que je dis quelque chose à Bachir, il me répond « oui » et je comprends pas pourquoi il me dit « oui » alors qu'il a pas compris »

Un éducateur.

ÉVALUATION

Le parcours d'évaluation durant lequel l'identité du mineur isolé va être remise en question peut être vécu comme une véritable atteinte à l'intégrité de l'individu.

« L'homme, c'est sa parole »

Omo 16 ans

En Afrique, il n'est nul besoin de posséder des papiers pour prouver son identité. Seule la parole compte et celui qui manquerait à sa parole perdrait toute crédibilité et en conséquence tout l'honneur attaché à sa personne. Devoir donc, ici, justifier qui l'on est peut être vécu comme insultant et produire une blessure narcissique chez un individu déjà fragilisé.

« Non, avant de partir je ne savais pas que ça se passait comme ça ici »

Omo 16 ans

L'arrivée c'est la découverte d'un autre monde dans lequel tout ce qui est dit doit pouvoir être attesté « preuve à l'appui ». Les justificatifs, papiers, documents, certificats sont indispensables. Impossible de travailler sans qualification, d'aller gagner un peu d'argent en portant les caisses de l'épicier.

La période d'évaluation est celle de la confrontation à ce nouveau monde, très étrange(r). Pour les plus fragiles, il arrive que cette épreuve déborde les capacités adaptatives du jeune. Face à ce nouvel univers pour lequel il ne dispose pas des codes de compréhension, le mineur isolé est submergé par un trop plein de réalité.

PROCESSUS D'ÉVALUATION (COMPLÉMENT)

Le processus d'évaluation prend souvent le pas sur celui de l'accompagnement: les premiers intervenants sont dans ces cas-là ceux qui contrôlent si le jeune est éligible à une prise en charge par l'ASE (Aide sociale à l'enfance).

Il lui est demandé de démontrer qu'il est bien isolé, et de faire la preuve de sa minorité. L'épreuve du soupçon¹ est toujours de mise: les interrogatoires répétés et le regard suspicieux des institutions (judiciaires ou administratives) du pays d'accueil ont un impact certain sur l'apparition et le renforcement des troubles psychiatriques².

Par ailleurs, on constate des divergences du discours plus importantes lorsque les migrant-e-s ont de hauts niveaux de stress post-traumatique, lorsqu'il leur est demandé de raconter leur histoire à plusieurs reprises lors des différentes étapes d'évaluation³.

Ce parcours d'évaluation altère la confiance que le/la jeune attribue aux adultes qui seront amenés à l'accompagner, et accentue son sentiment d'isolement.

ATTENTE

Tout le parcours d'un-e mineur-e isolé-e est ponctué de moments d'attente qui sont pour lui/elle source d'angoisse.

L'attente n'est pas seulement qu'ennui fait de vacuité, elle est vécue comme autant de jours perdus dans cette course contre le temps qui le rapproche de sa majorité.

EXEMPLE

Ces jours, ces semaines durant lesquelles il/elle attend pour les documents qui doivent lui permettre de justifier de son identité, de s'inscrire à une formation, etc.

« Y en a qui ont leurs parents ici. Moi je peux compter sur personne. J'ai que deux possibilités. C'est je réussis ou bien... Inch'Allah »

Bilal 17 ans

« Moi je dois attendre pour la mission locale, mais eux ils vont pas attendre pour me mettre dehors le jour de mes 18 ans »

Amina 17 ans.

L'attente confronte de manière brutale le/la mineur-e isolé-e à la réalité qui fait obstacle à la réalisation de ses projets, de ses constructions imaginaires d'avant le départ. Parfois aussi cette attente se pose comme un véritable enfermement qui empêche la réalisation du mandat migratoire. Pour pouvoir supporter cette attente, l'enfant doit amorcer un douloureux travail psychique de désillusion.

L'attente c'est également l'occasion des comparaisons. Le/la jeune compare sa situation à celles de ses pairs, comme lui/elle étrangers ou à celles de jeunes français-es du foyer.

Il lui arrive d'éprouver un sentiment d'injustice dans le traitement de sa situation et il/elle a une perception aiguë et douloureuse de sa différence en tant qu'enfant étranger.

1 Julien Bricaud, *Mineurs étrangers isolés, l'épreuve du soupçon*, Ouvrage, 2006 ; Julien Bricaud, « Les mineurs isolés face au soupçon », Article, Plein droit n° 70, octobre 2006.

2 Watters, Charles, and David Ingleby. "Locations of Care: Meeting the Mental Health and Social Care Needs of Refugees in Europe." *International Journal of Law and Psychiatry* 27, no. 6 (December 2004): 549-70. doi:10.1016/j.ijlp.2004.08.004

3 Herlihy, J., Scragg, P. & Turner, S. [2002] *Discrepancies in autobiographical memories: implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study*. *BMJ*, 324, 324-327.

JEUNES FILLES

Les jeunes filles se trouvent exposées aux mêmes facteurs de risque que les garçons.

Il convient cependant d'être attentif concernant leur accompagnement éducatif qui est grandement facilité quand la relation s'établit avec des femmes. Les jeunes filles sont plus à l'aise dans l'échange et pour parler de leurs difficultés avec des femmes quand bien même il ne s'agit pas de

questions intimes. La relation avec l'homme est pour elles compliquée car elles viennent de sociétés dans lesquelles le monde des femmes et celui des hommes est séparé.

NOUVELLES DU PAYS

Maintenir un lien avec les parents, la famille, restés au pays est essentiel. Pourtant il arrive que l'appel téléphonique soit l'occasion de l'annonce d'une maladie, d'un décès d'un parent.

Appeler la famille pour prendre des nouvelles, c'est aussi donner des nouvelles de sa propre situation. Dans la majorité des cas, le souci du/de la jeune est de préserver ses parents de toute inquiétude. Les quelques minutes au téléphone sont passées à les rassurer sans faire état des conditions de vie et de tous les problèmes rencontrés en France.

Ces échanges nécessaires avec la famille viennent souvent raviver la souffrance de l'exil, de l'éloignement et aussi les inquiétudes du/de la jeune qui sait que les parents aussi dissimulent une bonne part de leurs difficultés. Il/elle peut éprouver un sentiment de culpabilité à ne pouvoir les aider dans l'immédiat au point parfois de ne plus oser leur téléphoner tant son impuissance est insupportable (Cf. le point « Attente »).

Paradoxalement, plus les contacts téléphoniques avec les parents sont espacés dans le temps, plus le/la mineur-e isolé-e peut devenir réticent-e à communiquer avec eux.

« Ma mère elle souffre beaucoup. Je vais pas lui parler de mes problèmes. Je lui dis que ça va pour moi ici. J'ai pas à me plaindre »

Hassan 16 ans

ÊTRE DANS L'IMPASSE

Le parcours du/de la jeune est une suite d'obstacles qui peuvent se heurter à des échecs ou à une fin de non recevoir. Cela peut être particulièrement prégnant lors des diverses démarches administratives, de demandes de recours suite à une non prise en charge par l'ASE (pour non isolement ou bien présomption de non minorité), ou bien lorsqu'à l'âge de 18 ans la prise en charge de l'ASE s'arrête brutalement sans autre mesure d'accompagnement.

Le/la jeune a des objectifs personnels concrets, des espoirs et des rêves, mais porte aussi un mandat inconscient ou conscient qui le/la dépasse largement.

L'importance des enjeux à l'œuvre peut l'amener à faire face à un vécu d'impuissance qui peut prendre plusieurs formes symptomatiques: une recrudescence anxieuse, un effondrement dépressif, des passages à l'acte violents (une confrontation avec son référent, avec ses pairs), un sentiment intense d'injustice (notamment pour certains jeunes aspirants qui s'étaient construit une image du pays d'accueil faite de possibles en opposition au pays qu'ils ont laissé, et dont l'espoir est déçu).

*«Je ne m'attendais pas à ça.
Je n'ai pas de chance,
c'est fini pour moi»*

Yussef, 18 ans

Se confronter à la violence de la frustration et de l'impuissance du jeune est une modalité de lien particulièrement difficile à contenir pour les intervenants, qui doivent eux-mêmes faire face à leur propre impuissance à apporter la réponse souhaitée. Elle doit être lue comme une reviviscence des ruptures passées, qui ravive le vécu d'abandon du jeune. Le lien, aussi douloureux et violent soit-il, questionne la contenance possible de l'intervenant face à l'échec.

LE CONFLIT DE LOYAUTÉ

«On dit que chez nous un enfant qui a la bénédiction de ses parents et de sa famille ne peut que réussir, même lorsqu'il est dans une impasse»

Cheikh, 17 ans

Le jeune peut être investi d'un mandat conscient et/ou inconscient, notamment le mandat transgénérationnel, ainsi qu'une nécessité de réussite qui le lie symboliquement à la famille et au pays d'origine. Il arrive que la famille ou le village se soit d'ailleurs cotisé pour permettre au jeune de migrer: celui-ci a donc une dette à rembourser, et une nécessité de réussite.

Sa position est dès lors inconfortable: s'il choisit de se soumettre à la temporalité du projet éducatif et de l'accès à une scolarité ou un apprentissage, il devra retarder cette promesse de réussite rapide qui a préfiguré son projet migratoire. Il temporise lorsqu'il est en contact avec sa famille, se confronte aux étapes de la prise en charge institutionnelle, et peut ainsi donner l'impression de ne pas tout dire ou de mentir. Cette négociation personnelle peut le soumettre à un double isolement, qui participe aux remaniements identitaires à l'œuvre.

UNE NON PRISE EN CHARGE

« Une seule main n'applaudit pas »

Aziz, 17 ans

Le jeune est porteur d'une perspective qui devra se négocier avec le pays d'accueil. Même lorsqu'il semble porter un projet personnel qui le place dans une position d'adulte (porteur d'un savoir, d'une mission), il nécessite d'être aiguillé afin de pouvoir décoder le champ des possibles et les manières d'y parvenir.

Un refus ou une fin de prise en charge fait basculer le jeune dans l'errance. On observe fréquemment une recrudescence anxieuse qui ne trouve pas de réassurance possible, cause fréquente d'un recours aux toxiques à visée anxiolytiques ou sédatives (benzodiazépines, cannabis, alcool).

TRAITE, PROSTITUTION

« Je ne veux plus ce nom, je veux reprendre celui que m'a donné ma mère »

Angel, 15 ans

Les jeunes passés par des réseaux de prostitutions nécessitent une prise en charge qui inclut la nécessaire prise en compte de ce parcours lourdement traumatique. Les institutions qui les reçoivent s'appuient donc souvent sur des associations spécialisées comme Le Bus des Femmes, sur la mise en acte symbolique des décisions de justice qui posent un cadre face aux agresseurs identifiés, et peuvent parfois s'orienter par la suite vers des structures de soin spécialisées (avec une prise en charge somatique dédiée et/ou une prise en charge du psychotraumatisme).

Qu'il s'agisse de jeunes filles nigérianes, de jeunes roms ou bien de jeunes afghans, la prostitution touche de nombreux groupes de jeunes isolés étrangers. Lorsque la prise en charge permet de sortir le jeune de l'emprise de ses agresseurs, apparaît parfois l'étendue de cette emprise (les leviers de socialisation parallèles à l'œuvre, les réseaux, l'implication de proches - les agresseurs pouvant être des membres de la famille).

La réappropriation de normes, la capacité de contenance, le rapport aux adultes distancié et protecteur sont mis au premier plan lors de l'accompagnement de ces jeunes.

Lorsqu'on constate des troubles psychiques, ceux-ci peuvent être très variables et parfois assez «bruyants», le corps étant très sollicité: il s'agit de symptômes de stress post-traumatique, au rang desquels on peut retrouver des symptômes culturellement codés (manifestations de transe, de possession), ainsi que des symptômes psychosomatiques.

Le risque principal étant l'erreur diagnostique, qui impacte sur la prise en charge future, une prise en charge complémentaire somatique et psychiatrique dans des services spécialisés doit être encouragée.

LES DIFFICULTÉS À COMMUNIQUER

«Moi j'ai une question claire dans la tête, mais je ne sais pas la dire»

Ali, 16 ans

La maîtrise de la langue du pays d'accueil par le jeune conditionne la connaissance de son environnement immédiat, ses capacités à se faire comprendre et à transmettre ses questionnements, transmettre ses émotions. Elle est une variable importante qui peut accroître son sentiment d'isolement.

On observe par ailleurs dans certains cas que la difficulté à maîtriser une langue n'est pas uniquement à mettre sur le compte de difficultés cognitives, mais peut aussi être un symptôme constitutif d'un trouble psychique, pouvant notamment révéler un état de stress post-traumatique complexe.

La maîtrise de la langue du pays d'accueil ne peut pas se faire en contradiction avec la langue maternelle, qui est à valoriser également. Le recours à des interprètes (voire des médiateurs culturels dans le meilleur des cas) doit être privilégié lors de temps pivots de la prise en charge de ces jeunes, afin d'assurer une compréhension mutuelle, rendre compte des propos du jeune le plus fidèlement possible afin d'éviter les malentendus. Des études montrent d'ailleurs que l'apport d'un interprète permet un bien meilleur accès aux soins⁴.

La langue étant la clef du rapport au monde de ces jeunes, elle porte l'empreinte de leur sentiment d'appartenance à leur groupe culturel d'origine, mais aussi à celui qu'ils ont choisi d'adopter. Passer d'une langue à l'autre selon les circonstances et l'interlocuteur dialectalise la construction identitaire du jeune.

EXPÉRIENCE DE VIE DIFFICILE

«Là j'ai bien compris la vie, j'ai commencé à réfléchir à avoir mal à la tête mal au cœur [...] avant on ne connaît pas c'est quoi la guerre on ne connaît pas, juste faut pas toucher»

Ahmad, 16 ans

Les éléments de vie antérieurs qui peuvent fragiliser le jeune sont notamment le traumatisme prémigratoire, mais aussi le traumatisme dû à la migration elle-même. Leur impact évolue selon la nature des expériences traumatiques, leur durée, l'exposition et la répétition de ces événements, l'interprétation qui en est fait par leur entourage et le soutien à distance que le jeune reçoit de la part de sa famille et de sa communauté⁵.

De nombreux jeunes sont par ailleurs en rupture avec les liens de filiation et d'affiliation avant même leur migration, notamment les jeunes qui ont dû fuir des maltraitements (familiaux ou institutionnelles) et les enfants des rues.

Les intervenants peuvent avoir l'impression que ces épreuves les ont fait grandir trop tôt, leur donnant une attitude plus adulte: cela ne préjuge pas d'une meilleure capacité à faire face à l'adversité.

4 Birman, Dina, Edison Trickett, and Rebecca M. Buchanan. "A Tale of Two Cities : Replication of a Study on the Acculturation and Adaptation of Immigrant Adolescents from the Former Soviet Union in a Different Community Context." *American Journal of Community Psychology* 35, no. 1–2 (March 2005): 83–101

5 Derluyn, Ilse, Cindy Mels, and Eric Broekaert. "Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents." *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine* 44, no. 3 (March 2009): 291–97. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.07.016

RAPPORT AU CORPS ET À LA PATHOLOGIE

«*Sans mon pied je ne suis plus un homme*»

Hussein, 17 ans

Le corps est pour les jeunes en souffrance un lieu privilégié d'expression de leur mal-être. Il est l'ex-time du sujet, notamment lors d'affects dépressifs, ou bien lorsque le trauma ne doit pas effleurer afin de ne pas risquer d'exposer le jeune. Cela est d'autant plus prégnant à l'adolescence: un certain nombre de symptômes somatiques peuvent être des révélateurs d'une souffrance psychique.

Pour nombre de jeunes isolés étrangers, la trahison du corps (soit blessé, soit malade) est par ailleurs vécue très douloureusement, puisqu'il les stoppe dans leur élan, les place dans une situation de dépendance vis à vis d'adultes qu'ils ne connaissent pas (méfiance et hostilité peuvent impacter sur les soins), et les confronte à une impuissance fondamentale (qui peut entamer fortement leurs assises narcissiques).

Les prises en charge somatiques ont donc pour effet dans un même temps de répondre à une demande précise et clairement identifiée du jeune en souffrance, permettant aux intervenants de rester au niveau de la pragmatique du soin, mais peuvent aussi le confronter à des représentations très fortes de ce qu'un corps entamé veut dire pour certains jeunes.



2

Les signes ou les sentiments chez le/la jeune isolé-e étranger/ère qui doivent vous questionner

Juliette Leconte, Psychologue, France terre d'asile, Foyer de l'enfance Tandou

Karine Moignet, Psychologue, ADSEA DAIS 77

DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE, DIFFICULTÉS DE CONCENTRATION

Les pensées douloureuses et les ruminations prennent trop de place. Par conséquent, la concentration et la mémoire font défaut.

«Même si j'ai envie d'écouter le prof et d'apprendre mon cours, ma tête est ailleurs»

«Le soir, quand j'apprends mes leçons, au bout de quelques minutes, je ne suis plus concentré. Pourtant au pays, j'apprenais vite !»

Lorsqu'on n'a pas choisi de venir en France (arrivée subie), quand on ne comprend pas le sens des choses qui nous arrive, c'est une façon de refuser d'être ici.

Le refus inconscient d'apprendre la langue française permet au/à la jeune de retrouver une position d'acteur. C'est une défense.

SENTIMENT D'ÊTRE MENACÉ, PEUR, ÉLÉMENT PERSÉCUTIF

EXEMPLE

«Une jeune fille qui arrive très énervée sur son étage de vie en étant persuadée que son éducatrice l'a laissée, exprès, attendre longtemps devant le foyer avant de lui ouvrir la porte. Elle pense avoir un traitement spécial car le jour précédent elle est beaucoup rentrée et sortie du foyer (et que cela nécessite l'ouverture de la porte d'un éducateur). Malgré le fait qu'on lui explique que c'est ça leur travail et que personne ne lui en veut, elle met du temps à entendre l'éducatrice».

Le/la jeune a une sensibilité telle qu'il/elle va rapidement interpréter les choses contre lui/elle, avec un sentiment "qu'on lui en veut".

Lorsque le jeune a déjà vécu une grave menace, ce sentiment peut vite réapparaître avec la peur fréquente d'une nouvelle menace.

Lorsque le jeune a un passé où il a pu être rejeté par sa famille (rejet, maltraitance, etc.), ou avoir ressenti de ne pas avoir de place, cette situation va se rejouer sur son lieu de vie : sentiment que son éducateur ne l'écoute pas, ne le respecte pas, de ne pas avoir la même place que les autres. Parfois le jeune va induire un comportement de rejet des adultes ou des jeunes autour de lui.

CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Le changement de comportement peut avoir lieu entre le pays d'origine et ici (Cela peut être la conséquence du trauma) :

«Au pays, avant que les problèmes n'arrivent, je rigolais beaucoup et je faisais rigoler les autres. J'aimerais bien redevenir comme ça !»

Le changement de comportement peut aussi avoir lieu durant la prise en charge : un jeune qui commence à s'isoler alors qu'on l'a connu autrement est sans doute un jeune qui est en souffrance (mal-être, tristesse, colère).

HOSTILITÉ

L'hostilité est une attitude, une posture sous-tendue par une émotion négative pouvant être de la colère ou de la peur, à la suite d'une frustration ou d'une violence interne au sujet

Elle rend la relation difficile, car le jeune peut être dans une posture de méfiance voire défiance. De fait, la relation d'aide est très délicate :

«je signe rien avec vous sans que ma référente soit là »

ADDICTIONS

La consommation de produits (alcool, cannabis, médicament, etc.) a une fonction sédatrice et apaise momentanément les angoisses.

«si je ne fume pas de joint le soir, je n'arrive pas à m'endormir avant 4h du matin »

ISOLEMENT, REPLI, MUTISME

«Quand je suis triste, je reste dans ma chambre, je n'ai pas envie de parler.»

Ce comportement peut être en lien avec des signes dépressifs.

PROPOS/COMPORTEMENT ÉTRANGES

Il s'agit d'un comportement qui nous semble décalé, ou qui est en dehors de la réalité. Ces comportements peuvent alerter sur une souffrance psychique.

EXEMPLE :

-un-e jeune qui vient demander une chose à dix reprises, qui recommence tant qu'il/elle n'a pas obtenu ce qu'il/elle souhaite.

-un-e jeune qui lave son linge plusieurs fois par jour.



TROUBLES ALIMENTAIRES (PERTE D'APPÉTIT OU AMAIGRISSEMENT...)

Ce peut être une perte d'appétit, une perte conséquente de kilos en peu de temps. Ce trouble peut être en lien avec la tristesse d'être loin de sa famille.

Le repas fait penser aux repas familiaux, aux plats que lui préparaient les membres de sa famille, etc. Souvent le/la jeune mange un peu plus lorsqu'il/elle partage un repas avec des compatriotes (l'étayage culturel le/la porte un peu).

Cela peut également faire penser à des conséquences d'une agression sexuelle.

*« Même si j'ai faim,
ça ne passe pas.*

Je n'arrive pas à manger. »

TROUBLES DU SOMMEIL (INSOMNIES, CAUCHEMARS, CRIS...)

Les troubles du sommeil peuvent se présenter sous différentes formes : insomnie, réveil régulier en pleine nuit, cauchemar traumatique, etc.

Les pensées angoissantes, les souvenirs traumatiques reviennent lorsque l'on se couche. Certain-e-s peuvent avoir peur d'une présence la nuit (ancêtres qui reviennent, présence de djinns, les morts qui reviennent dans les rêves) : les manifestations culturelles sont multiples.

« Dès que je suis seule dans ma chambre, mes pensées reviennent. Le soir, je n'arrive pas à arrêter de penser. Impossible de m'endormir avant 2h du matin. »

« Je me réveille souvent vers 4h du matin, ensuite je pense et je n'arrive pas à me rendormir »

« En ce moment, je sors presque tous les soirs, entre minuit et 2h du matin. Je marche dans la rue. Comme ça, je pense moins. »

« L'autre personne qui est dans ma chambre dit que je crie souvent la nuit ».

IDÉES NOIRES, IDÉES DE MORT

L'isolement familial et culturel, les traumatismes, les deuils et la complexité de la situation en France, créent des situations où le/la jeune a le sentiment que ce sera toujours aussi dur, qu'il/elle n'y arrivera pas.

Parfois, en étant sans sa famille, il ne donne plus de sens à sa vie, il ne voit plus de raison de vivre si c'est seulement pour lui.

« Quand je prends le métro, j'ai des pensées qui me font peur. Je ne sais pas si je vais arriver à résister à ces pensées. »

*« C'est trop dur,
j'ai envie que tout s'arrête »*

COMPORTEMENTS À RISQUE, COMPORTEMENTS DANGEREUX, CONDUITES ORDALIQUES

L'ordalie contemporaine est un rite individuel : la personne se donne la preuve de sa propre existence. Il s'agit d'une recherche de limites garantes de l'existence, d'un besoin de se prouver quelque chose à soi-même, sous les yeux des autres.

Il s'agit d'affronter la mort symboliquement. Il s'agit de jouer avec le risque et non de se donner la mort, en repoussant les limites. C'est un besoin pour le jeune de tester s'il est vraiment vivant, de se mesurer à nouveau à la mort pour mériter sa vie. Cela peut également être une recherche du trauma.

EXEMPLE
passer d'une fenêtre à l'autre à l'extérieur du bâtiment, au 5^e étage.

SCARIFICATION

Il s'agit d'un mouvement auto-agressif où la personne se blesse (se coupe, se fait saigner, etc.).

Cela prend différentes formes, en fonction de la culture : les afghans ont tendance à se brûler les bras avec une cigarette.

Parfois un sentiment de colère, mélangé à de la tristesse, est retourné contre soi.

« Je ne choisis pas de le faire, je ne peux pas m'empêcher »

*« Sur le moment, ça me fait du bien.
Comme ça, j'arrête de penser ».*

Se faire du mal semble, au/à la jeune, être la seule solution pour apaiser cet état d'angoisse massive.

TRISTESSE PERCEPTIBLE, EXPRIMÉE

Le jeune a moins de motivation à faire les choses, a tendance à s'isoler, à être triste, à pleurer, à mettre en échec les projets et les rendez-vous

ABSENCE DE MOTIVATION

Le jeune ne fait plus les choses jusqu'au bout. Porte moins d'importance aux choses à faire, aux rendez-vous.

Parfois il y a une contradiction entre le discours où il se montre motivé et la réalité où il ne fait pas les choses.

REVIVISCENCE

Le/la jeune revit la situation traumatique. Il/elle a l'impression que la scène est actuelle.

«C'est comme si j'étais à nouveau là-bas, comme si c'était du présent», «je me rends compte que je n'entends pas ce qui se passe à côté de moi. Je suis là sans être là. Les copains me demandent pourquoi je ne leur réponds pas.»

Le/la jeune revit l'évènement, dans des moments dissociatifs. C'est le corps qui parle directement, la mémoire et la pensée étant court-circuitées par le vécu traumatique.

Ces reviviscences peuvent provoquer chez le jeune des surgissements d'images et de son.

Cela peut être provoqué par un bruit, une odeur, une situation qui rappelle le trauma.

ANXIÉTÉ, SIGNES D'ÉTAT DE TENSION, PEUR

Ce sont des défenses possibles quant à de l'anxiété ressentie.

Une situation précise va faire naître de l'anxiété chez un-e jeune: s'endormir le soir, un contact téléphonique conflictuel avec la famille au pays... Le/la jeune va mettre en place des conduites défensives pour fuir ces ressentis: ce sera souvent via de l'agitation.

EXEMPLE

«Une jeune qui, à l'heure de se coucher, va s'énerver, créer de l'agitation sur le groupe de vie, va se déplacer sur les lieux de vie, n'arrivera pas à rester dans sa chambre».

Le/la jeune qui a vécu un trauma peut ressentir une peur intense, difficile à rassurer: cela peut apparaître par exemple lorsqu'il/elle découvre un nouveau lieu, une nouvelle personne. Cette peur apparaît souvent la nuit, lorsqu'il y a un bruit ou la sensation d'une présence.

TRANSGRESSIONS

Le principe de la transgression est d'outrepasser une loi, une règle, un interdit.

Il est classique dans le processus adolescent sans toutefois être systématique et forcément régulier. Ainsi certains passages à l'acte peuvent être pulsionnels, purement le résultat d'un besoin ou d'une envie du jeune.... En ayant conscience ou non de la limite qu'ils/elles franchissent et des conséquences pour soi et autrui (sanction, mise en danger...)

Certains passages à l'acte transgressifs sont le signe d'une non adéquation du/de la jeune aux système, procédures et fonctionnement.

« J'y suis quand même allé, même si on me l'a interdit parce que je les croyais pas, je pensais qu'ils voulaient m'en empêcher / qu'ils ne voulaient pas le faire pour moi »

PROVOCATION

Certains jeunes en arrivent à chercher à intimider voire à menacer ceux qui l'entourent du fait de la souffrance/ violence de leur situation.

Le jeune renvoie la violence ressentie sur l'autre ce qui doit nous permettre de ressentir ou comprendre l'extrémité dans laquelle il se trouve.

L'usage de la provocation par un jeune doit avant tout nous alerter sur la grande fragilité et/ou difficulté dans laquelle il se trouve.

« Moi je fais tout bien. Si ca continue, je fais plus rien, j'arrête tout »

VIOLENCE

Le parcours migratoire est souvent parsemé d'épreuves plus ou moins violentes pour le sujet.

Ces violences peuvent être psychologiques (déracinement, sentiment abandonnique, obligation de s'enfuir, précarité...) et/ou physiques (coups, maltraitements, abus, actes barbares...).

Cette violence vécue par le sujet peut quelquefois resurgir sur autrui ou sur lui-même.

HOSTILITÉ, AGRESSIVITÉ, VIOLENCE

L'hypersensibilité peut être une conséquence du trauma.

L'agressivité peut être contenue avec plus ou moins de difficulté.

La violence peut être dirigée vers soi ou vers un autre.

« Je m'énerve très vite. Mes amis me le disent.

Au pays, je n'étais pas comme ça. »

ANGOISSES

L'angoisse peut se manifester par des troubles somatiques.

Des jeunes filles ou jeunes hommes font des « crises » où ils/elles sont dissocié-e-s, les corps très tendus, avec des convulsions, les yeux révoltés, voire des moments d'absence. Il n'y a pourtant pas de diagnostic médical : tout va bien.

Pour certain-e-s, cela peut relever de manifestations culturelles comme la possession.

« J'ai mal au cœur »

« J'ai le cœur qui bat fort »

« J'ai mal aux thorax.

Quand ça vient, j'ai du mal à respirer »

ERRANCE

La situation d'errance oblige à penser aux besoins primaires (où dormir, que manger) et met en retrait la souffrance psychique. L'errance semble parfois une solution pour gérer les angoisses. Lorsque l'errance s'arrête, les symptômes surgissent violemment.

SENTIMENT QU'ON NE FAIT RIEN POUR EUX

Le propre du sentiment est qu'il est à entendre et à respecter en lui-même, même s'il est parfois loin de la réalité. La situation précaire dans laquelle se trouve un-e jeune isolé-e étranger/ère amène un sentiment d'insécurité du fait de son impuissance et de sa dépendance aux autres.

Dans cette posture, il est évident que le/la jeune puisse vivre nos démarches comme non pertinentes ni suffisantes, trop longues, vivre les moments d'attente comme du vide (source d'angoisses) ou de la perte de temps (sentiment de frustration)

De plus leurs fragilités et frustrations les amènent à attendre une aide rapide voire instantanée (notamment pour les plus fragiles fonctionnant en mode « survie ») qui peut nous mettre en difficulté dans la relation

APATHIE

Ce terme induit deux comportements observables : une perte de motivation et d'intérêt pour la nouveauté et une sorte d'insensibilité émotionnelle.

Elle peut être la réponse à un choc affectif. Elle peut donc être réactionnelle. Mais si cette posture persiste trop dans la durée, on peut s'inquiéter d'un mal être profond nécessitant une prise en charge médicale (possible dépression, troubles addictifs...)

CONFUSION DANS L'ESPACE TEMPS

Ces confusions sont très souvent une conséquence de traumatismes.

Malgré l'attention que le jeune porte aux horaires, il oublie ou est en retard. Cela peut entraîner comme une perte de repère et donc une confusion des repères temporels.

« J'oublie toujours mes RDV. Dès que j'ai un RDV, je suis stressé et je regarde très souvent mon agenda car j'ai très peur de l'oublier. »

PASSIVITÉ

C'est un procédé souvent utilisé à l'adolescence face à tous les bouleversements que ce moment de vie engendre dans son corps, son identité, sa situation, sa sexualité, la confrontation aux responsabilités.

Cet état est entretenu par un sentiment de subir ou d'être dépassé, pour montrer son désaccord, pour s'opposer sans violence aux obligations de la vie, des adultes... pour tenter de ralentir le rythme des changements.

Dans un degré plus alarmant, le/la jeune peut fonctionner en mode « zombie ». Il/elle suit, fait, mais sans être acteur/actrice. Si cette posture persiste trop dans la durée, on peut s'inquiéter d'une souffrance profonde nécessitant une prise en charge médicale (possible pathologie).

Face à cette passivité il n'est pas rare de tomber dans le piège d'une certaine violence au sujet, car ce refus passif engendre en nous un sentiment d'impuissance ou de rejet de notre aide et une impression d'autodestruction du/de la jeune. On veut le/la faire réagir.... mais attention à la manière de le faire.

*« mais il faut que tu te bouges !!! c'est pourtant pas compliqué !!! En fait t'en as rien à faire.... pourtant t'es majeur... c'est ta vie, c'est pas la mienne !!!.....
mais tu réponds quand je te parle !!! »*

RUMINATION DANS LA JOURNÉE DE LA MÊME SCÈNE VÉCUE

C'est une situation où l'on pense et repense en boucle aux mêmes choses. La pensée est ressassée de manière répétitive, anxiogène. C'est en lien avec des signes dépressifs.

*« Quand je commence à penser, je n'arrive pas à arrêter.
C'est toujours les mêmes choses qui viennent dans ma tête ».*

« Pourquoi mon père a décidé de ma faire venir en France alors que c'est si difficile ? ».

« Quelle est ma place ici ? »

DOULEURS PSYCHOSOMATIQUES

Les maux physiques (dont les médecins n'attribuent pas de cause) sont une manière qu'a trouvé le corps pour exprimer des difficultés psychiques (maux de tête, maux de ventre, etc.)

L'ABSENCE DE SIGNE EST UN SIGNE

Il faut rester attentif aux jeunes qui ne montrent et n'expriment rien. Un-e jeune qui reste en retrait, qu'on oublie, dont on ne parle jamais : cela peut être un signe de malaise ou de mal être !

3

Pour aller plus loin...



- 3.1. L'adolescence et la dépression** p.24
- 3.2. Les troubles anxieux chez le/la MIE/MNA** p.29
- 3.3. Le suicide et le/la MIE/MNA** p.31
- 3.4. Le syndrome du stress post traumatique - PTSD et le/la MIE/MNA** p.32
- 3.5. Récits des MIE/MNA face à l'évaluateur : quelles incohérences?** p.34



3.1. L'adolescence et la dépression

Dr Joëlle Rosenfeld, Pédiopsychiatre, Médecins du Monde –septembre 2016

L'adolescent-e en souffrance est souvent dans la difficulté pour recourir à des soins. L'adolescent-e migrant-e isolé-e n'a ni ses parents ni ses amis ni ses professeurs vers qui se confier lorsqu'il/elle a besoin d'aide.

L'adolescent-e nous oblige à une continuelle remise en question. Il est donc nécessaire que l'adulte qui croise et rencontre un-e adolescent-e migrant-e isolé-e soit en mesure d'être vigilant face à une souffrance qui peut être une dépression et d'en reconnaître les clignotants alarmants.

Aussi un premier temps est de reconnaître les constantes de l'adolescence afin de pouvoir repérer les signes de la dépression de l'adolescent-e migrant-e.

C'est dans un cadre de confidentialité et de confiance que ces éléments doivent être recueillis.

I- Spécificités de l'adolescence dans notre société occidentale

L'adolescent-e prend place dans la société citoyenne et s'impose comme partenaire sexuel

Fille ou garçon, l'adolescent-e traverse une période de vulnérabilité biologique et psychique

Les remaniements pubertaires engendrent des modifications des rythmes du sommeil : veille tard, «traîne au lit» le matin

Modification de la notion du temps

Alternance d'enthousiasme et d'ennui, «il/elle zone», moments d'errance sans but

Il alterne entre enthousiasme et morosité

A- L'adolescent-e est confronté-e à la gestion et économie des pertes

Perte de repères et deuil de l'enfance

Perte des images parentales idéalisées et transformation des liens :

- > L'adolescent-e est agité-e par une problématique de l'identité du fait des remaniements d'identifications
 - > Sentiment de reconnaissance d'une place : l'image et l'apparence sont au premier plan (rôle du selfie et des amis facebook)
 - > L'adolescent-e est en constant réajustement de l'image de soi liée à l'estime de soi. Cette estime de soi est fonction de ce qui s'est emmagasiné pendant l'enfance lorsqu'il/elle a construit ses liens d'attachement avec sa mère, son père, sa fratrie et l'environnement humain. Le sentiment de sécurité intérieure est en rapport avec la qualité des liens avec l'environnement.
 - > En recherche de modèles et de contre modèles
 - > Il/elle est soumis-e aux oscillations entre ce qui est de l'ordre des attachements à l'autre et sa construction narcissique : confiance en soi, estime de soi
- C'est pourquoi l'importance des modèles d'identification est à souligner: besoin de s'appuyer sur l'adulte, dépendance et autonomie par l'émergence de l'appétence sexuelle
- L'adulte assiste donc au déséquilibre constant de l'adolescent qui se construit entre son besoin de l'adulte, par conséquent cette dépendance, et la menace de l'autonomie qui naît en vue de se libérer des contraintes.

B- L'adolescent-e a besoin de recréer des modalités d'attachement, de cela découlent :

- > L'importance des liens de groupe
- > La mise en échec de ce qui était auparavant une valorisation (elle /il jouait du violon il /elle joue au Pokémon go)
- > Son rapport aux normes : du groupe de pairs, de l'attente culturelle de la société
- > Les conflictualisations des liens avec l'adulte
- > Son attente absolue de l'adulte, le besoin d'écoute et de reconnaissance
- > L'importance de l'opposition : il/elle s'appuie sur l'autre en refusant d'accepter qu'il/elle en a besoin et le rejette avec violence
- > L'augmentation de sa vulnérabilité extrême du fait de sa labilité des émotions, des désirs, des projets, des idéalizations

C- L'adolescent-e jauge ses limites, donc il cherche à transgresser les limites :

Prise de risque, addictions, fugue, prostitution

Mise en danger comme mise à l'épreuve, la violence en fait partie

Engagements par idéalisme, parfois jusqu'à en perdre la vie

II- Spécificités culturelles de l'adolescent migrant isolé qui subit la double appartenance : étranger dans sa culture, étranger dans le pays d'accueil

Toutes les caractéristiques précédentes se retrouvent chez l'adolescent-e migrant-e isolé-e. Mais hors de son pays et de sa culture, le déséquilibre est plus grand car il/elle est en situation de survie, dans une extrême pauvreté et d'exclusion sociale.

- Les besoins de l'adolescent-e sont des besoins vitaux : manger dormir en sécurité
- Départ lié à un deuil, plus fréquemment du père
- Maturation adulte autonomie qui est remise en cause dans le pays d'exil où l'adolescent-e est moins autonome

A- Les violences subies conduisent à la migration : ces violences - de manière schématique - sont de trois natures :

- **La misère**

- **Les oppressions de deux ordres :**

intrafamiliales et de société. Nous pouvons caractériser cet usage du pouvoir comme étant familial, culturel, religieux et d'état. Les oppressions différentes pour les filles et les garçons sont à souligner.

- **La guerre**

Donc l'impact de la maltraitance est majeur : intrafamiliale / sociale

B- La violence se répète lors du long voyage d'exil

> maltraitance lors de la migration :

Répétition des violences subies

>> l'adolescent migrant isolé est en danger

- Violence de ne pas être considéré comme adolescent à l'arrivée, violence des structures, des institutions, des exigences pour être reconnu comme mineur, mise en doute de sa parole : son histoire est considérée comme un mensonge par les institutions.
- Rupture de liens avec la famille : pour des raisons financières ne pas pouvoir téléphoner
- L'adolescent doit se faire une place sans parents. La fonction de place est essentielle car souvent la société lui renvoie une incertitude quant à sa place : mineur-e pas mineur-e ?
- Passage d'une vie communautaire au pays à la solitude dans l'exil
- La culture du pays d'accueil agite encore plus, par la complexité de vie, la construction identitaire
- Oublier le passé pour vivre le quotidien (intensification du présent lié à la survie)
- Peu de référence à la culture d'origine
- Pas de conflit exprimé face au monde adulte
- Représentation de la sexualité différente : liée à la représentation du corps, à la religion, aux coutumes et aux rites
- Différences socio affectives selon les pays (afghans, maliens, camerounais, peuls guinéens)
- Pertes de repères, modification de la temporalité
- Idéalisation grandiose du pays d'accueil et désillusion douloureuse
- Crédulité et confiance dans le pays de migration
- Très rapidement désillusion car vie dans la rue, pas de nourriture, pas de toit. Tout ceci engendre isolement, précarité et désespoir
- Peur de la menace et de sa répétition à partir des traumatismes de voyage.



III- Etiologie de la dépression

Les causes sont plurifactorielles:

Biologiques

Psychologiques

Sociales

IV- Signes et symptômes de la dépression à l'adolescence

Tristesse

Fatigue

Ralentissement ou hyper agitation

Irritabilité colère

Anxiété

Envie de pleurer

Douleurs

Perte d'intérêt vis-à-vis de ses activités autrefois intéressantes

Ne cherche pas les liens amicaux

Tendance à s'isoler

Modifications des rythmes du sommeil/ trouble de l'endormissement cauchemar, réveils et insomnie, hypersomnie

Perte de l'appétit et amaigrissement

Dévalorisation et perte d'estime de soi grande susceptibilité

Culpabilité extrême

Perte de motivation et d'initiative

Troubles de la mémoire, de la concentration, de l'attention

Pensées suicidaires

Conduites suicidaires (drogues alcool)

Mutilations

Ces signes peuvent être isolés ou groupés. Même isolés ils doivent attirer l'attention et l'intérêt de l'adulte car le risque est le comportement aut destructeur.

Les particularités chez l'adolescent-e migrant-e isolé-e :

L'adolescent-e migrant-e isolé-e est déchiré-e par un double questionnement identitaire : celui de l'adolescence celui du migrant.

Cette double «étrangeté» peut le/la conduire à des réactions dépressives afin de survivre.

Ces manifestations prennent parfois une forme inquiétante :

Cauchemars, reviviscences des violences, des menaces, des traumatismes

Plaintes somatiques intenses, maux de tête de ventre, envie de vomir, douleurs diffuses plaintes concernant la peau

Hallucinations en apparence

Sentiments persécutifs

Envahissement de la pensée par le vide

Anesthésie émotionnelle

Anxiété diffuse

Sentiment de danger imminent, peur sociale

Déception face aux espoirs et au fantasme « du pays des droits de l'homme »

Cette spécificité d'une pathologie dont l'expression d'un état dépressif peut aller d'une déstructuration apparente avec confusion alliée, avec envie d'en finir avec ses projets et avec la vie, va s'estomper lorsque les conditions de vie précaires et dangereuses seront améliorées.

Il est important face à ces signes de faire la distinction entre dépression et stress post-traumatique afin d'évaluer la gravité de la souffrance de l'adolescent.

Tous ces indices de dépression sont importants donc à repérer par tout à chacun afin d'adresser l'adolescent vers l'adulte qui sera susceptible d'assurer le suivi de soins le plus approprié à la situation.

3.2. Les troubles anxieux chez le/la MIE/MNA

Dr. Daniel Bréhier, Psychiatre, Co-responsable du programme MIE/MNA Paris de Médecins du Monde

Nous aborderons ici les états anxieux que nous rencontrons chez les mineur-e-s non accompagné-e-s/mineur-e-s isolé-e-s en relation avec leur vécu et leur histoire mais qui ne rentrent pas dans le cadre d'une pathologie psychiatrique préalable.

*L'anxiété est un état d'inquiétude face à un péril indéterminé.
On peut aussi parler de peur sans objet précis.*

Elle se manifeste par :

- des sentiments d'appréhension d'insécurité et de menace
- une sensation de malaise intérieur
- un état de tension psychique interne
- une nervosité et irritabilité parfois

L'anxiété s'accompagne de signes fonctionnels tel que :

- tremblements des extrémités
- transpiration
- palpitations, accélération du rythme cardiaque
- nausées, diarrhée
- sensation d'étouffement
- sensation de boule dans la gorge
- parfois céphalées ou douleurs musculaires

Il s'agit d'une réaction positive face à un danger ou à une situation de grande précarité.

L'anxiété mobilise la personne, la met en état d'alerte, stimule la vigilance et permet d'avoir un comportement adapté face à ce qui est ressenti comme une menace.

Mais l'anxiété peut devenir invalidante quand elle s'installe en permanence et devient un mode de fonctionnement habituel.

C'est ce que nous pouvons rencontrer chez des mineur-e-s isolé-e-s qui ont vécu de nombreux traumatismes dans leur pays, au cours de la migration et se retrouvent dans une situation de grande précarité dans un pays qu'ils/elles ne connaissent pas.

La souffrance psychique est alors manifeste et d'autres signes sont présents :

- *les troubles du sommeil*
- *sensation de fatigue voir d'épuisement*
- *les troubles de l'attention et de la concentration doivent être pris en compte. Ils donnent l'impression que le sujet est absent et n'entend pas ce que l'on peut lui dire*
- *les troubles de la mémoire sont aussi fréquents*
- *peut apparaître alors un état dépressif.*

Un état de stress important, une anxiété massive peuvent entraîner aussi une inhibition psychomotrice avec impossibilité de prendre une décision et un repli sur soi ou au contraire favoriser des passages à l'actes auto ou hétéro agressifs.

Certain-e-s ont tendance à prendre des toxiques pour rechercher l'apaisement.

Ils/elles s'adressent aux autres en leur demandant de les rassurer.

Ils/elles sont prêt-e-s parfois à suivre tout adulte qui leur fait miroiter une issue à leur situation, ils/elles peuvent être influençables et vulnérables.



3.3. Le suicide et le/la MIE/MNA

Professeur Thierry Baubet, Pédopsychiatre, Hôpital Avicenne

Il n'y a pas de données sur la fréquence des tentatives de suicide chez les MIE/MNA, mais on sait que celles-ci existent. Les cultures, les religions quelles qu'elles soient ne protègent pas du risque suicidaire.

ON APPELLE :

SUICIDE

un acte suicidaire qui se termine par la mort

TENTATIVE DE SUICIDE (TS)

un geste suicidaire auquel le patient survit

AUTOMUTILATIONS

des gestes qui attaquent le corps sans désir de mourir (comme par exemple se lacérer).

Automutilations et tentatives de suicide nécessitent toujours une évaluation psychiatrique, et en urgence pour les tentatives de suicide. En effet, même si le moyen employé semble anodin (quelques comprimés par exemple), cela ne dit rien de l'intentionnalité suicidaire qui peut être forte, et une récurrence à court terme qui peut être fatale est toujours possible si la gravité du geste n'a pas été entendue.

Les tentatives de suicide peuvent s'intégrer à un tableau psychiatrique (une dépression, une anxiété insupportable, une impulsivité), ou bien se voir chez des jeunes qui sont en situation d'impasse. Selon les cas, des soins médicaux, psychologiques, et/ou un renforcement de la relation éducative vont pouvoir aider le jeune à se sentir mieux.

Il ne faut pas hésiter à dépister le risque suicidaire en posant des questions avec tact mais clarté au moindre doute.

PAR EXEMPLE :

- « *Est-ce que ça arrive que tu souffres au point d'avoir envie d'être mort ?* » (si non, on arrête, si oui on continue);
- « *Est-ce que tu as déjà pensé à te faire du mal ?* » (si non, on arrête, si oui on continue);
- « *Est-ce que tu as déjà pensé à comment tu pourrais le faire ?* » (si oui, le risque est très important).

Poser la question ne déclenche pas de passage à l'acte, en revanche si le jeune a des idées suicidaires, il va ressentir un grand soulagement à pouvoir en parler.

Il ne faut jamais rester seul lorsqu'on repère de tels éléments : il faut toujours en parler à d'autres membres de l'équipe afin de prendre une décision collégiale sur la conduite à adopter.

3.4. Le syndrome du stress post traumatique - PTSD et le/la MIE/MNA

Professeur Thierry Baubet, Pédopsychiatre, Hôpital Avicenne

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble psychologique qui peut apparaître après un traumatisme psychique.

Deux types d'événements peuvent en être à l'origine :

- toutes les atteintes sexuelles (viols, attouchements)
- les événements qui confrontent à la mort ou au risque de mort/blessure grave de manière brutale, et dont les jeunes peuvent être victimes directes ou témoins.

PAR EXEMPLE :

les agressions physiques, voir des gens être blessés ou tués, les événements de guerre comme les bombardements, voir des cadavres abimés, etc.

Les MIE/MNA qui ont été exposé-e-s à de tels événements sont nombreux, que ce soit avant le voyage, pendant celui-ci, ou après leur arrivée en Europe.

Confrontés à de tels événements, certain-e-s jeunes, mais pas tous, vont développer des troubles chroniques sous la forme d'un ESPT (état de stress post-traumatique). Selon les études, cela concernerait un quart à un tiers des MIE/MNA.

Ces troubles sont généralement chroniques, et nécessitent s'ils sont présents, une prise en charge psychologique, car ils ne disparaissent pas spontanément et handicapent le jeune.

Le tableau d'état de stress post-traumatique comporte les signes suivants :

1) Des symptômes de reviviscence

un souvenir de la scène traumatique (une image, une odeur, etc) envahit le psychisme du jeune qui ressent alors la même détresse et la même douleur que lorsque l'événement est survenu, même des années après. Cela peut aller jusqu'à un sentiment de panique, le besoin de s'enfuir pour arrêter l'entretien. Cela recouvre : des pensées qui s'imposent à lui et qu'il ne peut éviter, des flashbacks, des cauchemars répétitifs où la scène se répète, qui peuvent s'accompagner de cris.

2) Des symptômes d'évitement

le jeune évite tout ce qui pourrait lui rappeler la scène traumatique, ou ce qui pourrait faire revenir les pensées. C'est une des raisons pour lesquelles les jeunes préfèrent parfois garder secrets les souvenirs traumatiques.

3) Un état d'hyper-alerte

ils sont constamment sur le qui-vive, comme si l'événement risquait de se reproduire à tout moment. Cet état est responsable de troubles de l'endormissement.

4) Des difficultés mnésiques

certaines pans de la mémoire pouvant être effacés

5) Des émotions violentes

tristesse, colère, honte, sentiment de culpabilité...

Dans certains cas, un syndrome dissociatif est associé.

La dissociation est un mécanisme de protection psychologique que mettent en place les personnes confrontées à des traumatismes graves : face à trop d'horreur se produit une sorte de déconnexion. Mais ce qui a été un temps protecteur devient un symptôme gênant.

Lors des épisodes, le jeune peut perdre conscience de ses repères, se sentir bizarre, ne plus arriver à penser, ni à se souvenir, ce qui peut avoir de graves conséquences (il/elle ne sera pas cru).

Le tableau peut se compliquer d'addiction, d'épisode de dépression, de tentatives de suicide. Dans certains cas, quand les traumatismes ont été répétés au cours de l'enfance, on parle de Traumatisme de type II, ou d'état de stress traumatique complexe. Aux signes du PTSD, s'ajoutent d'autres comme : l'impulsivité, les difficultés à se contrôler, les plaintes somatiques, les modifications de la relation aux autres et à soi, etc.

L'âge auquel les traumatismes sont apparus est important car les événements affectent les enfants de manière différente selon leur âge. En effet, les troubles post-traumatiques viennent interférer avec le développement de l'enfant.

À RETENIR :

L'ESPT est un tableau psychiatrique qui se soigne.

Sa présence peut interférer avec la procédure de demande d'asile, ou avec les relations dans les foyers, car les symptômes de dissociation sont compris comme des signes de malhonnêteté du jeune.

Enfin, la culture vient modifier le tableau : par exemple les flashbacks peuvent entraîner de véritables états de transe spectaculaires.

3.5. Récits des MIE/MNA face à l'évaluateur : quelles incohérences ?

Dr. Daniel Bréhier, Psychiatre, Co-responsable du programme MIE/MNA Paris de Médecins du Monde

Il est souvent reproché aux mineur-e-s, lors de leur évaluation, de donner un récit difficile à suivre, avec des incohérences alors que le/la jeune semble tout à fait sincère. Lui-même/elle-même ne comprend pas que sa parole soit mise en doute.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce décalage dans la compréhension de leur discours.

Le plus souvent ces mineur-e-s ont été victimes de psychotraumatismes.

En effet beaucoup d'entre eux/elles ont dû quitter leur pays d'origine à la suite de violences (pays en guerre, répression d'opposants, conflits ethniques...). La plupart ont perdu, peu avant leur départ, un de leur parent, voire leurs deux parents et sont sous la dépendance d'autres membres de la famille ou complètement livrés à eux-mêmes. Ils/elles sont rejeté-e-s, maltraité-e-s, et c'est parfois cette même famille qui les pousse à partir alors qu'ils/elles n'y sont pas prêt-e-s.

La violence, ils/elles la retrouvent aussi au cours du voyage. Les récits de leur passage soit au Maroc soit en Libye font frémir : enfermement, tabassage, menaces...

Enfin il n'est malheureusement pas besoin d'insister sur les drames de la traversée de la Méditerranée. Ils/elles sont confronté-e-s à la mort et la côtoient.

Le voyage par lui-même est une épreuve

changements de lieux très fréquents, besoin d'essayer de trouver de nouveaux repères, mais chaque fois il faut repartir sans bien connaître la prochaine destination.

Ils/elles traversent des pays dont ils/elles ne connaissent ni les règles ni la langue. Ils/elles sont en permanence sur le qui-vive. Au gré du temps, ils/elles font des rencontres, certains adultes les aident, ils font route commune un temps puis ils sont séparés en fonction des événements sans avoir aucune prise sur ce qui se passe. Ils/elles peuvent avoir l'impression d'être le jouet des autres, d'être ballotté-e-s au gré des circonstances.



La précarité tout au long du voyage comme en France, est un autre élément à noter.

Chaque jour, ils/elles doivent se battre pour pouvoir satisfaire leurs besoins les plus élémentaires tels que l'hygiène, le sommeil, l'alimentation. S'y ajoute la peur de l'avenir. C'est une lutte quotidienne qui empêche de penser, de prendre du recul.

Enfin, la migration survient pour eux/elles à une période de la vie où ils/elles sont encore en devenir.

Dans leur pays ils/elles étaient considéré-e-s comme des adultes mais toujours sous l'autorité des plus anciens. Brutalement ils/elles se retrouvent seul-e-s face à eux-mêmes/elles-mêmes sans bien comprendre ce qui leur arrive.

L'ensemble de ces facteurs: violence, migration, précarité, adolescence permet de mieux appréhender les difficultés que les mineur-e-s éprouvent à faire le récit de leur vie.

Les troubles de la mémoire sont très fréquents lorsqu'ils/elles ont été confronté-e-s à des traumatismes successifs.

Ils/elles cherchent en vain à refouler ces souvenirs traumatisants et en oublient le présent. Leur vie est morcelée, faite de ruptures itératives. Souvent ils/elles se plaignent de ne pouvoir fixer leur attention et parfois éprouvent des sentiments d'étrangeté.

De là peut découler leur incapacité à remettre dans le temps ou dans l'espace les événements qu'ils/elles ont vécus.

Ils/elles ont des souvenirs de lieux ou de scènes mais sans liens entre eux. Il n'y a plus de chronologie des événements, les temps se télescopent. Des confusions de dates et de lieux contrastent avec certains souvenirs très précis.

Face à l'autre, ils/elles ont des difficultés à se retrouver eux-mêmes, l'anxiété resurgit. Si leur identité est remise en cause, ils/elles sont perdu-e-s, se sentent menacé-e-s dans leur intégrité psychique ce qui ne fera qu'ajouter de la confusion à la confusion.



Le projet InfoMIE, démarré en 2004 au sein du comité PECO avait pour objectif initial d'orienter et conseiller les professionnels sur la prise en charge des mineurs isolés étrangers en provenance des pays d'Europe Centrale et Orientale.

En 2006 le centre ressources www.infomie.net est créé.

2009 prise de conscience que le traitement des problématiques des mineurs isolés étrangers doit être élargi aux autres territoires au-delà de la zone PECO, et notamment au Bassin méditerranéen, à l'Afrique de l'Ouest et au continent asiatique.

Juin 2009 autonomisation du projet InfoMIE par la création d'une association Loi 1901 qui prendra le nom du projet : « InfoMIE ».

Depuis 2009 la plateforme nationale InfoMIE n'a cessé de s'élargir et regroupe différents acteurs, différentes structures et institutions accompagnant et/ou travaillant avec les mineurs isolés étrangers et jeunes majeurs.

La plateforme compte parmi ses membres des associations, des foyers ou MECS, des institutions, mais également des personnes physiques représentant différents corps de profession gravitant autour de ces jeunes vulnérables.



BUTS DE L'ASSOCIATION

Concourir à la protection des mineurs isolés étrangers/mineurs non accompagnés, jeunes particulièrement vulnérables.

Permettre aux mineurs isolés étrangers/mineurs non accompagnés de bénéficier d'une prise en charge efficace et adaptée à leurs besoins spécifiques, en adéquation avec le principe « d'intérêt supérieur de l'enfant » posé à l'article 3 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, ratifiée par la France en 1990

Diagnostiquer et répondre aux besoins d'information, de conseil et de soutien exprimés par les professionnels qui travaillent en direction des mineurs isolés étrangers/mineurs non accompagnés

Association InfoMIE

22 rue Corvisart – 75013 Paris

Tél. 01 45 35 93 54 / Fax : 01 45 35 47 47

contact@infomie.net

www.infomie.net

Nos soutiens :

