

**COLLECTION
MÉDECINE
SOCIÉTÉ**

J'ai peur de les oublier

Deuil et accompagnement
chez les adolescents requérants d'asile

Javier Sanchis Zozaya

**Avec la collaboration de
Patrick Bodenmann
Régis Marion-Veyron
Friedrich Stiefel**

J'ai peur de les oublier

Deuil et accompagnement
chez les adolescents requérants d'asile

Javier Sanchis Zozaya

**Avec la collaboration de
Patrick Bodenmann
Régis Marion-Veyron
Friedrich Stiefel**

J'ai peur de les oublier

Deuil et accompagnement
chez les adolescents requérants d'asile

Javier Sanchis Zozaya

**Avec la collaboration de
Patrick Bodenmann
Régis Marion-Veyron
Friedrich Stiefel**

Georg Editeur

CMS / Collection Médecine Société

CMS est née en 1999, placée sous la responsabilité d'un Comité de rédaction constitué de personnalités scientifiques d'orientations multiples. Les volumes publiés proposent une réflexion pluridisciplinaire, se rapportant à l'ensemble des questions de santé et de médecine envisagées dans leur sens le plus large. L'accent est mis autant sur les implications pratiques que sur les enjeux théoriques, et sur le croisement pluriel des perspectives, qu'elles soient sociologiques, médicales, juridiques, éthiques ou historiques.

CMS se veut le témoin engagé des débats contemporains sur la maladie, la santé et leurs implications sociales, politiques, économiques ou culturelles, et s'adresse à un public comprenant tout à la fois l'ensemble des professionnel·le·s de la santé et de la médecine et tou·te·s celles et ceux qui se sentent concerné·e·s par ces enjeux.

Comité de rédaction

Anne-Françoise Allaz, Gaspard Aebischer, Vincent Barras, Patrice Guex, Claude-François Robert, Raphaël Hammer, Bertrand Kiefer

Directeur de collection

Vincent Barras

Remerciements

À Samira, Nael et Gabriel, pour leur présence et leur soutien durant tout ce travail de thèse. À mes parents, Vicente et Juana, qui m'ont tant appris, en particulier le fait que si l'exil peut être dramatique, il peut aussi être coloré d'amitié, de solidarité et d'amour. À mon frère Miguel, toujours présent, même à distance géographique. À ma sœur Marta, que je porte dans mon cœur. Et à tous ceux qui m'ont appris tant de choses !

Je voudrais remercier également, pour leurs idées et le partage, Saskia von Overbeck, Saida Mohammed Ali, Richard Rechtman, André Carel, Alejandro Rojas-Urrego, Martine Monnat, les équipes éducatives des centres EVAM et du Home Chez-Nous, les enseignants, les tuteurs, et mon équipe de l'USMi. Un grand merci à Ivana Radonic Turrel pour sa lecture et corrections du manuscrit.

Enfin, un remerciement tout particulier à mes amis d'aventure, Friedrich, Patrick et Régis, pour leurs encouragements sans faille tout au long de la rédaction de ce livre, pour le riche partage d'idées, pour leur lecture critique et leurs précieux commentaires.

Pour alléger le texte, nous utilisons le masculin et ne faisons pas de distinction de genre, sauf lorsque celui-ci est mentionné explicitement.

Les prénoms et les origines des personnes décrites ont été modifiés afin d'éviter qu'ils soient reconnus.

Georg Editeur bénéficie d'un soutien de l'Office fédéral de la culture pour les années 2021-2024.

Cet ouvrage est publié avec le soutien du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS).



FONDS NATIONAL SUISSE
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Couverture et mise en page: Jennifer Freuler

Georg Editeur
Genève
www.georg.ch

Pour leurs textes © les auteur.e.s 2021

ISBN (papier): 9782825712528

ISBN (PDF): 9782825712719

ISBN (XML): 9782825712726

DOI: 10.32551/GEORG.12528

Cet ouvrage est publié sous la licence Creative Commons CC BY-NC-ND
(Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification)



Sommaire

Remerciements	5
Préface	11
Chapitre 1 – La crise des réfugiés : chiffres et enjeux	15
1.1. Les mineurs requérants d'asile non accompagnés : des adolescents emblématiques	17
1.2. La danse des définitions autour des adolescents requérants d'asile non accompagnés	18
Chapitre 2 – Une souffrance difficile à saisir	25
2.1. Les questions de départ	27
2.2. Musa : l'antisocial ou l'endeuillé ?	28
2.3. Deuil, solitude, culture, migration et adolescence	29
2.4. Les professionnels face aux jeunes endeuillés	32
2.5. Les stéréotypes et préjugés face au sentiment d'étrangeté	33
Chapitre 3 – L'enveloppe culturelle	37
3.1. La culture	38
Chapitre 4 – Le parcours migratoire et l'intégration	43
4.1. « Avant » – le mouvement migratoire	44
4.2. « Pendant » – le déplacement	47
4.3. « Après » – la procédure d'asile, l'intégration et la nostalgie	50

Chapitre 5 – L'adolescence	57
5.1. Le développement physique et psychique	58
5.2. Le développement identitaire	60
5.3. L'émancipation	62
Chapitre 6 – Le processus de deuil	65
6.1. Le deuil n'est pas une pathologie	65
6.2. Les deuils dans la vie : pertes concrètes, pertes symboliques	66
6.3. Les phases du deuil	68
6.4. Deuils et migration	72
6.5. Deuil, culture, migration et adolescence	74
Chapitre 7 – Du deuil à la pathologie	77
7.1. Deuil et tristesse : des vécus fondamentaux pour l'être humain	77
7.2. Les déterminants du processus du deuil	78
7.3. Deuil et pathologie : la controverse	84
Chapitre 8 – Regards croisés sur la prise en charge : perspectives socio-anthropologiques, psychiatriques et transculturelles	91
8.1. Ce qui soigne	91
8.2. La clinique du lien	95
8.3. Les approches transculturelles	97
8.4. Le travail intégratif et interdisciplinaire	101
Chapitre 9 – Prendre soin des jeunes	101
9.1. La construction et le développement du cadre éducatif et thérapeutique	105
9.2. « Je veux oublier... alors je crie, je casse et je bois » : la gestion des conflits et les sanctions pour débloquer le processus de deuil	107
9.3. « J'ai peur de les oublier » : du travail de deuil à l'attitude envers le deuil	121

Chapitre 10 – Prendre soin des professionnels	133
10.1. Quelques notions à connaître et à distinguer	134
10.2. Quelques propositions pour les institutions et les professionnels	144
Chapitre 11 – Un exemple de réponse politique et sanitaire: la réponse cantonale vaudoise et celle de la Confédération helvétique	151
8.1. La réponse cantonale vaudoise: focus sur les MNA	152
8.2. La réponse commune de la confédération et des cantons: l'Agenda intégration suisse	154
Conclusion : Un manifeste pour les adolescents migrants forcés	157
Bibliographie	161

Préface

Patrick Bodenmann, Régis Marion-Veyron
et Friedrich Stiefel

Ce livre est original à plus d'un titre. Son auteur, Javier Sanchis Zozaya, l'a écrit pour répondre à la sollicitation bouleversante d'un jeune migrant qui ne trouvait plus le sommeil. Spécialiste de psychiatrie transculturelle, il s'est proposé de dénouer les fils entremêlés de cette rencontre et il en a retenu quatre : la migration bien sûr, la culture, l'adolescence et le deuil.

Son travail s'inscrit dans une période bien particulière, celle d'une vague de migrations inédite en Europe depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Javier Sanchis prend soin de situer de manière précise ce contexte hautement sensible, avant de nous faire découvrir les enjeux des jeunes requérants d'asile non accompagnés qu'il a rencontrés dans sa pratique clinique. Des tableaux très vivants, des histoires de vie tragiques, tissent alors la trame de son ouvrage. De manière adroite, Javier Sanchis revient en boucle sur ses entretiens avec ces jeunes très attachants et troublants à la fois, tout en déroulant patiemment les quatre thèmes évoqués plus haut. Ce style d'écriture lui permet de donner peu à peu une épaisseur et une pertinence incontestable à son projet de les traiter ensemble. On referme son livre avec le sentiment d'avoir pu approcher de manière fine et nuancée ce que peut être amené à vivre une jeune femme ou un jeune homme qui a quitté son pays d'origine sans famille pour l'entourer, tout en découvrant des pistes pour penser leur soutien.

La force du travail de Javier Sanchis réside également dans sa capacité à mobiliser des concepts psychanalytiques et transculturels fondamentaux sans jargon professionnel. L'auteur illustre alors parfaitement, grâce à son expérience et sa pratique, ce que peut être une clinique

contemporaine et inventive dans un champ très particulier, qui se situe bien loin des divans psychanalytiques. Loin de référents par trop ethnocentrés, il s'attache à écouter le monde intérieur du patient et à observer les mouvements affectifs entre lui et son interlocuteur. Cette qualité a une autre conséquence directe sur l'intérêt de son ouvrage, éminemment pédagogique, au sens le plus fort et le plus pratique. En effet, il s'adresse tout autant aux cliniciens qui soignent des jeunes patients migrants qu'à tout professionnel amené à les rencontrer. Psychiatres et psychologues, soignants, éducateurs, enseignants, directeurs d'établissements, juristes, fonctionnaires... toutes et tous trouveront dans cet ouvrage des notions et des pistes qui pourront leur être précieuses pour appréhender plus délicatement et plus sereinement leur rencontre avec ces jeunes si souvent meurtris par des parcours de vie chaotiques.

Parler de sérénité n'est pas fortuit. À la fin de son livre, Javier Sanchis propose en effet une réflexion, encore trop peu menée aujourd'hui, sur le vécu des personnes qui prennent en charge ces jeunes personnes. Que l'on parle de fatigue compassionnelle, de traumatisme vicariant ou de burn out importe peu ici. Il s'agit bien plutôt de connaître, d'identifier, et de traiter le cas échéant les conséquences potentiellement désastreuses que ce phénomène peut provoquer. C'est une leçon que la psychanalyse aura aussi léguée à la clinique contemporaine. Un des mouvements psychiques les plus profonds et les plus universels, celui de l'empathie pour une personne en souffrance, peut se retourner en son contraire, parfois de manière très sournoise et destructrice. Ce n'est donc pas le moindre des mérites de cet ouvrage que de conclure sur l'importance des supervisions et d'autres formes d'espaces réflexifs pour les professionnels qui prennent en charge les jeunes migrants.

Patrick Bodenmann est professeur associé, titulaire de la chaire de médecine des populations vulnérables de l'Université de Lausanne, vice-doyen de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, professeur associé à la Faculté des sciences infirmières de l'université Laval au Québec, directeur médical et chef du département Vulnérabilités et médecine sociale à Unisanté. Médecin interniste, il s'intéresse plus spécifiquement aux questions de l'équité, des inégalités d'accès aux soins et aux populations dites vulnérables.

Régis Marion-Veyron est médecin responsable de l'unité de psychiatrie de liaison du Département des polycliniques à Unisanté. Maître d'enseignement et de recherche à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, il est particulièrement intéressé par les dimensions historiques et culturelles qui sous-tendent la pratique de la psychiatrie.

Friedrich Stiefel est chef du service de psychiatrie de liaison du CHUV et professeur ordinaire à la faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne. Psychiatre et psychothérapeute, son intérêt clinique et académique concerne la médecine psychosomatique, la psychothérapie des patients atteints de maladies somatiques, les médecins et leur environnement et l'interaction médecin-malade.

Chapitre 1

La crise des réfugiés : chiffres et enjeux

Entre 2015 et 2017, nous avons assisté à une crise migratoire dramatique. Depuis la Seconde Guerre mondiale, il n'y a jamais eu autant de migrants « forcés » dans le monde. En 2016, selon le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR, 2019), 65,6 millions de personnes ont été déplacées de force : 22,5 millions de réfugiés, 2,8 millions de requérants d'asile et 40,3 millions de déplacés dans leur propre pays. Des personnes ont quitté leur lieu de vie pour échapper à des conflits armés, des violences d'État ou des persécutions pour des raisons idéologiques, ethniques ou religieuses ; d'autres ont fui leur pays et demandé l'asile en raison de l'incapacité des États à subvenir à leurs besoins. Cette situation génère une controverse importante, tant au niveau politique que social.

À la fin 2016, selon les mêmes sources, 84 % des requérants d'asile du monde étaient accueillis dans les pays voisins de leur lieu d'origine et 10 pays ont accueilli les 57 % des requérants d'asile : la Turquie (2,9 millions), le Pakistan (1,4 million), le Liban (1 million), l'Iran (979 400), l'Ouganda (940 800), l'Éthiopie (791 600), la Jordanie (685 200), l'Allemagne (669 500), la République démocratique du Congo (452 000) et le Kenya (451 100). Dans l'Union européenne, le nombre de requérants d'asile était de 562 000 en 2014, 1,25 million en 2015 et 1,2 million en 2016 (EASO, 2017). Pour la Suisse : 23 765 en 2014, 39 523 en 2015 et 27 207 en 2016 (SEM, 2018). En Europe, 15 % des requérants d'asile provenaient de Syrie, 7 % d'Irak et 7 %

d'Afghanistan. En Suisse, les Érythréens, les Syriens et les Afghans formaient les groupes les plus importants (Asile.ch, 2018).

Fait marquant, la plupart des requérants d'asile et réfugiés sont âgés de moins de 25 ans. En Suisse, entre 2012 et 2016, ils étaient 62 %, et beaucoup sont arrivés sans famille ni entourage proche. Parmi eux, les mineurs non accompagnés représentaient 3,3 % du total des requérants d'asile arrivés en Suisse en 2014, 6,9 % en 2015 et 7,3 % en 2016 (SEM, 2018). En Europe, une forte majorité de ces mineurs non accompagnés étaient en 2015 des garçons (91 %), dont plus de la moitié avaient 16 à 17 ans, 29 % 14 à 15 ans et 13 % moins de 14 ans. La moitié d'entre eux étaient Afghans, alors qu'en Suisse les Érythréens (1 160) étaient majoritaires, suivis des Afghans (900) et des Syriens (220) (Eurostat, 2016).

En 2017, suite au durcissement des politiques d'accueil et à la fermeture de nombreuses frontières européennes, notamment avec la Turquie, le nombre de requérants d'asile s'est drastiquement réduit de 40 % en Europe et de 31 % en Suisse. En 2016, un accord a en effet institué des camps de réfugiés à la frontière entre la Turquie et la Syrie afin de limiter le transit vers l'Europe, ceci en échange d'un important financement estimé à 6 milliards d'euros. L'interdiction par de nombreux pays européens de laisser débarquer les rescapés de la mer, recueillis par des navires d'ONG, ou le refus de donner pavillon à ces navires, a également réduit fortement leur arrivée sur nos territoires. Ces mesures n'ont pas pour autant abaissé le nombre total de migrants forcés dans le monde. En 2019, ce dernier s'élevait encore à 70,8 millions. Ce serait donc une grave erreur de croire que nous pourrions nous désintéresser de ces questions et ne pas poursuivre la réflexion. Le conflit armé qui a éclaté cette année-là entre la Turquie et le peuple kurde de la Syrie nous le rappelle, de même que les multiples menaces liées au changement climatique, qui pourrait provoquer de nouveaux flux migratoires inattendus (IOM, 2019).

Alors que la migration existe depuis l'aube de l'humanité, elle a – selon l'Assemblée générale des Nations unies de septembre 2016 – tendance à augmenter : en 2015, les migrants étaient 244 millions, et leur proportion progresse plus rapidement que celle de la population mondiale. La plupart d'entre eux se déplacent sans incident, mais les

enjeux liés aux différences culturelles, linguistiques et d'intégration ne doivent pas être sous-estimés.

L'accueil et l'intégration des migrants sont un défi majeur pour les sociétés qui les reçoivent. Nous en faisons quotidiennement le constat dans les médias. En Suisse comme en Europe, mais aussi aux frontières de la Turquie et du Maroc, ou encore aux États-Unis, au Canada et en Australie, les enjeux politiques, économiques et sociaux sont majeurs, en particulier pour l'immigration forcée. Ce thème devient vite « passionnel », idéologique, et il est souvent utilisé à des fins électorales, ce qui complexifie la recherche de solutions. Il nous paraît d'autant plus nécessaire d'apporter un cadre de réflexion solide et nuancé, tout en nous étayant sur l'expérience accumulée par d'autres professionnels, dans d'autres pays (Senovilla, 2013; Gimeno, 2014, 2019; Vacchiano, 2012, 2014, 2018; Bailleul, 2016).

1.1. Les mineurs requérants d'asile non accompagnés : des adolescents emblématiques

Notre regard se portera sur les adolescents requérants d'asile non accompagnés (14-25 ans), avec une focalisation sur les mineurs non accompagnés (entre 14 et 18 ans), car leur situation nous paraît emblématique de par sa complexité. Elle nous servira à comprendre de manière plus large les adolescents migrants, au-delà de leur statut administratif. En effet, les mineurs accompagnés ou non accompagnés, adolescents, jeunes adultes, requérants d'asile, réfugiés ou en situation de grande précarité partagent de nombreuses similitudes : ils ont dû affronter des difficultés importantes pour faire face à la migration, et leurs ressources psychiques ont été mises à rude épreuve. L'exode les confronte à des processus laborieux de deuil suite aux innombrables pertes subies, dans un contexte culturel et linguistique différent. De surcroît, ce bouleversement survient durant la période de l'adolescence, une étape du développement psychique qui a lieu entre 14 et 25 ans et qui joue un rôle clé dans le développement de tout être humain.

Il est donc capital de s'intéresser à ces jeunes, puisqu'ils représentent la plus grande part des requérants d'asile et qu'ils sont dans

une phase de leur vie où ils doivent acquérir les compétences pour devenir des citoyens à part entière. Si nous ne comprenons pas les difficultés auxquelles ils sont confrontés, nous augmentons le risque d'échec du processus d'intégration dans notre société. Nous verrons qu'il ne s'agit pas de seulement mettre à leur disposition un toit et de la nourriture, ou de leur offrir la possibilité d'apprendre la langue, les us et coutumes du pays et d'accéder à une formation. Ils doivent aussi jongler avec un vécu émotionnel très chargé, alors qu'ils se trouvent seuls et sans leurs points de repère culturels et sociétaux habituels. Ils ont ainsi besoin d'être accueillis, soutenus et accompagnés, et cela bien au-delà de leurs 18 ans. En effet, il ne faudrait pas commettre l'erreur de considérer qu'ayant atteint l'âge de la majorité fixé à 18 ans dans notre pays, cela signifie que le jeune est complètement autonome et peut se passer du soutien qu'il a reçu en tant que mineur ! Telle est la raison pour laquelle nous nous sommes intéressés aux adolescents et non seulement aux mineurs non accompagnés.

1.2. La danse des définitions autour des adolescents requérants d'asile non accompagnés

Mineur non accompagné, mineur accompagné, jeune, jeune adulte, adolescent, migrant, migrant économique, migrant forcé, migrant régulier ou irrégulier, requérant d'asile, réfugié, personne déboutée à l'aide d'urgence... Ces différents termes reflètent les enjeux politiques qui les sous-tendent et les différentes logiques qui s'entremêlent : politiques, juridiques, humanitaires, sociologiques, et psychologiques.

Une précision importante s'impose ici. Notre approche est celle d'un clinicien. Elle se veut pragmatique et a un objectif très précis : il s'agit d'accompagner et de soigner des jeunes aux parcours de vie et aux vécus chaque fois singuliers. L'individu est au centre, et nous n'allons pas le catégoriser selon son appartenance à un groupe social, culturel, ethnique, religieux ou selon son statut administratif, même si nous sommes conscients que ces aspects jouent un rôle crucial. En tant que soignants, si nous voulons aider ces personnes, nous devons

nous appuyer sur des définitions qui nous aident à comprendre et à penser les enjeux évoqués. Certes, nous sommes sensibles aux aspects sociologiques, anthropologiques, juridiques et politiques, mais nous n'avons pas le même objectif qu'un sociologue, un politicien, un juriste, un enseignant ou un éducateur. Des concepts tels que la migration et la culture ne seront donc pas forcément définis et utilisés de la même manière dans ces différents champs, malgré les influences mutuelles qui existent entre disciplines académiques et pratiques professionnelles.

Pour désigner les sujets de notre étude, nous emploierons trois termes : mineurs non accompagnés, adolescents et jeunes.

Nous parlerons de « mineur non accompagné » (MNA) quand nous voulons mettre en relief le statut légal et administratif d'un individu n'ayant pas atteint l'âge de la majorité civile ou légale : « Un enfant non accompagné est une personne âgée de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable, qui est séparée de ses deux parents et n'est pas prise en charge par un adulte ayant, de par la loi ou la coutume, la responsabilité de le faire » (UNHCR, 2019). Si un jeune est reconnu MNA, il bénéficiera dans la plupart des pays européens d'un encadrement spécifique, mais qui varie d'un pays à l'autre, ou d'un canton à l'autre en Suisse. Dans le canton de Vaud, où nous exerçons notre activité clinique, il sera hébergé dans un foyer spécialisé, avec des éducateurs, et il aura un représentant légal (tuteur). Le MNA aura également une scolarité obligatoire gratuite et pourra accéder à une éducation secondaire et universitaire – cette dernière option étant possible si son statut administratif l'autorise à rester en Suisse au-delà de ses 18 ans.

Nous utiliserons le mot « adolescent » quand nous faisons allusion au processus psychologique qui démarre avec la puberté (vers 12 ans) et qui se termine bien au-delà du début de l'âge de la majorité civile. En Suisse, cet âge est fixé à 18 ans, mais l'adolescence peut se prolonger jusqu'à 25 ans d'un point de vue physiologique et psychologique.

Enfin, nous recourrons au mot « jeune » quand nous faisons référence à la période de vie entre l'enfance et l'âge adulte. Ce terme

désigne une réalité vague et variable selon la société dans laquelle il s'inscrit. Souvent, la jeunesse couvre la période qui précède celle de devenir un individu actif dans la société, en travaillant ou en fondant une famille. Le terme « jeune » est chargé d'une coloration particulière, dénuée de tout autre sens administratif, légal ou psychologique, une sorte de réminiscence de ce que fut cette période pour nous, mélange de naïveté et d'avidité pour la découverte, d'inquiétudes et de peurs, mais aussi de recherche de limites à franchir par la force, la créativité ou l'inconscience. Nous sommes convaincus que penser à notre propre jeunesse et à celle de nos proches nous aide dans ces réflexions, pour mieux « nous mettre à la place » de ces jeunes venus d'ailleurs, si différents, mais au fond si semblables.

Quatre autres termes nécessitent une clarification préalable : réfugié, requérant d'asile, requérant d'asile débouté et migrant.

La définition légale de « réfugié » a été proposée lors de la conférence de Genève des Nations unies en 1950 et adoptée en 1951. Est réfugié « toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner [...] ».

De cette définition découle celle de requérant d'asile qui est, selon le Secrétariat d'État aux migrations de la Suisse (SEM), « toute personne qui sollicite l'asile dans un autre pays que le sien où il habitait de forme durable et qui lui avait fourni son passeport, en arguant de subir une persécution, selon les critères précités, reconnus par le droit international ». À partir du moment où la demande d'asile est déposée dans le pays d'accueil, une procédure administrative et légale démarre afin de vérifier le bien-fondé de la demande. Si la procédure aboutit à une reconnaissance du droit d'asile, la personne devient un « réfugié » pour le pays d'accueil, ce que lui permettra de jouir d'une série de droits et de vivre durablement dans ce pays.

Au contraire, si la procédure d'asile aboutit à une décision négative ou à une décision de non-entrée en matière, et que la personne doit quitter la Suisse, elle devient alors un requérant d'asile débouté, et elle a un droit garanti à l'aide d'urgence jusqu'à son départ (OSAR, 2019). Selon la Constitution fédérale (art. 12 Cst.): « Quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine. » Selon l'OSAR (Organisation suisse d'aide aux réfugiés) et selon notre connaissance du terrain, « L'aide d'urgence comprend la nourriture, l'hygiène, les vêtements et les soins médicaux. Elle est généralement remise sous forme de bons ou en nature, rarement en espèces. La responsabilité en incombe aux autorités cantonales et il peut y avoir des disparités cantonales importantes. Ce sont les autorités qui décident du lieu de séjour des personnes concernées et qui leur attribuent un logement ». La plupart du temps, les personnes à l'aide d'urgence vivent en marge, confrontées à une grande précarité. « Les logements sont souvent très modestes. Il s'agit en général d'hébergements collectifs situés en périphérie des agglomérations. Toutefois, quand des familles vivent de l'aide d'urgence, les enfants peuvent poursuivre leur scolarité et il y a des exceptions: les autorités cantonales peuvent maintenir l'aide sociale pour les personnes particulièrement vulnérables telles que familles avec enfants en bas âge, femmes enceintes, mineurs non accompagnés, personnes âgées et malades. » Les mineurs non accompagnés déboutés ont la possibilité, eux, de rester en Suisse jusqu'à leur majorité, mais sont expulsés dès cette limite franchie. Ils se trouvent, de fait, dans une situation de grande précarité, sous la menace constante d'un renvoi, ce qui génère une souffrance psychique conséquente.

Ces trois définitions ont un caractère juridique et administratif qui conditionne radicalement le cadre de vie des personnes concernées. Elles déterminent notamment qui peut bénéficier de la protection du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) et être accueilli dans un pays autre que celui d'origine. Dans cette logique, l'UNHCR différencie le terme « réfugié » de celui de « migrant ». Ce dernier se définit comme « toute personne qui se

déplace pour trouver de nouveaux moyens d'existence, améliorer son niveau de vie, rejoindre des membres de sa famille ou saisir des possibilités d'éducation ». Le terme « migrant » est défini par l'Organisation internationale pour les migrations d'une manière plus large et moins contraignante que l'UNHCR : « Toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale ou se déplace ou est déplacée à l'intérieur d'un État, quels que soient : 1) le statut juridique de la personne ; 2) le caractère, volontaire ou involontaire, du déplacement ; 3) les causes du déplacement ; 4) la durée du séjour » (IOM, 2019).

À ce stade, nous constatons que les logiques juridique et administrative ont pour but de catégoriser les individus et de les inclure dans des groupes, là où la logique psychologique et thérapeutique n'en a pas besoin. En effet, un soignant, un éducateur ou un enseignant ne doit pas trancher ces questions pour pouvoir s'occuper de son patient, bénéficiaire ou élève, même s'il prend en considération les enjeux qui découlent de ces catégories. Dans la logique du soignant, les termes « migrant » et « migration » ont une portée centrée sur l'individu, et sont compris et utilisés différemment. La condition de « migrant » et le fait de s'inscrire dans un processus de « migration » conditionnent fortement le vécu subjectif de la personne. Celui-ci est aussi déterminé par son histoire singulière et son identité, et évolue à la lumière des événements de vie. En suivant cette logique, les réfugiés et les requérants d'asile sont des migrants qui affrontent un contexte potentiellement plus déstabilisant et complexe. Malgré cela, ils peuvent avoir beaucoup de ressources et s'en sortir parfois mieux psychologiquement qu'un migrant dans un contexte plus favorable. C'est pour cette raison qu'il faut considérer le processus migratoire comme unique pour chaque individu et le choix de la définition ne sera pas anodin.

Pour nos propos, centrés sur les enjeux psychiques propres à chaque individu, nous avons retenu la définition de « migration » du sociologue John A. Jackson : « tout déplacement de personnes qui implique un changement significatif du lieu de résidence habituelle, pour un temps considérable » (Jackson, 1986, d'après Mota, 2007, p. 32). Cette définition est peu précise, mais elle permet de respecter

le caractère subjectif et singulier de la migration. Nous avons voulu accorder une valeur subjective au vécu du migrant, trop souvent ensevelie sous des considérations juridiques et politiques qui ont tendance à « catégoriser » les individus. Progressivement, nous pouvons nous rapprocher de l'humain...

L'écrivain et poète uruguayen Mario Benedetti – lui-même exilé après avoir fui le coup d'État en Uruguay de 1973 – nous donne un aperçu du vécu d'un migrant forcé, et de la manière dont le lieu « inhabituel » qu'est le pays d'accueil devient un lieu « habituel », familial et non étranger: « Je dirais que l'on doit commencer par s'emparer des rues. Des coins. Du ciel. Des cafés. Du soleil et, ce qui est encore plus important, de l'ombre. Quand vous arrivez à percevoir qu'une rue ne vous est pas étrangère, alors seulement la rue cesse de vous regarder comme un être étranger. Et ainsi de suite... » (Benedetti, 1997, p. 17).

Les travaux du sociologue Marc Breviglieri nous guident sur ces questions humaines. Il propose la « triade du migrant »: *partir*, devoir *rester* et vouloir *retourner* (Breviglieri, 2010). Pour cet auteur, le lieu d'origine est « un point de suture affective » qui ne peut pas être coupé et qui attache le migrant à son lieu d'origine. Dès l'idée d'un départ, ce lien est mis en tension et mobilisera le psychisme de l'individu et de son entourage. Le départ mettra à l'épreuve les liens familiaux, d'amitié, d'amour et sociaux. Cette tension ne s'arrêtera plus et ne pourra se détendre que lorsque le processus se développera harmonieusement et que la personne pourra « trouver sa place » dans le lieu d'accueil. Il se remettra en tension quand le migrant sera confronté à des moments de crise durant son parcours de vie.

Dans la clinique quotidienne, nous constatons souvent que les migrants, même bien établis dans le pays d'accueil, mobilisent ce lien affectif et interrogent le projet migratoire quand ils sont confrontés à des événements tels que les mariages, les naissances, les maladies, les accidents ou les décès, les pertes d'emploi ou les séparations conjugales. Le désir intense de retourner au pays d'origine peut émerger et fragiliser l'équilibre de la personne affectée. Alors qu'un adulte doté d'un psychisme solide pourra endiguer ces mouvements, un adolescent en pleine maturation psychique sera pris dans un

tourbillon émotionnel et présentera des difficultés à le contenir, le canaliser et le penser. De surcroît, un requérant d'asile qui n'a dans la plupart des cas aucune possibilité de choisir s'il veut rester ou partir pourra éprouver un sentiment d'impuissance et de désespoir.

Enfin, une dernière précision : pour alléger le texte, nous utilisons le terme « migrants forcés » quand nous souhaitons parler des requérants d'asile et des réfugiés sans distinction. Dans le même sens, nous parlons de « professionnels » quand nous faisons référence à tous les corps de métiers impliqués dans la prise en charge des « migrants forcés ».

Chapitre 2

Une souffrance difficile à saisir

Au-delà des raisons économiques, politiques ou familiales qui ont amené ces jeunes à migrer, au-delà des traumatismes qu'ils ont vécus dans leur pays d'origine, en cours de route ou à l'arrivée en Europe, tous ces jeunes présentent un point commun. Tous ont des deuils à faire, mais des deuils « pas comme les autres » : de leur pays, de leur culture, de leur famille, des morts dans certains cas, des biens laissés, de leurs rêves qui échouent devant une réalité qui n'était pas celle attendue à leur arrivée en Europe, de leur jeunesse, de leur insouciance... Ils sont loin de tout repère, en pleine adolescence et entourés par des adultes et des professionnels étrangers à leur culture.

À ce stade, une précision s'impose. Dans ce livre, nous ne développons pas le concept du trauma psychologique, qui est largement traité dans des ouvrages scientifiques ou grand public. Nous invitons les lectrices et lecteurs à s'y intéresser et à consulter la vaste littérature existante sur le sujet. Rappelons-en néanmoins une définition. Selon François Lebigot, psychiatre et psychanalyste reconnu dans le domaine, le terme « trauma psychologique » est rattaché à la notion de l'effraction du réel de la mort dans le psychisme de l'individu, suite au vécu d'un évènement traumatique comme : la torture, d'autres types d'agressions physiques graves, l'exposition à la mort brutale d'une autre personne, etc. Le viol est aussi assimilé à cette notion d'effraction de la mort (Lebigot, 2005). Les migrants forcés sont sans doute plus exposés au trauma que le reste de la population.

Selon une dernière méta-analyse publiée dans la prestigieuse revue médicale *Lancet*, entre 10 et 23,5 % des migrants forcés en zone de conflit présentent un syndrome de stress post-traumatique (*Post-traumatic Stress Disorder* – PTSD) (Charlson, 2019). Bien que cette prévalence soit très importante, tous les migrants forcés n'ont donc pas subi un trauma, mais tous vivent des deuils.

Si nous privilégions la notion de deuil comme axe central de notre réflexion, c'est parce qu'il y a peu de littérature à ce jour sur cette thématique en comparaison à celle sur le trauma. De surcroît, le deuil n'est discuté que pour parler du deuil pathologique, c'est-à-dire une pathologie à traiter plutôt qu'un processus normal. Si le deuil n'est pas bien accompagné, il peut en effet se transformer en une pathologie psychiatrique. Par ailleurs, des études montrent clairement que les difficultés postmigratoires, au pays d'accueil, ont un impact plus important sur la santé mentale des personnes que les facteurs prémigratoires tels que des événements traumatiques (Porter, 2005 ; Womersley, 2017). De notre point de vue, ces difficultés rencontrées dans les pays d'accueil sont fréquemment liées à des deuils. Enfin, notre expérience clinique nous montre que les traitements proposés à ces jeunes ne sont pas toujours adéquats et efficaces. Plusieurs raisons l'expliquent. Ce sont d'une part des prises en charge complexes (impliquant des enjeux psychiques, physiques et socio-administratifs), et d'autre part les jeunes sont réticents à consulter un professionnel de la santé mentale, par méconnaissance, peur ou pour des motifs culturels (stigmatisation associée aux troubles mentaux).

Notre pragmatisme et notre volonté d'améliorer la vie de ces jeunes nous ont décidé à explorer d'autres pistes de prise en charge, qui sont tout à fait complémentaires à celles pratiquées habituellement et qui ont des références communes. Nous accordons une attention particulière à l'accompagnement qu'offrent les éducateurs, enseignants et tuteurs concernant la problématique du deuil. Il n'est pas question de responsabiliser ceux-ci davantage, ou de les amener à assumer la fonction des « psychiatres », mais bien de les sensibiliser au rôle essentiel qu'ils peuvent jouer dans les processus de deuil. Pour y parvenir, une collaboration étroite avec les professionnels de la santé, notamment de la santé mentale, est indispensable. Cette

collaboration favorise un partage des expériences et compétences quant aux processus psychiques à l'œuvre et permet de ne pas passer à côté de problématiques psychiatriques graves, dont les manifestations ne sont pas toujours bruyantes et évidentes. Nous prôtons donc une interdisciplinarité et une complémentarité des approches.

Rappelons brièvement que le deuil est un processus psychique normal survenant suite à la perte d'un être, d'un environnement ou d'une idée qui nous est chère et qui a été fortement investie (Hanus, 1998). À partir de ce constat, un postulat clé nous guidera tout au long du livre : il ne s'agit pas de « psychiatriser » ce processus, mais de l'accompagner. Toutefois, si le processus de deuil est entravé, il fragilisera la personne et pourra provoquer des troubles psychiques et diminuer les possibilités de s'intégrer socialement et professionnellement. Ces risques sont majeurs chez les adolescents requérants d'asile non accompagnés. Leurs deuils sont multiples, complexes et souvent difficiles à accompagner. Dans les pays d'accueil, la population et les professionnels peuvent être très touchés par eux et osciller entre un élan de solidarité et un malaise face au défi de combler des carences affectives, éducatives et sanitaires considérables. Ils peuvent aussi rencontrer des difficultés à tisser un lien de confiance avec eux et à développer de l'empathie, en raison des différences culturelles ou de leurs parcours de vie hors du commun. Il est en effet souvent impossible de représenter véritablement ce que ces jeunes ont vécu. En reprenant les mots de la psychologue Fatima Touhami, « d'emblée, le jeune incarne une position d'étranger, cet Autre "étrange étranger" suscite alors des émotions très fortes, enfermées, entre le "tout vulnérable" à protéger et "le tout manipulateur" à renvoyer. Ces jeunes ne sont plus alors des personnes en devenir, qui ont besoin d'être soignées, nourries, accompagnées..., mais interrogent les limites de l'hospitalité et plus encore le marasme et la violence des institutions » (Touhami, 2016, p. 154).

2.1. Les questions de départ

Une question fondamentale doit ainsi nous retenir : sommes-nous sûrs de bien comprendre leur manière de réagir à la perte de leur

famille et de leur environnement habituel, en raison des différences culturelles ? Est-ce que le processus de deuil, et tout ce qui l'entoure, a la même signification et se développe de manière similaire partout dans le monde ? Autrement dit, est-ce que le processus de deuil se fait « comme chez nous » ? Certainement pas ! En effet, nous le savons bien, la culture conditionne ces processus par les rituels, les croyances et la compréhension différente qui s'y rattachent.

Ainsi, si nous poursuivons notre questionnement : comment un jeune Somalien, Érythréen, Éthiopien, Guinéen, Syrien, Afghan, fera-t-il son deuil ? La diversité des origines nous confronte à une multiplicité de formes de deuils, et il est impossible de toutes les « définir ». Comment faire alors pour accompagner ces jeunes personnes ? Devons-nous nous contenter de leur fournir un hébergement et une scolarité pour qu'elles en disposent selon leurs aptitudes ? Ou y a-t-il tout de même la possibilité de rencontrer l'endeuillé et de mieux l'accompagner ? Existe-t-il une universalité, non pas dans l'expression et le déroulement du deuil, mais dans la rencontre avec celui qui a perdu ? Si oui, comment le processus du deuil reste-t-il affecté par l'absence de l'enveloppe familiale et culturelle, de surcroît en pleine adolescence et entouré par des adultes et des professionnels étrangers ?

Pour répondre à ces inquiétudes légitimes, nous partirons de notre expérience clinique auprès des jeunes requérants d'asile. Pour ce faire, nous nous appuyerons sur quelques vignettes cliniques issues de notre pratique, qui nous permettront d'illustrer nos propos théoriques, la complexité de la souffrance rencontrée et les défis de ces prises en charge. L'histoire de Musa nous accompagnera plus particulièrement tout au long du livre, tel un fil rouge. Nous suivrons ses aléas émotionnels, ses luttes, ses fermetures et ouvertures, et les tensions relationnelles qui en ont résulté, ainsi que les difficultés auxquelles nous avons été confrontés en tant que professionnels.

2.2. Musa : l'antisocial ou l'endeuillé ?

« Musa est un jeune décrit comme violent, qui ne respecte pas les règles et ne veut pas aller à l'école. Antisocial, tel est le diagnostic donné par les

professionnels qui l'entourent. Il vient d'être expulsé du foyer d'accueil et de l'école suite à son comportement ingérable. Non seulement il ne respecte pas les règles, mais il est aussi grossier et se montre menaçant et violent envers certains professionnels.

Je le rencontre en tant que psychiatre, afin d'évaluer son état psychique et de réfléchir à la prise en charge à envisager. Il est arrivé en Suisse après un long voyage, traversant le Soudan, la Libye, la Méditerranée, puis l'Italie. J'apprends que son père est décédé, tout comme sa mère, deux de ses frères et une sœur. Il ne dort pas les nuits et refuse pourtant tout médicament que les professionnels lui proposent pour améliorer son sommeil. Tous sont "à bout".

Un jour, je lui demande ce qui l'empêche de dormir. Il m'explique qu'il pense sans cesse à ses parents et à son village. Pourquoi refuse-t-il alors toute aide médicamenteuse ? "J'ai peur de les oublier", me répond-il. Je l'écoute. Il me raconte "ce qui se passe dans sa tête" et la peur qui le hante. La peur que les images de ses parents ne s'effacent de sa mémoire. C'est pour cela qu'il ne veut pas prendre de médicaments. Il ne leur fait pas confiance. Ni aux adultes, d'ailleurs... Cela fait trop longtemps qu'il doit se débrouiller seul. Ça le rend très nerveux.

Ma compréhension s'éclaire. Musa n'est pas le jeune homme que j'ai voulu voir jusque-là, il est encore un enfant de 14 ans et il a peur, terriblement peur, ce qui le rend très tendu. Je continue à lui poser quelques questions et à l'écouter. En "me racontant", il "se raconte" aussi à lui-même sa vie, ses émotions, son vécu, ses projets. J'apprends qu'il aime beaucoup le foot, que son père était fort et parlait sept langues, qu'il veut rester en Suisse, mais qu'il a peur d'être expulsé et que le parcours jusqu'alors a été difficile. Tellement difficile qu'il préfère ne pas en parler. Je lui dis que je suis d'accord, mais que nous pourrions nous rencontrer régulièrement pour discuter, un peu de tout, d'ici, de là-bas..., de tout ce qu'il souhaite. Il accepte.

L'évolution de Musa se fera par petits pas et sera favorable, malgré de nouvelles difficultés qui jalonnent son parcours. Un travail d'équipe important (éducateurs, tuteurs, infirmiers, enseignants et psychothérapeutes) contribuera de façon primordiale à cette évolution. »

2.3. Deuil, solitude, culture, migration et adolescence

L'histoire du jeune Musa illustre une des manières dont la souffrance liée aux multiples deuils s'exprime, ici au travers de troubles

du comportement. Ces troubles ont pu faire croire à une personnalité antisociale et à la nécessité de sanctions pour lui donner un cadre, mais les tentatives ont échoué les unes après les autres, mettant à mal les professionnels et Musa lui-même. La souffrance le débordait, il était trop jeune, trop immature encore, il ne pouvait pas faire face, ne comprenait pas ce que lui arrivait et ne parvenait pas à mettre des mots sur son vécu. Il ne pouvait alors s'exprimer que par des actes violents. Dès que nous avons pu nous approcher de son vécu douloureux autrement que par des sanctions, son attitude a changé et nous avons eu accès à une autre partie de lui, ainsi qu'à une meilleure compréhension de son mal-être.

La peur d'oublier ses parents était particulièrement frappante chez Musa. Cette peur, nous l'observons souvent chez les personnes endeuillées, ce quelle que soit leur appartenance culturelle. Elle a cependant une répercussion différente si ces personnes se trouvent dans leur milieu d'origine ou si elles en sont loin. Musa exemplifie ce deuxième cas de figure. Éloigné de sa culture, de sa famille et de son entourage, il a peur d'oublier ses parents décédés. Il n'a ni proches ni points de repère qui puissent l'aider à se souvenir. Lorsque d'autres personnes de la famille ou de la société d'origine sont présentes, elles contribuent à ce que le jeune conserve cette « mémoire » ; tout ne dépendra ainsi pas uniquement de lui. En effet, l'endeuillé se remémore souvent ce dont il a été séparé grâce à la présence des proches, grâce aussi aux lieux et aux moments symboliques qui se rattachent à la personne perdue : cérémonies, anniversaires ou fêtes qui commémorent les liens sociaux et culturels. Par contre, si le jeune est seul et loin de ses repères habituels, cette mémoire ne reposera que sur lui. Si lui les oublie, personne ne sera là pour les lui remémorer ni pour lui rappeler telle ou telle anecdote. Elles disparaîtront à jamais. Morts « pour de vrai », mais aussi pour la mémoire.

Le processus de deuil dépend beaucoup du contexte social et culturel qui encadre et qui donne du sens. Dans de nombreuses cultures, il n'est pas habituel d'exprimer ses émotions et leur manifestation est considérée comme honteuse. L'essentiel est de ne pas « oublier » la personne décédée, mais au contraire entretenir un culte des ancêtres. Dans notre société occidentale, le discours est

inverse. Il est commun de dire qu'il faut exprimer ses émotions, parler, donner du sens, mais aussi « qu'il faut lâcher prise », « tourner la page », désinvestir ce qui a été perdu pour pouvoir investir d'autres relations.

Si l'individu endeuillé n'est pas dans son contexte social et culturel habituel, le processus psychique du deuil, certes individuel et singulier, n'aura pas de socle sur lequel s'étayer. Il risque de générer des tensions psychiques et de la solitude, qui se traduisent souvent par une angoisse importante. Le jeune, comme toute autre personne, s'en protégera et tentera de la réduire en modifiant ses conduites, ses pensées et sa manière d'être en relation avec l'entourage. Certaines modifications de son fonctionnement seront matures et efficaces, l'aidant à surmonter cette étape ; d'autres seront immatures et provoqueront des dysfonctionnements psychiques et des troubles du comportement.

L'autre enjeu de taille est le phénomène de l'adolescence. Celle-ci implique un remaniement identitaire qui nécessite un cadre et un environnement pour se déployer. La construction de l'identité de tout individu se fait à travers l'identification à ses proches et à la société dans laquelle il vit (Lachal, 2007). S'il est entouré par sa famille et sa culture, le jeune se sent davantage accompagné et soutenu pour avancer dans cette construction identitaire. On sait à quel point les rituels, propres à chaque culture, encadrent et aident à symboliser cette métamorphose physique et psychique. S'il est par contre confronté à la migration, à l'exil non choisi, à des traumatismes, ou à des interlocuteurs non préparés pour l'accueillir, son mal-être grandira et sera « évacué » de diverses façons. Face à la détresse, il aura tendance à s'exprimer par l'agir, plus que par la réflexion et les mots (Corcos, 2006). Ces actes pourront être des comportements caractériels, violents ou de dépassement des limites, des consommations de produits toxiques, des conduites à risque (automutilations et gestes suicidaires) ou d'autres formes de manifestations psychiques, comme des crises hystérisiformes (Ba, 2009). Ces types de réactions sont propres à l'adolescence et sont communs dans le monde et de manière indistincte selon les cultures.

2.4. Les professionnels face aux jeunes endeuillés

Ainsi que nous venons de le relever, la perte de l'enveloppe culturelle et des proches, couplée au processus de l'adolescence, complexifie le processus de deuil chez le jeune, le privant de certains appuis primordiaux. Le rôle des professionnels est alors de lui apporter un soutien relationnel et un environnement suffisamment bon qui le rassurent et l'apaisent, afin que le processus de deuil se déploie de la manière la plus sereine possible. Sans ce cadre suffisamment contenant, il devra investir une énergie psychique très importante pour se protéger et contenir seul les angoisses et les peurs qu'il ressent. La notion de *fonction contenant* que les professionnels doivent déployer dans les différents lieux de vie (centres d'accueil, classes de l'école...) est donc fondamentale. Cette fonction a été décrite par les psychanalystes Donald Winnicott, Wilfred Bion et plus récemment par Albert Ciccone, entre autres (Winnicott, 1960; Bion, 2001, 2003; Ciccone, 2009). Nous allons développer ce concept tout au long de ce livre.

Forts de l'expérience cumulée, nous constatons que les professionnels qui accueillent ces jeunes endeuillés sont soumis à des vécus qui sont à leur tour très éprouvants et parfois « déboussolants ». La confrontation à une personne en plein processus de deuil peut générer des émotions intenses, une manifestation de solidarité et un désir de partage, mais aussi un désarroi et un sentiment d'impuissance accompagnés de mouvements de mise à distance. Si un lien affectif nous reliait préalablement au défunt ou à l'endeuillé, ou si nous avons vécu une expérience semblable, ou encore si nous partageons le même référentiel culturel qui définit nos représentations de la mort, de la perte et du deuil, nous pouvons nous identifier à la personne qui est confrontée à la perte, « partager » sa douleur, la soutenir. Sans cela, un sentiment d'étrangeté peut rapidement nous envahir. Lorsque la culture n'est pas partagée par deux personnes, les modes d'interaction spontanés et la manière de comprendre les vécus de chacun s'en trouvent affectés, générant de l'incompréhension (Reyre, 2009).

Souvent, face à de telles détresses, les adultes, professionnels ou non, peinent à trouver des mots pour décrire ce qui se passe, et

risquent à leur tour d'en souffrir et d'agir de manière non réfléchie, mettant en danger les liens et les possibilités d'alliance avec le jeune endeuillé. Ce travail d'accompagnement, noble et fascinant, mais délicat et éprouvant, leur fait courir le risque de développer alors ce qu'on appelle la *fatigue de compassion* (Vu, 2018).

Enfin, un autre phénomène perturbe l'accompagnement du jeune endeuillé. Quand ce dernier « vit sa peine », les professionnels ou autres personnes concernées « y assistent » non comme de simples spectateurs, mais comme des personnes dont les propres deuils passés « se réveillent » s'ils n'ont pas été suffisamment métabolisés et intégrés. D'autres deuils, encore en plein processus d'élaboration, pourront même se nourrir, se mélanger ou se mettre en tension avec ceux de l'endeuillé rencontré. Cette « mobilisation psychique » renforce le sentiment d'étrangeté face au jeune et induit une certaine confusion qui empêche la différenciation entre « ce qui lui appartient » et « ce qui m'appartient ».

2.5. Les stéréotypes et préjugés face au sentiment d'étrangeté

Dans ce type de rencontres, la différence culturelle frappe souvent par la différence des modes de communication et des expressions linguistiques et corporelles. Il existe également des différences de valeurs dans la manière de se représenter la souffrance et la maladie, ou d'exprimer les émotions et de demander de l'aide. Si ces différences peuvent éveiller la curiosité chez l'interlocuteur, elles peuvent aussi susciter des craintes, certaines conscientes, d'autres bien plus subtiles, qui se situent hors de notre conscience. Face à ce décalage, comme nous l'avons déjà mentionné, l'interlocuteur peut être saisi par un *sentiment d'étrangeté* et perdre ses points de repère pour penser et prendre les bonnes décisions. Plus les professionnels ont de l'expérience, plus ils sont en mesure d'affronter des situations complexes et de trouver des options créatives face à ces impasses. Parfois cependant, cette capacité se heurte à des limites, notamment quand il y a des différences trop importantes et que la prise en charge s'éloigne de la pratique usuelle. Le soignant – infirmier,

médecin généraliste ou psychiatre – est alors confronté à ses propres interrogations telles que : « Habituellement, je sais très bien prendre en charge les jeunes, mais là... est-il vraiment déprimé, traverse-t-il un deuil normal ou pathologique, ou fait-il recours à la manipulation pour avoir un permis de séjour ? » L'enseignant se demande : « Ce jeune n'apprend pas... est-il un fainéant ou a-t-il des difficultés d'apprentissage parce qu'il ne parle pas bien le français ou qu'il souffre de troubles cognitifs ? » Et un éducateur pense : « Il ne respecte pas les règles... Ne les a-t-il pas comprises ou est-il antisocial ? Ou est-il en train de tester les limites, comme tout autre ado... ? »

Face à ce sentiment d'étrangeté et pour se protéger de ce vécu déroutant, le professionnel peut avoir des réactions défensives. S'il repère son malaise, il pourra demander une supervision auprès d'un spécialiste des approches transculturelles, afin de prendre du recul et mieux appréhender les enjeux. En effet, ce type de situations fait souvent émerger des stéréotypes et des préjugés.

Les stéréotypes et les préjugés sont une généralisation qui réduit l'individu aux caractéristiques du groupe social ou culturel auquel il appartient (Teal, 2012). Le stéréotype est la catégorisation concernant les caractéristiques prétendues typiques d'un groupe social, et le préjugé est l'attitude qui en découle (Dominicé Dao, 2018). Ils permettent de simplifier et de prendre des décisions rapidement, mais ils annulent la possibilité de découvrir la personne aussi bien comme un individu singulier que comme un individu qui appartient à une culture ou à un groupe social donné. Les stéréotypes sont positifs ou négatifs : « les Allemands sont très efficaces », « les Espagnols aiment toujours faire la fête », « les Japonais sont très disciplinés », « les Africains sont des dealers de drogues », « les Roms sont des mendiants », et les réfugiés « sont habitués aux morts et aux conditions difficiles et ils n'ont donc pas besoin d'attention particulière », « leur religion est très rigide, c'est pour cela que les hommes sont distants ou dénigrants envers les femmes et qu'ils ne s'intègrent pas », « ils viennent chez nous pour profiter, ce ne sont pas de vrais réfugiés ».

Dans tous les cas, les stéréotypes nous éloignent de la rencontre avec la personne. Nous ne serons pas à l'écoute de ce qu'elle nous dit et nous nous limiterons à ce que nous croyons savoir d'elle,

pour nous conforter dans notre appréciation. La vignette clinique suivante illustre bien ce problème :

« Lors d'une supervision d'équipe, un professionnel en charge d'un adolescent maghrébin présentant des troubles du comportement et une consommation de toxiques partage les réflexions suivantes : ces ados sont tous des délinquants, ils ont grandi dans la rue et ne supportent pas la moindre contrainte. La solution, face à ces jeunes caractériels et antisociaux, est de les recadrer et de ne laisser passer aucune entorse à la règle. De toute manière, c'est le seul langage qu'ils comprennent... »

Certains jeunes présentent effectivement des traits antisociaux après avoir grandi dans la rue, en manque d'encadrement et de la présence d'adultes bienveillants. Mais ils sont peut-être aussi à la recherche d'un lien plus solide et fiable qu'ils ne savent pas construire, n'ayant pas eu de modèle identificatoire adéquat. Le professionnel qui se laisse guider par des stéréotypes, qui sanctionne sans tenter de construire un lien, ne fait alors que renforcer les troubles du comportement des jeunes et enclenche une dynamique qui ne peut qu'empirer. Il est clair qu'être empathique implique également de mettre des limites aux comportements qui sont inadéquats, et c'est là que réside un grand défi : tisser du lien et mettre un cadre tout à la fois.

Au vu de tout ce qui précède, il est essentiel d'avoir des points de repère pour cerner ces différents enjeux et les penser, afin d'établir des liens constructifs avec ces jeunes en deuil. Comme un marin sur une mer étrange et inconnue, une boussole et des étoiles sont nécessaires pour dessiner les azimuts sur la carte et garder le cap, particulièrement en temps de bourrasque. Quatre thématiques distinctes et néanmoins interdépendantes seront dès lors abordées : comment comprendre le rôle de la culture, les enjeux de la migration, le processus de l'adolescence et le deuil. Nous articulerons ensuite ces thématiques entre elles et proposerons un modèle de compréhension et d'intervention pour prendre soin de ces jeunes, tout en prenant simultanément soin des professionnels.

Chapitre 3

L'enveloppe culturelle

La comédie musicale *Un violon sur le toit* (*Fiddler on the Roof*, 1971) apporte une piste pour comprendre ce que les traditions et par extension la culture apportent aux individus et aux collectivités. Le début du film nous montre la vie d'une communauté juive dans une région de la Russie, avant les dramatiques « pogroms » qui ont eu lieu entre 1881 et 1921 et qui ont participé à l'exode des juifs de Russie. Le protagoniste s'adresse directement aux spectateurs et présente les différentes traditions contenues dans la manière de manger, de s'habiller ou d'interagir entre les hommes et les femmes. Alors qu'il tente d'expliquer d'où viennent ces traditions, voilà qu'il ne s'en souvient pas. Peu importe, conclut-il, tant qu'on les respecte, car « sans traditions, nos vies seront aussi instables qu'un violoniste sur un toit ». En effet, dans les différents aspects de la vie, et particulièrement quand tout est perdu et que l'individu fait face à un déracinement, la culture et ses traditions peuvent procurer un sentiment d'appartenance, donner un sens au vécu et apaiser ou canaliser les souffrances. Sans omettre qu'en certains cas elles sont un carcan rigide et dogmatique qu'il faudra questionner.

Pour cerner le rôle de la culture chez les individus, nous allons nous appuyer sur les apports de la psychiatrie transculturelle, qui associe la psychiatrie et l'anthropologie. Le terme « transculturelle » dépasse l'idée réductrice du terme « interculturelle », qui considère la rencontre entre deux individus comme une rencontre entre deux

cultures distinctes et bien différenciées. Cette idée émerge des travaux de l'anthropologue Fernando Ortiz Fernández (1947), pour qui le terme s'applique à des « identités culturelles plurielles » et qui remet en question la représentation d'une autonomie, ainsi que celle d'une homogénéité de la culture. Chaque individu possède différentes cultures qui se tissent et se mélangent au sein de son psychisme (famille, groupe d'amis, profession, groupe social, religion, etc.). Cette particularité fait que deux interlocuteurs venant de régions du monde éloignées peuvent partager la même culture sur certains aspects et pas sur d'autres (Lüsebrink, 2005).

La psychiatrie transculturelle nous aide à comprendre comment la culture participe à la construction du psychisme et influence son fonctionnement. Pour le décrire, nous nous inspirons des travaux de divers psychiatres et médecins experts en anthropologie médicale (Kleinman, 2006 ; Kirmayer, 2008 ; Moro, 2010 ; von Overbeck, 2008 ; Napier, 2014) et de notre travail sur le sujet (Sanchis, 2018).

3.1. La culture

Selon l'UNESCO, la culture est définie comme « l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances » (UNESCO, 1982).

À partir de cette définition très large de la culture, nous allons dégager un ensemble de caractéristiques qui nous aideront dans notre quotidien de soignants. Nous pensons que cette compréhension du concept de culture peut être utile à d'autres corps de métiers qui rencontrent l'être humain dans sa singularité – enseignants, éducateurs, tuteurs, assistants sociaux, etc.

La culture a cinq caractéristiques générales (Sanchis, 2018) :

- Elle nous précède via nos ancêtres et le milieu dans lequel nous vivons, et elle participe à la construction du psychisme.

- Elle apporte une grille de lecture à notre vécu.
- Elle constitue un ensemble de règles et de valeurs qui conditionnent la manière dont l'individu et le collectif s'expriment.
- Elle est mobile et se transforme au fil du temps.
- Elle joue un rôle d'enveloppe pour le psychisme de l'individu.

1. **La culture nous précède *via* nos ancêtres et le milieu dans lequel nous vivons, et elle participe à la construction du psychisme.** Les liens d'appartenance culturelle et de filiation se tissent simultanément et s'entrelacent. Le bébé arrive au monde entouré par ses parents, sa famille et la culture qui les enveloppe. Quand les parents prennent soin de l'enfant, le portent, lui parlent et lui enseignent des choses, la culture « s'infiltré » constamment. Par exemple, la manière de porter un enfant varie d'une culture à l'autre : on peut le porter dans les bras, sur le dos, enveloppé dans un long foulard, ou dans une poussette. La manière de se saluer varie aussi, ainsi que la manière de s'habiller, de se mettre à table et manger des plats traditionnels, ou de prier. Toutes ces manières de vivre et de s'exprimer conditionnent le rapport entre les personnes et deviennent la « norme ». Dans le sens inverse, l'ignorance des coutumes peut induire un sentiment de gêne et d'insécurité, ou même éveiller le vécu violent d'être envahi par autrui. Souvent, le raccourci sera : « ce qui n'est pas normal est immoral ou pathologique ». Ces coutumes sont omniprésentes dans le quotidien de l'enfant qui grandit, et les usages intégrés de manière spontanée sont considérés comme naturels, alors qu'ils sont en réalité des constructions socialement érigées, validées et sanctionnées.

2. La culture apporte une grille de lecture de ce que nous vivons : les maladies, les accidents, la mort, les mariages, les naissances, le travail... Quand les repères culturels diffèrent entre deux individus, ils peuvent générer de la confusion. Par exemple, l'origine ou la cause d'une souffrance peut être envisagée comme

psychique, somatique, spirituelle ou encore magique. Certaines cultures donneront à la souffrance psychique des explications basées sur la psychologie occidentale, tandis que d'autres parleront de sorcellerie, de mauvais œil, des djinns (Radi, 2013), d'esprits (Hell, 2008) ou encore de déséquilibre des énergies. Par ailleurs, au sein d'une même culture, des sous-cultures existent et s'opposent aux représentations dominantes. À titre d'exemple, dans « notre » culture, d'autres pensées et représentations de la vie cohabitent avec la pensée scientifique. L'ethnologue Jeanne Favret-Saada a décrit ce phénomène dans ses travaux sur la pensée magique dans la population du Bocage normand (Favret-Saada, 2009), phénomène que nous observons également dans le canton de Vaud et d'autres régions de la Suisse avec les guérisseurs, les magnétiseurs ou les détenteurs du « secret ». Il va de soi que les approches thérapeutiques diffèrent selon la représentation culturelle de la souffrance, allant de l'appel à un psychiatre au recours à un imam, un curé, un guérisseur ou un médecin ayurvédique.

- 3. La culture apporte un ensemble de règles et de valeurs et conditionne la manière dont l'individu et le collectif s'expriment.** Cette dimension se manifeste dans la manière de vivre les relations interpersonnelles (les liens intergénérationnels, le choix du partenaire, le rapport homme-femme...), la place dans la famille et la société, le rapport à l'autorité, à l'État et aux lois... De ce fait, la différence culturelle peut être la cause de malentendus puissants, et des particularités culturelles sont jugées comme inadéquates entre des personnes de différentes origines. La culture conditionne également la manière de s'exprimer individuellement et en groupe, à travers des rituels à respecter, la production culinaire ou artistique, ou l'expression des émotions. Ce dernier point est crucial pour notre thématique : tandis que certaines cultures privilégient la libre expression des émotions, d'autres prescrivent la retenue, considérant certaines émotions comme honteuses. Cela peut mener les professionnels à des erreurs d'interprétation ou à ne pas reconnaître qu'il y a souffrance. À titre d'exemple et de manière

très schématique, nous constatons que de nombreux jeunes venus de la région de la Corne de l'Afrique (Érythrée, Somalie et une partie de l'Éthiopie) n'expriment que très rarement leur tristesse, se montrent fuyants dans le contact, évitent le regard direct, rient quand nous les interrogeons à ce sujet ou nient tout mal-être. Ceci peut être interprété de manière erronée comme un manque de respect ou de volonté de collaborer.

4. **Malgré une image solide et stable, la culture est mobile et se transforme au fil du temps.** Elle change parce que notre monde change, au gré des migrations qui mélangent des individus appartenant à des cultures diverses. La personne s'affilie à d'autres groupes et adopte leur culture en l'intégrant à sa culture préexistante, en la métissant, en l'écartant ou en l'annulant, selon les contextes et les enjeux du moment et de sa propre histoire. En résumé, la culture en tant qu'objet externe à l'individu est mobile et en évolution permanente, et il en va de même au niveau individuel (Linton, 1977).
5. Enfin, retenons le **rôle de la culture comme enveloppe pour le psychisme de l'individu** (Nathan, 2012). Tant que la personne « baigne » dans la même culture que les personnes qui l'entourent, ces processus se développent de manière spontanée. Mais dès qu'elle sort de son milieu, un mal-être peut s'installer. Avec la migration, la culture environnante change, imposant une grille de lecture, des règles et un sens donné au vécu différents. Cette perte de repères demande une adaptation et un remaniement psychique importants, qui mettent à l'épreuve les capacités adaptatives de la personne concernée et la fragilisent, voire provoquent l'émergence de pathologies psychiatriques jusque-là inexistantes. Cette mise sous tension s'active également dans les relations que le jeune migrant entretient avec les professionnels et les personnes qui l'entourent.

Ce dernier point introduit le chapitre suivant, consacré aux enjeux du processus migratoire et de l'intégration. Le jeune n'est pas seulement exposé aux difficultés qui l'ont amené à migrer et au parcours migratoire, mais aussi au changement de l'enveloppe culturelle.

Chapitre 4

Le parcours migratoire et l'intégration

Chaque pays a une histoire, des us et coutumes, une structure sociale et étatique, et une qualité du lien entre le peuple et ceux qui le gouvernent. Tous ces aspects jouent un rôle essentiel pour comprendre les raisons qui poussent une personne à quitter son pays, par choix ou forcée, comment son état psychique en a été affecté et quelles sont ses capacités à s'intégrer dans la société du pays d'accueil. Quitter un pays stable et en paix, avec un État de droit, n'est pas comparable à la fuite d'un pays confronté à la guerre, à des inégalités criantes, ou à une justice arbitraire et des tyrans qui terrorisent leurs citoyens. De surcroît, si un parcours migratoire chaotique et dangereux doit être entrepris pour rejoindre le pays d'accueil, on imagine sans peine à quel point ces facteurs vont influencer l'état psychique du migrant, mais aussi, fait souvent oublié, sa capacité à faire confiance, en particulier à ceux qui détiennent l'autorité.

Nos connaissances relatives au contexte d'origine du migrant étant la plupart du temps limitées, il est essentiel de nous appuyer sur les informations qu'il nous donne ou, à défaut, sur des médiateurs culturels ou d'autres personnes de son entourage. Qu'a-t-il vécu avant la migration ? Quel a été son lien avec la famille et la société d'origine ? Qu'est-ce qui l'a motivé à migrer ? Quelles violences a-t-il subies avant, pendant ou après le parcours migratoire ? De quelle manière investit-il le pays d'accueil ? De manière générale, dans

le mouvement migratoire, il y a un « avant », un « pendant » et un « après ». Parfois, « l'après » n'advient pas, car le migrant demeure dans un incessant aller-retour entre son pays d'origine et d'autres pays. Dans tous les cas, chaque moment du processus migratoire a son lot d'enjeux et de défis.

4.1. « Avant » – le mouvement migratoire

Le migrant, avant de le devenir, a un vécu lié à son pays d'origine qui va conditionner le processus migratoire et sa capacité d'adaptation et d'intégration. Bien qu'il soit important de s'intéresser à la souffrance et aux problèmes qui l'ont motivé à quitter son pays, il est essentiel de prendre également en compte le contexte social, familial, professionnel et politique d'où il vient.

Nous l'avons vu, le psychisme de l'individu est enveloppé par la culture, mais aussi par la famille et la société. La qualité des liens familiaux et sociaux est essentielle pour le migrant, car ils procurent un sentiment de cohésion, même à distance. Si le jeune migrant a bénéficié d'un bon entourage familial et social, cela l'aidera par la suite, malgré son absence. L'amour, le partage, la solidarité, l'amitié, le sentiment de sécurité, la confiance, ainsi que les autres valeurs et les traditions de sa famille et de sa culture l'aideront à supporter le parcours migratoire et à s'adapter dans un nouveau contexte. Mais plus il sera jeune, plus grand sera le risque de n'avoir pas pu intégrer suffisamment ces différents éléments déterminants pour la suite de sa vie.

Tous les acquis que la personne a pu assimiler avant son départ vont lui apporter des ressources durant la migration. Il est particulièrement important de connaître le niveau de scolarisation que le jeune a atteint, le niveau de maîtrise de la langue maternelle (écrit et oral) et l'acquisition d'autres langues. Dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie, il est courant de rencontrer des jeunes qui parlent plusieurs langues et qui ont une expérience professionnelle, mais qui ne savent ni lire ni écrire. Cette situation leur permettait de bien s'en sortir dans leur pays d'origine, mais pas dans le pays d'accueil où la maîtrise écrite de la langue est nécessaire pour avoir

accès à une formation ou à un emploi. Dans l'autre sens, ceux qui ont pu bénéficier d'études et obtenir des titres dans leur pays d'origine se voient souvent confrontés au fait qu'ils ne sont pas reconnus dans le pays d'accueil, ce qui génère une forte frustration.

Enfin, le contexte historique du pays d'origine et le fonctionnement de l'État jouent un rôle essentiel. Certains pays ont connu des guerres incessantes, à l'image de l'Afghanistan, où les conflits se sont enchaînés depuis l'invasion russe des années 1970, poussant la population à se déplacer à l'intérieur du pays, mais aussi dans les pays voisins, comme le Pakistan ou l'Iran. Certains jeunes Afghans n'ont même pas connu leur pays d'origine, car leurs parents l'ont quitté bien avant leur naissance et ils ont grandi en Iran, dans une grande précarité.

D'autres pays, comme l'Érythrée, connaissent une histoire tourmentée par des guerres et des colonisations (Vincent, 2012; EASO, 2015). Toutefois, les Érythréens ont aussi vécu un moment de grande fierté en 1993, lors de la fin de la guerre d'Indépendance contre l'Éthiopie. Ce moment d'espoir et de rassemblement national autour des combattants et de leur leader Afewerki a été suivi par une période durant laquelle ce dernier a transformé le pays en une caserne et une prison à ciel ouvert, où ont régné oppression et persécution. Ce régime a fait de la violence une banalité, d'une manière similaire au Chili de Pinochet, à l'Argentine de Videla, à l'Espagne de Franco et à tant d'autres dictatures, dans lesquelles les hommes ont été torturés, tués ou ont disparu (dans la mer au Chili et en Argentine, dans les prisons et le désert en Érythrée).

Pour illustrer ces aspects, l'histoire de Dawit est éloquent :

« Dans le calme du bureau, il raconte comment son enfance a basculé quand son père a été enlevé par la police. Ce jour-là avait débuté comme un autre, son père s'appêtant à partir au travail et le petit Dawit à prendre le chemin de l'école.

Le père porté disparu depuis lors et l'économie familiale malmenée, Dawit arrête l'école et trouve un emploi de mécanicien pour subvenir aux besoins de sa grande famille. Sa sœur cadette a des soucis de santé importants, une infirmité neurologique, et comme le système de sécurité sociale est

inexistant, sa mère doit s'occuper d'elle jour et nuit, ce qui ne lui laisse que peu de temps pour le reste de la famille. Dawit joue son rôle de grand frère en travaillant beaucoup, mais son salaire est dérisoire. Au vu de son statut d'aîné, il quitte finalement l'Érythrée pour trouver les moyens d'assurer un meilleur avenir à sa famille. Un mal insidieux s'installe chez lui, probablement renforcé par la torture subie en Libye et la séparation d'avec les êtres qui lui sont chers : il a perdu toute confiance dans l'État et dans la société. Quand l'arbitraire règne, aucun point de repère n'existe et la société se déstructure. Cette déstructuration "accompagne" le migrant dans son périple et rend l'intégration dans le pays d'accueil plus compliquée encore.

Dawit, enfin arrivé en Suisse, épuisé par le parcours migratoire et déprimé après avoir accumulé autant de pertes, ne parvient pas à organiser son quotidien. Il reste au lit, oublie les rendez-vous et a une grande peur de se confronter aux représentants de l'État. La police est une importante source d'angoisse, mais il a également peur de rencontrer les assistants sociaux et se montre méfiant envers les soignants et les médecins. La peur de l'État oppresseur en Érythrée l'a accompagné jusqu'en Suisse. Progressivement et moyennant beaucoup de patience, il parvient à construire un lien de confiance avec les professionnels et arrive à se confier. Il exprime notamment son regret de n'avoir pas pu faire d'études. Comme tant d'autres jeunes Érythréens rencontrés, le rêve de Dawit est en effet de pouvoir bien apprendre le français, étudier et travailler. »

Les raisons de la migration – conscientes et inconscientes

La plupart des personnes souhaitent rester dans leur pays, auprès des leurs et dans leur culture. Elles doivent migrer pour fuir la misère, les guerres ou les persécutions, améliorer leur situation économique ou apporter un meilleur avenir à leurs proches. Ces projets sont très souvent évoqués par les migrants eux-mêmes, mais peuvent en cacher d'autres, qui sont latents, inexprimés et parfois même inconscients : des difficultés à trouver une place au sein de la famille et de la société, des problèmes pour s'émanciper, des conflits ou des rivalités inconscientes avec les parents ou la fratrie, ou simplement une quête d'insouciance et d'aventure, ou encore de l'inconscience et de l'impulsivité.

Parfois, la migration s'oriente vers une destination claire ; d'autres fois, elle n'est qu'une fuite sans destination précise. Le risque d'une

errance entre différents pays guette alors le jeune. Accéder à ces motivations n'est pas facile, et il arrive que les véritables raisons sous-tendant la migration ne soient découvertes que des années plus tard, comme l'illustre le cas de Kidist :

« Kidist, une jeune Éthiopienne originaire de la capitale, est venue me consulter de nombreuses années après son arrivée en Suisse. Elle souffre d'une forte culpabilité d'être loin de sa famille, se sent seule et ne parvient pas à trouver sa place dans la société de son pays d'accueil. Elle échoue dans ses différents projets de formation et est sentimentalement très instable. Elle dit avoir connu un certain confort de vie dans son pays. Au lycée, elle a côtoyé des camarades très engagés sur des questions politiques, avec lesquels elle a développé des idéaux et participé à des manifestations contre le gouvernement, avec comme conséquence un emprisonnement et des violences. C'étaient là les raisons conscientes de quitter son pays. Toutefois, au fil du travail psychothérapeutique, nous comprenons qu'elle rencontrait aussi des difficultés à s'émanciper et devenir une adulte autonome. Elle se sentait sous l'emprise de ses parents, contrôlée et étouffée, alors qu'elle rêvait d'une vie différente de celle qu'ils lui proposaient. Elle les percevait comme exerçant "une mauvaise influence" et n'avait pas trouvé d'autre moyen de s'en éloigner que par la migration. La thérapie permet à Kidist de mieux nuancer son vécu et de tolérer des affects ambivalents à l'égard de ses parents. Elle retisse de nouveaux liens avec eux, les contacte plus souvent par téléphone et leur exprime le souhait de les revoir un jour. »

4.2. « Pendant » – le déplacement

La préparation

Parfois, les jeunes ont le temps de préparer le voyage et d'être soutenus et conseillés par leur famille. Plus souvent, ils doivent endosser de lourdes responsabilités, leurs familles attendant d'eux qu'ils réussissent leur périple pour pouvoir ensuite les aider économiquement ou organiser un regroupement familial dans le pays d'accueil. Parfois encore, il s'agit du rêve des parents, qui souhaitent que leur enfant ait un meilleur avenir et sorte de la pauvreté, alors que le jeune préférerait rester auprès d'eux.

Dans de nombreux cas, la préparation se fait dans la précipitation, à la suite de menaces ou du meurtre d'un membre de la famille :

« Maেকে, jeune Érythréen de 17 ans, raconte son arrestation par des militaires lors d'une "Giffa" – contrôle effectué par l'armée afin de vérifier si les jeunes ont accompli leur service militaire. Il a été emmené au poste, où il a vécu la terreur de se faire kidnapper. Il a été relâché trois jours plus tard. Il n'a pas attendu qu'on vienne le chercher une deuxième fois et est parti sans dire au revoir ni à sa mère, ni à son père, ni à ses frères et sœurs. Il n'a pu parler avec eux que trois mois plus tard, une fois arrivé en Italie. »

D'autres fois, la préparation du voyage est méticuleuse :

« Terhas, une jeune femme, relate qu'avant de quitter l'Érythrée, elle était sûre et certaine qu'elle allait être violée et qu'elle allait devoir payer les passeurs avec son corps. Mais la situation désespérante dans son pays l'a poussée à chercher ailleurs un avenir meilleur. Elle a alors décidé de s'injecter un contraceptif de longue durée, pour ne pas tomber enceinte durant le voyage. La description du parcours migratoire est dramatique et difficile à entendre. »

Des traumatismes et des deuils en cours de route

Selon une étude menée par Médecins du Monde (Médecins du Monde, 2017) dans plusieurs pays en Europe, 37,6 % des femmes requérantes d'asile ont rapporté des violences sexuelles et 24,1 % des viols. Les hommes n'échappent pas à ces types de violences, mais les cachent davantage, par honte.

La route de l'exil est parsemée d'obstacles, d'angoisses et de traumatismes. Pour ceux venant d'Asie, les montagnes et les postes-frontières font barrage. Pour ceux venant de la Corne de l'Afrique, ce sont le désert, la Libye et la Méditerranée. Ils vivent ce périple la peur au ventre, traversant le désert avec la crainte de subir un accident ou d'être arrêtés par des militaires et, une fois arrivés en Libye, pays sans État, déstructuré et soumis aux clans et aux mafias, la menace de se faire kidnapper.

C'est au sujet de la Libye – où l'arbitraire semble être la seule règle – que nous avons entendu les pires récits. Les dernières informations provenant de cette région, ramenées par des journalistes, des institutions et associations internationales, ainsi que les témoignages des patients, décrivent les barbaries auxquelles sont confrontés hommes

et femmes, avec des tortures et des viols qui semblent être quasi systématiques. Pas de papiers, pas de droits, directement au poste, puis en prison.

« Omar m'en parle, et je n'ai pas encore compris les raisons de son emprisonnement, mais j'en constate les séquelles. Son regard est perdu, son récit incessant et répétitif. Il a été détenu pendant plusieurs mois, attendant d'être relâché... Durant sa réclusion, ses geôliers abrutis l'ont torturé gratuitement, sans autre motif que celui de le dominer, dominer sa vie. Il a survécu, mais dans ma consultation j'ai l'impression qu'il n'a pas quitté ce lieu d'horreur. »

Et que dire de la traversée de la Méditerranée, depuis le Maroc vers l'Espagne, depuis la Libye vers l'Italie, ou depuis la Turquie vers la Grèce ?

« Berhane a tenté une première traversée. Les passeurs l'ont amené au bord de la plage, il leur a donné 700 dollars. Une barque en bois attendait, dans laquelle se sont entassées 200 personnes. La mer était agitée et il ne savait pas nager. Malgré ces conditions, ils sont partis. Après 36 heures de navigation, ils n'ont pas pu arriver en Italie. Ils ont perdu le cap et ont tourné en rond. La nuit est tombée et la panique régnait sur le bateau de 16 m². Certains criaient, des enfants pleuraient, lui s'agrippait au bord de la barque. À un moment donné, il a eu l'impression que son corps le lâchait. La crainte de mourir l'a envahi. Par chance, ils ont été retrouvés par un bateau libyen. Par malchance, ils ont été emprisonnés. Berhane a subi des agressions et a entendu des gens mourir. Il a pu s'échapper de la prison et a tenté à nouveau la traversée de la Méditerranée. Cette fois-ci, il a prié durant tout le voyage, avec la sensation d'être "un peu ailleurs", ce qui lui a permis de mieux supporter les 12 heures de traversée. Une fois en Italie, il est parti vers la Suisse, une tante l'y attendait.

Il vit maintenant dans un petit appartement. Il a commencé un apprentissage et rencontre ses amis. Sa tante lui prépare de temps en temps des plats érythréens goûteux : une bonne injera, sorte de galette épaisse, tendre et savoureuse, avec de la purée de pois chiches et un ragoût d'agneau et de bœuf bien épicé au cumin, clous de girofle, gingembre, cardamome et piment de Cayenne. Elle lui dit toujours : "Mange !" Nous imaginons que cette tante est comme tant de grands-mères chez nous... Durant les entretiens, Berhane se souvient du passé, des scènes de son pays, de sa maison. Avoir accès à ces souvenirs lui rend sa famille plus proche. Cela semble lui faire du bien. »

4.3. « Après » – la procédure d'asile, l'intégration et la nostalgie

La procédure d'asile en Suisse

Une question fait débat : la longue et souvent pénible procédure d'asile en Suisse. Les requérants d'asile la décrivent comme une attente interminable et angoissante, durant laquelle ils ne peuvent rien entreprendre. Voir le temps passer, avec la menace d'un renvoi ou des contrôles de police, le risque de chercher dans le trafic des drogues et dans la prostitution un mieux-être économique, la tentation de noyer ses peines dans l'alcool bon marché, voilà de quoi est fait leur quotidien. L'Europe n'est finalement pas l'eldorado rêvé, leur famille est loin et leur avenir impossible à projeter. Des études montrent clairement que ces procédures ont des effets néfastes sur la santé mentale des requérants d'asile (Womersley, 2017).

La procédure d'asile commence lorsque le requérant dépose sa demande (SEM, 2018). Il est par la suite adressé à un des centres d'enregistrement et de procédure qui se trouvent sous contrôle fédéral, où aura lieu un premier entretien. Parfois, la demande est accueillie tout de suite et la personne est reconnue comme réfugiée. Si plus de temps est nécessaire pour prononcer une décision, le requérant est attribué à un canton. La distribution se fait au prorata du nombre d'habitants du canton. Il y a de nombreuses issues possibles : l'octroi de l'asile, l'admission provisoire (décision négative en matière d'asile, mais sans renvoi, car considérée comme illicite, inexigible ou impossible) ou la décision négative avec renvoi. Les suites de ces différentes décisions peuvent être longues et complexes, nécessitant souvent le soutien d'avocats et d'associations pour assister le requérant d'asile face à des démarches administratives difficiles à comprendre pour lui. Les recours peuvent durer, non sans conséquences psychiques pour les requérants, en raison de l'attente et du stress que cela génère.

Les moins de 18 ans qui arrivent seuls sont considérés comme des mineurs non accompagnés et admis directement dans un centre cantonal où ils sont hébergés et se voient octroyer un tuteur. Ils ont accès à la scolarité et à d'autres activités éducatives. Toutefois,

leur sort définitif n'est pas connu immédiatement, car la procédure d'asile suit son cours et la décision ne sera exécutée qu'au moment où le jeune atteindra ses 18 ans. Si la décision est un renvoi, le jeune sera expulsé, même s'il est en Suisse depuis des années et qu'il y a fait une formation. Ceux qui ont la chance d'être reconnus comme réfugiés sortent de la procédure immédiatement et bénéficient des droits et devoirs des réfugiés.

Le couperet des 18 ans est donc déterminant pour l'avenir des jeunes. Au-delà de cet âge, ils ne bénéficieront d'aucune prise en charge spéciale, même si leur parcours migratoire a été effectué en tant que mineurs non accompagnés. La détermination de l'âge est également un des problèmes majeurs auxquels sont confrontés les jeunes requérants et les autorités. Il n'y a pas de test fiable, les évaluations de l'âge ne sont qu'approximatives, avec une marge d'erreur très large. La Société suisse de pédiatrie s'est positionnée très clairement sur ce sujet : « Aujourd'hui, aucune méthode scientifique ne permet d'établir avec certitude l'âge d'un jeune qui se situerait entre 15 et 20 ans : des valeurs d'adulte peuvent être trouvées chez un mineur conduisant à une surévaluation de son âge. Une évaluation globale par des professionnels spécialistes dans le développement de l'adolescent reste pertinente afin d'évaluer le développement du jeune, son statut psychocognitif, et de pouvoir si nécessaire l'orienter vers des structures qui tiennent compte de ses vulnérabilités » (Depallens, 2017, p. 4).

La communauté dans l'exil

La communauté dans l'exil est sans aucun doute une grande ressource. Elle permet des rencontres, favorise la socialisation, facilite la recherche d'emploi et garantit le contact avec les repères culturels du pays d'origine, notamment à l'occasion des fêtes ou des pratiques religieuses.

Cependant, dans certains cas, il existe un décalage générationnel entre les différentes vagues de migration, avec des conséquences parfois très lourdes. À nouveau, nous prenons l'exemple de l'Érythrée, mais cette observation s'applique à de nombreux pays. Une première

vague de migration a été déclenchée lors de la guerre avec l'Éthiopie, et particulièrement vers sa fin. À cette époque, il y avait une fierté nationale et un désir de résistance et d'indépendance. Ceux qui se sont exilés considéraient leur leader politique comme un héros, une idole. Rien de comparable pour les Érythréens qui migrent aujourd'hui. Ils ne quittent pas un territoire libre et fier de l'être, avec un héros au pouvoir, mais un pays à la dérive qui subit le régime d'un dictateur. La confrontation entre ces deux visions contrastées d'un même président, mais d'un nouveau régime, ne facilite pas l'accueil par la communauté installée. La rencontre entre les deux générations se réalise tout de même au travers des réunions à l'église (la majorité des Érythréens en Suisse sont chrétiens), aux cafés et aux restaurants, lieux où ces différences apparemment inconciliables diminuent.

La famille restée au pays – le désir de retourner et garder le contact

Il n'y a pas seulement la peur d'être renvoyé de force, mais aussi le désir de retourner au pays de son propre chef, dans un futur idéal, quand la situation sera à nouveau sûre. La promesse de retrouvailles avec les proches est une constante chez la plupart des migrants et une manière de garder et de préserver un lien.

Cet enjeu majeur reste difficile à gérer, d'autant plus si le migrant est un jeune qui a besoin d'un entourage familial et qui se retrouve seul. Le moment des appels téléphoniques avec la famille devient alors un moment crucial, à la fois souhaité et craint. Souhaité, car c'est un moment de partage de nouvelles, mais craint, car c'est aussi le moment de relater un possible constat d'échec. « L'avouer à la famille et se l'avouer à soi-même » demande une grande force. « Non, ici ce n'est pas l'eldorado rêvé », « Non, je ne suis pas sûr de pouvoir rembourser tout l'argent qui m'a été donné », « Non, je ne sais pas si je pourrai faire venir toute la famille ici »... La réponse la plus fréquente est laconique: « Ici, ça va. » Dans certains cas, le peu d'argent gagné est envoyé à la famille. Dans d'autres cas, les communications sont réduites au strict minimum, voire coupées, car avouer l'échec est trop douloureux.

La société d'accueil

L'investissement de la société d'accueil est très variable. Des associations, des bénévoles et les États essayent de répondre aux besoins des migrants, mais la différence est palpable, tant parmi les cantons suisses qu'entre les États de l'Europe. Les requérants d'asile doivent souvent faire face à une forme de violence insidieuse : l'indifférence et la non-reconnaissance de leur souffrance, de ce qu'ils ont enduré et perdu. Elle ne se voit pas, elle n'est pas toujours intentionnelle et s'exprime souvent à notre insu. La pire des violences est peut-être celle de l'oubli. Pensons au petit Aylan, cet enfant syrien mort, échoué sur une plage turque. Photographié par un journaliste, l'image a traversé les frontières, fait le tour du monde et tous ceux qui ne voulaient pas voir les problèmes des réfugiés ont enfin regardé. Il y a eu débat. Fallait-il montrer la photo ou pas ? Certains étaient pour, d'autres contre... Mais le réel problème est d'oublier cette photo, de se protéger de cette horreur en disant qu'il n'y a pas de place pour tous, y compris pour les enfants qui représentent 51 % des requérants d'asile (UNHCR, 2016). Nous les oublions, entassés en Grèce, en Italie et en Turquie, dans des camps de réfugiés.

L'idéal d'intégration, entre la société d'accueil et la communauté

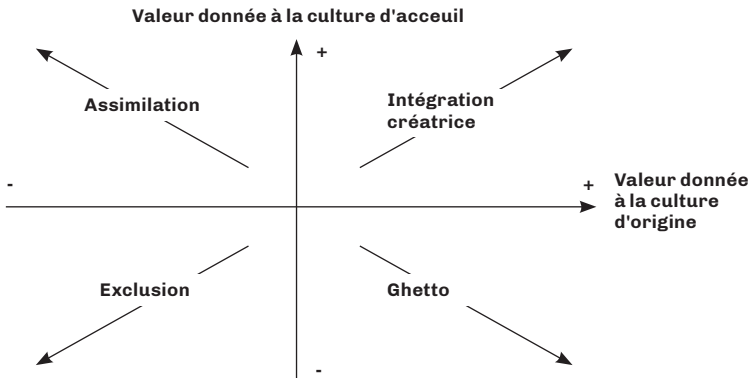
Pour bien penser l'intégration des migrants, il faut comprendre le processus d'acculturation. Les anthropologues Robert Redfield, Ralph Linton et Melville Herskovits le décrivent ainsi : « L'acculturation comprend les phénomènes qui résultent du contact continu et direct des groupes d'individus ayant différentes cultures, ainsi que les changements dans les cultures originales des deux groupes ou de l'un d'entre eux » (Redfield, 1936, p. 149).

Le schéma développé par les psychiatres transculturels Jean-Claude Métraux et Philip H. Rack (Métraux, 2001, p. 551) propose une représentation éclairante des différents modes d'intégration possibles du migrant dans la société d'accueil (figure 5.1). Ces auteurs en identifient quatre, qui se construisent à partir de deux variables : la valeur que le migrant donne à sa culture d'origine et la valeur qu'il

donne à la culture du pays d'accueil. Les positions ne sont pas exclusives, elles peuvent se combiner et même varier au cours du temps.

Figure 1

Métraux, 2001 – inspiré de P. H. Rack)



Selon notre expérience, l'idéal est l'intégration créatrice : la personne s'approprie des éléments de la nouvelle culture, tout en conservant ceux de sa propre culture. C'est le métissage culturel. Pour d'autres, l'idéal est l'assimilation, qui implique que le nouvel arrivant délaisse sa culture d'origine pour n'adopter que la culture d'accueil. Cette option nous paraît dangereuse pour la santé psychique du migrant. En effet, comment « abandonner » une culture qui a été intégrée depuis la naissance, par les liens de filiation et d'appartenance sociaux, et qui s'enracine profondément dans le psychisme et constitue l'identité de l'individu ? Sur quoi l'individu pourra-t-il s'étayer pour affronter les multiples aléas de la vie et les deuils qui mettront à rude épreuve ses capacités d'adaptation s'il « oublie » ou doit se défaire de ce qui le constitue ?

Un autre positionnement est le communautarisme ou le ghetto. Les migrants restent dans leur communauté et se mélangent très peu avec la société d'accueil. Nous en parlerons plus en détail dans le paragraphe suivant. La position la plus inquiétante est la double marginalisation, l'exclusion. Quand l'individu ne s'intègre pas dans la société d'accueil et rejette simultanément sa culture d'origine, il

devient une sorte d'apatride culturel, sans point d'attache. Nous trouvons souvent ce cas de figure chez des personnes en très grande souffrance psychologique, comme lors de psychoses, de graves dépressions, de traumatismes ou de pertes innombrables. Un cas particulier est celui des jeunes mineurs non accompagnés, qui ont souvent migré très jeunes, bien avant d'avoir pu intégrer leur culture d'origine. Immergés dans la culture d'accueil et porteurs d'une souffrance accumulée à la suite de nombreuses pertes, ils se retrouvent sans repères et sans une « enveloppe » qui puisse les contenir et leur procurer un sens pour ces expériences difficiles.

Les efforts de la société d'accueil devraient viser à ce que les mineurs non accompagnés puissent conserver les racines culturelles qu'ils ont pu acquérir avant de quitter leur pays, tout en leur offrant de nouveaux repères de la culture d'accueil. Faute de quoi, les risques d'une désinsertion sociale ou de troubles psychiques sont majeurs.

Dans les cas de migrants souffrant de troubles psychiques ou qui ont de faibles capacités d'adaptation, nous constatons que l'idéal d'intégration est trop exigeant. Ces personnes ont besoin de plus de temps pour s'adapter à la nouvelle société et nous considérons important qu'ils puissent bénéficier d'un modèle communautaire, où ils se trouveraient enveloppés par leur propre culture. Par la suite, si la société d'accueil tolère leurs difficultés d'intégration et continue à leur offrir une ouverture, l'individu pourra progressivement en intégrer les éléments essentiels.

La discussion sur ces problèmes se poursuit et le débat est loin d'être terminé. Ils doivent être réfléchis d'une manière pragmatique, dans l'intérêt de ceux qui arrivent et de ceux qui les accueillent. L'objectif final est de « vivre ensemble » dans la meilleure harmonie possible, malgré les différences.

Une société développée est celle qui peut prendre soin des plus démunis

Décrire ce que nous avons entendu dans l'intimité de la consultation psychiatrique a pour but de donner la voix à ceux que nous n'entendrons jamais, comme Aylan et ces Érythréens, Afghans, Syriens, Somaliens, Éthiopiens, et tant d'autres, femmes, hommes et

enfants qui ne sont jamais arrivés, qui sont décédés ou qui ont disparu en route. Se souvenir d'eux nous apprend à mieux écouter ceux qui sont vivants et à faire notre possible pour rendre leur avenir plus humain... et le nôtre aussi ! En effet, nous pensons qu'une société évalue son degré de développement pas uniquement en calculant sa richesse et en se félicitant de son niveau de technicité, mais aussi en évaluant sa capacité à s'identifier aux autres, à être solidaire et coopérative, en particulier à l'égard des plus démunis.

Chapitre 5

L'adolescence

« Il faut que tu sois capable de cuisiner, gérer ton budget et être autonome, tu vas devenir un adulte – dit l'éducatrice affectueusement à Mehdi. Ces commentaires tout à fait pertinents et bienveillants, nous les avons entendus en début d'année 2017, d'une éducatrice d'un centre d'accueil pour mineurs non accompagnés. Elle travaillait dur pour motiver ce jeune à faire des cours de cuisine. À l'âge de 18 ans, Mehdi devra quitter le foyer où il a vécu durant 2 ans et où il a été soutenu et accompagné par l'équipe d'éducateurs et son curateur. Il sera dirigé alors vers un foyer pour adultes, sans encadrement éducatif ni tuteur, ou vers un appartement avec d'autres jeunes.

Malheureusement, les propos bienveillants et l'engagement de l'éducatrice n'ont pas suffi à motiver Mehdi et à calmer le désarroi dans lequel il se trouve. Très énervé contre elle, il n'arrive pas à mettre des mots sur ce qu'il vit et se limite à lui dire: "Tu ne comprends rien! Tu dis n'importe quoi! Fiche-moi la paix!" Il claque la porte, s'enferme dans sa chambre, s'alite et se réfugie sous les draps. Ce que nous avons pu comprendre est que Mehdi ne se sent pas du tout prêt à "s'autonomiser", les angoisses le débordent, et il ne peut pas les exprimer autrement que par des actes. »

Cette scène illustre bien quelques problématiques connues de l'adolescence, mais qui se complexifient par la différence culturelle et l'absence de la famille d'origine: la gestion des émotions et l'émancipation.

Quelques mois plus tard, au moment de partir du foyer, Mehdi lance: « Vous allez m'oublier! » La perspective du départ du foyer active chez cet adolescent une peur de la séparation, avec d'un côté le besoin de se sentir accompagné et entouré par des personnes de confiance, et de l'autre le défi de pouvoir se séparer d'elles. Le

contexte migratoire, avec ses pertes répétitives et des éléments culturels différents, va compliquer davantage cette phase de séparation. L'idéal d'une autonomisation en période d'adolescence n'est pas ubiquitaire ou, en tout cas, ne se manifeste pas de la même manière partout. En effet, le terme « adolescence » n'existe pas dans certaines cultures, pas plus que l'idéal d'autonomisation, et un jeune peut devenir majeur à 15 ans, commencer à travailler et fonder sa propre famille. L'adolescence existe bel et bien, mais très encadrée par la culture et la société. Les rôles sont très clairs et prédéfinis par la société ou le groupe social, avec peu de place pour des décisions individuelles. En même temps, le jeune restera proche de sa famille et intégré au clan ou à la tribu toute sa vie durant. Dans ces cas, l'idéal d'autonomie que l'on retrouve dans la plupart de pays occidentaux entrera en collision avec l'idéal communautaire d'autres pays. Pour Medhi, la prise en charge éducative s'est poursuivie, renforcée par une psychothérapie menée par un spécialiste des approches transculturelles. Cette collaboration lui a permis de trouver un meilleur étayage, de tisser un lien de confiance avec les professionnels et d'exprimer sa crainte de manière plus intelligible.

Pour mieux comprendre le jeune et trouver la réponse qui lui soit la plus adaptée, quelques connaissances de base nous sont utiles :

- Les enjeux liés à l'adolescence, les changements opérés durant cette période sur le plan physique et psychique, et les modes d'expression des émotions associées.
- Le rôle des parents et de l'entourage familial, social et culturel, qui encadrent le processus de l'adolescence et la construction de l'identité de l'adolescent.
- Le processus d'émancipation et d'autonomisation de l'adolescent.

5.1. Le développement physique et psychique

Le mot « adolescence » trouve sa racine étymologique dans le terme *adulescere*, qui signifie en latin « grandir vers ». L'adolescence est le passage de l'enfance à l'âge adulte, il implique des transformations

sur le plan psychique et neurobiologique, mais également sur le plan physique, avec l'émergence de la puberté et l'éveil de la sexualité. Le jeune développe progressivement les compétences cognitives, affectives et relationnelles nécessaires pour s'autonomiser et devenir un adulte à son tour.

La puberté débute vers l'âge de 9-13 ans et s'enclenche avec l'activation de l'axe hypothalamique-pituitaire-gonadal, un axe neuro-endocrinien qui a son origine dans le cerveau et qui agit par le moyen d'hormones et modifie les organes sexuels (Sawzer, 2018). Cette métamorphose physique a inévitablement un impact sur le psychisme de l'adolescent et provoque un vécu émotionnel intense. Sous l'impulsion de l'activation des hormones sexuelles, le corps se transforme en prenant progressivement les formes d'un adulte. La musculature et la pilosité se développent davantage chez le garçon, la tonalité de sa voix baisse, alors que les seins et les hanches prennent forme chez la fille. La maturation des organes sexuels, avec les premières menstruations pour cette dernière et la production de sperme pour le garçon, ouvre la voie à la possibilité de procréer.

En même temps, le cerveau se développe davantage et subit un intense remaniement des réseaux neuronaux. Sous l'impulsion des hormones sexuelles, l'adolescent connaît l'éveil de nouveaux désirs et intérêts. Il assiste à la transformation de son corps, avec étonnement, curiosité et parfois inquiétude. Il change aussi dans ses rapports avec sa famille, ses amis et son groupe de pairs, ainsi qu'avec la société, tout en se posant des questions existentielles sur son devenir et la réalisation de soi. Entamer des études, songer à une profession, se lier affectivement et entrer dans une relation intime, sentir un éventuel désir de fonder une famille, investir des loisirs...

Le vécu de cette période est riche et intense, mais parfois déboussolant pour le jeune qui rencontre des difficultés à comprendre ce qu'il lui arrive. Il vit des émotions fortes, qui peuvent dépasser ses capacités à les identifier, à les verbaliser et à les partager, mais aussi à les penser (Corcos, 2006). Des études récentes (Giedd, 2015) montrent que certaines parties du cerveau mûrissent plus rapidement que d'autres, provoquant un certain déséquilibre. Le système limbique par exemple, qui est central pour la gestion des émotions,

intensifie son activité entre 10 et 12 ans pour arriver à maturation dans les années qui suivent. En revanche, le cortex préfrontal, qui a la fonction de contrôler les actions impulsives et qui permet de coordonner des tâches, ne parvient à maturité qu'une décennie plus tard. La métaphore pour illustrer ce phénomène serait celle d'un bateau qui possède une très grande voile (les émotions) et donc la possibilité de naviguer à pleine vitesse, mais avec un timonier débutant qui ne sait pas encore bien manier ce bateau.

L'adolescent a besoin d'un interlocuteur solide pour l'aider à traverser cette période. L'adulte, faisant face à un vent de contestations et de controverses, se voit soudainement confronté à un jeune dont le vécu débordant se décharge par des actes – souvent créatifs et pleins d'humour, parfois abrupts et crus. Ces actes peuvent se teinter de malaise, d'irritabilité ou d'agressivité, comme en témoigne le cas du jeune Musa relaté au chapitre 3 de notre livre. Les manifestations de l'adolescence sont variées et peuvent aussi prendre la forme de conduites à risque, de scarifications, voire de gestes suicidaires ou d'expressions psychosomatiques, comme des maux de tête ou de ventre. Dans d'autres cas, la réaction face aux changements est l'isolement et le repli, à l'instar de Medhi, présenté en début de ce chapitre, qui se protégeait caché au fond de son lit.

5.2. Le développement identitaire

On l'aura compris, l'identité n'est pas un acquis stable, mais un processus dynamique de l'enfance à l'âge adulte. C'est à l'adolescence qu'elle subit néanmoins des transformations particulièrement importantes puisque, face à tous ces changements physiques et psychiques, les acquis identitaires plus stables jusque-là vont se mettre en mouvement.

L'identité est un concept difficile à appréhender et il en existe de nombreuses définitions. Nous nous inspirons de celle des psychanalystes León et Rebecca Grinberg: « La capacité de l'individu à se sentir soi-même à travers la succession de changements [...]. Cela implique de maintenir une stabilité à travers les circonstances défavorables et les transformations et changements de la vie [...]. Des

événements comme la migration peuvent se transformer en facteurs qui menacent le sentiment d'identité » (Grinberg, 1984, p. 161). En reprenant leur réflexion, ce sentiment d'être « soi-même » dépendra de trois niveaux d'intégration : spatial, temporel et social.

L'intégration spatiale consiste à avoir un schéma corporel clair et à intégrer le fait que malgré les changements physiques, l'individu continue à être « lui-même », comme l'illustre par exemple le fait que nous nous reconnaissons sur une photo d'un groupe d'enfants. Ce niveau d'intégration physique nous garantit de pouvoir faire la distinction entre ce qui est « moi » et ce qui n'est « pas moi ». Si l'individu ne parvient plus à intégrer harmonieusement les changements physiques qui surviennent rapidement durant l'adolescence, ce sentiment de soi est mis à mal. L'adolescent peut perdre l'harmonie de ses mouvements, donnant parfois l'impression d'être maladroit dans sa gestuelle ou ses interactions avec l'environnement.

L'intégration temporelle consiste à percevoir une continuité durant la vie. Même si l'individu change, il pourra éprouver une cohérence dans tous ces changements et construire un récit cohérent et sensé de sa trajectoire existentielle, en s'appuyant sur ses capacités à s'observer, se percevoir, se sentir et se penser. Le jeune en développement subit dans ce registre également des changements qui dépassent ses capacités de pouvoir les intégrer harmonieusement, ce qui peut susciter des moments d'étrangeté et générer de fortes angoisses.

L'intégration sociale passe par l'interaction avec le monde environnant : les relations avec les parents, la famille élargie, les amis, la société et les cultures qui les enveloppent. Cette intégration, qui s'appuie sur les liens de filiation et d'appartenance, nécessite que l'individu puisse compter sur une stabilité bienveillante suffisante de ceux qui l'entourent. Autrement dit, si l'individu se perçoit comme quelqu'un de sympathique et d'intelligent, et si ses parents le confirment dans cette perception, l'adolescent renforcera son estime de soi et sa confiance en lui, en autrui et dans le monde. *A contrario*, ou en cas d'absence de figures parentales bienveillantes, l'adolescent manquera d'assises identitaires solides, il aura tendance à s'opposer au monde des adultes et risquera d'intégrer de manière durable une mauvaise estime de soi et un manque de confiance.

Durant l'adolescence, dans des circonstances normales, le jeune est accompagné par la famille, mais aussi par tous les rituels familiaux et socioculturels qui encadrent ce processus de maturation (Lachal, 2002). Pour les jeunes migrants non accompagnés, les défis identitaires auxquels ils sont confrontés sont extrêmes. Les trois niveaux d'intégration sont sous tension suite aux changements physiques liés à la puberté et au parcours migratoire, parsemé de pertes et parfois de traumatismes. S'y ajoutent les différences culturelles et linguistiques, ainsi qu'un environnement qui ne leur renvoie pas toujours une image rassurante et valorisante, ni un sentiment de légitimité à être là. Comprendre qu'il puisse être expulsé alors qu'il souffre et qu'il a dû fuir son pays dans un contexte dramatique est une tâche impossible. Cela peut se traduire pour lui par « je ne mérite pas d'être aimé », ou pire « je ne mérite pas d'exister ».

C'est bien ce que le jeune Musa a laissé transparaître lors d'un moment de grand désarroi :

« Il est en attente de savoir si sa demande d'asile va être acceptée ou non. Il se sent terriblement mal et éprouve un sentiment de vide à l'intérieur de lui, une boule à l'estomac et une sensation bizarre qu'il n'arrive pas à décrire. Débordé par ce vécu déroutant, se sentant très seul, il se retourne contre les éducateurs et se montre irritable, colérique, et quand il ne reçoit pas ce qu'il souhaite, il l'interprète comme la preuve qu'ils ne l'aiment pas ou pire, qu'ils sont racistes. Il a besoin de se sentir enveloppé, soutenu et accueilli, mais dans ce moment de menace d'expulsion, Musa – qui a perdu ses parents – vit “La Suisse” comme une mère d'adoption... qui en fin de compte ne veut pas de lui ! Les éducateurs, représentants de cette Suisse, deviennent à leur tour des écrans de projection à la colère, qui masque la profonde tristesse de ce jeune qui se sent refusé et en manque d'amour. »

5.3. L'émancipation

Les liens de filiation et d'appartenance culturelle s'entretiennent dans le psychisme de l'enfant dès sa naissance. À mesure qu'il grandit, le processus d'émancipation implique une forme de séparation d'avec les parents et met l'adolescent en tension, ce qui peut générer des angoisses. Il n'est pas étonnant de constater alors que le jeune soit attiré par le désir de devenir indépendant et de vivre sans ses

parents, tout en cherchant en même temps à être proche d'eux, avec la sécurité et le confort qu'ils lui offrent.

Plus le lien aux parents est solide, plus la séparation est vécue de manière harmonieuse et non comme une rupture violente. *A contrario*, s'il est fragile, la séparation peut être vécue comme destructrice, avec la crainte d'une rupture du lien de filiation. Les rituels sociaux et les rites de passage qui entourent ce processus d'émancipation sont des éléments facilitateurs (Ahovi, 2010). Dans certaines cultures, ils sont définis de manière précise et aident les jeunes, les parents et la communauté à accueillir ce changement, à l'encadrer et à canaliser les émotions associées. En effet, les angoisses et d'autres sentiments inconfortables, comme la culpabilité ou l'agressivité qui procurent l'énergie nécessaire pour se séparer, peuvent être alors symbolisés, pensés et perdent leur coloration menaçante. Rappelons ici que dans certaines cultures, il n'y a pas de séparation physique, car le jeune devenu adulte reste dans la famille ou le clan, tout en assumant les responsabilités d'un adulte, mais d'un adulte toujours entouré.

Ce processus devient bien sûr plus complexe quand le jeune n'est « enveloppé » ni par ses parents, ni par sa culture d'origine. Il se trouve dans un environnement culturel inconnu, entouré par des professionnels et adultes avec lesquels il ne partage pas un passé, ni des référentiels culturels communs. L'enveloppe culturelle, qui fonctionne comme un cadre et qui permet d'atténuer les douleurs induites par la séparation, manque cruellement, avec comme conséquence un processus d'émancipation plus déstabilisant (Sanchis, 2011). Ce processus est alors souvent vécu comme une rupture, une séparation irréparable du jeune avec les personnes qui l'entourent, mais aussi avec ses liens culturels. Cette rupture infligera une blessure – narcissique – au jeune en pleine construction identitaire et il pourra s'en défendre par des actes, par des mouvements caractériels ou par des attaques contre les liens existants.

C'est lors de ce type de difficultés que les psychiatres et psychologues sont fréquemment appelés, en raison d'une grande détresse qui peut culminer dans un geste suicidaire, auquel l'entourage assiste avec un sentiment d'incompréhension et d'impuissance.

Ces observations nous amènent au sujet suivant, le deuil et son inscription dans la culture, la migration et l'adolescence.

Chapitre 6

Le processus de deuil

6.1. Le deuil n'est pas une pathologie

Le deuil est un processus psychique normal, qui survient à la suite de la perte d'un être cher, d'un objet de valeur symbolique, d'un environnement ou d'une idée qui a été fortement investie. Sigmund Freud, dans *Deuil et mélancolie*, constatait : « Le deuil est la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. Il est très remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin, bien qu'il s'écarte sérieusement du comportement normal. Nous comptons bien qu'il sera surmonté après un certain laps de temps, et nous considérons qu'il serait inapproprié, voire nocif, de le perturber » (Freud, 1988, d'après Hanus, 1998, p. 97).

Marcel Hanus, psychiatre et psychanalyste français spécialiste des questions du deuil, précise dans son ouvrage de référence : « Le deuil dépasse très largement la mort. Il est de toute façon déterminé par la séparation lorsqu'elle s'accompagne d'une perte même si l'objet perdu n'est pas mort [...]. Toute perte doit être reconnue, peu à peu acceptée et suivie de modifications internes qui permettent de nouveaux investissements [...]. Le terme "être en deuil" est encore réservé à ceux dont un proche vient de mourir, mais l'expression "faire son deuil" a tendance à se banaliser de plus en plus pour

désigner les différentes renonciations qui émaillent nécessairement le cours de toute existence » (Hanus, 1998, p. 22).

Le travail de deuil commence quand la personne accepte la réalité de la perte, quand elle admet que ce qui a été perdu ne reviendra plus jamais. En effet, tant qu'il y a espoir de retrouvailles, il n'y a pas de deuil. Une fois la réalité de la perte reconnue, le psychisme entame le processus de deuil. Celui-ci consiste à désinvestir le lien qui rattachait l'individu à ce qui a été perdu et à le réinvestir sur un nouveau mode, dans un registre symbolique, au moyen de souvenirs, ou d'objets et d'activités qui le lui rappellent (Kernberg, 2011).

Dans *Au bonheur des morts*, la philosophe Vinciane Despret raconte avec tendresse et rigueur comment les liens avec ce qui a été perdu prennent des formes originales, créatives et très personnelles (Despret, 2015). Ces formes accompagnent l'endeuillé, le soulagent et lui procurent du sens. Elles l'aident à continuer à vivre malgré l'absence de celui qui était cher et qui n'est plus. Le défunt est présent pour l'endeuillé, qui porte la montre lui ayant appartenu, qui cuisine un plat appris de lui, ou qui poursuit l'œuvre inachevée de sa vie. Selon Despret, il n'y a pas seulement les vivants qui « font des choses » avec les morts, mais aussi les morts « qui font des choses » avec les vivants. Le lien avec l'être aimé perdure ainsi au-delà de sa disparition.

6.2. Les deuils dans la vie : pertes concrètes, pertes symboliques

La perte la plus radicale et dramatique est la mort d'un être cher. Elle l'est par la perte irréversible de sa présence et par tout ce que cette personne représentait. Le défunt peut être le compagnon ou la compagne de vie avec qui le partage du quotidien donnait un sens à l'existence ou qui protégeait de la solitude. Il peut être la mère ou le père qui procurait un sentiment de sécurité et de compréhension, voire l'illusion de notre propre immortalité (tant qu'ils vivent, pourquoi penser à la mort ?), l'amie ou l'ami à qui se confier et qui encourageait. Il y a d'autres formes de pertes pénibles, qui se soldent par une rupture de lien et déclenchent des deuils, comme les séparations, les divorces ou les conflits avec des proches.

Les pertes peuvent être en lien avec le corps et ce qu'il représente pour l'individu. Une maladie ou un accident qui laisse des séquelles, le fait de vieillir et de ne plus avoir la force d'antan. Ces événements mettent en question l'idéal de soi et nécessitent un travail de renonciation, l'acceptation d'un soi réel « déficitaire ». Ils exigent l'intégration de nouvelles limites et la recherche de nouvelles manières pour s'épanouir. La puberté et l'adolescence engagent un processus semblable, quand le corps change de façon irréversible. Même si le jeune gagne en force, en endurance et en maîtrise, cela passe d'abord par une perte de contrôle sur ce corps qui se transforme à grande vitesse, et pas toujours de la manière souhaitée.

Lors d'une migration, les jeunes sont confrontés à la perte de leur foyer, avec lequel disparaissent les objets chargés de souvenirs, comme les photos et les objets familiaux qui rappellent les fêtes et les réunions, et sont des supports pour évoquer le bien-être, la stabilité et la sécurité. Le jeune Musa exprime très clairement ce désarroi : privé de photos ou d'objets familiaux, il est envahi par la peur d'oublier le visage de ses parents. Gebremedhin, vivant la même situation, a mobilisé sa mémoire autrement :

« Il se rappelle du parfum du feu de bois qui embaumait la pièce dans laquelle dormait toute la famille en Éthiopie. C'était la pièce principale, la cuisine et le dortoir. Sa mère se réveillait tôt le matin pour préparer le petit déjeuner, et ce parfum réveillait petit à petit les autres membres de la famille. Ce souvenir d'enfance l'accompagne encore maintenant, l'enveloppe et le rassure, alors que sa maison n'existe plus. »

Parmi les pertes symboliques, il y a celle des idées investies, de la foi ou des idéaux d'ordre politique ou social. Le récit que fait Nazenin, une jeune Kurde qui a perdu sa foi, m'a profondément interpellé :

« Elle a grandi dans une famille musulmane, croyante et pratiquante. Mais après avoir vu sa famille mourir sous les bombes et avoir subi de multiples viols par des hommes de sa propre culture et religion, elle a senti un jour qu'elle ne croyait plus en son Dieu... Une grande solitude s'est installée en elle. Elle me dit : "Comment puis-je croire en un Dieu bienveillant après tout ce qui m'est arrivé ?" À cause de ces vécus traumatiques, elle a perdu bien plus que la foi ; elle a perdu la confiance en elle, dans les autres et dans le monde. »

D'autres exemples de perte sont le passage à la retraite, qui entraîne des modifications du statut et des liens sociaux, ou encore des événements apparemment heureux, comme un mariage ou la naissance d'un enfant, qui impliquent que l'individu ne peut plus se penser seul ou à deux. Il doit désormais tenir compte d'autres personnes et peut éprouver un sentiment de perte de liberté ou d'insouciance.

6.3. Les phases du deuil

Bien qu'il n'y ait pas une seule manière de faire un deuil, la plupart des spécialistes, comme les psychiatres Elisabeth Kübler-Ross, Michel Hanus et John Bowlby, s'accordent sur le fait qu'il y a des étapes récurrentes dans la plupart des deuils (Kübler-Ross, 2009 ; Hanus, 1998 ; Bowlby, 2002). Les formes d'expression varient selon les individus et leur ancrage socioculturel.

L'étape initiale : choc, déni, colère et marchandage

La première réaction face à la perte d'un être cher est caractérisée par le choc émotionnel. Il s'accompagne d'une sorte d'état dissociatif, qui est une première tentative pour s'en protéger. La personne se sent hors du monde, comme si toutes les perceptions étaient amorties, malgré la douleur. Cet état peut s'accompagner d'autres réactions défensives, comme le déni ou le marchandage quant à la réalité de la perte.

Dans le déni, la personne vit comme si rien ne s'était passé, comme si elle avait oublié l'annonce de la mauvaise nouvelle. Une forme atténuée de déni est la dénégation. La personne est en partie consciente de la perte, mais se montre incrédule : « Ce n'est pas possible, il y a une erreur, on se trompe de personne... » Ces défenses protègent l'individu et lui permettent de faire face progressivement à la perte. La colère peut aussi avoir cette fonction protectrice en favorisant la décharge du « trop-plein émotionnel ». La perte commence à être reconnue, mais elle est encore trop pénible. La colère protège ainsi la personne de se confronter à ses propres affects et/ou ses conflits

intrapyschiques: la tristesse, la culpabilité, la frustration, la peur ou l'angoisse face à l'inconnu, le sentiment d'avoir été abandonné.

Dans le cas de pertes liées aux séparations d'un environnement familial, d'un habitat, d'un travail, d'un statut social ou économique, le processus de deuil se passera différemment, car il n'est encadré ni par des rituels, ni par la communauté, comme c'est le cas lors du décès d'un être cher. L'état dissociatif ou le déni peuvent perdurer plus longtemps puisque la personne garde un espoir de retrouver ce qu'il a perdu. On observe les mêmes phénomènes en cas de disparition de personnes dont le corps n'a pas été retrouvé.

Enfin, le marchandage est une tentative pour récupérer un certain contrôle sur ce qui est parti et prend différentes formes. Par exemple, dans le cas de séparation conjugale: « Si je deviens plus gentil, elle reviendra vers moi », ou dans le cas de l'annonce d'une maladie mortelle: « Si j'arrête de fumer, je pourrai guérir du cancer. »

Le temps et la présence de proches aident à réaliser ce qui est arrivé, tant sur le plan cognitif qu'affectif. L'endeuillé sortira progressivement de cet état pour « passer » à l'étape suivante. Cela ne se passe pas de manière linéaire, mais avec des allers-retours entre les différentes étapes.

La phase de la réalisation émotionnelle de la perte: tristesse et recueillement

Durant cette phase, il s'agit de transformer le lien avec ce qui a été perdu, pour pouvoir l'investir autrement. Pour ce faire, l'individu va se remémorer progressivement les passages significatifs de ce qui a été vécu avec le défunt ou avec ce qui a été perdu, et se confronter à la réalité de la perte. Il doit en quelque sorte arriver au constat que « ces moments que j'ai vécus, je ne les revivrai plus jamais ». Chaque remémoration est marquée par un moment de tristesse, de chagrin ravivé par le constat de la perte, avec une coloration dépressive. En même temps, ce travail de remémoration permet à l'endeuillé de penser à soi et de mettre en perspective son parcours de vie. Dans les cas de deuils liés à la migration, les souvenirs jouent un rôle

tout particulier, comme le décrit le sociologue Marc Breviglieri en s'appuyant sur le travail de Paul Ricœur, La mémoire, l'histoire, l'oubli :

« Malgré la distance, mais non sans rapport avec elle, [les souvenirs] font vibrer des points d'adhérence, des lieux d'ancrage, des formes d'attachement sur un fond d'investissement affectif et obligations maintenues. C'est notamment le souvenir qui donne à sentir ces vibrations, principalement lorsqu'il appréhende le passé sous la forme d'un itinéraire retraçant la succession des grandes escales de la migration. Par son travail même, et à travers ses modulations, entre mémoire heureuse et mémoire blessée, la mémoire imprime du sens, explique et comprend l'histoire personnelle et collective » (Breviglieri, 2010, p. 58).

Le travail de deuil mène ainsi simultanément à un travail de désinvestissement du lien dans le réel – « plus jamais je ne revivrai cela » –, et à un travail d'investissement et de mémoire. Celui-ci aide à se relier avec le défunt ou avec ce qui a été perdu de manière différente et à donner du sens à ce qui a été vécu. Dans cette phase de douleur intense et aiguë, l'endeuillé fait souvent face à la question : « Comment puis-je survivre à cette perte ? », et il n'est pas rare que des idées de rejoindre le défunt surgissent, indiquant la gravité de l'atteinte psychique. Ces manifestations symptomatiques peuvent impressionner et inquiéter, rappelant celles qu'on trouve chez les personnes en dépression. Pourtant, ces états ne sont pas des états dépressifs, et seule une minorité de personnes présenteront un risque suicidaire augmenté dans les cas de veuvage et de séparation de couple.

Dans cette étape de deuil, les funérailles jouent un rôle important : elles représentent à la fois un moment intime pour l'endeuillé, sa famille et les proches, et un moment communautaire auquel des personnes plus éloignées participent et montrent leur soutien. Dans des cultures où l'appartenance collective est très ancrée, les tribus ou clans se mobilisent de manière très démonstrative pour manifester ce soutien et de la solidarité, mais aussi pour préserver l'unité et l'honneur du clan, notamment quand la famille du défunt n'a pas les moyens pour payer les funérailles. Cette enveloppe, constituée

des proches et de la communauté, aide l'endeuillé à supporter et à endiguer la douleur, pour progressivement la dépasser. Certes, le psychisme se met en mouvement de manière spontanée et autonome, mais l'environnement encadre l'individu et établit les règles qui accompagnent ce processus.

Au vu de ce qui précède, on comprend que ce travail de deuil se fait progressivement et nécessite un temps parfois long, en fonction de l'investissement de ce qui a été perdu et de la durée de la relation : il y a des deuils, comme la perte d'un enfant, qui pourront ne jamais se terminer.

L'étape finale : adaptation à la perte et réinvestissement de la vie

Dans cette dernière phase, la personne trouve un nouvel équilibre. Alors que l'épaisseur de l'enveloppe sociale et culturelle autour de l'endeuillé diminue tout au long du processus de deuil, l'individu confronté à la perte trouve ses propres moyens pour s'adapter à la nouvelle réalité. Pour les uns, cela passe par un lent désinvestissement de ce qui a été perdu, jusqu'à l'oubli, tandis que pour d'autres, l'objet perdu se voit accorder une place importante, soit dans les pensées, soit dans l'environnement, ou encore dans les prières ou les conversations.

Par exemple, en Islande, il est courant de recourir à des médiums pour établir un contact avec la personne décédée (Pons, 2011). Les us de certaines ethnies de l'Afrique illustrent également cette porosité entre le monde des vivants et le monde des morts : lors de la naissance d'un enfant suite au décès d'un frère ou d'une sœur qui le précédait, le nouveau-né est considéré comme l'enfant décédé qui revient sur terre, et qui a donc connu l'au-delà. La mort n'est pas la dernière étape d'une vie, mais une étape dans un éternel naître-mourir-renâître.

Au regard de cette diversité des « solutions » face à la mort, individuelles et collectives, le jeune endeuillé devrait pouvoir compter sur un interlocuteur – un professionnel – nuancé et ouvert, qui sait que seule la singularité du vécu est universelle et qu'il s'agit de ne pas interférer dans ce processus, mais de proposer une présence bienveillante. Cette présence, apparemment simple, est exigeante, car le

deuil d'autrui nous affecte. Le professionnel peut se sentir débordé ou envahi par un sentiment d'impuissance, susceptible de l'amener à vouloir apaiser la souffrance (la sienne et celle de l'endeuillé) par des réassurances précoces : « tout ira bien » ou même des traitements psychiatriques : « un antidépresseur pourra vous aider à être moins triste ». L'endeuillé ne se sent alors plus compris, il est littéralement aliéné, parce que le lien, remède dans le deuil, se dilue.

6.4. Deuils et migration

La migration a ses propres deuils. Nous proposons de différencier deux types de deuils : le deuil de ce qui est laissé au pays d'origine, et le deuil des rêves et des attentes qui ont motivé ou accompagné la migration.

Ce qui est laissé au pays d'origine et durant le parcours migratoire

Les migrants évoquent le plus souvent la perte de la famille, des amis, de la culture et de tout ce qui les englobait et qui constituait leur manière d'être dans le monde : la familiarité du quotidien, les lieux habituels, la cuisine et ses parfums, la musique, ou encore les fêtes traditionnelles. Parmi les pertes évoquées, celle aussi de la position dans la société, particulièrement si l'individu avait un travail ou vivait de manière aisée. Afin de pallier ces pertes, les migrants essayent de reproduire et d'intégrer certains éléments de leur culture dans leur nouveau quotidien, ou de se réunir régulièrement avec d'autres personnes appartenant à leur communauté d'origine. Ces efforts les aident à avancer dans leurs deuils. Une personne venue de la Syrie a dit un jour : « Je cuisine de bons plats de mon pays... de ma ville... de mon quartier... qui n'est plus là. Cuisiner et offrir ce repas est une manière de donner ce qui me reste et de faire revivre mon pays. »

La perte de la place ou du rôle que la personne occupait dans la famille est moins souvent évoquée de manière explicite et peut passer inaperçue. Par exemple, les pères de famille jouaient un rôle précis dans leur pays d'origine, en travaillant et en assurant un salaire au foyer. La perte de ce rôle et de la légitimité qui lui était

associée les affecte profondément, particulièrement dans les cultures où cet aspect conditionne leur valeur auprès des autres membres de leur communauté. Ayant souvent vécu un rapport affectif moins engagé auprès des enfants comparé à leur épouse, ils se sentent inutiles dans le pays d'accueil, et la honte, la culpabilité ou la colère s'associent alors à la tristesse, compliquant le processus de deuil.

Nous observons des phénomènes similaires chez les jeunes hommes, pour lesquels la perte de leur rôle de fils aîné complexifie le processus de deuil : alors qu'ils avaient une place bien définie dans leur famille, ils doivent migrer, investis d'espoir et d'argent. Si leur migration échoue, ils éprouvent couramment les sentiments précités – honte, culpabilité et colère –, pour n'avoir pas réalisé les rêves de leur famille.

Attentes, espoirs et rêves déçus associés à la migration

Les migrants ont des attentes et des rêves tournés vers le pays d'accueil. Parfois, ces attentes sont démesurées et le pays d'accueil idéalisé. La plupart des migrants espèrent pourtant trouver seulement une vie plus « tranquille », stable et sûre, qui laisse la place à un futur meilleur. La confrontation avec les difficultés administratives et les barrières linguistiques et juridiques qui bloquent l'intégration engendre souvent une forte déception. Le rêve d'une vie plus tranquille semble alors s'éloigner, car la tranquillité nécessite un ancrage social, qui se réalise par la possibilité de gagner sa vie, d'acquérir des biens pour soi-même et ses proches, de se sentir utile et en sécurité.

Certains requérants d'asile occupaient des fonctions importantes dans leur pays, où ils ont bénéficié d'une bonne éducation et d'une vie riche et pleine. La confrontation à des professionnels qui les accueillent, mais qui ne portent pas ou peu d'attention à ce qu'ils ont été avant d'être devenus des requérants d'asile, est particulièrement pénible pour eux.

Pour les jeunes requérants d'asile, ce ne sont pas cette perte de statut ou la non-reconnaissance de leurs capacités et compétences qui sont mises à mal, mais bien plutôt leur rêve qui s'est brisé : celui de pouvoir suivre une formation, de faire des études ou d'exercer

un travail qui leur permettrait d'aider leur famille ou de la faire venir dans le pays d'accueil. Ces rêves n'ont souvent pas « pris en considération » les difficultés qu'entraîne l'apprentissage d'une autre langue. Pour ce faire, il faut se sentir encouragés et entourés par des proches, pouvoir se concentrer, alors que leurs pensées sont très souvent absorbées par des deuils subis ou par l'inquiétude quant à leur situation administrative.

Enfin, les professionnels peuvent observer une inadéquation entre les désirs et la réalité chez certains jeunes très motivés. Il faudra trouver un équilibre entre leur proposer des projets qui tiennent compte des éléments de la réalité, avec le risque de détruire une dernière illusion, et préserver ce rêve porteur d'un espoir vital. Rappelons cependant qu'il est très surprenant et rassurant de constater avec quelle rapidité certains jeunes apprennent le français, étudient puis travaillent, en complète adéquation avec le système du pays d'accueil.

6.5. Deuil, culture, migration et adolescence

L'importance des rituels – l'importance des funérailles

Les rites sont des actes sociaux qui visent à resserrer les liens entre les individus, souvent pour faire face à des événements inquiétants qui risqueraient de les dépasser ou de dissoudre la cohésion du groupe. Ils sont pratiqués lorsque ces événements de grande intensité émotionnelle doivent être gérés au-delà des individus. Les mots font défaut pour dire ce qui est arrivé et les rites aideront à apaiser les souffrances.

Parmi ces événements de vie, il y a la mort, et surtout la mort d'un être cher. Les funérailles sont une opportunité de rencontre, de resserrment des liens et de validation de l'appartenance à une communauté, qui pourra contenir ce qui menace de dépasser l'individu. Comme décrit Murielle Gilbert, psychologue d'orientation psychanalytique, là où la mort sépare, les rites rapprochent, un acte plein de symbolique (Gilbert, 2006). Les funérailles sont aussi l'occasion de se confronter au cadavre, de réaliser pleinement que

l'être aimé est mort et d'entamer le processus de deuil, comme nous l'évoquions plus haut. Pascal Millet décrit, en s'appuyant sur les travaux d'Arnold Van Gennep (1909), que « le travail de mémoire [...] du [défunt] [...], le travail d'intégration, permet la poursuite de la société grâce à une place rituellement donnée au défunt dans cette société. Faute de cette intégration, le mort ne sera pas à sa place et pourra hanter les vivants » (Millet, 2006, p. 56).

Les funérailles ont donc un sens pour l'endeuillé et pour la communauté. Selon les cultures, les rites varient, de même que les manifestations qui les accompagnent :

« Une jeune patiente d'origine iraquienne, de confession chiite, m'explique les rituels de deuil de son pays, où les membres de la famille doivent montrer leur désarroi de manière très démonstrative. Faute de quoi leur attitude pourrait être interprétée comme un manque d'affection envers le défunt, et donc comme un affront à la famille. À l'opposé, un jeune Kosovar m'explique que chez lui, il ne faut surtout pas pleurer, car cela empêcherait le défunt d'aller au paradis. Malgré ces grandes différences, leurs récits témoignent de l'imprégnation des rites sur ces jeunes. »

Les jeunes migrants non accompagnés sont malheureusement souvent confrontés à la perte d'êtres chers, décédés dans leur pays d'origine, lors de la migration, ou durant leur séjour dans le pays d'accueil. Dans tous ces cas, ils ne peuvent pas s'appuyer sur les rites funéraires, soit parce qu'ils sont loin du lieu des funérailles, soit par l'absence du corps, disparu ou noyé dans la traversée de la mer. L'absence de sépulture empêche les endeuillés de se confronter à la matérialité du cadavre et de « réaliser » la mort du proche, mais aussi de revoir le défunt une dernière fois, tout en bénéficiant du soutien de leur communauté.

Dans une perspective plus encourageante, Marc Breviglieri parle du « récit comme sépulture », une sorte de compromis pour pouvoir enterrer ses morts et commencer le processus de deuil, même si le corps est porté disparu (Breviglieri, 2010). Il décrit le deuil d'une mère qui a perdu son fils, noyé dans la Méditerranée. Elle avait reçu des bribes d'informations concernant son parcours par des amis qui l'avaient côtoyé durant le périple migratoire. Elle s'est construit un

récit dans lequel son fils était en train de sauver d'autres personnes quand leur bateau a chaviré, avant de se noyer et de disparaître dans la mer. Ce récit accompagne cette mère, il est devenu la sépulture imaginaire où repose son fils.

L'adolescent migrant en deuil, loin de son entourage, loin de sa culture

Nous terminons ce chapitre avec les propos de Bashir, un adolescent somalien endeuillé, qui condense la complexité de ce travail de deuil, loin de son entourage et de sa culture :

« Un jour, lors d'une séance de psychothérapie, il me dit qu'il ne comprend pas la société "d'ici". Il est surpris par le comportement des gens et ne comprend pas non plus ce qu'"être adolescent" veut dire. "Chez lui", l'adolescence n'existe pas... En tout cas pas pour une durée si longue. À 15 ans, il faut travailler et commencer à penser à se marier, tout en restant avec ses parents et le reste de la famille et de la tribu. Il poursuit : "En plus, on me demande d'exprimer mes émotions et de parler de la mort de mon père... cela ne se fait pas avec des inconnus, mais avec la famille, et encore ! Parler des émotions... quelle honte ! Un homme doit toujours rester fort et ne surtout pas pleurer..." En même temps qu'il me dit cela, ses yeux s'embuent. Je le remercie pour son explication, qui me permet de mieux le comprendre. Et je lui raconte que chez moi, les hommes pleurent dans certaines situations, tout en restant forts. Je conclus en disant que dans tous les cas, je le trouve très brave d'avoir pu faire tout ce parcours et de me parler ainsi face à face, d'homme à homme. »

Chapitre 7

Du deuil à la pathologie

7.1. Deuil et tristesse : des vécus fondamentaux pour l'être humain

La perte révèle souvent l'importance de ce qui vient d'être perdu et le lien qui l'unissait à l'endeuillé. Imaginons la situation d'une personne qui vient de perdre un être aimé. Cette relation amoureuse a été vécue pleinement, et toutes les expériences partagées ont été intégrées progressivement dans son psychisme. Elle garde une sorte de « bibliothèque » de souvenirs affectifs, où sont stockés les bons comme les mauvais moments, un corpus complet et détaillé de la relation avec la personne disparue. Dans ce cas, celle-ci était aimée pour ses qualités, le lien était riche, sécurisant et solide, incluant des moments de tension ou de conflit. Enfin, la personne endeuillée n'était pas dépendante de l'autre et si la perte a généré une grande tristesse, elle peut s'appuyer sur tout le vécu partagé et sur ses capacités d'existence autonome. Ce bon souvenir lui permet de réinvestir la vie en intensifiant d'autres liens existants et en tissant de nouvelles relations.

À l'opposé de ce que nous venons de décrire très schématiquement, imaginons que la personne endeuillée était dépendante de l'autre aux niveaux affectif et pratique. Dans ce cas, la perte révèle une faille dans son autonomie psychique et provoque un mal-être qui redouble la perte elle-même. Elle cherchera désespérément un

nouveau lien pour combler le vide ressenti. La dépendance affective induit en effet une grande fragilité, poussant l'endeuillé à tisser avidement de nouveaux liens, au risque d'être fortement déstabilisé s'il ne parvient pas à remplacer le lien perdu. Ces deux cas de figure illustrent combien les réactions à la perte peuvent être différentes.

Dans ce chapitre, nous développons trois questions essentielles : quels éléments conditionnent le processus du deuil ? De quelle manière la tristesse associée au deuil peut-elle s'exprimer ? Comment différencier un processus de deuil normal d'un état dépressif ou d'autres types de pathologie ?

7.2. Les déterminants du processus du deuil

Pour mieux l'accompagner, il est nécessaire de bien connaître ce qui détermine le deuil afin de réaliser une évaluation de la problématique et des ressources du jeune. La symptomatologie seule ne nous informe pas suffisamment si elle n'est pas articulée avec le contexte de vie de la personne, son fonctionnement psychique et son parcours de vie. Les déterminants du deuil sont les suivants :

- la personnalité de l'endeuillé ;
- la qualité du lien avec l'objet perdu ;
- l'âge de l'endeuillé ;
- l'évènement ayant provoqué la perte ;
- l'environnement de l'endeuillé.

La personnalité de l'endeuillé

Les principaux éléments qui déterminent la personnalité sont : avoir vécu une enfance stable ou malmenée, saine ou marquée par des maladies graves, avec des parents présents, souffrants ou absents, dans un environnement familial et social aimant, indifférent ou maltraitant. En fonction de ses différentes expériences, l'individu construit et intègre dans son psychisme des représentations du lien

qui reflètent la qualité du vécu avec ses parents, sa fratrie, ses amis, la famille élargie ou encore des éducateurs et des enseignants. Plus les relations importantes sont stables, respectueuses et bienveillantes, plus l'enfant intègre le monde qui l'entoure comme ayant potentiellement les mêmes qualités et développe une confiance en soi, autrui et le monde.

À titre d'exemple, un enfant qui présente des difficultés d'apprentissage se sent une personne valable si, malgré ses difficultés, ses parents et son entourage l'aiment, le soutiennent et l'aident à supporter la frustration face à l'échec. Tandis qu'un enfant doué pour les études développe une faible estime de soi si ses parents lui répètent constamment qu'il peut faire mieux, qu'il est loin d'être « le meilleur », qu'il est un perdant en cas de défaite.

La vignette clinique suivante illustre comment le fonctionnement psychique – la personnalité – et le processus de deuil sont conditionnés par les liens primaires constitués durant la petite enfance avec les figures parentales, en nous appuyant sur les travaux des pédiatres et psychanalystes Donald Winnicott et René Spitz (Winnicott, 1960, 1975 ; Spitz, 1971). En effet, les bases de la personnalité se construisent durant cette période, même si elle continuera d'évoluer et de se modifier durant l'enfance et l'adolescence.

« La jeune Abibatou, originaire d'un pays du centre de l'Afrique et âgée de 22 ans, raconte à quel point la perte de ses parents à l'âge de 8 ans a été difficile pour elle, d'autant plus qu'elle était allée vivre chez son oncle, avec lequel elle n'avait pas une bonne relation. L'épouse de l'oncle l'a rapidement mise à l'écart, ce qui a détérioré encore davantage la situation. Un jour, n'en pouvant plus, Abibatou décide de partir, de quitter son oncle, son village, son pays... mais sans objectif précis, hormis celui de s'éloigner de ce qui lui fait si mal. Aujourd'hui, elle se retrouve en Suisse, égarée, sans projet, sans savoir que faire de sa vie... Heureusement, elle a une bonne capacité à tisser des liens, car elle a pu vivre quelques bonnes années avec ses parents jusqu'à leur mort et a pu intégrer ces bonnes expériences. Malgré le fait de les avoir perdus trop jeune, elle a pu se constituer une "bibliothèque" de souvenirs suffisamment bons : elle se rappelle, par exemple, que sa mère la prenait dans ses bras, et ce souvenir – même triste parce que sa mère n'est plus présente – l'accompagne et la fait se sentir moins seule. C'est aussi ce bon lien avec ses parents, intégré dans son psychisme, qui lui permet de tisser un lien de confiance avec les éducateurs du foyer et avec l'infirmière

qui la prend en charge. Elle s'appuie sur eux pour construire petit à petit un nouvel avenir. Mais "réveiller" les souvenirs et accéder à ce lien enfoui dans sa mémoire émotionnelle a pris du temps et a demandé beaucoup de patience et de travail de la part des professionnels et des personnes qui l'entourent. »

Si le rôle des parents est très important, l'enfant peut trouver des figures parentales « de remplacement ». En effet, les orphelins ou les enfants maltraités ou négligés par leurs parents peuvent tisser de bons liens avec d'autres membres de la famille – oncles, tantes, grands-parents, etc. – ou d'autres personnes de l'entourage – un enseignant soucieux de son élève ou un éducateur d'un foyer d'accueil. Ces figures parentales « de remplacement » sont bénéfiques si l'enfant se sent aimé et soutenu dans les moments de détresse, stimulé, encouragé et encadré dans les moments de bien-être, et renforcé dans son exploration et sa découverte de la vie. L'adulte pose aussi des limites à ses élans, ce qui lui donne des repères et lui permet d'apprendre à supporter la frustration et le protège des excès.

Le psychisme se développe tout au long de la vie au travers des rencontres avec autrui. L'adolescence est cependant une période cruciale, durant laquelle les difficultés du passé se rejouent. D'un point de vue thérapeutique, elle est également considérée comme une phase où le jeune, moyennant un soutien adéquat, a l'opportunité de se constituer un psychisme plus solide, plus résilient, et de devenir un adulte plus résistant. Cela est rendu possible si nous l'aidons – via des expériences nouvelles avec des figures bienveillantes – à intégrer des schémas relationnels plus sains, même lorsque son passé a été jalonné d'évènements difficiles ou marqué par des carences affectives. Rien n'est perdu d'avance ! Il y a néanmoins peu de doute que plus un jeune a accumulé des difficultés ou des carences affectives, plus l'adolescence sera un défi et mettra en mouvement les enjeux et les angoisses du passé. Il est donc très important de limiter au maximum la reproduction de « vécus d'abandon » et de pertes chez un jeune au passé chargé, pour ne pas répéter son histoire et le « confirmer » dans sa vision négative du monde. Nous pouvons donner quelques exemples de « vécus d'abandon » dans le

pays d'accueil : les expulsions des foyers éducatifs suite à des troubles du comportement, les changements de thérapeute ou les pertes des éducateurs référents lors du passage à la majorité... entre autres.

Enfin, les événements tragiques, comme les expériences violentes ou les traumatismes psychiques, vont jouer en défaveur du développement psychique adéquat. Les événements traumatiques peuvent avoir un impact extrême, même chez des personnes sans pathologie ou fragilité particulière, notamment quand il s'agit d'événements provoqués par d'autres personnes, comme l'emprisonnement, la torture, le viol, etc. Ces types d'événements vont avoir un impact particulièrement destructeur sur le sentiment de sécurité et la perception de la relation avec autrui et le monde. Les pertes traumatiques sont considérées comme une sorte de raz-de-marée qui emporte la « bibliothèque » des bons souvenirs soigneusement constitués. Le travail de reconstruction sera souvent long et difficile.

La qualité du lien avec ce qui a été perdu

Comme nous l'avons précisé plus haut, plus la relation est teintée de dépendance, plus la réaction psychique face à la perte risque d'être massive, débordante et vécue comme une situation irréparable. La perte devient celle d'une partie de soi, une attaque à l'intégrité psychique, voire physique : « C'est comme si on m'avait arraché le cœur. » Au contraire, plus l'investissement est mature et plus la personne se perçoit comme différenciée et autonome, plus elle aura les ressources pour faire face à la perte et surmonter le deuil en mobilisant de bons souvenirs.

L'âge de l'endeuillé

L'âge de l'endeuillé a un impact très important sur le déroulement du deuil. En effet, plus l'individu a pu se constituer psychiquement, plus il aura de moyens pour faire face au deuil. Par ailleurs, la signification de « ce qui a été perdu », et donc les conséquences de la perte, varie selon l'âge. Il en va de même pour la compréhension de ce que « la mort » signifie. Hélène Romano, psychologue clinicienne experte dans le domaine, explique que, dans les premières étapes du

développement de l'enfant, la mort est perçue comme une sorte de sommeil, donc un état réversible, et n'arrive qu'à des animaux ou des étrangers à la famille. Progressivement, l'enfant comprend que ses proches et lui-même peuvent également mourir. Il commence à l'envisager vers 5 ans, pour l'appréhender plus clairement à 9-10 ans et en affiner la perception pendant l'adolescence (Romano, 2007).

Durant les premières années de vie, la perte réelle des figures parentales peut avoir un impact dramatique, car les bébés sont dans un rapport de dépendance absolue aux adultes ; sans un lien de substitution, ils mourront. Le psychiatre et psychanalyste hongro-américain René Spitz (Spitz, 1971) a détaillé ce phénomène, qu'il a nommé « hospitalisme », après avoir visité des orphelinats pendant et après la Seconde Guerre mondiale. Les bébés et enfants en bas âge y étaient entreposés dans des lits et nourris, sans aucun lien affectif et sans contact stable avec une personne adulte. Dans cet état d'abandon, les bébés souffraient de dépression – « dépression anaclitique » – qui les amenait à arrêter de se nourrir ou à tomber malade, avec comme conséquence fréquente leur décès. À l'inverse, si les figures parentales sont toujours présentes, cette dépendance extrême permet à l'enfant d'être moins sensible aux pertes matérielles ou environnementales, car les parents le protègent des conséquences, s'ils sont suffisamment sains psychologiquement. Un film illustre sous une forme idéalisée cette fonction parentale d'enveloppe psychique : *La vie est belle* (*La vita è bella*, 1997) de Roberto Benigni. L'histoire du film se concentre sur le parcours dramatique d'un père et de son fils d'à peine 5 ans, internés dans un camp de concentration nazi. Le père, dévoué à son fils et doté d'une créativité hors pair, réussit à lui faire croire que tout est une sorte de jeu de rôle et de cache-cache, lui épargnant ainsi la brutalité de la réalité.

Les adolescents, nettement plus autonomes, ont des ressources plus importantes pour faire face à la perte des parents, mais ils continuent à avoir besoin d'un encadrement bienveillant et adéquat, constitué par des liens solides et constants avec de nouvelles figures parentales. Comparés aux enfants, les adolescents sont par contre plus souvent exposés à la réalité environnante, sociale et culturelle.

L'horreur de la guerre, l'exil forcé ou le trajet migratoire ne pourront pas être amortis, et ces vécus traumatiques s'enracinent dans leur psychisme en développement (Lachal, 2001 ; Marion-Veyron, 2012). Par ailleurs, dans la période de l'adolescence, le jeune s'attache fortement au groupe des pairs, qui deviennent un point de repère extrêmement important. Leur absence est très difficile à supporter et prive l'adolescent d'une grande ressource.

Enfin, l'adulte est le mieux armé face aux pertes. Perdre ses parents à un âge avancé est vécu comme un évènement qui s'inscrit dans la logique de la vie, certes triste, mais acceptable. L'âge adulte ne protège néanmoins pas de la douleur profonde et durable occasionnée par certains types de pertes, comme celle d'un enfant ou d'un partenaire d'une relation conjugale de très longue durée.

L'évènement qui a provoqué la perte

La rapidité de l'évènement, sa survenue inattendue et violente, ou encore l'absence du corps du défunt compliquent le processus de deuil et l'aggravent. Perdre quelqu'un de mort naturelle n'a pas la même charge affective que le perdre dans un contexte de guerre, de torture ou d'autres types de violences perpétrées par les hommes.

L'environnement de l'endeuillé

Plus la perte provoque une précarisation de l'individu, plus elle augmente sa charge émotionnelle et nécessite davantage la mobilisation des ressources psychiques qui sont déjà épuisées par le processus migratoire. Les déterminants sociaux (Marmot, 2005) joueront ainsi un rôle essentiel : la qualité de l'hébergement, l'accès à des formations ou au marché du travail, la disponibilité et l'aide de professionnels compétents, la sécurité physique, psychique, administrative et financière, la connaissance et l'accessibilité au système de santé, ou encore l'existence, la proximité et le lien avec des personnes significatives (parents, famille élargie, amis...).

Enfin, la culture environnante, proche ou éloignée de celle du jeune, joue un rôle particulièrement important. Elle prescrit de nombreuses règles de conduite et de nombreux rituels, qui divergent

fortement d'une culture à l'autre. Par exemple, nous avons rencontré des jeunes de confession musulmane qui, lors de la période du Ramadan, cherchent à pratiquer le jeûne au foyer, à leur manière. Ce moment leur permet de retisser des liens avec ceux qui sont absents, mais aussi de valider leur appartenance culturelle. La pratique de ces rituels nécessite cependant des aménagements du cadre de vie qui ne sont pas toujours faciles à concilier avec les us et coutumes de la société d'accueil et qui peuvent générer des tensions. Dans ces cas, il serait souhaitable de solliciter des membres de leur communauté pour aider à trouver des points de conciliation. Les avantages sont clairs, car, pour de nombreux jeunes, la foi en Dieu ou en leurs ancêtres sert de compagnie dans la solitude ou dans des étapes importantes de leur vie. À titre d'exemple, un jeune Érythréen m'expliquait qu'avoir renoué avec sa foi chrétienne l'a aidé à arrêter une consommation de toxiques, auxquels il faisait recours dans une tentative « d'oublier » sa famille disparue.

7.3. Deuil et pathologie : la controverse

Quelques précisions sur le deuil, le deuil compliqué, le deuil pathologique et la dépression

Toute perte est une épreuve, mais toutes les pertes n'ont pas les mêmes répercussions d'une personne à l'autre. Un deuil qui cumule beaucoup de facteurs déstabilisants et qui sollicite davantage les capacités adaptatives pour l'endeuillé risque de mettre à mal les ressources psychiques, fragiliser l'individu et favoriser l'émergence de troubles psychiatriques. Nous appuyant sur notre expérience, nous parlons de deuil compliqué quand un deuil associe beaucoup de facteurs déstabilisants, et nous parlons de pathologie – et non de deuil pathologique – quand un trouble psychiatrique émerge suite à un deuil. Dans ce cas, comme la psychiatre Sandrine Compan le développe dans sa thèse (Compan, 2015), le trouble psychiatrique survenu dans un contexte de deuil n'est pas un deuil pathologique, mais une pathologie qui émerge suite à une perte significative, chez un individu avec un fonctionnement psychique déjà fragile à la base.

Nous proposons, de notre côté, une lecture encore plus nuancée que Compan, car lors d'une perte dans le contexte de violences extrêmes, une personne en parfaite santé peut développer un trouble psychiatrique sans fragilité psychique préexistante. Retenons toutefois que les individus les plus susceptibles de développer une pathologie après une perte seraient ceux qui ont une fragilité psychique ou des troubles psychiatriques préexistants, ainsi que les enfants sans adultes pour prendre soin d'eux, puisque leur développement psychique est encore en construction.

La distinction et la relation entre deuil normal, deuil compliqué et deuil pathologique sont ainsi difficiles à établir. Dans ce contexte, les manuels de classification des diagnostics psychiatriques (DSM-V, CIM-10 et le futur CIM-11) peuvent mener à des erreurs et définir certains processus de deuil comme des états dépressifs. Nous sommes conscients que la limite entre un processus sain de deuil et la dépression est imprécise et parfois impossible à établir. Il n'est d'ailleurs pas exclu que nous oscillions entre l'un et l'autre, selon le contexte et le moment. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà mentionné, des études montrent que la perception de ce qui est sain ou pathologique varie grandement en fonction des repères culturels (Devereux, 1977; Guarnaccia, 1989). Tandis que certaines cultures favorisent l'expression des émotions, d'autres les interdisent. Notre société occidentale, bien que favorisant l'expression des émotions, est gouvernée par des critères de performance et laisse peu de place à la souffrance et à une éventuelle baisse de régime (Horwitz, 2007; Despret, 2002; Delecroix, 2015). Nous avons un grand besoin de tout classer, de tout régler, et nous offrons peu d'espace à l'incertitude, aux émotions difficiles et à la douleur.

Nous ne développerons pas ces controverses en détail ici, mais nous tenons à partager nos propres réflexions pour donner des repères utiles dans les prises en charge quotidiennes de jeunes. Pour approfondir ce sujet, nous recommandons la lecture des trois références précitées. Toutefois, une critique constructive sur l'utilisation des classifications psychiatriques et des manuels diagnostiques est nécessaire, car nous constatons deux risques majeurs :

- Une dérive vers une « normalisation » des réactions aux pertes, avec une « pathologisation » des manifestations singulières du deuil propres à chaque individu ou culture.
- La souffrance devient une entité pathologique qu'il faut rapidement traiter et éliminer ; elle n'est plus comprise comme relevant d'un état normal et même salutaire.

Allan V. Horwitz et Jerome C. Wakefield proposent une réflexion approfondie sur ces questions (Horwitz, 2007), notamment en revenant à une définition du diagnostic de dépression qui inclut le contexte et pas uniquement des critères symptomatiques. À notre avis, cette distinction contextualise la phase dépressive du deuil sans la « pathologiser ». De même, dans certains cas, on considère normal un deuil qui se prolonge pendant des années s'il survient suite à un évènement exceptionnel ou si de nombreux deuils se sont accumulés. Cela évite de le diagnostiquer comme un épisode dépressif et permet de prendre également en compte les différentes formes de processus du deuil, selon les individus et selon leur culture.

Pour bien différencier le deuil de la dépression, il est nécessaire d'aller au-delà des symptômes que l'endeuillé manifeste et s'intéresser à la dynamique psychologique en lien avec la perte. En effet, l'endeuillé peut éprouver une profonde tristesse, voire des envies de mourir pour rejoindre le défunt, mais le deuil, y compris dans ses formes les plus sévères, garde une dynamique évolutive vers un soulagement progressif de la tristesse. Des sentiments variés affleurent, comme la reconnaissance ou la joie à la réminiscence de moments partagés avec le défunt. La dépression est par contre statique, elle ronge la personne, qui n'a plus accès au désir et au plaisir, perd tout intérêt et n'arrive plus à se projeter dans le futur. Elle est plongée dans un désespoir profond, souvent accompagné d'un repli sur soi, d'idées suicidaires, d'un sentiment d'échec, d'une culpabilité et d'une perte d'estime de soi. Pour l'endeuillé, le monde est devenu plus pauvre ; pour le dépressif, c'est lui-même qui est devenu plus pauvre.

La confusion entre deuil et dépression survient probablement en raison d'une différence de compréhension sur le sens de la tristesse.

Comme nous l'avons dit plus haut, la « phase dépressive » du deuil est un moment intense de mobilisation des ressources psychiques pour permettre la remémoration et la transformation du lien avec ce qui a été perdu. Sans cette étape, le travail de transformation ne peut pas se faire, ce qui favorise l'apparition ultérieure de troubles psychiatriques, le vécu de perte demeurant « encrypté » dans le psychisme de la personne. La personne continue à vivre sans problèmes apparents, jusqu'à ce qu'un évènement rappelle confusément le deuil non élaboré et réveille en quelque sorte sa dimension émotionnelle. Dans ce cas, le travail de deuil devient très laborieux, car le souvenir du premier évènement, celui qui a provoqué le deuil, a été souvent oublié.

Le psychanalyste Otto Kernberg préconise de tolérer la souffrance dans les moments de deuil : « La capacité d'aimer à nouveau s'accroît grâce à la tolérance et l'élaboration du deuil. Cette tolérance et élaboration aura tendance à réparer et à stimuler la croissance psychologique, la capacité d'apprendre de l'expérience et d'enrichir de nouvelles relations amoureuses tout en profitant des leçons du passé. Le deuil accroît la capacité d'aimer. Cela peut se refléter par une plus grande maturité, des relations plus amoureuses et un plus grand intérêt pour les autres, ce qui, en définitive, peut susciter un processus de croissance aussi chez les autres, par exemple chez les enfants d'une personne endeuillée » (Kernberg, 2011, p. 173).

La société conditionne la perception des émotions, ce qui est considéré comme normal et la manière d'y réagir

Chaque société détermine le normal et l'anormal, avec le corrélat évident : « Ce qui est hors norme est soit immoral, soit pathologique. » Nous pouvons ainsi nous demander si nous utilisons les antidépresseurs en Occident pour traiter des dépressions sévères ou pour « traiter des émotions » et éliminer toute manifestation de tristesse (Despret, 2002).

De manière générale, on retrouve dans toutes les cultures la tendance à classer les émotions en « positives » et « négatives », la joie étant fréquemment rangée du côté positif, la tristesse, l'angoisse et la colère du côté négatif. Les émotions sont toutefois considérées de

manière différente selon le genre, une femme pouvant plus facilement manifester de la tristesse, alors qu'elle sera un signe de faiblesse chez un homme. Au contraire, la colère est un signe de virilité encouragé dans certaines sociétés. En résumé, le regard que les professionnels portent sur les émotions, les leurs et celles des autres, est tributaire d'une société donnée et la réponse proposée à l'endeuillé en dépend. En Occident, le danger de psychiatriser ce processus naturel est réel.

**Quand il n'y a pas de la place pour les émotions :
le passage à l'acte, la consommation de toxiques,
les psychosomatisations et les deuils gelés**

Face aux situations de perte, mais aussi face à toute situation de stress, les jeunes manifestent plus facilement des troubles du comportement, sous forme de conduites à risque, d'irritabilité ou de comportements violents, ou encore de consommation de toxiques afin de décharger ou « d'anesthésier » les affects dépressifs. Comme décrit le pédopsychiatre et psychanalyste Maurice Corcos, ils expriment par des actes ce qui n'a pas pu être pensé, élaboré et dit avec des mots (Corcos, 2009).

Les somatisations sont une autre manière de « lutter » contre les affects de tristesse. Il s'agit d'une régression dans le fonctionnement psychique (Corcos, 2009). Ce mécanisme de défense entraîne l'individu à exprimer son mal-être par le corps, à défaut de pouvoir le penser et le mettre en mots. Il se manifeste souvent par des douleurs diffuses au niveau du dos, des articulations, de la tête, etc., mais aussi par des troubles digestifs, des palpitations cardiaques, des troubles urinaires, ou même des symptômes qui évoquent des troubles neurologiques. Le diagnostic différentiel s'avère difficile, et il sera nécessaire d'écarter toute cause organique avant d'envisager une prise en charge intégrative, associant la dimension somatique et psychique.

Enfin, les « deuils gelés » requièrent une attention toute particulière chez les jeunes migrants. Sans un sentiment suffisant de sécurité, la personne continue à fonctionner en mettant à distance certaines émotions, pour préserver son psychisme et concentrer toute son énergie sur des tâches dévouées à assurer sa survie (Roussillon,

2008). Certaines émotions pénibles, comme celles liées justement aux nombreuses pertes qui ont jalonné un parcours migratoire, émergeront seulement lorsqu'un sentiment de sécurité suffisant advient. Cependant, nous l'avons vu, les émotions ne sont souvent plus rattachées à un vécu précis et génèrent un état anxieux, un mal-être « sans forme », qui ne peut être ni pensé ni partagé. De ce fait, chez toutes les personnes exposées à des pertes, mais particulièrement chez les migrants en situation de grande précarité, le processus de deuil peut s'enclencher des années après que l'évènement douloureux ait eu lieu, une fois leur situation familiale et sociale stabilisée. Tant que cette sécurité n'est pas acquise, l'individu risque de mettre les deuils en « pause » et de donner l'impression qu'il n'y a pas de problème. Ce sont « les deuils gelés ».

Chapitre 8

Regards croisés sur la prise en charge : perspectives socio-anthropologiques, psychiatriques et transculturelles

8.1. Ce qui soigne

Face à la complexité de ces prises en charge et aux multiples défis à relever, nous estimons nécessaire d'avoir des apports théoriques et pratiques riches et variés. Notre approche est principalement d'orientation psychanalytique et nous nous sommes inspirés, entre autres auteurs, des apports de Donald W. Winnicott et de Wilfred Bion. Toutefois, divers modèles théorico-cliniques cohabitent dans notre système de santé, et nous sommes convaincus qu'ils peuvent se compléter et s'articuler, toujours dans l'intérêt des jeunes migrants que nous accompagnons.

Pour mieux conceptualiser les différents moyens thérapeutiques, nous nous sommes particulièrement intéressés au travail du psychanalyste Albert Ciccone (Ciccone, 2009). De manière très schématique mais éclairante, cet auteur repère trois grands moyens thérapeutiques, que nous avons enrichis d'apports socio-anthropologiques. En effet, les moyens que Ciccone propose ont été pensés dans un cadre socioculturel occidental et destinés à des

patients occidentaux ou à ceux qui ont pu s'intégrer dans cette société. Il s'agit donc de voir si le modèle psychiatrique que nous pratiquons au quotidien avec nos patients est valable pour des patients venant d'horizons culturels très différents ou s'il doit être adapté à la lumière de certaines considérations socio-anthropologiques.

La catharsis

Sans établir un ordre d'importance, la catharsis, ou décharge de ce qui provoque le mal-être, est le premier moyen que propose Ciccone. Elle est individuelle ou collective, et passe par des actes ou par des mots. La tension psychique résultant de l'angoisse, de la tristesse ou de toute autre émotion pénible est évacuée par des actions physiques comme : donner des coups de poing, crier ou insulter, chanter, danser, faire du sport, avoir des pratiques sexuelles ou encore manger. La mise en mots peut également agir dans le sens d'une libération de la tension intérieure, mais le canal verbal est parfois peu accessible. La catharsis est présente dans toutes les sociétés, mais la manière d'extérioriser le « trop-plein » varie d'une culture à l'autre en fonction des codes sociaux et des rites existants, qui canalisent cette décharge sans provoquer de désordre social ou des manifestations violentes disproportionnées.

Un exemple groupal de catharsis qui nous est proche s'observe durant les matchs de football. Lors de ces événements sportifs, bon nombre de spectateurs se laissent aller à une expression corporelle et verbale qui signe les émotions accumulées durant la semaine : ils chantent, crient, gesticulent, et même ils insultent... Cette manière de s'exprimer ne se fait que dans un cadre précis, et l'individu continuera à se comporter différemment le reste de la semaine. Pour quelqu'un qui ne connaît pas ce type de rassemblements sociaux, assister à un tel spectacle apparaîtra comme une manifestation pathologique de possession ou une sorte de transe collective. Dans d'autres sociétés, ce phénomène de catharsis collective s'encadre différemment. En Somalie, par exemple, la « Jinka iyo sixirka » est une cérémonie collective qui permet de guérir de la possession de mauvais esprits. Un guérisseur récite les noms des différents esprits qui hantent les participants. À sa suite, certainement par l'effet

contenant du groupe, mais aussi par le fait que cette cérémonie est encadrée et validée socialement, les personnes manifestent des comportements qu'elles ne présentent pas dans la vie quotidienne : elles s'agitent, crient, lèvent les bras et se roulent par terre. Une fois la cérémonie terminée, les personnes retrouvent leur fonctionnement habituel, voire un mieux-être.

Un régulateur important de la catharsis est le degré d'intégration des règles sociales par les individus. On comprend aisément que des individus exposés à la guerre ou à une dictature qui les privent des règles habituelles risquent d'avoir recours à des moyens plus primaires de catharsis, comme la violence verbale ou physique, au détriment des moyens symboliques évoqués plus haut. Nous développerons ce sujet dans le chapitre suivant.

Dévoiler ce qui fait souffrir

Un deuxième moyen pour faire face à la souffrance est le dévoilement des causes du mal-être. C'est la voie proposée en Occident par bon nombre de psychothérapies, mais le mode pour y parvenir varie beaucoup. Dans d'autres contextes culturels, on a recours à des rites chamaniques, des guérisseurs, des magnétiseurs et d'autres personnes désignées comme capables de déceler ce qui provoque le « mal », en se basant sur une conception autre du monde visible et invisible, une compréhension de ce qui est à l'origine de la souffrance et des moyens pour y remédier. Pour certains, il s'agira d'un mauvais esprit ; pour d'autres, d'un « mauvais œil » ou d'une « mauvaise énergie » qu'il faut combattre pour retrouver l'équilibre. Nommer l'origine du mal-être contribue au travail de symbolisation qui transforme le vécu de souffrance. La souffrance psychique peut être en effet augmentée, voire suscitée, par la méconnaissance de la raison du mal-être et l'impossibilité de la contextualiser ou de l'intégrer dans une histoire de vie, comme s'il s'agissait d'un corps étranger. Identifier une cause, donner un nom et éventuellement un sens à cette souffrance, aide à mieux se la représenter et à l'intégrer dans son récit de vie.

Pour les rituels autour de la mort, Olivier Bidounga, expert de la culture Kongo, ancien conservateur de musée et écrivain, décrit un exemple pour « débloquer » des deuils compliqués (Bidounga,

2015). Chez les « Kongo », en république démocratique du Congo, il y a deux types de morts : celle liée à l'âge (« Nyambi l'a rappelé ») et celle, « anormale », qui touche un enfant ou un jeune (« On l'a mangé », c'est-à-dire envoûté, ensorcelé). Dans tous les cas, « il faut trouver la cause du décès », et la famille fait appel au « Nganga ngombo », qui a pour tâche de la rechercher. Lorsqu'elle est clarifiée – toujours attribuée à la malfaisance du « ndoki », l'ennemi de l'ordre familial et villageois –, la souffrance est canalisée ou apaisée par la sagesse du « nzonzi », un autre personnage important dans la société Kongo. Cet exemple illustre bien comment le travail de symbolisation est façonné par la culture. En l'occurrence, là où le travail de deuil individuel se fige, les rituels aident à le débloquent en apportant un sens et une représentation de la perte.

Rappelons ici encore une fois que la parole, la mise en mots des problèmes rencontrés et des émotions associées, est valorisée dans notre société, alors qu'elle ne l'est pas dans d'autres, où elle est même honteuse ou grotesque : « Ça ne se fait pas, d'exprimer des émotions devant d'autres personnes. »

La contenance

La contenance offre le sentiment d'être soutenu, entouré et accompagné face à la souffrance. Elle aide à ne pas nier les émotions présentes, à y accéder et à les supporter, pour pouvoir ensuite les identifier et comprendre ce qu'elles signifient pour nous. En reprenant les mots de Ciccone :

« Ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse trouve un espace dans lequel elle peut être reçue et contenue [...]. Ceci permettra de contenir les émotions et les pensées que le psychisme trop fragile, trop peu assuré dans son sentiment d'existence, ne peut contenir, tolérer, penser » (Ciccone, 2009, p. 23).

La fonction contenante est constituée par différentes enveloppes qui entourent l'individu : tout d'abord sa propre peau et la perception des limites corporelles (Anzieu, 1987), mais surtout le lien avec les parents, la famille et la société – tout ce qui manque aux jeunes mineurs non accompagnés.

8.2. La clinique du lien

Concernant les trois moyens thérapeutiques que nous avons décrits, ils aident chacun (ou simultanément) l'individu en détresse. Notre choix est de mettre l'accent sur la contenance, car elle constitue le socle sur lequel les deux autres moyens thérapeutiques pourront se déployer plus favorablement. En effet, avec une contenance adéquate, la catharsis permet une décharge plus encadrée, limitant les risques de débordement néfaste ou violent. De même, pour pouvoir faire un travail de symbolisation, il faut que l'individu soit suffisamment contenu afin de pouvoir penser, élaborer, partager, mettre en récit, etc. Si le jeune ne se sent pas en sécurité, seul ou abandonné, lui demander de prendre du recul et de penser peut être déstabilisant et douloureux.

On l'aura compris, l'objectif le plus important dans les prises en charge de ces jeunes est d'apporter une fonction parentale, à défaut des vrais parents et d'un entourage familial. La fonction parentale est cette fonction contenante de base que tout être humain devrait avoir pu expérimenter au début de sa vie, quand il était soigné, nourri, protégé et porté par un autre être humain. Cette fonction peut être remplie par d'autres personnes qui ne sont pas les parents biologiques. Dans certains cas, ce sont les grands-parents, ou les oncles, ou d'autres membres de la tribu, comme le décrit l'anthropologue et ethnologue Claude Lévi-Strauss (Lévi-Strauss, 1967), et, dans le cas des orphelins, elle sera incarnée par l'éducateur ou l'adulte responsable de nourrir et soigner. Cette fonction se caractérise notamment – quand il ne s'agit plus de bébés, mais d'enfants et de jeunes adultes – par la capacité d'être à l'écoute, de s'adapter aux besoins, de soulager et de donner des points de repère, tout en respectant et en faisant respecter les limites nécessaires pour que le développement se passe dans des conditions adéquates. Plus cet encadrement est présent, plus l'enfant se développera harmonieusement et intégrera un sentiment de sécurité et de confiance, pouvant à son tour tisser de meilleurs liens avec les personnes et la société qui l'entourent. Dans le cadre de l'accueil des jeunes requérants d'asile, l'objectif est donc de reconstituer, ou parfois même de construire,

les couches de contenance psychique propices à « relancer » les processus psychiques nécessaires au travail de deuil, pour continuer leur parcours de vie.

Nous verrons plus loin que prendre soin des jeunes nécessite aussi de prendre soin des professionnels, car un professionnel en difficulté ou sous pression n'aura pas la disponibilité relationnelle suffisante pour assumer la fonction parentale. En d'autres mots, cette même fonction contenante doit être présente pour les professionnels, car elle est la garante de leur capacité à contenir et à penser (Barthélémy, 2015).

Pour y parvenir, la plupart des spécialistes sont unanimes : il faut pouvoir tisser un lien de confiance avec le jeune, lui apporter un cadre de vie sécurisant et l'encourager à investir la parole pour soutenir l'expression et le partage du vécu émotionnel et, si possible, du récit de vie (Feldman, 2016; Goguikian, 2009b; Métraux, 2017; Bricaud, 2017). Nous proposons une clinique du lien qui s'inspire de ces travaux, notamment de ceux du psychanalyste Donald Winnicott, abondamment cités dans ce livre, ainsi que des apports du philosophe Abdennour Bidar (Bidar, 2016). Ce lien implique d'être bienveillant et respectueux de l'altérité du jeune, tout en mettant des limites qui cadrent et sanctionnent si nécessaire, mais surtout d'être réaliste et de ne pas tomber dans une « toute-puissance » qui ferait croire qu'il est possible de tout résoudre ou changer. Dans les prises en charge des jeunes endeuillés, la priorité est l'accompagnement et l'encadrement psycho-éducatif, le psychiatre intervenant davantage comme une référence pour, en cas de doute, confirmer ou écarter un éventuel trouble psychique.

Nous proposons plusieurs niveaux de lien. Le premier est le lien avec soi-même, pour que le jeune puisse construire son identité et penser son propre parcours de vie, en mobilisant le plus librement possible les souvenirs de ce qu'il a laissé au loin, mais qu'il garde en lui ; le lien avec sa communauté, lointaine et proche, quand il y en a une ; et le lien entre sa culture d'origine et celle du pays d'accueil. Passé et présent se relient ainsi, pour aider à la construction d'un futur. Pour ce faire, il faut tisser le deuxième niveau de lien, celui entre le jeune et les professionnels qui l'entourent. Ce

lien est essentiel, car, à défaut de parents et de famille, ce sont les professionnels qui jouent un rôle de modèles identificatoires, mais aussi de passeurs et facilitateurs entre un monde et l'autre, entre le pays d'origine et le pays d'accueil. Ceci ne peut se faire qu'à travers un travail d'identification du jeune avec l'éducateur du foyer d'accueil en particulier, même si l'enseignant de l'école et le curateur jouent également un rôle important. Enfin, le troisième niveau est la construction de liens entre les professionnels. Les prises en charge sont souvent complexes et il faut un travail conjoint, interdisciplinaire, entre tous les intervenants qui, de près ou de loin, travaillent avec le jeune.

À ce stade, nous soulignons l'importance de pouvoir définir un cadre de travail théorique et pratique bien précis. Comme le psychiatre Serge Hefez le propose, face à des prises en charge très complexes, « il ne faut pas utiliser un seul tournevis, mais une boîte à outils » (Hefez, 2017). Nos points de repère sont les approches transculturelles et les approches interdisciplinaires, avec un intérêt particulier pour le travail entre éducateurs et professionnels de la santé mentale.

8.3. Les approches transculturelles

Les approches transculturelles nous permettent d'intégrer dans nos prises en charge les enjeux anthropologiques, dont la connaissance concourt à construire un lien de confiance, à éviter des malentendus de communication, des mauvais diagnostics ou des propositions thérapeutiques non adaptées.

Pour ce faire, nous nous appuyons sur un cadre théorique varié, mais précis, et, sur le terrain, nous travaillons, dans la mesure du possible, avec des médiateurs culturels. Ces approches contribuent au tissage d'un lien contenant et favorisent le travail de représentation et de symbolisation, en fonction de la culture du jeune. Parfois, une approche éducative ou psychothérapeutique conventionnelle est indiquée; parfois, nous devons l'adapter et la modifier pour que le jeune puisse y adhérer et en bénéficier.

Nous l'avons vu, les émotions, les représentations de la souffrance et la réponse à leur donner varient d'une personne et d'une culture à l'autre. Il est donc essentiel de garder une position de curiosité – le mot « curiosité » provient du latin *curare*, qui signifie « guérir » –, de respect et d'empathie (Carrillo, 1999), qui favorise une ouverture à l'autre et nous décentre de nos propres valeurs et stéréotypes, pour mieux cerner là où l'autre se trouve et ce dont il a besoin. Ceci implique de ne pas imposer notre point de vue, mais de proposer une co-construction et une compréhension mutuelle concernant la cause de la souffrance, pour identifier ensuite ensemble les options thérapeutiques possibles. Ainsi, nos interventions sont nourries par nos connaissances et nos pratiques, mais nous devons aussi tenir compte des options proposées par le jeune et pouvons parfois même l'encourager à consulter d'autres « interlocuteurs » investis selon ses repères culturels, en le priant de nous informer des résultats.

« Une jeune requérante d'asile de 17 ans, originaire de la Somalie, souffre de fortes angoisses et d'insomnies. Je la sens hantée par la culpabilité d'avoir laissé sa mère seule au pays. Comme elle rejette mes propositions de parler de son parcours de vie, de la relation avec sa famille, de sa vie ici en Suisse ou de son vécu émotionnel, je m'intéresse à ce qu'elle pense de sa souffrance et du remède qu'il lui faudrait. Elle est venue à ma consultation, me dit-elle, parce que l'infirmière, en qui elle a confiance, le lui a proposé. Mais elle ne sait pas ce qu'est un psychiatre. Chez elle, il n'y en a pas... Elle reste silencieuse... Je romps le silence : j'ai entendu que dans certains pays, ce type de souffrance est attribué à un mauvais esprit ou à un mauvais œil, et qu'il faut faire des "Rokias" (des prières du Coran, avec un imam). Je ne suis toutefois pas un spécialiste de ce domaine et je peux me tromper. Elle réagit immédiatement, se montre surprise de mes connaissances et me dit que oui, elle pense que c'est en effet la cause de ses difficultés. Le lien thérapeutique s'en trouve consolidé et la thérapie peut se poursuivre. Elle rencontre un imam, tout en continuant les entretiens avec moi. »

Dans le domaine de la psychiatrie, l'approche transculturelle se développe depuis des décennies et apporte des réflexions et des propositions pragmatiques pour intervenir dans des situations complexes et contourner les écueils d'une rencontre entre un médecin et un patient issus de cultures différentes. Ces notions peuvent être très utiles aux autres professionnels, tels que les éducateurs, enseignants,

assistants sociaux, curateurs et policiers, mais aussi les bénévoles ou les familles d'accueil.

La psychiatrie transculturelle s'est développée autour de trois axes (Kirmayer, 2000) :

- L'étude comparative des maladies psychiatriques dans différentes cultures et les réponses thérapeutiques adéquates.
- L'étude de la psychiatrie en tant que produit culturel propre.
- L'étude des réponses thérapeutiques adaptées aux besoins de santé mentale de populations minoritaires.

Cette approche s'étaye sur le développement de compétences culturelles fondamentales. Ces compétences sont utiles pour la rencontre avec des migrants, mais aussi avec des personnes hors contexte migratoire (Bodenmann, 2011). Nous résumons ainsi les compétences nécessaires :

- Conscience de soi : prendre conscience de ses propres valeurs, de son identité culturelle et des éventuels stéréotypes face à des personnes venant d'un contexte culturel différent.
- Connaissance des enjeux culturels : connaître le rôle déterminant de la culture dans l'attribution de sens aux événements de la vie, ainsi que dans le conditionnement du vécu de la souffrance, de sa manifestation, des manières de la partager, de la prendre en charge et de l'apaiser.
- Communication : veiller à ce que la communication soit fluide et claire, si nécessaire avec l'intervention d'interprètes ou de médiateurs culturels, et développer des compétences pour travailler en triadique (professionnel, bénéficiaire et interprète), en tenant compte, dans la mesure du possible, des variations culturelles et religieuses des migrants. Dans certaines cultures, par exemple, regarder dans les yeux est un signe de manque de respect envers l'autre, tandis que dans d'autres, c'est un signe de reconnaissance, de respect et de volonté d'établir une relation.

- Co-construction des représentations culturelles en collaboration avec le bénéficiaire : établir un partenariat de confiance et de collaboration nécessite de solliciter le bénéficiaire comme « expert » de sa propre culture et de lui demander de décrire les différents éléments qu'il juge importants pour un travail conjoint; une telle approche est également nécessaire pour la simple raison qu'il est impossible de connaître toutes les variantes culturelles. Notre « curiosité bienveillante » est donc essentielle dans la rencontre transculturelle. Celle-ci consiste à demander l'avis du bénéficiaire, mais aussi à lui expliquer, avec grand respect, notre point de vue basé sur nos référentiels culturels et nos compétences professionnelles associées. Cet échange bidirectionnel favorise progressivement la co-construction de références communes, et facilite la compréhension mutuelle. Une manière pragmatique d'amorcer ce travail est de s'inspirer du guide de questionnement du psychiatre transculturel Arthur Kleinman, professeur de psychiatrie et d'anthropologie médicale à l'université de Harvard (Kleinman, 1981).
1. Quel est votre problème ? Quel nom lui donnez-vous ?
 2. Quelles sont les causes de votre problème, d'après vous ?
 3. Pourquoi votre problème a-t-il commencé à ce moment précis ?
 4. Comment votre problème se manifeste-t-il ?
 5. Quelle est la sévérité de votre problème ? Croyez-vous qu'il va durer longtemps ?
 6. Que craignez-vous le plus de ce problème ?
 7. Quelles sont les conséquences de votre problème sur votre vie ?
 8. Quels traitements pensez-vous que vous devriez recevoir et quels résultats en attendez-vous ?

Les approches transculturelles peuvent être adaptées aux différents corps de métiers, en fonction de leurs spécificités. Par exemple, au niveau de l'enseignement, le canton de Vaud (Suisse) a créé le

CREAL (Centre de ressources pour élèves allophones), qui vise à faciliter l'intégration des enfants parlant une autre langue que le français dans le système scolaire. Le livre *Pages d'accueil* (Durussel, 2012), rédigé par un collectif de professionnels ayant travaillé dans le domaine, nous apporte un beau témoignage et des points de repère théoriques et pratiques précieux pour concevoir le travail avec ces jeunes venus d'ailleurs. Étienne Corbaz, ancien enseignant et doyen des classes d'accueil, synthétise bien la complexité de cette approche: « Il s'agit de trouver le bon équilibre entre une approche centrée uniquement sur l'identité de l'élève, où l'affectivité prendrait trop de place, et une approche exclusivement scolaire à laquelle les élèves ne parviendraient pas à donner du sens. C'est dans ce subtil dosage, teinté d'ouverture et d'exigence, de chaleur et de fermeté, que réside l'originalité des classes d'accueil » (Corbaz, 2012, p. 9).

Ce constat nous paraît valable pour tous les corps de métier qui, dans l'exercice de leur profession, sont en contact avec des personnes venant d'autres cultures: justice, police, administration, etc. Mais les personnes les plus exposées à ces enjeux sont très probablement les éducateurs des foyers pour mineurs non accompagnés.

8.4. Le travail intégratif et interdisciplinaire

Des travaux publiés sur le domaine de la migration (Bodenmann, 2018; Vu, 2018; Althaus, 2018; Goguikian, 2009a, 2011) ont montré que la santé physique et psychique des migrants est affectée par leur précarité, argument fort pour intégrer les aspects psychiques, somatiques et socio-administratifs dans la prise en charge. De surcroît, la prise en charge des mineurs non accompagnés nécessite de mettre en synergie de nombreux corps de métiers: éducateurs des foyers, interprètes, assistants sociaux, tuteurs, enseignants et soignants du domaine de la psychiatrie et des soins somatiques.

Dans notre pratique psychiatrique, nous sommes régulièrement confrontés à de multiples barrières pour aborder les difficultés psychiques du requérant d'asile, mais aussi pour lui faciliter l'accès aux soins psychiatriques, souvent entravé par l'image négative de la psychiatrie. Certaines représentations culturelles ne permettent

pas de concevoir la souffrance comme un phénomène psychique. Celle-ci s'exprime alors à travers le corps, avec des douleurs, des troubles digestifs, mictionnels, gynécologiques, etc. Le patient se focalise sur son corps, et semble chercher désespérément un « problème physique » qui pourrait « prouver sa souffrance et le besoin d'être protégé en tant que réfugié ».

Très souvent, les requérants d'asile lient leur souffrance aux soucis administratifs associés à la procédure d'asile ou d'hébergement, qui servent alors de cible de projection, les protégeant ainsi de devoir faire face à des souvenirs et vécus qui provoqueraient des souffrances encore plus pénibles : « Mon problème est en lien avec la procédure d'asile », « J'ai besoin que vous me fassiez un rapport expliquant ma situation, pour ceux qui doivent décider de mon sort. Ensuite, je pourrai rester dans ce pays et tout ira mieux ». Dans ces situations, les problèmes somatiques et sociaux figurent donc sur le devant de la scène, et la demande du patient se centre uniquement sur eux, même si on observe un état anxieux très important, voire un syndrome de stress posttraumatique. Si le type d'hébergement, la précarité sociale et les problèmes physiques sont une réalité et jouent un rôle très important, il ne faut pas négliger le fait que ces problèmes, paradoxalement, peuvent aussi protéger le patient. Ils constituent une sorte d'écran qui attire toute l'attention, empêchant de « voir » ou d'aborder d'autres interrogations plus pénibles et plus difficiles à traiter, comme les deuils ou les traumas.

La psychologue et psychanalyste Élise Pestre, experte dans le domaine des réfugiés, apporte un éclairage très intéressant sur cette focalisation sur le corps et les aspects administratifs (Pestre, 2012). En effet, les institutions responsables de reconnaître le statut de réfugié doivent étudier chaque demande, et le requérant doit prouver qu'il a été victime d'une persécution dans son pays d'origine et qu'il n'est pas un migrant dit « économique ». Dans ce climat de suspicion, les autorités s'appuient surtout sur l'existence de preuves « objectives », comme des blessures, des signes de torture ou des mutilations, ou des documents écrits qui confirment la persécution subie par le requérant (des lettres officielles, des coupures de journaux, etc.). Dans cette recherche du « faux demandeur d'asile », le

requérant « apprend » vite que la parole n'a pas de valeur et la désinvestit progressivement, alors que c'est la parole qui doit justement être investie pour pouvoir bénéficier d'un traitement psychiatrique conventionnel.

Pour faciliter l'accès aux soins psychiatriques, nous devons donc accepter de nous promener dans les méandres des problèmes physiques et administratifs. Il n'y a pas de ligne plus droite et directe que celle-ci. Les interventions interdisciplinaires ouvriront un espace d'échange dans lequel nous pourrions réfléchir avec le patient sur les différents aspects de sa vie qui posent problème et, progressivement, considérer sa souffrance également sous un angle psychique.

Le travail interdisciplinaire mobilise tous les acteurs qui interviennent dans la prise en charge des jeunes : éducateurs, enseignants, tuteurs, assistants sociaux, infirmiers, pédiatres, psychiatres, psychologues, etc. L'interdisciplinarité implique de se connaître pour mieux travailler ensemble. Il ne s'agit pas de faire « comme l'autre » ou « à la place de l'autre », mais de connaître son rôle et de savoir reconnaître les compétences de chacun pour pouvoir communiquer et, en cas de nécessité, déléguer et se coordonner. Pour cela, il est indispensable d'être curieux et de prendre le temps.

Le travail en interdisciplinarité et en équipe a une autre fonction essentielle. Si la prise en charge semble bloquée, la direction à prendre confuse, la rencontre entre professionnels de différents métiers favorise un processus créatif pour trouver de nouvelles voies. La solidarité et la coopération entre les professionnels permettent de « se serrer les coudes » et de contenir une situation difficile. La solidarité créative est ainsi un moyen de lutter contre les « silos » du désordre, où chaque corps de métiers ou institution travaille de son côté, souvent en attendant que les autres résolvent le problème, ou en projetant sur les autres la faute du manque de résultat (Institute of Medicine, 2015).

Concernant les jeunes requérants d'asile non accompagnés, un type d'interdisciplinarité nous intéresse particulièrement : celle qui articule le travail des éducateurs et celui du domaine de la santé mentale. Nous développerons cette question en détail dans les pages qui vont suivre.

Chapitre 9

Prendre soin des jeunes

9.1. La construction et le développement du cadre éducatif et thérapeutique

Les jeunes migrants sont souvent perçus comme très autonomes, ce qui sous-entendrait un besoin d'encadrement moins important. Nous observons surtout qu'ils sont devenus très autonomes pour survivre, mais pas pour vivre. Certains ont beaucoup de ressources, parviennent à rebondir, porter leurs deuils, dessiner un projet d'avenir et s'en sortir. C'est ce qu'on appelle la résilience, concept vulgarisé par le neuropsychiatre et psychanalyste français Boris Cyrulnik (Cyrulnik, 1999). Mais beaucoup d'autres n'ont pas cette chance, souffrent et ne s'en sortent pas, sauf si la société d'accueil leur propose un encadrement adéquat.

Le développement psychologique de certains jeunes réfugiés a déjà été affecté dans leur pays d'origine, à cause d'importantes carences affectives et éducatives. Dans d'autres cas, le fait d'avoir vécu dans une sorte de « no man's land » durant le trajet migratoire, exposés au manque d'encadrement, à des violences et à des dangers multiples, provoque une déstructuration psychique importante et entrave la capacité à contenir et gérer les émotions. Les conflits entre jeunes et professionnels sont alors des phénomènes récurrents et épuisants pour les deux parties. Le risque est grand d'interpréter ces conflits uniquement comme une opposition ou une attaque à

l'autorité, la loi et la règle. Ainsi que nous l'avons déjà souligné, le conflit peut aussi être une forme d'appel à l'aide ou une expression de la souffrance qui ne trouve pas d'autre moyen pour se dire. Si nous parvenons à comprendre ces mises en scène, souvent bruyantes et pénibles à supporter, elles deviennent des opportunités précieuses pour nous rapprocher du jeune en détresse.

L'objectif est de réduire la souffrance qui alimente le conflit, en enlevant les écueils qui bloquent le travail de deuil et en réduisant le risque d'une catharsis destructive ou d'une évolution vers une pathologie psychiatrique. Il s'agit d'instaurer de bonnes conditions environnementales, relationnelles et psychologiques. Pour y parvenir, il faut prendre en compte les points suivants :

1. Identifier la souffrance et non pas « coller » un diagnostic psychiatrique. Les diagnostics psychiatriques posés dans ces situations sont souvent incorrects, réductionnistes et sont un frein à une prise en charge adéquate. Nous avons observé que les troubles du comportement sont fréquemment diagnostiqués comme des troubles de la personnalité antisociale, c'est-à-dire liés à des traits de caractère durables qui amènent le sujet à ne pas respecter les règles et les besoins d'autrui. Ce diagnostic réduit les possibilités de créer un lien, ne facilite pas l'empathie, conduit à des sanctions et entrave la mise en place d'une démarche thérapeutique. Alors que les soins obéissent à une logique de l'attention et de la stimulation, la logique de la sanction obéit au contraire à l'empêchement et échoue la plupart du temps à cadrer le jeune et à canaliser ses émotions, avec le risque d'aggraver la situation. Il faudra donc plutôt s'intéresser au processus qui mène à ces troubles du comportement et réfléchir à ce qui est à l'origine de la situation de conflit.
2. Construire une fonction contenante-parentale basée sur un lien de confiance, qui puisse supporter et recadrer les attaques. Pour y parvenir, il est nécessaire qu'une « autorité bienveillante » puisse se développer, poser des règles et les faire respecter non pas par la domination, mais plutôt par l'identification à l'autorité. Une autorité qui suscite le désir de se rapprocher, de partager, d'imaginer

un avenir et de le construire. Une autorité qui fait grandir, mais qui sait en même temps contenir des états de grande souffrance parfois informulable et s'exprimant par la violence. Il faut alors « survivre » au conflit et maintenir le lien.

3. Aider à vivre les émotions difficiles de manière plus harmonieuse, et non comme des vécus destructeurs et débordants qu'il faut éliminer. Si les émotions sont perçues de manière négative, beaucoup d'énergie psychique sera investie pour ériger des défenses contre elles, effort qui épuisera le psychisme et réduira l'intérêt pour d'autres aspects de la vie et pour développer des projets. Pouvoir accepter, vivre et partager ses émotions aide à les transformer et les rend moins douloureuses et envahissantes.
4. Le dernier objectif – souvent indépendant de la volonté de ceux qui accompagnent le jeune requérant d'asile – est de pouvoir bénéficier d'une sécurité au niveau social et administratif. Le jeune doit sentir qu'il pourra rester sur notre territoire, ce qui l'aidera à commencer à tisser des liens. Investir le quotidien est déjà difficile, mais si la menace de l'expulsion plane en permanence, le jeune se dit, consciemment ou inconsciemment : « À quoi bon investir si, de toute manière, je vais tout perdre ? » Dans ce sens, ce sont uniquement des modifications de notre politique qui faciliteront ce travail.

9.2. « Je veux oublier... alors je crie, je casse et je bois » : la gestion des conflits et les sanctions pour débloquent le processus de deuil

Le cas de Musa : comment survivre à l'ambivalence face à la perte – entre vouloir garder et vouloir oublier

Revenons au jeune Musa, qui présente des troubles du comportement, qui ne respecte pas les règles et ne veut plus aller à l'école. Ce jeune a été étiqueté antisocial, alors qu'il a avant tout une peur terrible d'oublier ses parents décédés. Il est confronté à un deuil compliqué, seul, dans un pays étranger, avec des personnes

inconnues qui communiquent dans une langue qu'il ne maîtrise pas. Comment les professionnels peuvent-ils donc bien l'accueillir et l'accompagner, quand il semble refuser tout lien et que son seul langage se réduit à des passages à l'acte violents ?

Comme cela a déjà été mentionné, nous avons observé de manière récurrente des mineurs et des jeunes requérants d'asile qui présentent de fortes réactions face à l'autorité, aux règles et surtout aux sanctions qui leur sont imposées. On peut le comprendre en partie comme une manifestation normale chez un adolescent qui teste les limites, qui rencontre des difficultés à gérer la frustration et qui peine à se responsabiliser. Cette compréhension nous semble néanmoins insuffisante au vu de l'ampleur des manifestations rencontrées – conduites à risque, violence, gestes suicidaires et consommation de toxiques –, mais aussi parce que les tentatives pour renforcer le cadre échouent, les sanctions ne suffisent plus et les jeunes poursuivent leur comportement, parfois aggravé par la violence physique. Un bras de fer s'installe avec les équipes éducatives, les tuteurs et les enseignants, ce qui anéantit la possibilité de construire un lien, épuise les équipes et hypothèque l'avenir du jeune. En effet, arrivés à leur majorité, les jeunes doivent quitter les foyers éducatifs où ils pouvaient encore être encadrés et accompagnés, pour intégrer des foyers pour adultes, où le cadre se simplifie et où ils vont devoir s'autogérer. Le risque de désinsertion sociale et professionnelle s'accroît encore d'un cran.

Pour avoir une meilleure chance de développer une prise en charge adéquate dans ce genre de situations, il nous paraît essentiel de dégager de nouvelles manières de comprendre ces comportements. Nous considérons que les émotions réveillées par des deuils jouent un rôle très important et ont tendance à se décharger par des actes (catharsis). C'est le moyen le plus simple et le plus direct pour trouver un soulagement immédiat. La catharsis aide à « vider son sac », et « transformer » la tristesse en colère, elle permet aussi d'« anesthésier » la souffrance et « fait oublier » ce qui est et reste perdu.

Ces moments sont vécus dans une grande solitude et s'accompagnent de désespoir et d'un sentiment d'impuissance. Tant que le travail de deuil ne se fait pas, la charge émotionnelle ne diminuera pas

et la catharsis se poursuivra, de manière inadéquate, ce qui la rendra « inaudible » par les adultes et professionnels encadrants. En effet, comment comprendre un comportement comme un « appel à l'aide » quand un jeune insulte, casse des objets, traite les éducateurs de racistes et menace d'agresser quelqu'un s'il n'obtient pas ce qu'il veut ?

S'il existe des jeunes avec des troubles de la personnalité antisociale, ils constituent l'exception. Cette distinction est très importante : un individu avec une personnalité antisociale ne reconnaît pas les règles de cohabitation, n'a ni empathie ni désir de tisser des liens de partage et ne voit pas ses comportements comme problématiques. Ce tableau ne doit pas être confondu avec celui de jeunes qui « déchargent » leur mal-être. La manifestation est la même, mais leur genèse est différente et demande une réponse spécifique. Une personne avec un trouble de la personnalité antisociale nécessite un recours fréquent à la justice, qui rappelle les règles et sanctionne pour les faire respecter, mais sans beaucoup d'espoir que la personne les intègre par la suite. Au contraire, la plupart des jeunes dont nous parlons ont besoin de règles, mais avant tout de contenance et de lien.

Le conflit comme opportunité éducative et thérapeutique

Pour pouvoir aider ces jeunes à entamer un travail de deuil, il faut construire un terrain propice et rencontrer le jeune « là où il est ». Ce serait bien plus simple s'il savait demander de l'aide, mais cela n'arrive pas toujours. Nous devons être pragmatiques : les conflits sont la porte d'entrée pour entamer la relation. Voici comment les choses se sont passées avec Musa :

« Je rencontre Musa à la demande des éducateurs du foyer. Je contacte rapidement les enseignants de l'école et sa curatrice pour obtenir le maximum d'informations sur la manière dont ça se passe avec les autres intervenants et dans les autres espaces de sa vie. Partout, j'entends les mêmes commentaires : « Il est ingérable, ne respecte pas les règles et se montre menaçant. » Le commentaire d'un enseignant m'interpelle tout particulièrement : « Il faut le sanctionner, l'expulser de l'école. Autrement, il gagne et nous lui montrons que nous sommes faibles. Il faut lui faire comprendre qui a l'autorité ! » Je lui réponds qu'en effet, Musa est un jeune très problématique, mais qu'il souffre aussi, car il vient d'apprendre le décès de sa mère. Son père est

décédé il y a longtemps. Ma tentative d'apporter de la nuance en situant ce jeune dans son contexte provoque l'effet inverse: l'enseignant s'énerve, me reproche de ne rien comprendre, de le "victimiser" et de justifier son comportement. Musa est finalement expulsé de l'école et du foyer pour une période de 10 jours. À son retour, son attitude ne s'améliore guère. »

Il est essentiel d'éviter de porter un jugement sur les réactions des professionnels – excellents dans la plupart des cas – afin de pouvoir comprendre la manière dont une situation a pu se dégrader. La réponse de cet enseignant est par ailleurs emblématique. Le professionnel éprouve un vécu de menace et sent le besoin de se défendre, confronté à des actes de violence parfois extrêmes et pour lesquels il n'est ni formé ni entouré.

Dans certains cas, l'utilisation de la force, sous forme d'expulsion par exemple, s'avère nécessaire. Il faudrait cependant adresser le jeune vers un foyer spécialisé pour les troubles du comportement, dans lequel il pourra continuer à bénéficier d'un encadrement. Durant la période de l'expulsion, le jeune devrait avoir la visite des professionnels qui l'ont accompagné jusqu'à ce moment, pour lui signifier que « nous ne t'avons pas oublié », et que « nous avons dû mettre une limite à tes actes violents, mais pas au lien ». Quand le jeune réintègre le foyer, il s'agit de reprendre ce qui s'est passé et de réfléchir ensemble à la manière de faire mieux par la suite. Ceci l'aide à grandir, à mieux comprendre ce qui lui arrive et renforce le lien. À notre avis, un jeune ne devrait en aucun cas être expulsé et adressé à un foyer pour adultes, où l'encadrement est presque inexistant. Ce type d'expulsion ne fait qu'aggraver le vécu d'abandon, la solitude et le sentiment d'avoir tout perdu.

Ces situations de conflit entraînent souvent une polarisation entre deux attitudes: « Soit on cède et on laisse faire... soit on maîtrise et le jeune s'adapte à nos valeurs et règles. » Les deux options sont très délétères. La première empêche l'éducation et n'apprend pas au jeune à mieux tolérer la frustration, à contenir ses émotions, à trouver des compromis et in fine à « faire son deuil ». La seconde option évacue la singularité de l'individu, met à mal la construction d'un lien et entrave la création d'un modèle identificatoire sur lequel

le jeune pourra s'étayer pour construire sa propre identité. Dans le cas des jeunes migrants, elle se construit en métissant ce qu'il a pu acquérir de sa culture d'origine et de sa famille, avec celles de la société et de la culture du pays d'accueil. Les valeurs de la société d'accueil sont transmises à travers les liens tissés avec les adultes qui l'entourent et qui lui servent de modèles identificatoires. Mais pour y arriver, il doit intégrer ces nouvelles valeurs de manière progressive et constructive. Si les valeurs « entrent par la force », elles n'auront pas beaucoup de chance de s'intégrer harmonieusement dans le psychisme du jeune. Elles seront une sorte d'artefact, de corps étranger dont il se débarrassera dès que possible.

Dans les situations de conflit relationnel dont nous traitons ici, si les professionnels imposent les règles uniquement par la force, le jeune se révolte ou se soumet. Dans ce dernier cas, la soumission le confronte une fois de plus à une perte, celle de son identité d'origine déjà fragilisée. Le résultat en est un sentiment de deuil accentué et l'impression de ne rien maîtriser.

« Le jeune Musa m'explique qu'en plus d'avoir perdu ses parents, il vient d'une ethnie minoritaire dans son pays, ethnie qui n'avait pas l'autorité et qui, de ce fait, était souvent dénigrée, maltraitée et humiliée. »

Il faudrait alors offrir au jeune une marge de manœuvre et lui laisser un certain pouvoir de manipuler les valeurs et les règles, dans le sens de « jouer avec », et non de les détourner de leurs finalités ou de les abandonner. La mise en œuvre de ce processus d'internalisation des règles débute très jeune et se poursuit durant l'adolescence. Pour mieux appréhender ce processus, un bref retour aux premières étapes du développement psychique est nécessaire.

L'enfant de 18 mois s'oppose quasi systématiquement à tout ce que les parents proposent : c'est la « phase du non ». Cette période est cruciale pour son développement. Les parents se voient confrontés au défi de décider quelles sont les règles à respecter absolument et quelles sont les entorses qu'ils tolèrent. L'enfant perçoit alors progressivement que si certaines règles sont absolues, d'autres ne le sont pas, lui laissant une marge de manœuvre pour se sentir respecté et

s'autonomiser, mais aussi pour intégrer qu'il y a une autorité bienveillante. Pour le psychanalyste Jean-Luc Donnet, la capacité de l'enfant à dire « non » aux parents est à la fois une capacité d'identification au « non » des parents, et aussi une opportunité de « se différencier » des parents, pour pouvoir constituer sa propre personnalité différente, tout en ayant des points de similitude (Donnet, 1995).

Ce processus d'internalisation des règles pourra se faire à condition que celui qui détient l'autorité puisse supporter le conflit et le comprendre comme un événement nécessaire pour la maturation du psychisme et des liens interpersonnels. Le conflit n'est pas forcément synonyme de destruction, de « guerre » ou de mort ; il est aussi une manière de tester la solidité des liens. L'enfant comprend que les parents comme les éducateurs continuent à l'aimer, même après la dispute et malgré les émotions fortes vécues. Dans le même sens, pouvoir « survivre » au conflit et maintenir le lien qui l'unit aux adultes aident le jeune requérant d'asile à expérimenter la possibilité de préserver de bonnes choses qui résistent à la destructivité.

L'autorité et la fonction parentale

Pour parvenir à créer une relation de confiance et intégrer les règles, le jeune doit bénéficier d'un lien privilégié avec un adulte, ce qui implique qu'il doit avoir un ou deux référents comme interlocuteurs adéquats, et non pas une « équipe indifférenciée ». De plus, il doit pouvoir se sentir « aimé » par celui qui détient l'autorité avant qu'il soit soumis aux éventuelles sanctions.

Un détour s'impose pour préciser ce que seraient une « bonne » règle, une « bonne » sanction et une « bonne » autorité. Nous considérons que la « bonne » autorité est celle qui favorise l'échange, la confiance, l'autoestime et le respect mutuel entre les personnes. En reprenant ce qu'a dit la philosophe Hannah Arendt (Arendt, 2007), « L'autorité est à l'opposé de la domination et s'inspire de la notion "*d'auctoritas*" (faire grandir). L'autorité ne s'impose pas par la persuasion ou la contrainte ; elle s'exerce sur des êtres libres et se fait respecter inconditionnellement ». Sur la base de cette autorité bienveillante, les règles doivent être éminemment pragmatiques et

fonctionnelles, respectueuses, proportionnelles, équitables, clairement énoncées et comprises. Elles doivent se mesurer en termes d'efficacité par rapport au but espéré (Galichet, 2011). Si elles s'avèrent inefficaces, elles doivent évoluer.

Les règles ne sont donc pas immuables, elles peuvent changer, mais seulement après réflexion et consensus entre ceux qui détiennent l'autorité, et toujours dans l'intérêt et le respect de ceux qui vont devoir les suivre. Dans ce contexte, les « bonnes » règles déterminent ce qui doit être fait et permettent de rendre prévisibles une série de comportements sociaux, afin que les personnes puissent interagir sans avoir à déployer de grands efforts pour se mettre d'accord et en limitant le risque de conflit, de danger et de désordre qui pourraient attaquer l'équilibre social.

Quand tous les moyens pour faire respecter les règles ont échoué, les sanctions servent à signaler qu'une limite ne doit pas être dépassée, sinon l'individu se mettrait en danger ou mettrait en danger autrui ou la société dans laquelle il vit. Les règles et les sanctions sont au service de la maturation psychique, et non pour satisfaire un sentiment de vengeance ou démontrer qui est en possession de l'autorité. La maturation psychique implique d'apprendre à gérer ses envies et désirs, de trouver des compromis avec autrui et de prendre conscience du rôle que chaque personne joue dans la société.

Avoir une « bonne » autorité et enseigner aux jeunes les règles à respecter est une tâche très exigeante, car ils ont énormément de besoins et doivent faire face à de grandes frustrations, ce qui réduit leur seuil de tolérance. Pour les y aider, un lien de confiance est nécessaire. Dans une situation normale, ce lien se construit avec les parents pendant plusieurs années, alors que dans notre cas, il doit se créer en quelques mois, et de surcroît avec des différences culturelles. Les professionnels ne peuvent pas créer un lien d'amour comme les parents le créent avec leurs enfants, mais ils peuvent aspirer à établir un lien de confiance et une fonction parentale « suffisamment bonne ». C'est un grand défi : construire un modèle psycho-éducatif qui soutienne les professionnels dans l'encadrement des jeunes dès leur arrivée. À titre d'exemple, il nous paraît important de leur offrir des espaces de rencontre et de favoriser des moments de partage

ludiques, de jouer au foot et aux cartes – ce qui implique par ailleurs de respecter des règles –, de faire des promenades et d'en profiter pour parler de leur quotidien. Ces moments sont propices pour leur expliquer comment fonctionne notre société et ce qu'elle a de bon à offrir, tout en nous intéressant à celle qu'ils ont laissée derrière eux.

Cet exercice de dialogue, de « va-et-vient » entre « notre » culture et la « leur », aide à mieux nous connaître et à tisser des ponts en repérant les ressemblances entre leur société d'origine et la nôtre, pour favoriser une intégration, mais aussi à identifier ce qui est différent et qui ne pourra pas s'intégrer. Les jeunes requérants doivent intégrer les règles essentielles de notre société, mais ils devraient être libres de ne pas le faire pour toutes les autres. Il faut par contre absolument lutter contre la désintégration des règles et des valeurs, qui n'amène que désordre, chaos et destructivité.

Reprenons le cas de Musa pour illustrer comment le lien de confiance se construit progressivement :

« Notre première rencontre a lieu au foyer. Je viens le voir en tant que médecin, lui dis-je, car on m'a signalé des problèmes importants. Il me regarde d'un air méfiant, me répond que ce n'est pas juste, qu'il n'a rien fait de mal, qu'il est la cible des éducateurs et enseignants. Avant de parler des problèmes, je l'invite à me parler de ce qui est important pour lui. Nous discutons longuement de foot, des joueurs qu'il aime, des matchs qu'il fait avec ses amis. Je m'intéresse à ce qu'il m'explique et lui donne de la valeur. En même temps, je lui communique mon sentiment que les tensions au foyer et à l'école ne doivent pas être très agréables à vivre. Il acquiesce.

À ce stade, je ne suis pas sûr qu'il comprenne à quoi sert ce premier entretien avec moi, mais c'est l'occasion pour lui d'expérimenter que la rencontre n'est pas désagréable. Je lui propose de nous revoir rapidement. Nous continuerons à parler de foot, mais aussi de la manière de faire pour que les choses se passent mieux au foyer et à l'école. Il n'exprime pas un intérêt particulier, mais ne s'y oppose pas non plus. En effet, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, le jeune n'a pas de demande explicite ; celle-ci émane des professionnels. J'appuie la position et les règles des autres intervenants, afin d'éviter tout clivage, en lui suggérant qu'il y a peut-être des malentendus, ou qu'il y a des « choses » qui le préoccupent, qui le rendent nerveux et qui lui appartiennent. Je souhaite l'aider à résoudre ces soucis, ou en tout cas, à améliorer sa situation. Très rapidement, je sens qu'il a envie que « ça marche », et qu'au fond il éprouve une grande tristesse et une peur. Il se sent

perdu, me dit-il, ne comprend rien. Il me répète qu'il n'est pas méchant et est convaincu que les autres adoptent des attitudes racistes envers lui.

Progressivement, entre discussion de foot et discussion de foot, nous abordons des éléments de son passé. Jouait-il au foot dans son pays ? Évidemment oui ! Quelle question ! Peu à peu, par touches délicates, il me raconte son pays, son village, son ethnie, ses parents. »

Il est essentiel d'aborder ces sujets très progressivement, car à vouloir en parler trop frontalement, trop vite ou trop longuement, on risque de confronter le jeune aux pertes de manière brutale et de réveiller un vécu émotionnel trop intense à gérer. Obtenir un récit de parcours migratoire ou de la vie dans le pays d'origine peut prendre des mois et rester très vague. En tant que professionnels, nous devons apprendre à composer avec ces zones d'ombre et ces incertitudes. Le but n'est pas que nous connaissions tout de l'histoire du jeune, mais qu'il puisse mieux vivre avec son passé et les émotions qui en découlent. *In fine*, un jeune requérant doit acquérir la capacité de mobiliser ses souvenirs d'une manière adéquate, afin qu'ils deviennent une ressource pour avancer dans la vie et dans son travail de deuil.

Poursuivons avec Musa :

« Par la suite, nous parlons de ce qu'il aime, de ce qu'on lui a appris, de comment étaient ses parents et la vie au quotidien. Je me fais une meilleure idée de son monde et en même temps, en "me racontant", il "se raconte" aussi toutes ces bonnes choses du passé. Un récit de son histoire peut se construire. Des émotions émergent, les multiples deuils se révèlent. À partir de ce moment, j'ai l'impression d'être investi en tant qu'adulte et professionnel "suffisamment bon", bienveillant et à l'écoute, mais en même temps un adulte qui véhicule des règles claires. Je peux également prendre une place de "tiers" entre les éducateurs/enseignants et lui, une sorte de médiateur qui aide à faire de la liaison, psychique et relationnelle. J'ai conscience que je travaille en interdisciplinarité avec les autres professionnels, mais que je me trouve dans une position privilégiée, complémentaire, par le fait de ne pas être au quotidien avec Musa, et donc moins confronté aux conflits et capable de le rencontrer autrement. Il devient peu à peu plus facile de parler des règles, des punitions et des conflits avec les autres professionnels, de son fonctionnement et de celui de notre société. J'insiste sur le fait que les règles du foyer et de l'école sont bonnes, utiles et surtout non arbitraires. Mais cela ne suffit pas. J'ai beau le lui dire, il faut que notre lien puisse

être “déployé” avec les autres professionnels. J’invite donc son éducatrice référente à participer à plusieurs de nos entretiens et nous pouvons nommer les tensions et les conflits. Progressivement, ceux-ci s’adoucissent... avec des rebondissements qui nécessitent beaucoup de patience, de persévérance et de coordination entre professionnels. »

Le travail en réseau interdisciplinaire – une fonction contenant pour les professionnels

Dans la situation de Musa, notre deuxième tâche est de réunir tous les professionnels. Il faut éviter que chacun se retrouve seul face à ce jeune en difficulté, car au vu de ses comportements, même le meilleur professionnel aurait rencontré des difficultés à prendre du recul et à penser. Pour ce faire, une condition nécessaire est le travail en réseau, qui aide à retrouver une contenance groupale : « Nous ne sommes pas seuls face à l’adversité. » Le réseau sert à clarifier nos différents points de vue, à construire une vision commune de la problématique et à adopter une prise en charge cohérente, même si par moments nous sommes en désaccord.

Dans le travail en réseau, un des premiers enjeux est de déterminer le « diagnostic » et l’attitude à prendre. Dans le cas de Musa, la question était de savoir s’il est un jeune « antisocial » qu’il faut cadrer et confronter au respect de la loi. Il faut un certain temps pour parvenir à la conclusion conjointe que les comportements clairement inadéquats et même dangereux qu’il présente ne sont pas liés à une velléité de faire du mal, mais correspondent à une décharge désespérée du trop-plein émotionnel et à un appel à l’aide (Roussillon, 2007). Ce changement dans la manière de comprendre le jeune permet aux membres du réseau d’améliorer leur empathie et leur capacité à contenir ses émotions, tout en lui indiquant : « Nous avons envie de t’aider, mais pas avec ce type de comportements. » Nous réalisons un travail de « traduction » de son comportement en mots, ce qui le rassure en lui signifiant que nous percevons sa détresse et que nous sommes prêts à l’aider (Bion, 2001, 2003). Attitude bienveillante et imposition de limites peuvent enfin coexister.

Les déterminants pour comprendre le rapport aux règles et à l'autorité

Il nous paraît important d'apporter quelques repères sur le rôle que jouent la culture, l'organisation de la société et l'état du pays d'origine dans l'assimilation des règles du pays d'accueil par le migrant. Il s'agit d'un sujet très large, sur lequel le lecteur intéressé pourra trouver des références précises et variées (Arendt, 1996 ; De Swaan, 2016).

Chaque société définit qui est le détenteur de l'autorité, mais aussi qui définit les règles et les lois, qui les applique et qui va rendre justice et sanctionner ceux qui ne les respectent pas. Ces éléments ne sont pas universels, et nous savons que la démocratie prend des formes différentes ou que certains États violent les règles ou les instrumentalisent à des fins qui servent le pouvoir. La façon dont les États sont gouvernés conditionne les institutions et le comportement des différentes couches de la société : la sécurité (l'armée et la police), les administrations, le système éducatif et sanitaire, mais aussi les rapports professionnels et privés entre les personnes et au sein des familles. À certains égards, le fonctionnement de l'État et de ceux qui détiennent l'autorité représente pour les adultes ce que les parents sont pour les enfants : un modèle identificatoire, un point de repère, un miroir dans lequel se reconnaître ou pas. Au cours du temps, la forme de gouvernance, le fonctionnement social et la culture s'intriquent d'une manière telle qu'il devient difficile de les différencier. Une dictature qui se prolonge modifiera le fonctionnement social et imprégnera inévitablement la culture transmise de génération en génération.

« Un jeune requérant d'asile qui a de la peine à accepter les règles profite dès qu'il se trouve seul, sans adulte, de les enfreindre. Un jour, il me raconte une anecdote qui offre un nouvel éclairage pour comprendre son comportement. Il a quitté son pays dominé par un dictateur, où règnent l'arbitraire, les abus de pouvoirs par les autorités et la corruption. Les employés de l'État sont très mal payés. Un jour, à l'école, son enseignant informe les élèves qu'ils vont devoir étudier les thèmes 1 à 10 pour l'examen, mais qu'il n'enseignera en classe que les thèmes 1 à 7. Pour apprendre les autres thèmes, il leur faudra participer à ses leçons privées, évidemment payantes, moyen pour lui d'avoir un salaire décent à la fin du mois. En tant que représentant

de l'autorité dans l'école, il a imposé aux jeunes des règles abusives. En l'occurrence, pour la famille de ce jeune, il était impossible de payer ce "supplément", et il était donc voué à l'échec en subissant une autorité malveillante et arbitraire.»

Pour ce jeune, le comportement de son enseignant, même mauvais, est intégré comme modèle d'autorité. Dans ce contexte de désordre étatique, nous savons que d'autres figures représentant l'autorité en abusent, comme des médecins (qui font payer plus leurs patients pour « mieux » les soigner), des policiers (qui amendent de manière abusive), des juges (qui protègent celui qui paie le plus), etc. Tous ces exemples « vécus » deviennent le modèle de référence concernant les règles et l'autorité. Ils constituent la « bibliothèque » des souvenirs. Quand l'État et ceux qui le représentent dysfonctionnent, les seuls contrepoids sont les repères familiaux, traditionnels ou religieux. À condition qu'ils soient solides, qu'ils soient portés par des valeurs bienveillantes et respectueuses et, évidemment, qu'ils soient disponibles. En effet, de nombreux jeunes arrivés en Europe sont issus de milieux sociaux très déstructurés et ils n'ont pas pu intégrer d'autres modèles. Pas besoin pour cela d'avoir vécu dans un pays en guerre, comme la Syrie, ou dans un pays sous dictature, comme l'Érythrée. Les jeunes venus des banlieues de Casablanca au Maroc (Trajectoires, 2018), ou de Lagos et Abuja au Nigeria, sont confrontés à des dislocations familiales précoces et grandissent dans la rue, à la merci d'un monde d'adultes implacable. Confrontés très jeunes à la violence et aux abus, ils sont bien en peine de comprendre la valeur des règles en société.

Dans d'autres cas, les jeunes ont pu intégrer de « bonnes » valeurs dans leurs pays, puis les « perdre en cours de route », confrontés aux passeurs, mafias, geôliers dans les prisons, policiers corrompus, etc., qui leur ont imposé des règles abusives, ou pire encore, quand ils ont été confrontés à l'absence totale de règles et au désordre absolu. Ces absences d'intégration des règles à l'origine, ou la perte de la valeur de celles-ci en cours de route, vont complexifier les prises en charge dans le pays d'accueil. Connaître ces enjeux aide à mieux comprendre et à chercher les meilleurs aménagements possible pour encadrer ces jeunes et les faire grandir.

Les conflits liés à un malentendu, en lien avec la culture et la maîtrise de la langue

Des malentendus peuvent surgir au sujet de comportements qui évoquent une infraction à la règle, mais qui ne le sont pas. À titre d'exemple, le tutoiement et le vouvoiement ne sont pas utilisés de la même manière dans toutes les sociétés. Dans certaines, la norme est le vouvoiement et ne pas s'adresser de cette manière est considéré comme un manque de respect, tandis que dans d'autres, le respect à l'autorité passe par d'autres codes. La distance relationnelle et la manière de s'exprimer sont également codifiées. Dans certaines cultures, on trouve une familiarité dans le contact, une manière de parler très directe, moins de formes de politesse, un ton de voix plus élevé et davantage d'expressivité émotionnelle, avec comme corollaire fréquent une distance physique moindre et une facilité à se toucher. Pour d'autres au contraire, tous ces comportements sont perçus comme un manque de respect, voire de la grossièreté, et susceptibles de provoquer un fort malaise. Mais un des malentendus les plus récurrents reste la confusion liée à la langue.

« Un jeune arrive abattu à ma consultation, parce qu'il a été puni par un enseignant. Il n'en comprend pas la raison. Je lui demande de me décrire ce qui s'est passé... mot à mot. Je suis tout d'abord choqué par les propos qu'il a tenus à l'enseignant. Une fois le malentendu clarifié, je ne peux m'empêcher de sourire. En effet, il était en train de faire des exercices, quand l'enseignant lui a demandé poliment s'il avait besoin d'aide... ce à quoi il a répondu "Non. Fous-moi la paix". Comprend-il qu'il a été très grossier ? "Pas du tout", me répond-il. Ce qu'il voulait dire était : "Non, j'ai besoin de tranquillité pour faire les exercices." Je comprends à cette occasion que, malgré qu'il s'exprime dans un assez bon français, son vocabulaire est encore très limité, et surtout qu'il a appris le français en parlant avec d'autres camarades. »

On observe le même type de malentendu quand les jeunes essaient de décrire leurs états émotionnels.

« Un jeune en thérapie me dit très souvent qu'il est fâché. Il est fâché pour tout, même pour des choses très banales, ennuyeuses certes, mais pas au point d'en être fâché. Il me faut du temps pour découvrir que, son vocabulaire étant limité, il n'a qu'un mot pour décrire qu'il était contrarié :

“Je suis fâché.” En effet, il ne dispose pas de toute la gamme à laquelle un francophone a recours : énervé, embêté, agacé, contrarié, mécontent, irrité, ennuyé, dépité, grognon, morfondu... en colère. Dès lors, il ne peut pas communiquer une gradation de l'intensité émotionnelle en choisissant le bon mot. En attendant qu'il apprenne bien le français, je lui demande toujours qu'il me donne une note de 0 à 10 sur l'intensité de son état émotionnel, en fonction du terme qu'il utilise. »

Face à ces différentes sources de malentendu, nous proposons très simplement à la personne de préciser ce qu'elle veut dire quand ses propos interpellent ou heurtent. Cette attitude permet deux choses : clarifier un possible malentendu et lui offrir la possibilité de se rattraper et de « corriger le tir ». De manière générale, le professionnel doit accepter la présence de moments de grande tension dans les rapports humains, surtout avec ceux qui ont vécu des drames et ont de la difficulté à contenir leurs émotions, utilisant de ce fait des formes de communication inadéquates. Il doit choisir le moment où il faut pouvoir conflictualiser et imposer une règle, et celui où il faut trouver un compromis, voire « laisser passer ».

La règle et l'exception à la règle – l'importance d'avoir un adulte référent

Les règles sont essentielles, mais elles doivent être malléables et proportionnelles. En effet, devons-nous réagir de la même manière face à un jeune qui arrive en retard, qui ne se montre pas toujours poli ou qui ne fait pas ses devoirs ? Devons-nous le traiter de la même manière que tous les autres jeunes ? Devons-nous faire des exceptions ? Comment trouver la « bonne mesure » entre les obligations valables pour tous et les particularités de chacun ?

Appliquer ce que nous venons de décrire dans ce chapitre et trouver la « bonne mesure » avec le bon jugement n'est pas affaire facile. Cela se fait d'autant mieux si le jeune bénéficie de professionnels référents. Le référent éducatif (idéalement un couple de référents) le connaît mieux et tisse un lien privilégié avec lui. Il peut ainsi mieux décider s'il est nécessaire d'être sévère et de cadrer un comportement, ou d'être tolérant et d'entendre un mot ou un comportement déplacé comme une tentative de faire appel à l'aide, par exemple. Dans ce cas,

il aide à « traduire » l'acte en paroles. Nous allons voir comment le dépassement de ces difficultés ouvre la voie à un travail d'accompagnement, qui permet enfin aux émotions et souvenirs d'être partagés et vécus d'une manière moins menaçante. Le processus du deuil peut avancer et le vécu de la perte devenir moins douloureux.

9.3. « J'ai peur de les oublier » : du travail de deuil à l'attitude envers le deuil

Savoir vivre avec ses pertes et apprivoiser les émotions douloureuses

Il y a autant de deuils que de personnes et de pertes. Chaque deuil est singulier, unique. Certains sont plus faciles à surmonter et, en quelques jours ou semaines, la personne reprend sa vie. Elle « tourne la page », oublie même. Cette conception du deuil est chère à beaucoup de personnes qui, face à la douleur de la perte, souhaitent oublier, ce qui se comprend. Par contre, elle est problématique si la société exige une telle attitude des endeuillés comme unique forme valable et, par sa force normalisatrice, impose qu'un bon endeuillé est celui qui « fait son deuil » et qui laisse la perte derrière soi pour passer à autre chose. Comme cela a déjà été mentionné, il peut y avoir une dictature du bien-être et de l'absence de douleur et de souffrance (Horwitz, 2007), alors que l'expérience nous montre que certains deuils ne se terminent jamais et durent une vie entière. Les exemples les plus illustratifs sont les deuils mobilisés par la migration. Bon nombre de migrants continuent à entretenir des liens avec leurs pays d'origine, leurs cultures, leurs familles et amis, et se créent un environnement familial en parallèle à leur vie au pays d'accueil, malgré la distance et l'impossibilité ou la difficulté de se rencontrer. Les appels téléphoniques, les vidéoconférences, les voyages ponctuels au pays et toutes les autres formes de communications nourrissent ces liens, mais, inévitablement, chaque « au revoir » et chaque promesse de retrouvailles réactive le deuil. Lien et deuil forment un couple inséparable qui subit davantage de tensions quand des événements difficiles ont lieu : la maladie, des accidents

ou des décès d'être chers, avec l'impossibilité de les accompagner ou d'assister à leurs funérailles; mais aussi lors d'événements heureux, comme des mariages ou des naissances.

Nous l'avons vu, dans de nombreuses cultures, le lien avec le défunt doit perdurer et demeurer présent pour les vivants. Ce n'est pas seulement une affaire culturelle: garder le lien avec ce qui a été perdu a une utilité psychique inestimable. Pour nos jeunes migrants non accompagnés, comment pourrions-nous exiger qu'ils puissent « tourner la page » et oublier leurs familles? Ils ont besoin de garder vivants les souvenirs partagés pour pouvoir s'appuyer sur eux et être moins seuls. Dès lors, comme le philosophe Vincent Delecroix et l'écrivain Philippe Forest développent dans leur livre conjoint *Le deuil*. Entre le chagrin et le néant, il ne s'agit donc pas de « faire son deuil », mais de développer une « attitude envers le deuil » (Delecroix, 2015). Un travail constant de transformation du lien aide à vivre avec les deuils de manière à ce que la douleur puisse être gérable. Les bons souvenirs peuvent être mobilisés, avec une recherche de bonheur et la construction de projets, même s'il persiste une certaine douleur ou une nostalgie de ce qui a été perdu. Cette attitude ne doit pas être prise pour une fragilité, bien au contraire, elle protège de la dépression. Cette idée s'inspire des concepts de « dépressivité » (Corcos, 2009) et de « position dépressive » (Klein, 2009; Winnicott, 1955).

Contre la douleur: les troubles du comportement, la consommation de toxiques et l'autoexclusion

« Dans un premier temps, le jeune Musa ne parvient pas à développer une attitude envers le deuil qui lui soit propre, qui le reconforte. Trop douloureux, les souvenirs de ses parents doivent être écartés. Ses troubles du comportement sont alors compris comme une forme de « diversion »: il se focalise sur autre chose pour éviter de vivre ce qui fait mal. Mais malgré ses efforts, les souvenirs s'imposent la nuit et il est alors, tout au contraire, saisi par la peur d'oublier ses parents. L'ambivalence du lien à ce qui avait été perdu est perceptible. Comment un si jeune homme supporte-t-il ce tiraillement? Chez lui, l'échappatoire est l'agir – des troubles du comportement – pour ne pas penser, alors que pour d'autres, ce sera la consommation de toxiques, pour anesthésier le lien douloureux et le remplacer par un produit. »

Aussi paradoxal qu'il puisse paraître, le toxique permet de remplacer et même de maîtriser le lien perdu (Corcos, 2009). Pour la personne confrontée à la perte, le toxique est plus fiable parce qu'elle peut y avoir recours à sa guise, alors que les autres ont leur volonté propre et peuvent refuser d'entrer en lien ou disparaître. Par ailleurs, l'effet du toxique est prévisible, tandis qu'un être humain ne l'est pas.

Évidemment, les effets néfastes du toxique ne se montrent que plus tard, et parfois trop tard. Il faut tout entreprendre pour aider ces jeunes à ne pas tomber dans la dépendance à une substance toxique, car une fois le « lien établi » avec le produit, ils auront tendance à écarter tout lien personnel et il deviendra extrêmement difficile de construire une relation de confiance avec eux.

Les personnes en situation de grande précarité sociale, comme la population requérante d'asile, sont susceptibles d'utiliser d'autres moyens extrêmes pour se protéger contre ce type de souffrance. Le psychiatre Jean Furtos (Furtos, 2007, 2008) s'est beaucoup intéressé au lien entre souffrance sociale et souffrance psychique. La souffrance sociale est l'une des souffrances les plus difficiles à supporter, car elle est issue précisément des relations avec d'autres humains. Si l'individu se sent exclu de la société et qu'à cela s'ajoutent d'autres pertes encore, il peut opter pour une solution radicale : « s'autoexclure ». Il s'agit d'un phénomène inconscient qui lui « permet » de se couper de la situation qui fait souffrir, voire de sa « capacité à souffrir ». Le retour en arrière deviendra difficile, il pourra même se montrer très hostile à toute tentative pour sortir de cette position, car elle impliquera le retour à la souffrance.

Patrick Declerck (Declerck, 2001) a longtemps travaillé à Paris, en tant que psychiatre, avec les personnes sans domicile fixe et décrit un phénomène qui consiste à bloquer toute trace de souffrance passée, comme si « rien ne s'était passé ». Le prix à payer est similaire à celui de l'autoexclusion. Declerck avance l'hypothèse que ce type de fonctionnement remonte à des stades très précoces du développement de l'enfant, qui aurait déjà vécu des moments d'abandon, une sorte de désocialisation du lien au début de la vie. C'est ce qui est arrivé à certains jeunes requérants d'asile.

Au vu de ce qui précède, il est nécessaire que les professionnels et pouvoirs politiques assument une responsabilité de prévention au niveau de la santé mentale de ces jeunes. Le cadre de vie et le lien qui leur sont proposés visent à les aider à contenir leur vécu émotionnel douloureux, par moments débordant, pour qu'ils puissent, progressivement, l'appriivoiser. Ils peuvent ainsi faire l'expérience que l'on peut survivre à la perte. Très progressivement, il ne sera plus nécessaire de s'en défendre et d'éviter de penser à ce qui a été perdu, mais, au contraire, ils pourront découvrir qu'il est possible de s'en approcher pour accéder ainsi aussi aux bons souvenirs. Ce qui était perdu ne l'est pas complètement, cela survit en nous.

Pour y parvenir, il faut de la patience, puisqu'il s'agit d'un long processus, avec d'inévitables allers-retours, des avancées, des régressions et des chutes, dont il faudra se relever encore et encore. Finalement, il s'agit d'aider le jeune à accéder aux souvenirs, progressivement, par un travail de remémoration. Mais ce dernier est difficile à entamer, et même délétère s'il se fait de manière précipitée ou trop directe. Nous préconisons de débiter cette remémoration par un travail centré sur les activités quotidiennes ou la construction d'un projet de vie, avec – dans certains cas – un soutien psychologique en appui. Les éducateurs, enseignants et tuteurs ont le rôle le plus important à y jouer.

Remémorer « ce » qui est loin à travers le quotidien

Avec Musa, le changement a été rendu possible par la construction très progressive du lien avec lui. Au début, nous sommes intéressés à son quotidien, et notamment au football, sans le brusquer et en évitant d'aller chercher des informations sur son passé de manière directive et intrusive. En général, les jeunes supportent mal que l'on se centre sur leurs problèmes, surtout si ce ne sont pas eux qui amènent le sujet. Par contre, quand ils l'abordent, nous devons les écouter et les encourager discrètement à mettre en mots ce qu'ils vivent, pour mieux le penser et l'appriivoiser :

« Au début de la thérapie, le jeune Musa me parle de ses parents et de sa peur de les oublier, mais par la suite il ne veut plus parler d'eux, ce que je

respecte. Je ne les oublie pas pour autant, ils sont présents pour moi et je continue à m'intéresser à son passé. À chaque chose qu'il me raconte, je me demande s'il a pensé à eux et ce qu'il aurait aimé leur expliquer. Quelque temps plus tard, c'est lui-même qui me remet sur leur piste. Un jour, il m'annonce qu'il ne veut plus jouer au foot. Pourquoi? "Parce que c'est comme ça!" me répond-il. Je m'étonne: il m'a souvent répété à quel point c'était important pour lui de jouer au foot, et combien il s'amusait. Il est très sérieux, se tait, regarde le sol. Le silence se prolonge. Dix minutes à peine se sont écoulées depuis le début de l'entretien, et, à voir Musa, il aurait pu se terminer là. J'interviens alors avec douceur: j'ai l'impression qu'il a quelque chose de difficile à dire, même difficile à penser et donc à formuler en mots... Il acquiesce. Que s'est-il passé au foot, pour qu'il n'ait plus envie d'y aller? C'est trop dur pour lui, me dit-il. Je lui propose d'essayer de dire ce qui lui traverse l'esprit. Il m'explique qu'il joue dans une équipe avec d'autres enfants de la ville. Souvent, aux entraînements, les parents de ceux-ci sont présents. Quand ils marquent un but, ils applaudissent. Lui n'a personne pour l'applaudir, et à la fin de l'entraînement, personne n'est là pour le serrer dans les bras et le ramener à la maison...

L'entendant dire cela, c'est moi qui reste sans voix, qui peine à trouver des mots. Son commentaire me touche profondément. Je parviens à lui dire que je suis désolé. Mon visage l'a déjà exprimé et il l'a vu. Silence. Son vécu m'a touché et à mon tour, j'ai eu de la peine à trouver les mots. Je n'ai pas perdu mes moyens, je n'ai pas interrompu l'entretien, je suis resté avec lui. Je lui ai dit calmement que les mots vont revenir. Parfois c'est comme ça... les émotions prennent le dessus et il faut laisser faire. J'accepte ce qui m'arrive. Je lui souris avec en même temps une expression d'être désolé pour lui. C'est peut-être plus facile pour moi de m'exprimer ainsi. Je lui demande ensuite s'il se rappelle d'autres moments qu'il a vécus avec ses parents. Son père lui enseignait le Coran, me raconte-t-il, et il en avait appris presque la moitié. Son père était fier de lui, lui avait dit qu'il devenait un adulte. Je lui demande si maintenant, il l'étudie encore. Non, me dit-il, mais il va à la Mosquée de temps en temps. C'est une manière de se rappeler de lui et de sa famille, mais ce n'est pas facile non plus.

Nous poursuivons avec sa vie au pays, et il me raconte davantage d'histoires sur son père et sa famille. En fin d'entretien, je lui demande s'il pense retourner au foot. Il va y réfléchir... J'apprendrai par la suite qu'il y retournera, puis arrêtera à nouveau, pour les mêmes raisons. »

Nous apercevons ici le tissage dense entre la réalité quotidienne, le passé et le deuil qui peine à se mobiliser. Tout semble condensé,

et il est essentiel d'avoir à l'esprit que n'importe quel évènement du quotidien peut être relié au passé et aux deuils. Pour « décondenser » et trouver une meilleure issue, le professionnel pense à tous ces liens qui s'entrelacent et encourage à mettre en mots tous ces vécus, par petites bribes, sans forcer : « Je suis à disposition pour t'écouter, pour t'aider à mettre des mots et pour que nous y pensions ensemble, si tu en as envie. » Parfois, le jeune saisit la perche tout de suite, parfois cela prend des semaines, des mois. L'important est qu'il entende notre invitation à partager et à parler.

Dans d'autres situations, il est propice de se tourner vers la vie sociale, les amis, la communauté. On peut par exemple s'intéresser à la cuisine (Sanchis, 2015), aux mets quotidiens ou réservés aux moments de fête. La cuisine est à la fois très personnelle, familiale, culturellement connotée, et universelle. Tous les individus mangent, et toutes les sociétés ont des plats traditionnels. Échanger sur ce sujet offre l'occasion de construire des ponts entre une rive culturelle et l'autre, celle du jeune et celle du professionnel. S'intéresser à la cuisine permet de s'intéresser à la créativité culinaire, la gastronomie, la diversité des produits, des épices utilisées, des manières de cuire et de servir, parfois étonnantes et de grande originalité. Il y a aussi les buts poursuivis : cuisiner pour se nourrir, pour partager, pour être ensemble, pour offrir... Et parler de cuisine, c'est parler du lieu symbolique et physique où se passent les interactions entre personnes. C'est se rappeler certains vécus d'enfance, en lien avec la mère ou la figure adulte qui a nourri, protégé et apporté de l'amour, ou la famille qui entoure et enveloppe. En s'intéressant aux aspects concrets, on cherchera un accrochage perceptif pour amener le patient à enrichir sa capacité associative et l'aider à élaborer son vécu psychique, comme la vignette ci-dessous l'illustre. Cette fois-ci, il ne s'agit pas d'une thérapie avec un jeune, mais d'une thérapie de famille.

« Dans une famille kosovare venue en consultation, chaque membre souffre d'une doléance psychique ou physique importante et ils restent souvent silencieux, sauf de temps en temps, quand des disputes violentes éclatent. Avec difficulté, je découvre qu'ils ont quitté leur famille et pays durant la guerre. Les parents ont une forte culpabilité concernant ce départ, et parler de la famille et du pays est donc devenu insupportable.

Au vu de leur histoire, je fais l'hypothèse d'un deuil compliqué qui émerge ponctuellement et provoque des "émeutes émotionnelles" qui se terminent en catharsis violente. Comme il est impossible de parler directement du passé, de la famille et du pays, j'approche le sujet en me centrant sur les ponts que je parviens à établir avec eux dans l'ici et maintenant. La mère dit souvent qu'elle aime écouter la musique de leur pays, ce que ses enfants détestent, car ils la considèrent ringarde et démodée. Elle leur rétorque qu'ils ne sont pas de vrais Kosovars, ça les irrite profondément. Cet épisode me donne l'opportunité d'entrouvrir la porte du pays d'origine et de leur identité culturelle, et de les faire interagir autour de ces questions. Le conflit peut être mis en mots sans débordement de colère. Un autre épisode s'ensuit. Ils parlent de la grillade planifiée le week-end suivant. Je m'enquiers de différents plats prévus, des types de marinades qu'ils pensent préparer, des sauces, des épices, des temps de cuisson... et telle "la Madeleine de Proust", ils commencent à discuter de leurs recettes traditionnelles, des fêtes de leur pays, des personnes de la famille qui leur ont transmis ces recettes, etc. J'ai l'impression que la famille entière du Kosovo est présente dans mon bureau. Et la famille, sans plus besoin de moi, échange joyeusement sur ces souvenirs du passé. La thérapie durera encore un certain temps, avec la disparition des disputes violentes et l'émergence d'un travail de deuil en famille. »

Des approches complémentaires : thérapeutiques et d'accompagnement

Lors des prises en charge des jeunes requérants d'asile non accompagnés, nous n'avons pas la ressource de la famille, comme ça a été le cas dans ce dernier exemple, mais nous pouvons imaginer d'autres dispositifs de groupe qui contribuent à faire émerger ce type d'expériences thérapeutiques : des groupes thérapeutiques de parole, à médiation de photo-langage (Alfano, 2018 ; Lo Piccolo, 2009, 2015), de sport, d'activités créatives, de cuisine, etc.

Ces groupes ont la particularité d'être des moyens de médiation, et il n'est pas nécessaire de parler des difficultés dans un but thérapeutique, ou même de parler tout court. Il est possible de « faire des choses » qui vont mobiliser le psychisme à l'insu de l'individu, apporter de la pensée et même, dans certains cas, des souvenirs. Le passé « oublié » ou trop douloureux pour être évoqué de manière explicite va exister et se rendre présent par des actes, ouvrant la porte à un éventuel travail de mise en mots. Les approches par l'ergothérapie, en individuel ou en groupe, en sont une excellente illustration.

« Un collègue ergothérapeute me relate le cas d'un patient d'origine africaine hospitalisé en milieu psychiatrique. Celui-ci a vécu une migration erratique, est isolé et sans entourage en Suisse. Il suscite le désespoir chez les thérapeutes, car il refuse de parler. Il est considéré comme un cas "perdu" : pas d'accès à la parole, pas d'accès à la pensée, pas de traitement, sauf des médicaments. Pourtant, ce patient se rend rigoureusement à toutes les séances d'ergothérapie où il fait de la céramique. Il a choisi une terre rouge, ce qui n'est pas passé inaperçu pour l'ergothérapeute. "Pourquoi avoir choisi cette terre?" demande-t-il. Parce qu'elle lui rappelle la "latérite", une terre rouge si fréquemment rencontrée en Afrique. Un lien inattendu émerge et une porte s'ouvre pour penser ensemble. »

L'apprentissage et le projet de vie – une voie vers la sublimation

La « sublimation » est à l'origine un terme qui vient de la physique: le passage direct d'un corps de l'état solide à l'état gazeux, sans passer par l'état liquide. En reprenant la définition donnée par le psychanalyste Alain de Mijolla (Mijolla, 2005), « dans le romantisme, Goethe voit ce qui met le sujet hors de ses limites et l'élève au-dessus de lui-même », on passe d'une « élévation de la matière » à une « élévation de l'âme ». Ce terme a été repris par des psychanalystes pour désigner un processus psychique. Toujours selon la définition d'Alain de Mijolla, « il s'agit d'un processus qui dérive le flux pulsionnel de son but immédiatement sexuel (ou d'agressivité) et déplace cette énergie à disposition du développement culturel ». En quelque sorte, il permet de « décharger » le trop-plein émotionnel d'une manière non destructrice ni chaotique, en permettant tout au contraire de créer, par des actes ou des pensées, des objets concrets ou symboliques qui vont être reconnus par l'entourage et la société comme des objets beaux ou des actes de valeur. L'art, le développement culturel et le savoir, l'apprentissage, l'activité professionnelle, l'altruisme et l'aide aux autres en sont les exemples les plus reconnus.

Pour les jeunes migrants soumis à de grandes frustrations et à des deuils accumulés, mais aussi à la difficulté de construire une stabilité dans le quotidien et un avenir, la sublimation est certainement une voie constructive. Particulièrement si l'on pense aux tensions provoquées par la tempête hormonale propre à l'adolescence. Toutefois,

si la sublimation est considérée comme une réponse à la souffrance parmi les plus matures, elle a ses limites et ne doit pas être considérée comme l'aspiration ultime pour canaliser toutes ces émotions.

L'objectif des professionnels est donc de favoriser un espace de vie et de rencontre qui aide le jeune à trouver un objectif existentiel, un projet de formation, professionnel, familial et social. Il pourra alors se sentir reconnu et porté par la « communauté professionnelle » comme l'enfant par une mère qui le protège. Elle lui permettra de mieux supporter son vécu émotionnel (en le reliant aux bons souvenirs et en l'aidant à se projeter dans l'avenir) et l'aidera à maintenir ou renouer les liens avec sa propre communauté sociale et familiale.

À ce sujet, toutes proportions gardées, citons une anecdote du philosophe et écrivain Albert Camus. Quand il a appris qu'il allait recevoir le prix Nobel de littérature en 1957, il a écrit une lettre à son enseignant de l'enfance, Louis Germain. Camus pourrait nous rappeler certains des jeunes dont nous parlons, aux destins si difficiles. Habitant les faubourgs ouvriers d'Alger, il avait connu une enfance éprouvante, marquée par la souffrance dans sa famille et la perte trop jeune de son père, parti à la guerre. L'enseignant est devenu pour le jeune Albert un point de repère qui l'a aidé à tenir bon et devenir l'écrivain que nous connaissons. Camus lui a écrit ceci : « On vient de me faire un bien trop grand honneur, que je n'ai ni recherché ni sollicité. Mais quand j'en ai appris la nouvelle, ma première pensée, après ma mère, a été pour vous. Sans vous, sans cette main affectueuse que vous avez tendue au petit enfant pauvre que j'étais, sans votre enseignement, et votre exemple, rien de tout cela ne serait arrivé. Je ne me fais pas un monde de cette sorte d'honneur. Mais celui-là est du moins une occasion pour vous dire ce que vous avez été, et êtes toujours pour moi, et pour vous assurer que vos efforts, votre travail et le cœur généreux que vous y mettiez sont toujours vivants chez un de vos petits écoliers qui, malgré l'âge, n'a pas cessé d'être votre reconnaissant élève. Je vous embrasse de toutes mes forces » (Camus, 1957).

En devenant « quelqu'un », le jeune peut « honorer » ceux qui ne sont plus là. Il peut choisir le même métier que son père ou sa mère,

ou celui qui réalise le rêve de ses parents. Il peut aussi prendre soin « symboliquement » de ses êtres chers disparus en devenant soignant, éducateur, enseignant ou assistant social. Dans tous les cas, nous devons l'aider à rêver pour faire advenir un futur. Notre capacité de rêverie est essentielle, mais doit être modérée pour ne pas aller trop vite. Si le jeune n'est pas prêt, cela peut même le déstabiliser. En effet, lui parler d'avenir quand il ne sait pas encore comment faire face à son passé et à son présent peut générer des tensions et des frustrations. Progressivement, nous l'aidons à gagner en autonomie, à mieux structurer son quotidien, à élaborer un projet pour son futur. Pour cela, il est indispensable d'articuler les aspects sociaux, éducatifs et psychiques, pour mieux identifier les ressources et les aptitudes acquises, ou évaluer si elles ne le sont que partiellement, pour ensuite savoir comment l'aider à les construire, les développer et les soutenir.

Malgré toutes les précautions évoquées, il est essentiel de favoriser l'intégration à l'école dès le départ et de ne pas attendre que le jeune « se soigne » d'abord. Les objectifs doivent être clairement adaptés, tout en tolérant qu'il puisse y avoir des aléas, parfois assez importants. En effet, il n'est pas rare que les jeunes manquent les cours, que leurs acquis soient labiles et instables, avec des progressions et des régressions parfois difficiles à expliquer.

Nous pensons que le travail de deuil et d'intégration dans la nouvelle société, avec ses « va-et-vient », explique en grande partie ces mouvements. Dès lors, l'école, au-delà de la fonction d'enseignement et d'éducation, doit devenir à son tour un espace de vie qui structure et socialise ces jeunes. En effet, elle offre une possibilité exceptionnelle de les mettre en contact avec d'autres jeunes aux origines diverses, offrant de nouveaux modèles identificatoires, cette fois avec des pairs et plus seulement avec des adultes. Foyers éducatifs et écoles sont des espaces complémentaires essentiels qui doivent s'articuler.

Certaines aptitudes pourront se développer avec les éducateurs et d'autres avec les enseignants. La psychiatrie et la psychologie aident à mieux comprendre ces subtiles articulations. Mais nous insistons à nouveau, il s'agit la plupart du temps de mieux comprendre et de

mieux accompagner, pas de traiter ! Le travail en réseau permettra d'avoir les meilleures chances de réussite.

Pour clore ce chapitre, voici quelques descriptions des divers destins de ces jeunes.

« Bashir a pu commencer des études et se projette dans l'avenir en tant qu'électricien. Il rêve d'un voyage dans son pays pour rendre visite à sa famille, à laquelle il envoie régulièrement de l'argent... le peu qu'il gagne par son apprentissage.

Noureddine, je ne l'ai plus revu. Il est devenu majeur et n'est plus au foyer pour mineurs. Les dernières nouvelles n'étaient pas bonnes. Il présentait toujours des troubles du comportement et il allait peut-être devenir père... Je sais qu'il est quelque part et il sait qu'il peut revenir vers nous, mais faire appel à l'aide a toujours été difficile pour lui.

Hakimi se cherche. Ayant des difficultés à se concentrer, il a "perdu la motivation" à étudier et a abandonné l'école. Il a même quitté la Suisse, a essayé de recommencer sa vie dans un autre pays, mais il est vite revenu, car il s'est retrouvé très seul. Il a pensé à ses éducateurs et à sa tutrice. À son retour en Suisse, il a commencé à fréquenter une association qui propose des activités occupationnelles, des cours de français et de mathématiques. Il se sent utile, il retrouve motivation et joie de vivre. Il apprécie beaucoup le "chef" de l'atelier.

Amina s'applique et réussit ses études. Elle a de grands projets, et je suis convaincu qu'elle va en réussir un bon nombre.

Musa a finalement pu accéder aux études, il s'investit et imagine progressivement un avenir. Il y a encore beaucoup de travail à faire, mais il a enfin pu acquérir une meilleure confiance dans les adultes et professionnels qui l'entourent. Le deuil se poursuit et les émotions peuvent être plus facilement éprouvées, bien que le travail soit toujours en cours. Certaines émotions sont encore loin d'être supportables... La douleur a toutefois pu laisser la place à la rencontre et à la parole. Les troubles du comportement ont drastiquement diminué et les éducateurs m'ont décrit qu'à certains moments, il est un jeune modèle... D'autres fois, il est tout simplement un jeune qui fait des bêtises... et c'est important qu'il puisse l'être ! Il a en effet si bien intégré les règles qu'il m'inquiète aussi. J'ai l'impression qu'il s'impose une perfection difficilement tenable. Il me disait récemment : "Maintenant j'ai compris, je dois bien me comporter, ne pas crier et étudier, je sais que c'est la meilleure manière de faire..." J'ai confirmé ses propos en ajoutant : "Tu sais, tu peux

aussi être en désaccord et tu peux aussi te fâcher. Cela nous arrive à tous. L'important est de pouvoir en parler, comme tu le fais maintenant avec tes éducateurs, ta tutrice et tes enseignants. Comme nous le faisons ici. Nous avons envie de t'aider et j'ai confiance en toi. Maintenant je sais que si tu es énervé, ce sera pour une bonne raison et que nous pourrons en discuter." »

Chapitre 10

Prendre soin des professionnels

Nous avons largement abordé l'importance de pouvoir développer une fonction contenante, la fonction parentale tant recherchée et nécessaire pour les mineurs non accompagnés. Il s'agit en quelque sorte pour le professionnel de « prêter » son « appareil psychique » et, pour y parvenir, il lui faut tisser un lien avec le jeune et posséder la capacité de percevoir et de se représenter son vécu émotionnel, ce qu'on appelle « l'empathie ».

Cette démarche n'est pas sans effets collatéraux, car les professionnels sont aussi affectés émotionnellement. Être affecté peut induire un sentiment d'inutilité, d'incompétence et d'impuissance face à tant de détresse, voire, dans les cas les plus extrêmes, remettre en question la vocation du métier. Ce phénomène peut déboucher sur la « fatigue de compassion » et générer des dynamiques groupales déstabilisatrices, avec des tensions et des conflits au sein de l'équipe et avec les jeunes. L'impact peut ne pas s'arrêter aux professionnels de première ligne et se propager aux cadres qui entourent l'équipe, voire à toute l'institution, tel un phénomène de contagion (Obholzer, 1994). Dans d'autres cas, ce mal-être provoque le départ de professionnels compétents, qui ont besoin de chercher d'autres horizons professionnels pour se préserver psychiquement. Ces départs sont désastreux sur le plan humain d'abord, mais aussi en termes économiques. En effet, former un spécialiste « coûte » du temps, et plus l'expérience et le savoir-faire d'une équipe sont grands, plus forte est

la probabilité d'une bonne dynamique de groupe et d'une efficacité pour mener à bien les prises en charge.

Même s'il n'est pas possible d'éviter toute souffrance ressentie dans ce travail, il est primordial de trouver des moyens pour limiter les risques et les conséquences néfastes. La première partie de ce chapitre présente les mécanismes susceptibles de provoquer la souffrance chez les professionnels, importants à repérer pour pouvoir les anticiper ou y remédier. La deuxième partie développe des moyens pour limiter ou résoudre certaines difficultés rencontrées. L'idée principale que nous proposons est la suivante : les professionnels qui assument une fonction contenante pour des personnes en situation de grande détresse ont également besoin d'être soutenus et contenus (Barthélémy, 2015).

10.1. Quelques notions à connaître et à distinguer

L'empathie, une « arme » à double tranchant

L'empathie est la capacité psychique qui permet de ressentir et de se représenter ce que l'autre éprouve et pense, tout en gardant la capacité de se différencier de lui, donc sans se confondre avec lui. Selon le psychiatre Serge Tisseron, elle permet aussi d'accepter que l'autre puisse se mettre à ma place, qu'il m'informe sur ce que je suis et me révèle à moi-même, ce qui implique de pouvoir se laisser transformer par la rencontre avec l'autre (Tisseron, 2017). Ainsi, la personne aidante offre une présence soutenante, avec un impact plus grand encore quand elle « peut se représenter le vécu de l'autre et lui renvoyer cette représentation » (Bion, 2001, 2003). De cette manière, elle aidera le patient à enrichir sa capacité à penser, à prendre du recul et à trouver des voies pour résoudre ou diminuer sa souffrance. C'est la base du travail thérapeutique, mais aussi de l'éducation et de l'enseignement.

L'empathie a cependant des limites et des risques, en premier lieu par ce qu'il ne suffit pas de la vouloir : elle ne se commande pas. Des études ont montré que l'on éprouve de l'empathie plus facilement envers une personne qui nous ressemble ou qui nous est

familiale (Hoffman, 2008). La différence culturelle, la différence des valeurs, des croyances, du niveau social ou de la couleur de peau peuvent générer des barrières qui diminuent notre capacité à nous représenter le vécu de l'autre et limitent alors notre empathie. Selon notre expérience de terrain, ce phénomène pourrait expliquer – mais pas justifier – qu'une personne d'une autre appartenance culturelle ou qui vit dans une réalité sociale très différente de la nôtre ne soit parfois pas traitée de la même manière qu'une personne qui nous ressemble davantage. Nous constatons dans ce cas une tendance à minimiser les problèmes, à les relativiser, ou à être défaitiste et à adopter une position de résignation qui nous conforte dans l'idée qu'on ne peut pas changer sa situation et nous libère ainsi de la tension induite par leur détresse. Les propositions de prise en charge s'en trouvent appauvries, avec moins d'options thérapeutiques, éducatives ou de formation et d'hébergement. Dans certaines situations, la personne est tout simplement désinvestie et oubliée, sans proposition d'accompagnement.

Un moyen pour tenter de dépasser cet obstacle est de se poser la question : qu'est-ce que je proposerais comme prise en charge s'il s'agissait d'un membre de ma « propre communauté » ?

Difficulté à penser, sentiment d'impuissance et épuisement

Comme nous l'avons déjà vu, les jeunes requérants d'asile non accompagnés, comme bon nombre d'autres requérants d'asile et de personnes en situation de grande vulnérabilité, sont confrontés à de multiples pertes et se trouvent dans une importante précarité sociale (peu ou pas de liens sociaux, sentiment de perte d'appartenance à un groupe et d'exclusion) et affective (sentiment d'être dépourvu de la possibilité de recevoir ou de donner de l'affection), avec des conditions de vie incertaines et instables (formation, travail, hébergement, risque d'expulsion...). De surcroît, beaucoup d'entre eux sont confrontés à des procédures d'asile qui durent des mois, voire des années, et ils se retrouvent dans une position d'attente, sans pouvoir décider de leur avenir. Submergés par un vécu d'isolement, mais aussi de désespoir et d'impuissance, il leur

devient encore plus difficile de penser, de partager leur vécu et de faire appel à l'aide. Pour la plupart d'entre eux, leurs problèmes sont d'origine « humaine », c'est-à-dire provoqués ou entretenus par des personnes. Ceci affecte d'autant plus sévèrement la possibilité de faire confiance.

Le professionnel tente d'aider le jeune en proposant une relation de confiance, mais il ne suffit pas de se montrer aimable et compréhensif pour le « convaincre » de notre bienveillance. La violence perpétrée sur lui dans le passé affecte dorénavant sa capacité à faire confiance en « l'être humain ». Il n'est pas rare que des personnes submergées par la souffrance éprouvent le sentiment de ne plus appartenir à « l'espèce humaine », « ne se laissent pas aider facilement », « ne se montrent pas reconnaissantes » ou « expriment continuellement un sentiment de ne pas être reconnues et prises en considération », malgré tout le travail fait avec eux.

Ce constat difficile doit être connu et pris en compte par le professionnel, afin d'être patient et compréhensif, mais aussi pour reconnaître ses propres limites ainsi que celles du système. S'il méconnaît ces enjeux, il pourrait être tenté de renforcer le lien à tout prix, sans prendre garde et sans se protéger suffisamment. La capacité à être empathique réveillera chez lui un désir de réparer ou de combler le vide relationnel et affectif du jeune, le plus rapidement possible. Le risque est alors de le surinvestir et de perdre sa « position » de professionnel, qui, précisément, nous permet de prendre du recul. De surcroît, ces situations nécessitent du temps, et parfois les solutions n'arrivent pas. À son tour, le professionnel – dans une proximité trop grande, voire une position d'identification – sera gagné par un sentiment d'incompréhension, d'étrangeté et de dissociation psychique (Lachal, 2006), ce qui le conduira à prendre des décisions peu réfléchies, dans une tentative désespérée de récupérer le contrôle d'une situation qui lui échappe.

Si cette dynamique se poursuit, le professionnel passe d'une attitude de « toute-puissance », de vouloir tout maîtriser et résoudre, à un sentiment d'impuissance. Deux types de réactions peuvent alors se manifester :

- Un état d'épuisement. Le sentiment d'impuissance peut être perçu consciemment, mais il demeure souvent inconscient. Le professionnel éprouve une perte d'espoir, malgré ses compétences et même s'il est habituellement optimiste, il se retrouve à court d'idées, tombant dans la passivité ou emporté par une tendance à prendre des décisions et agir sans avoir de stratégie, ce qui aggravera encore son état d'épuisement. L'impossibilité à penser est un des « symptômes » à repérer, ainsi que l'impuissance, le désespoir ou l'action tous azimuts.
- Une mise à distance de l'autre. Pour se protéger de ce vécu, le professionnel développe un sentiment d'indifférence, de détachement, de banalisation ou même de négation de la souffrance de l'autre. Dans ce cas, il se coupe de ses émotions, de sa capacité d'empathie et du lien, et se concentre uniquement sur l'application d'une procédure ou des règles. Dans d'autres cas, il se met à douter de la véracité des récits et traite le jeune comme un manipulateur, qui ne chercherait qu'à exagérer les faits pour recevoir le statut de réfugié ou obtenir un quelconque bénéfice secondaire.

Le phénomène de contagion du mal-être

S'il n'y a pas prise de conscience de cette dynamique dangereuse, le sentiment d'impuissance et la difficulté à penser et à partager le vécu se propageront et impacteront le reste de l'équipe des professionnels, les cadres et même l'institution en son entier.

Selon notre expérience, le sentiment d'impuissance est un des sentiments les plus difficiles à éprouver, et tout individu cherchera à s'en défendre. Une des manières les plus efficaces de s'en protéger à court terme, même si très destructrice, est la « projection ». Il s'agit d'un mécanisme de défense inconscient qui permet d'expulser à l'extérieur de soi tout ce qui fait souffrir et de le projeter sur une autre personne. Dans ces contextes de prise en charge, il n'est pas rare de constater que des équipes sur le terrain reprochent à leur hiérarchie de ne pas faire le nécessaire ni de reconnaître le travail accompli. Des cadres compétents, empathiques et solidaires avec

leurs équipes peuvent se sentir impuissants, désespérés et risquent à leur tour un épuisement professionnel ou un départ prématuré.

Au niveau des dynamiques de groupe, des tensions importantes émergent, ainsi que des conflits ouverts, avec le risque d'un manque de solidarité et de coopération entre les membres de l'équipe ou avec le réseau des professionnels. Un phénomène particulièrement destructeur est celui de la recherche d'un « bouc émissaire » dans l'équipe, parmi les cadres ou dans une autre institution : « Si le patient ne va pas bien, c'est parce que quelqu'un a mal fait les choses », au lieu de reconnaître qu'il est difficile de trouver une solution satisfaisante, même si tous travaillent au mieux.

En résumé, une grande souffrance peut émerger à tous les niveaux, ce qui mérite une prise en considération très sérieuse de ces processus à la fois individuels et groupaux. Ces dynamiques ont été très bien décrites et conceptualisées par l'équipe de la Tavistock Clinic à Londres (Obholzer, 1994), qui propose des prises en charge spécifiques, telles que des supervisions en équipe ou un aménagement du cadre professionnel et des liens avec la hiérarchie.

Le phénomène de la collusion

En psychologie, la collusion est définie comme un lien inconscient. « Les personnes associées participent à une mise en scène sans connaître le scénario de la “pièce” (la racine latine de la collusion, “colludere” signifie “jouer ensemble”). La collusion se produit dans des situations qui reflètent un problème psychologique non résolu et partagé par les protagonistes concernés. Une fois que ces situations ont produit un écho chez les participants, de fortes réactions émotionnelles et/ou des comportements non réfléchis sont déclenchés » (Stiefel, 2017, p. 776).

Comprendre ce concept de collusion nous aide à mieux estimer l'intensité des manifestations émotionnelles à l'œuvre et nous procure une grille de lecture qui prend en compte l'individu affecté, ses interlocuteurs et le dispositif qui les entourent. En effet, la collusion peut apparaître entre le jeune et un professionnel, mais aussi avec l'institution ou la société d'accueil. Les thématiques, non résolues

et partagées, qui mènent à une collusion sont diverses et variées, comme :

- Une tendance à oublier les épreuves extrêmes et angoissantes que le jeune a traversées, avec pour conséquence des traumatismes inaudibles qui ne peuvent plus être élaborés ni par le jeune, ni par l'équipe qui l'entoure, ce qui induit un sentiment de solitude répétant et renforçant le traumatisme (cf. Situation clinique 1).
- Des attentes que le jeune fasse ses deuils rapidement et qu'il dépasse les barrières qui l'empêchent de réinvestir sa vie professionnelle, relationnelle, etc. La collusion est liée à une difficulté du jeune et des professionnels à faire face à la perte et à la tristesse associée, avec pour conséquence une adaptation superficielle (pseudo-résilience) qui « arrange tout le monde », mais qui favorise la résurgence ultérieure de deuils non élaborés, avec des manifestations d'anxiété, de peur, de dépression ou parfois de violence (cf. Situation clinique 2).
- L'impératif de s'autonomiser, partagé par le jeune qui veut sortir de sa situation le plus rapidement possible et les professionnels. Ceux-ci souhaitent impatiemment qu'il retrouve la vie, avec comme conséquence une autonomisation qui dépasse ses capacités psychiques du moment et provoque des régressions massives qui lui font perdre ses acquis (cf. Situation clinique 3).

Quelques exemples cliniques nous aideront à mieux repérer et comprendre ce phénomène.

Situation clinique 1 :

« Un jeune migrant, qui a de grandes difficultés pour contenir ses émotions, est confronté à des deuils importants. Parallèlement, le professionnel qui le prend en charge rencontre lui aussi des difficultés avec ses propres émotions et lutte contre un risque de débordement en les « mettant de côté ». Le jeune a tendance à décharger le trop-plein émotionnel via des troubles du comportement, tout en niant les émotions associées. Inévitablement, cette situation met à mal le professionnel qui, ne pouvant pas se sentir à l'aise avec ces vécus émotionnels intenses (le sien propre et celui du jeune), les met

à distance et réagit uniquement aux troubles du comportement. Il tente de cadrer le jeune en lui imposant des limites, des règles et des sanctions. Sa difficulté à reconnaître les enjeux émotionnels douloureux l'empêche de les aborder différemment, ce qui mène à une escalade d'actions (comportement du jeune) et de réactions (imposition de règles). »

Il s'agit ici d'une collusion dite « négative », puisque le jeune et son éducateur ont des manières à la fois opposées et complémentaires de faire face aux émotions (débordement versus contrôle).

Situation clinique 2 :

« Une autre situation semblable est celle d'un jeune en proie à un deuil très compliqué, suite à la perte de ses parents, frères et sœurs. Le vécu émotionnel est trop intense et il tente de l'éviter en refusant de parler de son passé. Le professionnel qui le prend en charge rencontre – dans sa vie privée – des difficultés à gérer les séparations et les pertes. Dans ce contexte, un silence s'installe entre eux dès qu'il est question de ces sujets. Le professionnel, de manière inconsciente, se concentre uniquement sur ce qui va bien, le "positive", console immédiatement le jeune lorsque celui-ci manifeste des difficultés et affirme sa conviction que tout va se régler. Cela rassure transitoirement ce dernier, mais délégitime son vécu de tristesse, d'angoisse et de peur et empêche ses sentiments d'émerger par manque d'interlocuteur capable de les contenir. Ce processus se poursuivra tant que le professionnel ne pourra pas entendre la souffrance du jeune et en soutenir l'élaboration. »

Il s'agit ici d'une collusion dite « positive », puisque le jeune et l'éducateur adoptent la même attitude face à la perte.

Situation clinique 3 :

« Un autre type de collusion concerne un jeune qui a des difficultés à se concentrer et présente une "baisse de moral". Finalement, il quitte l'école. Les professionnels insistent sur la nécessité de devoir s'autonomiser, d'être capable de vivre seul et de travailler. En effet, il va sur ses 18 ans et ne pourra dès lors plus rester au foyer pour mineurs non accompagnés. La situation empire et le jeune développe un tableau dépressif net, avec des troubles du comportement et une régression qui altère son début d'autonomisation, ce qui finit par épuiser l'équipe éducatrice et le tuteur, car ils doivent de nouveau le soutenir massivement. Un bras de fer s'installe, avec une pression de la part de l'équipe pour qu'il prenne son envol. Il ne se responsabilise plus et les tensions augmentent. Lors d'une réunion avec les professionnels, nous comprenons que le jeune est mobilisé par un important

travail de deuil. Il est loin de sa famille, de sa culture, et il a terriblement peur de se retrouver seul, ce qui le paralyse. Les éducateurs disent se sentir “mal pris” dans cette situation, car ils voient bien que le jeune va mal et ils s’inquiètent pour lui, d’autant qu’ils ne pourront bientôt plus s’occuper de lui, raison pour laquelle, de manière bienveillante, ils reconnaissent lui mettre trop de pression pour qu’il s’autonomise au plus vite. Finalement, nous comprenons que la contrainte se trouve dans – mais aussi hors – du champ d’action des uns et des autres, car ce sont les impératifs institutionnels qui sous-tendent les injonctions touchant le jeune et l’équipe.

Les éducateurs se trouvent poussés à respecter un cadre légal et à l’imposer au jeune, par crainte de ne pas être en adéquation avec ce que leur institution attend d’eux. Le fait d’avoir élucidé ce phénomène de collusion à niveaux multiples permet d’ouvrir une réflexion constructive au sein de l’équipe. Le jeune peut finalement rester au foyer plus longtemps, les attentes à son égard sont adaptées et un travail en réseau avec d’autres professionnels démarre pour mieux l’encadrer. Après un certain temps, le jeune se sent mieux et réinvestit l’école et des activités occupationnelles. »

Il s’agit ici d’une collusion négative entre le jeune et l’équipe (les deux parties ayant de manière inconsciente modifié leur rapport à l’autonomie souhaitée, avec le jeune qui s’en éloigne en reculant et l’équipe qui s’en approche en essayant de la renforcer). Le cadre légal, qui n’est pas une obligation stricte, demande un changement de foyer et contribue aux tensions contre-productives qui s’installent entre le jeune et l’équipe. Une fois reconnue, la collusion est surmontée et des solutions sont trouvées.

Cette vignette nous donne l’occasion d’émettre une autre considération, relevant d’un niveau plus sociologique. Dans notre société, il est extrêmement rare que les jeunes soient autonomes à 18 ans, et encore moins sans le soutien de leurs parents ou de la famille élargie. Ceci devrait nous faire réfléchir sur le niveau d’exigence, parfois démesuré, que nous avons envers ces jeunes.

Ces trois situations cliniques illustrent les enjeux psychologiques, institutionnels et sociaux – souvent imbriqués – de ces prises en charge et le besoin de soutien et d’accompagnement des professionnels en première ligne.

La fatigue de compassion

Tous les phénomènes et enjeux émotionnels que nous venons de décrire tendent à converger vers ce dernier point, la fatigue de

compassion. Depuis longtemps, il est reconnu que le fait de travailler avec des personnes sévèrement malades, ayant souffert de traumatismes psychiques, ou qui décèdent prématurément, provoque un stress important chez les professionnels. Par le passé, les termes « trauma vicariant » et « traumatisme secondaire » étaient utilisés pour décrire ces phénomènes, principalement observés chez des personnes travaillant avec des patients souffrant de trauma psychologique.

Le terme « fatigue de compassion » est apparu dans les années 1990, dans un contexte d'étude sur le burnout des infirmières qui travaillent dans les services d'urgences (Boyle, 2011), d'oncologie, de soins palliatifs, etc., mais d'autres études ont montré que ce phénomène touche également d'autres corps de métiers, comme les assistants sociaux ou le personnel travaillant dans les services de protection de l'enfance (Adams, 2006). Le dénominateur commun est le fait d'être régulièrement en contact avec des personnes souffrantes, dans des prises en charge qui ne peuvent se résoudre d'une manière simple et rapide, et pour lesquelles une importante capacité d'empathie est requise.

Face à ce type de situations, les professionnels peuvent manifester un cortège de symptômes très divers, allant des symptômes psychiques : apathie, détachement émotionnel, anxiété, baisse d'humeur, irritabilité, sentiment d'inutilité, etc., à des symptômes somatiques : fatigue, troubles du sommeil, maux de tête, troubles digestifs, etc. Le tableau clinique peut évoluer vers des états dépressifs et des troubles anxieux sévères, et conduire le professionnel à l'arrêt de travail ou à la démission de son poste. Ces troubles ont souvent été considérés comme un « burnout », en lien avec une éventuelle fragilité psychique du professionnel, une charge de travail disproportionnée, des tensions au sein de l'équipe ou des éventuels dysfonctionnements de management (confusion de rôles, tension avec la hiérarchie...). Pourtant, des études montrent clairement que cette problématique est bien plus large. En effet, même si des problèmes de management existent, le vécu émotionnel du professionnel face à des personnes en situation de grande détresse a toujours un impact très délétère si aucune mesure de prévention ou de traitement

n'est mise en place. Le contexte professionnel aggrave alors la situation... ou l'améliore si des mesures sont prises.

De manière très schématique, résumons ainsi les facteurs de risque (Vu, 2017):

- Facteurs individuels: attentes très élevées sur la qualité des soins à apporter, histoire personnelle marquée par des expériences de vie traumatiques, soutien social insuffisant (au travail et à la maison), responsabilités familiales importantes, difficultés à composer avec les exigences du travail.
- Facteurs professionnels: exposition répétée à des personnes souffrantes ou avec traumatismes psychiques, faible cohésion d'équipe, manque de variété dans les activités professionnelles, bas niveau de qualité de vie professionnelle.
- Facteurs organisationnels: manque ou déficit en nombre de personnel, en formation et en espaces de supervision, charge de travail importante et intense, isolement des professionnels, contraintes financières et bureaucratiques, attentes élevées sur le niveau de soins à apporter, incapacité à changer les décisions politiques ou les procédures qui conditionnent l'activité.

Au vu de tout ce qui précède, nous identifions plusieurs mesures à mettre en place pour limiter ces problèmes (Vu, 2017):

- Veiller à faire connaître tous ces phénomènes, ainsi que leurs modes de manifestation.
- Aider les professionnels à prendre soin d'eux tant au niveau professionnel que dans leur vie privée.
- Mettre en place des mesures de management adaptées (espaces de formation, de supervision, etc.).
- Promouvoir des changements au niveau de l'organisation et de la structuration du travail pour réduire les effets de ces phénomènes.

De manière générale, plusieurs auteurs s'accordent à dire que les supervisions individuelles et en groupe sont un moyen efficace pour réduire ces risques, à condition qu'elles soient menées par un professionnel compétent (Revell, 2016).

10.2. Quelques propositions pour les institutions et les professionnels

Favoriser la réflexion, une dynamique d'équipe saine et le travail interdisciplinaire en réseau

La priorité est tout d'abord de sensibiliser les professionnels de première ligne, les cadres et les responsables des ressources humaines (RH) sur l'ensemble de ces phénomènes. Ensuite, il est important de considérer la réflexion comme une étape incontournable avant d'initier tout autre mouvement individuel, d'équipe ou institutionnel. Il sera essentiel d'avoir des espaces et du temps pour penser, prendre du recul, repérer le vécu émotionnel des équipes et leur dynamique, identifier les priorités, les risques et les moyens à disposition.

Penser et prendre du recul n'est cependant pas si simple dans le cadre de ces prises en charge, nous l'avons souligné à maintes reprises. Souvent, les professionnels de première ligne sont pris dans un rythme de travail accéléré, marqué par les exigences de l'efficacité économique, mais aussi par un idéal de réussite démesuré, véhiculé par eux-mêmes, par leurs collègues et par les cadres. Ces derniers jouent alors un rôle essentiel pour veiller à l'état de bonne santé mentale de leurs équipes et doivent connaître ces différents enjeux pour proposer les mesures adéquates, lorsque la situation le requiert.

Prendre soin des professionnels implique des aménagements du cadre professionnel, une réorientation de la manière de travailler et un investissement en ressources humaines, supervisions et formations. Dans un contexte politique qui prône la réduction des coûts tout en augmentant la charge de travail, ces réflexions peuvent paraître en opposition et non conciliables avec les objectifs affichés. Mais nous avons l'espoir que ces lignes aideront à comprendre qu'investir dans la santé des professionnels, c'est investir pour l'économie

de l'institution, sur le moyen et le long terme. En effet, former des professionnels compétents coûte de l'argent (des heures de formation, d'encadrement...), et une fois qu'ils ont acquis une bonne expérience, ils vont contribuer à gagner en efficacité et en efficience.

Une autre ressource à favoriser dans ce contexte est le travail en interdisciplinarité et en réseau. Le professionnel porte le jeune, alors que l'équipe et l'institution le portent, lui. Une dynamique de solidarité et de coopération pourra émerger pour endiguer le sentiment d'impuissance suscité par ces situations dramatiques rencontrées sur le terrain.

Il n'est pas rare que face à ces situations un certain désordre, voire une confusion, concernant le rôle des professionnels survienne. Nous rencontrons des assistants sociaux ou des infirmières qui font un travail de soutien psychologique important, tandis que des psychiatres s'occupent de démarches sociales (Furtos, 2007). Ces inversions de rôle peuvent être tout à fait souhaitables dans certains cas, à condition d'être clarifiées et pensées. En effet, il n'est pas rare que la relation de confiance du jeune avec le « système de soins » s'initie à travers une assistante sociale ou une infirmière généraliste (non spécialisée, mais avec des connaissances en psychiatrie). Celles-ci tentent de régler des problèmes concrets de la vie quotidienne, ce qui fait que le jeune se sent pris en considération, développe une relation particulière et investit fortement ces intervenantes. Elles sont amenées presque naturellement à lui offrir un soutien psychologique, pour ensuite, si nécessaire, orienter le jeune vers des soins psychiatriques. Toutefois, il est essentiel que ces professionnels ne s'engagent pas dans des suivis sans une supervision psychiatrique et sans une coordination avec les autres intervenants du réseau.

Les rencontres pour clarifier les rôles et penser ces prises en charge en réseau sont souvent jugées trop chères, prenant du temps et inadaptées dans une période où la « loi de l'économie » domine. Ces prises en charge ne peuvent cependant pas faire l'impasse sur ces rencontres, car ce type de situations nécessite un effort interdisciplinaire bien coordonné. Sans cela, le risque est bien réel d'une péjoration de l'état psychique des patients, d'un épuisement des professionnels et d'un système de soins qui finit par proposer des prises en charge

inadéquates et donc coûteuses, souvent associées à la répétition de consultations dans les services d'urgences et d'hospitalisations.

Supervisions individuelles, de groupe et autres dispositifs de parole et réflexion

Le professionnel doit, nous l'avons vu, composer avec les besoins du jeune et les enjeux émotionnels liés à la relation avec lui. Il est aussi pris par la dynamique d'équipe, les attentes et exigences de l'institution, ainsi que le cadre légal en vigueur, et les discours et valeurs véhiculés par la société.

La supervision, individuelle ou d'équipe, aide le professionnel à prendre du recul en ouvrant un espace de pensée sécurisant, bienveillant et non jugeant (Revell, 2016). Des recherches ont largement prouvé sa valeur, tantôt pour des professionnels du domaine du social comme des soins. Selon John Carpenter, de l'équipe de chercheurs de la Social Care Institute for Excellence de Londres, elle a deux objectifs (Carpenter, 2012) : le premier est d'assurer la bonne qualité des prises en charge, tout en précisant les rôles et les attitudes à développer ; le second est d'aider les professionnels à donner un sens à leur travail.

Il est important de préciser que le superviseur « psy » intervient uniquement en se basant sur son domaine de compétence et qu'en aucun cas il s'improvise « spécialiste » des autres domaines (éducatif, enseignement, etc.). Le but est d'enrichir la pensée et les compétences des autres corps de métiers avec un regard complémentaire et distancié des difficultés du terrain.

La supervision d'équipe contribue à la prise de recul et à la diminution des tensions et des dysfonctionnements au sein du groupe de professionnels. Comme cela a déjà été mentionné, il n'est pas rare que, face à des patients « complexes » qui « n'avancent pas » ou qui continuent à « poser des problèmes », les professionnels cherchent à trouver « un bouc émissaire ». Ce phénomène se renforce s'il y a des avis divergents concernant le « diagnostic » de la situation et l'attitude à adopter face à un jeune qui présente des troubles du comportement. Une partie de l'équipe le considère comme un « antisocial »,

alors que l'autre le considère comme un jeune qui « a beaucoup souffert et qui a besoin d'aide ». Une partie se sent exaspérée et dépassée par les agirs du jeune, l'autre éprouve de l'empathie, voire de l'attrance... parfois même trop. Une partie de l'équipe prône des sanctions et l'expulsion, l'autre propose le renforcement du lien...

Dans de tels contextes, les équipes entrent en conflit, les clivages s'installent et le groupe perd la cohésion nécessaire pour ce type de travail. On constate souvent des phénomènes de « projection » : une partie de l'équipe rend l'autre fautive des difficultés rencontrées et vice-versa. Progressivement, toute l'attention se focalise sur ce conflit, et non plus sur « comment faire avec le jeune ». Ce phénomène existe également entre les différentes institutions qui interviennent autour de lui, par exemple entre les enseignants de l'école et l'équipe des professionnels de la santé, les éducateurs ou les tuteurs...

Dans ces cas, il importe de rappeler que même si les perceptions sont très différentes, ce n'est pas forcément un des deux groupes qui se trompe. En effet, il est bien connu que les jeunes, comme d'autres personnes en situation de détresse, « déposent » divers types de vécus chez différentes personnes ou groupes, sans qu'il s'agisse d'une quelconque manipulation consciente ! C'est ce qu'on appelle le « clivage », un mécanisme de défense inconscient dont il a déjà été question, qui amène à se couper d'un affect trop fort, sans que celui-ci disparaisse pour autant. Il se manifestera ensuite par moments, dans des contextes particuliers, qui ne seront pas toujours les mêmes, et il ne sera pas toujours visible pour tous. L'individu « clivé » dépose alors chez certaines personnes une partie de sa personnalité et de son vécu émotionnel, et chez d'autres une autre partie. Un jeune investit l'enseignant, l'éducateur ou le curateur comme un représentant de l'autorité et réagit fortement face à eux en se mettant en opposition. Par contre, il perçoit l'infirmière comme une figure symbolisant « une bonne mère », et dépose auprès d'elle sa partie démunie qui cherche de l'aide. Certains professionnels ne se sentiront pas respectés, ce qui les poussera à vouloir mettre des limites, alors que chez d'autres le jeune réveillera une envie de le protéger.

Dans cet exemple souvent rencontré, nous pouvons souligner que personne n'a tort : le jeune a bien une souffrance qui doit être accompagnée ou soignée, mais il a aussi des ressources et la capacité à s'opposer, ce qu'il faut valider tout en lui posant des limites. Celles-ci ne sont pas là pour l'inhiber, mais pour l'aider à mûrir et transformer sa souffrance en énergie créative ou en une révolte porteuse de sens (Camus, 2015, 2016). En effet, les comportements « caractériels » ne sont pas toujours les signes d'un dysfonctionnement qu'il faut « combattre ». Ils peuvent également être porteurs de sens et être reconnus comme tels, ce qui aidera le jeune à mieux se comprendre et à tisser un lien plus constructif avec les adultes qui l'entourent.

« Un jeune de 16 ans vient d'apprendre qu'il devra quitter la Suisse à ses 18 ans, car il n'a pas été reconnu comme réfugié. Il réagit fortement à cette nouvelle, répétant que personne ne veut de lui et se montrant colérique et en opposition à tous les professionnels qui l'entourent. Ce jeune a vécu des événements d'une extrême violence dans son pays d'origine, ainsi que durant son parcours migratoire. Mon interprétation est qu'il se sent envahi par un sentiment d'exclusion et qu'il a à son tour besoin de manifester sa révolte contre "tous les adultes" qui n'ont pas pu le protéger – ceux du passé et ceux du présent. Tout se mélange. Toutefois, le sentiment de révolte me paraît légitime et agit comme une ressource pour lutter contre la dépression et éviter une fuite dans la consommation de drogues ou l'alcoolisme. "Je suis désolé de cette décision", lui dis-je, mais il dispose d'encore deux ans en Suisse, jusqu'à ses 18 ans, et nous pourrions l'aider à construire un meilleur avenir, tout en sachant qu'il sera expulsé. J'ajoute rapidement que ce n'est pas facile, car il est compliqué d'investir quelque chose ou quelqu'un quand on sait d'avance qu'on va devoir le quitter, mais je l'encourage à essayer, car il pourrait encore apprendre "un tas de choses" pour mieux se débrouiller dans l'avenir, ici en Suisse (s'il a de la chance) ou ailleurs. J'insiste sur le fait que nous sommes à sa disposition pour l'accompagner. Les mouvements colériques s'atténuent et malgré cette situation pénible, nous pouvons commencer à imaginer avec lui des projets d'avenir dans un climat plus calme. »

D'autres situations se produisent, pour lesquelles les supervisions sont particulièrement utiles. Par exemple, pour identifier le phénomène de la « séduction narcissique », bien décrit par le psychiatre et psychanalyste Marcel Sassolas (Sassolas, 2006), chez le soignant qui développe la conviction que lui seul peut « comprendre » le jeune et

que personne d'autre ne saura le prendre aussi bien en charge, ce qui l'amènera à travailler seul. Cette idée rassure le soignant, mais pour un temps bref. Par la suite, l'idéalisation initiale du soignant par le jeune et sa position de « toute-puissance » l'amèneront à tenter de résoudre tous les problèmes et, inévitablement, il échouera tôt ou tard. Progressivement, tout le poids de la prise en charge retombe sur lui, il se retrouve seul, impuissant et sans point de repère, avec le risque de s'éloigner du jeune pour se protéger.

Finalement, pour Lisa Revell, chercheuse au département des travailleurs sociaux de l'université de Hull, en Grand-Bretagne (Revell, 2016), il s'agit d'aider les professionnels et les institutions à travailler plutôt de manière « correcte » par rapport aux besoins du patient que de travailler de manière « efficace » par rapport à des indicateurs de qualité et des procédures. Actuellement, nous constatons une dérive au niveau de la gestion et l'administration des institutions, à savoir une focalisation sur ce qui serait rationnel et prédictif, avec des procédures et des protocoles, au détriment de la prise en compte des aspects parfois irrationnels et illogiques du comportement humain, qui échappent par définition à une rationalité procédurale. Ces aspects nécessitent d'autres moyens pour être détectés, accueillis et travaillés. Il ne s'agit pas d'opposer rationnel et irrationnel, administratif et émotionnel, mais de les mettre en synergie et de les articuler. De cette manière, nous pourrions apporter à la fois la meilleure réponse possible aux besoins des jeunes et la meilleure efficacité à nos institutions et à nos équipes, pour in fine offrir une meilleure prise en charge.

Le besoin en formation

Nous espérons que tout ce qui a été décrit jusqu'ici montre à quel point les divers professionnels doivent se transmettre des compétences théoriques, pratiques et leur savoir-être sur le terrain. Il s'agit de développer une culture de travail commune, en interdisciplinarité et en réseau, et de proposer des formations pour les professionnels le plus tôt possible dans leurs cursus, pour que ces concepts s'intègrent de manière naturelle. Il est également important de développer des

recherches sur des modèles de travail adaptés à notre pratique professionnelle et qui soient en adéquation avec notre système d'accueil et ses limitations budgétaires.

Le travail personnel

Enfin, notre dernière proposition est de s'intéresser à soi-même et de développer une curiosité saine sur son propre fonctionnement psychique, notamment sur les enjeux relationnels avec autrui, sur notre manière de vivre notre propre souffrance et celle des autres. Une curiosité bienveillante à l'égard de soi permet de mieux penser la relation d'aide. Un espace de thérapie personnelle est l'occasion de s'interroger sur le degré d'exigence envers soi-même, sur notre capacité à supporter l'incertitude, sur notre rapport à l'autorité, au groupe et à l'altérité, à la solidarité et à la coopération, ou même encore sur des aspects bien plus subtils et souvent enfouis dans notre mémoire, en lien avec notre propre histoire de vie, nos liens avec nos parents, enseignants, ou avec d'autres personnes qui ont joué un rôle important pour nous.

Nos liens d'appartenance, de filiation, nos valeurs et nos attitudes, mais aussi nos souffrances et nos fragilités, nos paradoxes et nos contradictions, peuvent susciter tracas et « prises de tête », car nous sommes parfois incapables de tous les comprendre. Prendre conscience et tolérer nos propres failles nous rendent plus humains et plus aptes à supporter les aléas de la vie et, surtout, nous aident à percevoir de manière plus fine de quoi nous sommes faits, de quoi sont faits nos rapports avec les autres, notre société, notre culture et celle des autres.

Ces questions sont essentielles pour pouvoir aller à la rencontre d'un jeune en situation de grande détresse et qui a vécu des expériences que nous pouvons difficilement imaginer. Inévitablement, nous sommes touchés, mais, progressivement, nous parviendrons à trouver une position pour nous situer et nous placer à ses côtés, pour l'accompagner avec humanité et empathie, tout en restant professionnels.

Chapitre 11

Un exemple de réponse politique et sanitaire : la réponse cantonale vaudoise et celle de la Confédération helvétique

Pour bien préciser le cadre dans lequel nos propos s'inscrivent, nous proposons un bref rappel historique sur la création et le développement des institutions impliquées dans l'accueil et la prise en charge des personnes issues de l'asile dans la Confédération suisse et le canton de Vaud, ainsi que des mesures qui ont été prises dès 2015. Notre focalisation sur le canton de Vaud est due au fait que nous y travaillons, mais aussi parce qu'il fait office de référence nationale sanitaire pour la prise en charge des requérants d'asile (OFSP-SEM, 2017).

En 1998, le réseau de santé FARMED (Fondation pour l'accueil des personnes requérantes d'asile, et MED, pour désigner les partenaires sanitaires) naît de la volonté politique du canton de Vaud. Par la suite, il évolue et devient le RESAMI (Réseau de santé et migration). Le centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne (Unisanté – ancienne PMU) reçoit le mandat de le gérer et de le coordonner. Il s'agit d'un réseau sanitaire mis en place pour les bénéficiaires (requérants d'asile) de

l'Établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM). L'unité de soins aux migrants (USMi) travaille en première ligne pour cette prise en charge des requérants d'asile. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers, de médecins généralistes et de psychiatres spécifiquement formés dans la prise en charge des migrants. L'USMi réalise un bilan de santé pour chaque requérant d'asile arrivé sur le sol vaudois, assure un programme de vaccination, de prévention et de promotion de la santé et, si nécessaire, assure un suivi médico-infirmier. L'USMi s'appuie sur les médecins de premier recours du réseau cantonal, principalement des médecins généralistes et internistes qui apportent leur expertise et collaborent étroitement avec cette équipe. Si besoin, les patients sont orientés vers d'autres prestataires de soins (médecins spécialistes, psychothérapeutes, pharmacies, opticiens...). L'USMi collabore étroitement avec l'EVAM, son équipe d'assistants sociaux, d'éducateurs et d'enseignants, ainsi qu'avec tous les autres partenaires.

11.1. La réponse cantonale vaudoise : focus sur les MNA

Entre 2014 et 2016, nous avons assisté à une augmentation importante du nombre de requérants d'asile dans le canton de Vaud – de 5 337 en 2014 à 6 356 en 2016 – et le nombre de mineurs non accompagnés (MNA) a passé d'une quarantaine à plus de 270. Dans ce contexte, le seul foyer existant alors pour des MNA a été rapidement submergé et trois nouveaux foyers d'accueil ont dû être créés, avec leurs équipes éducatives. Des groupes de coordination se sont constitués entre les différents acteurs, mais avec une tendance à travailler séparément, d'un côté les services sanitaires et de l'autre l'EVAM, la DGEJ (Direction générale de l'enfance et de la jeunesse) et le SCTP (Service des curatelles et tutelles professionnelles).

Au début 2016, un premier groupe de travail plus large a été constitué, associant les groupes de coordination précédents et en incluant les écoles. Malgré ces adaptations, la situation a été très tendue dans le canton de Vaud au cours de l'été 2016. Plusieurs bagarres collectives ont éclaté entre garçons de différentes communautés, des consommations de toxiques ont été régulièrement

constatées, ainsi que d'autres signes de détresse tels que des crises hystérisiformes chez de jeunes filles, parfois à plusieurs, faisant craindre des crises collectives. De telles crises ont été très bien décrites par le psychiatre Idrissa Bâ (Bâ, 2009) au Sénégal. Ce phénomène est associé à des moments de grande tension vécus par des jeunes, dans un contexte d'absence de soutien et de contenance par les adultes et par la société, qui n'ont pas réussi à favoriser la mise en mots du vécu émotionnel pour les aider à se situer. C'est probablement ce qui est à l'origine de plusieurs gestes suicidaires dans notre canton (Arboit, 2016 ; Dupont, 2016). Ces événements ont déclenché une réflexion cantonale, impliquant tous les départements et institutions qui travaillaient avec les requérants d'asile et particulièrement les mineurs non accompagnés.

Suite à ces gestes désespérés, le service de la santé publique du canton de Vaud et Unisanté ont réalisé un état des lieux des problèmes majeurs rencontrés. Suite à cette première analyse, un groupe de travail cantonal a été constitué, réunissant les différentes institutions et services (Blaser, 2017). Trois problèmes principaux ont été identifiés (Sanchis, 2018) :

1. Difficultés d'accès aux services psychiatriques, notamment à cause des préjugés négatifs des MNA au sujet de la psychiatrie, ce qui rendait compliquées les consultations ou provoquait des ruptures de traitement.
2. Manque de coordination et de communication entre les professionnels.
3. Lacunes chez les différents types de professionnels dans la prise en charge des MNA, tant sur les plans théorique et pratique qu'aux niveaux éducatif et sanitaire (notamment pour les enjeux liés à la différence culturelle, la migration, le fait d'être des adolescents non accompagnés, les deuils, etc.).

Dès lors, trois axes de réflexion et de développement ont été mis en place :

1. Création d'équipes mobiles de psychiatrie qui interviennent directement dans les centres d'accueil et qui collaborent étroitement avec les équipes éducatives de l'EVAM et les infirmières de l'USMi.
2. Mise en place de procédures de collaboration et d'espaces de coordination entre institutions.
3. Proposition de formations spécifiques pour tous les professionnels impliqués sur les sujets mentionnés plus haut, ainsi qu'une offre de supervisions pour les équipes impliquées sur le terrain.

Ce groupe de travail poursuit toujours ses activités, afin de garantir la coordination et de mieux anticiper de futures crises. Parallèlement, suite au programme fédéral Agenda intégration suisse, une coordination cantonale élargie, impliquant les différents chefs de département et leurs services, a été mise en place pour répondre à ces objectifs.

11.2. La réponse commune de la Confédération et des cantons: l'Agenda intégration suisse

Il est important de relever que les migrants issus de l'asile et les migrants en situation de grande précarité rencontrent de grandes difficultés pour s'intégrer. La précarité sociale les maintient souvent dans une position de « survie », rendant difficile l'apprentissage de la langue, la socialisation, la participation à des formations et l'accès au marché du travail.

Le programme national Agenda intégration suisse cible ces difficultés, mais se focalise uniquement sur les personnes ayant été reconnues comme réfugiées ou admises provisoirement. Les requérants d'asile déboutés en sont exclus. Selon la description du programme, plus de 60 % sont des jeunes âgés de moins de 26 ans. L'objectif général est de « permettre aux adolescents et aux jeunes adultes d'apprendre plus rapidement une langue nationale et de se préparer à exercer une activité professionnelle. Ils pourront ainsi

mieux trouver leurs marques dans le marché du travail, subvenir à leurs propres besoins et s'intégrer à la société locale. La hausse des coûts de l'aide sociale s'en trouverait freinée et la cohésion sociale renforcée ». Les objectifs clairement explicités sont les suivants :

- « Tous les réfugiés reconnus et toutes les personnes admises à titre provisoire disposent de connaissances de base d'une langue nationale trois ans après leur arrivée.
- 80 % des enfants réfugiés arrivés en Suisse avant l'âge de quatre ans sont en mesure de se faire comprendre dans la langue parlée à leur lieu de domicile au moment de commencer l'école obligatoire.
- Cinq ans après leur arrivée, deux tiers des réfugiés et des personnes admises à titre provisoire âgées de 16 à 25 ans suivent une formation professionnelle initiale.
- Sept ans après leur arrivée, la moitié des réfugiés et des personnes admises à titre provisoire sont durablement intégrés dans le marché du travail.
- Après quelques années, tous les réfugiés et les personnes admises à titre provisoire sont familiarisés avec les habitudes suisses et entretiennent des contacts avec la population locale. »

Toutes ces propositions sont prometteuses et encourageantes. Elles montrent à quel point il est important de s'intéresser également aux jeunes adultes, et non pas seulement aux mineurs, à condition de bien comprendre leur réalité sociale, administrative et psychique. Ils ont d'énormes qualités et du potentiel, mais ils rencontrent aussi des difficultés majeures en lien avec leurs parcours migratoires, les multiples pertes qu'ils ont subies et, pour certains, la menace d'une expulsion dans leur pays d'origine, facteur extrêmement déstabilisant.

Au vu de tout ce qui précède, il est de notre devoir de collaborer au niveau fédéral et cantonal pour améliorer l'accompagnement des mineurs non accompagnés, mais aussi d'être une force de proposition

pour imaginer et concrétiser de nouvelles politiques d'accueil et développer de nouvelles modalités de prise en charge éducatives, d'enseignement et de soins. Ce livre se veut un exemple dans ce sens et a pour but d'apporter des points de repère pour mieux comprendre les enjeux de l'accueil et de l'encadrement de ces jeunes migrants.

Conclusion

Un manifeste pour les adolescents migrants forcés

En Europe, et de manière générale au niveau international, l'intérêt porté aux adolescents (14-25 ans) migrants forcés est pour le moins ambivalent. Les dirigeants s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'une population très vulnérable qu'il faut protéger, mais ils peinent à implémenter des mesures en leur faveur, et elles progressent très lentement quand elles existent. Ce sont souvent les événements tragiques, relayés par les médias, qui font « prendre conscience » aux décideurs qu'il faut investir pour ces populations. Toutefois, le souci porté aux jeunes s'arrête quand ils deviennent, administrativement parlant, adultes. Les autorités ont de surcroît une attitude souvent intransigeante quant à la détermination de leur âge pré-supposé. S'ils ne sont pas reconnus mineurs, ils ne bénéficieront pas de l'encadrement adéquat qui leur permettra d'évoluer et seront laissés « à leur sort », avec un encadrement minimal. À notre avis, en cas de doute concernant leur âge, ils devraient systématiquement bénéficier de l'encadrement proposé aux mineurs non accompagnés. Nous sommes convaincus que nous devrions dépasser cette barrière artificielle des 18 ans, qui se réfère uniquement à l'âge biologique, sans tenir compte de la maturité de l'individu et des bénéfices qu'il pourrait tirer d'un accompagnement plus propice à son intégration. C'est pour cette raison que nous avons souhaité élargir notre regard au-delà des mineurs non accompagnés (les plus fragiles parmi tous), et considérer aussi les adolescents issus de la migration forcée,

souvent en grande détresse et encore plus oubliés, en raison de la difficulté à déchiffrer la manifestation de leur souffrance.

Une autre question se pose souvent : est-ce que ces jeunes ont les mêmes besoins que les jeunes autochtones en difficulté ? N'auraient-ils pas des ressources énormes, autrement dit une grande capacité de résilience, puisqu'ils ont été capables d'arriver jusqu'à nos pays ? À ces interrogations, nous pouvons répondre qu'une vision optimiste de leur potentiel ne devrait pas nous faire minimiser ce qui pose problème. Encourager les ressources et prendre soin des fragilités peuvent coexister. Il ne fait aucun doute que ces jeunes ont besoin au minimum du même soutien et du même encadrement que les jeunes autochtones en difficulté, car ils accumulent davantage de facteurs de risque pour leur développement psychosocial.

Il est également important d'attirer l'attention sur la souffrance inhérente à leur vie et au processus migratoire dramatique qu'ils ont vécu, plutôt que sur une pathologie. La notion de deuil devient alors centrale. Il s'agit d'un processus naturel, qui peut être associé à une pathologie psychiatrique, comme un trauma psychique, une dépression, un trouble anxieux ou psychotique. Dans ces cas, la mise en place de traitements psychiatriques plus adaptés à leur situation et la mobilisation de services spécialisés doivent s'accompagner d'une attention toute particulière à leur manière d'exprimer leurs nombreux deuils.

La santé mentale de ces jeunes est l'affaire de tous les professionnels et institutions qui s'occupent d'eux, et non pas seulement des psychiatres et psychologues, même si ces derniers jouent un rôle particulièrement important en tant que thérapeutes du jeune ou lorsqu'ils mettent leurs compétences à disposition des autres professionnels via des supervisions, des formations ou des colloques interdisciplinaires. Dans tous les cas, nous sommes convaincus qu'il s'agit de développer des compétences croisées entre les différents corps de métiers, pour accueillir et accompagner au mieux ces jeunes.

L'enjeu principal sera de parvenir à tisser un lien de confiance qui permettra de leur offrir une fonction contenante, une fonction parentale de substitution. Pour ce faire, nous devons tenir compte de :

- La culture, qui conditionne la manière de comprendre les événements de la vie, les relations interpersonnelles, la souffrance et les rituels ou les soins à apporter.
- La migration, qui arrache le jeune à son environnement habituel et l'oblige à faire de grands efforts d'adaptation.
- L'adolescence, qui amène le jeune à un remaniement identitaire attendu, mais aussi éprouvant, durant lequel le « langage des actes » est fréquent. Les adultes doivent apprendre à le déchiffrer et à y répondre de manière adéquate. La violence, la consommation de toxiques, les gestes irrespectueux ne peuvent être tolérés, mais ils peuvent être compris différemment, et pas uniquement comme des actes antisociaux qui doivent être sanctionnés et réprimés.

Ainsi, nous n'insisterons jamais assez sur l'importance de la formation et de la supervision, en équipe et individuelle, des professionnels en charge de ces jeunes. Ces supervisions aident à mieux intégrer l'apport des formations dans la pratique. Elles aident aussi les professionnels à se protéger et à limiter la souffrance que le travail avec ces populations précarisées engendre. Pour bien prendre soin de ces jeunes, il est nécessaire de bien prendre soin des professionnels et travailler dans l'interdisciplinarité. Face à la complexité du terrain, la solidarité entre professionnels est essentielle pour un soutien mutuel, mais aussi pour croiser les savoirs, favoriser la créativité et gagner en efficience.

Tout cela n'est possible que si les pouvoirs politiques sont sensibilisés et informés de ces enjeux. Nous l'avons vu, un mineur ne devient pas autonome parce qu'il a 18 ans, mais parce qu'il a pu acquérir des ressources psychiques pour gérer ses états d'âme, une compréhension du milieu dans lequel il vit, des capacités pour créer un tissu social qui le soutient et avec lequel il interagit, entre autres...

À partir de ces questions, nos gouvernements décident des mesures à entreprendre pour protéger ces populations. Dans certains cas, ils sont sensibles et investissent du temps et de l'argent;

dans d'autres cas, ils minimisent le problème, le laissent se diluer et l'oublient, jusqu'au prochain scandale médiatique. Certaines régions placent les mineurs non accompagnés dans des centres avec les adultes; d'autres ouvrent des foyers spécialisés. Certains de ces foyers ont des éducateurs en bon nombre; dans d'autres, la tâche des éducateurs se limite à une présence qui garantit un minimum de fonctionnement. Comme nous l'avons déjà mentionné, estimer que ces jeunes n'ont pas beaucoup de difficultés et qu'ils peuvent continuer à fonctionner avec un minimum d'encadrement pourrait s'avérer particulièrement néfaste pour leur avenir, et sans aucun doute hypothéquer une intégration et une cohésion sociales réussies.

À nous les professionnels engagés dans l'accueil de ces populations d'être une force de proposition pour imaginer et concrétiser de nouvelles politiques d'accueil et développer de nouvelles modalités d'encadrement, de prise en charge éducative, d'enseignement et de soins, tout en nous inspirant de l'expérience développée et accumulée dans d'autres pays.

Bibliographie

1. Adams, Richard E., Joseph A. Boscarino et Charles R. Figley, « Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: a Validation Study », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 76, no 1, 2006, p. 103-108.
2. Ahovi, Jonathan et Marie Rose Moro, « Rites de passage et adolescence ». *Adolescence*, vol. 28, no 4, 2010, p. 861-871.
3. Alfano, Pietro et al., « Image et culture dans la prise en charge de mineurs isolés étrangers », *L'évolution psychiatrique*, vol. 83, no 4, 2018, p. 557-578.
4. Althaus, Fabrice et al., « La santé des étrangers en Suisse : les médecins peuvent mieux faire », dans Patrick Bodenmann, Yves Jackson et Hans Wolff (dir.), *Vulnérabilités, équité et santé*, RMS éditions/Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg, 2018.
5. Anzieu, Didier et al., *Les enveloppes psychiques*, Dunod, Paris, 1987.
6. Arboit, Stéphanie, « Sept tentatives de suicide parmi les requérants mineurs », *24 heures*, 11 novembre 2016.
7. Arendt, Hannah, *Considérations morales*, traduit de l'anglais par Marc Ducassou, Éditions Payot & Rivages, Paris, 1996 (1re éd. 1971).
8. Arendt, Hannah, *Du mensonge à la violence*. Essais de politique contemporaine, traduit de l'anglais par Guy Durand, Pocket, Paris, 2007 (1re éd. 1972).
9. Asile, 2018 : www.asile.ch.
10. Bâ, Idrissa et al., « Crises hystérisiformes collectives, crise scolaire, crise sociale et nouvelle problématique de la féminité au Sénégal », *L'information psychiatrique*, vol. 85, 2009, p. 793-797
11. Bailleul, Corentin et Daniel Senovilla Hernández, *Dans l'intérêt supérieur de qui ? Enquête sur l'interprétation et l'application de l'article 3 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant dans les mesures prises à l'égard des mineurs isolés étrangers en France*, MIGRINTER, Poitiers, 2016.
12. Barthélémy, Sophie, « La fonction phorique : Être porté pour porter », *Santé mentale*, no 195, 2015, p. 14.
13. Benedetti, Mario, *Primavera con una esquina rota*, Editorial Seix Barral, Barcelone, 1992, (1re éd. 1982).
14. Bidar, Abdennour, *Les tisserands*, Les liens qui libèrent, Paris, 2016.
15. Bidounga, Olivier, « Muntu fwa : la mort Kongo », *L'autre. Cliniques, cultures et sociétés*, vol. 16, no 2, 2015, p. 118-123.

16. Bion, Wilfred R., *Réflexion faite*, traduit de l'anglais par François Robert, PUF, Paris, 2001 (1re éd. 1962a).
17. Bion, Wilfred R., *Aux sources de l'expérience*, traduit de l'anglais par François Robert, PUF, Paris, 2003 (1re éd. 1962b).
18. Blaser, Jeremie et al., «Assessing the Plight of Young Unaccompanied Refugees», *Swiss Medical Weekly*, vol. 147, 2017, p. 47-48.
19. Bodenmann, Patrick et Yves-Laurent Julien Jackson, «Patients migrants: des enjeux transculturels, des compétences spécifiques», *Revue médicale suisse*, vol. 7, no 294, 2011.
20. Bodenmann, Patrick, «Migration sans frontières, mais persistance des barrières des représentations», dans Patrick Bodenmann, Yves Jackson et Hans Wolff (dir.), *Vulnérabilités, équité et santé*, RMS éditions/Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg, 2018.
21. Bowlby, John, *Attachement et perte. Vol. 3. La perte*, traduit de l'anglais par Didier Weil, PUF, Paris, 2002 (1re éd. 1980).
22. Boyle, Deborah A., «Countering Compassion Fatigue: a Requisite Nursing Agenda», *The Online Journal of Issues in Nursing*, 2011, vol. 16, no 1, manuscrit 2.
23. Breviglieri, Marc, «De la cohésion de vie du migrant: déplacement migratoire et orientation existentielle», *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 26, no 2, 2010, p. 57-76.
24. Bricaud, Julien, *Accueillir les jeunes migrants. Les mineurs isolés étrangers à l'épreuve du soupçon*, Chronique sociale, Lyon, 2017 (1re éd. 2012).
25. Camus, Albert, *Le mythe de Sisyphe*, Gallimard, Paris, 2015 (1re éd. 1942).
26. Camus, Albert, *L'homme révolté*, Gallimard, Paris, 2016 (1re éd. 1951).
27. Camus, Albert, «Lettre à Louis Germain – 1957», dans UNESCO, *Rapport mondial sur l'éducation*, 1998.
28. Carpenter, John et al., *Effective supervision in Social Work and Social Care*, Social Care Institute for Excellence, 2012.
29. Carrillo, Emilio J., Alexander R. Green et Joseph R. Betancourt, «Cross-Cultural Primary Care: a Patient-Based Approach», *Annals of Internal Medicine*, vol. 130, no 10, 1999, p. 829-834.
30. Charlson, Fiona et al., «New WHO Prevalence Estimates of Mental Disorders in Conflict Settings: a Systematic Review and Meta-analysis», *Lancet*, vol. 394, 2019, p. 240-248.
31. Ciccone, Albert, «Le concept de fonction contenante», *Santé mentale*, no 135, 2009, p. 22-27.
32. Compan, Sandrine, *Deuil pathologique ou pathologie du deuil?*, thèse pour l'obtention du doctorat de médecine, Université de Picardie Jules-Verne, faculté de médecine d'Amiens, 2015.
33. Corbaz, Etienne, «Vingt ans de classes d'accueil post-obligatoires dans le canton de Vaud», dans Chris Durussel et al. (dir.), *Pages d'accueil*, Antipodes, Lausanne, 2012.
34. Corcos, Maurice, «L'émotion mutilée: approche psychanalytique des automutilations à l'adolescence», *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 49, 2006, p. 459-476.

35. Corcos, Maurice, *La terreur d'exister. Fonctionnements limites à l'adolescence*, Dunod, Paris, 2009.
36. Cyrulnik, Boris, *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, Paris, 1999.
37. Declerck, Patrick, *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Terre humaine poche, Plon, Paris, 2001.
38. De Swaan, Abram, *Diviser pour tuer. Les régimes génocidaires et leurs hommes de main*, traduit du néerlandais par Bertrand Abraham, Seuil, Paris, 2016 (1^{re} éd. 2014).
39. Delecroix, Vincent et Philippe Forest, *Le deuil. Entre le chagrin et le néant*, Philosophie Éditions, Paris, 2015.
40. Depallens, Sarah, Fabienne Jäger et Nicole Pellaud, « Détermination de l'âge des jeunes migrants. Position de la Société suisse de pédiatrie », *Paediatrica*, vol. 28, no 2, 2017, p. 4.
41. Despret, Vinciane, Mony Elkaïm et Isabelle Stengers, « Comment penser l'émotion? », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 2, no 29, 2002, p. 15-21.
42. Despret, Vinciane, *Au bonheur des morts. Récits de ceux qui restent*, La Découverte, Paris, 2015.
43. Dominique Dao, Melissa, « Ce que l'autre peut susciter chez nous : stéréotypes, préjugés et discriminations dans la pratique clinique », dans Patrick Bodenmann, Yves Jackson et Hans Wolff (dir.), *Vulnérabilités, équité et santé*, RMS éditions/Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg, 2018.
44. Donnet, Jean-Luc, *Surmoi (1). Le concept freudien et la règle fondamentale*, PUF, Paris, 1995.
45. Dupont, Sophie, « Les mineurs non accompagnés plus vulnérables face au suicide », *Le Courrier*, 18 novembre 2016.
46. Durussel, Chris et al., *Pages d'accueil*, Antipodes, Lausanne, 2012.
47. EASO, *Rapport relatif à l'information sur le pays d'origine. Érythrée. Étude de pays*. European Asylum Support Office, mai 2015. Le rapport a été rédigé par le Secrétariat d'État aux Migrations (SEM), division Analyse et Services (Suisse).
48. EASO: <https://easo.europa.eu>.
49. Eurostat, *Communiqué de presse 87/2016*, 2 mai 2016.
50. Favret-Saada, Jeanne, *Désorcèler*, Éditions de l'Olivier, Paris, 2009.
51. Freud, Sigmund, « Deuil et mélancolie », *Œuvres complètes*, tome XIII, PUF, Paris, 1988.
52. Furtos, Jean, « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », *Mental'idées*, vol. 9, no 11, 2007, p. 24-33.
53. Furtos, Jean, *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologique et dispositifs*, Masson, Paris, 2008.
54. Galichet, François, « Règles et loi », <http://philogalichet.fr>, 2011.
55. Giedd, Jay N., « The Amazing Teen Brain », *Scientific American*, vol. 312, no 6, 2015, p. 32-37.

56. Gilbert, Muriel, «Devant le cadavre du sujet parlant – élaborations psychanalytiques sur la ritualité funéraire», *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés*, vol. 7, no 3, 2006, p. 413-426.
57. Gimeno Monterde, Chabier et José D. Gutierrez Sanchez, «Fostering Unaccompanied Migrating Minors. A Cross-Border Comparison», *Children and Youth Services Review*, vol. 99, 2019, p. 36-42.
58. Gimeno Monterde, Chabier, «Recherche sur les migrations clandestines des jeunes et éthique du travailleur social-chercheur», *Sociographe*, vol. 7, 2014, p. 51-68.
59. Goguikian Ratcliff, Betty et Olivier Strasser, *Clinique de l'exil. Chroniques d'une pratique engagée*, Georg, Genève, 2009a.
60. Goguikian Ratcliff, Betty, «L'enfant réfugié en consultation: quelques considérations cliniques sur l'évaluation interculturelle», *Pratiques psychologiques*, vol. 15, 2009b, p. 493-502.
61. Goguikian Ratcliff, Betty et Delphine Bercher, «Migrants et réfugiés en consultation», *Psychoscope*, vol. 8-9, 2011, p. 16-19.
62. Grinberg, León et Rebeca Grinberg, *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*, traduit de l'espagnol par Mireille Ndaye, Psychanalyse, C.L.E., Lyon, 1984 (1re éd. 1982).
63. Hanus, Michel, *Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant*, Maloine, Paris, 1998.
64. Hefez, Serge, «La famille contre l'embrigadement», *Amnesty*, no 90, 2017, p. 25-27.
65. Hell, Bertrand, «Négocié avec les esprits tromba à Mayotte», *Gradhiva*, vol. 7, 2008, p. 6-23.
66. Hoffman, Martin, *Empathie et développement moral. Les émotions morales et la justice*, PUG, Grenoble, 2008.
67. Horwitz, Allan et Jerome Wakefield, *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, Oxford University Press, New York, 2007.
68. Institute of Medicine, *Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes*, The National Academies Press, Washington, DC, 2015, <https://doi.org/10.17226/21726>.
69. IOM, 2019, www.iom.int.
70. IOM, 2019, www.iom.int.
71. Jackson, John A., *Migration*, Longman, Londres, 1986, dans Pau Mota Moya, *Migracions i Salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya*, Universitat autonoma de Barcelona, 2007.
72. Kernberg, Otto, «Quelques observations sur le processus de deuil», *L'année psychanalytique internationale*, vol. 1, 2011, p. 153-175.
73. Kirmayer, Laurence J. et Harry Minas, «The Future of Cultural Psychiatry: an International Perspective», *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 45, 2000, p. 438-446.
74. Kirmayer, Laurence J., «Empathy and Alterity in Cultural Psychiatry», *Ethos*, vol. 36, no 4, 2008, p. 457-474.
75. Klein, Melanie, *La psychanalyse des enfants*, PUF, Paris, 2009 (1^{re} éd. 1932).

76. Kleinman, Arthur, *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, Londres, 1981.
77. Kleinman, Arthur et Peter Benson, « Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to FixIt », *PLoS Medecine*, vol. 3, no 10, 2006, p. 1673-1676.
78. Kübler-Ross, Elisabeth et David Kessler, *Sur le chagrin et sur le deuil. trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*, traduit de l'anglais par Joëlle Touati, Jean-Claude Lattès, Paris, 2009 (1re éd. 2005).
79. Lachal, Christian, « Des adolescents en guerre », *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés*, vol. 2, 2001, p. 67-85.
80. Lachal, Christian, « La construction de la subjectivité et du lien à l'adolescence », *Champ psychosomatique*, vol. 1, no 25, 2002, p. 25-47.
81. Lachal, Christian, *Le partage du traumatisme : contre-transfert avec les patients traumatisés*, La pensée sauvage, Grenoble, 2006.
82. Lachal, Christian, « Un objet politique: l'identité en construction », *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés*, vol. 8, no 2, 2007, p. 165-172.
83. Lebigot, François, *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*, Dunod, Paris, 2005.
84. Lévi-Strauss, Claude, *Les structures élémentaires de la parenté*, PUF, Mouton et cie, Paris/La Haye, 1967 (1re éd. 1949).
85. Linton, Ralph, *Le fondement culturel de la personnalité*, traduit de l'anglais par Andrée Lyotard, Dunod, Paris, 1977 (1re édition 1945).
86. Lo Piccolo, Giuseppe, « Processus et non processus dans un groupe Photolangage® », mémoire de Master 2, CRPPC, Université Lumière-Lyon 2, Lyon, 2009.
87. Lo Piccolo, Giuseppe, « Images violentes et violence de l'imaginaire: le Photolangage® comme dispositif de transformation de la violence auprès d'adolescents agresseurs sexuels », thèse de doctorat, CRPPC, Université Lumières-Lyon 2, Lyon, 2015.
88. Lüsebrink, Hans-Jürgen, *Interkulturelle Kommunikation*, J. B. Metzler, Berlin, 2005.
89. Marion-Veyron, Régis, « Penser/panser les plaies des enfants soldats: quelles perspectives pour une approche psychodynamique? », *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés*, vol. 13, no 1, 2012, p. 60-70.
90. Marmot, Michael et Richard G. Wilkinson, *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford, 2005.
91. Médecins du Monde, *Rapport de l'Observatoire de 2017*.
92. Métraux, Jean-Claude, « Adolescents du sud – malades de l'échange inégal », *Revue médicale de la Suisse romande*, no 121, 2001, p. 551-554.
93. Métraux, Jean-Claude, *La migration comme métaphore*, La Dispute, Paris, 2017 (1re éd. 2011).
94. Mijolla, Alain, *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Hachette Littératures, Hachette, Vanves, 2005 (1re éd. 2002).

95. Millet, Pascal, *Le deuil*, Université de Franche-Comté, cours EPSSEL sur le deuil et les soins palliatifs, 2006.
96. Moro, Marie Rose, *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*, Dunod, Paris, 2010.
97. Mota Moya, Pau, *Migracions i Salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya*, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelone, 2007.
98. Napier, David A et al., «Culture and Health», *Lancet*, vol. 384, 2014, p. 1607-1639.
99. Nathan, Tobie, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 2012 (1^{re} éd. 1986).
100. Obholzer, Anton et Vega Z. Roberts, *The Unconscious at Work. Individual and Organizational Stress in the Human Services*, Routledge, New York, 1994.
101. OFSP-SEM, «Soins médicaux pour les requérants d'asile dans les centres de la Confédération et les centres d'hébergement collectif cantonaux», *OFSP-SEM*, 2017, p. 21-25.
102. OSAR, Organisation suisse d'aide aux réfugiés, www.osar.ch.
103. Pestre, Élise, «Instrumentalizing the Refugee's Body thought Evidence», *Research of Psychoanalysis*, no. 14, 2012, p. 147-154.
104. Pons, Christophe, *Les liaisons surnaturelles. Une anthropologie du médiumnisme dans l'Islande contemporaine*, CNRS Éditions, Aix-en-Provence, 2011.
105. Porter, Matthew et Nick Haslam, «Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated with Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons. A Meta-analysis», *Journal American Medical Association*, vol. 294, no 5, 2005, p. 602-612.
106. Radi, Saâdia, *Surnaturel et société*, Centre Jacques-Berque, Rabat, 2013.
107. Redfield, Robert, Ralph Linton et Melville Herskovits, «Mémoire pour the Study of Acculturation», *American Anthropologist*, vol. 38, 1936, p. 149-152.
108. Revell, Lisa et Victoria Burton, «Supervision and the Dynamics of Collusion: A Rule of Optimism?», *British Journal of Social Work*, vol. 46, no 6, 2016, p. 1587-1601.
109. Romano, Hélène, «L'enfant face à la mort», *Études sur la mort*, vol. 1, no 131, 2007, p. 95-114.
110. Reyre, Aymeric, Jeanne-Flore Rouchon et Olivier Taïb, «L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique», *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés*, vol. 10, no 1, 2009, p. 80-89.
111. Roussillon, René, *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, Elsevier Masson, Paris, 2007.
112. Roussillon, René, «Le besoin de sécurité», dans Jean Furtos (dir.), *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Elsevier Masson, Paris, 2008.
113. Sanchis, Javier, «Processus d'émancipation chez les jeunes migrants de deuxième génération», 13^e colloque de la revue transculturelle *l'Autre. Filiations, Affiliations, Adoptions*, 2011, Genève, <https://revuelautre.com>.

114. Sanchis, Javier, « Cuisine et psychanalyse: éloge au quotidien dans la rencontre interculturelle », Conférence à La Fondation de Nant, Corsier-sur-Vevey, 2015.
115. Sanchis, Javier et al., « L'apport de la psychiatrie transculturelle aux soins de premier recours: pour une approche pragmatique pour des rencontres complexes », *Swiss Medical Forum*, vol. 18, no 15, 2018, p. 325-331.
116. Sanchis, Javier et al., « The Public Health Response for Greater Efficiency in the Treatment of Unaccompanied Refugee Minors in Switzerland », Poster presentation at 1st World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health, Edinburgh, UK, 2018.
117. Sassolas, Marcel, « Un obstacle au changement – La séduction narcissique », *Revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles*, no 8, 2006, p. 26-30.
118. Sawyer, Susan M et al., « The Age of Adolescence », *The Lancet, Child & Adolescent Health*, vol. 2, no 3, 2018, p. 223-228.
119. SEM, 2018, www.sem.admin.ch.
120. SEM, 2019, Programme Agenda intégration suisse, www.sem.admin.ch
121. Senovilla, Daniel Hernández et al., *Unaccompanied Children Lacking Protection in Europe. PUCAFREU Project. Final Comparative Report*, Université de Poitiers, Poitiers, 2013.
122. Spitz, René A., *De la naissance à la parole – la première année de la vie*, traduit de l'anglais par Liliane Flournoy, PUF, Paris, 1971 (1^{re} éd. 1968).
123. Stiefel, Friedrich et al., « Collusion between Patients and Clinicians in End-of-Life Care: Why Clarity Matters », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 53, no 4, 2017, p. 776-782.
124. Teal, Cayla R. et al., « Helping Medical Learners Recognise and Manage Unconscious Bias toward Certain Patient Groups », *Medical Education*, vol. 46, no 1, 2012, p. 80-88.
125. Tisseron, Serge, *Empathie et manipulation*, Albin Michel, Paris, 2017.
126. Touhami, Fatima et al., « Mille et une façons de bien accueillir les mineurs isolés étrangers en France », dans Marion Feldman (dir.), *Les enfants exposés aux violences collectives*, Éditions Érès, Toulouse, 2016, p. 153-166.
127. Trajectoires-Association, *Recherche – action sur la situation des mineurs non accompagnés marocains*, www.trajectoires-asso.fr.
128. UNESCO, *Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles*, Mexico City, 26 juillet-6 août 1982.
129. UNHCR. *Global Trends – Forced Displacement in 2016*, www.unhcr.org.
130. UNHCR. *Global Trends – Forced Displacement in 2019*, www.unhcr.org.
131. Vacchiano, Francesco et Mercedes G. Jiménez, « Between Agency and Repression: Moroccan Children on the Edge », *Children's Geographies*, vol. 10, no 4, 2012, p. 457-471.
132. Vacchiano, Francesco, « À la recherche d'une citoyenneté globale. L'expérience des adolescents migrants en Europe », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 30, no 1, 2014, p. 59-81

133. Vacchiano, Francesco, «Desiring Mobility. Children's Migration, Parents' Distress and Constraints on the Future in North Africa» dans Jacqueline Bhabha, Jyothi Kanics et Daniel Senovilla Hernández (dir.), *Research Handbook on Child Migration*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, 2018, p. 82-97.
134. Vincent, Léonard, *Les Érythréens*, Payot & Rivages, Paris, 2012.
135. Von Overbeck Ottino, Saskia, «Inconscient et culture: psychothérapie complémentaire», *Actualités psychosomatiques*, vol. 11, 2008, p. 109-128.
136. Vu, Francis et Patrick Bodenmann, «Preventing, Managing and Treating Compassion Fatigue – A Systematic Review of the Literature on Recommended Interventions», *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, vol. 168, no 8, 2017, p. 224-231.
137. Vu, Francis et al., «Médecine sociale et pratique clinique: quand la précarité précède la pauvreté», dans Patrick Bodenmann, Yves Jackson et Hans Wolff (dir.), *Vulnérabilités, équité et santé*, RMS éditions/Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg, 2018.
138. Winnicott, Donald W., «The Depressive Position in Normal Emotional Development», *The British Psychological Society*, vol. 28, no. 3-4, 1955.
139. Winnicott, Donald W., «The theory of the Parent-Infant relationship», *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 41, 1960, p. 585-595.
140. Winnicott, Donald W., *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, traduit de l'anglais par Claude Monod, Gallimard, Paris, 1975 (1^{re} éd. 1971).
141. Womersley, Gail, Laure Kloetzer et Betty Goguikian Ratcliff, «Mental Health Problems Associated with Asylum Procedures of Refugees in European Countries», *NCCR – on the move*, no 2, 2017, p. 34-40.

Volumes parus dans la collection

Invalidité en souffrance

sous la direction de R. Darioli, 1999

Y a-t-il des limites éthiques à la recherche scientifique ?

sous la direction de P. Proellocks et D. Schulthess, 2000

Prescrire la contrainte ?

sous la direction de J. Gasser et B. Yersin, 2000

L'automédication : pratiques banales, motifs complexes

sous la direction de T. Buclin et C. Amon, 2001

La résilience : résister et se construire

sous la direction de M. Manciaux, 2001

*Une nouvelle approche de la différence : comment repenser le
« handicap » ?*

sous la direction de R. de Riedmatten, 2001

Les animaux inférieurs et les plantes ont-ils droit à notre respect ?

A. Arz de Falco et D. Müller, 2002

*Voir et agir. Responsabilités des professionnels de la santé en
matière de violence à l'égard des Femmes*

sous la direction de L. Gillioz, R. Gramoni, C. Margairaz et C. Fry,
2003

Quand la médecine a besoin d'interprètes

sous la direction de P. Guex et P. Singy, 2003

Santé et droits de l'homme. Les malades de l'indifférence, volume 1

sous la direction de Y. Reinharz Hazan et P. Chastonay, 2004

Ethique et responsabilité en médecine

L. Benaroyo, 2006

Santé et droits de l'homme. Les nouvelles insécurités, volume 2

sous la direction de Y. Reinharz Hazan et P. Chastonay, 2006

Clinique de l'exil. Chronique d'une pratique engagée
sous la direction de B. Goguikian Ratcliff et O. Strasser, 2009

*Exercer la pédiatrie en contexte multiculturel. Une approche
complémentariste du rapport institutionnalisé à l'Autre*
Y. R. Leanza, 2011

*Les enjeux de l'apprentissage médical à l'hôpital. Une étude de cas
dans un service d'anesthésie*
M. Bourrier avec la collaboration de S. Coll, 2011

Pour une psychiatrie scientifique et humaniste
sous la direction de P. Guex et J. Gasser, 2011

*Trajectoires de vie dans la grande vieillesse. Rester chez soi ou
s'installer en institution ?*
S. Cavalli, 2012

*Performances et défaillances du sujet âgé. Étude anthropologique
des recherches sur le vieillissement cérébral*
M. Droz Mendelzweig, 2013

*Face au temps qui reste. Usages et symbolique des médicaments
en fin de vie*
R.-A. Foley, 2016

*Police et Psychiatrie. Polyphonie des postures professionnelles face
à la crise psychiatrique*
sous la direction de A. Linder, M. Meyer et K. Skuza, 2016

*Repenser le genre. Une clinique avec les personnes trans**
D. Medico, 2016

Vaccinations. Le mythe du refus
L. Monnais, 2019

Folie et politique. Santé mentale en mutation au Brésil
P. Brum, 2020

*Don et transplantation d'organes en Suisse.
Enjeux historiques et sociologiques (1945-2020)*
Sous la direction R. Hammer, V. Barras et M. Pascual, 2021

« Un jour, le jeune Musa m'a t-il dit « J'ai peur de les oublier ». Je l'ai écouté. Il m'a raconté « ce qui se passait dans sa tête » et la peur qui le hantait. La peur que les images de ses parents s'effacent de sa mémoire. (...) Ce jour j'ai compris bien plus de choses ».

Avec les migrants issus de l'asile on pense souvent au trauma psychologique, mais on oublie trop souvent que dans tous les cas, tous sont confrontés à des pertes et à des deuils innombrables. La question que l'on se pose est, comment accompagner ces jeunes vers un avenir plus prometteur, confrontés à de multiples deuils, en pleine adolescence, avec des différences culturelles et linguistiques ?

À travers le témoignage de nombreux mineurs non-accompagnés dans le cadre de consultations psychothérapeutiques et des suivis dans des foyers d'accueil éducatif, nous allons mieux comprendre leur vécu, leurs peurs et leurs rêves, mais aussi les difficultés des professionnels qui les entourent. Ce livre vise un public large, pour des experts et non experts dans le domaine, et apporte des idées qui aideront à mieux penser les prises en charge psychothérapeutiques, psycho-éducatives ainsi que les politiques d'accueil et de santé publique.

Javier Sanchis Zozaya, psychothérapeute transculturel, est médecin co-responsable au Secteur Soins aux Migrants d'Unisanté, coordinateur cantonal pour la santé mentale des migrant.e.s précarisé.e.s du canton de Vaud et membre du groupe d'experts « Santé mentale – asile » de l'OFSP – Section Égalité. Il travaille depuis des années dans le domaine de la migration avec un intérêt particulier sur les deuils, l'accès aux soins en santé mentale et le travail interdisciplinaire entre professionnels, sans oublier que pour bien prendre soin des patients il faut bien prendre soin des professionnels.

ISBN 978-2-8257-1252-8



9 782825 712528