Barnabé, Sophie

Assistante en Psychiatrie infanto-juvénile

Centre de Guidance, 20, rue de Dinant, 4800 Verviers

Malchair, Alain

Pédopsychiatre et Médecin Directeur

Centre de Santé Mentale Enfants-Parents, 16, rue Lambert Lebègue, 4000 Liège

A la rencontre des jeunes Mineurs Etrangers Non Accompagnés…

Quel rôle pour le pédopsychiatre ?

« Aussi longtemps soit le séjour d'un tronc d'arbre dans l'eau, il ne se transforme jamais en crocodile » (proverbe africain)

Meeting young non accompanied foreign minors. What's the role of the pedo-psychiatrist ?

"As long as a tree trunk can stay in water, it will never turn into a crocodile"

(African proverb)

Abstract:

There are more and more young non accompanied minors in Belgium. Each of them has a particular journey. These young people represent a heterogeneous category as far as symptomatology, clinic and therapeutic means are concerned. In the context of a use in a mental health Centre, the pedo-psychiatrist is confronted to these young people and to all the ethic, therapeutic and administrative questions that they arouse. These questions are tightly linked to the political context.

An integrative vision of the problem and a collaboration with the network seem more than ever necessary.

Keywords:

Pedo-psychiatrist /Post-traumatic stress disorder/migration

1) Introduction

La psychiatrie actuelle ne peut ignorer l'évolution de la société. La politique de l'immigration, avec ses adaptations et ses contestations en est une facette.

L'arrivée des Mineurs Etrangers Non Accompagnés en Europe a commencé vers les années 80. Etant donné la situation géopolitique internationale, ce phénomène ne cesse de s'amplifier, avec, en parallèle, ses questions politiques, éthiques, sociologiques, juridiques, administratifs, psychologiques, etc.

Cet article propose une mise en perspective des questions de fond qui se sont posées dans le cadre d'une pratique de pédopsychiatrie en Centre de Santé Mentale. En effet, le nombre grandissant de jeunes MENA en Belgique est une réalité de terrain, il semble donc essentiel d'avoir certaines notions à l'esprit. C'est dans ce contexte que nous avons contacté différents intervenants : psychologues, éducateurs, coordinateurs de plusieurs centres et associations qui ont l'habitude de travailler avec ces jeunes. Nous avons également rencontré dix jeunes, pour un entretien semi-structuré centré sur l'histoire de vie et la symptomatologie la plus fréquente. Nous nous sommes ensuite intéressés à la littérature et aux différentes options thérapeutiques. En fait, il existe peu d'écrits spécifiques sur le sujet, et les éléments constitutifs de la question renvoient aux biais importants que les études peuvent comporter. En effet, et nous l'avons expérimenté dans notre démarche, il est extrêmement difficile d'avoir une idée précise de la population concernée puisque ces jeunes vivent parfois dans des hôtels, dans la rue, ou dans des conditions de vie qui ne permettent ni le recensement, ni l'aide. Nous nous montrons donc prudents par rapport aux généralités que nous pourrions avancer. Ces réserves seront abordées plus loin.

Vignette clinique

A. a 17 ans et demi. Elle est arrivée de Guinée Conakry il y a un an. Elle était la seule de sa famille à aller à l'école. Son père ne voulait plus qu'elle continue. Il voulait la marier de force. Elle raconte une enfance douloureuse (maltraitance et brimades) au pays. « Ca me hante.» Elle a décidé seule de venir ; elle connaissait quelqu'un qui pouvait l'emmener. « J'avais pas le choix » « On m'a jetée avec quelqu'un. Il m'a amenée à l'office des étrangers. Il voulait juste m'aider. » Elle se souvient des premiers jours en Belgique. « J'étais perdue. J'avais peur des autres. J'avais plein de trucs en tête. Je pensais que le mal allait m'arriver. » Elle ne parvenait pas à rester calme. Elle est restée dans un C.O.O. pendant un mois puis a été transférée au centre El Paso de Gembloux.

A. n'a plus de contacts avec sa famille. «Il ne faut pas que mon père sache que je suis là. » Au pays, A. se sentait souvent triste. Elle a eu des idées noires et des périodes où elle se sentait très mal. Elle faisait souvent des cauchemars. En Belgique, elle continue à ressentir ces difficultés : troubles du sommeil importants, irritabilité, impulsivité, sentiment d'insécurité (« C'est comme si j'allais toujours voir mon père en sortant ») et de tension quasi permanent, périodes de crises avec déréalisation, tristesse et découragement. « Ici, je me sens libre, mais pas bien. Je n'arrive pas à sortir de là ». « Parfois, toute cette haine explose. C'est comme si ce n'était pas moi. »

2) Généralités : définition et parcours d'accueil

La partie descriptive qui suit est essentielle pour la compréhension de la trame du problème: en effet, la clinique des MENA est indissociable des réalités du terrain.

Selon la définition, un MENA est un mineur étranger non accompagné, c'est-à-dire un étranger de moins de dix-huit ans, qui est originaire d'un pays hors Union européenne et qui se trouve seul sur le territoire sans être accompagné par une personne exerçant l'autorité parentale ou la tutelle en vertu de la loi nationale du mineur.

Un MENA doit, en outre, se trouver dans l'une des situations suivantes: soit avoir introduit une demande d'asile, soit ne pas satisfaire aux conditions d'accès au territoire et de séjour fixées par la loi du 15 décembre 1980.

Les demandes d'asile des MENA augmentent d'année en année (autour de 3000 par an en Belgique). Les pays d'origine de ces jeunes dépendent du contexte géopolitique du moment. D'après les chiffres de 2011, ils viennent surtout d'Afghanistan, de Guinée, d'Irak/Pakistan, de RD Congo et de Somalie. Il y a 84% de garçons pour 16% de filles. Ce sont surtout des grands adolescents (entre 15 et 17 ans)

Le parcours d'accueil se présente comme suit[1] (en théorie, vu les possibilités réelles et la situation préoccupante de la crise de l'accueil).

1ère phase : observation et orientation

La plupart des jeunes arrivent par voie aérienne. Ils sont repérés par l'Office des Etrangers (OE), la police ou le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA) et sont orientés vers un Centre d'Observation et d'Orientation (COO) qui dépend de Fédasil. Cette phase dure en théorie trente jours au maximum pour que soit dressé le profil social, médical et psychologique du jeune.

Le service des tutelles est contacté et il attribue un tuteur. S'il y a un doute sur l'âge, un test osseux est réalisé (triple radiographie des dents, de la clavicule et du poignet). Ces tests sont contestés car ils n'ont que peu de validité scientifique. En effet, le test du poignet a été conçu dans les années 30, pour une population américaine en bonne santé. Les données ne peuvent être transposées telles quelles à des jeunes dont les origines ethniques et géographiques diffèrent, ni à des jeunes qui, par exemple, auraient des problèmes de malnutrition entravant leur développement physique. Quant aux tests dentaires et de la clavicule, on estime que leur marge d'erreur est de plus ou moins deux ans. Seuls les mineurs repérés à la frontière et dont les autorités

mettent l'âge en doute peuvent être maintenus dans un centre fermé six jours au maximum, pendant que le Service des Tutelles procède à la détermination de l'âge.

Pendant cette première phase d'accueil, le jeune peut entamer différentes procédures administratives pour régulariser sa situation en Belgique : la demande d'asile ou la protection subsidiaire ; l'autorisation de séjour pour motifs humanitaires ou médicaux ; la demande de protection en tant que victime de la traite des êtres humains ; le regroupement familial en Belgique ou à l'étranger ; le retour volontaire et/ou la procédure spécifique prévue dans la circulaire du 15 septembre 2005 relative au séjour des MENA.

2ème phase : transition

Le deuxième lieu d'hébergement du jeune est déterminé par les autorités compétentes en matière d'accueil et doit être adapté à la situation du mineur qui y restera un an: soit un centre d'accueil Fédéral, soit un centre de la Croix-Rouge, soit une initiative locale d'accueil dépendant d'un CPAS, soit éventuellement chez un membre de sa famille. Dans cette nouvelle structure d'accueil, le jeune établit un projet de vie avec son tuteur. Il va à l'école, apprend une des langues nationales et, au besoin, bénéficie des interventions médicales et/ou psychologiques appropriées.

Plusieurs possibilités existent. Si le mineur demande à bénéficier de l'asile, il est alors transféré vers une structure d'accueil de Fédasil ou peut être hébergé chez un membre de sa famille élargie, si celui-ci réside en Belgique.

S'il ne demande pas l'asile ou si la demande d'asile est jugée irrecevable et que tous les recours ont été rejetés, soit le mineur reste dans un centre qui l'héberge jusqu'à

ses 18 ans, soit il est assimilé à un « mineur en danger » ou en « situation éducative problématique » et relève de la compétence des services de protection de la jeunesse des Communautés. Si le mineur est victime de la traite des êtres humains, il est accueilli dans un des centres conçus pour répondre à ses besoins et offrir sécurité et discrétion.

3ème phase : solution durable

Le jeune est orienté vers une structure d'accueil à long terme (logements organisés par les Communautés, initiatives locales d'accueil, logement autonome supervisé, location d'un logement personnel) avec comme objectif la mise en autonomie progressive.
Les MENA ont accès à l'éducation, à l'aide sociale, aux soins médicaux et au travail. En Belgique, l'enseignement est obligatoire et gratuit pour tout mineur, même en séjour irrégulier. Il existe des classes passerelles.

Jusqu'à ses 18 ans, le MENA ne peut pas être reconduit à la frontière, indépendamment du fait qu'il ait ou non introduit une demande d'asile. Si avant ses 18 ans, il est reconnu comme réfugié ou s'il obtient un autre statut de séjour, il a droit à l'aide financière d'un CPAS. Une fois qu'il a 18 ans, le jeune dont la demande d'asile n'a été suivie d'aucune décision est envoyé dans une structure d'accueil pour demandeurs d'asile adultes. Après ses 18 ans, tout jeune qui ne possède pas de permis de séjour doit quitter le réseau d'accueil.
A la lecture de cette procédure, force est de constater que les déplacements se poursuivent encore après l'arrivée en Belgique.

Comme nous l'avons soulevé plus haut, la crise de l'accueil est une réalité : certains jeunes MENA n'ont pas accès à ces structures et vivent à la rue, en proie à la faim, aux personnes mal intentionnées, à la criminalité et aux problèmes de santé.

Vignette clinique

V. est Camerounaise. Elle a 18 ans. Elle est en Belgique depuis trois ans. Elle est fille unique et ses parents sont décédés dans un accident de voiture. Elle vivait seule dans la maison avec l'aide de ses voisins. Elle a de bons souvenirs de son enfance. Un jour, un cousin éloigné qu'elle ne connaissait pas bien est venu lui proposer de l'accompagner en Belgique car rien ne l'attachait plus dans son pays. Elle ne connaissait pas le pays mais elle lui a fait confiance. Ils sont partis quelques jours plus tard. A l'arrivée en Belgique, le cousin l'a amenée dans un appartement. Elle faisait le ménage et ne pouvait pas sortir. Elle est restée là pendant deux ans. « A l'arrivée, tout était mauvais. J'étais dépassée et découragée.» Un jour, il avait laissé la porte ouverte et elle s'est enfuie. « C'est comme si j'étais libérée d'une prison. J'étais libre. J'étais bien.» Elle a rencontré une dame qui l'a emmenée à l'O.E.. Elle est allée d'abord dans un C.O.O., puis dans un centre, puis dans un autre. « J'étais perdue. Seule. Je n'avais personne à qui parler » Elle se souvient avoir eu des difficultés lors des transitions « Chaque centre a ses propres règles. C'est pas facile de changer ». Elle se souvient de troubles du sommeil, d'idées noires récurrentes. Elle a toujours beaucoup pensé à ses parents. « Je n'arrive pas à accepter le deuil. Ca vient, ça part.» Quand elle est seule, il lui arrive de pleurer car elle est nostalgique de ses parents, de ses voisins. A présent, elle est majeure et va quitter le centre pour un kot et l'autonomie. « Je suis face à mon destin ». V. est toujours calme, mais elle décrit de la nervosité intérieure, des troubles de concentration et une difficulté d'adaptation. Quand elle est seule, elle rumine et évoque un profond sentiment de culpabilité. Elle voudrait faire des études d'infirmière puis retourner au Cameroun car elle y serait plus à l'aise.

3) Réserves

Dans le cadre de cette réflexion, nous avons rencontré plusieurs jeunes mais nous nous devons de rester prudents à propos d'éventuelles généralités car il existe de nombreux biais.

Il nous semble fondamental de souligner l'importance du cas par cas vu la singularité des parcours de ces jeunes. La catégorie « MENA » est très hétérogène.

D'une part, il existe des biais généraux.

En effet, comment peut on comparer des jeunes dont le vécu, l'origine, le sexe, l'âge, le pays d'origine, le statut social, la culture, le trajet migratoire, la famille, les valeurs, etc. diffèrent ? Les vignettes cliniques illustrent bien ces distinctions.

Les jeunes résident dans des structures d'accueil différentes (Centres spécifiques pour cette problématique ou non, Initiatives locales d'accueil…) Cette différence d'encadrement participe au vécu du jeune et à son mode d'adaptation en Belgique. (Ex : un centre qui accueille une cinquantaine de MENA spécifiquement est différent d'un centre Fédasil qui accueille plusieurs centaines de demandeurs d'asile confondus)

La question de la vérité et du mensonge est une notion centrale dans le profil de ces enfants et adolescents. D'abord, le contexte dans lequel les jeunes ont vécu et ont été éduqués va influencer leur façon de mentir ou ne pas dire la vérité : circonstances traumatiques de guerre, de conflits, de désaccords politiques, climat familial, etc. Parfois, les jeunes MENA ne veulent pas dire tout parce que leur narration des faits pourrait se retourner contre eux. Le mensonge peut, dans certains cas, être un moyen de survie, réelle ou psychique. Dans certains contextes culturels, il peut être considéré

comme une stratégie adaptative, ou une preuve d'intelligence. Ensuite, durant leur parcours d'accueil, ils sont confrontés à de nombreux entretiens (ex : CGRA) au cours desquels on exige d'eux une vérité absolue. Ils ont pourtant connaissance de scénarios « tout faits » qui peuvent (en tout cas, c'est ce qu'ils pensent) les aider à obtenir plus facilement les papiers demandés[2]. Se trouvent donc intriquées ces dimensions culturelle et logistique à l'intérieur de la personnalité du jeune, de son parcours chaotique de vie et de sa méfiance à l'égard de l'adulte inconnu. Les entretiens que nous avons menés ont été réalisés dans ce contexte. Nous ignorons si tous les dires sont vrais, mais la recherche de « la » vérité n'est pas l'objet de notre questionnement. Pour les intervenants rencontrés, l'enjeu n'est pas non plus de savoir ce qui est vrai ou faux dans l'« histoire », la composition familiale ou l'âge du jeune. Tout en exerçant une écoute active du récit fourni, il s'agit de créer un lien dans un but d'aide et de soutien.

Il existe, d'autre part, des biais particuliers, relatifs précisément à cette recherche.

Pour cette synthèse, nous avons contacté plusieurs structures d'accueil et plusieurs tuteurs qui exposaient le projet aux jeunes. Ce sont donc ceux qui ont accepté qui ont été rencontrés. Ils ont des âges différents, des parcours différents et viennent de pays différents. Le contexte est donc, de prime abord, incomparable. Remarquons que, de façon aléatoire, les jeunes rencontrés proviennent principalement d'Afrique. Il y a plusieurs hypothèses quant à cette observation : meilleure connaissance de la langue ? Population plus importante ? Jeunes plus facilement d'accord de rencontrer une femme pour son travail de fin d'études ?...

Ces biais doivent rester à l'esprit tout au long de la réflexion.

Pour une question manifeste de facilité et de compréhension, la plupart des jeunes rencontrés ont un bon niveau de français. Ils sont donc scolarisés et en Belgique depuis au moins quelques mois.

Pour éviter de perturber davantage ces adolescents, les intervenants nous ont proposé de rencontrer des jeunes qui leur paraissaient suffisamment « stables » au point de vue psychologique afin d'éviter une éventuelle décompensation dans le décours de l'entretien.

Au terme des nombreux contacts pris avec différents intervenants qui connaissent bien le réseau, il est apparu que l'accès à ces jeunes est plutôt difficile. (manque de temps et de moyens pour les infrastructures et le personnel affecté à cette tâche, méfiance des intervenants, multiplicité des structures organisationnelles et manque de communication, désintérêt de la part du grand public, divergence des volontés politiques, etc.) Nous n'avons donc pas pu rencontrer un grand nombre de jeunes MENA. Cet échantillon est trop réduit pour être représentatif d'une population et permettre d'en dégager des notions générales. Cependant, les informations sont complétées par des contacts avec les intervenants et des lectures pour cerner le sujet de la manière la plus large possible.

La forme même des entretiens induit aussi un biais, car ils s'appuient sur les souvenirs et les faits racontés à postériori par le jeune. Les informations sont donc subjectives en fonction du contexte, du recul et de l'état émotionnel du jeune, de sa mémoire, etc.

4) Existe-t-il une typologie ?

Angelina Etiemble[3] décrit plusieurs profils de jeunes :

- *Les exilés* : ils viennent de toutes les régions ravagées par la guerre et les conflits ethniques. Ils quittent leur pays de peur des répressions, en raison des activités politiques de leurs proches ou de leur appartenance ethnique. L'émigration est envisagée comme stratégie familiale venant répondre à la pauvreté ou l'insécurité ou comme l'unique chance de survie des orphelins.
- *Les mandatés* : ils sont incités à partir par leurs parents ou des proches afin d'échapper à la misère. Ils sont encouragés par la famille avec l'espoir qu'ils auront une vie meilleure. Leur retour est parfois vu comme un échec. Ils sont choisis par la famille pour leur côté débrouillard. Ils ont en général une forte volonté d'apprendre le français.
- *Les exploités* : Ils sont aux mains de trafiquants de toutes sortes.
- *Les fugueurs* : ils quittent leur domicile en raison de conflits avec leur famille (ou l'institution) ou parce qu'ils sont victimes de maltraitance.
- *Les errants* : ils étaient déjà en situation d'errance dans leur pays d'origine (mendicité, emplois de fortune, délinquance, prostitution...). Ils décident de tenter leur chance dans un pays riche.

  Il faut remarquer que la frontière entre ces profils est perméable (des exilés peuvent porter un mandat familial, même s'il n'est pas explicite, tous peuvent tomber entre de mauvaises mains et devenirs exploités…). Cette typologie n'est pas figée.

Vignette clinique

S. a 24 ans. Elle est arrivée de Guinée Conakry quand elle avait 14 ans et demi. Elle n'a pas connu son père qui est décédé quelques semaines après sa naissance. Elle a perdu sa maman à 13 ans. S. avait été mariée de force et elle n'était pas la première épouse. « Pour moi, j'ai été violée ». Elle a fui, s'est cachée dans la capitale pendant environ un mois. Elle a reçu l'aide d'une connaissance, un commerçant, qui voyageait souvent. Il lui a donné le passeport de sa fille et l'a prise lors d'un de ses voyages. Il l'a déposée en Belgique à l'O.E. avant de repartir. Elle s'est sentie perdue et dit n'avoir réalisé vraiment la situation que quatre mois après son arrivée. Elle est passée quelques semaines dans un C.O.O. puis elle a été orientée dans un centre Fedasil. Durant plusieurs mois, elle raconte d'importantes difficultés psychologiques. Elle était en retrait et ne parlait pas aux autres « On se protège des gens. Contre tout le monde. Je sentais que tous les autres étaient des ennemis. » Elle décrit des troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, réveils nocturnes et cauchemars récurrents. « Je faisais toujours le même rêve. J'étais sur une voie ferrée. Je ne pouvais pas bouger et le train arrivait. » Elle évoque une impression permanente de danger et une sensation trouble de ne pas pouvoir en sortir. Elle était nerveuse et a eu pendant plusieurs mois une période d'anorexie. Elle se souvient d'être restée prostrée sans pouvoir sortir pour aller à l'école. Elle a été hospitalisée à plusieurs reprises pour déshydratation ou malaises. Elle faisait également des crises d'angoisse. Elle a bénéficié de consultations chez une psychologue extérieure mais elle estime que l'aide n'était pas constructive. Après environ un an au centre, elle a rencontré un petit copain. « Il était là. Avec lui, je pouvais parler. » A partir de ce moment, son état s'est amélioré progressivement. A 17 ans et demi, elle a été placée en autonomie en kot. A présent, elle est en couple, elle a un fils de huit mois et elle travaille dans une administration. Elle dit qu'il lui a fallu trois ans pour se sentir un peu mieux. Elle ne fait plus de cauchemars depuis la naissance de son fils. « Maintenant, je suis fixée et j'ai envie d'avancer. Je me sens plus forte. »

5) Quelle symptomatologie ?

On peut tenter d'évaluer l'état psychologique et la symptomatologie du jeune en trois temps : dans le pays d'origine d'abord ; ensuite, au moment de l'arrivée, avec le décalage et le choc culturel (période de rupture, où se mélangent déculturalisation et reculturalisation) et enfin, à distance de l'arrivée, c'est-à-dire actuellement. Dans le pays d'origine, il y a ou non une fragilité. La rupture fait détonateur.

Chez ces jeunes, la symptomatologie prédominante est une symptomatologie anxio-dépressive: humeur triste, troubles du sommeil, anxiété, irritabilité, difficultés de concentration, troubles alimentaires, passages à l'acte auto/hétéro-agressifs. Les idées suicidaires sont rarement évoquées. Selon les jeunes rencontrés, cette caractéristique est à mettre en lien avec le fait que la religion est très importante et que leur foi les pousse à ne pas perdre espoir. Les aspects dépressifs sont souvent réactionnels au contexte de vie.

Devant ces considérations, on constate qu'il n'y a pas de tableau clinique « typique ». Les symptômes ainsi que leur mode d'expression varient fortement en fonction du jeune, de sa personnalité et de son parcours.

« Les troubles observés répondent généralement bien plus à ce qui a été décrit comme le tableau d' « ESPT complexe » (Herman, 1992 ; Van der Kolk, 1996, Frey et al., 2001). Ce trouble associe des perturbations affectives sévères, des symptômes dissociatifs, des manifestations somatiques, des altérations de la perception de soi (culpabilité, honte, sentiment de modification identitaire) et de l'agresseur (désir de vengeance ou idéalisation), de la relation aux autres (méfiance, re-victimisation, hétéro-agressivité) et enfin une altération des systèmes de sens (désespoir et perte des croyances fondamentales) »[4].

En plus de (des) l'éventuel(s) traumatisme(s) vécu(s), et en plus du traumatisme lié à la migration en elle-même, le jeune doit vivre son adolescence seul et en dehors de ce qu'il a connu auparavant. Cette errance solitaire à un âge clé de la structuration

psychique complexifie encore les processus en jeu dans la construction identitaire, dans cette période charnière de la vie.

Il faut noter que l'on observe de grandes disparités d'une région du monde à une autre dans la signification du concept d'adolescence (ex : dans certaines sociétés traditionnelles africaines, la puberté pour les filles signifie l'entrée dans l'âge adulte. Elles sont mariables). Les sociétés traditionnelles formalisent le passage de l'enfance à l'âge adulte à travers un rite, une épreuve et/ou une cérémonie qui engage directement le jeune dans ses responsabilité sociales.

Les conséquences d'un traumatisme psychique peuvent être immédiates, post-immédiates ou différées.

« Lorsqu'il y a traumatisme, celui-ci est souvent mis entre parenthèses pendant la procédure d'asile. On parle alors de « symptômes congelés ». La première préoccupation de ces jeunes est le retour à la normalité. Après l'obtention du permis de séjour, le jeune est souvent confronté à un contrecoup qui s'exprime par différents problèmes de santé psychique et/ou mentale : cauchemars, troubles du sommeil ou de l'alimentation, douleurs au ventre, au dos, phobies… »[5]. L'objectif est alors de faire le lien entre les symptômes et l'événement traumatique.

On ne peut évoquer ces jeunes sans aborder la notion de résilience, ce « processus dynamique donnant à l'individu la capacité de réagir lorsqu'il est confronté à l'adversité, de rebondir dans la vie, de puiser dans ses ressources internes pour réapprendre à vivre une autre vie, une vie après l'événement traumatique»[6].

En effet, les capacités de résilience vont influencer la manière dont le jeune va vivre sa migration et s'approprier ou non son nouveau cadre culturel. Malgré un parcours difficile, tous ne développent pas de pathologie psychiatrique. Ils ont fait apparaître des compétences adaptatives exceptionnelles pour faire face aux situations anxiogènes, sans oublier que les conditions de vie sont elles-mêmes pathogènes.

Un travail de recherche soutient que les notions d'adaptation semblent très liées à la qualité de la construction des liens avant la migration et au maintien de ces mêmes liens-même si c'est avec d'autres personnes- après la migration[7].

Une de nos interrogations était la durée, voire la persistance des symptômes au fil du temps. Les jeunes pouvaient-ils ressentir une différence subjective entre « l'avant et l'après migration ».

Chez tous les jeunes interrogés, il existait une amélioration lente de l'état psychique, proportionnelle à la durée de séjour. De manière générale, on assiste à une régression des troubles au fur et à mesure de l'accueil, pour autant que le jeune soit dans des conditions de vie stables et qu'il se sente en sécurité. Cependant, les troubles peuvent être réactivés lors d'un changement (de centre, d'école, d'éducateur…)

6) Quels sont les apports des études randomisées ?

En Europe, plusieurs études statistiques ont été menées[8].

Les études comparatives ont démontré que les adolescents isolés sont plus exposés à des événements de vie stressants que les adolescents accompagnés, qu'il y a plus d'évènements traumatiques extrêmes chez les mineurs isolés que chez les mineurs

accompagnés de leur famille, que les MENA ont plus de symptômes d'anxiété, de dépression et de PTSD mais moins de problèmes de comportement que les ados migrants accompagnés. La durée du séjour en Belgique n'influence pas les problèmes de comportement.

Dans les études de follow up, le bien-être de ces jeunes est évalué après sept ans. La plupart ont commencé à s'adapter à leur nouveau pays.

Il existe d'autres études, plus spécifiques à certains pays d'origine ou d'accueil[9].

On peut résumer cette littérature comme suit.

Les Mena sont un groupe hautement vulnérable, qui souffre plus de morbidité psychiatrique que les autres populations comparées. Plusieurs études ont montré que le sexe féminin et l'âge sont des facteurs prédictifs importants qui influencent les symptômes de stress post traumatique. Les Mena ont été négligés en terme de recherche et d'intervention. Ils ont des besoins législatifs, psychosociaux et psychiatriques spécifiques. Peu de publications existent sur le sujet car : une possibilité réduite d'accès aux soins, des parcours particuliers, la barrière de la langue qui rend difficile les mesures de standardisation, des mouvements migratoires fréquents qui rendent l'organisation d'un protocole de recherche difficile. Les données varient aussi en fonction du pays d'origine ; donc, il faudrait en tenir compte. Il y a un biais de sélection (plus de garçons, les jeunes inclus dans les études sont inscrits dans des programmes d'aide). Dans la littérature, de très nombreux symptômes de PTSD sont décrits mais il faudrait un modèle intégratif (reprendre les conditions législatives, la sensibilité culturelle, etc.…). Il est donc essentiel de prendre en compte les différences évoquées précédemment et d'étudier la problématique de manière multimodale.

7) Quels sont les symptômes d'appel les plus fréquents selon les intervenants ?

Certains jeunes, une minorité semble-t-il, bénéficient d'une prise en charge psychologique. On peut se demander pourquoi tel jeune et pas un autre.

Pour cette question encore, il est difficile de généraliser. Les formes peuvent varier selon les intervenants, les structures, les moyens, le temps et les possibilités concrètes en contexte. Ce sont souvent les symptômes « spectaculaires » qui entraînent la consultation (troubles du comportement, anorexie, anxiété majeure ; cependant, il ne faut pas sous-estimer les symptômes discrets qui peuvent également témoigner d'un profond mal-être.

Quand on parle de MENA, il faut aussi évoquer les jeunes dont le parcours et le comportement est tellement chaotique que la société les isole encore plus. Ils peuvent présenter des comportements violents, des recours aux substances et commettre des délits. Ces jeunes se retrouvent en IPPJ et ont peu de possibilités de réel projet dans la prise en charge.

Vignette clinique

R. a 15 ans. Elle est l'aînée de sa fratrie. Son père est décédé ; elle ne l'a jamais connu. Sa mère habite dans un bidonville de Kinshasa. Lorsqu'elle a eu 8 ans, la famille de son père a décidé de l'envoyer en Belgique pour qu'elle ait une vie meilleure. Ils ont réuni l'argent pour une passeuse. R. a été choisie car elle était l'aînée et qu'elle avait une communication inter-auriculaire. Cette pathologie pourrait l'aider à avoir les papiers. R. n'a pas été prévenue. Elle a peu de souvenirs de son voyage et de son arrivée. Elle a été envoyée chez sa tante maternelle de 21 ans, qui avait, elle-même, eu un parcours similaire. Celle-ci n'était pas d'accord mais a dû se plier à la volonté familiale. A l'âge de 13 ans, l'école s'est inquiétée des comportements de R. Elle était fermée. Elle était décrite comme difficile et méchante avec ses condisciples. L'école a demandé un bilan au Centre de Santé Mentale.

Au terme du bilan, il est apparu que R. était victime de maltraitance de la part de sa tante depuis son arrivée en Belgique. Un dossier SAJ a été ouvert et R. a été placée en internat. Son tuteur, peu présent, a voulu remettre R chez

sa tante. La lenteur administrative et la difficulté de communication entre les intervenants ont été à la source d'une importante violence institutionnelle pour R.

8) Eléments de réflexion

Au terme de cette présentation, quels sont les éventuels points communs entre ces jeunes ?

Ils présentent tous, à différents degrés, des symptômes d'Etat de Stress Post-Traumatique. S'ils n'ont pas toujours vécu de traumatisme au pays, le parcours migratoire est en lui-même un traumatisme pour ces jeunes isolés.

Ils ont tous vécu l'exil. Ils ont tous un **parcours chaotique** : voyage soudain, non préparé, route vers l'inconnu. Ils ne savent pas où ils vont, ni où ils arrivent par rapport à leur point de départ. Ils ont vécu l'expérience d'une rupture de rythme et de structure (déstructuration dans le temps et l'espace) Ils vont vers l'incertain et l'insécurité. Ils sont donc dans une logique de l'instantané[2]. On peut constater cette perturbation du rapport au temps lors des entretiens : confusion des dates, dans la chronologie ou flou dans le parcours. Il faut aussi noter que la pression exercée au niveau juridique et administratif (âge précis, entretiens au CGRA…) est en totale contradiction avec le besoin de temps de la reconstruction. Les jeunes doivent donc naviguer entre deux espaces-temps.

C'est en raison de cette déstructuration que ces jeunes ont besoin d'un cadre, mais un cadre souple, qui peut s'adapter en fonction de ce qu'ils ont connu et vécu avant. Ces jeunes ont également en commun le choc culturel, avec personne ou presque qui

partage leur culture pour les aider à comprendre, à déchiffrer et intégrer les différences dans lesquelles ils sont immédiatement plongés.

Ces jeunes ont en commun de vivre leur **adolescence en dehors du référent culturel** qu'ils ont connu dans l'enfance. Ces adolescents se retrouvent à porter des missions d'adultes. Le MENA est un *adolescent* dépourvu de sa culture, de ses repères, donc, ce manque d'assises psychiques individuelles, familiales, sociétales et culturelles est doublement dommageable.

Souvent, les jeunes qui migrent sont **présélectionnés** pour/par leur force et leur tempérament. La période pré-migratoire est donc importante dans l'histoire et la construction du jeune. Tous les jeunes avaient subi des expériences de traumatisme dans le pays (deuils, séparations, agressions, abandons, maltraitance). L'exil a constitué une ultime répétition de ces ruptures.

Il compte de garder à l'esprit la question de la **violence institutionnelle** dans le parcours du jeune. La perte de confiance en l'adulte est encore aggravée par la dureté de l'accueil reçu en Belgique, les barrières linguistiques, la lourdeur des procédures administratives, l'absurdité des preuves bureaucratiques exigées, et la mise en doute presque systématique de l'âge et de l'histoire des individus. Leur traitement en Belgique est source d'incompréhension. Celui-ci est perçu comme injuste et arbitraire. Ce sentiment de négation, de suspicion et d'exclusion crée de nouveaux traumatismes. La Belgique était souvent inconnue et imaginée comme un eldorado. Le choc avec la réalité est donc douloureux.

Il convient de mesurer l'impact des **références religieuses** sur la clinique. Tous les jeunes avec lesquels des échanges ont eu lieu sont croyants. La religion, quelle qu'elle soit, occupe une place particulière dans leur vie : leur foi les a aidés dans leur parcours difficile. Parfois, Ils peuvent donner l'impression qu'ils se forcent à « aller bien », qu'ils ne peuvent se permettre de dire leurs difficultés. La religion est alors aussi une pression qui a un impact sur l'expression des émotions. Le mode d'expression dépend aussi du pays d'origine.

Ces rapports à la croyance et à la religion rejoignent la question des différences culturelles au sens large et la difficulté, parfois, à se comprendre quand les cultures se croisent et s'entremêlent (Exemple de la sorcellerie, très présente dans la culture africaine notamment et dont l'impact n'est pas à négliger dans la prise en charge des migrants).

Il existe une séparation nette pour ces jeunes entre le corps et l'esprit. Dans les centres, ils ont souvent recours à l'infirmière quand ils ont des insomnies, par exemple. La **somatisation** est fréquente mais l'aborder n'est pas toujours simple, vu la différence dans nos repères culturels. L'ethnopsychiatrie peut être un moyen de faire le lien entre la culture et le symptôme.

Une difficulté a été notamment dégagée lors des différents entretiens, c'est celle pour le jeune de rester lui-même. L'enfant migrant se retrouve à la croisée des chemins. A quel monde appartient-il ? Que garder de sa culture ? Doit-il adopter ou non la nouvelle culture ? Qui est-il dans cette nouvelle configuration ? Ces interrogations

touchent au concept de **loyauté clivée et de loyauté invisible**, introduit par I. Boszormenyi-Nagy[10], surtout si la famille est envoyeuse. Le jeune est mandaté par sa famille pour s'insérer et réussir dans le monde occidental, et pourtant, s'il y parvient, il ne sera plus des leurs. La loyauté clivée concerne l'enfant qui est dans l'impossibilité de choisir.

La loyauté invisible se manifeste de manière indirecte, détournée. Elle peut se manifester, par exemple, quand un jeune met en échec une famille de parrainage.

Le jeune vit subitement un passage d'une culture communautaire à une culture individualiste et est brutalement projeté face à la question de l'appartenance.

Cette coexistence de plusieurs univers référentiels rejoint l'idée du sous-titre de cet article : « Aussi longtemps soit le séjour d'un tronc d'arbre dans l'eau, il ne se transforme jamais en crocodile ». (Proverbe africain)

A la suite des entretiens, et avec les réserves mentionnées plus haut, nous constatons que, malgré des parcours complexes et traumatiques, ces jeunes semblent, pour la plupart, « fonctionner » sans trop grande détresse. Certains semblent délivrer la parole que l'intervenant a envie d'entendre. Les discours sont alors stéréotypés. L'enjeu de l'obtention des papiers est, bien sûr, de taille. Celui de la loyauté envers la famille restée au pays également. La réussite du projet migratoire en est la représentation. Il semble, d'après C. Thibaudeau[11], que cette insertion à réussir ait une fonction « pare-angoisse » et qui donne l'illusion de maîtriser une situation qui pourtant dépasse le jeune. Ces adolescents ne peuvent se permettre les moments de doute et de remise en question que partagent les autres adolescents. La problématique adolescente peut

s'effacer parfois au profit de l'urgence de la survie. Derrière des aspects d'hyper-adaptation se cachent parfois des vraies failles identitaires.

L'un des enjeux thérapeutiques peut être d'amener ces jeunes à renouer avec le cours de leur vie d'adolescent en reconstituant le fil de cette vie, et de les aider à donner du sens par la réappropriation personnelle des événements.

Vignette clinique

F. a 21 ans. Elle est arrivée de Guinée Conakry quand elle avait 14 ans. Elle fuyait un mariage forcé et a quitté le pays avec sa grand-mère qui avait des problèmes politiques. F. s'est cachée pendant cinq mois puis la fuite a été soudaine et rapide. Au C.G.R.A., on a douté de son récit. Comme elle n'avait pas de papiers prouvant les liens familiaux, elle a été considérée comme « MENA ». Sa grand-mère et elle ont été accueillies chez des sœurs durant la procédure d'asile. F. y est allée d'abord seule car sa grand-mère était hospitalisée pour des complications liées à un diabète déséquilibré. La jeune fille décrit l'attente des papiers comme une période très stressante. Lors du premier mois en Belgique, elle évoque une anxiété importante. Elle dormait mal à cause de ruminations anxieuses. Malgré la présence de sa grand-mère, F. s'est sentie très seule. L'intégration à l'école fut difficile pour elle. Actuellement, elle suit des études d'infirmière. Elle dit, avec le recul, qu'il lui a fallu trois ans pour se sentir à l'aise en Belgique. « T'es là. Tu dois t'adapter mais pas perdre ton identité. Il ne faut pas oublier d'où on vient. J'ai peur de ne plus être la même personne. »

9) Une approche thérapeutique est-elle possible ?

Au terme de ces réflexions, quel peut être l'apport du pédopsychiatre ?

Ce rôle est encore peu clair: en partie demandé par des intervenants quand ils n'en sortent plus, en partie évité et refusé par peur, manque d'habitude, ou de moyens. L'équilibre et la complémentarité restent à trouver. Cette place semble malaisée. D'abord, par rapport au jeune qui a souvent une vision du « psy » qui est « pour les fous », donc pas pour lui. Ensuite, par rapport aux intervenants qui ont leurs propres attentes et/ou barrières.

Voici des pistes pour la prise en charge :

- Les consultations médicales peuvent permettre le travail de réappropriation du corps émetteur des symptômes somatiques. Ce cadre peut constituer un point de départ et faciliter la verbalisation. Il est important de prendre le temps d'écouter le jeune, de pouvoir parler de la culture occidentale et de sa propre culture, de pouvoir croiser les références. Ces échanges permettent de mettre des mots sur les non-dits de la culture qui ne sont pas toujours précisément perçus et cela contribue à nourrir et renforcer le lien d'appartenance du jeune.
- La symptomatologie évoquée plus haut pourrait être apaisée par une aide pharmacologique. Plusieurs jeunes demandent des somnifères aux infirmières des centres. Il convient d'analyser la demande et pouvoir mettre des mots sur les difficultés évoquées ou non. La médication peut être efficace, notamment si le contexte est sécurisant pour le jeune, si l'indication et la posologie lui sont bien expliquées, si elle est envisagée en parallèle avec une prise en charge globale du

jeune, si on a matériellement le temps de l'envisager et de réévaluer son effet… Dans les faits, ces conditions sont rarement remplies.

- Avec ces jeunes, le médecin ne se situe plus dans la pratique habituelle[12]. La réalisation d'entretiens transculturels est une piste thérapeutique.

  Les bases théoriques de ce dispositif groupal reposent sur l'ethnopsychiatrie, fondée par G. Devereux.

  « Au-delà des signes habituels de trauma psychique suite à un évènement unique, nous avons affaire à de multiples traumatismes en passant par la rupture migratoire au sens où l'entend Nathan (« le traumatisme de la perte du cadre culturel interne à partir duquel était décodée la réalité externe »). La consultation de groupe est un moyen de ne pas rester fasciné ou bloqué en parallèle de ces jeunes (consultations dont le but est de co-construire pour remettre un sens et une cohérence au parcours fragmenté) »[12].

  Les psychiatres transculturels savent que la symptomatologie des traumatismes intentionnels et répétés peut revêtir certaines caractéristiques par rapport au PTSD classique. Il existe des variations cliniques : somatisation, autres modèles conceptuels de la frayeur dans certaines sociétés. Les aspects de honte, de culpabilité et de méfiance sont plus importants et des modifications durables et profondes de la personnalité sont décrites. Au final, c'est la frayeur qui semble constituer le noyau commun de la clinique du trauma plutôt que les flashbacks et les cauchemars répétitifs.

  Une difficulté est la confrontation entre le rêve de ces jeunes et leur réalité. Il faut maintenir le projet qui les mobilise, sinon ils n'ont plus envie d'avancer. « Ce qu'apprend l'ethnopsy, c'est le respect des spécificités, des singularités, une

méfiance à l'égard de l'universel, prétention occidentale qui s'interdit de comprendre ce qui diffère de lui, le réduit à de la « croyance » et le discrédite comme obscurantisme ou superstition. »[12]

Le but est de co-construire un espace thérapeutique avec le jeune, différencié des autres espaces juridique, socio-éducatif, etc. On tend vers un décentrage pour ne pas partir de nos références mais de celles du jeune, « pour ne pas réduire l'inconnu à du connu ».

- Avec ces jeunes, le médecin est exposé à la question administrative et éthique des certificats et des attestations. En effet, son avis peut être sollicité par le jeune ou les intervenants pour appuyer une demande d'asile ou de recours. La question de la vérité et du mensonge prend alors un autre sens, et est à mettre en perspective avec les besoins du jeune, en tant que patient, dans sa réalité d'être humain.
- Dans ce genre de clinique, plusieurs problématiques sont enchevêtrées: les préoccupations liées à la procédure, les préoccupations liées au passé et les préoccupations journalières liées à la migration (perte du réseau social habituel, rupture dans la trajectoire de vie, perte du statut social, discrimination dans le pays d'accueil). Il est primordial que les intervenants ne soient pas seuls face à ces difficultés. Un regard **pluridisciplinaire** est donc indispensable. Le travail en réseau permet également de recréer une enveloppe sécurisante et contenante pour le jeune MENA.

  Les logiques politiques et institutionnelles ne vont malheureusement pas toujours dans ce sens.

Vignette clinique

H. a 17 ans et demi. Il est Afghan. Au pays, il apprenait le métier de coiffeur dans le salon de son père et de son frère aîné. Ils ont reçu des menaces de la part des Talibans qui estimaient que ce métier était contraire à la religion. Le frère de H. s'est fait tuer. Son père s'est fait torturer. Devant la menace, la mère de H. a payé un passeur pour qu'il puisse fuir le pays et avoir la vie sauve. Il ne sait pas, à l'heure actuelle, si ses proches sont encore en vie ou non. Il a traversé toute l'Europe en changeant de passeur, en trouvant des refuges provisoires, en marchant à travers des forêts. Il est arrivé en Belgique par hasard. A son arrivée, il a séjourné dans un hôtel, le temps que le test d'âge soit réalisé. Il a ensuite été transféré au Centre de la Croix-Rouge de Stoumont. Il a fait une demande d'asile qui est revenue négative. Actuellement, il a intenté un recours contre la décision. Il est adressé au SSM de Verviers par la psychologue qui l'a reçu plusieurs fois, pour un avis pédopsychiatrique. En effet, H. est extrêmement nerveux. Il présente un comportement explosif avec de l'auto- et de l'hétéro-agressivité (automutilations, bagarres…) qu'il décrit comme des pertes de contrôle de lui-même. Il présente une anxiété majeure avec des ruminations très envahissantes. Il décrit des reviviscences de scènes violentes. Il a des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes, sommeil agité). Il explique qu'il pleure beaucoup. Il mentionne également des douleurs physiques qui découlent d'une infection parasitaire mal soignée selon lui. Il se sent très seul et perdu. Il est terrorisé par sa situation administrative plus qu'incertaine et sa majorité prochaine. Il est reçu avec un interprète parce qu'il ne parle pas le français. Il demande un médicament tout de suite car le mois prochain, il sera majeur et il devra quitter le Centre qui l'héberge actuellement. Il sera « à la rue » et n'aura plus de quoi se payer un médecin. Il dit que, peut-être, un certificat pourrait l'aider dans son recours…

10) Conclusion

Etant donné l'évolution de la société, cette problématique complexe requiert un intérêt tout particulier en raison d'enjeux latents liés à un mieux vivre pour toute une génération.

Le travail avec les jeunes MENA est une tâche bien spécifique et requiert une approche complexe, avec des notions théoriques, thérapeutiques et juridiques particulières. Il n'existe malheureusement pas en Belgique, à l'heure actuelle, de consensus par rapport à la prise en charge de ces jeunes. Cette difficulté, sur fond de crise de l'accueil

et enchevêtrée dans des problèmes logistiques, administratifs, sociaux, financiers et juridiques est celle que les intervenants qui travaillent avec- et pour- ces jeunes vivent au quotidien. Il semble donc essentiel de mettre en commun les différentes approches dans l'intérêt du jeune, du patient.

La position du pédopsychiatre, quand elle est possible, est donc peu claire et malaisée. Se dégage pourtant de l'expérience la conviction qu'un cadre sécurisant en ce qui concerne l'accueil et l'entourage, sans incertitude administrative, est essentiel pour pouvoir entamer un travail de réflexion avec le jeune. Sans cet environnement et ce contexte de sécurité minimal, l'intervenant est face à une telle souffrance que ce travail est inutile, voire déplacé.

Parallèlement aux évolutions politiques et juridiques, un travail de réflexion et de concertation est, dès lors, à poursuivre, pour approfondir les connaissances, développer la collaboration et le travail de réseau, et pouvoir aller à la rencontre de ces jeunes de manière soutenante, ouverte, efficace et thérapeutique.

A la rencontre des jeunes Mineurs Etrangers Non Accompagnés…

Quel rôle pour le pédopsychiatre ?

« Aussi longtemps soit le séjour d'un tronc d'arbre dans l'eau, il ne se transforme jamais en crocodile » (proverbe africain)

Résumé :

Les Mineurs Etrangers Non Accompagnés (MENA) sont de plus en plus nombreux en Belgique. Chacun d'entre eux a un parcours singulier. Ces jeunes représentent une catégorie hétérogène, en matière notamment de symptomatologie, de clinique, et de moyens thérapeutiques à mettre en œuvre. Dans le cadre d'une pratique en Centre de Santé Mentale, le pédopsychiatre est confronté à ces jeunes et à toutes les questions éthiques, thérapeutiques et administratives qu'ils suscitent. Ces questions sont étroitement liées avec le contexte politique. Une vision intégrative de la problématique et une collaboration avec le réseau semblent plus que jamais nécessaires.

Mots-clés **:**

Pédopsychiatre/Etat de Stress Post traumatique/migration

Omgaan met buitenlandse alleenstaande minderjarigen …

Wat is de rol voor de kinderpsychiater ?

“ Hoe lang een boomstam ook in het water is, hij verandert nooit in een krokodil ”

(Afrikaans gezegde)

Samenvatting:

De Buitenlandse Alleenstaande Minderjarigen (…..) zijn steeds talrijker in België. Ieder van hen heeft een bijzonder traject afgelegd. Deze jongeren vertegenwoordigen een heterogene categorie, in het bijzonder op symptomatisch en klinisch niveau en wat betreft de aan te wenden therapeutische middelen. In het kader van een praktijk in het Centrum voor Geestelijke Gezondheid , wordt de kinderpsychiater geconfronteerd met deze jongeren en met alle ethische, therapeutische en administratieve vragen die hierdoor ontstaan. Deze vragen zijn nauw verbonden aan de politieke contekst. Een integratieve visie op de problematiek en een samenwerking met de bron schijnen meer dan ooit noodzakelijk.

Sleutelwoorden:

Kinderpsychiater / toestand van posttraumatische stress / migratie

Bibliographie

<u>Références utilisées</u>

Articles

[3]ETIEMBLE A. « Synthèse de travaux sur l'immigration et la présence étrangère en France », Migrations études, septembre-octobre 2002, n°109

[8]HUEMER J., KARNIKN S., VOELKL-KERNSTOCK S., GRANDITSCH E., DERVIC K., FRIEDRICH M.H., STEINER H., "Mental issues in unaccompanied refugee minors", Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2009, 3:13

[9] LAY M., PAPADOPOULOS I., "Sexual maltreatment of unaccompanied asylum-seeking minors from the Horn of Africa: a mixed method study focusing on vulnerability and prevention", Child Abuse & Neglect 33 (2009), 728-738

[2] LECARDINAL A.-L., « Création d'une relation thérapeutique de confiance avec des mineurs étrangers non accompagnés »

[4] RADJACK R., BENOIT DE COGNAC A., STURM G., BAUBET T., MORO M.-R. (2012) « Comment accueillir et soigner les mineurs isolés étrangers ? » *Adolescence*, Maisons des Adolescents, 2012, T80, n°2, pp 421-432

[11]THIBAUDEAU C., "Mineurs étrangers isolés: expérience brutale de la séparation", La lettre de l'enfance et de l'adolescence 2/2006 (n°64), pp 97-104

[1]« Mineurs étrangers non accompagnés », périodique de Bruxelles santé n°58, 2010

Livres

[6]CYRULNIK B., Un merveilleux malheur, Poche Odile Jacob, 2002

[12]RADJACK R., MORO M.-R., Migration et vulnérabilité des jeunes étrangers isolés in DESOMER V. et DUTRIEUX B., Enfants en exil, exils d'enfance, Bruxelles, Les politiques sociales n°3 et 4, 2011

Exposés lors de conférences

[10]LECARDINAL A.-L., Présentation à la plate-forme Mineurs en Exil, 16/03/2012

[5] MASKENS A., Psychothérapie avec les adolescents MENA, quelques repères, présentation du 05/10/2006 à Marchienne-au-Pont

Sites internet

Site du CGRA, www.cgra.be, consulté en décembre 2012 et en janvier 2013

Site de l'Association pour le Droit des Etrangers, www.adde.be, consulté en décembre 2012

Site de Fedasil, www.fedasil.be, consulté en octobre, novembre et décembre 2012

Site de la direction générale de l'Aide à la Jeunesse, www.aidealajeunesse.cfwb.be, consulté en janvier 2013

Site du service des tutelles, www.justice.belgium.be, consulté en décembre 2012

Centre de Ressources sur les mineurs isolés étrangers, www.infomie.net, consulté en janvier et février 2013

Mémoires

[6] SYLVESRTO-TESSONNIERE C., « La migration traumatique, une pathologie du lien : souffrance psychique et souffrance corporelle chez les mineurs isolés étrangers », 2010-2011, Université de Rouen

<u>Références generals</u>

Articles

BEAN T., DELRUYN I., EURELINGS-BONTEKOE E., BROEKAERT E., SPINHOVEN P., « Comparing Psychological Distress, Traumatic Stress Reactions, and experiences of Unaccompanied Refugee Minors With Experiences of Adolescents Accompanied by Parents », The Journal of Nervous and Mental Disease, volume 195, number 4, April 2007

BEAN T.M., EURELINGS-BONTEKOE E., SPINHOVEN P., « Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands : One year follow up », Social Science & Medicine 64 (2007), 1204-1215

DERLUYN I., BROKAERT E., "Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective", International Journal of Law and Psychiatry 31 (2008) 319-330

FOUREZ B., « Personnalité psycho-familiale, personnalité psycho-sociétale ? », Thérapie familiale, Genève, 2004, vol.25, n°3, pp 255-275

GHYMERS C., « Le séjour des mineurs étrangers non accompagnés enfin consacré dans la loi », JDJ n°312-février 2012

HUEMER J., KARNIK N., VOELKL-KERNSTOCK S., GRANDITSCH E., PLATTNER B., FRIEDRICH M., STEINER H., “Psychopathology in African Unaccompanied Minors in Austria”, Child Psychiatry Hum Dev (2011) 42:307-319

JACQUES J.-P., « Quand la science se refroidit, le droit éternue », JDJ n°229, novembre 2003

RALET O., Enfants en exil, traumatisme et ethnopsy dans : DESOMER V. et DUTRIEUX B., Enfants en exil, exils d’enfance, Bruxelles, Les politiques sociales n°3 et 4, 2011

SEGLEM C. B., OPPEDAL B., RAEDER S., “Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors”, Scandinavian Journal of Psychology, 2011, 52, 457-464

TREMITIN J., La prise en charge des mineurs isolés étrangers, Revue Lien social (n°1047), janvier 2012

VAN DER MEERSCHEN B., « Note du 1er mars 2002 : tout ça pour ça ? », JDJ n°216, juin 2002

VAN ZEEBROECK C., « La protection des mineurs étrangers non accompagnés victimes de la traite et du trafic des êtres humains - Recherche exploratoire- Document de synthèse », JDJ n°279, novembre 2008

JDJ n°219, novembre 2002, « L’affaire Tabita »

VAN ZEEBROEK C., « Aspects législatifs de la situation des mineurs étrangers non accompagnés en Belgique », e-migrinter, n°2, 2008

Livres/Ouvrages

BRICAUD J., Mineurs étrangers isolés, l'épreuve du soupçon, Vuibert, 2006

DEVEREUX G., Ethnopsychanalyse complémentariste, Paris, Flammarion, 1985

JACQUES P., L'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés, repères pour les professionnels de la santé mentale

MANANGA F., Intervenir auprès des mineurs étrangers isolés, Paris, Editions du cygne, 2010

MORO M.-R., Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent, Paris, Dunod, 2010

PESTRE E., La vie psychique des réfugiés, Paris, Payot, 2010

FEDASIL, Guide pour les mineurs étrangers non accompagnés en Belgique

Films/Pièces

PETIT-JOUVET L., « J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau »

TSHIBANDA P., « Un fou noir au pays des blancs »

Exposés lors de conférences

HENKIBRANT M. et LEROUX F., rapport de la journée d'étude sur les maladies du séjour à Bruxelles, le 12 décembre 2008

JACQUES P., Un espace de sécurité pour se reconstruire, Exposé lors de la journée d'étude « Transmission des valeurs du pays d'origine au pays d'accueil » du 19/05/2011 à Gembloux

Mémoire

MANNLEIN N., « Du déracinement à l'enracinement, les représentations des Mineurs Isolés Etrangers », 2011, Université de Toulouse 2 Le Mirail

Etude

« Adolescences en Exil » du discours des ados aux pratiques des adultes, étude coordonnée par S. Grosjean, décembre 2012