

## Séminaire 2011-2012

Faculté de médecine - Université Paris 13  
Département de Psychopathologie Clinique de l'Enfant et de la Famille

Coordination : Catherine Le Du, Pr Thierry Baubet

### « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. »

Les mineurs et jeunes isolés étrangers (JIE) arrivant en France sans représentant légal ni soutien familial nécessitent des mesures de protection de la part d'institutions et associations se trouvant confrontées à la complexité de ces prises en charge tant sur le plan sanitaire, socio-éducatif que pédagogique. Ces jeunes migrants se révèlent souvent en état de grande souffrance psychique, en lien avec un traumatisme psychique antérieur à la migration, un voyage migratoire difficile où le seul fait de se trouver en pays étranger, loin de la terre natale et sans la présence de leurs parents dans un contexte juridique incertain est complexe.

A partir de cas de patients pris en charge à la consultation « Jeunes Isolés Étrangers » de l'hôpital Avicenne, ce séminaire propose d'explorer cette clinique dans ses différentes dimensions. Pour chaque séance, un clinicien d'Avicenne viendra présenter un cas qui sera discuté par un intervenant extérieur. Seront évoqués notamment la question du diagnostic de la souffrance psychique chez ces jeunes, son impact sur la prise en charge socio-éducative, les interactions entre migration, trauma et adolescence, l'approche transculturelle spécifique à ces prises en charge, l'impact des incertitudes et difficultés administratives sur la relation avec le MIE ainsi que la diversité des approches européennes.

Après chaque exposé, un échange avec les participants aura lieu.

### **Séance n°3 : Migration, trauma et adolescence**

Exposé **Héloïse Marichez**, psychologue clinicienne, Hôpital Avicenne, Université Paris 13 et **Agathe Benoît de Coignac**, chef de clinique assistante, Hôpital Avicenne

### **Thèmes : Psychopathologie adolescente dans le cadre de la migration et trauma**

Très peu de travaux existent sur la santé mentale des jeunes isolés étrangers.

Quelques études comparatives seulement concluent à une psychopathologie plus élevée chez les MIE : **anxiété, PTSD** (ou stress post traumatique), **dépression, pathologie border line** et **psychose**

**Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13**

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)

Cependant, il faut être prudent dans l'analyse car les MIE constituent un groupe très hétérogène du point de vue des langues, de la culture, des évaluations et des diagnostics. Leur parcours sont très variés et leurs trajectoires multiples. L'évaluation psychiatrique en situation transculturelle conduit souvent à des erreurs diagnostiques (*misdiagnosis*).

Néanmoins, du point de vue de la psychopathologie clinique, ces adolescents présentent des problématiques communes

Ils doivent traverser la période très sensible de l'adolescence (construction identitaire) loin de chez eux et de leur environnement socioculturel (ce qui rend le travail avec ces jeunes beaucoup plus compliqué).

Une grande majorité a vécu une histoire traumatique et notamment a dû faire face à des deuils multiples (processus particulier à l'adolescence).

**L'objectif tout au long de l'exposé sera de repérer les enjeux transculturels liés à la prise en charge des jeunes isolés étrangers, afin de mettre en place des cadres thérapeutiques adaptés aux besoins de ces jeunes.**

\*

Présentation de plusieurs vignettes cliniques (les prénoms des jeunes ont été changés)

**Cas clinique n°1**  
**Mobeen, un adolescent en errance.**

Mobeen est âgé de 17 ans, il est originaire du Bangladesh et a fui son pays après l'incendie de son village (contexte de conflits violents entre hindous et musulmans). Il a perdu une grande partie de sa famille dans l'incendie. C'est l'un de ses oncles qui l'a aidé à quitter son pays. Il a fait un long voyage d'un an et demi, avant d'arriver en France il y a quelques mois. Il est aujourd'hui pris en charge dans un foyer d'urgence.

Il a été confié au service de soin psychiatrique car ses éducateurs étaient très inquiets de l'importance de ses scarifications et des propos suicidaires qu'il tenait, accompagné d'un refus de toute aide.

Les entretiens se déroulent en anglais.

Mobeen refuse catégoriquement la présence d'un interprète en bengali.

Il semble avoir besoin de contrôler ses affects pendant ses entretiens.

Il dit que sa langue maternelle fait émerger chez lui beaucoup de tristesse et qu'il ne peut pas la gérer.

Il se scarifie régulièrement.

Ses scarifications soulagent partiellement ses angoisses et semblent interrompre de manière temporaire des questions sans réponses.

**Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13**

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)

Il est confronté à un deuil impossible car il n'a jamais eu la confirmation du décès de sa mère. La présence bienveillante de ses éducateurs raisonne douloureusement avec l'absence de ses figures d'attachement et suscitent une agressivité et une colère importante.

Actuellement il semble refuser toute appartenance à son groupe d'origine, il a changé de nom pour ne plus appartenir à sa caste et souhaite se convertir à la religion musulmane (religion potentielle des agresseurs de son histoire).

Il a un discours qui alterne entre désir de vengeance et idéalisation de l'agresseur à qui il s'identifie totalement.

**Les symptômes cliniques de Mobeen sont assez proches des états de stress post traumatique complexe de J. L. Herman.**

Le **trouble de stress post-traumatique** (aussi connu sous le terme de *syndrome de stress post-traumatique*, SSPT, ou *état de stress post-traumatique*, ESPT) désigne un type de trouble anxieux sévère qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante.

**Judith Lewis Herman** (né en 1942) est un psychiatre, chercheur, enseignant, et auteur. Il a travaillé sur la compréhension et le traitement des états de stress traumatique.

Les soins psychiques qui lui sont proposés semblent avoir peu de sens pour lui, il répète sans cesse qu'il n'est pas fou et qu'il ne comprend pas pourquoi l'équipe éducative s'inquiète.

Petit à petit, une discussion émerge entre Mobine et son thérapeute sur la difficulté pour lui d'être considéré comme un adolescent (quelque chose pour lui qui n'est pas pensable).

Son voyage a été long et douloureux, il a quitté le Bangladesh alors qu'il avait 16 ans et a séjourné en Inde, au Pakistan, en Iran puis en Turquie avant d'arriver en France. Il a confié avoir subi de graves violences physiques au cours de ce voyage.

Il évoque son désir de repartir mais ne sait pas où.

Questions qui émergent lors des consultations :

Comment pourrait-il encore faire confiance aux adultes qui l'entourent ?

Comment peut-on demander à Mobeen de se comporter encore comme un adolescent ?

**Les systèmes de sens et de croyances auxquels Mobeen avait recours ne fonctionnent plus, ne lui donnent plus de réponse.**

**➔ Pourquoi avoir choisi d'exposer le parcours de cet adolescent ?**

Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)

Il s'agit d'une vignette clinique qui permet d'approcher les différentes questions liées à l'adolescence :

- la construction identitaire : période de profonds remaniements identitaires
- l'errance identitaire

En effet, l'adolescent teste les images identificatoires qui s'offrent à lui pour trouver sa propre place. Il va ainsi questionner, de façon privilégiée, sa place dans sa filiation et dans ses affiliations, dans ses différents groupes d'appartenance.

La recherche d'une identité adulte nécessite des assises narcissiques sécurisées et un travail d'élaboration sur sa place dans la filiation ainsi que sa représentation dans sa propre famille et dans son histoire familiale.

**Ces sujets sont souvent très difficiles à toucher chez les jeunes isolés étrangers.**

**En situation transculturelle, les modèles identificatoires proposés par la culture d'accueil et par la culture d'origine sont parfois antinomiques.**

**L'adolescent se retrouve confronté à un choix impossible.**

**S'identifier à la culture d'accueil devient une source d'identifications alternatives et non complémentaire à celle de la culture d'origine.**

Il y a chez Mobeen un sentiment de continuité d'exister qui est altéré. Il a du mal à se repérer, à se donner du sens et à se raconter (questions très présentes chez lui).

Tout ceci résonne avec des séries de changements brutaux potentiellement traumatiques.

**Un des axes psychothérapeutiques avec les adolescents, jeunes isolés étrangers, sera de proposer un étayage pour leur permettre d'élaborer une identité métissée.**

**Celle-ci va leur permettre de s'inscrire dans les différents groupes d'appartenance sans avoir à renoncer à l'un d'entre eux.**

**Pour penser leur souffrance psychologique, il est important de tenir compte du vécu pré-migratoire, migratoire et post migratoire**

S'agissant de Mobeen, ces trois niveaux (pré-migratoire, migratoire et post migratoire) mettent en évidence des configurations de vulnérabilité :

- Au niveau du pré-migratoire, il est marqué par des pertes multiples
- Au niveau migratoire, le voyage a été long et marqué par des expériences traumatiques
- Au niveau du post migratoire, il est confronté à une série de paradoxes, entre une protection temporaire jusqu'à sa majorité et un avenir marqué par l'incertitude

**Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13**

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)

Mobeen présente également des passages à l'acte avec de nombreuses scarifications et automutilations (typique chez les adolescents) : registre des « agir » ou des « conduites agies » que l'on oppose à des « conduites mentalisées ».

**Les conduites agies s'expriment particulièrement à l'adolescence, mode privilégié d'expression des angoisses et des conflits des adolescents.**

Deux séries de facteurs favorisent l'agir : **environnementaux et internes.**

- **Facteurs environnementaux** : changement de statut social, période de changement, incitation à l'agir, changements répétés et multiples, importance des interactions sociales avec les phénomènes de groupe, renforcement réciproque de la tendance à l'agir notamment dans le cadre de lieux institutionnels, contraintes de la réalité qui vont être exercées par l'environnement

L'une des dernières issues est le passage à l'acte, lié notamment pour les MIE au poids des contraintes qu'ils peuvent avoir une fois arrivés en France.

- **Facteurs internes** : le niveau d'excitation psychique et pubertaire, émergeant d'une sexualité génitalisée, et les résurgences de l'angoisse à l'adolescence

Les modalités instrumentales, le lien entre le corps et l'agir va se jouer à ce moment là, avec une augmentation de l'énergie et une force musculaire brutalement accrue, des modifications du schéma corporel qui sont autant de sources d'angoisse à cette âge là.

**La question du langage** : l'utilisation du langage permet de diminuer le recours à l'agir

La parole chez les jeunes isolés étrangers et chez les adolescents en général n'est pas une chose simple.

En dehors de tout processus psychopathologique, le langage devient impropre à traduire ce que l'adolescent ressent.

Aussi, comment les jeunes isolés étrangers non francophones peuvent exprimer quelque chose si ce n'est par le corps ?

**La question des automutilations impulsives** : attaques du corps de l'adolescent avec plus ou moins de violence.

Conduites qui persistent parfois de longues années, souvent comme un rituel solitaire et secret.

La douleur est diversement ressentie.

Le moment de l'altération du corps est rarement douloureux : cela permet de couper la souffrance même si l'individu n'en n'a pas une conscience claire.

Ces conduites illustrent bien comment le sujet passe d'une douleur passivement subie à une douleur activement provoquée, d'un affect éprouvé à une sensation administrée.

**Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13**

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)

Celles-ci montrent bien également le refus d'une indépendance relationnelle, source de frustrations et de tensions, par un agir auto-vulnérant, inscrivant le sujet dans une dépendance nouvelle à une sensation dont il estime cependant avoir la maîtrise.

Dans le cas de Mobeen, les scarifications étaient nocturnes, effectuées lorsqu'il était seul.

Il avait écrit maman en anglais et en ourdou avec un cutter chaud.

Ces scarifications lui ont permis de ressentir un sentiment d'apaisement, de calmer ses angoisses.

Cela lui a permis à la suite des scarifications d'avoir une activité de rêverie.

Il pensait ainsi à sa mère, se remémorait des souvenirs, se sentait ainsi proche d'elle.

Pour rappel, la mère de Mobeen a sans doute péri dans l'incendie qui a poussé ce dernier à fuir, sachant qu'il était absent au moment de l'incendie.

On peut comprendre ces actes à plusieurs niveaux :

- comme un retournement contre soi de l'agressivité plus ou moins associée à de la culpabilité,
- comme un besoin de se punir (automutilations à dimension quasiment traumatophilique / activité traumatophilique assez proche des conduites toxicomaniaques avec addiction qui peut en resurgir)

**Activité de rêverie** : seul accès au sens, à l'établissement de stratégie de métissage. Permet une certaine continuité dans un monde où la discontinuité fait rage. Lien entre les deux mondes.

Anesthésie des sensations avec une impression de maîtrise, une mise à distance des affects et donc de la quête identitaire.

C'est un moyen de se protéger.

La **traumatophilie** ou « **besoin de traumatisme** » a été décrit comme étant la tendance à résoudre des conflits par la provocation répétée de situations traumatisantes.

### **Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la traumatophilie des adolescents migrants :**

- **la vulnérabilité psychologique** : on s'appuie sur le concept de **l'object-presenting** ou **mode de présentation de l'objet de D.W. Winnicott (1897-1971)** qui les amène à rencontrer le monde de façon traumatique, sachant que ces jeunes étrangers isolés se retrouvent souvent à découvrir le monde extérieur sans guide avec une appétence au traumatisme qui va être d'autant plus forte chez les adolescents présentant des difficultés identificatoires et identitaires
- la traumatophilie peut représenter un **médiateur** face aux difficultés de séparation de ces adolescents (c'est probablement le cas pour Mobeen)

Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)

**S'agissant du passage à l'acte suicidaire** : il ne peut pas être considéré comme une tendance traumatophilique de l'adolescent migrant au même titre que la toxicomanie ou d'autre recours à l'agir.

Tout adolescent présentant des idées suicidaires nécessitent une évaluation psychologique.

**La différence avec la dépression** : tous les adolescents faisant une tentative de suicide ne présentent pas un état dépressif majeur, mais la dimension dépressive est à évaluer à chaque fois.

Les tentatives suicidaires en situation transculturelle résulteraient des difficultés de constructions identitaires, avec des conflits identitaires entre les affiliations antagonistes.

**Cas clinique n°2**  
**Salé, 18 ans, originaire du Tchad**

Salé a été adressé au service de consultation de l'Hôpital Avicenne dans un contexte de convocation à l'OFPRA.

Les consultations se déroulent en arabe. Salé est assisté d'un interprète lors des séances.

Il manifeste une hostilité très importante et un refus de toute aide.

Il dort très peu, il paraît épuisé quand l'équipe le rencontre.

Il est arrivé en France seul il y a environ un an.

**Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13**

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)

Il a été envoyé en France pour sa protection.  
Il était opposé à ce voyage, a été contraint de quitter son pays.  
Son père a été enlevé devant lui et il a assisté à la mort d'un ami de son père.  
Depuis son enlèvement, il n'a plus de nouvelles de son père.  
Salé a été menacé, puis arrêté et emprisonné par l'armée.

Il va présenter une attitude passive lors des premiers entretiens.  
Il va aux consultations car on lui demande de le faire.

Il dit que ce qu'il cherche est ailleurs, il veut retrouver son père.

Il y a chez ce jeune du **retentissement somatique** extrêmement important avec des troubles majeurs du sommeil, une asthénie très forte (*affaiblissement de l'organisme, fatigue physique - par extension, l'asthénie peut concerner l'état psychique, la libido ou l'intellect*), une tension interne avec un recours à l'agir, via une agression verbale, un profond refoulement de changement interne (il dit ne pas se reconnaître).

Il est extrêmement triste.

Il a une certaine défiance à l'égard de ses thérapeutes.

Il a très peu d'appétit.

Il est dans un état dépressif qui semble s'intensifier peu à peu, plus la date de convocation à l'OFPPA approche.

Il va ensuite accepter un traitement.

Il ressent un profond sentiment de culpabilité à l'égard de cette agressivité qui ne le caractérise pas. Quand il est dans cet état agressif, il va s'isoler.

Il présente beaucoup de nostalgie pour son pays (odeurs, couleurs, paysage...).

Il n'a plus de lien avec sa mère et présente son père comme un intellectuel sans aucun lien avec le gouvernement. Il a des nouvelles de sa petite sœur par un cousin.

Il a une incompréhension des codes culturels du pays d'accueil autour de l'apprentissage, de la prise de parole, des réponses à apporter aux questions. Tout est violence pour lui, tout est manque de respect envers lui. C'est un moment intrusif pour lui.

Demander l'asile pour Salé est extrêmement difficile car dans sa conception des choses cela veut dire que son père ne viendra plus le chercher (deuil impossible).

### → Analyse :

Il s'agit d'un cas clinique de tableau complexe qui constitue un très bon exemple de **la dépression hostile** chez l'adolescent et de **PTSD** (*Post-Traumatic Stress Disorder* ou **trouble de stress post-traumatique**).

La **dépression hostile ou agressive** caractérise la personnalité du sujet qui semble avoir changé radicalement. Il est devenu plus agressif, plus impulsif, ses colères sont mal

Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)



maîtrisées, il a des violences soudaines, inhabituelles. Cela viendrait du fait que le sujet ne supporte plus l'idée d'être l'objet de remarques blessantes (existantes ou supposées) à son égard.

**Plusieurs symptômes :**

- insomnie presque totale
- asthénie majeure
- tension interne
- opposition passive
- contact hostile
- agressivité
- méfiance
- tristesse (non formulée)
- sentiment de profond changement
- sentiment de culpabilité
- honte associée à la question de la rage narcissique

**Rage narcissique** (Heinz Kohut) : se conçoit comme une réaction à une blessure narcissique, au sentiment d'être humilié, mal compris ou méprisé.

**Eu égard au trépied classique de la dépression à l'adolescence :**

- tristesse de l'humeur
- irritabilité
- retentissement somatique avec les insomnies, l'anorexie ou l'hyperphagie

**Autres symptômes :**

- dépression masquée
- fréquence des passages à l'acte
- ralentissement psychomoteur (plus rare)
- hyperactivité et conduite à risque

Ces formes de dépression (avec de l'hostilité et de l'agitation), fréquentes chez les adolescents, ne sont pas ce que l'on peut se représenter de la dépression classique.

En effet, on ne va pas forcément penser qu'un adolescent qui est provocateur, agressif, qui bouge beaucoup, souffre de dépression.

Or, la **souffrance de l'humeur est le signe cardinal de la dépression**, mais les troubles du comportement la masquent.

**Différence entre le travail de deuil et la dépression à l'adolescence :**

Le travail de deuil va passer par le deuil des **imagos parentaux** intériorisés. Il confronte le sujet à une série de pertes objectales et narcissiques.

**Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13**

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)

Chez Salé, il y a collusion entre le réel et le travail symbolique à l'œuvre dans tout processus adolescent - avec une culpabilité très importante.

Assez fréquemment, on diagnostique chez les jeunes isolés étrangers une psychose.

### **Dans le cas de Salé, quels sont les enjeux post migratoires et culturels ?**

La relation adolescent/adulte, les différences culturelles ou encore l'hostilité au regard des liens politiques entre la France et le Tchad, ont des impacts sur le soin.

## **Le Trauma à travers le cas clinique n°2 (Salé)**

Salé, vient du Tchad (contexte de guerre à plusieurs reprises).

Il a eu un accident de moto et a été arrêté et maltraité en prison.

Il a dû faire face à des deuils multiples (son frère aîné a été tué, son père a été enlevé et est potentiellement mort) et à la dépression de sa mère.

### **Il s'agit d'un trauma de type 2, trauma à répétition.**

**Au niveau symptomatologique**, Salé présente un état de stress post-traumatique majeur avec des images intrusives jour et nuit des violences subies et des violences dont il a été témoin, une irritabilité majeure et une fatigabilité majeure.

C'est un jeune très vigilant par rapport à tout ce qui l'entoure, il ne baisse jamais sa garde.

Beaucoup d'images traumatiques l'empêchent de tenir ; il a beaucoup de mal à se concentrer.

**Les pensées et images intrusives** : il s'agit des perceptions qu'il y a eu au moment du traumatisme et qui reviennent de façon forcée, contre sa volonté en provoquant la même détresse.

### **Qu'est ce que le Trauma ?**

En clinique, le traumatisme psychique est la rencontre avec le réel de la mort, la mort de soi, la mort de l'alter ego, la confrontation directe à la mort.

Notion de menace de l'intégrité physique de la personne (événements de guerre, attentat, catastrophes naturelles, accident, agression, viol, torture etc.) et question de l'intentionnalité.

C'est une rencontre que l'on peut vivre en tant que victime, témoin ou acteur.

C'est un « événement » qui est traumatique, générateur d'un vécu de mort, d'un sentiment d'arbitraire avec une culpabilité importante, une réappropriation dans la maîtrise avec une altération du sentiment d'appartenance.

C'est l'impossibilité de donner du sens à ce qu'on vit et d'interposer quelque chose que l'on connaît de bref et de soudain.

**Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13**

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)

Le trauma va venir rompre la croyance de l'immortalité : il n'y a pas de représentation pour accueillir cette image de mort qui vient faire intrusion dans le psychisme de la personne.

Suivant les personnes, il y aura un moment où il n'y aura plus d'affect, plus de représentation, un moment de néant, un moment d'effroi, de sidération psychique.

**Il y a un traumatisme psychique au sens clinique seulement s'il y a une perception ou sensation.**

**L. Terr** décrit les troubles traumatiques chez l'enfant avec **deux types de trauma**.

Il y a deux catégories de traumatismes, le trauma de type 1 et trauma de type 2 :

- **Trauma de type 1** : exposition à un unique événement soudain et massif (accident, catastrophe naturelle, agression physique, viol, deuil traumatique, etc.)
- **Trauma de type 2** : exposition à des événements répétés ou durables pouvant être « anticipables » (il peut y avoir une construction au niveau défensif - modalité de défense)

Il décrit **4 types de symptômes communs aux 2 types de trauma** :

- **les souvenirs intrusifs et répétitifs** : sont perçus avant tout visuellement, mais aussi au niveau tactile, olfactif ou proprioceptif.  
Ces souvenirs viennent alors que la personne ne le souhaite pas, n'essaye pas de remobiliser ses pensées.
- **les rêves répétitifs** : sont assez rares chez les jeunes mais il y a souvent des contenus effrayants qui perturbent le sommeil. Chez les plus grands adolescents, il y a des images intrusives nocturnes qui sont les images du trauma qui reviennent.
- **les peurs** : liées au traumatisme (faciles à identifier) ou qui s'étendent à d'autres objets, à des situations non liées au traumatisme (nouveau symptôme)
- **le changement d'attitude envers les gens** : avec une perte de confiance envers certains aspects de la vie et un pessimisme par rapport aux cultures.

Dans le trauma de type 1, on retrouve l'évitement des situations en rapport avec le traumatisme, des défauts de perception de la réalité initiale, et une recherche compulsive d'explications par rapport à l'événement.

Dans le trauma de type 2, il peut exister d'autres signes dont certains témoignent d'une réaction de défense face à la répétition des événements comme un déni important, une anesthésie affective. Il y a aussi des symptômes d'évitement plus sévères avec des amnésies de pans entiers de souvenirs d'enfance ou de l'histoire, des réactions de dépersonnalisation et de dissociations, des moments où la personne n'est plus là psychologiquement, des manifestations

**Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13**

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)

de colère, d'auto agressivité et retournement de l'agression envers soi même, et d'identification à l'agresseur.

**Les limites de la distinction entre trauma de type 1 et de type 2** : un évènement unique et soudain peut induire beaucoup de symptômes mais difficiles à différencier.

Il existe **des formes mixtes de trauma** qui vont entraver le développement de l'adolescent, sa construction identitaire.

**Les différents troubles en lien à un stress extrême** ou état de stress post-traumatique complexe (**Judith Herman**) :

- altération dans la régulation de l'état affectif, avec des troubles chroniques de la régulation des affects,
- difficultés à réguler ses colères, comportements auto agressifs et suicidaires,
- difficultés à moduler l'engagement dans les activités sexuelles,
- comportements impulsifs,
- prises de risque,
- altération de l'attention et de l'état de conscience,
- amnésies totales ou partielles,
- épisodes dissociatifs transitoires avec dépersonnalisation (le sujet n'est plus présent psychiquement, il n'y a plus de contact possible avec la personne (psychose parfois),
- somatisations avec des douleurs chroniques,
- troubles somatiques fonctionnels,
- symptômes « conversifs » (symptômes d'apparences physiques mais qui n'ont pas d'origine somatique)
- symptômes sexuels,
- modifications chroniques du caractère avec une altération de la perception de soi, une culpabilité et une honte importante, de l'auto accusation, un sentiment d'être inefficace et d'avoir un fonctionnement définitivement modifié (sensation d'avoir été changé)
- altération de la perception de l'agresseur avec une préoccupation concernant l'agresseur, un désir de vengeance intense, une idéalisation de l'agresseur,
- altération du rapport aux autres avec une incapacité à faire confiance, une tendance à la victimisation,
- tendance auto aggressive,
- altération du système de sens (désespoir, perte de croyance).

### **Comment repérer les jeunes nécessitant des soins ?**

Les jeunes qui ont des troubles du comportement (repli, régression narcissique, inhibition majeure, états dépressifs sévères,...) sont adressés au service plus facilement car sont plus visibles.

**Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13**

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)

Cependant, il faut faire attention aux formes invisibles de détresse.

Le thérapeute doit pouvoir s'adapter en fonction du jeune. Il doit pouvoir redonner du sens au jeune, lui permettre sa réinscription dans le schéma familiale et générationnel.

**Acte du séminaire 2011 - 2012 « Accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques. » - Faculté de médecine, Université Paris 13**

Rédaction et conception : Sophie Laurant et Samira Bellaoui

Chargée de publication : InfoMIE

- 22 rue Corvisart 75013 Paris - Tél. : 01 45 35 93 54 - Fax : 01 45 35 47 47

Site web : [www.infomie.net](http://www.infomie.net) – Courriel : [coordinatrice@infomie.net](mailto:coordinatrice@infomie.net)