

LE POINT DE VUE D'UNE INFIRMIÈRE EN MECS

Christel Silvestro-Teissonnière

ERES | « VST - Vie sociale et traitements »

2016/2 N° 130 | pages 36 à 45

ISSN 0396-8669

ISBN 9782749251349

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2016-2-page-36.htm>

!Pour citer cet article :

Christel Silvestro-Teissonnière, « Le point de vue d'une infirmière en mecs », *VST - Vie sociale et traitements* 2016/2 (N° 130), p. 36-45.
DOI 10.3917/vst.130.0036

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

36 Le point de vue d'une infirmière en MECS

CHRISTEL SILVESTRO-TEISSONNIÈRE

Ce texte est tiré d'une étude infirmière menée auprès de huit jeunes mineurs étrangers isolés, dont deux filles, placés en Maison d'enfants à caractère social (MECS) au titre de la protection de l'enfance. Cette étude interroge la question des traumatismes subis en l'abordant par le biais de l'approche corporelle, pour tenter de comprendre comment le traumatisme de la rupture de liens dans la migration entraîne des troubles physiques et psychiques tels qu'ils peuvent influencer le mode d'adaptation de ces jeunes.

Qui sont les MIE ?

Plusieurs études ont tenté de catégoriser les jeunes migrants selon les raisons de leur migration. Les écrits d'A. Etienne ont notamment contribué à en dresser une typologie.

Les « mandatés », jeunes envoyés par leur famille, porteurs d'un projet spécifique, ont la plupart du temps été remis à des adultes peu scrupuleux et ont subi des maltraitements divers. Ils sont également liés par un contrat moral dont ils ne peuvent se départir sans trahir les leurs.

Les « exilés » ont été séparés de tous leurs proches (décès ou disparition) par la guerre, se sont alors trouvés brutalement très isolés, et ainsi très vulnérables. Ils ont été souvent l'objet de maltraitements physiques et psychologiques de la part des adultes rencontrés au cours de leur trajet. Ici, le projet migratoire ne s'inscrit pas dans une continuité et une filiation familiale. Il est question de survie.

Les choses n'ont pas été élaborées autour du voyage et de l'après-migration.

Il en est de même pour les « exploités » qui ont fui, avec ou sans aide, une maltraitance voire une exploitation de la part des adultes, en quittant généralement tout du jour au lendemain. Leur projet est celui de la fuite, sans aucun retour en arrière possible, en totale dépendance des exigences des passeurs.

Finalement, quelles que soient les raisons qui ont poussé ces jeunes à fuir leur pays d'origine, leur migration a été contrainte, souvent aux mains d'adultes peu scrupuleux, et a constitué pour chacun d'entre eux une expérience de rupture de liens hors du commun.

La rupture des liens familiaux et culturels

Ces ruptures traumatiques mettent en défaillance le sentiment de sécurité que

peuvent ressentir les jeunes, surtout dans cette période de réaménagements psychiques et de remaniements identitaires profonds qu'est l'adolescence.

Les jeunes filles rencontrées sont les seules à ne pas être porteuses d'un projet migratoire familial. Le but de la fuite n'est que la survie, aucun espoir en dehors de celui de rester en vie ne peut être projeté. Elles sont totalement déracinées et coupées de leurs liens au pays. Elles ont vécu les pires horreurs, notamment dans leur chair. Elles cumulent les vulnérabilités d'être adolescente et d'être femme.

Dans la migration, toute l'enveloppe culturelle est ébranlée. Il s'agit alors pour les jeunes de maintenir ces liens symboliques ou réels avec leur communauté au travers de l'échange de nourriture, du partage de la langue maternelle, de la religion, de la musique. Ces ressources sont ambivalentes dans ce qu'elles procurent. Un jeune a pu dire « ça fait du bien et ça fait mal ».

Pour certains, le poids de la tradition ne vient que leur rappeler l'horreur passée, le manque des êtres chers. Tout cela est baigné dans une culpabilité d'être encore en vie, de ne pas toujours pouvoir appliquer des préceptes de vie en cours au pays. Ces jeunes ont bien du mal à s'accommoder de ce déracinement et notamment de la différence de langue.

Le rapport à la religion est lui aussi assez différent selon les raisons de la venue en France. Certains jeunes, les plus isolés, déploient une ferveur très contenante. La religion est alors vécue comme une bouée de sauvetage, un lien indéfectible, là où tellement de liens ont déjà été mis à mal. D'autres, au contraire, essayent de se départir d'un poids qu'ils jugent trop étouffant.

Le point qui reste assez sensible est la nourriture. Elle rappelle inévitablement la

mère, le partage. Ainsi, elle est vécue à la fois comme ressourçante et comme douloureuse. Les jeunes souhaitent faire connaître et partager la nourriture de leur pays, mais sont freinés par la difficulté psychique à laquelle cela les expose car le souvenir chaleureux et rassurant de la mère implique aussitôt le rappel du manque. Il semble que ce point soit particulièrement douloureux pour les jeunes filles, comme si elles ne pouvaient assurer la continuité d'une filiation liée au genre, comme si elles venaient rompre la chaîne féminine reliée par la nourriture.

Le rapport à l'autre, dans les liens sociaux et culturels à construire, est source de véritables angoisses pour ces adolescents marqués par les ruptures. Chaque activité du quotidien revêt une symbolique complexe qui vient, potentiellement, réactiver le traumatisme, et l'appropriation de nouveaux codes culturels ne va pas sans une certaine perte identitaire.

La perte de repères spatio-temporels

Outre une perte de repères culturels, ces jeunes sont particulièrement exposés à une perte de repères spatio-temporels car le traumatisme vient perturber leur rapport au temps. Ils sont souvent incapables de se souvenir de leur date d'arrivée, mélangent les événements, « ne savent pas ». La chronologie est fréquemment très difficile à établir. C'est le *Moi-passoire* décrit par Anzieu dans la défaillance de la fonction contenante du *Moi-peau*.

Par ailleurs, la pression exercée au niveau administratif, avec le couperet des 18 ans et du statut à clarifier pour rester en France, est en réelle contradiction avec le besoin de temps de la reconstruction. Les jeunes doivent donc naviguer entre ces deux espaces-temps.

Le rapport à la parole

Le discours apparaît parfois comme formaté. Les récits de trajets migratoires sont pour la plupart assez flous, évasifs. On note également une grande similitude dans les récits des premiers instants en France.

Ces adolescents ont souvent de grandes difficultés à parler, comme si la parole était bloquée. Ils disent ne pas pouvoir parler de la raison de leur venue en France, ou ne peuvent répondre qu'un « je sais pas » à la moindre question sur leur passé. L'indicible trouve-t-il son origine dans le traumatisme ? Dans la peur de représailles des passeurs ? Dans la peur qu'il arrive quelque chose à la famille restée au pays ? Il est difficile de répondre à cette question. Il s'agit probablement d'une intrication de plusieurs facteurs.

La barrière de la langue est généralement présentée comme une grosse difficulté de communication dans les premiers mois de l'accueil en France. Les jeunes rencontrés ont appris très vite à parler français, plus ou moins bien. Leur volonté de manier la langue est manifeste, et ils déploient de réels efforts pour y parvenir. On sent rapidement que les éventuelles difficultés de communication et d'expression ne sont pas véritablement liées à la maîtrise de la langue. Cela semble plutôt se jouer au niveau psychologique, de ce qui peut être dit ou pas, le dicible et l'indicible.

En effet, tous n'ont malheureusement pas les capacités relationnelles, psychologiques pour apprendre correctement, et rapidement, comme cela est imposé parfois. Les jeunes présentant beaucoup de difficultés psychologiques et somatiques semblent peu à même d'avoir l'esprit disponible pour l'apprentissage. Néanmoins, cela n'entache pas leur volonté et leur désir de réussite, l'investissement scolaire étant

à la mesure de l'enjeu de survie qu'il représente.

La consultation infirmière a permis la mise en évidence d'une grande fréquence des troubles somatiques de la sphère du langage. En effet, une majorité de ces jeunes présentent ou ont présenté des troubles de la sphère ORL, bégaiements et troubles auriculaires (épisodes de surdité, douleurs, rhumes à répétition). Il semble que la parole soit suffisamment réprimée pour ne pouvoir trouver qu'une expression corporelle de la souffrance. Ainsi, de nombreuses atteintes du corps, à des degrés divers, ont été repérées et ont fait l'objet de multiples plaintes chez ces jeunes migrants, quand il semble que les mots ne peuvent traduire les souffrances.

Quand le corps parle

La plupart du temps, les troubles observés semblent correspondre à des attaques de la fonction contenante de la peau. Les éducateurs rapportent des phénomènes d'intrusion (cauchemars fréquents, angoisses diffuses) et une hypervigilance (troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement, ruminations anxieuses) chez tous les jeunes, bien que seules les filles en parlent. On retrouve également des épisodes de probable déréalisation, de sidération, chez certains jeunes, à leur arrivée. Ils ne l'évoquent pas, ils ne s'en souviennent pas, ce sont les éducateurs qui en font état.

De manière générale, ils disent avoir trouvé dans le foyer et les éducateurs un grand réconfort, un soutien. Ils semblent avoir confiance en eux, même si leur parole n'est pas toujours libérée.

Certains parlent de leur difficulté à être dans la collectivité, à supporter les autres

jeunes du foyer. Ils expriment un grand besoin de pouvoir se trouver seuls, de ne plus subir le groupe. Pour certains, cela a pu aller jusqu'à des comportements hétéro-agressifs isolés. De manière générale, les jeunes filles semblent s'isoler plus que les jeunes garçons, préférant leur chambre aux espaces communs.

Les troubles anxieux sont très importants, avec beaucoup de ruminations, d'envahissement de la pensée, de maux de tête intenses. Ils s'accompagnent d'un sentiment de tristesse et de solitude très marqué. Ces céphalées sont partiellement soulagées par les traitements, mais leur récurrence est souvent assez pénible voire invalidante pour certains.

On retrouve très fréquemment des troubles digestifs, surtout des douleurs abdominales accompagnées de constipation. Le corps garde, ne peut délivrer ce qu'il a en lui. Les jeunes filles sont là encore particulièrement exposées à la reviviscence traumatique des viols subis, que les diverses douleurs pelviennes et abdominales viennent raviver, qu'elles soient aiguës ou chroniques, comme ultime rappel de l'horreur vécue.

De manière générale, on assiste à une régression des troubles au fur et à mesure de l'accueil en structure. Cependant, ils semblent très vite réactivés à l'occasion d'un changement de foyer qui peut impliquer changement de ville et d'environnement, changement de référent éducatif, changement d'établissement scolaire..., en somme une réelle modification des liens déjà recréés.

Quelle adolescence pour ces jeunes ?

Paradoxalement, dans la MECS ces jeunes semblent tous aller bien, mener une vie harmonieuse, s'intéresser à beaucoup de

choses, ne posent quasiment aucun problème de comportement dans les unités de vie, mettent très peu en question le règlement. Certains éducateurs vont même jusqu'à dire que ces jeunes vont « trop bien », qu'ils sont « trop lisses ». Effectivement, on a souvent l'impression qu'ils délivrent la parole que l'intervenant a envie d'entendre, qu'ils se conforment exactement à ce que la société attend d'eux. Le discours est alors plaqué, stéréotypé. L'enjeu des papiers est de taille. Celui de la loyauté envers la famille restée au pays également. La réussite du projet migratoire en est la représentation.

Finalement, ces adolescents migrants sont assez en décalage avec le reste de la population adolescente qui vit des moments de doute, de remise en question des modèles parentaux, de la société. Eux ne peuvent pas se le permettre, ou alors a minima. Les conséquences en seraient trop importantes, ils l'ont généralement bien compris. Cette lucidité et cette maturité les éloignent encore un peu plus de l'insouciance d'une jeunesse qu'ils ont déjà largement perdue.

Propositions thérapeutiques

La problématique adolescente peut s'effacer parfois au profit de l'urgence de la survie. L'un des enjeux du travail éducatif et thérapeutique avec ces jeunes est de pouvoir les aider à renouer avec le cours de leur vie d'adolescent en reconstituant le fil de leur vie, l'avant et l'après traumatisme, à donner du sens par la réappropriation personnelle des événements. Ainsi, il semble qu'il soit toujours question de trouver les mots pour dire, de traduire les maux en mots. C'est au travers de la parole que le jeune pourra reconstituer la trame de son

histoire. Ce travail est fait au cours d'entretiens de psychothérapie avec les psychologues du service.

D'un point de vue éducatif, il semble important que chacun fasse un travail sur les représentations qu'il a autour de la prise en charge des MIE. Au regard du traitement social de leur situation, la présence des « exilés » paraît le plus souvent légitime et la demande d'asile, la réponse la plus évidente à leur situation. À leur égard, l'application du cadre de l'enfance en danger ne semble pas poser de problèmes. La présence des autres mineurs étrangers semble, elle, beaucoup moins légitime. Les MIE sont alors soupçonnés d'être manipulés (les jouets des filières et des réseaux) et manipulateurs (ils seraient dans le mensonge concernant leur identité, leur âge, les raisons de leur présence en France), à la fois victimes et délinquants. Un certain nombre de professionnels se trouvent encore dans cette ambivalence de jugement. Les difficultés de prise en charge sont généralement vécues comme du fait du jeune, et cela fait souvent blocage dans la continuité de la démarche. Cependant, il s'agit bien de restaurer cette continuité, ce fil de l'histoire.

Il s'agit de ne plus voir le jeune comme un traumatisé, mais comme un jeune ayant des possibilités, des ressources qui ne demandent qu'à être exploitées, mises en valeur. Les éducateurs, par leur travail du quotidien, sont les relais privilégiés dans l'institution pour faire émerger ces ressources propres à chacun, en restaurant les liens perdus et en favorisant le maintien de ceux restants (alimentation, religion, famille...)

Il semble que la consultation infirmière leur permette de restaurer le lien avec une filiation, une hérédité familiale, au travers de l'évocation de certaines patho-

logies. De même, mettre des mots sur ce corps qui peut faire souffrir aide à se le réapproprier, à le mettre à distance parfois. On peut également donner un sens au ressenti, à la douleur physique et psychique. Le rôle de l'infirmière en ce sens n'est pas à négliger dans ce qu'il représente de fonction maternante, contenante, à l'image du *holding/handling* de Winnicott. On retrouve aussi les idées de contenance physique et psychique développées par D. Anzieu, qui donnent toute leur pertinence au travail de restauration corporelle. Les consultations médicales semblent par ailleurs permettre ce travail de réappropriation de ce corps douloureux, comme si les pièces du puzzle se rassemblaient au travers du soin. Le toucher de l'examen médical, la neutralité bienveillante de l'entretien contiennent, rassemblent, font sens. L'enveloppe physique peut se reformer.

Cependant, ce travail ne peut se faire de manière isolée. Il semble que le travail en réseau avec différents professionnels soit le plus à même de recréer une enveloppe sécurisante et contenante pour le jeune. Prendre soin de ces jeunes peut aussi se faire de manière indirecte, en échangeant avec les différents professionnels qui les entourent, en les aidant à les accompagner au mieux, en essayant de croiser les regards pour comprendre ce qu'ils vivent. En tissant ce réseau médico-social autour de ces jeunes, on restaure ce lien nécessaire, chaînon manquant à la reconstruction.

Pourtant, les logiques institutionnelles et politiques de ces dernières années ne semblent pas aller dans ce sens puisqu'on assiste de plus en plus à des déplacements de jeunes de foyers en foyers, au gré des mouvements de places et des restructurations. On imagine que pour ces jeunes ayant connu de multiples ruptures, cela

ne constitue pas ce cadre sécurisant et contenant, nécessaire au travail thérapeutique d'étayage, de mise en mots, de continuité. De même, la radicalisation des mesures autour des lois sur l'immigration rend complexe cette intégration, demandée dans des temps records pour prouver la bonne capacité à obtenir un statut de régularisation en France, cela en totale contradiction avec le temps psychique nécessaire à cette reconstruction, formant plutôt une énième répétition traumatique.

CHRISTEL SILVESTRO-TEISSONNIÈRE
Infirmière en maison d'enfants
à caractère social.

Bibliographie

- ANZIEU, D. 1985. *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- BOWLBY, J. 1984. *Attachement et perte*, Paris, Puf.
- CIPRUT, M.-A. 2007. *Migration, blessure psychique et somatisation*, Genève, Médecine et hygiène.
- DEVEREUX, G. 1983. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.
- ESCOTS, S. ; DJEDDAH-CARADEC, S. 2009. « Souffrance psychique et migrations : la question du sens du projet migratoire », *Anthropologie clinique et migrations*.
- ETIEMBLE, A. 2005. « Quelle protection pour les mineurs isolés en France ? » *RAJS-JDI*, n° 243, p. 14-19.
- ETIEMBLE, A. 2002. « Mineurs isolés étrangers en France : évaluation quantitative de la population accueillie à l'Aide sociale à l'enfance », *Migrations études*, n° 109, p. 1-16.
- FREUD, S. 1920. *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, Payot, coll. « Petite bibliothèque Payot ».
- MORO, M.R. 2010. *Grandir en situation trans-culturelle*, Bruxelles, éditions Fabert.
- NATHAN, T. 1987. *La folie des autres. Traitée d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.
- THIBAUDEAU, C. 2006. « Mineurs étrangers isolés : l'expérience brutale de la séparation », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 64, p. 97-104.

CR, 17 ans 10 mois

CR vient d'Angola. Elle est arrivée en France à l'âge de 16 ans 10 mois. Cela fait un an qu'elle est accueillie en foyer dans une unité de quatorze jeunes, dans un petit appartement qu'elle partage avec une autre jeune MIE.

Elle a subi beaucoup de violences. Elle a perdu sa mère tuberculeuse à l'âge de 9 ans. Elle vivait seule avec elle, ses deux frères étant partis avec le père lors de la séparation du couple. Leurs conditions de vie étaient marquées par « la galère, la misère ». Au décès de sa mère, elle est partie vivre chez sa tante. « Au début c'était bien avec elle, mais après son mari commençait à me forcer que je sorte avec lui, après il m'a violée, après j'étais enceinte, je l'ai dit à ma tante, mais ma tante elle me croyait pas. Elle tapait, faisait des cicatrices, tout le temps, ça c'était la misère. » Elle n'a jamais été scolarisée, bien qu'elle décrive son oncle et sa tante comme ayant de l'argent. Elle dit avoir été comme leur esclave.

Elle a quitté son pays avec l'aide d'une amie de sa mère à qui elle a confié le fils qu'elle a eu suite au viol. Elle a volé de l'argent à sa tante, et est partie avec un ami de l'amie de sa mère. Elle ne savait alors pas où elle allait. « J'ai laissé mon fils là parce qu'il y avait pas d'argent. Moi je savais pas la France, j'avais même pas idée de France [...] On est venu avec lui, je parlais pas, j'étais tout le temps à pleurer. »

Elle reste très floue sur son parcours migratoire. Son histoire est confuse. On comprend qu'elle est arrivée en France et qu'elle a rencontré une dame qui l'a dirigée vers France Terre d'asile. Elle a alors été orientée vers une structure d'accueil. Elle ne se souvient plus de sa date d'arrivée : « Je suis arrivée au mois d'avril, je sais pas, j'ai oublié les dates, 2010. »

C'est une jeune fille agréable, qui participe volontiers aux tâches de la maison, est courtoise avec les autres. Cependant, elle dit : « Je peux rigoler, je peux parler, mais des fois, quand je reste toute seule, ça revient dans ma tête. Ça me fait comme ça et je trouve que ça c'est grave parce qu'aujourd'hui j'entends pas bien avec mon oreille, mon oreille elle est comme à cause de ma tante, et ça me fait toujours penser à ça. » Comme elle n'a jamais été scolarisée dans son pays, elle n'a pas pu être intégrée en France dans un cursus scolaire, mais elle prend des cours de français auprès d'une association.

Quand on lui parle d'avenir ou de choses agréables, il y a toujours un « mais » : « je vais à l'école mais il n'y a pas d'anglais », « je voulais faire animatrice pour les enfants mais je parle pas bien français », « je connais une dame mais elle a un mari, alors j'ai peur », « avant je courais mais les jambes ça gonfle ». Les seules activités qui semblent lui permettre réellement de construire quelque chose sans « mais » sont la nourriture et la religion. Elle trouve un grand réconfort dans la prière, alors qu'elle ne priait pas dans son pays puisqu'elle n'avait pas le droit de sortir pour aller à l'église. Concernant la cuisine, elle fait ses courses avec sa colocataire et s'amuse à mélanger les nourritures française et africaine. Finalement, elle semble avoir acquis une certaine autonomie et un certain espace de liberté autour de ces deux activités.

Depuis son arrivée, elle a présenté un certain nombre de pathologies. Elle est demandeuse de suivi médical, de rencontres avec l'infirmière et d'accompagnement dans ses démarches. Rapidement, elle a consulté le médecin de la structure d'accueil pour des douleurs abdominales chroniques, une constipation. Les examens entrepris n'ont pas mis en évidence de pathologie particulière. Elle évoque également des troubles du sommeil importants. Un suivi psychiatrique et psychologique a été proposé, avec mise en place d'un traitement anxiolytique et hypnotique.

Par ailleurs, elle bénéficie d'une prise en charge ORL dans le cadre d'une hypoacousie avec violentes douleurs de l'oreille gauche. Elle nous dit être comme cela depuis une grosse claque reçue de sa tante : « Parce que le jour où ma tante m'a tapée à l'oreille, elle a tapé fort, ça a saigné, je dormais par terre et ça saignait et je lui ai dit et elle m'a insultée, c'est la dame qui travaillait là qui est venue me nettoyer et après il y avait des trucs blancs qui commençaient à sortir, je l'ai dit à ma tante, elle m'a dit "je m'en fous". Ça me faisait mal. Maintenant j'ai mal, ça me fait penser à ça avant. » Les douleurs ont été de plus en plus fortes, avec des saignements. Il semble que cela coïncide avec le changement de foyer.

Elle a été rapidement obligée d'arrêter le traitement psychotrope prescrit en raison d'une intolérance liée à la prise d'un traitement préventif antituberculeux. Cette

période a été difficile car elle a eu la sensation de tout cumuler. « Au mois de décembre, j'étais pas bien parce que ma mère est morte au mois de décembre, je pleurais tout le temps, ça me fait mal. Du coup, j'ai du mal à dormir. » Dans le même temps, elle a appris qu'on ne pourrait rien faire pour son oreille, et a fait une allergie au traitement antituberculeux, ce qui a nécessité une hospitalisation.

Par ailleurs, sa majorité approchant a renforcé les exigences d'autonomie envers elle, et elle se sent de plus en plus perdue. Elle adhère au suivi, se rend bien à ses rendez-vous accompagnée de ses éducateurs, et prend bien son traitement quotidien. Cependant, elle a besoin qu'on la soutienne et qu'on la guide dans la prise en charge de sa santé. En effet, la complexité et la multiplicité des rendez-vous rendent très difficile un repérage efficient dans les démarches à entreprendre. Par ailleurs, il semble que les pathologies dont elle souffre réactivent considérablement des aspects douloureux de son passé.

Afin de l'aider dans ces repérages, elle a eu plusieurs rendez-vous avec moi, avec ou sans ses éducateurs. Elle est en demande d'explications concernant ses pathologies. Cependant, elle a beaucoup de mal à comprendre ce qu'on lui explique, à évaluer les conséquences, à tenir compte des préconisations faites. Les éléments médicaux fournis pour l'aider dans sa gestion du quotidien sont partiellement intégrés mais ne semblent pas pouvoir être restitués à bon escient : elle a des difficultés à faire des liens, seule, entre ses pathologies et un comportement adapté au quotidien.

Il faut ainsi de nombreuses rencontres (presque un rendez-vous hebdomadaire) avec le service médical (infirmière ou médecin), que ce soit pour un accompagnement physique dans des démarches de soin ou pour redonner des explications concernant son suivi.

Malgré une bonne volonté affichée de sa part, CR n'apparaît pas encore autonome dans ses prises en charge. Un accompagnement est indispensable, tant d'un point de vue géographique que pour s'assurer de la bonne compréhension des éléments donnés et de la mise en œuvre de la suite des soins, dans un cadre éayant.

MK, 16 ans 11 mois

MK est originaire de la République démocratique du Congo. Elle est en France depuis dix mois. Elle partage un appartement dans une unité de vie avec une autre jeune fille MIE. Elle se présente souriante, spontanée et semble aller bien.

Elle a connu beaucoup de ruptures. Elle a quitté sa famille à 13 ans. Ses parents n'ayant pas d'argent pour payer l'école, elle est partie vivre dans une autre province chez sa sœur, qui pouvait payer l'école moins onéreuse dans sa région. Elle est partie en laissant une maman malade et se faisait beaucoup de souci pour elle. « La chose que je pense, c'est quand j'ai quitté mes parents en 2007, je n'aime pas parler de ça (pleurs), je suis obligée, elle était diabétique ma mère, et il n'y avait pas d'argent pour payer, excuse-moi (pleurs), (silence), pour payer les médicaments, c'était un peu dur, et quand je l'avais quittée, elle était mal, parce que moi, je voulais pas vraiment partir et la laisser comme ça, malade et tout, parce que le sucre augmentait, et on cherchait des

feuilles de tradition pour la soigner, et quand je suis partie, tout le temps j'ai demandé et je m'inquiétais pour elle. » Rapidement sa sœur a perdu son bébé et est retombée enceinte. MK semble avoir été affectée par cet épisode, mais n'en dira pas plus.

Deux ans après son arrivée chez sa sœur, des affrontements politiques violents ont éclaté. Les deux sœurs ont été séparées par des militaires au cours de déplacements de personnes. Son discours est très confus chronologiquement, on a du mal à saisir la continuité des événements. Au décours de l'entretien, il apparaîtra même que certains éléments décrits comme vécus avec sa sœur se sont en fait déroulés des années plus tôt avec ses parents. Certaines phrases nous font nous demander si MK n'avait pas déjà subi des déplacements avec ses parents : « Ils ramènent ma sœur, comme elle est sa femme, et moi je suis restée avec les autres filles qui étaient là et après on nous a fait sortir avec des filles (bégaiement) et c'est là que leur père a décidé de venir ici pour me faire fuir. Et comme nous sommes arrivés là, je n'ai plus retrouvé ma sœur et mes parents. » On notera beaucoup de bégaiements à l'évocation de ces troubles. « Quand il y a eu la guerre, il y avait des militaires qui sont venus et ils ont dit que mon beau-frère travaillait pour les rebelles. Ils nous ont embarquées avec eux (bégaiement) et nous sommes parties. Ils nous ont séparées [...] et après on nous a fait sortir avec des filles (bégaiement) [...] Les rebelles faisaient des troubles là (bégaiement) et ils tiraient partout. »

Elle donne peu d'informations concernant son trajet migratoire : « Je ne savais pas que j'allais venir en France. [...] Là, je sais pas, on est arrivés à l'aéroport, on a pris l'avion et nous sommes arrivés là. » Elle en donne en revanche beaucoup à propos de son arrivée en France. Elle raconte de manière très précise le déroulement de quatre journées passées dans la rue à l'arrivée sur Rouen. Elle devait retrouver un ami de son pasteur qui n'est jamais venu. Le discours est là plus fluide, sans difficulté apparente pour retracer la chronologie. « Le lundi je commençais à marcher, j'ai acheté une bouteille d'eau pour m'essuyer les yeux et j'ai vu une fille là, je commençais à lui parler, quand je lui ai montré l'adresse, elle m'a dit je sais pas où il est [...] Le jeudi en marchant, je vois un mec là, il s'habille en tenue verte, il parle au téléphone en lingala, ma langue que je connais et je lui ai dit s'il pouvait m'aider parce que ça fait depuis quatre jours que je suis dehors. » Elle a fini par trouver de l'aide auprès d'un homme qui l'a orientée vers la police. De là, elle a été placée en foyer. Concernant son arrivée, elle dit « être contente c'est dur, parce que je me sentais perdue, un pays que je connais pas, des gens que je connais pas, je n'ai personne, j'étais comme, je sais pas ». Notons que même si elle vient d'un pays francophone, elle a eu beaucoup de mal à trouver de l'aide et à se faire comprendre.

Elle a bien investi sa scolarité, mais cela semble être par dépit. Initialement elle voulait être infirmière pour soigner sa mère. Ne l'ayant plus auprès d'elle, ses projets n'ont plus de sens. Elle s'est donc dirigée vers la restauration. « La personne pour qui je voulais être infirmière pour elle, je l'ai pas. Il faut que je cherche quelque chose qui va, parce que si j'allais faire ce métier, c'était pour ma maman. Bon, je sais pas, je vais trouver, la restauration, ça me plaît. »

Elle trouve beaucoup de réconfort dans la religion : « Ça me fait du bien, parce que je crois en Dieu, comme je n'ai personne, je n'ai que lui. C'est sur lui que je peux compter. » Elle porte beaucoup la solitude en elle. Elle s'est fait quelques amies mais ne souhaite pas vraiment se lier avec elles. « À vrai dire, je suis pas vraiment amie-amie. Depuis que je suis petite, ma mère n'aimait pas que j'aie des copines. Elle disait toujours qu'avoir des copines, c'est avoir des problèmes. Elle n'aimait pas du tout, et je me suis habituée. CR, je suis toujours avec elle, mais avoir d'autres copines ailleurs, pff. Ça ne m'intéresse pas d'avoir des copines. » Elle a un petit ami en qui elle semble trouver un certain apaisement : « Mais j'ai un copain, des fois on sort. Quand je suis avec lui, des fois je me sens mieux, je me sens moins seule. Je n'aime pas trop rester dans le calme, si je suis dans le calme, je suis trop pensif, j'ai des choses dans la tête, et ça me fait mal à la tête. »

D'un point de vue médical, elle présente un certain nombre de troubles. Elle parle de ses difficultés de sommeil, avec beaucoup de cauchemars depuis qu'elle est arrivée. Il semble y avoir eu une recrudescence au moment du changement de foyer. « Du mal à dormir, oui, parce que des fois quand je dormais, je voyais toujours l'image bizarre, des gens qui venaient comme ça m'attraper la nuit, je faisais des cauchemars bizarres, des militaires, des choses comme ça. J'ai parlé avec une psychologue, elle m'a donné des médicaments pour m'aider à dormir. Avant ça m'aidait pas, l'image était trop forte pour moi. Même avec les médicaments, ça n'allait pas encore, et après il m'a donné d'autres encore, plus forts, et ça allait un peu. Maintenant, je ne prends plus les médicaments, ça va, ça va. [...] quand je suis partie, tout le temps j'ai demandé et je m'inquiétais pour elle [sa mère], et comme je me suis séparée d'elle, même quand je dors je fais des cauchemars tellement j'ai peur que je sais pas si elle est encore là en vie, mais je le sais pas. »

Dans les mois qui ont suivi son arrivée, elle a consulté à plusieurs reprises pour des douleurs abdominales diffuses ainsi qu'une constipation. Les symptômes se sont espacés progressivement à mesure que le temps est passé, sans qu'il y ait eu de pathologie décelée.

Elle évoque parfois sa peur de subir des « attaques de sorciers » et fait facilement le lien entre ses troubles du sommeil et ses douleurs abdominales avec ces « attaques ». De même, elle trouve qu'elle urine trop et pense que cela peut avoir un rapport avec des sorciers. À son arrivée, elle dit avoir été rassurée par la consultation médicale car « j'avais des boutons, là-bas où on était (bégaiement) on dormait par terre, avec les militaires, ils nous ont emmenées quelque part. On dormait là où on faisait la vaisselle, j'avais des boutons. Ça m'a rassurée parce que, pour voir qu'est-ce qui n'allait pas dans mon corps. Tout allait bien ».

Je la reçois régulièrement pour lui donner des informations sur la contraception, les infections sexuellement transmissibles. Elle semble apprécier le contact avec le monde médical sans pour autant que cela devienne envahissant. Elle est très appréciée dans la structure.

CHRISTEL SILVESTRO-TEISSONNIÈRE
Infirmière en maison d'enfants à caractère social.