

Santé psychique des MENA

Partie II : Traumatismes et symptômes récurrents

Analyse – mars 2017

L'importante crise migratoire que traverse l'Europe depuis 2014 s'accompagne de crises identitaires majeures pour tous les migrants, et en particulier pour les plus jeunes et les plus isolés d'entre eux.

Ceux qui arrivent en Belgique après un long parcours, en particulier s'ils sont seuls, sans famille (et donc dits mineurs étrangers non accompagnés ou MENA), sont pour nombre d'entre eux dans un contexte de rupture et de détresse, notamment sur un plan psychologique. Cette détresse provient des traumatismes liés à la migration et à ses conditions auquel s'ajoute souvent un conflit de loyauté (lié au fait que le jeune peut se sentir coincé entre deux cultures et/ou parce qu'il a le sentiment d'avoir laissé sa famille derrière lui, au pays ou en chemin).

Les professionnels de terrain attestent du fait qu'aujourd'hui, l'enfance des mineurs en exil est plus bousculée que jamais, que leurs vulnérabilités sont criantes¹ (« du jamais vu » diront certains), et qu'en outre, on se trouve bien souvent face à un défaut d'accompagnement psychosocial adapté.

En sa qualité de réseau d'associations effectuant un travail de sensibilisation et de plaidoyer sur les droits de l'enfant en Belgique, la CODE a souhaité, le temps de trois analyses, souligner la situation de vulnérabilité des MENA, en particulier sur un plan psychique, et préciser ses raisons et ses implications.

Dans une première analyse, nous avons rappelé les chiffres concernant les situations des mineurs en exil en Belgique, ainsi que les éléments susceptibles d'avoir un impact négatif sur leur bien-être, à savoir : les violences dans le pays d'origine, le trajet migratoire en tant que tel, les pressions sur les jeunes et les familles pendant et après la parcours, la migration comme expérience de ruptures, certaines violences institutionnelles dans le pays d'accueil, l'accès insuffisant à des soins médicaux et psychologiques adaptés et de qualité...

Dans le présent document, nous tentons de décrire les réalités actuelles des MENA au niveau psychosocial (traumatismes, symptômes récurrents, conflit de loyauté, résilience).

Enfin, dans une troisième analyse, nous aborderons le quotidien des MENA et l'impact que la bonne, ou moins bonne, santé mentale peut avoir sur différents pans de leur vie (relations sociales et interpersonnelles, scolarité, procédure).

I. Des traumatismes multiples

Le parcours migratoire s'accompagne de violences qui présentent un caractère traumatique, et ont des effets sur la santé psychologique, physique, affective et sexuelle des migrants.

Cela l'est d'autant plus pour les enfants, qui sont à une période de construction importante de leur vie, faite de modifications psychiques fondamentales.

En psychologie, un traumatisme est défini comme un choc inattendu, non préparé, écrasant diront certains, qui a des effets destructeurs (les intégrités psychique et/ou physique sont touchées).

Plus précisément, la littérature différencie deux types de traumatismesⁱⁱ: le type I, qui se rapporte à un événement unique (par ex. accident, catastrophe naturelle, agression physique, viol, deuil traumatique) ; et celui de type II, lorsqu'une situation traumatisante se répète (l'individu se trouve alors réexposé à un danger identique ou comparable).

La répétition du traumatisme, qui est indéniable dans les migrations récentes (dont on sait qu'elles sont parcourues de grandes violences, y compris dans les pays d'accueil), entraîne plus de risques de développer des troubles psychiques.

D'une manière générale, les traumatismes subis ont un impact sur le développement de la personne, et en particulier sur ses mécanismes d'adaptation. Ainsi, toute personne qui subit un traumatisme va commencer à développer, à la seconde même du choc, des stratégies inconscientes, pour survivre à l'événement. Le plus souvent, la personne vivra intérieurement des sensations nouvelles et présentera par ailleurs des comportements différents de ceux qui sont habituellement les siens, comportements qui pourront parfois paraître très surprenants de l'extérieur. Par exemple, il est fréquent qu'un choc traumatique ait des effets paralysants, anesthésiants : la personne a un sentiment d'être spectatrice de ce qui lui arrive, et pourra parler de son vécu de manière extrêmement détachée. Ce phénomène, qui peut dans certains cas se prolonger dans le temps (en particulier dans les contextes de migration avec violences), est lié à une déconnection dans le cerveau (pour se protéger du choc)ⁱⁱⁱ. De la confusion peut aussi surgir (la personne s'embrouille dans la chronologie des événements, etc.).

Ce qui participe aussi du traumatisme chez bon nombre de migrants, c'est un empêchement du travail de deuil, du fait des circonstances (absence d'éléments de la réalité signifiant la perte, doute qui subsiste pouvant mener à un déni de la réalité et à une attente sans fin, absence de rituel funéraire, violence de la part de figures d'autorité donc taboue, etc.). Le pédopsychiatre Jean-Claude Métraux parle à ce sujet de « deuil congelé »^{iv}. Il souligne que certaines personnes ne manifestent pas les signes du travail de deuil bien qu'elles aient subis des pertes importantes, et rappelle que l'impossibilité de terminer un deuil peut entraîner des conséquences d'ordre psychopathologique et psychosomatique (comportements auto-destructeurs, incapacité à créer de nouvelles relations, etc.).

II. Des symptômes récurrents

Le développement de troubles après une expérience traumatique n'est pas systématique. Cela dépend de l'histoire de la personne ainsi que de sa capacité d'adaptation, parfois au pire (on parlera de sur-adaptation). En effet, les traumatismes (dans et hors migration) se manifestent de différentes façons chez chacun.

Les symptômes traumatiques peuvent apparaître de manière transitoire ou durable, directement après l'événement ou plus tard (on parle alors de symptômes post-traumatiques). Les symptômes sont une manière pour le corps de parler de l'indicible. Certains auteurs les regroupent en trois catégories :

- a) **Pensées intrusives** : flash-backs de l'événement traumatisant, y compris pendant la nuit, parfois de façon même continue (jours et nuits) ;
- b) **Évitement** : déconnection ou engourdissement émotionnel ; la personne est comme déconnectée du monde réel ;
- c) **Agitation**, liée à une vigilance extrême, y compris pendant la nuit.

Depuis quelques années, ces différents symptômes sont de plus en plus constatés chez de nombreux MENA.^v

Ce que l'on constate aussi souvent chez les jeunes migrants, c'est la présence de **troubles de l'attachement** (liés à l'expérience brutale de la séparation) et d'une **symptomatologie dite anxio-dépressive** : tristesse, troubles alimentaires, divers troubles somatiques, c'est-à-dire des douleurs ou mal-être corporels qui ont une origine psychologique (mal au ventre, à la tête, problèmes dermatologiques, etc.), ainsi qu'un manque sommeil, en lien avec les trois catégories de symptômes reprises ci-dessus (flash-backs, évitement, agitation).

Les **troubles du sommeil**, qui peuvent être importants et qui sont liés tant aux pensées intrusives qu'à la vigilance extrême (on nous a rapporté la situation d'une jeune fille qui s'empêchait de dormir pour éviter les cauchemars à répétition^{vi}), ont de nombreux effets sur la santé : agressivité, tracasseries qui tournent en boucle dans la tête, problèmes de concentration

et de mémoire... Avec l'effet boule de neige que l'on peut imaginer : mauvaise image de soi, problèmes relationnels, augmentation des difficultés pour s'endormir, manque d'intérêt par rapport à l'école, etc.^{vii}

En lien avec ces différents symptômes récurrents, on assiste, ces dernières années, chez les MENA, à une recrudescence des **passages à l'acte auto-agressifs** (automutilations, tentatives de suicide...). Notons par ailleurs que ce sont des problèmes qui peuvent tarder à être pris en charge, dans le sens d'accompagnés, par des professionnels, tout simplement parce qu'on ne les remarque pas ou pas tout de suite, ou qu'ils semblent moins problématiques en collectivité (en quelque sorte, ils ne « dérangent » pas ou pas trop). Or, chez les jeunes vivant en collectivité (dans un centre ou une institution de placement par exemple), il arrive que l'on observe chez eux des « transferts » de symptômes : les personnes ont tendance à se copier les unes et les autres, de manière plus ou moins inconsciente.

Les **passages à l'acte agressifs vers autrui** ne surgissent en général que lorsque le jeune a (inconsciemment) épuisé toutes ses sonnettes d'alarmes.

Notons aussi que dans l'ensemble, la littérature spécialisée indique une représentativité plus marquée des **troubles psychotiques** chez les migrants par rapport aux populations des pays d'accueil. Les psychoses sont des troubles de la personnalité caractérisés par une perte de contact avec la réalité, souvent associée à un discours et à des idées délirantes (paranoïa, schizophrénie, etc.). Elles s'opposent aux névroses, qui elles font partie intégrante de la nature humaine : nous vivons toutes et tous des inquiétudes, voire des angoisses, et nous avons une certaine conscience si pas de leur raison, du moins de leur existence.

Enfin, les **violences sexuelles**, fréquentes dans les contextes migratoires, ont elles aussi un impact important sur leur vie affective et sexuelle (représentations stéréotypées de la sexualité teintée de violence, honte, culpabilité, anesthésie émotionnelle, dépersonnalisation...). Ce type de violences est d'ailleurs considéré parmi les plus graves, les plus destructrices et les moins dénoncées.^{viii}

D'une manière générale, les MENA manquent clairement d'un accompagnement professionnel leur permettant d'intégrer que les violences, notamment sexuelles, qui leur ont été faites sont inacceptables.^{ix} Sans parler du fait que les tabous restent très présents, notamment quant aux violences sexuelles faites aux hommes.

Aux traumatismes énoncés s'ajoutent souvent aussi un conflit de loyauté.

III. Un possible conflit de loyauté

La famille est très présente dans la tête de tout jeune. Plus encore chez les migrants, qui en sont séparés, et qui vivent souvent des tiraillements internes d'autant plus importants.

Peut naître alors, chez eux, ce que l'on appelle un « conflit de loyauté ». Il s'agit d'un conflit intérieur né de l'impossibilité de choisir entre deux situations. Il peut s'agir d'un choix à opérer entre plusieurs solutions à un même problème, mais aussi entre des personnes qui nous sont chères (père, mère, famille, etc.) ou des communautés, des cultures. La personne en situation de conflit de loyauté pourra être amenée à ne plus savoir comment se positionner d'une part face à ses projets (par ex., dans le contexte qui nous occupe, le désir d'autonomie, d'indépendance, d'individualisme, d'une autre vie tout simplement) et d'autre part face à ce qu'il perçoit comme ses devoirs (par ex., donner la priorité à la famille ou du moins à l'appartenance communautaire).

Ce type de situation peut être accentué par le fait que les MENA doivent généralement faire un bond d'une culture à l'autre sans y avoir été préparé. En outre, ils vivent souvent un inversement de leurs représentations : ils sont soudain plus compétents (ou considérés comme tels) que leurs parents pour faire face à leurs décisions de vie (ils ont parfois une meilleure compréhension de la situation, doivent prendre en charge leurs frères et sœurs, etc.).

Selon certains auteurs, si la loyauté ne peut être valorisée et donc s'exprimer ouvertement, elle sera susceptible de se transformer en énergie psychique, qui elle-même se manifestera de différentes manières possibles, par exemple sous la forme d'une difficulté à construire un projet personnel, en n'apprenant pas ou mal la langue, en échouant à l'école ou dans les études supérieures, etc. Des symptômes physiques peuvent également apparaître.

Daniel Mbassa Menick, pédopsychiatre, décrit précisément les migrants comme des triples otages : otages des conditions socio-économiques précaires de leurs parents, otages de tradition ancestrales de leurs parents, et otages du projet éducatif de la communauté d'accueil.^x

Pour les MENA, le conflit de loyauté peut être d'autant plus important que cette dette morale (les parents ont souvent projeté d'importantes attentes sur leurs enfants, et investis tous leurs moyens, avec l'espoir d'un avenir meilleur pour eux) peut s'accompagner d'une dette financière (des frais considérables ont souvent été engrangés pour payer le passeur et d'une manière générale, le voyage). Ce sentiment de dette peut aussi exister à l'égard de frères et sœurs (lorsque par exemple, d'autres enfants de la fratrie sont restés auprès des parents).

IV. Entre destruction et adaptation

En parlant de la situation actuelle des MENA en Belgique, Katja Fournier, coordinatrice de la Plate-forme Mineurs en exil^{xi}, dit qu'on est actuellement face à des destructions systématiques de ce qui fonde l'humanité des personnes migrantes, et ce à un niveau difficilement imaginable.

Elle relaie notamment le travail de professionnels de terrain, et d'associations comme UNICEF, qui constatent que « chez beaucoup de ces jeunes, on a tout détruit si ce n'est l'instinct de survie primaire ». Des éducateurs et des psychologues vont jusqu'à dire que certains jeunes avec lesquels ils travaillent sont comme « des morts vivants » (car par une stratégie de survie sur laquelle ils n'ont eux-mêmes pas de prises à défaut d'accompagnement professionnel spécifique, ils se sont véritablement déconnectés du réel). Katja Fournier souligne que ces situations dramatiques, très rares il y a quelques années, sont aujourd'hui bien plus présentes.

Certes, on l'a dit, les enfants migrants qui arrivent en Belgique (ou dans tout autre pays européen) présentent souvent des instincts de (sur)vie hors norme. Sans ceux-ci, on peut imaginer qu'ils n'auraient probablement pas su ou pu quitter leur pays d'origine, parcourir des milliers de kilomètres le plus souvent dans des conditions périlleuses et indignes, et arriver dans un pays d'accueil.

Ceci dit, très souvent, les difficultés psychiques des MENA, qui peuvent être très importantes voire envahissantes, sont masquées par une capacité d'adaptation incroyable, dans laquelle certains verront de la résilience (dans le sens de « développement normal voire exceptionnel dans des conditions difficiles » ou encore, de « capacité de 'rebondir' après une expérience violente »)^{xii}. En réalité, si dans certains cas, on peut clairement parler de résilience, le plus souvent, il s'agit d'une sur-adaptation à un environnement stressant dans lequel la violence fait partie du quotidien. Cette sur-adaptation peut elle-même amener à des troubles psychiatriques, comme une dépersonnalisation, qui est certes un mécanisme de protection contre un vécu insurmontable, mais qui est aussi et surtout un trouble psychotique important (dédoubllement de personnalité, etc.).

V. Pour conclure : nos recommandations générales

Qu'ils concernent des migrants ou non, les troubles psychologiques ont un impact direct sur la vie des personnes (et de leur entourage) : isolement, désocialisation, précarisation et stigmatisation...

Concernant spécifiquement la situation des MENA, les professionnels constatent des effets de leurs vulnérabilités psychiques à au moins quatre niveaux : relations sociales et interpersonnelles, scolarité, procédure. Ceux-ci sont abordés dans une troisième et dernière analyse de la CODE sur le thème de la santé psychique des MENA.

Si des situations semblent particulièrement alarmantes aujourd'hui, des pistes de solution existent. Plusieurs sont mises en place en Fédération Wallonie-Bruxelles, avec les moyens du bord (et donc quelques restrictions) dans des structures spécialisées accueillant des migrants en souffrance psychique, comme par exemple Exil^{xiii}, Ulysse^{xiv}, Tabane^{xv}... Mais les subsides manquent, à la fois pour ouvrir de nouvelles places dans les lieux d'accueil pour MENA, et pour engager le nombre de professionnels spécialisés requis.

La Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE) pense urgent de s'inspirer des bonnes pratiques existantes, et d'aller plus loin.^{xvi}

Cela passe notamment par la mise à disposition (en suffisance) de médiateurs culturels, d'interprètes, de psychologues et de psychiatres. Plus généralement, c'est un travail pluridisciplinaire qui est nécessaire. Concrètement, à un accompagnement psychologique (classique mais aussi créatif pour pallier les réticences des bénéficiaires, et sans restriction du nombre de séances) devraient idéalement être associées des propositions de thérapies alternatives permettant à la fois aux personnes de se réapproprier leurs corps (détente, massage...) et de mettre leur cerveau au repos (activités d'expression libre, sans passage par la parole, comme il en existe par exemple dans le domaine de l'art-thérapie, en passant par des médias artistiques comme la musique et le dessin, la danse).

Cette recommandation s'adresse au politique, tant il est essentiel que soit mise en place une coordination des actions (politiques et de terrain) qui se fasse à la croisée des domaines de l'enfance, de la santé (santé psychique, mais aussi vie affective et sexuelle) et de la pauvreté.

Une approche globale (des problématiques et des personnes) est nécessaire. Des mesures structurelles doivent être mises en place. Dans ce cadre, l'intérêt supérieur de l'enfant doit constituer un principe directeur.

Nos recommandations en la matière sont rassemblées et spécifiées dans le troisième volet de cette série d'analyses consacrée à la santé psychique des MENA, et portant quant à lui plus précisément sur l'impact des vulnérabilités sur le quotidien des mineurs migrants (relations sociales et interpersonnelles, scolarité, procédure).

Cette analyse de la Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE) a été réalisée par Valérie Provost. Elle représente la position de la majorité de ses membres.

La CODE est un réseau d'associations ayant pour objectif de veiller à la bonne application de la Convention relative aux droits de l'enfant en Belgique. En font partie : Amnesty international, ATD Quart Monde, BADJE (Bruxelles Accueil et Développement pour la Jeunesse et l'Enfance), le Conseil de la Jeunesse, DEI (Défense des enfants international) Belgique section francophone, ECPAT (End Child Prostitution and Trafficking of Children for sexual purposes) Belgique, FAMISOL, Forum – Bruxelles contre les inégalités, la Ligue des droits de l'Homme, la Ligue des familles, Plan Belgique, le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté, le Service Droit des Jeunes (SDJ) Bruxelles, ainsi que UNICEF Belgique. La CODE a notamment pour objet de réaliser un rapport alternatif sur l'application de la Convention qui est destiné au Comité des droits de l'enfant des Nations Unies.

De plus amples informations peuvent être obtenues via notre site www.lacode.be. Voyez aussi notre page Facebook « Coordination des ONG pour les droits de l'enfant ».

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

ⁱ Voyez le recueil de références publié par Cultures & Santé, « Migrations, vulnérabilités et santé mentales », janvier 2015, disponible sur www.cultures-sante.be. Voyez aussi le « Réseau santé mentale et exil » <http://www.ulyse-ssm.be/soutien-aux-professionnels>

ⁱⁱ Idem.

ⁱⁱⁱ Pour un aperçu général, voyez le site d'informations « Mémoire traumatique et victimologie » : www.memoiretraumatique.org.

^{iv} Jean-Claude Metraux, « Deuils collectifs et création sociale », La Dispute, 2004.

^v Voyez notamment « Pa(e)nser l'exil. Actions culturelles et santé des migrants », actes du colloque du 6 mai 2014, Cultures & Santé ; Thibaudeau, C., « Mineurs étrangers isolés : expérience brutale de la séparation », Ed. érès, 2006, pp. 97-104.

^{vi} Entretien de la CODE avec Katja Fournier, coordinatrice de la Plate-forme Mineurs en exil, le 1^{er} juillet 2016. Pour plus d'informations sur la Plate-forme, voyez www.mineursenexil.be

^{vii} Pour une analyse plus approfondie de l'impact des troubles psychiques des MENA, voyez la troisième analyse de la CODE de ce volet.

^{viii} « Mémoire traumatique et victimologie » : www.memoiretraumatique.org.

^{ix} Sans cet accompagnement, des reproductions des violences vécues sont possibles.

^x Daniel Mbassa Menick, « La clinique à l'épreuve des enjeux migratoires et culturels », in L'information psychiatrique, 2016, 7.

^{xi} Entretien de la CODE le 1^{er} juillet 2016, *op. cit.*

^{xii} Sur la résilience, voyez Boris Cyrulnik et Claude Seron (dir.), « La résilience ou comment renaître de sa souffrance », Fabert, 2004.

^{xiii} Exil, Centre médico-psycho-social pour victimes de violations de droits de l'Homme, de la torture et pour personnes exilées : www.exil.be.

^{xiv} Ulysse, service de santé mentale spécialisé dans l'accompagnement des personnes exilées : www.ulyse-ssm.be

^{xv} Tabane, association proposant un accompagnement et une assistance médico-psychologique pour personnes migrantes ou issues de l'immigration en souffrance psychique : vivre-ensemble.be/TABANE

^{xvi} Plusieurs s'inspirent de celles proposées dans le cadre du colloque de Cultures & Santé « Pa(e)nser l'exil. Actions culturelles et santé des migrants », qui s'est tenu le 6 mai 2014, à Bruxelles.