


Actes de la journée d'étude Orspere-Samdarra

—
Mardi 4 décembre 2018
Clermont-Ferrand



PARTIR, GRANDIR, DEVENIR

La santé mentale des enfants
et des adolescents à l'épreuve
du parcours migratoires
et du pays d'accueil

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	1
ARGUMENTAIRE	2
INTRODUCTION	3
<i>Propos introductifs, Halima Zeroug-Vial</i>	3
<i>Propos introductifs, Hélène Asensi</i>	4
PREMIÈRE TABLE RONDE : L'ENFANCE À L'ÉPREUVE DE L'ASILE	6
<i>Enfants en situation de migration dans le monde : dynamiques migratoires et principaux déterminants de la migration, Corentin Bailleul</i>	6
<i>Accueillir des enfants et des familles en centre d'hébergement, Isabelle Barthod-Malat</i>	13
DEUXIÈME TABLE RONDE : LES SPÉCIFICITÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE DES ENFANTS EN SITUATION DE MIGRATION	16
<i>Pratiques actuelles dans la prise en charge des enfants traumatisés, Christian Lachal</i>	16
<i>Apprendre aux/des écoliers primo-arrivants, le groupe Zoom, Hélène Asensi et Élisabeth Perrin</i> ...	23
<i>Penser le soin des enfants réfugiés. Une consultation d'ethnopsychiatrie au CHU de Clermont-ferrand, Hélène Asensi</i>	29
TROISIÈME TABLE RONDE : L'ACCOMPAGNEMENT DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS	32
<i>Enjeux de l'accueil et de la prise en charge des mineurs non accompagnés en France, Laurent Delbos</i>	32
<i>La prise en compte de la vulnérabilité des mineurs isolés étrangers à l'Ofpra, Coralie Capdeboscq</i> .	37
<i>Le travail d'accompagnement et d'étayage fait par les bénévoles du Réseau éducation sans frontières (RESF) autour des mineurs non reconnus, Sylvie Chanselme</i>	38
<i>Du squat 5 étoiles à la prise en charge en santé mentale à l'équipe mobile santé psychiatrie de Clermont-Ferrand, Anne-Laure Pontonnier</i>	41
CONCLUSION	44
ANNEXE	45
Programme de la journée d'étude	45

La situation des enfants migrants est une préoccupation majeure des professionnels et bénévoles qui les soignent, les accueillent et les accompagnent. Toutefois, il est difficile d'obtenir des statistiques précises concernant le nombre de mineurs primo-arrivants, accompagnant leurs parents demandeurs d'asile, déboutés, réfugiés, non accompagnés... Si l'ensemble de la France est concerné par cette problématique, celle-ci trouve une résonance particulière sur le territoire auvergnat.

En effet, depuis l'évacuation des camps du nord de l'hexagone et de la région parisienne à partir de l'automne 2015, ce territoire a été particulièrement concerné par l'accueil de populations primo-arrivantes. Un certain nombre de structures d'hébergement ont vu le jour, ou ont augmenté leur capacité d'accueil dans des espaces où l'accès aux soins en santé mentale est déjà très limité pour l'ensemble de la population. En effet, les problématiques de déserts médicaux, de territoire étendu, de difficultés d'articulation entre les équipes sociales et médicales et le manque de moyen pour les équipes soignantes dédiées à la précarité sont prégnantes.

Dans ce contexte, l'accueil des enfants mineurs sur le territoire auvergnat soulève un certain nombre de questions.

Quel est le rôle des institutions dans l'accueil et l'accompagnement de ces enfants primo-arrivants et de leur famille (Centre d'hébergement, crèche, école, centres aérés) ? Comment penser l'ajustement des modèles éducatifs prônés par les dispositifs de l'action publique, avec les modèles de parentalité portés par les familles migrantes ?

Existe-t-il des vulnérabilités spécifiques chez ces enfants ? Comment s'exprime cliniquement chez eux l'expérience du traumatisme et de la migration ? Les enfants migrants en situation de précarité se retrouvent immergés dans un système scolaire qu'ils ne connaissent pas dans une langue qui leur est parfois inconnue. Comment penser la place des enseignants, des éducateurs, des orthophonistes, des psychomotriciens, mais aussi de la famille, dans leurs missions d'étayage respectif ?

Les mineurs non accompagnés présentent des vulnérabilités particulières de par leur statut, leur trajectoire et leur isolement. Quelles sont les spécificités de leur accompagnement ?

La thématique sera développée autour de trois tables rondes : l'enfance à l'épreuve de l'asile, les spécificités de l'accompagnement clinique de ce public et enfin l'accompagnement des mineurs non accompagnés. Cette journée est organisée par l'Orspere-Samdarra, en étroite collaboration avec l'association Cantara Grem et en lien avec un groupe de travail qui s'est réuni à Clermont-Ferrand en 2018.

Propos introductifs, Halima Zeroug-Vial

Halima Zeroug-Vial, psychiatre, directrice de l'Orspere-Samdarra

Bienvenue à cette journée d'étude intitulée : « Partir, grandir, devenir. La santé mentale des enfants et des adolescents à l'épreuve des parcours migratoires et du pays d'accueil. » Elle a été organisée par l'Orspere-Samdarra, observatoire national sur les questions de santé mentale et de vulnérabilité, en partenariat avec l'association Cantara Grem, représentée par ma collègue Hélène Asensi à qui je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères.

L'Orspere-Samdarra est un observatoire national sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est animé par une équipe pluridisciplinaire qui travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales. L'observatoire est constitué en deux pôles : un pôle recherche et un pôle ressource. Il édite notamment la revue *Rhizome* et porte le diplôme universitaire « Santé, société, migration ». Nous organisons deux journées d'étude par an.

Nos actions sont financées par l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes, le Ministère de la Santé et le Ministère de la Cohésion sociale.

Avec la fusion de nos territoires, Auvergne et Rhône-Alpes, nous avons proposé depuis 2017 un certain nombre d'actions sur les différents départements du territoire de l'Auvergne, notamment des formations sur l'interprétariat en santé (à Clermont-Ferrand et au Puy-en-Velay) et des séminaires cliniques au Puy-en-Velay, intitulés : « La rencontre interculturelle à l'épreuve du traumatisme ». Nous avons également travaillé sur l'élaboration d'un état des lieux sur l'accès aux soins du public migrant en Auvergne, ce qui nous a permis de réaliser un certain nombre de rencontres réunissant des professionnels de santé et du social. Celles-ci ont été organisées à Clermont-Ferrand, Aurillac, Le Puy en Velay, et Moulin.

Cette journée d'étude a été construite dans le cadre d'un groupe de travail qui s'est réuni à trois reprises au centre médico-psychopédagogique (CMPP) de Clermont-Ferrand. Nous tenons à remercier les partenaires qui se sont impliqués dans la construction de cette journée : l'équipe mobile psychiatrie précarité de l'hôpital Sainte-Marie, le CADA de Haute-Loire Entraide Pierre Valdo, la PASS du CHU de Clermont-Ferrand, le CADA Viltais Commentry, le Groupe santé précarité et le DAMIE 43.

Propos introductifs, Hélène Asensi

Hélène Asensi, pédopsychiatre, CMPP et CHU de Clermont-Ferrand, association Cantara Grem

Je souhaiterais remercier vivement l'équipe de l'Orspere-Samdarra. Depuis deux ans, l'Orspere-Samdarra observe notre territoire, nos pratiques en termes d'accueil des réfugiés et de leur famille, répertorie les manques et cherche les interstices pour proposer, à sa façon, soutien et formation aux bénévoles et professionnels concernés par l'accueil de cette population si fragile. Quand je dis « à sa façon », ce que j'observe de façon subjective, c'est avec calme, distance nécessaire, patience, intelligence et finalement détermination et efficacité inébranlable. Un rêve lorsqu'il s'agit, comme nous l'avons fait avec l'association Cantara Grem - repérée comme un interstice -, de participer à l'organisation de cette journée d'étude, totalement épargnée par toutes les vicissitudes administratives, comptables, financières et politiques, inhérentes à ce genre d'entreprise.

Ce qui fait si bien fonctionner l'Orspere-Samdarra, c'est aussi l'engagement de la structure et de ces professionnels. Une clinique engagée, voilà une liaison dangereuse que certains d'entre nous se voient parfois reprocher, en Auvergne et ailleurs, depuis que l'attestation médicale de l'état de santé psychique des patients réfugiés est devenue pour nos organismes de contrôle de demandes d'asile un objet douteux, suspect ; ces émetteurs, nous, le devenant aussi parfois dans la foulée. L'engagement peut alors être brandi comme une faute, confondu avec l'action militante.

Voyons l'engagement par l'autre bout de la lorgnette, pas par ce qu'il produit, mais par ce qui le produit chez un sujet. Le professionnel de santé, ou d'un autre secteur de la « relation d'aide », travaille dans un cadre éthique et

déontologique précis, et là, dans ce cadre, arrivent des patients, des usagers, qui, par leurs symptômes, troubles, ou difficultés sociales, entrent parfaitement dans ce cadre. Par contre, leur statut sur notre territoire et surtout leur devenir les posent hors cadres pour diverses instances, qui font leur travail de vérification puis d'inscription, ou non, dans l'accueil. Cet « hors cadre » est une zone d'inconfort, c'est peu de le dire, créant précarité, insécurité, frustration et chagrin, que nous constatons et qui se rajoutent à la précarité, l'insécurité, la frustration et le chagrin, souvent à l'origine de l'exil. C'est dans cette friction que naît l'engagement professionnel : *je reste dans mon cadre éthique et déontologique et je ne le laisse pas se faire ébranler. De plus, parce que c'est inhérent à la structure d'un cadre, je le fais évoluer. Je modifie mes pratiques si nécessaire pour y accueillir une clinique atypique.* Nous faisons ce que l'Orspere-Samdarra nous propose aujourd'hui, nous échangeons entre sujets concernés sur pourquoi et comment changer ce cadre. Dans l'engagement, il y a mouvement et aménagement.

J'espère aussi ainsi bien traduire les pensées de mes collègues et amis de Cantara Grem, modeste association de bénévoles, née alors que nous observions dans nos pratiques auvergnates de travailleurs sociaux, soignants, interprètes, enseignants, bénévoles, les prémices de ces zones d'inconforts et l'urgence d'échanger sur nos engagements. Nous avons donc organisé des colloques, des séminaires. Nous nous sommes formés et avons accompagné d'autres dans leur formation. Nous avons soutenu des interventions, des supervisions et nous nous sommes un peu essoufflés. Nous avons vu dans

l'arrivée de l'Orspere-Samdarra une belle relance, notamment dans le travail entrepris autour de l'interprétariat.

À l'origine de tout cela et de Cantara Grem, je rappellerai trois « grandes figures » de notre petite entreprise :

Alain Boyé, médecin généraliste engagé, à l'origine des premières rencontres autour de l'accueil des demandeurs d'asile en Auvergne et de leur accès aux soins. Il a ouvert la voie.

Monique Dray, sage-femme engagée - qui s'y est engouffrée -, valeureuse présidente et qui n'a eu de cesse de parcourir le monde pour affirmer cet engagement.

Notre chère *Akila Mohamed*, ou *Said*, disparue il y a vingt jours. Comme beaucoup d'exilées, Akila a eu deux vies professionnelles. Avec nous, elle fut une formidable interprète en langue arabe et est devenue une assistante sociale engagée. Elle nous a révélé, avec son énergie, son enthousiasme et sa vive intelligence, les enjeux et les difficultés du travail d'interprète ; enjeux et difficultés techniques et humaines, et nous a engagé à travailler à ce sujet. Pour certains d'entre nous, elle fut donc interprète dans notre travail clinique, ajustant comme une orfèvre son appareil psychique à celui de nos

patients et aux nôtres. Nous avons aussi perdu une amie et nous sommes heureux qu'Ahmed et Meryem soient avec nous aujourd'hui. Nous la saluons de loin, là-bas, dans la terre d'Alger.

Ces enfants et adolescents, dont nous parlerons aujourd'hui, arrivent en Auvergne, avec ou sans leur famille, par des chemins bien repérés et décrits par des analyses sociologiques, géopolitiques. Ils ont été rendus « familiers » à tout un chacun par les couvertures médiatiques des conflits au Moyen-Orient, d'incessants soubresauts des guerres des Balkans, du Caucase, du Printemps arabe, de l'horreur des traversées de la mer Méditerranée, de leur aval en Libye, de leur amont dans les camps de réfugiés aux frontières de l'Europe. Les images d'enfants morts sur la route nous hantent. Certains d'entre eux arrivent dans nos écoles, toujours bien accueillis et soutenus, j'insiste. D'autres arrivent dans nos consultations, précédés par ces images et notre imaginaire.

L'un des enjeux de cette journée pourrait être de se dégager de cet effet « de masse », qui bien sûr atténue un peu notre crainte d'aborder des histoires aussi douloureuses, mais en efface les singularités. Nous nous pencherons donc sur ces chemins ; mais surtout sur les cheminements.

PREMIÈRE TABLE RONDE : L'ENFANCE À L'ÉPREUVE DE L'ASILE

Discutants : Karim Touhamia, inspecteur à l'Éducation nationale et Gwen Le Goff, directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra

Enfants en situation de migration dans le monde : dynamiques migratoires et principaux déterminants de la migration, Corentin Bailleul

Corentin Bailleul, chargé de plaidoyer, Unicef France

L'introduction de cette première table ronde a comme objectif de revenir sur les grandes dynamiques qui qualifient la migration des enfants dans le monde et en Europe. Ce propos vise donc à apporter une perspective globale, un aperçu général, de ce thème, distancié des pratiques quotidiennes de terrain.

Mon intervention exposera dans un premier temps des données générales, principalement quantitatives, sur les réalités de la migration des enfants, puis elle évoquera dans un deuxième temps les principaux déterminants de la migration et les dangers rencontrés par les enfants au cours de celle-ci. Enfin, dans un troisième temps et afin de conclure ce propos, nous évoquerons les conditions dans lesquelles se déroulent les parcours migratoires et le renforcement des vulnérabilités de ce public à leur arrivée en France.

Perspective mondiale

Le rapport de l'Unicef, *Children uprooted, the growing crisis for refugee and migrant children*, publié en septembre 2016 agglomère les données de la direction des populations des Nations unies et des agences de l'Organisation des Nations unies (ONU) relatives aux migrations - surtout l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et le

Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) – ainsi que des données disponibles au niveau régional (Eurostat par exemple) récoltées lors des années 2015-2016. La présentation se base également sur d'autres rapports publiés par l'Unicef sur la migration des enfants et adolescents en Europe¹.

Les chiffres, nous le verrons, sont à prendre avec distance et réflexivité, mais dans une perspective globale ils permettent de situer les principales dynamiques mondiales et régionales lorsqu'il s'agit de penser la migration des enfants. L'idée étant également de mettre les discours – notamment ceux liés à la rhétorique de la crise migratoire, de la submersion voire de l'envahissement - à l'épreuve de faits objectifs.

D'abord, quelques clarifications sémantiques s'imposent.

Définitions

« *Enfant migrant* » désigne toute personne de moins de 18 ans qui a quitté le pays où elle avait sa résidence habituelle en traversant une frontière internationale, que sa migration soit volontaire ou involontaire, peu importe les

¹ Notamment, le rapport REACH/Unicef, *Children on the move in Italy and Greece*, juin 2017 et le rapport de l'Unicef et de l'OIM : *Un voyage épouvantable : sur les routes de la Méditerranée, les enfants et les jeunes*

exposes a la traite et a l'exploitation, publié le 12 septembre 2017, et se basant sur une enquête réalisée auprès de 11 000 enfants et jeunes (âgés de 14 à 25 ans), sur les routes de la Méditerranée centrale et orientale en 2016 et 2017.

raisons l'ayant poussée à migrer, et quelle que soit la durée de son séjour².

Les enfants réfugiés sont donc des enfants migrants, ils peuvent être désignés comme des enfants qui, craignant avec raison d'être persécutés du fait de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un certain groupe social ou de leur opinion politique, se trouvent hors du pays dont ils ont la nationalité et qui ne peuvent, ou, du fait de cette crainte, ne veulent se réclamer de la protection de ce pays³.

S'agissant des personnes migrantes

En 2015, 244 millions de personnes dans le monde vivaient hors de leur pays de naissance⁴. Ces données ont été actualisées à 258 millions dans un rapport plus récent du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés en 2018. Cela représente environ 3% de la population mondiale, une proportion

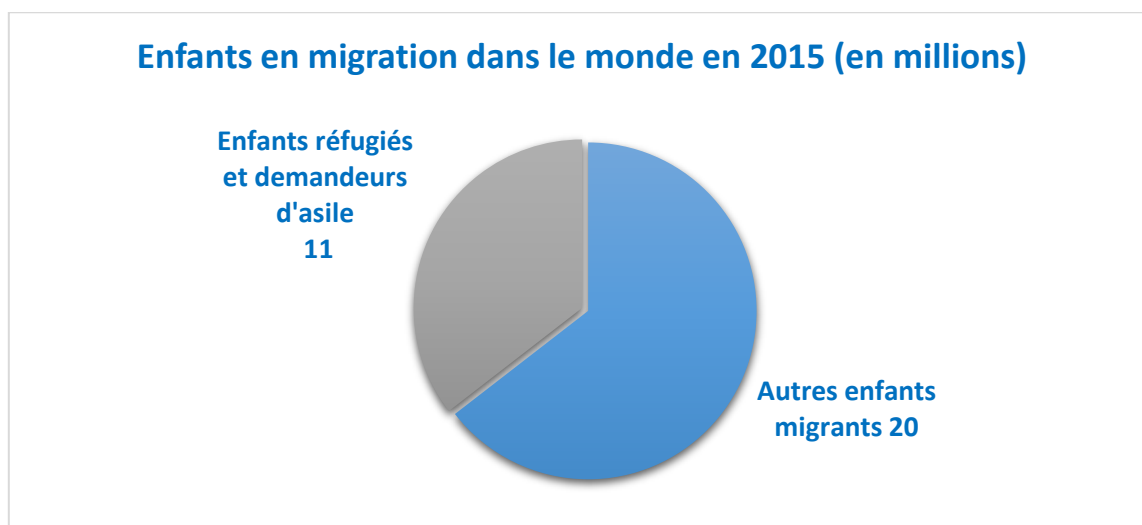
relativement faible, qui reste stable depuis 25 ans⁵. En revanche, le nombre de personnes migrantes augmente concomitamment à la croissance démographique.

S'agissant des enfants migrants

En 2015, il était estimé que 31 millions d'enfants vivaient hors de leur pays de naissance, soit un enfant sur 70. À ce chiffre, nous pouvons ajouter 17 millions d'enfants déplacés. Nous estimons donc qu'un peu plus d'un migrant dans le monde sur huit est un enfant.

Depuis 1990, la proportion d'enfants migrants parmi l'ensemble des enfants est restée stable elle aussi (un peu plus de 1%) même si, comme pour les adultes, le nombre d'enfants en migration augmente. Notons également que 37 millions de migrants sont des adolescents âgés de 10 à 24 ans.

S'agissant des enfants demandeurs d'asile ou réfugiés



En 2015, parmi ces 31 millions d'enfants migrants, il était estimé qu'environ 10 millions étaient réfugiés et 1 million en procédure de demande d'asile. Cela permet d'affirmer qu'un enfant dans le monde sur 200 est un réfugié et

que nous atteignons un tiers lorsque nous rapportons ce chiffre aux enfants migrants.

Parmi les enfants réfugiés ou demandeurs d'asile, nous comptons environ la moitié de filles et la moitié de garçons.

² Unicef (2016, sept). *Uprooted : growing crisis for refugee and migrant children*.

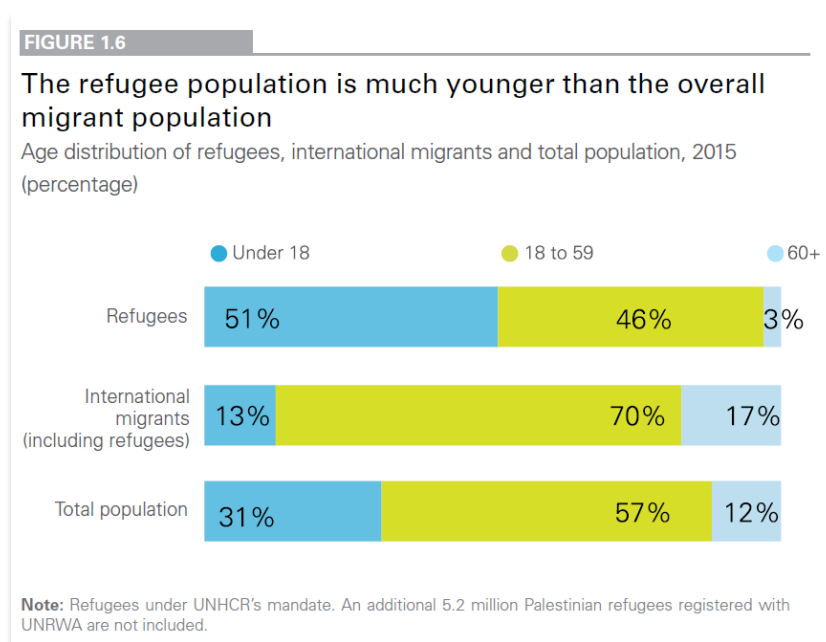
³ Unicef (2016, sept). *Uprooted : growing crisis for refugee and migrant children*.

⁴ Unicef (2016, sept). *Uprooted : growing crisis for refugee and migrant children*.

⁵ Unicef (2016, sept). *Uprooted : growing crisis for refugee and migrant children*.

De manière générale, et comme le montre le graphique ci-dessous, la population de réfugié est plus jeune que la population de migrant :

alors que la vaste majorité des personnes migrantes sont des adultes, parmi les réfugiés la moitié sont des enfants.



Perspective régionale

Dans une perspective régionale, nous constatons que les enfants migrants vivent surtout en Asie, puis en Afrique et sur le continent américain, puis en Europe et en Océanie dans une proportion dérisoire.

La majorité des personnes migrantes migrent à l'intérieur de leur continent, cette tendance est d'autant plus notable lorsque nous nous intéressons aux réfugiés.

En Europe

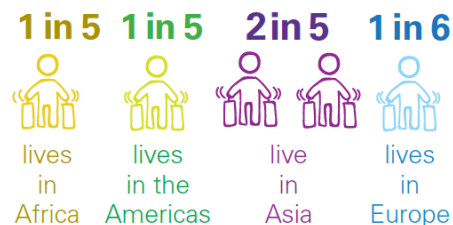
En 2016, sept enfants demandeurs d'asile sur dix en Europe (incluant l'Union européenne et l'espace de libre circulation) fuyaient les conflits syrien, afghan ou irakien.

En 2015, deux fois plus d'enfants ont demandé l'asile qu'en 2014.

En France

En 2017, les statistiques de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) ont

Of the world's child migrants about



About 1 in 50 of the world's child migrants lives in Oceania.

comptabilisé 73 689 premières demandes adultes et 19 141 mineurs accompagnants. 7 582 demandes de réexamens ont été enregistrées à l'Ofpra soit une hausse de 17 % par rapport à 2016⁶.

En 2017, l'Ofpra a pris 89 307 décisions adultes (115 000 en comptant les mineurs) et a reconnu 13 020 personnes réfugiées, octroyé la protection subsidiaire à 10 895 personnes soit 26,9 % des décisions. Plus de 65 000 demandes ont été rejetées.

⁶ Ofpra (2017). À l'écoute du monde. Rapport d'activité.

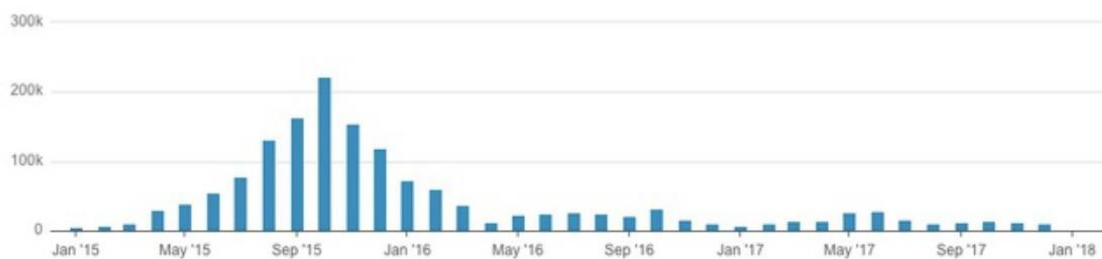
Plus de 47 000 décisions ont été prises par la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), dont 5 400 annulations reconnaissant le statut et 2 607 protections subsidiaires, soit 16,7 % des décisions.

La barre symbolique des 100 000 demandes est donc franchie. La première nationalité de demandes est l'Albanie suivie de l'Afghanistan, d'Haïti (principalement en outre-mer), le Soudan et la Syrie.

En 2016, 474 demandes d'asile ont été déposées par des mineurs non accompagnés. Elles étaient 591 en 2017 dont 76 % de garçons, 87,5 % de 16-17 ans, pour des mineurs originaires d'Afghanistan (30,1 %) du Soudan (12,4 %) ou de République Démocratique du Congo (9,3 %). Le taux de reconnaissance s'élevait à 67,4 % à l'Ofpra et à 73,8 % à la CNDA.

De plus, 14 908 mineurs non accompagnés ont intégré l'aide sociale à l'enfance (ASE) en 2017⁷.

Une crise migratoire ?



Les arrivées de migrants par la mer en Europe, de janvier 2015 à janvier 2018 © UNHCR

La rhétorique de la crise migratoire en Europe occupe encore aujourd'hui largement l'espace politique et médiatique, et ce depuis 2015/2016.

Selon les chiffres de Frontex, souvent repris dans les médias, 1 012 169 franchissements illégaux de la frontière de l'Union européenne ont été comptés en 2015. Pourtant, ces chiffres ont littéralement chuté à 363 401 en 2016 puis 170 249 en 2017.

Il est donc important de dire tout d'abord que cette prétendue crise migratoire, si elle a existé, n'aura donc duré qu'un an, du printemps 2015 au printemps 2016. Elle a principalement concerné des Syriens et des Afghans fuyant leur pays et ayant traversé la Méditerranée via la mer Égée au départ de la Turquie. Par ailleurs, des hausses similaires ont existé au début des années 1990.

Toutefois, l'utilisation de ces chiffres est largement contestable, puisque selon Migreurop, cités par Médiapart⁸, certains « franchissements illégaux » de frontières sont comptés plusieurs fois, par exemple lorsque les personnes entrées dans l'Union européenne par la frontière gréco-turque en ressortent ensuite par la Macédoine, avant d'y entrer de nouveau via la Croatie ou la Hongrie. Ces chiffres reflètent en outre l'augmentation du budget de l'agence Frontex et donc l'accroissement de l'activité de ses gardes-frontières.

Ces statistiques sont généralement : « diffusées en valeur absolue, sans comparer les années les unes par rapport aux autres et de manière décontextualisée et partielle ». Les proportions que j'ai rappelées en début de présentation permettent de les mettre en perspective. Leur usage participe à la construction de l'idée de l'invasion ou de la submersion. D'autant

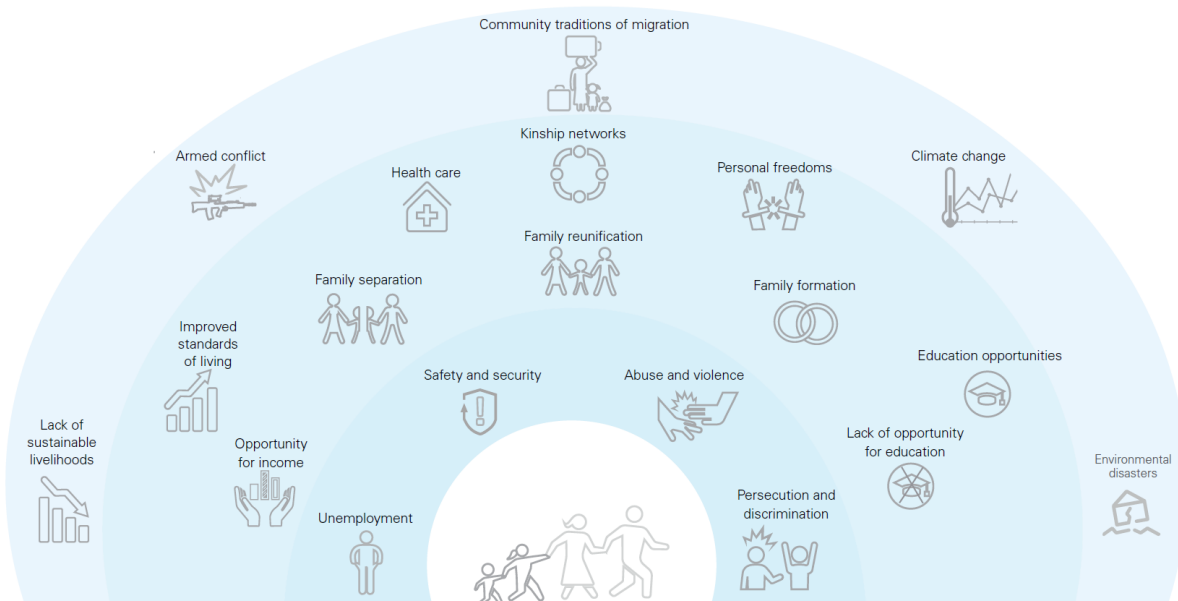
⁷ Ministère de la Justice (2018). *Rapport d'activité annuel 2017, Mission mineurs non accompagnés*.

⁸ Repéré à <https://www.mediapart.fr/journal/international/060118/la-crise-migratoire-n-pas-eu-lieu?onglet=full>

que : « le nombre des arrivées est systématiquement perçu comme trop élevé par rapport à une situation normale qui serait fixée à 0. » La finalité est, selon certains observateurs, « de cristalliser les peurs, autour de l'étranger ou du migrant, pour servir des fins politiques ou électoralistes et justifier des politiques de plus en plus strictes à leur égard et dont les enfants sont les victimes⁹. »

Principaux déterminants de la migration

La migration est un phénomène complexe et les raisons qui poussent les enfants, les adolescents et leurs familles à migrer sont souvent protéiformes et cumulatives. La migration peut être interne ou internationale, forcée ou volontaire, pour des enfants accompagnés ou non accompagnés (soit qui se trouvent sans représentants légaux sur un territoire).



Nous distinguons parfois les *push factors* des *pull factors* qui déterminent la migration :

- Les *push factors* font référence aux conditions de vie difficiles, le conflit, la pauvreté, la violence ou les violences généralisées ou intrafamiliales, le chômage, la discrimination, etc.
- Les *pull factors*, qui attirent les familles ou les enfants dans un pays de destination, sont liés aux perspectives positives, à la sécurité, à la réunification familiale, l'éducation, l'emploi, les réseaux et traditions migratoires, etc.

Ces raisons sont cumulatives et surtout évolutives au fil du parcours migratoire. Les

discours publics tendent souvent à essentialiser les raisons du départ pour le résumer aux migrations forcées, ou à des raisons exclusivement économiques.

Exemple des mineurs non accompagnés interrogés en Italie et en Grèce

C'est le cas des discours à l'égard des mineurs non accompagnés, en soulignant une prétendue surreprésentation des mineurs mandatés par leurs parents et ayant entamé un parcours migratoire pour des raisons essentiellement économiques.

L'étude conduite par l'Unicef et Reach, de décembre 2016 à mai 2017 en Italie (auprès de

⁹ Repéré à <https://www.mediapart.fr/journal/international/060118/la-crise-migratoire-n-pas-eu-lieu?onglet=full>

720 mineurs non accompagnés) et en Grèce (auprès de 70 mineurs non accompagnés) tend à prouver le contraire en révélant que 75 % des jeunes interrogés en Italie avaient pris seuls la décision de migrer. L'étude a révélé qu'un tiers des jeunes interrogés sont partis en raison de violences ou de difficultés chez eux et/ou avec leur famille (70 %), des motifs se cumulant souvent avec le manque de moyens de subsistance (48 %) ou un accès aux services publics limité (28 %). Moins de la moitié des jeunes en Italie sont partis avec la volonté de rejoindre l'Europe. 20 % désiraient rejoindre l'Afrique du Nord, 12 % les pays africains frontaliers aux leurs. Ceux qui avaient la volonté de rejoindre l'Europe sont partis surtout pour accéder à l'éducation (38 %). Les mineurs non accompagnés interrogés en Italie décrivent la Lybie comme la partie la plus traumatisante de leur voyage (après la traversée de la Méditerranée). 47 % affirment avoir été kidnappés et 23 % détenus en prison sans raison.

Dangers rencontrés

Les dangers au cours de la migration sont nombreux. L'Unicef a publié plusieurs rapports sur les dangers rencontrés par les enfants en migration au cours de leur voyage et à leur arrivée dans les pays de destinations. Ils recourent les risques de :

- *Violence, exploitation, traite* : La violence peut subsister même après l'arrivée, elle peut être le fait de réseaux d'exploitation ou de traite, des employeurs, de la famille, mais aussi des autorités en particulier dans le cadre du contrôle migratoire et de la détention, nous le constatons aux frontières françaises notamment.
- À ce sujet, la dernière étude à l'échelle des Nations Unies sur les victimes de traite de 2012 (publiée en 2014) montre qu'une victime de traite sur trois était un enfant. Dans le cadre de cette étude, des enfants de 152 nationalités différentes dans 124 pays ont été identifiés comme victimes de

traite entre 2000 et 2012. Il s'agit majoritairement d'exploitation sexuelle (50 %) et par le travail (40 %).

- *Rétention/détention liée à la migration* : Aujourd'hui, plus de 100 pays dans le monde utilisent la détention pour des raisons liées à la migration. Les formes de détention multiples en Lybie en sont un exemple dramatique. Dans les pays européens et en France, nous enfermons également des familles sur la base de leur statut migratoire.
- *Apatridie, absence de statut légal ou de reconnaissance du droit à l'identité* : phénomènes souvent renforcés par la migration.

70 000 enfants apatrides naissent tous les ans dans les 20 pays les plus concernés par le phénomène. Se rajoutent à cela les difficultés de reconnaissance de l'état civil et du droit à l'identité, comme le révèlent les situations des mineurs non accompagnés.

- *Disparition et mort* : Depuis 2014, 2/3 des décès de personnes migrantes dans le monde ont lieu dans la mer Méditerranée, soit 17 000 morts environ et 1 600 cette année. En 2015, on estimait qu'un tiers des décès dans la mer Égée concernait des enfants.
- *Autres : séparation de la famille, exclusion sociale et discrimination*.
- *Interruption de l'éducation* : Dans le monde, seule la moitié des enfants réfugiés sont scolarisés en primaire et 25 % seulement dans le secondaire.

Pour conclure, tous ces facteurs de risques ont un impact sur la vulnérabilité des enfants et adolescents à leur arrivée en France.

Cela s'ajoute au fait que ces enfants et adolescents sont parfois originaires de pays à forte endémie, au sein desquels l'accès aux soins est parfois défaillant. Ces jeunes sont souvent en rupture de soins lorsqu'ils étaient

malades dans leur pays d'origine ou en raison des séquelles de leur trajet migratoire (violences, agressions, détention, malnutrition...).

Les enfants migrants constituent donc un public fragilisé, surexposé à des risques sanitaires et aux troubles psychiques. Ceux-ci s'expliquent aussi par les obstacles dressés à l'encontre de leur accès aux droits et aux soins et par les négligences institutionnelles dont ils font parfois l'objet, ainsi que les difficultés d'accès à une protection. Cela s'explique également par l'absence courante de soins préventifs en France (éducation à la santé, prévention, vaccinations...), par le repérage tardif de leurs besoins de santé, le retardement de leur accès

aux soins (méconnaissance des droits et des structures, complexité des démarches, barrière de la langue, délais d'attente dans les structures de droit commun...), leur prise en charge dans des structures inadaptées (urgences, Pass adultes, ...) et par le fait que, pour les mineurs non accompagnés par exemple, les parcours de soins puissent être compromis par l'absence d'autorisation parentale ou le défaut de protection maladie.

Enfin, les conditions de vie précaires en France, ou la vie dans la rue (conditions climatiques, violences, prostitution, addictions) constituent des facteurs de risques supplémentaires renforçant leur fragilité.

Accueillir des enfants et des familles en centre d'hébergement, Isabelle Barthod-Malat

Isabelle Barthod-Malat, cheffe de service du CADA de Haute-Loire, Entraide Pierre Valdo

Cette présentation est le fruit d'échanges avec les intervenants sociaux des trois sites que j'accompagne, soit les CADA de l'Entraide Pierre Valdo, situés à Saint-Agrève en Ardèche, le Chambon-sur-Lignon et Yssingaux en Haute-Loire ainsi que le dispositif Repi (Réinstallation de personnes bénéficiant d'une protection internationale).

Notre mission est d'accueillir et accompagner des familles ainsi que des adultes isolés. Nous voyons repartir quelques mois après leur arrivée des adultes et des enfants avec qui nous aurons fait un petit bout de ce long chemin sur lequel les familles se sont lancées pour des raisons qui leur sont propres.

Aujourd'hui, sur les trois sites, nous comptons 69 enfants mineurs et 5 majeurs avec leurs parents sur les 139 places occupées. Bébés, enfants, adolescents, nés au pays, nés en voyage, nés en France ou à naître, enfants quoiqu'il arrive.

Enfant, soit une des raisons de partir, une des raisons de vivre et l'espoir d'un avenir meilleur pour les parents. Et en même temps, enfant qui n'a pas choisi de quitter... un village, une ville, une langue, une culture, des amis, les autres membres de la famille. N'avoir pas choisi et être là, sur ce parcours de migration qui peut à la fois être plein de richesses et de difficultés : nouvelle langue, choc culturel, et parfois devenir l'objet de discrimination. Enfant qui nous étonne en donnant sa confiance et son affection à des travailleurs sociaux qu'il connaît depuis seulement quelques heures ou quelques jours. Enfants qui joue, qui découvre, qui apprend, qui communique avec les autres enfants d'origines et de langues différentes, dans un « langage enfant », universel, et puis un jour en français. Enfant du silence, du mutisme. Enfant des jeux, des rires et de l'émerveillement.

L'enfance à l'épreuve des responsabilités

Enfant qui voit ses parents à qui on a ôté le droit de travailler... s'ennuyer. Enfant qui porte ses frères et sœurs, quand il est l'aîné de la fratrie. Enfant qui découvre et maîtrise le français plus vite que ses parents grâce à son jeune âge, les facilités d'apprentissage, l'école, les jeux, les copains. Il facilite aussi l'intégration de ses parents, devient vecteur de lien social, par l'école, par la confiance qu'il accorde parfois plus vite aux professionnels que ses parents. Enfant qui en même temps grandit trop vite et devient l'interprète de ses parents. Son père, sa mère a besoin de lui pour acheter le pain, pour parler avec la maîtresse, mais aussi, parfois, pour traduire ce qu'ils ont à nous dire, en dehors des entretiens avec interprète (où les enfants ne sont pas présents). L'enfant alors est mis à une place qui n'est pas la sienne : il doit écouter, traduire, parler, essayer de mettre des mots sur les difficultés, les incompréhensions ou la souffrance de ses parents. De cette place, il tente souvent de les protéger. Il est le spectateur de cette procédure de demande d'asile, de cette attente dont la durée est souvent une nouvelle souffrance et qu'on ne lui explique pas.

Anna, 9 ans, arrivée au Cada seule avec sa maman l'accompagne au début à tous les entretiens. Sa maman, qui pleure souvent, exprime un sentiment permanent d'insécurité et voudrait protéger sa fille. Anna, pleine de vie, toujours souriante, rassure sa maman, l'aide pour communiquer avec l'intervenante sociale... et l'on découvre en visite à domicile que le soir, Anna a peur du noir et dort avec sa maman, la lumière allumée.

L'enfant lui-même, aspiré par l'instant présent, par nécessité de survie psychique et devant la souffrance de ses parents, oublie lui-même de considérer sa souffrance.

Les adultes, à la fois submergés par leur douleur et voulant protéger leurs enfants, disent ne pas vouloir reparler avec eux de ce qui s'est passé, de ce qui a motivé le départ, quelle qu'en soit la gravité. L'enfant est face à la douleur de ses parents et minimise la sienne, voire l'occulte complètement. Les parents voulant protéger leur enfant ne mettent pas de mots sur ce qu'ils sont en train de vivre, le laissant seul avec son imagination, ses fantasmes.

Julia, 14 ans, m'explique que son père reçoit des menaces par SMS d'un compatriote hébergé dans un autre département. Son père lui demande de les traduire pour que j'en comprenne la gravité : menaces de mort, de s'en prendre à sa femme et à ses filles. Julia me semble très détachée, ne montre aucune émotion, ni peur, ni colère...

La plupart des enfants vont investir, voire surinvestir leur scolarité : l'école comme une chance, et aussi comme une échappatoire. L'école donne du sens à cette nouvelle vie, donne le sentiment d'exister, et peut aussi être vécue comme une obligation (« puisque je suis là »). C'est souvent aussi un enjeu au regard de la famille. Pour les parents, la scolarisation de leurs enfants est une chance, la réussite scolaire une nécessité. À l'inverse, pour d'autres, l'envahissement psychique peut empêcher l'enfant de s'investir dans les études.

Parentalité au Cada

Une partie du travail en Cada consiste à accompagner les parents afin qu'ils conservent, voire qu'ils retrouvent leur place de parents. En effet, maîtrisant la langue française souvent moins bien que leurs enfants, inactifs du fait de l'impossibilité de travailler, ils ont besoin d'être reconnus, valorisés dans le fait qu'ils peuvent et doivent soutenir et accompagner leurs enfants dans leur scolarité. Il est parfois nécessaire de leur rappeler que la place de l'enfant est à l'école et pas dans l'accompagnement à une consultation médicale ou à un rendez-vous administratif.

Nous constatons chez certains parents une hyperpermissivité, comme pour tenter de compenser les difficultés imposées à leurs enfants du fait de leur situation. Nous voyons des parents inquiets de voir leur enfant apprendre le français, au risque d'oublier la langue du pays d'origine. En même temps, même si certaines situations éducatives sont exacerbées par le contexte d'exil, la plupart sont communes à tous les parents : poser les limites et valoriser les progrès de l'enfant tout en respectant son rythme.

Nous nous sentons parfois démunis, faute de moyens, pour accompagner la parentalité et le chantier est vaste. Autour de quels repères éducatifs travailler, dans ce *melting pot* de contextes culturels ? Comment soutenir au mieux cette fonction parentale auprès d'adultes qui viennent de pays où toute la famille élargie vit à proximité ?

Nous pouvons par exemple citer des enfants qui jouent dans la rue, qui semblent livrés à eux-mêmes, des voisins qui se plaignent, qui s'inquiètent et des parents qui ne comprennent pas que ce soit un problème.

Lila, jeune maman arrivée seule et enceinte, semble devoir tout apprendre pour s'occuper de son nouveau-né. Elle a 22 ans... et elle a un enfant de huit ans, resté au pays. À la naissance de celui-ci, elle était une enfant, et ce sont toutes les femmes de la maison qui s'occupaient des soins du bébé.

Prendre soin de la santé mentale des enfants. Accompagnement et partenariat

Pour les professionnels du Cada, il est difficile d'accéder à la souffrance psychique de l'enfant. Quelle place leur est laissée pour parler de « l'avant » (ce qu'ils ont vu, entendu, souffert) dans ce nouveau contexte ? Quel espace pour exprimer les angoisses, la tristesse, la peur, la colère ?

Des signes d'alerte peuvent éveiller notre vigilance : des maux de tête persistants, un comportement agressif, inadapté ou renfermé, le mutisme ou les propos tenus, la peur

exprimée, les angoisses, la perte de poids parfois, l'humeur dépressive, les troubles du sommeil... Les intervenants sociaux du Cada ne sont pas seuls auprès des enfants et peuvent heureusement s'appuyer sur le partenariat qui apporte un éclairage et des informations complémentaires. Les établissements scolaires, les services de PMI, les médecins généralistes, sans oublier les bénévoles de notre territoire sont en lien avec les intervenants sociaux du Cada. La communication en place permet de s'interpeler, de se concerter, d'alerter, voire de rassurer. La question se pose de comment mettre en œuvre la prise en charge de la souffrance psychique de l'enfant sur un territoire rural ne fournissant pas toujours les ressources en proximité. Les membres de l'équipe mobile du pôle infanto-juvénile (EMP-IJ) viennent rencontrer l'équipe du Cada d'Yssingaux une fois par mois. Elle apporte son concours et son expertise dans la prise en charge des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques et psychiatriques afin de donner un avis spécialisé. Chaque situation est présentée après en avoir informé les parents et avec leur accord. Un médecin neuropédiatre de l'EMP-IJ propose également de rencontrer les jeunes mamans et leur bébé au moment d'une naissance.

Ce partenariat est récent et précieux. Les délais de rendez-vous en pédopsychiatrie sont au minimum de six mois. Or, les délais de procédure de demande d'asile sont de plus en plus courts, délais souvent trop courts pour non seulement pouvoir repérer, mais aussi prendre le temps d'amener l'enfant à accepter le soin. Cela offre difficilement la possibilité qu'un enfant soit pris en charge avant la sortie du Cada.

L'année avant la création de l'EMP-IJ, les parents de Joris, 13 ans, eux-mêmes démunis et fragiles, avaient alerté et demandé que leur fils soit pris en charge parce qu'il allait « mal dans sa tête », qu'il avait souvent un comportement inquiétant et qu'il dormait mal. L'école avait également alerté les intervenants sociaux du Cada. Un rendez-vous avait été pris

en pédopsychiatrie pour deux mois plus tard. Les parents étaient inquiets. Ils trouvaient que c'était long. La veille, le rendez-vous a été annulé « parce qu'il n'y avait pas d'interprète »... C'est finalement la psychologue de la PASS qui a pu recevoir cet adolescent, juste avant qu'il ne quitte le Cada, ses parents ayant été déboutés de leur demande d'asile. Quid du soin tout juste commencé ?

Nous ne pouvons pas ne pas noter ici une difficulté récurrente dans l'accès au soin qui soulève la question de l'interprétariat. Le budget du Cada ne nous permet pas de prendre en charge les frais d'interprétariat liés au soin, sauf exception. Les professionnels de santé semblent avoir quelques résistances à le mettre en place, questions de budget, de changement de pratiques, de contraintes horaires entre autres (puisque prendre rendez-vous avec un interprète implique de respecter l'horaire). Or, comment recueillir la parole d'un enfant, d'un adolescent, lui donner de l'attention, prendre la mesure de sa souffrance si nous n'avons pas les moyens de l'entendre dans sa propre langue ? Voici en quelques minutes la dynamique de notre approche de la santé psychique des enfants hébergés avec leur famille au Cada et au Repi.

Les pistes pour poursuivre ce travail sont :

- continuer à explorer les outils pour repérer les signes de souffrance psychique chez les enfants ;
- poursuivre et développer la communication avec les partenaires qui interviennent auprès du public enfant et adolescent ;
- s'informer, se former, échanger sur les ressources, avec l'aide de l'Orspere-Samdarra ;
- inventer des espaces de parole pour les enfants et aussi pour parents et enfants pour aider à mettre des mots sur ce parcours d'asile et sur la procédure de demande d'asile.

∞ DEUXIÈME TABLE RONDE : LES SPÉCIFICITÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE DES ENFANTS EN SITUATION DE MIGRATION

Discutants : Françoise Noton-Durand, pédopsychiatre, praticien hospitalier, cheffe de Service au CHU de Clermont-Ferrand et Nicolas Chambon, sociologue Orspere-Samdarra

Pratiques actuelles dans la prise en charge des enfants traumatisés, Christian Lachal

Christian Lachal, pédopsychiatre

Je commencerai cette intervention avec une brève présentation de mon parcours. J'ai travaillé dans le domaine de l'humanitaire pendant une quinzaine d'années (Médecins sans frontières, Biologie sans frontières), et continue à m'investir dans ce domaine. J'ai également eu l'occasion de recevoir pendant une longue période des malades étrangers en cabinet de ville. Je précise qu'il ne s'agissait pas d'une consultation spécifique, les patients migrants étant reçus comme n'importe quel autre patient. Dans ces différents espaces, j'ai rencontré beaucoup d'enfants dont un certain nombre souffrait de troubles post-traumatiques.

Dans une population générale, l'état post-traumatique ne dépasse jamais 2 %. Dans les situations d'urgences humanitaires, le chiffre peut atteindre jusqu'à 25-30 %. Toutefois, il est important de rappeler que les enfants peuvent présenter beaucoup d'autres troubles qui ne sont pas liés à un état post-traumatique (états dépressifs, troubles psychosomatiques, énurésie, troubles du sommeil, etc....).

Reconnaissance progressive de l'état post-traumatique chez l'enfant

Quelques précurseurs du psychotrauma, qui ne travaillaient pas au départ sur cette problématique, ont étudié les conséquences psychologiques sur les enfants du contexte de guerre, lors de la Seconde Guerre mondiale en Angleterre. À cette époque, de nombreuses personnalités telles qu'Anna Freud, Donald Winnicott, mais aussi René Spitz, ont découvert et décrit ce qui se passait pour un bébé lorsqu'il était séparé et isolé. La famille est alors décrite comme le facteur protecteur le plus important pour l'enfant, lors des peurs, des traumatismes, mais la notion de trauma n'est pas appliquée à l'enfant et au bébé. C'est surtout les conséquences des séparations qui sont observées.

Par la suite, des chercheurs ont également décrit le syndrome de l'enfant battu en Angleterre, aux États-Unis et en France. Certains troubles des enfants ont ainsi été rattachés aux mauvais traitements qu'ils pouvaient subir. C'est plus récemment que se sont posées des interrogations sur l'état post-traumatique, ou le *Post-traumatic stress*

disorder (PTSD), afin de savoir si cette catégorie pouvait s'appliquer aux enfants. Il a fallu attendre plusieurs années avant que des penseurs et des chercheurs intéressés par le développement de l'enfant nous apprennent que l'enfant, même petit ou avant le langage, pouvait vivre des expériences traumatiques directes.

En effet, au départ, lorsqu'un enfant était traumatisé nous pensions que c'était une conséquence du fait que la famille, voire la mère, était traumatisée. Par la suite, nous avons découvert l'importance des traumatismes directs, gravés dans les mémoires de l'enfant, d'autant plus lorsqu'ils se répétaient. Ainsi, l'enfant peut présenter un état post-traumatique dans plusieurs situations : il vit des expériences traumatisantes liées à des événements externes (guerres, catastrophes, exil) ; il est en relation avec des « *care-givers* » traumatisés et donc subit un effet de transmission du trauma ; enfin, il est l'objet de violences, d'abus sexuels uniques, mais souvent répétés, dans son milieu familial ou proximal.

Les traumatismes intentionnels et non intentionnels

Nous différencions des traumatismes non intentionnels et intentionnels. Les traumatismes non intentionnels peuvent être imagés par un tsunami, puisqu'à priori personne n'a fabriqué le tsunami. La recherche d'une cause, d'une explication transforme souvent un traumatisme accidentel en traumatisme intentionnel. Ainsi, lorsque les traumatismes sont intentionnels, ils peuvent être produits par la guerre, les conflits ou le fait d'être réfugié. Des centaines de milliers, voire des millions d'enfants dans le monde présentent des troubles du fait de ces traumatismes intentionnels.

Or, comme nous savons que l'enfant se construit avec la relation à l'autre, le fait que cet autre puisse intentionnellement essayer de le détruire, le torturer, ou l'anéantir est quelque chose qui met en jeu ce que nous appelons l'ontologie de l'enfant, son être en devenir. Cela

renvoie aussi à son futur en tant qu'être humain et à son appartenance à l'espèce humaine.

Il est intéressant de soulever le fait que certains traumatismes se fondent sur le contexte même. En effet, il est évident que le traumatisme n'est pas le même pour une personne qui a subi des abus sexuels dans l'enfance ou qui a été confrontée à un père maltraitant et alcoolique, et pour une personne qui a vécu en pleine guerre en Syrie et qui a été obligée de fuir en Jordanie ou au Liban, où elle n'est pas forcément bien accueillie.

Traumas de type I et II

Ces différences contextuelles ont amené à décrire différents types de traumatismes chez l'enfant :

- le type I fait normalement référence à un seul événement qui entraîne le tableau typique du trouble post-traumatique ;
- le type II a été décrit pour la première fois par Lenore Terr, pédopsychiatre américaine. Elle a d'abord eu l'occasion d'observer sur le long terme les enfants lorsqu'un bus avait été attaqué à Chowchilla aux États-Unis. Le bus avait été enterré par les agresseurs dans une carrière. C'est donc l'évolution au long terme d'enfants ayant vécu un grave traumatisme unique qui lui a permis de mieux reconnaître les conséquences variables de tels événements lors du développement des enfants. Par la suite, elle s'est intéressée aux enfants victimes de mauvais traitements, d'agressions sexuelles, parfois de véritables tortures dans leur enfance, avec répétition de ces traumatismes. Cela l'a conduite à décrire le type II, dont les symptômes sont en partie différents de ceux de type I.

La surprise est typique du traumatisme I – nous ne nous y attendons pas et l'événement est une effraction imprévisible, une submersion. Le type II, quant à lui, fait référence à un

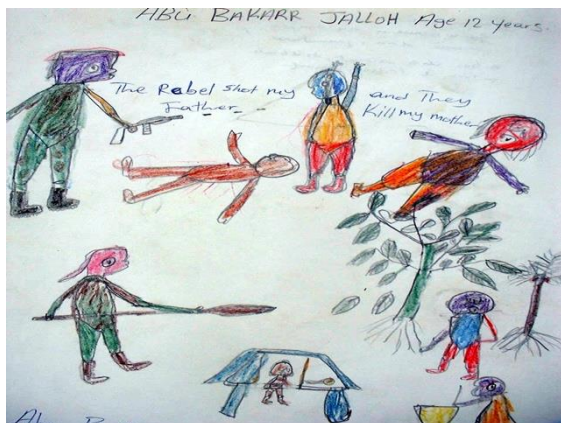
traumatisme qui est attendu, qui est en quelque sorte préparé, par l'habitude que cela se (re)produise. Les enfants qui sont dans un contexte de guerre (les guerres actuelles durent entre cinq et dix ans) qui vivent en exil, ou dans un camp de réfugiés (la moyenne de résidence dans un camp de réfugiés est de 17 ans), où ils sont confrontés à des situations traumatisantes tous les jours, peuvent développer une forme d'anticipation du trauma et développer des mixtes de type I et type II.

Face à un traumatisme, les enfants réfléchissent à ce qui leur arrive et ils essaient d'en parler à leur mère. Spitz disait : « Un enfant qui ne peut pas dire ce qui lui arrive à sa mère ne peut pas se le dire à lui-même. » Le dire, renvoie ici au fait de l'exprimer, de le montrer par différents comportements.

Théories infantiles sur le trauma : des significations émergentes.

Comme c'est le cas au sujet de la sexualité et de la mort, les enfants créent des théories infantiles sur le trauma.

Citons ici l'exemple des enfants qui ont assisté à l'attaque de leur village en Sierra Leone. Ils ont fait un dessin d'une cruauté et d'un réalisme absolu pour montrer comment les choses se sont passées à ce moment-là.



Grâce à ce dessin, l'enfant transforme ce qui lui est arrivé en une *théorie traumatique* (ils montrent la réalité, l'horreur de ce qui s'est passé de façon crue).

Certains d'entre eux peuvent exprimer verbalement ce qu'ils ont vu, entendu, ressenti,

par exemple, lors d'une attaque durant laquelle leurs parents ont été tués, enlevés.



D'autres sont aspirés par une *théorie du chaos*, c'est-à-dire qu'ils rentrent dans une confusion, un phénomène qui les rend tout à fait incapables de gérer à la fois leurs affects, leurs émotions et leurs pensées. À ce moment-là, ils peuvent répondre par de la sidération.

Certains se retrouvent dans des *théories de punition*, c'est-à-dire qu'ils se culpabilisent et pensent que si cet événement leur est arrivé c'est de leur faute. Cela est notamment vrai pour les enfants maltraités par un membre de leur famille, par exemple.

D'autres ont des *théories « chamaniques »*. À titre d'exemple, nous avons remarqué que parmi les enfants syriens, certains d'entre eux pensaient qu'ils avaient été touchés par une forme de punition de Dieu, puis, en même temps, d'un envahissement corporel et d'un vécu intérieur par des *djinn*s.

Certains formulaient également des *théories familiales*. Ainsi, le fait que leur famille soit punie expliquerait la guerre – pour eux, cette malédiction familiale dure depuis très longtemps – du fait que les grands-parents, le père, et peut être même un autre enfant ait été

tué, ou qu'ils soient réfugiés avec leur mère. Cette punition familiale se transmettrait donc de génération en génération.

Apprentissages et scolarité

Concernant la prise en charge, à chaque fois que nous recevons des enfants, nous nous assurons qu'ils soient scolarisés ou suivent des apprentissages.

Un petit – que nous appellerons Alexis – présentait des terreurs nocturnes. Il dormait dans une voiture avec ses parents, le lendemain il allait à l'école, il s'endormait un petit peu... et puis il venait me voir en consultation.

Ce type de vie extrêmement précaire ne remet pas en question l'école, mais peut remettre en question les apprentissages.

Pour consulter un enfant, il faut avoir quelques notions de son développement. Le traumatisme peut briser également d'autres types d'apprentissages : il existe un apprentissage très progressif à la maîtrise des niveaux d'excitation corporelle et psychique, des émotions. Cette modulation se fonde sur les capacités d'inhibition de l'enfant et peut être mise à mal par les effets de désorganisation ainsi que d'excitation psychique et corporelle extrêmes du trauma.

Il est important de pouvoir rattacher les émotions que nous avons à ce qui se passe, afin de donner du sens à un bouleversement qui n'en a pas. L'entourage se doit d'aider l'enfant, d'autant plus qu'il est petit, et apprendre à décrypter ce qu'il exprime :

Une fillette en Indonésie grimait brusquement, par crises, sur le seul meuble de la pièce habitée – qui était une sorte d'armoire pour le linge. Elle grimait comme un lézard après un mur en poussant des cris.

Différentes hypothèses avaient été faites par les personnes qui s'occupaient d'elle : elle devait être abusée par son grand-père, ou alors elle souffrait d'épilepsie... En réalité, elle souffrait d'un état post-traumatique. Elle ne rattachait pas ce qu'elle ressentait

brusquement en elle-même et ce qui se passait dans le réel. Ce sentiment de réel, qui prend son origine dans le corps du bébé tenu par la mère, avait été cassé. Elle revivait la fuite, sur les épaules de sa mère, devant la vague du tsunami, jusqu'à un immeuble haut où elles s'étaient réfugiées.

Confiance en soi et en l'autre

La confiance en l'autre et donc la confiance en soi qui s'est bâtie sur l'*attachement*, les premières *interactions* et *accordages* avec l'environnement a été en partie brisée par l'expérience traumatique.

Les types *d'attachements* qui ont été décrits montrent que 15 % des enfants présentent des modalités attachement *désorganisés*. Cela veut dire qu'il n'y a pas véritablement de capacité à se mettre en sécurité auprès de l'autre. Cela rendra d'autant plus difficile, pour l'enfant, de faire confiance : quand on le peut, il est donc important de savoir, par la mère ou une autre personne, si avant les événements traumatiques l'enfant était confiant et s'il a *changé* depuis.

Les bébés construisent leurs modalités d'attachement dans le contexte du trauma, ce qui peut se traduire par des troubles des interactions et, par la suite, des difficultés relationnelles.

Relation de confiance, partage du traumatisme et scénarios émergents

Un préalable aux techniques que nous pouvons avoir à employer pour aider l'enfant est donc de construire avec lui une relation de confiance. Ce n'est pas toujours très facile parce que ce sont des enfants qui peuvent avoir des réactions inattendues, qui peuvent être complètement fermés sur eux-mêmes, ou être extrêmement excités, impulsifs, agressifs avec le thérapeute.

Le thérapeute qui est avec l'enfant et souvent les parents se sent parfois englobé par ce qui se passe. Son sentiment d'empathie est plus fort que l'empathie naturelle : c'est quelque chose qui relève de ce que j'ai appelé le *partage du traumatisme*.

Ce qui vient spontanément dans la tête du thérapeute – sans qu'il puisse le diriger en quelque sorte – est une forme de scénario de ce qui a pu se passer : il a quelques éléments dans le dossier, les parents racontent et puis l'enfant peut raconter des petites choses ou dessiner. Le thérapeute se fait ce que j'ai appelé un *scénario émergent* et qui peut être très utile pour travailler sous la forme d'une empathie métaphorisante – comme l'avait conceptualisé Serge Lebovici. Cela fait référence à une empathie qui va permettre de faire des métaphores, des contournements du trauma. C'est déjà un processus constructif, reconstructif.

Aucun traitement spécifique du trauma

D'abord, il convient de souligner qu'à ce jour, aucune thérapie n'est spécifique du PTSD, il n'existe pas de programme de traitement unique.

Un rapport publié par l'Ofii décrit la recommandation internationale pour répondre à l'état post-traumatique.

En premier, sont prônés les antidépresseurs et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), et, en deuxième, des thérapies cognitives. Cette recommandation n'a pas de sens universel.

Bessel van der Kolk, réputé spécialiste du trauma qui a été directeur du centre pour traumatisés de Boston pendant de nombreuses années, a reçu toutes sortes de patients traumatisés. Il a essayé toutes les techniques nouvelles qui se proposaient, d'abord sur lui-même. Cela l'a amené à faire des séances d'EMDR, du théâtre, du biofeedback. Il dit : « Il faut être éclectique quand on entreprend de soigner les personnes traumatisées. » Il témoigne du fait que les personnes qui ont survécu au 11 septembre et qui ont été soignées pour des états post-traumatiques ont évalué positivement – ce qui les avait le plus aidées – : le recours à l'acupuncture, en premier ; l'hypnose, en deuxième ; le théâtre, en troisième ; et l'EMDR, en quatrième. Cela veut dire que pour ces personnes, le plus

important était de soigner le corps, soit les états d'impatience insupportables, d'impulsivité et d'incapacité à maîtriser ses propres émotions qui engendrent le malaise.

Safe place

Dans tous les camps de réfugiés, après avoir installé les latrines, la première chose qui est faite pour les enfants actuellement est la création de ce que nous appelons le *safe place*. C'est un espace, un lieu de sécurité, où aucune milice armée ou non ne rentre. Un espace où l'enfant peut éprouver à nouveau la confiance dans ce contexte proximal. Les personnes (familles, femmes enceintes ou avec leurs bébés, enfants) peuvent se rendre au *safe space* sans y faire quelque chose de particulier. Dans un temps second, différentes activités peuvent leur être proposées.

Ayant travaillé longtemps à Clermont-Ferrand avec des malades étrangers, je me demandais où était le *safe place* et il n'y en avait pas. L'école ou le foyer d'hébergement ne représentent pas un tel espace. Ce n'est pas une conception que nous avons dans nos pratiques quotidiennes et j'aimerais lancer une invitation à réfléchir à cela.

Approches multiples des enfants avec trauma

Les différentes approches de soins relèvent de quatre grandes catégories :

- catharsis/exposition ;
- élaboration/narrativité ;
- le corps à soigner et à réguler ;
- la créativité.

Catharsis/exposition

Cela réconcilie la fameuse *catharsis* de Freud qui disait : « Si la personne raconte ce qui lui est arrivé dans l'enfance, avec l'affect ressenti, alors elle va guérir. » Des techniques diverses s'étaient sur cette base.

Cela a été repris, par exemple, dans les thérapies comportementales cognitives sous le terme d'*exposition*. Nous exposons l'enfant par les récits qu'il peut faire, par les dessins qu'il peut produire : nous l'exposons à ce qu'il a vécu.

Beaucoup de techniques rentrent dans la catharsis/exposition.

Il y a l'EMDR, dont nous parlons beaucoup à l'heure actuelle, qui a ce but d'arriver à une catharsis associée à des mouvements oculaires ou du tapping, sans qu'il soit vraiment clair que ce qui est efficace est la combinaison des deux méthodes, l'une ou l'autre.

Le *débriefing* est également une technique d'exposition. Au départ, le débriefing était conçu dans le but de prévenir l'apparition des troubles et non pas de les soigner. Les études ont montré que cela prévenait les troubles dans un tiers des cas. Dans un autre tiers des cas, les symptômes apparaissaient, avec plus de gravité. Dans le dernier tiers des cas, cela ne faisait rien. Le débriefing a également comme objectif de revenir sur l'événement et de faire raconter à la personne ce qu'elle en a pensé, ou ce qu'elle a ressenti. Il est aujourd'hui interdit dans les Services publics en Angleterre, mais continue d'être utilisé sous des formes aménagées par nombre de thérapeutes.

L'élaboration, la narrativité

L'*élaboration*, ou la *perlaboration*, a été proposée par Freud sous la forme de l'association libre qui est venue se substituer à l'hypnose.

L'élaboration se rattache plus, aujourd'hui, à une nouvelle notion venue de la philosophie grâce à Paul Ricœur. Comment pouvons-nous, par la narration, devenir sujets ? Il y a un sujet qui apparaît, qui est celui qui raconte.

Pour l'enfant traumatisé, le récit repose sur les mémoires traumatiques. Nous avons des expériences d'enfants qui ont été traumatisés à onze mois et qui commencent par avoir des comportements, des jeux, des dessins de type répétition post-traumatique. Ensuite, par leurs jeux et leurs dessins, ils initient une élaboration, une narration de ce qu'il leur est arrivé et finissent, quand ils ont le langage, par le *raconter*.

Il y a des cas spectaculaires qui nous montrent qu'effectivement, les mémoires préverbales

sont fidèles et la remémoration possible, à condition qu'il y ait un entourage prêt à écouter.

Si la narration porte sur l'enfance entière, cela devient beaucoup plus compliqué.

Actuellement, je supervise deux psychologues qui reçoivent les enfants qui reviennent de la zone Daech (Syrie) avec leurs mères. Ils sont séparés immédiatement à l'aéroport de Roissy, confiés à des familles d'accueil et sont observés, évalués, ce qui débouche souvent sur des prises en charge psychothérapeutiques. Nous les appellerons « les revenants ». Leur approche est très difficile pour différentes raisons, mais une différence peut être faite entre ceux qui sont nés « sur zone » et ceux qui avaient vécu d'abord en France, avant d'être emmenés en Syrie.

Nous voyons bien quand la traumatisation a été répétée pendant toute l'enfance qu'il est plus difficile d'établir une narration.

Le corps à soigner et à réguler

Il y a beaucoup de choses à faire avec les enfants : des méthodes de relaxation, des séances de sophrologie... Sans être spécialistes, de nombreuses personnes peuvent créer une atmosphère de détente qui permettra à l'enfant de mieux ressentir et de nommer les phénomènes corporels liés à la peur, à l'anxiété, à la tristesse.

L'enfant, peut-être plus que l'adulte, souffre de ce cluster de symptômes appelé l'*hypervigilance*. C'est le fait de se trouver « sans-repos », ou d'être complètement bloqué-figé. Ce sont des réactions rentrées dans le corps qui correspondent aux réactions de la peur : nous luttons, nous fuyons ou nous nous « gelons » (*to freeze*), c'est-à-dire nous devenons glacés et nous ne bougeons plus. Ces enfants ont incorporé cela et leur corps est vraiment à soigner par toutes les méthodes que vous pouvez utiliser.

La créativité

La créativité regroupe beaucoup de méthodes : le théâtre, le chant, l'invention d'histoires...

mais aussi tout ce dont la communauté à laquelle appartient l'enfant dispose déjà, comme des berceuses ou des chants qui peuvent calmer un bébé qui a vécu des moments traumatiques, des massages, des bercements, des techniques d'emballage, etc.

La créativité propre de l'enfant, qui se raccroche à la question de l'école, mais pas uniquement, doit être soutenue. Il faut aider

l'enfant à accéder à des lieux où il puisse faire des arts plastiques, de la danse, du sport. Ils y arrivent dans la plupart des cas, mais pas toujours, et ce sont des choses qu'il faut essayer de développer avec eux. C'est ce que nous essayons de développer dans l'humanitaire actuellement, ce que l'on nomme du terme *psychosocial*. Cette approche psychosociale repose sur des bases communautaires, dont l'application est difficile pour les populations hétérogènes accueillies en France.

Apprendre aux/des écoliers primo-arrivants, le groupe Zoom, Hélène Asensi et Élisabeth Perrin

Hélène Asensi, pédopsychiatre, CMPP et CHU de Clermont-Ferrand, association Cantara Grem

Le temps d'une année scolaire, un petit groupe de professeurs des écoles, de psychologues, de médecins scolaires, de pédopsychiatres, a attentivement examiné l'évolution d'une cohorte anonyme de 15 écoliers primo-arrivants bénéficiant d'heures de soutien linguistique. À l'origine de ce groupe, des préoccupations convergentes de l'éducation nationale, d'une part, et des pédopsychiatres, d'autre part, au sujet de l'extrême difficulté pour évaluer les difficultés dans les apprentissages de certains écoliers primo-arrivants. Cela avait comme conséquence de soulever le risque de « surqualification » de ces tableaux et d'envisager des orientations inadaptées vers des dispositifs dédiés.

Cette observation « à la loupe » de la vie scolaire de ces enfants, aux histoires diverses et souvent mouvementées, a révélé aux uns et aux autres les richesses et les complexités ; mais aussi les manques et les balbutiements de nos dispositifs respectifs. Alors que les plus inquiétants nous rassuraient au bout de quelques semaines ou « disparaissaient » au fil de leurs exils et que survenaient chez d'autres de nouvelles difficultés, toutes les pistes cliniques ont été débattues. Les praticiens intervenants à l'école ont rencontré les enfants et leurs familles. Des apports théoriques, des lectures communes ont nourri ce groupe.

Finalement, l'évolution de cette cohorte, bien sûr trop petite pour être « scientifiquement » représentative, serait plutôt rassurante. Nous aurons cependant repéré de concrètes pistes d'améliorations de nos dispositifs indispensables à ces élèves si vulnérables, cohérentes avec des travaux et actions contemporains, dont nous pourrions débattre.

À l'origine de ce travail est une rencontre en 2016 avec divers partenaires de l'Éducation nationale et du soin, pour « mettre à plat » une crainte partagée. Au cœur d'une population d'enfants et d'adolescents « primo-arrivants »,

scolarisés et accompagnés par les dispositifs dédiés de l'agglomération, un certain nombre sont orientés vers les dispositifs de pédopsychiatrie avec une demande précise : évaluer des difficultés dans les apprentissages scolaires afin de valider l'hypothèse d'une orientation vers un dispositif d'éducation spécialisé, tel que les unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sesad), ou les instituts médico-éducatifs (IME).

Nous précisons que la mise en place de ces prises en charge ne se fait qu'après examen d'un dossier par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Le dossier est rempli par la famille, l'école et doit contenir un certificat médical, préférablement rempli par un pédopsychiatre, argumentant ce choix. Il s'agit donc avant tout de convenir que les troubles de l'enfant se qualifient comme handicap.

Nous précisons aussi que les familles et les professionnels de l'Éducation nationale se heurtent fréquemment aux délais des consultations, les certificats étant alors établis par les médecins scolaires ou les médecins généralistes.

Quoi qu'il en soit, nous rencontrons alors des enfants présentant des troubles psychiques conséquents, inscrits dans des histoires d'une complexité rare, mis sur la voie de dispositifs dédiés aux enfants présentant une déficience intellectuelle. Il s'agit cependant d'enfants « empêchés » de façons plus ou moins durables dans leurs apprentissages et non qualifiables de porteurs de handicap.

La perspective de ces « erreurs » d'orientations, illustrées par quelques histoires emblématiques, peuvent provoquer un sentiment d'injustice, bien sûr chez l'enfant, sa famille et aussi chez les professionnels. Cela peut surtout créer des inquiétudes pour la suite

du développement psychoaffectif du sujet concerné. Il faut bien avoir en tête que nos pratiques professionnelles de soin, d'éducation et d'instruction des enfants sont profondément conditionnées par nos cultures professionnelles et notre culture tout court, soient caractérisées par moult implicites, non dits, stratégies, dans les rapports humains ; très puissant lorsqu'il s'agit d'aborder un sujet aussi délicat que l'intelligence actuelle et à venir d'un enfant. Ainsi, moult précautions et subtilités de langage : il ne s'agit pas de personnes « handicapées » mais de « personnes porteuses de handicaps », il ne s'agit pas d'être « exclu des dispositifs ordinaires » mais de « bénéficier d'inclusion dans des dispositifs adaptés », etc. Ces précautions de langage sont destinées à atténuer les chocs, mais elles sont difficiles à traduire et à transmettre dans une situation transculturelle.

Les enfants dont nous parlons, lors de leurs rencontres avec notre langue et notre système scolaire, double gageure, bénéficient d'un sas (qui sera présenté par Élisabeth Perrin) principalement constitué par une évaluation initiale puis par des heures de soutien linguistique. Parfois, à la sortie de ce sas, l'enfant se révèle encore très empêché dans ces apprentissages dans l'école française. À cet instant se concentre une foule de difficultés :

- les outils d'évaluations cognitifs et de développement du langage sont à l'heure actuelle inexistant pour des enfants allophones¹⁰, les psychologues scolaires en savent quelque chose ;
- les délais d'attente pour toutes les consultations en CMP et en CMPP. Ces lieux de consultations « publiques » ou équivalent étant indispensables du fait de la pluridisciplinarité des évaluations, du support nécessaire des assistants sociaux, etc. ;

- des difficultés identiques rencontrées par ces équipes au sujet des outils d'évaluations ;
- des difficultés d'accès aux rééducations en orthophonie, parfois essentielles ;
- enfin pour tous, des difficultés à rencontrer ces enfants et leurs parents du fait de la langue. Ainsi, sur les 16 situations de ce petit groupe, seuls 6 enfants ont un adulte référent pouvant échanger en français avec l'école.

À partir de cet état des lieux alarmant, nous avons décidé de nous atteler à la tâche et nous avons constitué un petit groupe de professionnels de l'enseignement et du soin concernés. Nous avons observé « à la loupe » la vie scolaire, dans toutes ses dimensions, d'un petit groupe de 16 élèves, anonymement présentés par leurs quatre, puis cinq enseignantes en soutien linguistique intervenant dans l'agglomération clermontoise.

Avant que la constitution et la dynamique de ce groupe de professionnels soit présentée, voici quelques données biographiques et sociologiques de cette petite cohorte d'enfants. Je rappelle le souci de respecter l'anonymat de cette cohorte, une restitution de données n'autorisant pas d'identification de ces enfants et de leur famille. Chacune des quatre enseignantes a présenté quatre situations estimées « caractéristiques » de ces parcours, de façon très libre et donc subjective.

Cette cohorte, par son volume et sa constitution, ne peut être donc considérée comme « scientifiquement représentative », notre intention et notre démarche non plus.

Il s'agit de sept garçons et neuf filles entre 5 et 10 ans ; majoritairement des 8-9-10 ans. Trois d'entre eux vivent avec des adultes autres que leurs parents (grands-parents, oncles, tantes), ces derniers étant restés dans le précédent pays de résidence, ou dans leur pays d'origine.

¹⁰ Allophone : dont la langue maternelle est une langue étrangère dans la communauté où la personne se trouve.

Pour sept d'entre eux, le pays de résidence précédent n'est pas le pays d'origine des parents. Nombre d'enfants sont arrivés ces dernières années à Clermont-Ferrand inscrits dans ce type de parcours : il s'agit d'enfants nés, et donc scolarisés en Italie, parfois en Espagne, issus de familles originaires du Maghreb ayant décidé de s'installer en France pour au moins un des deux parents. Ces enfants arrivent donc dans des écoles de langues françaises avec une langue de la famille, l'arabe ; une langue « première » de l'école, l'italien ou l'espagnol et le français est la plupart du temps une langue présente en filigrane.

Un des enfants est hébergé en Cda. Deux autres enfants vivant dans les mêmes

conditions changeront de département en cours d'année, événement fréquent dans ces situations. Un autre enfant, confié à une tante, partira rejoindre ses parents.

Ces enfants ont des familles majoritairement issues d'Afrique du Nord, via l'Europe latine ; et pour les autres d'Afrique du Nord, de l'ouest, centrale ; du Caucase ; des Balkans, d'Amérique du Sud et d'Extrême-Orient.

Seuls deux d'entre eux n'auraient pas ou peu été scolarisés avant leur arrivée en France, et ce bien sûr pour le plus jeune du groupe.

Pour la grande majorité, aucune difficulté notable n'a été rapportée dans leur scolarité antérieure.

Élisabeth Perrin, Conseillère pédagogique pour des élèves à besoins éducatifs particuliers

Le groupe Zoom a réfléchi toute une année autour d'une cohorte d'élèves à partir des observations de cinq enseignantes de français langue étrangère (FLE) du département, soit Judith Bayon, Christelle Ceyras, Nathalie Colson, Marie-Odile Eydieux et Caroline Roumy. Nous les remercions pour leur travail et le suivi tout au long de l'année scolaire. Ce sont elles qui chaque jour accompagnent ces élèves pour l'apprentissage de la langue française.

Ce groupe Zoom, qui avait pour objectif de faire focale sur une cohorte d'élèves, s'est retrouvé huit fois afin de faire le point régulièrement sur la scolarisation de ces quinze élèves.

Ensemble, d'horizons professionnels différents, nous nous sommes appuyés sur une fiche d'observation mise à jour régulièrement, retraçant l'histoire du parcours de l'enfant et de sa famille et faisant constat des difficultés, des appuis et des réussites de ces élèves.

Des apports plus théoriques menés par les participants, des lectures d'articles et la réflexion collective nous ont permis de mieux comprendre les conditions d'accueil et de scolarisation de ce groupe d'enfants ciblé dans des écoles de l'agglomération clermontoise.

Pour nous, enseignants, ces échanges croisés nous ont aidés à analyser et à interpréter la capacité des professionnels enseignants à apporter un appui ajusté et pertinent aux difficultés et exigences auxquelles les enfants sont soumis à l'école au regard de leur errance.

En conclusion aux rencontres du groupe Zoom, voici quelques pistes de réflexion :

- la place et le rôle du FLE : la médiation et des facilitateurs peuvent aider les enseignants à connaître les parcours des élèves et de leurs familles ;
- un temps d'autoformation pour chacun des participants afin de se décentrer de sa posture professionnelle ;
- la ré-interrogation permanente et vigilance sur nos propres représentations ;
- la temporalité : laisser du temps aux enfants dans l'espace de l'école pour que s'instaurent la confiance, la compréhension de l'environnement et les apprentissages ;
- réfléchir à l'aide et au soutien apporté régulièrement par les enseignants FLE comme facteur d'insertion et de participation dans l'école avec

- l'apprentissage de la langue et des codes de l'école ;
- il est important de noter que les enseignants méconnaissent les parcours migratoires des familles et de leurs enfants ;
- la place et la parole des familles ;
- c'est une chance et un *plus* de travailler ensemble enseignants, médecins et

- éducateurs de manière collective : une ouverture à nos champs d'intervention professionnelle ;
- l'importance de croiser les regards de différents professionnels pour une meilleure prise en compte des besoins de ces élèves.

Hélène Asensi, pédopsychiatre, CMPP et CHU de Clermont-Ferrand, association Cantara Grem

Au fil de ces quatre rencontres, émaillées de discussions connexes, de présentations théoriques, de parenthèses sur des situations préoccupantes d'autres enfants, se sont dessinés ces parcours scolaires :

- trois enfants, qui alarmaient en début d'année, ont quitté leur école et la ville. Des nouvelles, bonnes, ont pu être prises pour l'un ;
- pour deux enfants, un maintien dans la même classe sera proposé et accepté par la famille. Une jeune fille passera en 6^e malgré les recommandations de l'école de refaire un CM2 ;
- un garçon reste dans son cursus, mais une orientation vers un dispositif Ulis est à envisager ;
- les autres enfants suivront un cursus ordinaire dans leur tranche d'âge.

Donc, aucun de ces enfants n'illustre à ce jour les situations qui nous avaient alarmés au tout départ de ce travail et tant mieux. Nous pouvons supposer deux raisons à cela :

- un petit effet du groupe de travail « Zoom ». Ces enfants ont peut-être bénéficié d'une attention autre au cours de l'année du fait de leur appartenance à ce groupe, non pas au travers de l'enseignement dispensé, mais des regards, des préoccupations, des discussions en « off ». Cet effet est invérifiable, seuls les enseignants du groupe peuvent éprouver et commenter ;

- probablement, un effet aléatoire, non représentatif de ce groupe.

Revenons sur la situation du seul petit garçon pour lequel les difficultés dans les apprentissages pourraient s'inscrire dans un registre de handicap. Plusieurs professionnels du groupe, enseignant, médecin et psychologue scolaire, l'ont longuement rencontré, lui et sa famille. Malgré les difficultés d'évaluations liées à la langue, cet enfant présente un profil cognitif plutôt atypique, mais cohérent avec des empêchements graves et durables dans les apprentissages. Il présente par ailleurs quelques anomalies morphologiques qui mériteraient des explorations neuropédiatriques et génétiques. Mais surtout, son arrivée dans cette école est l'aboutissement d'une histoire chaotique entre l'Europe et une zone de conflit en Afrique, semée de secrets et de trous laissant douter de son identité même. Enfant grandissant avec des adultes qui ne sont pas ses parents et dans l'incapacité, pour de multiples raisons, de raconter son histoire.

C'est d'ailleurs ce qui caractérise nombre de ces enfants ; l'impossibilité pour les adultes et l'école de connaître le minimum, l'essentiel de leur histoire avant d'arriver dans une école. Incapacité principalement liée à l'obstacle de la langue. Cet obstacle est très facile à lever par l'intervention d'interprètes. Mais aussi, incapacité liée à la méconnaissance, souvent profonde, des parents de nos dispositifs scolaires, pour certains impressionnants. Cela peut être en lien avec les rapports qu'ont

entretenu, ou pas, ces parents avec des dispositifs culturellement très éloignés, notamment dans les rapports entre « maître et élève ». Il faut noter que le modèle occidental contemporain de l'enseignant bienveillant, à l'écoute, collaborant avec les parents et loin d'être un modèle mondialement dominant. Il s'agit là d'un petit bout des aspects « transculturels » de la rencontre entre l'enseignant, les parents et les enfants ; et de l'immense champ du contre-transfert culturel qui anime tous les professionnels de l'école et d'ailleurs, à leurs dépens. Sont en jeu tous nos systèmes de représentation de l'enfance, de l'éducation, de l'instruction, des rapports aux savoirs et aux pouvoirs, représentations des destins, de l'égalité et de la différence entre humains... Tout cela se joue précisément dans ces rencontres. Ces échanges sont donc « minés » d'implicites culturels, de part et d'autre, et donc de risques de malentendus culturels qui peuvent être particulièrement délétères dans ces affaires scolaires :

- au-delà de ces aspects transculturels, nous devons toujours avoir en tête combien dans un parcours migratoire la réussite scolaire peut devenir pour les adultes un enjeu majeur, au travers des enfants qui souvent l'endossent, parfois le contestent ou le subissent ;
- il faut aussi avoir en tête ce qui peut se rejouer dans une école, tels que des conflits géopolitiques entre communautés, conflits anciens ou contemporains ;
- et enfin, convenir des histoires et problématiques personnelles portées par ces enfants et leurs familles. Ces parcours de vie, émaillés de ruptures, secrets, deuils, conflits, sont souvent devinés par les enseignants plus qu'explicités.

Tout le monde s'accorde à observer que les enfants présentant des parcours de vie d'un extrême chaos qui se posent dans un pays et une école d'accueil peuvent développer des capacités d'apprentissages, notamment de la langue, de l'ordre de la prouesse cognitive. Les

cliniciens sauront être attentifs à ce « phénomène » de suradaptation et de défense ; masquant ou retardant parfois l'expression des souffrances.

Nous savons par ailleurs combien les difficultés face aux apprentissages peuvent avoir bien d'autres sources que la déficience ou les « dys » ; mais aussi combien l'anxiété, la dépression, les troubles post-traumatiques peuvent avancer, masqués en déficience ou dys, masques d'autant plus efficaces que les outils d'évaluations ne seront pas adaptés.

Les quelques études qualitatives (et non quantitatives) emmenées récemment sur la question en France convergent toutes dans le même sens : nous connaissons tous les enjeux de la réussite scolaire, enjeux individuels et collectifs, qui se déclinent pour tous les enfants, quel que soit leur parcours.

Individuellement, pour les enfants très troublés psychiquement et évoluant dans un système familial désorganisé, tels que le sont souvent les enfants primo-arrivants, la rencontre avec l'école est souvent de l'ordre d'un grand désordre : lacunes, inadaptations parfois dans les comportements très alarmants, si nous nous référons aux critères ordinaires. Or, beaucoup de ces enfants et leur famille ne sauront pas interpréter dans un premier temps les inquiétudes, les recommandations de l'école et le feront sur un mode défensif ou déprimé. Par contre, tous se saisiront d'un discours positif, d'espoir, à restituer dans ces parcours de vie.

Nous concluons en promouvant deux « innovations » récentes issues de la recherche clinique en psychiatrie transculturelle :

- ELAL : *ELAL d'Avicenne : évaluation langagière pour allophones et primo arrivants*. Cet outil est très prometteur. À l'usage des enseignants, orthophonistes, psychologues et médecins, associés à des interprètes et impliquant les parents, cet outil permet une fine analyse du développement du langage de l'enfant dans deux langues. Il permet également d'étudier son

rapport à chacune d'entre elles, analyse indispensable à la compréhension des processus d'apprentissages ;

- un dispositif de médiation à l'école, *Metisco*, mis en place par le centre *Babel*. Ce dispositif est constitué d'une équipe de psychologues et

d'enseignants-chercheurs de diverses disciplines des sciences humaines, spécialistes de l'approche transculturelle et de la réussite éducative, mise au service de l'Éducation nationale, de la maternelle au lycée dans toute l'Île-de-France.

Penser le soin des enfants réfugiés. Une consultation d'ethnopsychiatrie au CHU de Clermont-Ferrand, Hélène Asensi

Hélène Asensi, pédopsychiatre, CMPP et CHU de Clermont-Ferrand, association Cantara Grem

Cette consultation existe depuis 2005 et est basée dans l'unité de périnatalité et de soins ambulatoires pour jeunes enfants (Upsaje) du service de psychiatrie de l'enfant et adolescent du CHU de Clermont-Ferrand. Une vacation de pédopsychiatre formé, adossé à l'équipe préexistante de l'Upsaje, est mise à son service. Le CHU a attribué une ligne budgétaire de financement d'interprètes assermentés.

Ses objectifs et fonctionnements se réfèrent au modèle de consultation transculturelle créé il y a une trentaine d'années à l'hôpital Avicenne, sous l'égide de Serge Lebovici, par Tobie Nathan, puis Marie-Rose Moro et ayant essaimé depuis sur une dizaine de sites. Ces dispositifs de seconde ligne sont dédiés à des patients et leur famille lorsqu'il est repéré que l'expression de leurs troubles, d'une part, et leurs processus de soins, d'autre part, sont intimement liés à leur culture d'origine et nécessitent une prise en compte clinique des processus psychiques en lien avec leur culture, leur famille, leur communauté et leur histoire par définition marquée par l'exil. Le cadre théorique se réfère initialement et encore fondamentalement aux travaux de Georges Devereux sur l'ethnopsychanalyse ; enrichis au fil des décennies sur le mode du *complémentarisme*, c'est-à-dire sur l'alliance des avancées de la psychanalyse, la psychologie, l'ethnologie, l'anthropologie, la linguistique, la sociologie... au service de la compréhension des désordres mentaux. Le dispositif développé à Avicenne est une consultation de groupe de thérapeutes, pour certains d'entre eux issus d'une culture autre, mettant au service du patient et de sa famille leurs savoirs et leur diversité, favorisant ainsi l'émergence du décentrage culturel. La position psychique du thérapeute et du groupe autorise la mise en route des processus thérapeutiques, notamment l'énonciation des théories étiologiques et autorisera aux cliniciens un regard permanent sur les processus liés au contre-transfert culturel.

À Clermont-Ferrand, l'application est modeste en temps dédié et en dispositif, qui se limite à un clinicien avec la plupart du temps un interprète, parfois un médecin en formation.

Depuis 2005, nous comptons 186 patients reçus, soit 1 392 consultations. Sur ces 7 dernières années, une consultation a lieu tous les 2 mois en moyenne, nous comptons 25 nationalités différentes. Les enfants accueillis sont majoritairement, à 70 %, des enfants de parents demandeurs d'asile, en cours de procédure ou déboutés, c'est-à-dire vivants en Cada ou logés par le 115 sur l'agglomération clermontoise. Ces dernières années, de plus en plus de mineurs non accompagnés, en foyer ou sans domicile, se présentent.

Les enfants relevant de situations plus exceptionnelles sont aussi reçus : dans le cadre d'adoptions internationales, ou des enfants issus des communautés de migrations « traditionnelles » en Auvergne (Turquie, Afrique de l'Ouest, Maghreb). Ils sont souvent adressés pour des troubles du langage et/ou des apprentissages scolaires.

Concernant les enfants réfugiés, une forte prévalence, qui s'est installée au fil des années et de façon stable depuis une dizaine d'années, est constatée dans toutes les consultations équivalentes. Elles sortent la plupart du temps du cadre, car elles sont souvent de première intention et modifient fortement le cadre.

Il n'existe actuellement aucune étude sur la santé mentale des enfants réfugiés sur notre territoire ; les observateurs dont nous faisons partie ont cependant la certitude :

1. d'une incidence de trouble bien supérieure à la population ordinaire ;
2. de survenue de troubles bien plus intenses que sur une population ordinaire de consultation en pédopsychiatrie ;

3. de difficultés parfois insurmontables pour une mise en place ordinaire de soins.

Il ne s'agit pas d'une clinique exceptionnelle, mais d'une clinique de l'exceptionnel : la gravité des événements de vies, la gravité des troubles, la précarité des conditions de vie, le pourcentage de parents eux-mêmes bien malades, la difficulté des consultations en lien avec les langues et l'intensité émotionnelle sont omniprésents dans ces consultations.

Les tableaux cliniques observés sont principalement des troubles réactionnels à des événements exceptionnels. Ils sont très distincts de notre clinique ordinaire et de notre

quotidien et sont donc souvent irréprésentables pour le clinicien (actes de guerres, tortures, etc.) contrairement à des consultations plus « ordinaires » pour des troubles secondaires – deuils, séparations, maladies graves, AVP, etc.

La narration de ces événements par la famille est souvent singulière en soi. Parfois atténués, dissimulés, avec la conviction qu'un enfant petit ne se souvient pas et qu'il lui serait préjudiciable de les remémorer, alors que les symptômes sont très évocateurs de leur empreinte. Parfois amplifiée par les troubles des parents, la narration provoque des réviviscences traumatiques en cours de

Anna (prénom anonymisé), 10 ans, réside en France depuis 6 mois. Elle est adressée par l'école et les travailleurs sociaux qui accompagnent la famille pour des difficultés d'apprentissages de la langue française, un trouble du langage évoquant un bégaiement. Anna et sa famille sont originaires d'une petite république du Caucase, nous ne disposons pas d'interprète dans sa langue et consultons avec une interprète en langue russe. La mère d'Anna, russophone, traduira à sa fille. Alors qu'Anna avait 5 ans, son père a été brutalement enlevé par des hommes masqués devant toute sa famille. Anna, qui présentait jusque-là un développement harmonieux, s'est arrêtée de parler pendant quelques jours puis a recommencé à parler avec un bégaiement tonique majeur.

La consultation en trois langues permet de reprendre cette anamnèse, mais isole Anna, sa mère n'arrivant pas à traduire à sa fillette sans associer toute une série d'injonctions à être sage, s'exprimer... Vu seule, Anna présente un niveau de compréhension en français conforme à ses 6 mois d'apprentissages, mais est rendue quasiment mutique par ce bégaiement qui lui empêche tout « exercice » de la langue. Le seul mot qu'elle prononcera avec fluidité est « merci ». Nous lui proposons de dessiner une évocation de son pays, et constatons un graphisme un peu sommaire, mais un contenu riche, complexe, autorisant un récit en français très aléatoire, mais plus fluide, se heurtant à des impasses langagières insurmontables. Nous finissons par comprendre qu'il s'agit d'une scène de pique-nique, en famille. Une partie de la page est occupée par ce qui semble être une cage, une porte grillagée. Anna s'obstine et fait comprendre qu'il s'agit de la nappe. Lorsque nous expliquerons par la suite à la mère, avec le tact de l'interprète, qu'il est fondamental de juste traduire nos questions sans les assortir d'injonctions pour rompre ce grand isolement, Anna pourra parler des cauchemars où elle revoit à l'identique l'intrusion des hommes avec des armes, pleurera alors discrètement sans que sa mère, elle-même débordée émotionnellement par cette évocation, ne semble s'en rendre compte.

Pour les consultations à venir : nous recevrons cette mère seule pour reprendre les éléments d'anamnèses « masqués » et évoquer ses propres difficultés. Nous orientons Anna vers un orthophoniste pour tenter d'aborder ce bégaiement et lui proposons de la recevoir régulièrement seule en précisant que nous savons maintenant que nous arriverons toujours à nous parler en dessinant. Nous avons en tête que si ce setting reste trop éprouvant, nous proposerons à Anna un groupe thérapeutique.

consultations, à l'image de ce qu'il peut se passer dans le confinement de ces familles.

Les tableaux de dépressions du nourrisson et de l'enfant, de troubles anxieux sévères, de mutismes, de troubles du comportement, de pseudo-déficiences, de troubles du spectre autistique, c'est-à-dire des tableaux ordinaires de nos consultations, seront toujours à mettre en perspective avec l'hypothèse d'une symptomatologie post-traumatique. La plupart du temps, cette hypothèse repose sur la connaissance d'un événement traumatique compatible, relaté par l'enfant, relaté et souvent partagé par sa famille. Des situations plus délicates de ruptures familiales sans

connaissance des antécédents de l'enfant doivent conduire à travailler cette hypothèse avec beaucoup de précautions.

En conclusion, nous précisons que malgré l'obstacle de la langue et de la situation transculturelle, le diagnostic des troubles présentés par ces enfants n'est pas une difficulté surajoutée par rapport à nos consultations ordinaires. Les réelles difficultés résident dans le manque de dispositifs dotés de moyens indispensables, tels que la présence d'interprètes professionnels, et les innombrables obstacles aux soins liés à la précarité des conditions de vie de ces enfants.

TROISIÈME TABLE RONDE : L'ACCOMPAGNEMENT DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

Discutants : Maëlle Gouriff, Coordination régionale des PASS/ARS Auvergne-Rhône-Alpes et Roman Pétrouchine, pédopsychiatre à l'Orspere-Samdarra

Enjeux de l'accueil et de la prise en charge des mineurs non accompagnés en France, Laurent Delbos

Laurent Delbos, responsable plaidoyer, Forum Réfugiés Cosi

Lorsque nous parlons de « mineurs non accompagnés » – que nous appelions encore il y a quelques années les « mineurs isolés étrangers » – nous parlons de personnes de moins de 18 ans. Le terme « étranger » renvoie à une personne qui n'a pas la nationalité française. Le terme « isolé » renvoie à des personnes qui n'ont pas de représentants légaux à leurs côtés. Il ne s'agit pas forcément de jeunes qui sont isolés au sens premier du terme, cela peut être des jeunes qui sont avec des adultes. Cependant, dès lors que ces adultes n'ont pas un titre pour assurer la représentation légale sur ces jeunes, ces derniers sont considérés comme des « mineurs isolés étrangers » ou « mineurs non accompagnés ».

En 2017, 14 908 mineurs non accompagnés ont été pris en charge par les services d'aide sociale à l'enfance en France métropolitaine. À la fin de l'année 2017, au 31 décembre, il y avait 21 013 mineurs non accompagnés qui étaient pris en charge par les conseils départementaux en France. Il faut distinguer ces chiffres : le nombre d'arrivée sur une période du 1^{er} janvier au 31 décembre est différent de celui du nombre de mineurs présents en fin d'année, puisqu'entre-temps des jeunes ont pu partir et/ou devenir majeurs.

Au 30 novembre 2018, selon les chiffres du Ministère de la Justice, 15 357 mineurs non accompagnés ont été confiés à des services

d'aide sociale à l'enfance – nous observons une légère augmentation. L'année 2018 devrait se terminer avec environ 16 000 mineurs non accompagnés. Nous resterons donc sur le même niveau d'arrivée de ces jeunes que l'année dernière. Parmi les 15 357 pris en charge par l'Ase sur toute la France, en regardant les détails par département, 142 mineurs non accompagnés ont été admis à l'Ase au 30 novembre dans le Puy-de-Dôme.

Un enjeu principal est l'accès à la protection de l'enfance. Pour ces jeunes, mineurs et non accompagnés, sans représentants légaux, nous considérons que ce sont des enfants en danger au sens du droit français, ce qui renvoie au cadre de l'article 375 du Code civil qui définit l'enfance en danger. Ils sont en danger du simple fait d'être mineurs et sans représentants légaux qui puissent veiller sur leur sécurité, leur santé, leur moralité. La situation même des mineurs non accompagnés révèle un danger et donc un besoin de protection. Tout l'enjeu va être de déterminer si ces jeunes sont ou ne sont pas mineurs.

Un des autres enjeux va être de déterminer si ces jeunes sont isolés. En réalité, il n'y a pas vraiment d'enjeux autour de l'isolement puisque, selon les textes, dès lors que le jeune se présente seul et qu'il n'y a personne à côté de lui qui se présente comme son représentant légal ou qui exprime le souhait de devenir son représentant légal, le jeune doit être considéré

comme isolé. Contrairement à ce qui se fait dans certains territoires et dans certains services, nous ne pouvons pas dire aux jeunes qu'ils sont attendus par des adultes et donc qu'ils ne sont pas isolés. Dès lors que le jeune se présente seul et demande protection, la question de l'isolement n'est pas une question qui peut être discutée à ce stade (elle pourra l'être au cours de la prise en charge).

La question de la minorité est centrale. Pour déterminer la minorité, un parcours d'entrée dans la protection de l'enfance spécifique à ces jeunes a été mis en place. C'est un parcours qui a été établi en 2013 et qui a été consolidé par des textes en 2016. Il prévoit tout d'abord que ces jeunes se présentent auprès d'un service de l'ASE du département. Celui-ci doit, en premier lieu, faire une évaluation sociale de la minorité et de l'isolement du jeune.

L'évaluation sociale a été établie en 2013. Avant cela, il n'y avait pas de méthode d'évaluation. Chaque département faisait donc à sa manière et nous nous retrouvions avec des recours très fréquents – ou systématiques parfois – à des méthodes médicales. Nous nous sommes rendu compte, après de nombreux avis divers et variés, que ces méthodes médicales n'étaient pas pertinentes pour déterminer à elles seules la minorité ou l'isolement des jeunes. Les services de l'État ont regardé les bonnes pratiques sur la question de l'évaluation de la minorité dans les autres pays. La méthode la plus intéressante était de mener une évaluation sociale. Cela fait aujourd'hui référence à une évaluation cadrée par plusieurs textes. Le texte fondamental, la clé qui indique en détail la manière dont cette évaluation doit être menée, est l'arrêté du 17 novembre 2016.

Cette évaluation sociale consiste à faire un entretien et à évaluer la situation du jeune au regard de son récit et de ce qu'il va dire sur plusieurs items, prévus par l'arrêté de 2016. Les items questionnés sont, par exemple : l'acte d'état civil possédé et comment il a été obtenu ; la composition familiale : la localisation des frères et sœurs, des parents, leur âge, s'ils sont au pays, les liens avec la famille ; la scolarisation

dans le pays d'origine ; le travail ou non ; l'autonomie ; le déroulement du parcours migratoire... Les différents items ont comme objectif de recueillir un certain nombre d'informations et d'interroger si l'âge allégué par le jeune et les faits énoncés sont cohérents et compatibles.

Cette évaluation sociale doit être menée dans un délai de cinq jours, qui correspond au délai dont dispose le département pour mettre à l'abri le jeune sans avoir besoin d'un relai de l'autorité judiciaire. Cela renvoie au droit commun de la protection de l'enfance : l'ASE peut accueillir un jeune, le mettre à l'abri sans avoir besoin d'un relai judiciaire sur une période de cinq jours - article L223-2 du Code de l'action sociale et des familles.

Lorsque le jeune se présente auprès d'un service de l'ASE, le département doit premièrement prononcer une mesure L223-2 d'accueil provisoire d'urgence pour mettre le jeune à l'abri. Un délai de cinq jours est normalement laissé pour évaluer la situation de ce jeune – car il existe un écart important entre ce cadre et la pratique. Très peu de départements sont aujourd'hui en mesure de mettre en place ce dispositif qui consiste à accueillir un jeune, le mettre à l'abri et, pendant cette période-là, en profiter pour s'entretenir avec le jeune. L'intérêt de cette mise à l'abri préalable est de ne pas convoquer directement le jeune en entretien dans un bureau pour qu'il raconte son histoire. En le mettant à l'abri, une relation de confiance peut se construire avec ce jeune pour qu'il comprenne dans quel cadre il est. Quelques jours plus tard, l'entretien est réalisé. Un deuxième entretien peut être réalisé à J+4 ou J+5. Un délai de cinq jours permet d'étayer l'évaluation sociale qui est complexe et qui ne peut se faire sur un entretien d'une demi-heure ou d'une heure, comme cela se fait dans certains lieux, et sans l'hébergement qui va avec cette évaluation sociale. Au terme des cinq jours, le Conseil départemental peut donner une suite à cette prise en charge en saisissant le parquet. Si le parquet estime qu'il y a encore des éléments qui doivent être approfondis pour mener l'évaluation, il peut

mener des investigations complémentaires. Il peut, par exemple, demander l'authentification des actes d'état civil. Pour cela, le parquet se rapproche des services de police, spécifiquement de la police aux frontières, qui a un bureau sur la fraude documentaire. Ce service permet de savoir si les actes des jeunes sont authentiques ou non.

Néanmoins, l'authentification des actes d'état civil ne permet pas de tout régler. Par exemple, un jeune peut avoir des actes authentiques mais non rattachés à lui, ou il peut ne pas avoir des actes authentiques, mais malgré tout être mineur... Il est inscrit dans le droit français qu'il y a une présomption d'authenticité des actes d'état civil présentés par le jeune (art. 37 du Code civil).

Le parquet peut également demander des examens médicaux pour approfondir la situation des jeunes. Ces examens médicaux, selon ce qui a été précisé dans la loi de 2016, ne peuvent être réalisés qu'en dernier ressort avec le consentement du jeune. Ils ne peuvent pas être réalisés à l'arrivée du jeune. Une évaluation sociale et une authentification des actes d'état civil, si le jeune en possède, doivent préalablement être faites. En 2016, des garanties ont été posées sur ces examens médicaux.

Avec tous ces éléments, le parquet peut décider soit de mettre fin à la prise en charge, s'il estime à son niveau qu'il n'y a pas de raisons de considérer ce jeune mineur, soit décider de transmettre le cas au juge des enfants pour que le jeune soit pris en charge et pour qu'une mesure d'assistance éducative soit prise sur le long terme.

Le parcours de demande de prise en charge peut s'arrêter au niveau du Conseil départemental, du parquet, ou du juge des enfants. En effet, lorsque le juge des enfants reçoit le dossier, il peut demander une nouvelle fois un examen médical ou autre s'il n'est pas convaincu de la situation du jeune. Cela est assez compliqué pour ces jeunes puisqu'ils replongent dans une incertitude qui peut être parfois très longue, jusqu'à ce qu'il soit

déterminé par les services s'ils sont éligibles à la protection de l'enfance ou non.

Les jeunes peuvent également directement saisir le juge des enfants et sans être obligés de passer par le circuit administratif de l'Ase. Les jeunes s'inscrivent d'abord dans un circuit administratif et s'il y a un refus, le juge des enfants peut être directement saisi pour avoir un autre regard sur leur situation. Dans ce cas précis, il ne s'agit pas réellement d'un recours, car c'est une autre voie d'entrée dans la protection de l'enfance qui est la saisine directe du juge des enfants. Cette voie n'est pas utilisée en premier par les jeunes, parce que cela ne leur permet pas une prise en charge rapide et immédiate. Le juge des enfants prend souvent plusieurs semaines ou mois avant de statuer sur la situation du jeune. Contrairement à la sollicitation de l'Ase, qui permet normalement une mise à l'abri immédiate et une continuité après dans la prise en charge, la saisine du juge des enfants ne permet pas cela.

Dans le cadre de l'évaluation sociale du jeune, et s'il bénéficie d'une prise en charge pendant cinq jours par le département – à hauteur de 250 euros par jour et par jeune –, celle-ci est intégralement financée par l'État. Les départements n'ont donc aucune raison budgétaire de refuser une mise à l'abri des jeunes pendant ces cinq jours. Toutefois se pose la question de la disponibilité des places au sein du département.

Une fois que le jeune est considéré comme mineur, il peut être réparti dans un autre département. C'est aussi une innovation qui a été instaurée en 2013 et consolidée en 2016. Avant de prendre une mesure de placement durable, les autorités judiciaires doivent saisir une cellule du ministère de la Justice qui indique dans quel département les jeunes doivent être placés à partir d'une clé de répartition qui a été établie. Le juge des enfants, ici dans le Puy-de-Dôme, peut, par exemple, dire qu'il a dépassé la part de jeunes qui doivent être accueillis et donc placer ce jeune dans un autre département, qui sera indiqué par le ministère de la Justice. Le système de répartition permet

que la prise en charge durable de ces jeunes ne pèse pas uniquement sur certains départements, mais qu'elle soit répartie dans l'ensemble des départements.

Cette présentation de l'accès à la protection de l'enfance illustre la complexité du parcours mais aussi les écarts qu'il peut y avoir entre le parcours théorique et le constat en pratique dans les départements. La plupart des départements ne suivent pas ce cadre qui est pourtant intéressant et permet une mise à l'abri rapide puis une évaluation intéressante dans son contenu. Malheureusement, nous pointons souvent un écart dans la pratique et dans la façon dont est conçue cette évaluation qui implique un regard pluridisciplinaire. Évaluer l'âge et la minorité d'un jeune n'est pas un métier traditionnel du travail social. L'évaluation des jeunes nécessite des compétences à la fois géopolitiques, psychologiques, d'entretiens avec les mineurs, juridiques... L'évaluation est un outil complexe avec lequel les départements sont parfois démunis ou ne sont pas soutenus pour la mise en place de ces évaluations par les services de l'État.

Ce parcours est malheureusement marqué par un grand nombre de difficultés en pratique. Les jeunes se trouvent dans un parcours d'admission à la protection de l'enfance qui est très long et très complexe, avec des phases d'incertitude avant que la prise en charge soit validée.

Nous pouvons identifier un grand nombre d'autres enjeux autour des mineurs non accompagnés, comme la scolarisation, l'accès à la santé ou à un tuteur... Après ce focus sur l'accès à la protection de l'enfance, j'ai choisi d'aborder brièvement la question du statut et du droit au séjour.

Tant que ces jeunes sont mineurs, la question du droit au séjour n'est pas problématique puisque le droit français n'impose qu'aux étrangers âgés plus de 18 ans d'avoir un titre de séjour. Cela signifie que les mineurs sont en situation régulière du simple fait de la minorité, ils ne sont donc pas tenus d'avoir un titre de

séjour. Cela veut aussi dire que nous ne pouvons pas considérer ces jeunes comme des sans-papiers ou comme des clandestins puisqu'ils sont en situation régulière sur le territoire jusqu'à l'âge de 18 ans.

Lorsqu'ils deviennent majeurs, plusieurs situations se présentent. La suite de la prise en charge des jeunes dépend et est lié à la date de prise en charge à l'Ase. Cette question est le point clé pour ces jeunes.

Pour ceux qui ont été pris en charge par l'Ase avant leurs 15 ans, ils peuvent obtenir la nationalité à leurs 18 ans. Ceux qui ont été pris en charge à l'Ase avant leurs 16 ans peuvent obtenir un titre de séjour « vie privée et familiale » de plein droit – avec la preuve de prise en charge avant 16 ans. Ceux qui sont arrivés après 16 ans peuvent être régularisés s'ils sont inscrits, depuis 6 mois au moins, dans une formation destinée à apporter une qualification professionnelle. Ces jeunes pourront obtenir à leurs 18 ans un titre de séjour salarié ou étudiant.

Pour tous les autres, ceux qui ne suivent pas une formation professionnalisante et qui ont 17 ans, se posera à 18 ans la question de la difficulté d'accéder au titre de séjour et donc de poursuivre la prise en charge en France. Cela est compliqué pour les jeunes eux-mêmes et pour ceux qui les accompagnent. Pendant plusieurs mois, voire plusieurs années, des liens se sont construits. Il est difficile pour les professionnels de finalement dire aux jeunes, lorsqu'ils ont 18 ans, qu'ils sont en situation irrégulière et qu'ils doivent vivre dans la clandestinité en essayant de s'en sortir de cette manière ou rentrer dans leur pays d'origine.

Il ne faut pas oublier malgré tout qu'il existe des possibilités en droit français qui permettent l'obtention des titres de séjour indépendamment de la situation des mineurs non accompagnés. Des jeunes peuvent en effet obtenir un titre de séjour « vie privée et familiale » à 18 ans, même s'ils sont arrivés en France à l'âge de 17 ans. Il y a une autre possibilité que je vous cite, pour terminer et pour faire le lien avec l'intervenante suivante :

ces jeunes peuvent être orientés vers la demande d'asile indépendamment de leur âge, car il n'y a pas d'âge pour demander l'asile.

La prise en compte de la vulnérabilité des mineurs isolés étrangers à l'Ofpra,
Coralie Capdeboscq

Coralie Capdeboscq, chargée de mission Vulnérabilités à l'Ofpra

Le travail d'accompagnement et d'étayage fait par les bénévoles du Réseau éducation sans frontières (RESF) autour des mineurs non reconnus, Sylvie Chanselme

Sylvie Chanselme, médecin scolaire et membre du collectif RESF

Médecin à l'Éducation nationale et membre du réseau RESF, je vais présenter dans un premier temps le travail mené par la Ligue des droits de l'homme (LDH), membre du réseau RESF en soutien aux mineurs isolés étrangers. Dans un second temps, je confronterai la situation de ces jeunes à la pratique professionnelle en santé scolaire.

Le Réseau éducation sans frontières

RESF est né en 2004. C'est un collectif composé de mouvements associatifs, syndicaux, politiques, de citoyens, qui militent pour la protection des enfants étrangers scolarisés en France et menacés d'expulsion par des mesures d'éloignement de leurs parents du fait de leur situation administrative. RESF se mobilise aussi pour la protection des jeunes mineurs isolés étrangers arrivant seuls sur le territoire français.

Sur Clermont-Ferrand, la LDH, membre du réseau RESF, assure une permanence pour les mineurs les mercredis après-midi, à laquelle je participe.

Je souhaiterais préciser, afin d'éviter tout malentendu, que l'Aide sociale à l'enfance (Ase), service du Conseil Départemental, sera citée à plusieurs reprises. En aucun cas il ne s'agira de mettre en cause les travailleurs sociaux. Nous sommes conscients des difficultés auxquelles ils sont soumis et du manque chronique d'effectifs. Lorsqu'un jeune mineur isolé arrive à la permanence, nous faisons appel à l'Ase pour qu'il soit mis à l'abri après des mois d'errance et de voyage. Une évaluation de sa minorité doit se faire par ce service. Depuis 2013, l'État français a mis en place un protocole spécifique relatif à la mise à l'abri, l'évaluation et l'orientation de ces jeunes (Circulaire Taubira). Un projet de décret est à l'étude actuellement.

Trois situations peuvent se présenter :

- 1) Certains mineurs sont pris en charge directement par l'Ase, sans que leur état de minorité ait été mis en doute.
- 2) D'autres peuvent rester de deux jours à plusieurs mois dans des hôtels avant qu'un refus de prise en charge ne leur soit signifié. Il est fait appel aux tests osseux qui sont pourtant décriés (par le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, le Comité national consultatif d'éthique, l'Académie nationale de médecine, le Haut Conseil de santé publique). Il est aussi fait appel à la police aux frontières pour vérification des papiers quand ils en ont. À l'issue de cette évaluation, nombreux sont déclarés majeurs.
- 3) Les jeunes sont déclarés majeurs et mis à la rue.

Que faisons-nous ?

Nous aidons ces jeunes à faire reconnaître leurs droits en tant que mineurs :

- par des conseils juridiques et des demandes de comparution devant le juge des enfants avec l'aide d'avocats ;
- par l'obtention de documents d'identité pour l'établissement de leur minorité ;
- par l'accès à la santé et à une couverture médicale par l'aide médicale d'état (AME) dont je m'occupe plus précisément ;
- par un accès à l'éducation : nous nous efforçons de trouver des établissements scolaires d'accueil pour les jeunes mis à la rue. 20 % d'entre eux seulement sont scolarisés, en liaison avec l'éducation nationale.

Pour ceux mis à la rue, un squat géré par un collectif a été ouvert depuis un an. Les conditions de vie y sont précaires. Après une

menace d'expulsion, il semblerait que le squat restera ouvert jusqu'à fin janvier 2019.

Nous cherchons aussi des familles d'accueil pour les héberger. Actuellement, plus d'une centaine de jeunes est à la rue, certains depuis plus d'un an. Grâce au tissu associatif et à des structures institutionnelles, nous pouvons les guider vers différentes formes d'aide. Sans être exhaustive, je citerai : les aides financières ponctuelles, les aides alimentaires, l'accès aux soins et aux lieux d'écoute, l'accès aux transports en commun. Je mentionnerai également le CIO pour l'orientation scolaire.

Pour les jeunes en évaluation de leur minorité, période pendant laquelle ils sont mis à l'abri par l'Ase, je rappelle qu'aucune scolarité n'est possible. Ils n'ont ni aide financière ni accès aux transports. Nous trouvons tous les niveaux scolaires. Cela va du jeune qui n'est jamais allé à l'école à celui qui a étudié plusieurs années. De nombreux cours sont proposés par des militants, des bénévoles et des associations lorsque les jeunes ne sont toujours pas scolarisés. Ils sont ouverts à tous les mineurs isolés non scolarisés à l'abri ou à la rue. Un accès à la culture est recherché par un travail en partenariat avec les médiathèques, les compagnies de théâtre et autres acteurs culturels, ainsi que des temps d'échanges dans les établissements scolaires. Nous pensons aussi au sport.

Le ressenti des jeunes face à leurs conditions de vie

Leur capacité de résilience est mise à mal par les conditions d'accueil qui leur sont faites et la suspicion entretenue à leur encontre. Pourtant, poussés par l'infortune de la vie et la nécessité, il leur a fallu beaucoup de courage pour partir « faire l'aventure » qu'ils savaient dangereuse. Les motivations au départ vers cette Europe fantasmée peuvent être diverses et parfois se conjuguer. Ils peuvent porter l'espoir d'une famille pour réussir en Europe, fuir de mauvais traitements, les violences, les dictatures, les conflits armés ou la misère et l'absence d'avenir. Cet appel au départ touche aussi de jeunes orphelins.

Pendant ce grand voyage, ils peuvent subir les pires traitements : viols, torture, esclavage, emprisonnements, menaces de mort, des séparations, des deuils de frère, de sœur, de compagnons de route.

Lorsqu'ils sont mis à l'abri dans des hôtels parfois pendant des mois, ils n'ont aucun statut (ni mineur ni majeur), manger, dormir est leur quotidien. L'incertitude, l'attente, le sentiment d'impuissance dominant. Ils subissent la situation avec un grand sentiment d'abandon et de négation de leur être et de leurs besoins. Lorsqu'ils sont mis à la rue, leur état de minorité leur ayant été refusé, l'incompréhension et l'amertume sont présentes. Ils vont devoir attendre de longs mois avant d'être entendus par le juge des enfants. Leur esprit est préoccupé par la récupération de papiers prouvant leur minorité. Ceci est sans fin, il en est demandé toujours plus par les autorités judiciaires. Leur droit fondamental est pourtant celui d'être protégé.

Dans nos permanences, l'inquiétude, le désarroi et la colère s'alternent. Les sentiments d'injustice et d'arbitraire sont prégnants. Ils ne comprennent pas pourquoi tout cela, ils disent qu'ils ne sont pas des menteurs, qu'ils n'ont rien fait de mal. Ils disent qu'ils veulent la paix, se sentir en sécurité, que nous sommes tous des êtres humains. Ils voient le temps filer, leurs 18 ans se rapprocher, leurs chances d'aller à l'école et apprendre s'amincir. L'anxiété, le découragement s'accroissent. Ils sont très conscients de la réalité et des épreuves à affronter.

J'ai pu constater des séquelles de traumatismes physiques la plupart du temps suite à des maltraitements ou des violences subies dans leur pays d'origine ou lors du voyage. Ce sont des séquelles de fractures de membres, des luxations récidivantes ou des séquelles ophtalmologiques à type de cécité ou de cataracte post-traumatique. Les symptômes que je rencontre le plus fréquemment sont des troubles du sommeil, de l'appétit, des difficultés de concentration, des céphalées, des douleurs abdominales ou gastriques, une asthénie.

Lors d'échanges avec eux, ils disent avoir la tête qui chauffe, l'impression de devenir fous. Certains disent s'empêcher de penser, de réfléchir pour ne pas s'effondrer. À des degrés divers et après avoir vérifié la non-organicité des symptômes, ils sont dans un état d'insécurité psychique permanent. Cet état est exacerbé chez ceux qui ont subi des violences physiques ou psychiques, surtout en Libye. Ceux-ci peuvent présenter un état dépressif majeur avec des idées suicidaires, un effondrement ou un ralentissement de la pensée. Il faut trouver les mots pour rassurer, faire reprendre confiance, soutenir, accompagner. Des liens ont été tissés avec les différentes structures de soins pour une aide à leur prise en charge médicale ou psychologique.

Par ailleurs, ces jeunes font preuve d'une aptitude à patienter, à gérer leurs frustrations, à faire face à l'adversité, à s'adapter, à prendre du recul qui peut impressionner. Philosophes ou résilients, nombre d'entre eux ont une grande capacité d'humour qui permet de désamorcer les tensions. On ne peut que constater que leur trajectoire de vie leur confère une maturité certaine, ce qui leur est reproché lors de leur évaluation.

En tant que médecin du service de promotion de la santé en faveur des élèves...

Mes collègues et moi-même recevons de jeunes mineurs isolés étrangers dans nos établissements scolaires pour des visites médicales en sections professionnelles (CAP, Bac Pro). Les classes d'UP2A (unité pédagogique pour élèves allophones arrivants) vers lesquelles sont orientés des jeunes pris en charge par l'Ase requièrent également notre attention. Dans notre pratique, cela nous amène à nous assurer que ces jeunes ont accès aux soins et à travailler en lien avec les structures sanitaires, l'hôpital, les médecins libéraux, les éducateurs. Les établissements

scolaires sont ressentis par les jeunes comme des lieux contenant et bienveillants. Les conditions de vie singulières de ces jeunes et l'approche globale de leur santé nous incitent à échanger au sein des établissements avec les infirmières, assistantes sociales, conseiller d'orientation psychologue et la communauté éducative dans son ensemble afin de les accompagner au mieux dans leur scolarité. Les personnels de l'éducation peuvent se sentir démunis face à ces jeunes particulièrement précarisés par les différentes échéances qu'ils doivent affronter, les difficultés auxquelles ils sont confrontés. En effet, lorsqu'ils voient la date anniversaire de leurs 18 ans approcher ainsi que la fin de leur prise en charge Ase faute de contrat jeune majeur, ces jeunes sont préoccupés par la façon dont ils vont pouvoir subvenir à leurs besoins et sont rendus moins disponibles psychiquement pour les apprentissages scolaires. La majorité d'entre eux est contrainte d'abandonner les études.

Pour conclure

Nous pouvons avancer quelques chiffres de jeunes passés par la permanence de RESF-LDH depuis 2015. Une trentaine de jeunes en 2015, 45 en 2016, 145 en 2017. En 2018, nous avons reçu près de 200 jeunes. Une centaine d'entre eux est à la rue et attend une convocation chez le juge des enfants. En 2014, la commission nationale consultative des droits de l'homme s'alarmait de la situation des mineurs isolés étrangers en France. En 2018, nous ne pouvons que constater un durcissement des conditions à être accueilli.

L'important réseau formel et informel de solidarité qui existe autour de ces adolescents les aide à tenir dans le temps. Ils se savent soutenus. Ils ont besoin de nouer des liens d'attachement pour pouvoir s'apaiser, grandir et devenir. Ils ont besoin d'être accompagnés, protégés, considérés, accueillis.

Du squat 5 étoiles à la prise en charge en santé mentale à l'équipe mobile psychiatrie précarité de Clermont-Ferrand, Anne-Laure Pontonnier

Anne-Laure Pontonnier, psychiatre, EMPP de Clermont-Ferrand

Tout au long de leur parcours, les mineurs isolés étrangers sont confrontés à de nombreux événements qui laissent inévitablement des marques au niveau psychique : violences subies dans leur pays et souvent à l'origine de leur départ, violences au cours du trajet, voire violences institutionnelles en France.

Lutte quotidienne pour leur survie, sans que les besoins fondamentaux soient toujours assurés et sans savoir ce que le lendemain leur apportera, ils vivent dans un climat d'insécurité permanent.

Traversées et séjours dans des pays inconnus où les modes de vie, d'expression, les codes de conduite sont différents – sans compter la barrière linguistique.

Cet ensemble de facteurs a inévitablement des répercussions sur la santé mentale et nous interroge car, parfois, face à ces jeunes, face à leur souffrance, nous nous sentons démunis.

La clinique des psychotraumatismes, la clinique transculturelle, la clinique liée à la précarité peuvent nous apporter des éclairages pour la compréhension de certains comportements ou symptômes.

Particularités dans l'expression des troubles anxieux et dépressifs, l'importance des symptômes somatiques

Les symptômes somatiques à questionner sont les céphalées, les douleurs musculaires, les douleurs articulaires, les douleurs dans le creux épigastrique, les sensations de chaleur intense dans le corps ... Nous retrouvons le plus souvent des formules du type : « *le corps qui chauffe* » ; « *la tête qui brûle* » ou encore en parlant des pulsations temporales « *ça tape à l'intérieur* ».

Dans des cultures où la maîtrise des émotions est considérée comme un signe de maturité, surtout pour les garçons, les plaintes somatiques participent à exprimer des états de détresse psychique. Il est important d'écouter

ces plaintes avec toute l'attention qui leur est due, c'est-à-dire en tant qu'appel relationnel et un besoin de liens. Il s'agit d'une symbolique corporelle, véritable langage adressé à un autre dans une demande d'aide. Pour le dire autrement, les mineurs isolés étrangers ont grandi dans des cultures où la dimension psychique de l'état d'anxiété – ou de l'état dépressif – vient poser un problème social. En conséquence, la détresse psychique surgit dans sa dimension somatique dont l'expression est autorisée.

Les difficultés d'apprentissage

Certains mineurs isolés ont de grandes difficultés « à apprendre » et ces difficultés doivent être questionnées, car dans la plupart des cas, elles ne relèvent pas de problèmes cognitifs.

À l'origine des difficultés d'apprentissage arrivent comme première cause les troubles anxieux et dépressifs, concomitants à un tableau clinique de psychotraumatisme. Mais ce ne sont pas là les seules explications. Nous retrouvons aussi :

- la souffrance de l'exil ;
- l'incertitude de l'avenir.

En effet, comment pouvoir investir les apprentissages quand je ne sais pas si ce pays dans lequel je viens d'arriver va m'accueillir ou me rejeter ? Telle est l'incertitude dans laquelle se trouve tout mineur isolé étranger.

La résistance au changement

La migration engage tout individu dans un processus de transformation qui le touche dans son être, mais il arrive que ce changement soit perçu comme une menace à l'identité du sujet. Dans ce cas, l'individu va inconsciemment déployer un ensemble de mécanismes de défense pour résister au changement.

Pour le mineur isolé, ces changements viennent le menacer dans ses appartenances et

l'exposent à des conflits de loyauté. Changer pour devenir autre et appartenir à ce nouveau pays ; changer au risque de trahir ceux auxquels j'appartiens et les perdre à jamais. La résistance au changement va se traduire de différentes manières, mais compte tenue du jeune âge des mineurs isolés, c'est souvent par des marques d'opposition qu'elle se manifeste. Ces marques d'opposition les plus fréquentes sont :

- l'argument culturel : « *Chez moi, ce sont les femmes qui font le ménage, pas moi.* » ;
- les transgressions : « *Je peux toujours sortir quand je veux, ça a toujours été comme ça.* » ;
- les problèmes scolaires : « *J'arrive pas à me concentrer.* »

Souvent, les professionnels interprètent ces conduites comme relevant d'une problématique adolescente et elles sont de fait sanctionnées. Pourtant, elles méritent d'être questionnées, car les oppositions peuvent dire une souffrance qui pour être comprise doit être mise en perspective avec le vécu d'exil du mineur isolé.

Il convient par ailleurs de penser le changement lié à la migration dans une dimension plus vaste qui est celle des transformations attachées à la puberté, et ses retentissements n'en sont que plus grands dans un contexte d'exil.

Le Squat 5 étoiles

Le Squat 5 étoiles est né en septembre 2017, dans le quartier La Pardieu, à Clermont-Ferrand, du réaménagement de deux maisons laissées à l'abandon par des militants de RESF notamment. Il accueille une quarantaine de mineurs non accompagnés en attente d'être pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance. Le lieu a été baptisé ainsi par les jeunes après l'ouverture du Squat.

Au 5 étoiles, les jeunes, en grande partie originaires d'Afrique Subsaharienne, et arrivés à Clermont-Ferrand après avoir emprunté l'axe Afrique de l'Ouest-Libye, trouvent un peu de répit. C'est aussi l'occasion de travailler l'accès aux soins, tant somatiques que psychiatriques.

C'est afin de repérer parmi ces jeunes ceux qui présentent une détresse psychique nécessitant une prise en charge spécifique que Marie Bofill, éducatrice de rue à l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), intervient dans le squat. Elle assure également des accompagnements permettant de favoriser l'accès de ces jeunes aux soins somatiques (accompagnements au dispensaire Émile Roux, à Solidarité Santé 63...).

Articulation de l'action éducative et thérapeutique

L'intervention de l'EMPP sur le squat est réalisée en première intention par Marie Bofill, éducatrice de rue, car il est souvent plus facile d'accrocher ces jeunes, dans un premier temps, sur des démarches administratives et sociales que sur la problématique de la vulnérabilité psychique en raison des éléments explicités plus haut. Ces démarches peuvent consister en des accompagnements à la préfecture, à l'accès aux droits sociaux, à la scolarité... Elles sont réalisées en lien avec le réseau associatif et les différents partenaires. En effet, le travail autour des jeunes s'effectue au sein d'un maillage associant l'ASE, l'ADSEA (association départementale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence), l'EMPP (équipe mobile psychiatrie précarité), la LDH (Ligue des droits de l'homme), RESF (réseau éducation sans frontières) et le scolaire.

Au fur et à mesure que la relation se tisse, peuvent apparaître des signes de souffrance psychologiques que les jeunes manifestent de différentes façons et à différents degrés d'intensité, à savoir, de manière non exhaustive :

- troubles du sommeil récurrents, cauchemars ;
- repli sur soi, absence de contact avec l'extérieur, inhibitions, isolement ;
- agitation, tension psychique, agressivité soudaine ;
- hypervigilance, sentiment d'insécurité permanente ;
- angoisse de la séparation avec la famille, deuils multiples ;

- angoisse générée par l'instabilité générale de leur situation et l'absence de ressources ;
- consommations d'alcool ou autres toxiques à visée pseudo-thérapeutique, afin de tenter d'apaiser les angoisses.

L'éducatrice va alors introduire une des infirmières de l'équipe, en se basant sur le lien de confiance préexistant afin d'accompagner le jeune vers le soin psychique.

À propos d'un cas

Abdoul est arrivé de Guinée en septembre 2017. Marie Bofill l'a rencontré au Squat 5 étoiles à l'occasion d'un repérage.

Il paraissait alors aller relativement bien sur le plan psychique, avec des capacités de résilience semblant de bonne qualité. À cette période, Marie Bofill l'accompagne dans diverses démarches en lien avec le soin et la socialisation : dispensaire Emile Roux, Solidarité Santé 63, culture, sport, scolarité. L'ensemble de ces démarches sont effectuées en lien avec une éducatrice de l'ADSEA/SAD (Marie Sellier).

Début 2018, est constaté un effondrement thymique brutal. Son infirmier référent l'accompagne alors à l'unité d'accueil d'évaluation et d'orientation du centre hospitalier Sainte-Marie pour une première consultation psychiatrique. Un traitement psychotrope est introduit par le psychiatre de garde qui lui fixe également un rendez-vous de suivi auquel il ne se présentera pas.

Le tableau clinique continue de se dégrader avec apparition de mises en danger, notamment du fait de fréquentations douteuses, avec suspicion d'abus sexuels. En effet, au fil de l'accompagnement, Abdoul apparaît particulièrement vulnérable, du fait de difficultés de langue et de communication, d'une part, et en raison d'éléments culturels, d'autre part. Ainsi, il aborde très voire trop facilement l'autre et apparaît très soumis à « l'homme blanc » (mode de pensée du type : « L'homme blanc dit, donc je fais »). Ces différents éléments en font une proie particulièrement facile. Dans ce contexte, en

avril 2018, une information préoccupante est réalisée par Marie Bofill qui accompagne à nouveau Abdoul à l'unité d'accueil pour une seconde consultation psychiatrique. Devant la gravité des troubles présentés, il est décidé d'une hospitalisation. Le tableau clinique associe alors :

- des troubles du sommeil (insomnie, cauchemars) ;
- des douleurs diffuses ;
- une tristesse de l'humeur marquée, avec idées suicidaires ;
- des reviviscences traumatiques ;
- un sentiment d'insécurité ;
- des symptômes anxieux avec conduites d'évitement.

Un traitement psychotrope lui est prescrit. Au fil de l'hospitalisation, Abdoul arrivera à évoquer son parcours et les traumatismes subis à cette occasion : fuite de la Guinée, prison/esclavage en Libye, travail et maltraitance en Algérie et au Maroc, traversée de la Méditerranée, arrivée en Europe par l'Italie, puis passage en France. Des activités thérapeutiques (le sport notamment) lui seront proposées, l'ensemble de ces éléments lui permettant de s'apaiser peu à peu.

Sa minorité sera reconnue par le juge durant l'hospitalisation et une prise en charge par l'Ase sera alors initiée.

La symptomatologie s'améliorant progressivement, une sortie d'hospitalisation est décidée début juin. Abdoul est alors hébergé à l'hôtel par l'Ase. Un suivi psychiatrique de secteur est mis en place, associé à une prise en charge par l'éducatrice et une infirmière de l'EMPP. Actuellement, Abdoul est scolarisé 5 jours par semaine de 8h30 à 15h30 (français, anglais, mathématiques). Il rapporte que les cours se passent bien, avec de bonnes capacités d'apprentissage. Il est content de la sociabilisation découlant de la prise en charge scolaire. Il persiste malgré tout une certaine fragilité sur le plan psychique : le sommeil est fluctuant, il rapporte toujours des sensations de tension corporelle, un vécu douloureux du passé et une crainte de l'avenir.

Roman Pétrouchine, pédopsychiatre, Orspere-Samdarra

Ma conclusion se tournera vers l'interrogation suivante : la question « enfance et migration » est-elle une question sous-problématisée dans le champ de la migration ?

Arrivé à l'Orspere-Samdarra en tant que pédopsychiatre en 2013, j'ai eu la sensation que la question même de l'enfance était sous-problématisée alors qu'au champ de ma pratique clinique.

La question de l'enfance, en tout cas de la minorité, a principalement émergé autour de la question des mineurs non accompagnés, avec un point qui me semble contradictoire ou paradoxal. D'un côté, nous pouvons identifier un manque et une souffrance chez les mineurs non accompagnés, et qui sont par ailleurs évidents. D'un autre côté, les effets de publicisation et de médiatisation sont plus importants au sujet des mineurs non accompagnés qu'au sujet de l'enfance accompagnée.

Je me permets donc de partager l'impression subjective suivante : paradoxalement, la question de l'enfance accompagnée serait presque un peu moins discutée ou moins abordée dans les différents champs des médias ou dans les pratiques du travail social. Si tant est que mon impression, tout à fait subjective et personnelle, soit juste, qu'est-ce que cela pourrait vouloir dire ?

En termes de santé mentale, en ce qui concerne la thématique « enfance et migration », les données chiffrées sont très mal connues. À ma connaissance, rares sont les études réalisées autour de cette question. De plus, elles sont difficiles à interpréter et, surtout, mal corrélées les unes avec les autres. Nous pouvons, par exemple, citer ici la question du geste suicidaire. Est-ce que le fait d'être un enfant ou un adolescent migrant, ou un mineur non accompagné est un facteur de risque ou, au contraire, un facteur de protection ? Cette question est peu posée et, selon mes connaissances, n'a pas été chiffrée. Pourquoi cette question est-elle statistiquement moins connue que dans le champ de la population adulte ? Est-ce que cela ne serait pas une zone honteuse du politique ? Après tout, ces enfants accompagnés ou non peuvent bénéficier, ou pas et plus ou moins, de la protection juridique. Nous pouvons évoquer la problématique des enfants incarcérés en rappelant qu'en France, la possibilité d'incarcérer des enfants concerne uniquement le champ de la migration. Certaines pratiques politiques à destination de ce public peuvent révéler le champ honteux du politique. La question de l'enfance révèle peut-être une zone particulièrement fragile et vulnérable de la population migrante.

Programme de la journée d'étude

9h : Accueil des participants

9h45 : Ouverture de la journée d'étude

Halima Zeroug-Vial, psychiatre, directrice Orspere-Samdarra

Hélène Asensi, pédopsychiatre, CMPP et CHU de Clermont-Ferrand, association Cantara Grem

10h - 11h20 : Table ronde sur l'enfance à l'épreuve de l'asile

- « Enfants en situation de migration en Europe et en France : dynamiques migratoires et principaux déterminants de la migration », **Corentin Bailleul**, chargé de plaidoyer, UNICEF France
- « Accueillir des enfants et des familles en centre d'hébergement », **Isabelle Barthod-Malat**, cheffe de service du CADA de Haute-Loire, Entraide Pierre Valdo
- « Apprendre aux/des écoliers primo-arrivants, le groupe Zoom », **Élisabeth Perrin**, professeure à l'Éducation nationale, et **Hélène Asensi**, pédopsychiatre, CMPP et CHU de Clermont-Ferrand, association Cantara Grem

Discutants : **Karim Touhamia**, inspecteur à l'Éducation nationale et **Gwen Le Goff**, directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra

11h20 - 13h : Table ronde sur les spécificités de l'accompagnement clinique des enfants en situation de migration

- « Pratiques actuelles dans la prise en charge des enfants traumatisés », **Christian Lachal**, pédopsychiatre
- « Penser le soin des enfants réfugiés. Une consultation d'ethnopsychiatrie au CHU de Clermont-Ferrand », **Hélène Asensi**, pédopsychiatre, CMPP et CHU de Clermont-Ferrand, association Cantara Grem

Discutants : **Françoise Noton-Durand**, pédopsychiatre, praticien hospitalier, cheffe de Service au CHU de Clermont-Ferrand et **Nicolas Chambon**, sociologue à l'Orspere-Samdarra

13h - 14h30 : Déjeuner libre

14h30 - 16h : Table ronde sur l'accompagnement des mineurs non accompagnés

- « Enjeux de l'accueil et de la prise en charge des mineurs non accompagnés en France », **Laurent Delbos**, responsable plaidoyer, Forum Réfugiés-Cosi
- « La prise en compte de la vulnérabilité des mineurs isolés étrangers à l'Ofpra », **Coralie Capdeboscq**, chargée de mission Vulnérabilités à l'Ofpra
- « Le travail d'accompagnement et d'étayage fait par les bénévoles de RESF autour des mineurs non reconnus », **Sylvie Chanselme**, médecin scolaire et membre du collectif RESF
- « Du squat 5 étoiles à la prise en charge en santé mentale à l'équipe mobile santé psychiatrie de Clermont-Ferrand », **Anne-Laure Pontonnier**, psychiatre, EMPP de Clermont-Ferrand

Discutants : **Maëlle Gouriff**, Coordination régionale des PASS/ARS Auvergne-Rhône-Alpes et **Roman Pétrouchine**, pédopsychiatre à l'Orspere-Samdarra

16h : Conclusion de la journée d'étude

Roman Pétrouchine, pédopsychiatre à l'Orspere-Samdarra



Centre hospitalier
Le Vinatier



Observatoire Santé mentale
Vulnérabilités et Sociétés

Orspere-Samdarra

Observatoire - Ressource national

Santé mentale et sociétés

Cet observatoire national, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon, est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre. L'équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, sociologue, politiste, anthropologue) travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales (précarités, vulnérabilités, migrations...). L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue *Rhizome*, lue par 50 000 personnes et porte le diplôme universitaire « santé, société, migration ».

Organisation de la journée d'étude

Stéphanie Brochot, assistante médico-administrative

Natacha Carbonel, Chargée de développement - Assistante de rédaction Rhizome

Gwen Le Goff, directrice adjointe et responsable du pôle ressources

Vincent Tremblay, sociologue

Relecture des actes

Nicolas Beigbeder, stagiaire psychologue

Natacha Carbonel, Chargée de développement - Assistante de rédaction Rhizome

Elsa Dorne, stagiaire Master Sciences Po

Vincent Tremblay, sociologue

Sous la direction de

Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre

Avec le soutien de

De la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de l'Agence régionale de santé (ARS) et du Centre Hospitalier Le Vinatier.