

Université Lille 2
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

MEMOIRE pour le Diplôme inter-universitaire
« Santé mentale dans la communauté »

Année 2015

**REFLEXIONS autour d'un DISPOSITIF
de PRISE EN CHARGE de la SANTE MENTALE
des ENFANTS et ADOLESCENTS
des FAMILLES DEMANDEUSES d'ASILE
en ARDECHE du NORD**

Marie-Renée DEYGAS

Tuteur : N. Daumerie – EPSM Lille Métropole

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION - p. 4

**I – SANTE MENTALE des ENFANTS des FAMILLES DEMANDEUSES
d’ASILE : approche CLINICIENNE ou COMMUNAUTAIRE** - p. 6

A - Quelques éléments administratifs à propos de la demande d’asile - p. 6

B - Contacts avec des centres ressources au niveau national et régional - p. 8

II – DESCRIPTION DE LA RECHERCHE - p. 13

A – Rencontres avec les directeurs du C.A.D.A. et de l’H.U.D.A. - p. 13

B – Rencontres avec les travailleurs sociaux et analyse des entretiens - p. 14

C – Etat des lieux des ressources locales – Rencontres avec les professionnels et analyses des entretiens - p. 18

- Médecin de P.M.I. - p. 18
- Médecin du C.A.M.S.P. - p. 19
- Psychologue scolaire - p. 19
- Equipe Mobile Psychiatrie Précarité - p. 20
- Psychothérapeute - p. 21
- Bénévoles d’associations - p. 22

D – Au C.M.P.P. : vignettes cliniques - p. 24

E – Rencontres avec les familles – Groupe Focus - p. 30

CONCLUSION - p. 31

LISTE DES ABREVIATIONS

A.P.E.M. :	Accompagnement Parents Enfants Migrants
C.A.D.A. :	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
C.A.M.S.P. :	Centre Action Médico Social Précoce
C.L.I.S. :	Classe pour L'Inclusion Scolaire
C.M.P. :	Centre Médico Psychologique
C.M.P.P. :	Centre Médico Psycho Pédagogique
C.N.D.A. :	Cour Nationale du Droit d'Asile
E.M.P.P. :	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
H.U.D.A. :	Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile
M.D.P.H. :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
O.F.P.R.A. :	Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
O.R.S.P.E.R.E. :	Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité
P.M.I. :	Protection Maternelle et Infantile
S.A.M.D.A.R.R.A. :	Santé Mentale, Demandeurs d'Asile et Réfugiés en Rhône Alpes

INTRODUCTION

L'idée est de réfléchir à la construction d'un dispositif de prise en charge de la santé mentale des enfants et adolescents hébergés en C.A.D.A. et en H.U.D.A. dans le Nord Ardèche.

Au Centre Médico Psycho Pédagogique où je travaille, nous sommes sollicités par l'école, les professionnels du C.A.D.A. ou de l'Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile pour des prises en charge psychologiques pour les enfants ou adolescents.

Lorsque l'enfant ou l'adolescent est demandeur, que les familles soutiennent cette demande malgré la barrière de la langue, une réponse peut se construire (travail avec un traducteur).

Parfois cette demande ne fait pas sens pour la famille, pour l'adolescent : mécanisme de déni, de défense, non connaissance de nos fonctionnements.

Comment penser la prise en charge de la santé mentale de ces enfants et adolescents dans un soin mais aussi dans une démarche de prévention des troubles psychopathologiques dans cette histoire singulière de l'exil ?

Se saisir de la santé mentale de cette population implique de ne pas pathologiser, de ne pas apporter comme réponse seulement le soin psychique. Les demandeurs d'asile ne sont pas une population à risque mais le parcours qu'ils traversent les expose à un danger de vulnérabilisation.

Lors de mes contacts préalables, tous les acteurs de terrain ont pointé leurs limites et leur incapacité à prendre en charge la souffrance exprimée ou non. Cela entraîne chez certains professionnels sidération, colère, sentiment d'injustice. Tous mettent en avant la nécessité de travail en lien.

Ma démarche sera :

- de faire un état des lieux (descriptions des pratiques dans les structures existantes sur le territoire) par des échanges téléphoniques ou rencontres,
- de tenter d'appréhender la demande des familles par l'organisation d'un groupe focus.

Mon hypothèse est :

- que nous avons au C.M.P.P. à modifier nos conditions d'accueil,
- que le travail de lien de l'équipe d'hébergement avec les autres équipes est essentiel et a besoin de se construire,
- qu'un groupe d'expression autour de la parentalité au C.A.D.A. pourrait être une forme d'accueil de la demande.

I – SANTE MENTALE des ENFANTS des FAMILLES DEMANDEUSES d’ASILE : approche CLINICIENNE ou COMMUNAUTAIRE

A - Quelques éléments administratifs à propos de la demande d’asile :

Le demandeur d’asile arrive par route après un trajet long et éprouvant dans une grande insécurité et dans un univers incompréhensible. Cependant des démarches sont incontournables. La temporalité de la pression administrative rythme le parcours du demandeur d’asile.

Les étapes administratives de la demande d’asile :

1 – La première demande est à faire à la préfecture qui délivre l’attestation provisoire de séjour, valable un mois.

2 – Ce temps est mis à profit pour faire en 21 jours une demande d’asile à déposer à l’O.F.P.R.A.

3 – Le dossier n’est pas étudié si incomplet. Ce dossier peut être rejeté si :

- procédure de Dublin
- menace de l’ordre public
- demande frauduleuse

Les demandeurs d’asile faisant partie de la liste des pays sûrs de l’O.F.P.R.A. font l’objet d’une procédure spécifique. Le dossier est enregistré par l’O.F.P.R.A.

4 – Suite à un entretien avec l’officier de protection à Paris :

- réponse positive
- réponse négative – Recours à la C.N.D.A. dans un délai d’un mois
- éléments insuffisants
- entretien empêché par certains éléments médicaux

5 – Trois possibilités se présentent :

- réfugiés
- protection subsidiaire
- rejetés

Sont hébergés en H.U.D.A. les demandeurs d'asile en procédure classique tout le temps de la procédure sauf si admission en C.A.D.A. A réception de la décision positive ou négative, ils disposent d'un mois pour partir.

Les demandeurs d'asile en procédure prioritaire (dont le pays fait partie de la liste des pays « sûrs », établie par l'OF.P.R.A.), sont hébergés le temps de l'instruction du dossier par l'OF.P.R.A. A réception de la décision, ils disposent d'un mois pour quitter la structure.

Les demandeurs d'asile en procédure DUBLIN sont hébergés le temps que la procédure de réadmission dans le premier pays de l'espace SCHENGEN dans lequel ils ont été identifiés soit terminée.

Seuls les demandeurs d'asile en procédure classique peuvent accéder au C.A.D.A. Ils peuvent y rester le temps complet de leur procédure d'asile

- si la décision est positive : ils disposent de 3 mois pour quitter le C.A.D.A.
- si la décision est négative : ils disposent d'un mois pour quitter le C.A.D.A.

L'admission en structure type C.A.D.A. ou H.U.D.A. se fait par l'intermédiaire de la C.L.A. (Commission Locale d'Admission) qui est dirigée et animée par un service de la Préfecture.

Sur le plan régional une solidarité est mise en œuvre. Ainsi, dans l'Ardèche des places sont réservées aux demandeurs d'asile présents sur le département mais aussi un quota est réservé à la solidarité régionale. En général, le département du Rhône est le plus saturé de la région et parfois, plus occasionnellement, la Drôme. Les demandeurs d'asile venant du Rhône ont souvent passé beaucoup de temps à la rue. Le 115 est saturé, tout comme les places d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asiles dans le Rhône, prioritairement réservées aux familles avec enfants (mises à l'abri souvent à l'hôtel aussi).

En Ardèche, les demandeurs d'asile sont hébergés systématiquement soit par le 115, soit à l'hôtel soit très vite en H.U.D.A.

B - Contacts avec des centres ressources au niveau national et régional :

Avant de tenter de construire ma réflexion, j'ai pris contact avec le Centre Primo Levi (*1) à Paris, Appartenances à Lausanne, ORSPERE (*3) à Lyon.

A chaque entretien téléphonique, j'ai eu des professionnels enthousiastes, désireux de faire partager leurs expériences mais aussi très à l'écoute de mes questionnements et de mon vécu, dans une position de partage plutôt que de savoir.

J'ai pris connaissance des formations proposées : colloque du Centre Primo Levi, D.U. santé société et migration.

J'ai lu avec une grande appétence la revue Rhizome (*3) qui m'a nourrie par la qualité de ses articles.

J'ai pris connaissance de l'existence du réseau AMDARRA (*4).

Il semble essentiel au travers de tous ces échanges d'accompagner le demandeur d'asile et sa famille dans la demande de soins. Compte tenu de leur histoire, des traumatismes, de la culpabilité, de la pression liée à la démarche administrative auprès de l'O.F.P.R.A., les familles sont sidérées et ont tendance à se reposer ou à déléguer leur position parentale aux travailleurs sociaux. Comment accompagner sans se substituer ?

Les familles en demande d'asile ont quitté leur pays d'origine pour fuir des privations telles que la survie psychique et physique était menacée. Les violences, dont certains enfants ont été spectateurs, victimes directes ou par ricochet, sont diverses : cela va de l'absence de droit dans un contexte discriminatoire aux conflits armés, en passant par les menaces, la corruption et les déplacements.

L'effraction du politique dans la sphère intime s'enkyste parfois sur plusieurs générations, engendrant des répercussions dans les relations familiales, que ce soit au niveau conjugal ou au niveau filial. Dans ce dernier cas, les rapports de transmission, d'éducation et d'attachement peuvent se voir bouleversés.

La violence est un véritable conducteur, et lorsqu'elle règne sur la parole, elle peut se transmettre, s'exprimer, agir d'un être proche à l'autre. La famille devient alors parfois le théâtre où s'exprime l'indicible.

*1 : www.primolevi.org

*3 : www.orspere.fr/-rhizome

*2 : www.appartenances.ch

*4 : www.SAMDARRA.fr

Les enfants n'ont pas toujours l'espace pour être entendus sur leur vécu. Les conditions de vie précaires et insécurisantes au pays ont parfois entravé leur bon développement et leur bien-être. L'enfant est un être poreux qui n'a pas la maturité psychique pour mettre en forme la monstruosité de certains actes. L'apparition de symptômes traumatiques reste néanmoins corrélée à des facteurs tenant à l'événement, à l'enfant et à la réaction familiale.

Certaines mamans identifient leurs difficultés à se rendre disponibles, à la manière du concept de la « mère morte » d'Andrée Green qui, déployant toute son énergie psychique pour tenter de contenir sa propre souffrance, laisse l'enfant assujéti aux manques. Enfin, le couple parental, pilier du foyer, peut se voir fragilisé par la présence de ce tiers absent qui prend la figure tantôt du bourreau, tantôt du secret.

Echouant en France, certaines familles se révèlent empreintes d'un passé douloureux signifiant l'importance d'être au plus près d'elles en terme d'accueil, de soutien et de bienveillance. Les thérapies familiales, le travail généalogique et la prise en compte de la dimension interculturelle sont des outils participant à un retissage du lien et à une réappropriation identitaire faisant appel de façon rassurante aux ressources familiales préexistantes. La résilience familiale résiderait dans la valorisation d'une capacité d'adaptation et la reconstruction d'une continuité d'existence, dont les fils conducteurs ne seraient pas que des ruptures déstabilisantes, mais des lignes de conduite ayant traversé toutes les épreuves.

« La bienveillance d'un enfant n'est jamais un cadeau ou l'effet de la chance ou de la malchance. Au contraire, elle est une production humaine jamais purement individuelle, ni uniquement familiale mais bien le résultat de l'effort de l'ensemble de la société. » (*1)

Les demandeurs d'asile qui vivent en famille sont confrontés à un certain nombre de défis en matière de cohésion interne et de transformation des rôles parentaux. Il y a à cela de multiples raisons dont deux principales.

La première n'est pas spécifique aux demandeurs d'asile. Elle est liée au passage de sociétés où la famille se conçoit comme une entité restreinte et individualisée.

*1 : J. Barudy – 1997 – *La douleur insaisissable de l'enfant*

La plupart des sociétés de provenance des demandeurs d'asile, même si elles sont engagées depuis longtemps dans des dynamiques de transformation, restent encore marquées par un modèle d'organisation familiale qui fait de l'individu un maillon de la chaîne, un rouage de la mécanique sociale, assigné à une place bien déterminée aux différents âges de la vie et en fonction du statut matrimonial, parental et sociétal qui deviendra le sien au fil du temps. Dans de telles sociétés, l'autorité parentale est d'abord collective. On n'est jamais seul à être le père ou la mère de ses enfants. L'ensemble des adultes est appelé à se sentir responsable du devenir des plus jeunes. Au sein de cette vaste structure, il est toujours possible de trouver des appuis pour renforcer l'autorité parentale ou servir d'intermédiaires entre les personnes en conflit. Une situation de famille restreinte, de fait, oblige les personnes à se repositionner les uns par rapport aux autres, ce qui ne va pas de soi et entraîne divers dysfonctionnements.

En plus de ce défi qu'ils partagent avec de nombreux migrants, les demandeurs d'asile doivent assumer une situation particulière qui amplifie leurs difficultés familiales. Ils sont placés dans une situation où leur devenir leur échappe. L'issue de leur demande dépend moins de ce qu'ils peuvent ou non faire personnellement que des appuis administratifs qu'ils peuvent rencontrer. De plus, l'oisiveté forcée à laquelle sont condamnés les adultes du fait des exigences de la procédure contribue souvent à porter atteinte à l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes. Cela les touche aussi dans leur fonction parentale, en particulier, les hommes, qui, dans certaines sociétés, assoient leur autorité paternelle sur leur rôle économique. Les lenteurs de la procédure qui prolongent la période de prise en charge par des structures spécialisées qui tendent à imposer leurs modèles en matière d'éducation, atteignent aussi la capacité d'autonomie des parents et l'image qu'ils donnent à leurs enfants. Dans de telles conditions, un travail d'appui à la parentalité apparaît comme absolument nécessaire pour permettre à ces familles de retrouver une autonomie dans un autre contexte que celui dans lequel elles ont été socialisées.

Nous allons décrire deux démarches de soutien à la parentalité.

➤ Le dispositif A.P.E.M. (Accompagnement Parents Enfants Migrants) (*1) :

Il propose un accompagnement sous la forme de consultations par une équipe pluridisciplinaire : un ethno psychologue, une psychologue, une enseignante F.L.E. (Français Langue Etrangère) et parfois un interprète.

*1 : *Christophe TIXIER - p. 30 - Sous la direction de BLANCO Domitille*

L'A.P.E.M. part du postulat que l'impact d'une expérience migratoire peut être positive ou négative, traumatique sur les capacités cognitives, relationnelles et comportementales des enfants.

L'A.P.E.M. a constaté dans ses interventions que certains paramètres viennent de façon récurrente influencer sur l'éducation d'enfants venus d'ailleurs. L'un de ces éléments a trait à la « distance culturelle » plus ou moins importante qui sépare la société d'origine et la société d'accueil de ces familles. Cet écart potentiel se traduit le plus souvent en termes de représentations, de postures, d'attentes et d'objectifs éducatifs qui ne sont pas forcément identiques d'un contexte à l'autre. L'une des difficultés à appréhender et combler de tels écarts, pour ceux et celles qui s'y trouvent confrontés, semble reposer dans leur caractère éminemment implicite ou peu manifeste. On ne prend souvent conscience des effets « silencieux » de la distance culturelle que lorsque ces écarts se traduisent par un incident ou un conflit qui incite à revenir sur ces considérations.

Un autre facteur est lié aux conditions dans lesquelles ces familles ont réalisé leur parcours migratoire et les conséquences potentielles que celui-ci peut avoir sur l'éducation de leurs enfants.

La migration est une expérience complexe, dont les diverses étapes peuvent s'avérer comme autant d'éléments déterminants pour l'avenir des personnes concernées.

La première étape d'un tel parcours correspond à la phase « pré migratoire », à la préparation au départ. Selon les conditions dans lesquelles s'est déroulée cette étape (départ prévu de longue date ou précipité, choisi ou pas, faisant suite à d'éventuelles violences, etc ...), elle affectera plus ou moins les capacités des personnes concernées à se mobiliser autour d'un nouveau projet de vie et, en l'occurrence, éducatif.

La seconde étape correspond à la migration en tant que telle, et il semble nécessaire de demeurer attentif aux conséquences des diverses pertes et ruptures qu'elle induit inéluctablement : affectives, sociales, psychiques, linguistiques, culturelles, etc ...

La dernière phase de ce parcours, celle de l'arrivée et de l'adaptation dans la société d'accueil, n'est évidemment pas non plus sans effets sur les dispositions de ces familles tant le simple fait d'être « étranger » suscite toujours des suspicions, voir de l'hostilité.

Eduquer un enfant n'est à vrai dire jamais une mince affaire ! Suite à une expérience migratoire, les ressources dont on dispose en la matière se trouvent d'autant plus affectées par l'amplitude du choc culturel vécu et les circonstances d'un parcours de migration plus ou moins éprouvant.

➤ Au C.A.D.A. de St Genis Laval :

Au C.A.D.A., tous les mercredis matin un animateur de Quai des Ludes apporte des jouets et des jeux, avec le « ludo-bus » (*1), pour les enfants de tout âge. Il installe différents espaces dans la salle d'animation.

Au départ, la ludothèque intervenait sur le C.A.D.A. sans la présence des parents. En 2007, l'équipe a souhaité faire de ce lieu un espace pour la parentalité avec notamment la présence obligatoire des parents. Nous souhaitons qu'ils puissent jouer et passer un moment privilégié avec leurs enfants. Nous avons rencontré des difficultés, les parents ne restaient pas ou ne venaient pas. Aujourd'hui, ce lieu est destiné à l'ensemble des résidents du C.A.D.A., parents ou non parent. C'est un moment convivial où se crée du lien, entre eux et avec nous. Nous pouvons échanger sur des sujets différents, nos enfants par exemple. Nous nous rencontrons là sur un pied d'égalité. La salle d'animation est ouverte sur le hall et nous proposons un café, des journaux en langues étrangères, un petit-déjeuner, des jeux pour adultes (ping-pong, baby-foot, triomino ...) et un accès internet.

Si, aujourd'hui, les parents ne jouent pas nécessairement avec leurs enfants, force est de constater qu'ils se sont progressivement approprié le lieu.

*1 : *Bienvenue au ludo-caféé – J. GRANGE – S. DELEVOY – p. 31 – Sous la direction de BRANCO D.*

D'abord présents uniquement dans le hall, avec un regard « lointain » sur leurs enfants, qu'ils laissent « à la charge » de l'animateur et des intervenants présents, ils ont désormais investi pleinement la salle d'animation dans laquelle les intervenants n'ont plus forcément besoin d'être.

En effet, les parents sont aujourd'hui garants du cadre au sein de cet espace, ce lieu participant à les réhabiliter, devenu pour eux plus que jamais un lieu ludique de discussion, causerie, ... Là ils sont réhabilités en tant qu'adultes responsables et autonomes, ce qui peut leur être nié à d'autres moments, notamment quand ils ne parlent pas français et qu'ils dépendent de leurs enfants pour leur traduire la parole des professionnels.

C'est un moment privilégié pour tout le monde, partagé parfois par les partenaires qui n'hésitent pas à venir et y rencontrer les résidents, leur présenter des initiatives, des animations qui se passent dans le quartier, la ville ...

II – DESCRIPTION DE LA RECHERCHE

A – Rencontres avec les directeurs du C.A.D.A. et de l'H.U.D.A. :

La pratique gouvernementale, l'extension de la liste des pays sûrs font que le demandeur d'asile doit faire preuve pour obtenir des droits. Le récit de vie à faire à l'O.F.P.R.A. réactive le traumatisme.

Et les enfants dans ce parcours ?

Comment les demandeurs d'asile restent-ils parents ?

Qu'en est-il des remaniements dans le groupe familial confronté à une destruction de son environnement et à une obligatoire adaptation ?

La santé mentale des enfants et des adultes questionne beaucoup l'équipe ; leur place dans la famille est un thème récurrent :

- ✓ des parents dont le temps est suspendu et pour qui l'angoisse de l'attente crée un empêchement d'agir et de se projeter,
- ✓ des parents en souffrance qui ont du mal à investir la scolarité ou pour qui la nécessité scolaire devient l'enjeu essentiel,

- ✓ des enfants qui sont dans une temporalité différente de leurs parents de par leur inscription à l'école,
- ✓ des enfants qui acquièrent plus vite la compétence linguistique et deviennent responsables des questions familiales d'adultes ...

La cohabitation d'individus issus d'un même pays mais dans des histoires différentes, la cohabitation d'individus issus de pays et de cultures très différentes. Tout cela génère des situations mobilisant les ressources adaptatives des enfants et des parents, des questionnements, confrontations et tensions.

Le C.A.D.A. d'Annonay accueille 25 familles, l'H.U.D.A. 26.

De plus en plus d'adultes seuls sont accueillis, surtout des hommes : population originaire d'Albanie, d'Arménie, Géorgie, Kosovo, Guinée Bissau, Russie, Soudan.

L'équipe est composée d'un chef de service à temps partiel, deux travailleurs sociaux (Conseillère en Economie Sociale et Familiale et Assistante Sociale), une secrétaire comptable et un personnel d'entretien.

L'H.U.D.A. de St Agrève accueille 25 familles qui ont sensiblement les mêmes origines géographiques. L'équipe est composée d'une directrice (sur trois structures dans des lieux différents), deux travailleurs sociaux, une secrétaire, un personnel d'entretien.

B – Rencontres avec les travailleurs sociaux et analyse des entretiens :

Les professionnels du C.A.D.A ont la charge de l'animation des groupes d'enfants. Ils facilitent le lien entre les familles et l'extérieur, l'école et les structures d'animation. Ils ont conscience d'être des interlocuteurs privilégiés de l'enfant dans la structure d'accueil. Cette forme de lien semble constituer un étayage important et se révéler structurant pour l'enfant. Cependant, le manque de moyens matériels et financiers ainsi que la surcharge de travail ne permet pas toujours aux professionnels d'accorder aux enfants l'aide et le temps nécessaires.

Plus les parents vont mal psychiquement moins ils sont en capacité à demander de l'aide pour eux-mêmes et pour leurs enfants. La question des papiers prend de l'importance au détriment du soin.

Les parents ont souvent une vision très positive, voir idéalisée de l'école. Celle-ci est vue comme un moyen de s'en sortir. L'enfant peut porter une pression très importante et se dévaloriser à la première difficulté.

Les enfants présentent soit des troubles du sommeil, soit des difficultés dans le lien aux autres. Ils s'enferment parfois dans des jeux qu'ils mettent en scène, autour du refus de l'O.F.P.R.A. Les parents et les travailleurs sociaux ne savent comment gérer.

Les parents, lorsque les travailleurs sociaux demandent une consultation, se déplacent, les mères sont un peu plus présentes (ce que l'on retrouve dans une population générale). L'extérieur peut être perçu comme peu sécurisant.

Les travailleurs sociaux s'inquiètent pour les enfants et les adultes, l'école pointe la souffrance, les difficultés d'apprentissage, mais l'équipe du C.A.D.A., surtout à Annonay, ne fait pas une demande de soins en raison du délai d'attente. L'équipe mobile précarité est sollicitée car plus réactive, mais elle s'occupe seulement des parents.

Les travailleurs sociaux accompagnent les parents pour qu'ils puissent eux-mêmes accompagner et soutenir les enfants ou adolescents. Il paraît ainsi fondamental de conforter les parents dans leurs rôles parentaux, de faire des choix pour leurs enfants et notamment dans la demande de soins.

L'exil, la précarité entraînent une extrême vulnérabilité. Les demandeurs d'asile ont besoin d'une reconnaissance du côté de l'asile mais aussi de la parentalité.

Il convient de valoriser la capacité des parents à s'occuper des enfants, même si cela nécessite un accompagnement du fait de la perte de repères dans ce pays.

Il faut avoir en tête les différentes représentations culturelles de l'Enfance et de l'enfant ; ces différences peuvent poser problème vis à vis des normes éducatives.

Dans le système où coexistent plusieurs attachements possibles (avec la mère, le père, les oncles, les tantes, les voisins et le groupe organisé), les enfants résistent mieux aux épreuves de la vie.

Mais quand les conditions sociales et culturelles entravent les mères, effacent les pères, réduisent les familles ou isolent des groupes, l'enfant aura à se structurer dans un mode déstructuré.

Cela entraîne certains mouvements d'extrême impuissance des travailleurs sociaux. Le soin psychique est pratiquement la seule piste d'aide aux enfants qu'ils envisagent. Les travailleurs sociaux sont prêts à se déplacer à une heure de route pour pouvoir rendre possible le soin.

Le travail de supervision pour les équipes est primordial mais ne semble pas une pratique fréquente (budget oblige).

Quelles réflexions et actions pour soutenir les parents dans leur position ?

➤ **Au C.A.D.A. d'Annonay** des sorties, ouvertes à tous, sont proposées.

Les parents participent aux sorties culturelles ou de loisirs. Cela a été posé comme nécessaire par les travailleurs sociaux car les parents peu à peu y laissaient leurs enfants.

Les travailleurs sociaux avaient accepté d'emmenner les enfants sans la présence des parents dans l'idée de soulager les parents seuls avec leurs enfants.

Cela a entraîné un certain désinvestissement de la part de certains parents. Il a alors été proposé que les enfants soient au moins sous la responsabilité d'un adulte qui n'est pas un travailleur social. Le résultat de ce changement est mitigé.

Certains enfants ne sortent plus. D'autres parents viennent partager avec plaisir ces temps d'activité et y prennent grand plaisir.

Les sorties sont variées : découverte de la région, une journée à la mer, piscine, balades ...

Les travailleurs sociaux sont dans une position de passeurs de « cultures ». Les familles demandent conseils et échangent avec les travailleurs sociaux autour des enfants. Ces derniers sont alors questionnés sur leurs attitudes éducatives pour leurs propres enfants ... Ils donnent « trucs et astuces » et surtout déculpabilisent et rassurent.

Les travailleurs sociaux incitent les parents à se rendre à l'école ou au collège. Ils aident à la prise de rendez-vous avec les enseignants et accompagnent si nécessaire.

Le lien est parfois difficile à faire avec les enseignants débordés qui ont du mal à comprendre l'utilité d'un échange avec des parents en difficulté avec la langue.

L'inactivité pèse terriblement aux hommes accueillis au C.A.D.A. Ils n'ont aucune possibilité de travailler.

➤ **A l'H.U.D.A. de St Agrève** il est demandé aux parents de participer aux devoirs une fois par semaine. Cela fait l'objet d'un engagement écrit.

Un résident géorgien a proposé un atelier cuisine afin que ceux qui le souhaitent proposent des recettes de leurs pays. L'équipe s'en est emparé et le résident s'en est senti dépossédé. Une discussion a été nécessaire pour que chacun retrouve sa place. Chaque mercredi la population de St Agrève peut participer à cet atelier.

Les mères se saisissent des propositions, les pères beaucoup moins. Certains hommes prennent des responsabilités au sein du groupe du C.A.D.A. (prise en charge des enfants au travers d'activités, activités de bricolage ...).

A propos des enfants qui inquiètent les équipes sur le plan de leur équilibre psychologique, compte tenu des délais d'attente et de l'absence de structure, la directrice a signé une convention avec un psychothérapeute libéral. Celui-ci reçoit les enfants moyennant une rémunération de 15 euros. Les parents en font le règlement.

Dans une école, un groupe de parents s'est créé pour partager des activités et les encadrer. Pour l'instant, aucune famille de l'H.U.D.A. ne s'y est inscrite.

Au C.A.D.A., les travailleurs sociaux ont l'habitude de travailler avec les interprètes pour construire le récit de vie. Il est garant de la reconnaissance des deux interlocuteurs, de l'expression de leur propos et de leurs représentations culturelles. Il permet de créer des ponts entre un avant/là-bas et un maintenant/ici. Les contacts sont téléphoniques.

Les travailleurs sociaux pensent que dans le cadre thérapeutique il est essentiel de travailler avec un interprète professionnel.

C – Etat des lieux et ressources locales – Rencontres avec les professionnels et analyses d’entretiens :

➤ Médecin de P.M.I. :

La puéricultrice allant à la maternité chaque semaine propose aux mères abritées en C.A.D.A. et venant d’accoucher un suivi P.M.I. qui se déroule en deux axes : visites à domicile et consultations médicales

Les travailleurs sociaux du C.A.D.A. accompagnent ces consultations. Les parents se rendent ensemble à ces consultations. Lors de situations qui préoccupent l’équipe de P.M.I. un suivi éducatif est pensé et se construit avec les travailleurs sociaux de la protection de l’enfance.

La psychologue de l’équipe peut être amenée à rencontrer les familles. La difficulté de se comprendre est toujours à l’œuvre (langue), mais la préoccupation autour du suivi du bébé permet de construire une relation. Le suivi P.M.I. concerne les bébés de 0 à deux ans.

La P.M.I. peut orienter vers la Farandole, lieu d’accueil parents-enfants à Annonay. Un temps « d’apprivoisement » est nécessaire. L’équipe est souvent submergée par la complexité des situations, de l’attachement se construit. Des liens de confiance se sont tissés, de l’admiration est ressentie pour ces personnes qui ont tout laissé dans leur pays, pour leur dignité.

Le rejet de l’O.F.P.R.A. entraîne pour les équipes incompréhension, impuissance, douleur face à ces familles se retrouvant sans aucune solution avec des bébés.

Par ailleurs, 35 mineurs isolés sont accueillis en Ardèche. Ils arrivent au Foyer de l’Enfance à Privas, bénéficient d’un bilan médical. Ils sont orientés en établissement de protection de l’Enfance ou famille d’accueil. Ces adolescents sont dans un grand désir de réussite scolaire, ne posant aucun problème dans le lieu où ils sont accueillis.

Quel est le prix de leur adaptation silencieuse ?

➤ Médecin du C.A.M.S.P. :

Peu d'expérience – La régularité des rendez-vous médicaux, des examens nécessaires n'est pas toujours facile à comprendre pour les familles. Les professionnels ont leur schéma et, portés par leur désir de bien faire, souhaitent le mettre en place dans une certaine urgence et pression qui ne fait pas forcément sens pour la famille.

Les travailleurs sociaux sont en position de tiers pour faire du lien entre professionnels et parents. Ces derniers ont besoin d'être soutenus et d'avoir des explications autour de la démarche diagnostique et de soins. La question du handicap est évoquée, se pose avec la connotation culturelle, représente une nouvelle épreuve.

➤ Psychologue scolaire :

Son rôle est d'analyser la demande autour des élèves en difficulté (difficulté d'apprentissage, comportement dans le groupe, souffrance, ...) afin d'organiser la prise en charge la plus adaptée.

Les solutions dans ce que propose l'école comme pour n'importe quel enfant : maintien en Grande Section Maternelle, doublement, mise en place d'une Auxiliaire de Vie Scolaire peuvent être vécus par les parents comme une blessure et refusée.

L'école est un lieu d'intégration mais elle est aussi celle qui pointe les inadaptations à un système. Elle peut être vécue par les parents comme celle qui vient pointer tous leurs manques : celui de la langue, de la culture et la transmission, celui de la capacité à faire accéder l'enfant aux apprentissages alors qu'eux-mêmes sont fragilisés par l'exil et dans une dépendance extrême à l'égard de toutes les formalités à accomplir pour « gagner » le droit de trouver asile quelque part. L'école doit aménager des dispositifs de prise en charge dont elle n'a pas les moyens. La nécessité de travailler en réseau se fait sentir.

➤ Equipe Mobile Psychiatrie Précarité :

Sur les secteurs d'Annonay et de St Agrève deux Infirmiers Diplômés d'Etat sont chacun à mi-temps à l'E.M.P.P. et au C.M.P. Ils interviennent sur le lieu d'hébergement des familles.

La première rencontre est toujours accompagnée par un travailleur social. Les demandes sont autour de manifestations somatiques : troubles du sommeil pratiquement toujours présents, douleurs abdominales, ... pouvant aller jusqu'à des tableaux de décompensation d'allure psychotique. Les hommes consultent souvent avec des symptômes plus importants et plus tardivement.

Les généralistes sont sollicités pour prescriptions, le psychiatre de l'E.M.P.P. ayant une disponibilité très faible de consultation. L'infirmier demande le récit de vie, aucune personne ne refuse. Les personnes sont sensibles à une écoute empathique.

Plusieurs temporalités sont à l'œuvre, celles :

- ✓ de la pensée du demandeur d'asile en souffrance
- ✓ de la procédure
- ✓ du thérapeute pris entre la nécessité et l'exigence du soin
- ✓ de la perspective du passage du patient devant les instances de l'Etat devant lesquelles il sait que se joue l'avenir du requérant, son avenir administratif, mais aussi son avenir psychique.

Ce type de poste nécessite une grande adaptabilité de soignants et a modifié leurs pratiques. : respect des horaires, nécessité d'une demande pour soi.

Il n'y a pas de réserves du demandeur d'asile par rapport à la fonction de la personne soignante : Infirmier Diplômé d'Etat, psychologue, psychiatre.

Les demandeurs d'asile sont très en lien par le net avec leur pays, ce qui peut majorer le stress, car ils vivent des situations traumatisantes en direct. La proximité de Lyon fait que les demandeurs d'asile conservent des liens dans leur groupe d'origine et peuvent s'y appuyer mais aussi approvisionner des produits d'usage culinaires, etc ...

Lors de leur intervention l'E.M.P.P. peut être amenée à observer la détresse des enfants ou adolescents mais les familles, prises dans leur histoire, ont peu de demande élaborée. Cette préoccupation est portée par les travailleurs sociaux.

Depuis un an d'existence de l'E.M.P.P. seulement un adolescent a été adressé au C.M.P. enfant adolescent.

➤ Hôpital d'Annonay :

Au service pédiatrique de l'hôpital d'Annonay, quelques enfants sont hospitalisés pour des problèmes aigus. Cela ne laisse pas le temps de trop échanger plus globalement. Dans certains cas, la cadre prend contact avec l'assistante sociale de l'hôpital qui à son tour prend contact avec le travailleur social du C.A.D.A.

➤ Psychothérapeute:

Dans l'attente de la réponse à la demande d'asile, les enfants vivent une situation qui peut se révéler psychologiquement difficile entre mise à l'abri des persécutions subies et adaptation à un environnement nouveau et peut-être provisoire.

Comme ses parents, l'enfant a dû tout quitter dans un laps de temps très court (famille, école, amis, maison). Il a parfois auparavant assisté aux persécutions subies par ses parents, subi lui-même des violences et de foute façon vécu un climat de terreur.

Le voyage en France s'est déroulé dans des conditions éprouvantes. Ces expériences ont laissé d'importantes séquelles traumatiques.

L'enfant ne saisit pas toujours les enjeux de la présence de sa famille dans le lieu d'hébergement, d'autant que les raisons de l'exil, l'obtention du statut et le futur en France sont souvent peu expliqués.

Malgré l'incertitude de devoir rester, malgré la durée de la procédure (qui peut s'étaler sur plusieurs années, ce qui représente un temps très important à l'échelle d'un enfant), l'enfant doit adopter la culture française. En effet, il va à l'école, explore ainsi mieux les normes sociales du pays, apprend la langue.

L'enfant est donc pris dans une forme de paradoxe : il doit à la fois s'adapter le plus efficacement possible à son nouvel environnement (pour valider le projet de ses parents d'être partis). Mais cette bonne adaptation ne doit pas se faire au détriment de la culture d'origine des parents, ce qui reviendrait à trahir symboliquement celle-ci.

L'enfant des demandeurs d'asile doit trouver son chemin dans ces contradictions. Il se trouve dans une situation psychologique déstabilisante qui peut porter atteinte à son psychisme.

La démarche vers le soin peut être étayante si elle est accompagnée par les travailleurs sociaux qui serviront de médiateurs vers un extérieur souvent vécu comme menaçant. L'accord et le soutien des parents sont essentiels.

Le travail avec les enfants de demandeurs d'asile présents en France depuis plusieurs mois peut s'effectuer sans l'intervention d'un interprète, d'autant que d'autres modes de communication sont utilisables (dessin, jeux).

Offrir à l'enfant un espace où déposer ce que cette situation singulière lui fait vivre peut simplement lui permettre de se décharger de valises parfois bien encombrantes.

➤ Associations : A.S.T.I. (Association de Solidarité avec touTEs les ImmigréEs et R.E.S.F. (Réseau d'Education Sans Frontière) :

A Annonay, l'A.S.T.I. propose :

- ✓ Un accompagnement administratif et juridique chaque semaine (permanence de bénévoles)
- ✓ Un groupe de femmes soutenu par des bénévoles (temps d'échanges, sorties, discussion autour d'un thème, ...)
- ✓ Des ateliers sociolinguistiques par petits groupes.

Les bénévoles de ces associations proposent aux familles (déboutées de leur demande d'asile) de les accompagner dans les démarches nécessaires : recherche d'hébergement, ...

A Annonay et St Agrève les structures anticipent cette sortie (aide médicale d'état, ...).

Ces associations travaillent en lien avec d'autres associations : secours populaire, secours catholique, CIMADE.

A St Agrève, on note aussi une mobilisation importante de la population pour soutenir les familles de demandeurs d'asile. Le centre socio culturel a mis à disposition une salle pour un groupe de chant. Le curé du village a prêté son jardin. Certains y travaillent tous les jours.

Le Chambon sur Lignon, village voisin, a été classé comme village des justes compte tenu de son action de protection des enfants juifs pendant la guerre. A cet hommage est associé l'ensemble du plateau ardéchois.

Il est à noter que tous les C.A.D.A. de l'Ardèche et de Haute Loire sont gérés par des associations portant les valeurs du protestantisme.

Les bénévoles que j'ai rencontrés avaient des représentations très parcellaires des structures de soins. Cet échange a été riche en partage de connaissances.

➤ Analyse des entretiens avec les professionnels :

Ce qui ressort de tous les entretiens avec les professionnels est une admiration du courage des demandeurs d'asile, de leur droiture, une incompréhension des intervenants face aux nombreux rejets.

Lorsque l'histoire singulière de la personne est connue cela suscite une compassion importante qui semble à la mesure à la « suspicion » des autorités françaises. Le soutien des professionnels est indéfectible, la suspicion de l'état l'est tout autant.

On peut penser que ce soutien des travailleurs sociaux, des différentes équipes, plus que coûteux, est primordial à la survie psychique de ces familles.

Par rapport aux enfants la mobilisation des enseignants et des habitants a aussi cette fonction. Il s'agit que le groupe (enseignants/parents d'élèves) soutiennent les parents dans cette épreuve.

Sur la question de l'obtention de la demande d'asile le poids des intervenants est faible car elle est du ressort des services de l'état. La souffrance des sujets est à prouver pour argumenter la nécessité de demande d'asile.

Pour les professionnels, travailleurs sociaux, soignants, la souffrance est à entendre pour soutenir, accompagner les personnes. Ils travaillent sur le vécu et non sur la réalité de l'histoire singulière de chacun.

Cependant, les familles demandent souvent un compte rendu à destination de l'O.F.P.R.A. afin d'appuyer leur demande.

Les équipes ont parfois du mal à repérer leur objet propre du fait d'une constante interpénétration de niveaux de réalité politique, sociale et clinique auxquels ce public les confronte.

D – Au C.M.P.P. : vignettes cliniques :

Le C.M.P.P. est géré par une association. Les enfants nous sont prioritairement adressés par les enseignants, psychologues scolaires à Annonay et par les travailleurs sociaux de l'H.U.D.A. à St Agrève.

➤ A Annonay :

Le C.M.P.P. est composé d'une équipe pluridisciplinaire : médecin, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, assistante sociale. En 2015, nous comptons actuellement deux enfants suivis pour une file active de 335.

Annonay, ville située à une heure de Lyon, St Etienne et Valence, est une ville de 16 000 habitants dans laquelle la vie associative est riche : clubs de sports, Maison de la Jeunesse et de la Culture, associations d'éducation populaire, associations culturelles, Maison Ouverte (soutien à la parentalité pour les enfants de 0 à 4 ans), ...

Sur le plan sanitaire un service de pédiatrie, maternité, un C.M.P. pour enfants et adolescents, un C.A.M.S.P., un point écoute adolescents, un C.M.P. pour adultes et une équipe mobile précarité.

En libéral, interviennent plusieurs orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, psychothérapeutes.

➤ A St Agrève :

Il s'agit d'une antenne d'Annonay. L'équipe est composée d'un médecin, qui dispose de 4 heures par mois, d'une psychomotricienne, d'une orthophoniste, toutes à temps très partiels. L'H.U.D.A. de St Agrève est très demandeuse de consultations et prises en charge. En 2015 6 enfants sont suivis sur une file active de 30 enfants.

St Agrève est un bourg de 2 500 habitants, isolé sur le plateau ardéchois à une heure d'Annonay, une heure du Puy, une heure 30 de Valence. Il y a des écoles maternelles et primaires, un collège. La vie associative est riche.

Sur le plan sanitaire, il n'y a pas d'antenne de C.M.P. pour enfants, pas de pédiatrie à l'hôpital local, pas de maternité. L'infirmier de l'équipe mobile de psychiatrie intervient une fois par semaine et le médecin une fois par mois. Il existe une antenne du C.M.P. pour enfants à 20 kms (à raison d'un jour par semaine) et à 30 kms (un jour par semaine).

En libéral, interviennent une orthophoniste, une psychologue. Les professionnels du soin sont en moyenne à une heure de route.

➤ Cas de Léon :

Léon est un enfant congolais de 7 ans, hébergé au C.A.D.A. avec son père l'un de ses frères. Le reste de la fratrie, 4 enfants, est resté au Congo. Léon n'a aucune nouvelle.

Il est adressé au C.M.P.P. car en extrême difficulté dans les apprentissages. La psychologue scolaire a tenté de soutenir l'équipe éducative qui atteint ses limites. Une orientation en C.L.I.S. est pensée et va se construire. Un dossier est à faire auprès de la M.D.P.H. Monsieur est effondré par cette nouvelle, il prépare son récit de vie pour l'O.F.P.R.A.

La psychologue et moi-même recevons Léon et son père. Léon demande « pourquoi vous voulez m'aider ? » Il pensait venir chez le dentiste. Monsieur n'a pu mettre des mots sur cette consultation. Il reste lui-même, très en retrait pendant la consultation.

Le problème de la langue ne semble pas être la cause de ce mutisme. Il n'intervient pas pour contenir les questions de Léon. Compte tenu de ce que nous percevons de la détresse de monsieur, de la défense qu'il semble nous adresser pendant la consultation, « Léon va bien, c'est le problème de l'école », nous décidons de proposer un bilan en orthophonie.

Monsieur et Léon sont venus bien régulièrement. L'assistante sociale de notre service a pris contact avec l'assistante sociale du C.A.D.A. La question du dossier M.D.P.H. parasite le bilan.

L'orthophoniste est envahie par la détresse de Léon qu'il a vite amenée dans son espace. « Où est maman ? », demande t-il.

« Il n'a pas besoin d'orthophonie », dit-elle.

Léon bénéficie de soutien à l'école. De ma place de médecin, je pense cependant nécessaire de proposer un espace à cet enfant ..., espace de jeu, de familiarisation avec la langue, cette langue qui pour lui est celle de l'exil, de la perte de sa mère et qui est celle avec laquelle il lui est demandé d'apprendre, de s'intégrer.

J'ai usé de ma position avec monsieur. Léon a besoin de jouer (ce qui ne correspond pas au schémas culturels) et avec ma collègue orthophoniste qui se sent dépassée par ce que cet enfant porte sur ses épaules et ce qu'il questionne « où est ma mère » ...

Actuellement, Léon est reçu individuellement, l'idée est de lui proposer un petit groupe à médiation thérapeutique. En effet, il est en grande difficulté dans le lien avec ses pairs. Les travailleurs sociaux ramènent que son grand frère est aussi très rejeté au collège.

L'histoire traumatique de ces familles nous met dans une difficulté à adapter notre démarche à des contextes cliniques où le risque est de réactiver des blessures. Concernant les bilans, qu'ils soient psychométrique ou orthophonique, ils sollicitent beaucoup de références culturelles. Le problème de la langue est à l'œuvre. Les épreuves projectives sont d'une plus grande souplesse car dessiner, représenter est une activité plus universelle. Le bilan psychomoteur autour du jeu, du corps, fait aussi appel à des concepts plus universels.

L'accompagnement des enfants nécessite la prise en compte de la dimension psychique qui ne relève pas que de la précarité sociale due à leur situation actuelle mais avant tout de la façon dont la famille va pouvoir traiter les traumatismes accumulés et l'incertitude de leur devenir.

La figure du migrant précaire peut pour certains professionnels représenter une altérité radicale, différente, sans représentativité, qui l'inciterait à se poser la question du sens.

➤ Cas d'Augustin :

Les travailleurs sociaux du C.A.D.A. nous adressent Augustin dans une demande de soutien psychologique, c'est un jeune adolescent de 15 ans, qui refuse d'aller à l'école. Il vient de Russie. Ses parents sont très fragilisés par des problématiques somatiques et psychiques.

L'équipe mobile de psychiatrie intervient à domicile mais Augustin fuit lorsque l'infirmière tente de l'approcher. Les travailleurs sociaux sont très inquiets pour ce jeune qui n'investit pas la langue, qui s'isole des autres.

Il est en 3^{ème} au collège et ne veut plus y aller. La famille était accueillie à Annonay et pour des raisons d'organisation liées à la complexité des situations de chacun la famille a été accueillie à St Agrève, ce qui a mobilisé une fois de plus les ressources adaptatives de chacun.

Augustin n'a aucune demande, il souhaite par contre être reçu seul sans sa mère, ni le travailleur social. J'accède à sa demande. Je me trouve alors face à un adolescent mutique, qui ne comprend pas ce qu'on peut lui offrir comme aide. Il a une importante symptomatologie autour du sommeil, de l'alimentation. Il a bien investi le médecin traitant qui est un médecin de plus de 80 ans, encore en activité. Il me dit vouloir réfléchir.

Venant à St Agrève seulement une fois par mois, je ne peux assurer de suivi. Après lui avoir expliqué notre cadre de travail, fonctionnement, qu'en a-t-il compris ? Je lui propose de nous revoir avec la psychologue de l'antenne. « On verra » dit-il.

Un mois plus tard, Augustin se présente avec sa maman, demande à être reçu seul. Nous le recevons avec la psychologue. Je réexplique notre cadre, ce que nous pouvons proposer, un lieu d'écoute dont nous pensons qu'il a besoin.

De nouveau je prends une position d'écoute empathique mais aussi très clairement une position de médecin sachant ce qui est à proposer. Il est moins tendu que la fois précédente. La travailleuse sociale me dira qu'il lui a rappelé son rendez-vous quelques jours avant.

Lors de cette consultation Augustin a amené le récit de vie de sa famille à l'attention de l'O.F.P.R.A. pour la demande d'asile.

A la fin de l'entretien nous recevons madame avec l'accord d'Augustin. Celle-ci ne parle pas français. Bien qu'Augustin prenne une attitude distante avec sa mère, ils s'aident en se soutenant pour traduire. Madame nous demande un document pour l'O.F.P.R.A.

Nous comprenons que le départ de Russie de la famille est motivé par une situation traumatique qu'a vécu Augustin pour le protéger. Ses parents étaient des personnes insérés socialement, l'origine ethnique de madame a entraîné des violences de l'état à son encontre.

Après la consultation je reprends contact avec la travailleuse sociale afin de dire pourquoi je n'assurerai pas le suivi (trop peu de temps à St Agrève) et comment nous allons procéder. Elle me dit alors que compte tenu de la souffrance qu'ils perçoivent et de leur désarroi ils sont prêts à conduire Augustin à Annonay.

Nous convenons que pour l'instant il s'agit de construire un lien de confiance et que peut-être ensuite il sera nécessaire d'envisager l'intervention d'un interprète.

Cette travailleuse sociale est très jeune ; lorsque je lui dis que pour Augustin il me semble que la position d'un adulte plus âgé (ce qui est mon cas) semble un élément de réassurance elle est d'accord avec ce point de vue.

Elle a observé qu'elle est plus dans un rapport de « camarade » avec ce jeune. Elle me fait part aussi de tout leur questionnement par rapport à la scolarité l'an prochain : lycée professionnel ... Augustin refuse d'y aller. Que faire ?

Dans cette vignette clinique, on perçoit le désarroi des parents, celui des travailleurs sociaux. Nous sommes face à un adolescent qui présente des manifestations psychosomatiques traduisant des mouvements dépressifs.

La consultation semble avoir pour objet de prendre soin d'Augustin en lui proposant un espace où il sera accueilli, de prendre soin des parents, dans un désarroi total face à leur enfant, de soutenir les travailleurs sociaux en prenant une place de tiers tout en étant en lien. Prendre soin semble dans ce cas être là pour tenir, ne pas abandonner, retisser un lien d'humanité, de bienveillance, ne pas désespérer.

Dans notre expérience le soin s'arrête souvent à cause du rejet de l'O.F.P.R.A., de déménagements des familles dictés par d'autres décisions administratives.

Le soin apporté à ces enfants demande pour les soignants une adaptabilité particulière.

Il me semble que malgré la formation tous les soignants n'en ont pas la capacité. Il faut pouvoir aider en sachant qu'on ne pourra pas faire autant que ce que l'on voudrait. Il faut accepter parfois ne pas pouvoir travailler avec les parents qui nous confient leurs enfants mais n'ont pas les codes pour comprendre nos fonctionnements. Il faut accepter d'entendre la souffrance de l'enfant et qu'elle ne nous désespère pas.

Peut-être que le seul but du soin sera que l'enfant dépose ce qui est lourd à porter.

E – Rencontres avec les familles :

J'aurais souhaité construire un groupe focus pour tenter de mieux évaluer les besoins, attentes et de mieux comprendre opinions, ressentis et comportements.

J'aurais souhaité que ce groupe soit ouvert aussi aux adultes isolés, parents ayant laissé leurs enfants au pays.

J'aurais aimé pouvoir construire ce groupe car par rapport aux entretiens individuels il me semble avoir de l'intérêt.

- ✓ Les demandeurs d'asile ont déjà vécu beaucoup d'entretiens individuels pour construire leur récit de vie.
- ✓ L'entretien individuel peut être vécu comme intrusif et dangereux (selon l'histoire).
- ✓ Une dynamique d'échange peut se créer.
- ✓ L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités.
- ✓ Dans le groupe, on peut s'appuyer sur l'autre et on peut peut-être exprimer critiques et colères.

Malheureusement, le temps m'a manqué.

J'ai commencé à réfléchir à un questionnaire (cf annexe).

CONCLUSION

Un aspect fondamental de ma recherche n'a pu se mettre en place (groupe focus). Une autre limite de cette recherche est de ne pas avoir eu de contact avec le politique (mairie).

Je pense cependant que mon travail permet d'évoquer plusieurs pistes de réflexion pour accompagner les enfants des familles demandeuses d'asile.

Le travail en lien peut être de faciliter un étayage pour les professionnels car le psycho traumatisme des familles a un effet sidérant. Travailler avec ce public déstabilise le cadre professionnel et les pratiques habituelles et encourage à travailler dans l'interstice, dans l'informel pour accueillir la parole. Cela oblige à être inventif, malléable dans sa pratique, ce qui n'est pas toujours très rassurant et peut être même déroutant.

Le professionnel du soin peut avoir tendance à se limiter à une prise en charge de la symptomatologie psychopathologique (insomnies, troubles, ...).

Cette attitude opératoire peut être le signe de la complexité de la rencontre dans une autre langue avec une autre culture et de la difficulté de décryptage du sens de la plainte et de la symptomatologie rencontrée.

Le travail en lien peut permettre de servir d'interface entre les services existants pour construire un soin qui soit initié ou du moins porté par les familles et non prescrit.

La clinique du partenariat auprès de l'enfant et des familles est particulièrement sensible à la qualité des liens entre les différents professionnels qui les entourent (travailleurs sociaux, enseignants, psychologues).

A la personnalisation des relations individuelles entre ces professionnels doit correspondre une position précise de chaque institution. Au C.M.P.P., sur l'expérience du soutien psychologique aux enfants et adolescents, l'idée n'est pas de se substituer aux différents services et structures. Nous contribuons à une clinique de travail en réseau autour de la souffrance de ces enfants ou adolescents.

La confiance et ses aléas (confiance des parents dans les différents intervenants, confiance à l'intérieur de l'équipe, confiance des intervenants entre eux) doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Il semble important de construire ensemble nos connaissances plutôt que transférer les connaissances de celui qui soigne et qui sait (le psychologue, le psychiatre) vers l'autre.

Le travail en lien peut nous aider à prioriser l'accueil au sein du C.M.P.P. et de mieux le construire :

La première rencontre avec le travailleur social semble essentielle :

- ✓ Comment témoignent-ils de leurs difficultés avec cet enfant au C.A.D.A., à l'école ?
- ✓ Qu'en pensent les parents ?
- ✓ Qu'en pense l'adolescent ?

La vertu soignante de la parole ne va pas de soi.

Parler peut réactiver le traumatisme, les mots peuvent devenir persécutants. Le traumatisme est à la fois le point de départ, point d'origine pour l'histoire du sujet comme pour celle de la prise en charge.

Le temps de construction de la confiance, le temps de « faire connaissance » semble essentiel.

L'intervention d'un interprète, de toute façon par téléphone, semble à construire dans un deuxième ou troisième rendez-vous. Les professionnels du C.A.D.A. travaillent de façon habituelle avec des interprètes connus pour construire les récits de vie.

L'orthophoniste Francine Rosenbaum (*1) « sollicite autant que possible la langue d'origine de la famille. Elle est nécessaire et préexistante au développement de la pensée et du langage et aux apprentissages simultanés ou consécutifs d'autres langues et de leurs codes respectifs. Le support linguistique de la langue maternelle (est) la condition indispensable au développement affectif de l'enfant. La langue maternelle me permet d'avoir accès aux compétences parentales.» Elle ajoute : « J'écoute et je m'appuie sur le matériel culturel de la famille d'origine comme levier thérapeutique capable de structurer l'enfant et sa famille dans leur identité multiculturelle, de façon à ce que la représentation de la multiculturalité et du plurilinguisme ne soit pas inhibitoire mais devienne le joker de leur développement affectif et cognitif. »

*1 : *Rosenbaum F. – 2009 – Les humiliations de l'exil – Les pathologies de la honte chez les enfants migrants – p.21*

Nous soignants du C.M.P.P., avons des réticences, des craintes, secret professionnel, manque de confiance dans les interprètes que nous ne connaissons pas.

Il est nécessaire que le thérapeute, en protégeant l'espace de soins, échange régulièrement avec le travailleur social en présence de l'enfant ou l'adolescent et des parents sur les questions qui les préoccupent.

Pour conclure, on peut faire le constat que les divers entretiens avec C.A.D.A., les associations de bénévoles, l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité ont contribué à faire évoluer les représentations de chacun dans la fonction de l'autre.

Le C.M.P.P. est peu connu dans la cité comme un espace de soins. Le délai d'attente supposé, empêche la demande de soins. Le secteur médico social (C.M.P.P.) est méconnu par rapport au secteur sanitaire (C.M.P.). Suite à ce travail et aux nombreux contacts avec les acteurs de terrain nous modifierons notre accueil au C.M.P.P. comme décrit ci-dessus.

A titre bénévole je proposerai une permanence (espace d'écoute des familles) au sein du C.A.D.A.. Je souhaite le proposer aux directeurs et au conseil de la vie sociale.

L'approche communautaire (*1) me semble adaptée à la réflexion de prise en compte de cette population dans une grande précarité, stigmatisée par le pays d' «accueil» aux prises avec histoire d'une extrême complexité (exil, violences).

La réflexion à plusieurs intervenants de cultures très différentes (travailleurs sociaux, soignants, enseignants, associations) peut contribuer à créer un espace étayant pour tous (pour éviter le désespoir des intervenants) avec une modestie au moins aussi importante que l'ampleur de la problématique.

*1 : *SAIAS Thomas - L'Apport du paradigme communautaire – Bulletin psychologique (HS) - p. : 149 à 155*

ANNEXES

- Questionnaire aux travailleurs sociaux du C.A.D.A. autour du repérage des éléments qui déclenchent la demande de consultation :

- ❖ Comment s'exprime selon vous la souffrance des enfants dans cette situation particulière sommeil, alimentation, école ?
- ❖ Quelles manifestations vous amènent à adresser un enfant vers un soin ?
- ❖ Comment parlez-vous de cette inquiétude aux parents ?
- ❖ Comment accompagnez-vous la demande vers le C.M.P.P. ?
- ❖ Quelle est selon vous la place d'une interprète ?
- ❖ Pourquoi ne faites-vous pas plus de demandes ?

- Le groupe focus – à expérimenter :

- ❖ Quelle est votre principale inquiétude pour vos enfants : l'école, sa santé, son moral, ... ?
- ❖ Vous pose t-il des questions ?
- ❖ Vous parle t-il de l'école, de ses copains ?
- ❖ Dort-il bien ?
- ❖ Mange t-il bien ?
- ❖ A t-il des peurs ?
- ❖ Pleure t-il parfois ?
- ❖ Que vous dit le maître ?
- ❖ S'est-il bien adapté à l'école ?
- ❖ A t-il des copains ?
- ❖ A t-il des contacts avec sa famille ? ses amis ? dans votre pays ?
- ❖ Avez-vous pu lui parler de votre départ ? A t-il vu des choses difficiles ?

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDY J. 1997 – *La douleur insaisissable de l'enfant* – Approche éco systématique de la maltraitance – ERES -

- BAROU J. et MORO M-R. – 2003 – *Les enfants de l'exil* – Etude après des familles en demande d'asile dans les centres d'accueil, UNESCO et DRASS, 148 p. -

- BLANCO Domitille (sous la direction de) – 2011 – « Etre parents ici quand on revient de loin » - Regards croisés sur la parentalité – Ouvvrage collectif SAMDARA – 76 p. – Facteurs influant sur l'éducation d'enfants venus d'ailleurs – p. 30 – Christophe Tixier -

- BOYET R. – GAROT M. – ACHARD L. – POINAS K. – MASSOUBRE C. – 2008 - « *Enfance, migration et précarité* » - Le lien à l'épreuve de l'exil -

- COLIN N. - MERYGLOD N. – FURTOS J. – 2009 – *Rapport de Recherche Action « Parentalité en contexte d'exil et de précarité – A partir d'un groupe de parole pour familles étrangères en attente d'une régularisation »* - ORSPERE 38 p. -

- DAVIET O. – 2005 – « *Etre enfant dans le tourbillon de la demande d'asile* Modalités cliniques et inter partenariales – santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône Alpes, ORSPERE – p. 99-101 – 179 p. -

- FURTOS J. 2008 – *Les cliniques de la précarité* – Contexte social, psychopathologie et dispositifs – MASSON –

- Guide du demandeur d'asile – 20011 – Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration – Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration -

- ION J. – RAVON B. – PICHON P. – LAVAL C. – JULIANI F. – POMMIER J-B. 2005
« *Vers une clinique du lien défait* » - Travail social et souffrance psychique – PARIS DUNOD-
- ROSEMBAUN F. – 2009 – « *Les humiliations de l'exil, les pathologies de la honte chez les enfants migrants* » - Paris Ed. FABERT 178 p. -
- SAIAS T. – 2007 – A l'identité du psychologue : de la confusion des genres à l'intégration des modèles – L'apport du paradigme communautaire – Bulletin psychologique 60 (HS) 149-155 -
- Sites Internet :

www.appartenances.ch

www.orspere.fr/-rhizome-

www.primoleri.org

www.SAMDARRA.fr-

RESUME

Au travers d'entretiens avec les professionnels de terrain intervenant auprès des familles hébergées en Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile en Nord Ardèche, il s'agit de faire un état des lieux des pratiques de prise en compte de la santé mentale des enfants et adolescents de ces familles.

Quelles sont les limites, difficultés des intervenants confrontés aux parcours de l'exil et de la demande d'asile ?

Comment construire en lien un dispositif compréhensible pour les familles, étayant pour les professionnels, permettant aux enfants de se construire dans leur histoire singulière (dans une démarche de soins mais aussi de prévention des troubles psychopathologiques) ?

Face à l'extrême complexité des histoires (facteurs géopolitiques, violences subies, exil, traumatisme), l'approche clinique et son modèle atteint ses limites.

La démarche communautaire peut permettre de proposer des pistes de réflexion pour construire dans le territoire un dispositif capable de résister à la souffrance des enfants et au découragement des soignants.

MOTS-CLES

Santé mentale – demandeurs d'asile – enfants-adolescents – Ardèche - famille