

LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS RÉFUGIÉS :

REVUE DE LA LITTÉRATURE

SADZOT P (1), MALCHAIR A (2)

RÉSUMÉ : Cette revue de la littérature est destinée à tout professionnel de la santé et a pour objectif de sensibiliser aux conséquences psychopathologiques des migrations forcées sur la santé mentale des enfants réfugiés. Nous aborderons d'abord les conséquences psychologiques de la migration de manière globale puis nous évoquerons certaines situations spécifiques. Nous terminerons par des pistes liées à la prévention et à la prise en charge de ces enfants vulnérables.

MOTS-CLÉS : Santé mentale - Réfugiés - Enfants

**MENTAL HEALTH OF CHILDREN REFUGEES :
A REVIEW**

SUMMARY : This review is devoted to all health professionals in order to raise awareness of the psychopathological consequences of forced migration on the mental health of children. First, we will talk about the psychological consequences of immigration in a global way, and then we will discuss about some specific situations. We will finish with prevention and care of these vulnerable children.

KEYWORDS : Mental health - Refugees - Children

INTRODUCTION

La situation migratoire actuelle n'est méconnue pour personne. Il est difficile de chiffrer ces migrations, mais on estime qu'en 25 ans, leur nombre a doublé (1). La personne réfugiée peut quitter son pays pour différentes raisons : violences, persécutions, abus sexuels, conflits intra-familiaux, instabilité politique, pauvreté, ... (2). Quel que soit le contexte, la migration va être potentiellement traumatique, du fait de la rupture avec les référentiels culturels qu'elle impose et les pertes auxquelles elle expose.

Ces enfants réfugiés, partis seuls ou accompagnés, ont souvent vécu un parcours d'exil long et épuisant. La décision de leur départ leur est souvent cachée. Ils font donc face à une séparation brutale avec leur terre, leur culture et leur famille. Le parcours migratoire est fait d'incertitude, d'imprévisibilité, de violences, de chantages et de peur.

À l'arrivée à destination, l'eldorado dont ils avaient rêvé laisse place à la désillusion : ils sont souvent délaissés, stigmatisés, précarisés. À cela s'ajoutent le choc culturel, la barrière linguistique et l'incertitude par rapport à leur avenir.

Dans l'attente de leurs papiers, ces enfants vont souvent être délocalisés, vont avoir un accès limité à l'école et vont avoir peu d'espace et de jouets. L'attente les plonge dans une sorte d'errance qui les expose à la répétition tra-

matique des violences qu'ils ont subies. Les procédures d'asile de longue durée, avec des résultats incertains, représentent des charges psychologiques élevées (3).

CONSÉQUENCES PSYCHOPATHOLOGIQUES

L'enfant qui arrive dans son pays d'accueil va être face à un choc culturel, pris entre deux mondes. De manière générale, qu'il soit accompagné ou non, l'enfant va être pris dans des conflits de loyauté entre la culture de sa famille et celle du pays d'accueil. Par rapport à la population générale, la prévalence des troubles de santé mentale chez ces enfants est sensiblement plus élevée (3).

Il faut néanmoins préciser que beaucoup de ces enfants vont avoir une capacité de résilience exceptionnelle qui va les protéger contre ces troubles (4). La résilience représente la capacité à reprendre son développement dans des circonstances adverses (5). La résilience de l'enfant va dépendre de sa vie affective avant le trauma, de la nature de l'événement traumatique et de la signification qu'elle revêt pour l'enfant, mais aussi et surtout du soutien social et familial autour de lui (5). Les facteurs de protection les plus précieux sont l'attachement sécurisé et la possibilité de pouvoir verbaliser à son entourage (6).

Le stress et la discrimination persistants vont, à l'inverse, faire perdurer le traumatisme chez l'enfant (7). Ceci explique l'étonnante variabilité de l'effet d'un même traumatisme chez différents enfants.

(1) Centre de Santé mentale Enfants-Parents, Liège, Belgique.

(2) Service de Pédiopsychiatrie, CHU Liège, ULiège, Belgique.

1. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT) (19 À 52,7 %) (3)

L'ESPT peut survenir quand l'enfant est directement ou indirectement confronté à la mort ou à un événement faisant encourir une menace de mort de lui-même ou de proches (8). Il se caractérise principalement par une triade symptomatique : des phénomènes de reviviscence, des réactions d'évitement et une hypervigilance (9). Les phénomènes de reviviscence chez l'enfant peuvent se marquer par des jeux et des dessins répétitifs, mettant en scène de manière compulsive et figée, des aspects de l'événement traumatique (8). Ces symptômes peuvent persister bien au-delà de la situation traumatique elle-même et avoir une incidence négative sur le développement, affectant les sphères relationnelles, comportementales et scolaires (8). En l'absence de traitement, l'ESPT peut donner lieu à une dépression, un trouble anxieux, des conduites de dépendance et d'addiction, voire des conduites suicidaires (8).

Les symptômes dépressifs les plus fréquents sont : un émoussement affectif, une perte de vitalité, une perte d'intérêt, une apathie, de la passivité, du désespoir, une perte de confiance en l'avenir, en soi et en les autres. Leur prévalence est estimée entre 10,3 et 32,8 % (3). Les troubles anxieux sont également fréquemment observés entre 8 et 31,6 % (3). On note, par exemple, de l'anxiété de séparation chez ces enfants. Leur sommeil peut être gravement perturbé (10) : insomnies, cauchemars répétitifs, terreurs nocturnes, peurs à la mise au lit, refus d'aller se coucher,...

2. TROUBLES DES APPRENTISSAGES

De manière générale, ces enfants ont de moins bons résultats scolaires que la population autochtone (10) : ils sont deux fois plus susceptibles de compter parmi les enfants en difficulté en classe (11).

Ceci peut s'expliquer par la scolarisation inconstante, par l'impact du traumatisme qui peut entraîner des troubles de concentration et de la mémoire et par les affects dépressifs qui peuvent donner lieu à une perte d'intérêt pour les apprentissages (2). L'enfant peut, d'autre part, se sentir sous pression parce que les parents ont souvent beaucoup d'attentes vis-à-vis de sa scolarité dans le pays d'accueil (12). Ces difficultés scolaires peuvent entraîner de l'anxiété et une baisse d'estime de soi qui ne vont faire que majorer celles-ci.

Au contraire, certains enfants vont avoir d'excellents résultats car ils vont compenser par une hyper-intellectualisation qui leur permet de ne pas penser à leur histoire (6). À noter qu'il faut être vigilant à ne pas mettre l'étiquette «trouble des apprentissages» ou «trouble du langage» trop rapidement car les difficultés peuvent être simplement liées à l'utilisation de la seconde langue (11).

3. TROUBLES DE LA GESTION DES ÉMOTIONS ET TROUBLES DU COMPORTEMENT (19,8 À 35%) (3)

L'enfant peut développer de l'agressivité (en grande partie liée à sa perte de confiance dans le monde extérieur) et une instabilité émotionnelle. Chez les jeunes enfants, on peut aussi retrouver de l'agitation psychomotrice et une certaine désorganisation (8). Certains enfants essayent de compenser par une jovialité excessive, une recherche exaspérée de ce qui peut faire rire et une hyperactivité incessante (5).

4. APPARITION D'ÉLÉMENTS PSYCHOTIQUES

Un risque accru de psychose est présent chez tous les migrants, quelle que soit leur origine ethnique, ce qui suggère une explication environnementale principalement. Parmi les facteurs de risque incriminés, les plus probables sont le trauma de la migration, le fait de vivre dans une communauté minoritaire et le fait d'être exposé à des risques psychosociaux (13).

Le plus souvent, les adolescents vont présenter des épisodes psychotiques aigus transitoires, qui, bien pris en charge, ont un bon pronostic et n'évoluent, que dans une minorité des cas, vers une schizophrénie (13). Selon une étude, seuls 25 % des jeunes ayant expérimenté des hallucinations présentaient un trouble psychotique (13).

Il faut aussi être vigilant à prendre en compte le contexte culturel et les pensées et représentations qui y sont inhérentes pour éviter les faux diagnostics (14). En effet, les jeunes peuvent parfois décrire des états de transe, de possession ou de communication avec des esprits qui peuvent être culturellement codés et ne pas correspondre à des symptômes psychotiques (8). On sait que le risque est élevé aussi pour les réfugiés de seconde génération (15).

5. RÉGRESSION - PERTE D'ACQUIS

Principalement chez les enfants entre 3 et 6 ans, on peut trouver des éléments régressifs avec une perte de certains acquis langagiers et comportementaux (10). On peut aussi retrouver

une énurésie secondaire (10,9 %) (3) ou l'apparition de troubles alimentaires (8).

Certains enfants vont parler à la maison et être mutiques à l'école. L'enfant, pris dans un conflit de loyauté, peut avoir l'impression que parler une autre langue que celle de ses parents revient à les trahir (12, 16).

6. RAPPORT AU CORPS

Le corps prend une place centrale; il devient le lieu d'inscription et d'expression du trauma. Les enfants ne vont pas toujours savoir mettre des mots sur leurs maux. Cependant, leur corps peut parler. La somatisation (17) est assez fréquente, de l'ordre de 13 % (3) : troubles digestifs, troubles alimentaires, aménorrhée, douleurs, palpitations, céphalées, douleurs chroniques, ... Les enfants peuvent aussi avoir des réactions d'hypochondrie : de manière plus ou moins consciente, ils vont «utiliser» leur corps souffrant pour entrer en relation avec le soignant et recevoir des soins (2).

7. TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE (TSA)

Une étude a montré que l'immigration maternelle était associée à un risque accru de TSA pour l'enfant (18). Les TSA chez les enfants de migrants seraient plus fréquemment associés à une déficience intellectuelle et ce, d'autant plus si le pays d'origine est un pays en voie de développement et si la migration a lieu durant la grossesse. Il semblerait que c'est la migration, et non l'ethnicité, qui est le principal facteur de risque. Cette même étude évoque également un risque 4 à 6 fois plus élevé pour les enfants réfugiés de seconde génération.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

1. ADOLESCENCE

L'adolescence est le moment où l'identité se construit, où ont lieu de grands changements à l'intérieur du corps et du psychisme. La migration, par toutes les ruptures qu'elle engendre, vient perturber ce processus et le rendre plus complexe. Il peut donc en naître des problématiques identitaires (12). Les deux référentiels (famille - filiation / extérieur - affiliation) vont être mis en tension et l'adolescent va avoir des difficultés à les faire cohabiter.

L'adolescent, en général, a tendance à privilégier l'agir plutôt que le dire. Il va donc exprimer sa souffrance en utilisant son corps comme

moyen d'expression (19) (automutilations) et par des passages à l'acte.

Le risque est grand pour l'adolescent, qui ne se sent accepté dans aucun des deux mondes, de construire ses propres règles et de se marginaliser avec des conduites comme des bagarres, des fugues, un isolement, ... (20). Les addictions (drogues, alcool) sont fréquentes et peuvent notamment être liées au parcours migratoire (passeurs qui donnent des anxiolytiques pour «donner du courage»).

2. MINEUR ÉTRANGER NON ACCOMPAGNÉ (MENA)

Parce qu'ils sont non accompagnés, les MENA ont plus de probabilité de vivre des événements indésirables durant leur parcours (traite d'humains, torture, abus sexuels, ...). Une étude transversale danoise (21) a démontré qu'ils avaient un taux significativement plus élevé de troubles psychiatriques que les mineurs accompagnés.

À la solitude, s'ajoute le fait que le MENA est soumis à une logique de preuve lorsqu'il arrive à sa destination. Il doit prouver, sous le regard suspicieux de l'adulte, qu'il est mineur et qu'il avait de «bonnes raisons» de quitter son pays (22). Mais raconter son parcours n'est pas simple; la mémoire traumatique verrouille l'accès à certaines scènes, la chronologie n'est plus claire et les souvenirs reviennent dans le désordre, par flashes, et parfois, de faux souvenirs se créent. Le mensonge peut parfois aussi être un réel moyen de survie psychique (22). De nombreux jeunes se retrouvent confrontés à une recrudescence des troubles suite à la révélation crue de leurs épreuves passées.

De plus, ces jeunes doivent vivre avec toute l'incertitude de ce qu'il va advenir lorsqu'ils atteindront la majorité. La CODE (Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant) estime qu'en Belgique, les MENA font face à une violence institutionnelle importante (23). La symptomatologie prédominante chez les MENA est un état anxio-dépressif et/ou un ESPT (22).

RELATIONS INTRA-FAMILIALES PERTURBÉES

1. POINT SUR LA PARENTALITÉ

Les parents de ces enfants ont, pour la plupart, un parcours de migration très difficile et sont aussi confrontés au stress et à l'incertitude dans le pays d'accueil. Ils peuvent souffrir de

troubles mentaux dont la prévalence varie fortement selon les études : dépression (5-44 %), troubles anxieux (4-40 %), troubles psychotiques (prévalence deux fois plus élevée que dans la population hôte) et état de stress post-traumatique (9-36 %) (24).

La femme enceinte est particulièrement à risque de dépression du post-partum avec toutes les conséquences psychopathologiques que cela peut avoir sur le bébé (25).

Plusieurs études ont montré que la psychopathologie parentale influait de manière importante sur la santé mentale des enfants (26-28). Les parents traumatisés sont souvent trop envahis par leur propre douleur pour pouvoir se préoccuper de manière adaptée de leurs enfants, leur donner un sentiment de sécurité et avoir une parentalité adaptée. Cela peut notamment augmenter le risque de négligence ou de maltraitance (27, 29), mais aussi majorer les symptômes d'ESPT et d'anxiété chez les enfants (8, 26, 28). Inversement, lorsque les parents sont en mesure d'apporter de la sécurité à leurs enfants, ceux-ci modèrent les effets du trauma (7).

2. EFFETS DE LA MIGRATION SUR LA SECONDE GÉNÉRATION

On observe chez les enfants de seconde génération un risque majoré de passage à l'acte auto-agressif comme des automutilations ou des tentatives de suicide (19), de moins bons résultats scolaires (10), mais aussi un risque majoré de psychose et de TSA (15).

Nous évoquons ci-dessus l'écart dans lequel se trouve l'enfant entre sa culture d'origine et la culture du pays d'accueil. Les parents ne parviennent pas toujours à effectuer l'important travail d'élaboration du traumatisme de la migration et sont pris continuellement dans des polarités de l'«avant-après migration» et du «là-bas-ici». Les enfants de seconde génération, même s'ils n'ont pas vécu la migration, vont vivre également avec cet écart et cela peut avoir des conséquences (16). De plus, il y a souvent, dans ces familles, un interdit tacite d'évoquer la migration et, donc, ces enfants vont grandir avec une histoire familiale vide de sens.

3. LA TRANSMISSION DU TRAUMA

Une étude française (25) a étudié la dyade mère-bébé en cas de migration forcée. Ils ont pu mettre en évidence des échanges très pauvres et non réciproques entre la maman et son bébé,

avec peu d'accordage affectif. Leur relation est endommagée par les expériences traumatiques que la maman a vécues (27). Pour le bébé, le fait d'avoir une maman avec des difficultés psychiatriques peut avoir de lourdes conséquences comme des troubles de l'attachement, des troubles du comportement, des retards de développement et des TSA (8, 25).

D'autres études font aussi état d'une transmission du trauma par des mécanismes épigénétiques (4), qui vont, notamment, influencer les réactions neurophysiologiques au stress de l'enfant dans le futur (8).

PRISE EN CHARGE

Les objectifs de la prise en charge doivent être, en premier lieu, de rétablir un lien de confiance en l'adulte en fournissant un cadre thérapeutique prévisible, sans attitude de jugement, cohérent, stable, fiable et sécurisé. Le soignant doit donc se montrer disponible et être dans une attitude d'écoute attentive et bienveillante, d'empathie, de réassurance et d'encouragement. Si ces conditions sont remplies, alors un travail de métabolisation de l'expérience pourra prendre place et permettre à l'enfant de développer des stratégies d'adaptation, de s'apaiser, d'améliorer l'estime de soi et de développer un sentiment d'identité. Il est essentiel de mettre l'accent sur les ressources de l'enfant plutôt que sur ses dysfonctionnements. Il importe de favoriser tout ce qui va permettre à ces enfants de sortir du clivage entre leurs deux mondes (10).

Considérer l'enfant dans son contexte culturel et familial signifie voir systématiquement, au moins la première fois, l'enfant avec sa famille. Il est important de comprendre sa culture et de tenir compte des représentations parentales. Le sens des symptômes, les hypothèses étiologiques attribuées par l'enfant et son entourage sont essentiels à explorer dans les suites d'un trauma, car souvent «chargés» culturellement (8). Parallèlement, il faut pouvoir offrir un soutien et une aide aux parents fragilisés par le parcours de migration.

Il est important d'encourager la famille à continuer à parler la langue maternelle à la maison et à ne pas vouloir faire disparaître cet aspect de leur identité. En effet, les enfants parlent d'autant mieux une seconde langue s'ils maîtrisent bien leur langue maternelle (10). Remplacer leur langue maternelle par un français mal maîtrisé constitue aussi un risque pour la structuration du langage et de la pensée (16). De plus,

la maîtrise des deux langues aide à réduire le clivage culturel car la langue est un vecteur de la culture et de l'histoire familiale (16).

Si la langue est une barrière, il est essentiel d'avoir recours à un interprète. Le parent va se sentir compris et cela va lui permettre de retrouver de la dignité, une reconnaissance et de se mobiliser pour son enfant. Sinon, des malentendus, de l'incompréhension et des quiproquos peuvent s'installer entre les parents et les institutions et figer les positions de chacun, entraîner des retards de diagnostic et des prises en charge inadaptées.

Comme évoqué ci-dessus, l'enfant ne va pas toujours être capable de mettre en mots sa souffrance. La thérapie par l'art et par le corps peut être intéressante car elle permet parfois à l'enfant de dire ce qui est indicible. Elle permet également de communiquer quand la barrière de la langue est trop importante.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La migration constitue donc un processus complexe et potentiellement traumatisant. Dans cet article, nous avons vu que les conséquences psychopathologiques peuvent être importantes et s'étendre au-delà de la génération suivante. Au vu de leur nombre et de leur vulnérabilité, ces enfants réfugiés devraient constituer une priorité en termes de santé publique. On le sait, leur santé mentale va fortement dépendre des conditions de vie dans le pays d'accueil. Il est donc plus que jamais nécessaire de les intégrer dans notre société. Les politiques devraient trouver des stratégies visant à diminuer le stress lié aux procédures d'asile.

Il faudrait aussi faciliter l'accès aux soins de santé pour ces personnes, établir des plans de prévention dans les services de maternité pour les mères réfugiées, lutter contre leur discrimination et mettre en place des programmes de prévention en matière de santé mentale, par exemple dans les écoles (29). Les enseignants devraient être habilités à accompagner cette population spécifique et à travailler en collaboration avec leurs familles. L'école, si elle répond de manière adaptée, peut être un facteur de résilience important pour ces enfants et leur permettre de développer un sentiment d'identité et une amélioration de l'estime d'eux-mêmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. L'agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR). {cité le 19 juin 2019}. Disponible : <https://www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html>
2. Sagli-Yatzimirsky MC. *La voix de ceux qui crient*. Paris:Albin Michel;2018.
3. Kien C, Sommer I, Faustmann A, et al. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries : a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;**28**:1295-310.
4. Hodes M, Vostanis P. Practitioner review : mental health problems of refugee children and adolescents and their management. *J Child Psychol Psychiatry* 2019;**60**:716-31.
5. Cyrulnik B. *Les vilains petits canards*. Paris:Odile Jacob;2014.
6. Cyrulnik B. *Sauve toi, la vie t'appelle*. Paris:Odile Jacob;2012.
7. Montgomery E. Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatr Scand* 2011;**124**:1-46.
8. Laroche-Joubert M, Dozio E, Moro MR. *Le traumatisme psychique chez l'enfant*. Paris:Éditions In Press;2019.
9. American Psychiatric Association. *DSM-V Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson;2016.
10. Moro MR. Grandir en situation transculturelle. Bruxelles:Yapaka;2010.
11. Sarot A, Girard LC, Chomentowski M, et al. L'insertion scolaire des élèves issus de l'immigration - enjeux et perspectives de prévention. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2017;**65**:180-7.
12. Tisson B, Leconte J. *Mineurs étrangers non accompagnés - dire et réflexions de psychologues*. Paris:L'Harmattan;2018.
13. Jedwab N, Nguyen-Lamouri C. Prise en charge des états psychotiques aigus chez les migrants : cas particulier des mineurs isolés aux urgences psychiatriques. *Info Psy* 2015;**91**:29-37.
14. Baubet T, Taïeb O, Guillaume J, Moro MR. Les états psychotiques chez les jeunes migrants et enfants de migrants. *Encéphale* 2009;**6**:219-23.
15. Keen D, Reid F, Arnone D. Autism, ethnicity and maternal immigration. *Br J Psychiatry* 2010;**196**:274-81.
16. Fumeaux P, Revol O, Hunziker B. Candidat à l'échec scolaire incompris et ignoré : l'enfant de migrants. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2013;**61**:243-9.
17. Rohlf H, Knipscheer J, Kleber R. Somatization in refugees : a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;**49**:1793-804.
18. Magnusson C, Rai D, Goodman A, et al. Migration and autism spectrum disorder : population-based study. *Br J Psychiatry* 2012;**201**:109-15.
19. Grandclerc S, Moro MR, Lachal J. Etude des spécificités de l'expérience automutilatoire et suicidaire chez les adolescentes en situation transculturelle. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2017;**65**:245-56.
20. Mesmin C, Wallon P. *Regards croisés sur les familles venues d'ailleurs. Prise en charge thérapeutique des enfants*. Paris:Éditions Fabert;2013.
21. Norredam M, Nellums L, Schmidt Nielsen R, et al. Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark : a nation-wide register-based cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;**27**:439-46.

22. Barnabé S, Malchair A. A la rencontre des mineurs étrangers non accompagnés... Quel rôle pour le pédopsychiatre ? *Acta Psychiatr Belg* 2014;**3**:47-57.
23. Coopération des ONG pour les droits de l'enfant. Santé psychique des MENA. Partie I : Etat de la situation des violences subies. Bruxelles;2016.
24. World Health Organisation. Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants, technical guidance. Copenhagen;2018.
25. Perrin AS, Drain E, Sarot A, Moro MR. Comment soutenir l'arrivée au monde d'un enfant de mère migrante dans une maternité française : entre urgence somatique et urgence psychiatrique, le temps de la reconstruction. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016;**64**:31-5.
26. Erucar S, Maltby J, Vostanis P. Mental health problems of Syrian refugee children: the role of parental factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;**27**:401-9.
27. Dozio E. *Mères et bébés dans la guerre : comment ne pas transmettre le traumatisme aux enfants*. Paris:Editions In Press;2020.
28. Nielsen MB, Carlsson J, Køster Rimvall M, et al. Risk of childhood psychiatric disorders in children of refugee parents with post-traumatic stress disorder : a nationwide, register-based, cohort study. *Lancet Public Health* 2019;**4**:353-9.
29. World Health Organisation. Health of refugee and migrant children, technical guidance. Copenhagen;2018.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr P. Sadzot, Centre de Santé mentale Enfants-Parents, Liège, Belgique.
Email : Patricia.sadzot@gmail.com