



LA PENSÉE SAUVAGE
ÉDITIONS

Prendre en charge les mineurs non accompagnés : spécificités d'un dispositif complémentariste en contexte transculturel

**Selim Benjamin Guessoum, Fatima Touhami, Rahmeth Radjack, Marie Rose Moro,
Sevan Minassian**

DANS **L'AUTRE** 2020/3 (VOLUME 21), PAGES 262 À 273
ÉDITIONS **LA PENSÉE SAUVAGE**

ISSN 1626-5378

ISBN 9782859193430

DOI 10.3917/lautr.063.0262

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-l-autre-2020-3-page-262.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour La Pensée sauvage.

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.



Prendre en charge les mineurs non accompagnés : spécificités d'un dispositif complémentariste en contexte transculturel

Selim Benjamin GUESSOUM, Fatima TOUHAMI, Rahmeth RADJACK, Marie Rose MORO, Sevan MINASSIAN

Vulnérabilité et singularité des mineurs non accompagnés

Les mineurs non accompagnés (MNA) sont des enfants et des adolescents âgés de moins de 18 ans qui ont quitté leurs pays et se trouvent sans adulte référent dans un pays étranger. En France, leur nombre est passé de 8054 MNA déclarés en 2016 à 17022 en 2018 et 16760 en 2019 (Djpp, 2020). Environ 99 % d'entre eux sont âgés de 13 à 17 ans (Djpp, 2020). Les MNA présentent un taux élevé de symptômes psychiatriques avec des intrications complexes au niveau psycho-traumatique, transculturel, familial, éducatif et judiciaire.

Les contextes culturels et politiques des pays de naissance des MNA sont souvent très différents de ceux des pays d'accueil. Ces particularités culturelles peuvent dérouter les éducateurs ainsi que les soignants médicaux et paramédicaux, souvent peu formés pour prendre soin des adolescents en

Selim Benjamin Gues-soum est chef de clinique assistant en psychiatrie, Maison de Solenn, Hôpital Cochin, APHP, Paris, France, Université de Paris, PCPP, F-92100 Boulogne-Billancourt, France, CESP, Fac. de médecine - Univ. Paris-Sud, Fac. de médecine - UVSQ, INSERM U1018, « DevPsy » Université Paris-Saclay, F-94807 Villejuif, France.

Fatima Touhami est psychologue clinicienne, Maison de Solenn, Hôpital Cochin, APHP, Paris, France, Université de Paris, PCPP, F-92100 Boulogne-Billancourt, France, CESP, Fac. de médecine - Univ. Paris-Sud, Fac. de médecine - UVSQ, INSERM U1018, « DevPsy » Université Paris-Saclay, F-94807 Villejuif, France.

Rahmeth Radjack est pédopsychiatre, Maison de Solenn, Hôpital Cochin, APHP, Paris, France, Université de Paris, PCPP, F-92100 Boulogne-Billancourt, France, CESP, Fac. de médecine - Univ. Paris-Sud, Fac. de médecine - UVSQ, INSERM U1018, « DevPsy » Université Paris-Saclay, F-94807 Villejuif, France.

Marie Rose Moro est pédopsychiatre, professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, cheffe de service de la Maison de Solenn - Maison des Adolescents, CESP, Inserm U1178, Université de Paris, APHP, Hôpital Cochin, directrice scientifique de la revue *L'autre*.

Sevan Minassian est pédopsychiatre, Maison de Solenn, Hôpital Cochin, APHP, Paris, France, Université de Paris, PCPP, F-92100 Boulogne-Billancourt, France.

contexte migratoire. Les MNA viennent de cultures et pays variés : en France en 2019, plus de 60 % d'entre eux étaient originaires de Guinée, Côte d'Ivoire et Mali. Les autres pays les plus représentés étaient l'Afghanistan, l'Albanie, le Bangladesh, le Cameroun, l'Algérie, le Maroc, le Pakistan, le Sénégal et la Tunisie (2,4 à 4,8 % pour chacun de ces pays) (Djpp, 2020). Les soignants et les éducateurs doivent pouvoir développer des compétences transculturelles spécifiques face à ces jeunes issus de groupes culturels multiples (Goudet-Lafont et al., 2016).

Les MNA présentent fréquemment des problèmes de santé mentale, avec une prévalence élevée de symptômes anxieux (10 – 85 %), dépressifs (12 – 76 %), de stress post-traumatique (17 – 85 %) ainsi que des troubles du comportement (Derluyn & Broekaert, 2007 ; Keles et al., 2018 ; Von Werthern et al., 2019), et ces symptômes psychiatriques sont chroniques chez de nombreux MNA (Derluyn & Broekaert, 2007 ; Jensen et al., 2019 ; Vervliet et al., 2014). Les symptômes post-traumatiques dont ils souffrent sont complexes : ils sont caractérisés par une large diversité de symptômes dont les nosographies classiques ne capturent que des aspects limités (Cook et al., 2005). De plus, certains adolescents font face à des problématiques très spécifiques : dette, prostitution, trafic d'êtres humains, enjeu de la minorité pour bénéficier d'une protection (CNAPE, 2018), sont des facteurs aggravant la vulnérabilité psychique de ces adolescents. Certains MNA consultant des psychiatres présentent des symptômes liés au stress en rapport avec le processus de demande d'asile (Ramel et al., 2015). Il existe en particulier des facteurs transculturels liés à la santé mentale des MNA. Les compétences culturelles dans la culture d'origine et les difficultés liées à l'acculturation varient selon les trajectoires de santé mentale de ces adolescents (Keles et al., 2018).

Les soins psychiques et psychiatriques de ces MNA présentent un défi pour les institutions de soin. Les incompréhensions culturelles entre les MNA et les soignants et éducateurs des pays d'accueil peuvent mener à des difficultés spécifiques et des incompréhensions au niveau éducatif, comportemental, psychologique et émotionnel. Concernant les soins psychiatriques, on observe des taux d'erreurs diagnostiques élevés dans les populations de migrants (Haasen et al., 2000). Par conséquent, il existe un besoin de soins psychiques et psychiatriques spécifiques pour les MNA, avec des compétences transculturelles et un focus sur l'expérience de la migration et les traumatismes complexes. Certains auteurs proposent des thérapies spécialisées pour les MNA, comme les interventions de groupe centrées sur le trauma (Pfeiffer et al., 2019). Les MNA sont donc une population vulnérable et singulière (Sturm et al., 2012). En France, ils ont une position à l'intersection entre la protection de l'enfance (Aide Sociale à l'Enfance ou ASE) et la prise en charge des migrants et demandeurs d'asile. Les professionnels ont dû élaborer de nouvelles manières de prendre en charge les adolescents, repensées sans les parents.

Dans les services de médecine de l'adolescent des Maisons des Adolescents (MDA) de l'Hôpital Avicenne à Bobigny et de l'Hôpital Cochin à Paris (Benoit et al., 2018), de nombreux MNA sont adressés pour des prises en charges psychiatriques, notamment en seconde intention. Les prises en charge de première intention - éducatives, psychologiques et médicales - sont parfois insuffisantes pour appréhender les problématiques intriquées entre symptômes psychiatriques, incompréhensions culturelles, histoires de vie traumatique, obstacles administratifs et judiciaires. Dans ce contexte, une recherche a été mise en place, dans un premier temps, afin d'évaluer les besoins et étudier les conditions nécessaires à l'accueil de ces adolescents (Radjack et al., 2020). Les Maisons des adolescents de l'Hôpital Avicenne à Bobigny et de l'Hôpital Cochin à Paris ont mené, dans le cadre de l'unité INSERM U1018 et en lien avec les services de l'Aide sociale à l'enfance de Paris, une recherche-action de 2012 à 2016 afin d'étudier la co-construction de récits de vie par

tagés par les MNA en lien avec leurs professionnels référents (Radjack et al., 2020). Cette recherche-action a par ailleurs permis de mieux connaître ces jeunes et leurs parcours, permettant dans un second temps de développer un dispositif clinique et thérapeutique adapté à ces patients : la consultation NATMIE (nouvel accueil thérapeutique des mineurs isolés étrangers).

La consultation NATMIE est un dispositif complémentariste, dans l'acception du terme développé par George Devereux. Le complémentarisme est pour Devereux l'utilisation obligatoire mais non simultanée de plusieurs disciplines, notamment de l'anthropologie et la psychanalyse, à la source de l'ethnopsychanalyse (Devereux et al., 1970, 1972). L'objectif de cette méthode est de permettre l'analyse du niveau à la fois collectif et individuel ainsi que des interactions entre ces deux niveaux (Moro, 2009). Notre dispositif NATMIE utilise de manière complémentariste l'approche psychiatrique et les approches anthropologique et sociale, ce qui permet d'accéder à la souffrance intime du jeune et de la resituer dans sa trajectoire collective, historique, géographique, politique et éducative.

L'objectif de cet article est de décrire certains aspects cliniques et théoriques du dispositif NATMIE construit pour les adolescents MNA pris en charge à la MDA de l'Hôpital Cochin.

La consultation NATMIE : un dispositif psychiatrique et psychothérapeutique spécifique pour les mineurs non accompagnés

La consultation NATMIE est une consultation conjointe psychiatre-psychologue, créée en 2015 à l'Hôpital Cochin à Paris pour répondre aux besoins spécifiques des MNA (Pallet et al., 2017). Ces demandes de consultation sont formulées par les équipes éducatives ou de soins, qui repèrent chez le jeune une souffrance ou des troubles du comportement. Les souffrances, difficiles à identifier et à nommer, rendent l'accompagnement et le soin plus complexes, en lien avec les barrières culturelles et la singularité des parcours de vie traumatiques de ces jeunes. Les indications pour lesquelles le dispositif s'avère nécessaire sont diverses. En première intention sont reçus les MNA présentant des symptômes psychiatriques ou psychosomatiques, ou pour lesquels les professionnels référents estiment devoir initier un suivi psychologique ou psychiatrique. Par ailleurs, les patients sont souvent adressés suite à plusieurs échecs d'interventions médicales ou psychologiques. Enfin, le dispositif permet d'accueillir des demandes plus complexes, dans un contexte de crise ou de verrouillages relationnels qui sont susceptibles de mettre en difficulté les institutions pour accompagner le jeune : l'intervention au sein du dispositif peut parfois être courte (une à trois rencontres) sur le modèle de la médiation transculturelle (Bouznah, 2020).

Les objectifs sont donc différents suivant le type de demande et le type d'intervention définis suite à l'accueil et l'évaluation initiale. Dans tous les cas, un temps dédié à l'évaluation permet d'identifier les besoins du jeune et la demande de l'éducateur et du psychologue en charge du jeune. Il s'agit avant tout d'offrir un cadre propice à des soins psychiatriques et psychologiques adaptés aux MNA et personnalisés pour chacun. Il s'agit de permettre de prendre en compte les facteurs multiples et spécifiques, propres à chaque MNA, et construire de nouvelles modalités de communication et de compréhension entre le MNA et ses éducateurs, en utilisant les compétences des co-thérapeutes et les connaissances linguistiques et culturelles de l'interprète.

Les souffrances, difficiles à identifier et à nommer, rendent l'accompagnement et le soin plus complexes, en lien avec les barrières culturelles et la singularité des parcours de vie traumatiques de ces jeunes.

Cette consultation a plusieurs fils directeurs, en plus d'un abord psychologique et psychiatrique « standard » : elle permet de construire une alliance thérapeutique par la création d'un espace propice d'échange et de passage d'un monde à l'autre, de centraliser des problématiques souvent clivées entre la vie psychique présente, les liens au pays d'origine, les problématiques éducatives, scolaires et administratives, de restaurer une continuité dans la narration des parcours des adolescents dont les itinéraires de vie sont fragmentés et les interlocuteurs multiples.

Cette consultation se veut flexible, adaptable et pensée en fonction de chaque situation. La langue maternelle du jeune y a une place prépondérante, avec la présence systématique de l'interprète qui permet au jeune de s'exprimer dans la langue de son choix, permettant d'accéder à des symboles, des concepts et des sujets qui ne se disent pas dans la langue ou la culture du pays d'accueil, ou pour lesquels le jeune n'a pas les mots dans cette nouvelle langue.

Installer le cadre thérapeutique : de l'accueil à l'alliance thérapeutique

La consultation se déroule dans une salle où les participants sont assis en cercle. Les participants comprennent le patient, l'éducateur référent du patient, le psychologue et le psychiatre (les deux co-thérapeutes du dispositif transculturel) ainsi que l'interprète, qui est bilingue dans la langue maternelle du patient et issu de son groupe culturel d'origine. Dans la mesure du possible, l'interprète a une compétence de médiateur culturel. Il est un lien culturel et narratif avec le pays d'origine, la famille, les traditions et les représentations culturelles.

La première étape consiste à créer un environnement accueillant pour le patient, afin que celui-ci trouve un lieu où la parole et l'évocation de son histoire sont possibles, y compris certaines représentations culturelles qui n'ont habituellement pas leur place dans le pays d'accueil (Minassian et al., 2017). Après la présentation de chaque thérapeute et participant, la deuxième étape est le début d'une anamnèse. Selon l'état psychiatrique du patient et sa compréhension de la situation, le patient et/ou l'éducateur relatent les premiers éléments de ses symptômes et de son histoire de vie (en se centrant dans un premier temps sur le quotidien du jeune). La complexité des questions psychiatriques, sociales, administratives et culturelles, que le jeune ne peut résumer par lui-même, rend la place de l'éducateur incontournable lors des consultations. L'anamnèse est souvent partielle lors des premières consultations. L'objectif initial de cette première consultation est de commencer à établir une alliance thérapeutique. Une bonne alliance thérapeutique est nécessaire pour que le patient puisse confier par la suite aux co-thérapeutes des éléments de son histoire et révéler certaines parties méconnues de son parcours pouvant s'avérer utile pour sa prise en charge. Lors des premières consultations, le psychiatre procède en outre à une évaluation psychiatrique initiale. En cas d'urgence psychiatrique, la priorité est donnée à une consultation psychiatrique classique (qui est détachée du dispositif - d'emblée si nécessaire - et peut parfois aboutir à une hospitalisation plus ou moins urgente). La co-thérapie reprend alors suite à la prise en charge de l'urgence.

Rassembler en un lieu et un temps singuliers les problématiques fragmentées auxquelles le patient MNA est confronté est un aspect important du dispositif. En effet, beaucoup de MNA sont confrontés à une multitude de questions sans réponses et de problèmes qui peuvent être des facteurs de stress : problèmes administratifs, tensions dans les foyers d'accueil et d'hébergement pour adolescents, difficultés d'accès à l'école, conflits familiaux dans le pays d'origine, etc. Si nécessaire, un travail est réalisé avec l'institution adressant le patient, avant de le recevoir, pour préciser le type d'intervention à mettre en oeuvre dans le cadre du dispositif et désigner le professionnel qui accom-

pagnera le jeune à chaque consultation (lorsqu'un éducateur référent n'est pas encore défini) : ce dernier sera par la suite l'un des fils directeurs du suivi. Par ailleurs, ce travail en amont permet d'identifier les interlocuteurs qui devront être pris en compte au cours du suivi, que ce soit directement (l'éducateur et la psychologue de l'ASE, l'équipe éducative du foyer, l'éducateur de la protection judiciaire de la jeunesse) ou indirectement (l'école, le centre de formation, les bénévoles, les intervenants judiciaires). Certains symptômes sont l'expression d'une détresse psychique liée à une incompréhension mutuelle entre les adolescents et les éducateurs. Dans ce cas, une simple médiation dans le cadre de la consultation permet de lever des malentendus, notamment culturels. Cette résolution de crise peut améliorer le fonctionnement de l'adolescent et diminuer certaine souffrances.

La séquence des soins n'est possible que dans un étayage constant et apaisé, où la parole du jeune est détachée des enjeux qu'on lui prête. Les premiers temps de la prise en charge incluent l'attention systématique à des plaintes du patient qui dépassent parfois la psychothérapie à proprement parler. Dans un premier temps, de nombreux patients mettent en avant des symptômes bruyants, notamment physiques. Ils peuvent, par exemple, se fixer sur des douleurs aspécifiques, une insomnie, des troubles de la concentration (qui impactent les apprentissages), des attaques de panique. La souffrance occasionnée peut être associée à des addictions, des actes violents envers soi et/ou les autres, des comportements suicidaires, un repli social. Ces symptômes peu spécifiques sont ceux qui disent le mal-être du patient ; ils peuvent avoir déjà fait l'objet d'une longue quête de diagnostic médical. Recevoir la demande du jeune revient à la différencier de celle de l'éducateur et de celle des institutions (qui ont également leur place et sont explicitées en présence du jeune). Il est ensuite nécessaire de prendre en compte chacune d'entre elles sans les hiérarchiser. La place du psychiatre et l'apport des médecins somaticiens (médecin généraliste, pédiatre, gynécologue), des infirmiers et des sages-femmes dans les premiers temps du suivi s'avère donc primordial. Répondre à la plainte est un premier jalon de la relation thérapeutique, puisque cette réponse revient à faire la preuve de sa propre compétence de soignant : grâce à une réponse thérapeutique concrète, le patient s'assurera de la capacité des thérapeutes à répondre à la souffrance qui se trouve au premier plan (Sawaya et al., 2017). Elle permet de plus au jeune, qui n'a pas les clefs de compréhension pour appréhender les modalités de soins proposés - notamment la psychothérapie - d'en faire l'expérience dès les premières consultations. Ce préalable installe le patient dans un processus psychothérapeutique tenu par l'alliance thérapeutique ainsi établie, qui pourra ensuite se déployer dans le cadre d'un étayage qui a fait ses preuves (Gaultier, 2018).

Les premiers temps de la prise en charge incluent l'attention systématique à des plaintes du patient qui dépassent parfois la psychothérapie à proprement parler.

Un suivi intriqué dans des temporalités et des enjeux multiples

Le cadre doit être stable et rassurant, afin de figurer une base de sécurité puis un recours possible pour le jeune en cas de détresse psychique, de crises relationnelles ou d'évènements adverses. Il est, par ailleurs, sous-tendu par la présence de thérapeutes aux rôles différenciés et complémentaires (psychologue et pédopsychiatre). Le cadre du suivi est ancré dans le quotidien du jeune : les démarches administratives réalisées en amont ou en parallèle du suivi, les étapes de sa prise en charge par l'ASE, son inscription dans une scolarité ou un parcours professionnel, le passage à la majorité, la recherche d'un accompagnement adapté et d'un hébergement pérenne sont autant d'épreu-

ves qui affectent la prise en charge et les soins. En les prenant en compte, on permet au jeune de ne pas considérer les soins comme détachés du réel. Il peut faire le lien entre sa réalité externe, qu'il perçoit comme une priorité (notamment lorsqu'il s'agit de survivre, se loger, se nourrir, apprendre, avoir des papiers), et l'effet des soins sur sa capacité à se projeter et à mener à bien ses projets. A contrario, si la réalité externe du jeune n'est pas prise en compte ni discutée dans le cadre du suivi, le jeune privilégiera le plus souvent les exigences du quotidien rattachées à ses démarches et à sa quête de réussite scolaire et professionnelle. Cette réalité externe est formalisée par la place donnée au professionnel accompagnant dans le dispositif thérapeutique.

Nous positionnons l'éducateur référent en première ligne dans la prise en charge du jeune : il est la courroie de transmission avec les institutions, le porte-parole des perspectives administratives et juridiques, le facilitateur du suivi médical et psychothérapeutique. L'éducateur rend compte du projet de vie et du présent, des perspectives et des épreuves rencontrées dans le pays d'accueil. Son rôle d'adulte protecteur est bien identifié et doit être valorisé au sein du dispositif thérapeutique : alors que les jeunes méconnaissent et confondent les rôles de chacun des adultes qu'ils rencontrent, qu'ils se méfient parfois des différents professionnels croisés (juges, assistants sociaux, éducateurs, psychologues, médecins, policiers, etc.), l'éducateur référent doit devenir celui qui s'assure en première ligne des besoins du jeune, aide à la

L'éducateur référent doit devenir celui qui s'assure en première ligne des besoins du jeune, aide à la mise en place des soins éventuels et rend compte auprès des soignants des difficultés quotidiennes.

mise en place des soins éventuels et rend compte auprès des soignants des difficultés quotidiennes. Cependant, face aux attentes massives des jeunes, la plupart des éducateurs évitent de tenir une place trop centrale, « exposée », évoquant la nécessité d'une « juste distance » et d'une exigence de « neutralité » (qui ne sont pas possibles dans les faits). L'attention aux projections des jeunes sur les adultes référents aide à l'identification des difficultés

des éducateurs, notamment lorsqu'il s'agit de contenir l'investissement massif du MNA sur le plan des projections identificatoires à l'adulte référent (qui peut être parfois perçu par le jeune comme une figure d'affiliation alternative, fautive de parent). Ces mouvements contre-transférentiels peuvent amener les éducateurs à osciller entre surinvestissement du lien et rejet (lorsqu'ils se trouvent confrontés à l'échec ou à une impasse au cours de l'accompagnement, avec en corollaire la frustration du jeune qui le leur reproche parfois violemment). Leur rôle et leur légitimité au sein du dispositif thérapeutique leur permet d'exprimer les dissensions, les incompréhensions et les conflits qui adviennent, qu'ils soient liés à un malentendu, un sentiment de manque de reconnaissance de leurs efforts par le jeune ou plus largement à un épuisement professionnel. Prendre en compte la temporalité externe du jeune (le contexte du suivi, les préalables nécessaires à l'accueil), les modalités de l'accueil, puis les « symptômes écrans » (à la fois révélateurs et repoussoirs) du trauma, rend possible la suite du processus thérapeutique, réglé à la temporalité psychique du jeune sans perdre de vue les vicissitudes du quotidien.

Le rôle de la narrativité dans l'élaboration d'une temporalité psychique

La temporalité psychique du patient est préfigurée à la fin du premier entretien, lors d'un exercice de mise en abyme narratif, celui des « cercles du temps » (Minassian, 2015). On propose au jeune de dessiner trois cercles : un figurant le passé, un le présent et un l'avenir. Puis on lui propose de les commenter. Il est autorisé à transgresser cet exercice, afin de le rendre assimilable à sa propre expérience du temps. Il s'agit ici de partir d'une esquisse formelle, d'un exercice qui sera illustré par les mots qui lui prêtent sens, un jeu qui don-

nera au jeune l'impression fugace d'une continuité possiblement figurable de l'existence, en référence à la « self-continuity » de Chandler (Chandler, 2003).

Par la suite, au cours du suivi, d'autres modalités « métaphoriques » de mises en récit peuvent être utilisées. L'utilisation des « Trois Objets » est notamment une étape charnière du processus narratif à l'oeuvre, parfois annoncée longtemps à l'avance : elle consiste pour le jeune à apporter pour une séance prochaine trois objets (objets usuels, poésie, musique, recette, image d'un lieu, souvenirs, photos, etc.) qui doivent faire référence aux différents temps : passé, présent et futur (Touhami et al., 2015). Ils sont pensés comme des « objets flottants » qui matérialisent le récit du jeune, lui donnent un sens perceptible, sont un moyen d'expression par le biais de la métaphore, des images et des souvenirs évoqués (Rey & Caillé, 2012). Ils ouvrent une fenêtre au récit par-delà les mots et parfois réactivent un imaginaire jusqu'ici non communicable ou gelé. Lorsque le jeune apporte ces objets flottants, il montre qu'il est capable de poser une pensée en actes et de la partager. Ces objets deviennent des supports à la narration, ils autorisent l'évocation du voyage et des événements douloureux du passé et se replacent dans un récit chronologique sans qu'ils ne fassent effraction. L'adolescent devient ainsi, selon la perspective développée par Ricoeur dans *Temps et Récit*, à la fois acteur et scripteur de sa propre histoire (Ricoeur, 1983).

Le dispositif thérapeutique a pour but une mise en récit de soi, une mise en continuité de plus en plus aboutie du récit singulier du patient, de mieux en mieux partageable. Ces différents objets narratifs y contribuent, comme le jeu des cercles dessinés en fin de premier entretien, ou bien établissent un palier dans l'élaboration du jeune, comme les trois objets représentant le passé, le présent et le futur. Cette historicisation d'un récit de soi doit cependant préserver une place à l'intime et à l'indicible, avec l'idée qu'en acquérant une capacité à dire, on acquiert dans le même temps une capacité à taire certaines expériences qui ne peuvent pas encore être dites, afin de ne pas faire effraction (Minassian et al., 2019).

Ces objets métaphoriques, qui sont des activateurs de narrativité indirecte, sont donc utilisés à différents temps du suivi : ils permettent au jeune de s'inscrire dans une dynamique co-élaborative avec les thérapeutes et le médiateur culturel.

Protéger du trauma et soigner ses effets : un temps pour dire et ne pas dire

Nombre de jeunes se retrouvent confrontés à une recrudescence des symptômes (reviviscences, cauchemars, effondrement dépressif) suite à la révélation crue de leurs épreuves passées. Lorsque les jeunes sont adressés dans un contexte post-traumatique, les institutions demandent souvent en premier lieu d'aider le jeune à mettre en mots leurs expériences traumatiques. Parfois même, cette demande est contrainte par une échéance et un but précis : par exemple lorsqu'un juge doit rencontrer le jeune pour reconsidérer sa prise en charge ou lorsqu'un officier de protection de l'OFPPA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) s'apprête à auditionner le jeune pour instruire sa demande d'asile. Dans cette perspective, il est souvent demandé au jeune de donner la version la plus convaincante de son périple sous peine de voir sa demande rejetée. La narration indirecte de leur parcours, médiée par les objets, évite les récits « traumatiques » et peut protéger les jeunes d'images et de souvenirs trop violents. La parole arrachée à l'indicible est un retour en mots à des émotions trempées dans l'horreur, il est donc primordial

Le dispositif thérapeutique a pour but une mise en récit de soi, une mise en continuité de plus en plus aboutie du récit singulier du patient, de mieux en mieux partageable.

de respecter cette guangue protectrice, faite de silences et d'incapacités à dire, que Minassian définit comme « l'écorce du trauma » (Minassian et al., 2019). Ainsi, la demande de soins, prise dans les injonctions paradoxales des différentes institutions, peut percuter de front les mécanismes de défense déployés par les MNA, leur incapacité à raconter ainsi que les incohérences de leur récit qui sont fréquentes et secondaires au traumatisme. Des divergences sont fréquemment relevées d'un récit à l'autre et s'expliquent par la situation d'évaluation qui voit des jeunes acculés à raconter en détail les sévices et les épreuves subies à des évaluateurs non formés pour les entendre. Ces caractéristiques sont elles-mêmes les marques d'un trauma complexe, comme l'a démontré une étude de Herlihy auprès des demandeurs d'asile (Herlihy et al., 2002). Les récits de ces jeunes sont parfois perçus, à tort, comme preuves d'inauthenticité ou de mensonge par les évaluateurs, du fait de ces incohérences, notamment temporelles. Se dégager du souci de vérité coûte que coûte est un préalable important pour établir une relation thérapeutique pérenne. Cette relation se déploie lors d'un travail de co-construction au travers des objets de médiation et de l'apport de l'interprète-médiateur transculturel, semblant réduire l'impact des traumatismes complexes, aux effets désorganisateur, qui viennent troubler les récits et susciter un contre-transfert dominé par le doute et la défiance des professionnels.

Une clinique transculturelle à l'épreuve du réel

Un certain nombre de patients MNA sont adressés à la consultation NATMIE parce que le mode d'expression de leurs symptômes, culturellement codés, déroutent les adultes qui les accompagnent mais aussi les soignants qui les prennent en charge : par exemple les vécus de transe, de possession, ou l'évocation de communication avec des êtres culturels comme les djinns. Nous recevons parfois des patients qui ont bénéficié de plusieurs suivis psychiatriques antérieurs, de multiples explorations somatiques, reçu des diagnostics erronés ou qui sont en errance médicale. Le cadre thérapeutique transculturel s'avère donc nécessaire (Baubet, 2009), non seulement pour prendre en compte une symptomatologie liée à la migration à court, moyen ou long terme, mais aussi lorsque le jeune met en avant une étiologie culturelle pour expliquer

Nous recevons parfois des patients qui ont bénéficié de plusieurs suivis psychiatriques antérieurs, de multiples explorations somatiques, reçu des diagnostics erronés ou qui sont en errance médicale.

ses troubles. Le dispositif, par l'approche culturelle, la médiation avec un interprète issu du même groupe culturel et l'expérience des co-thérapeutes dans les symptômes culturellement codés, rend possible la communicabilité de la plainte du patient envers ceux qui vont y répondre (les soignants) et l'accompagner (les éducateurs), et le jeune peut alors s'approprier ces soins. En cela, le dispositif transculturel s'inscrit dans une clinique de l'hospitalité (Minassian & Moro, 2019). Par ailleurs, la co-construction de la prise en charge du jeune avec l'éducateur fait dialoguer différents discours et différents niveaux de représentation. Ainsi, l'expérience commune de la psychothérapie et la mise en branle d'un récit partagé ne peut se faire sans prise en compte du transfert et du contre-transfert culturel (Rouchon et al., 2009). Les professionnels accompagnants règlent la distance subjective qui définit leur relation au jeune à l'aide des thérapeutes, en utilisant leurs propres ressources (un quotidien et une expérience partagés) tout en prenant en compte le prisme de leurs propres grilles de lecture culturelles. Le décentrage et l'analyse du contre-transfert culturel sont d'autant plus nécessaires que les éducateurs sont parties prenantes du processus thérapeutique à l'œuvre, dans le cadre systémique d'une co-thérapie élargie (Miermont, 2002).

Le médiateur culturel quant à lui porte le lien au pays d'origine, aux ancêtres, à l'enfance. Il rend possible un échange où la parole du patient est mise en relation avec son vécu, son passé et le lien actuel à sa famille. Le médiateur culturel mobilise au besoin sa propre expérience de la migration et de l'asile. Il peut également contribuer à lever les ambiguïtés ou les incompréhensions qui subsistent entre le patient et l'éducateur ou qui surviennent lors de la séance entre les thérapeutes et le patient. Dans ces derniers cas, le médiateur culturel triangule la relation entre les thérapeutes et le patient : la médiation de l'interprète limite l'effraction que peut provoquer une relation duelle, notamment chez les patients ayant subi des violences extrêmes. A mesure que l'échange se tisse, le thérapeute veille à garder l'écheveau des paroles mêlées entre ses mains, réglant la distance du patient et du médiateur afin que le fil de l'entretien suive son cours. Les thérapeutes eux-mêmes peuvent parler d'autres langues, proposer des images ou représentations qui leur sont propres, comme cela a cours dans d'autres consultations transculturelles (Carretier et al., 2020).

Conclusion

Le dispositif psychiatrique et psychothérapeutique NATMIE, qui s'adresse aux MNA présentant des symptômes de souffrance psychique ou des troubles psychiatriques caractérisés, repose sur les compétences d'un psychologue et d'un psychiatre menant des entretiens avec le patient, l'éducateur référent et l'interprète-médiateur culturel. C'est un dispositif qui fait appel à plusieurs approches : psychiatrique et psychologique, transculturelle, narrative et institutionnelle. Nous avons développé dans cet article certaines des spécificités de ce dispositif, en particulier les modalités de construction d'une alliance thérapeutique avec des jeunes MNA, le travail institutionnel en lien avec l'éducateur référent, la réflexion sur la fragmentation du récit et la temporalité de ces patients, et l'approche narrative passant notamment par des objets de médiation. Le dispositif doit s'adapter aux fragilités spécifiques de patients ayant subi des traumatismes psychiques et à la difficulté de mettre en mots certaines expériences, parfois liée à des facteurs culturels. Le travail de narration auquel l'éducateur est associé restaure une continuité et une cohérence dans le récit, l'institution étant dépositaire d'une histoire qu'elle est en charge de continuer à « écrire » avec le jeune. L'approche transculturelle, avec le concours d'une médiation culturelle, s'avère indispensable dès l'accueil, pour dissiper de possibles malentendus culturels, pour l'évaluation des symptômes psychiatriques et durant le processus de co-élaboration narrative.

A partir de ce dispositif, de nouvelles modalités de soins sont progressivement élaborées, afin de rendre accessibles les soins psychiques à d'autres groupes de patients vulnérables et marginalisés, tels que les enfants des rues ou les jeunes en errance. ●

■ Bibliographie

- Baubet, T. (2009). L'évaluation clinique en situation transculturelle. In T. Baubet, M. R. Moro, L. Bouche-Florin, Q. de La Noë, F. Heidenreich, C. Le Du, C. Mestre, I. Réal, D. Rezzoug, S. M. Skandrani, & O. Taïeb (Eds.), *Psychopathologie transculturelle* (pp. 89–106). Paris, France : Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70434-5.00011-3>
- Benoit, L., Cottin, P., & Moro, M. R. (2018). What is a "Maison des Adolescents"? A history of integrated youth health care services in France. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(5), 1000–1005. <https://doi.org/10.1111/eip.12680>

L'approche transculturelle, avec le concours d'une médiation culturelle, s'avère indispensable dès l'accueil, pour dissiper de possibles malentendus culturels, pour l'évaluation des symptômes psychiatriques et durant le processus de co-élaboration narrative.

- Bouznah, S. (2020). La médiation transculturelle: Pratiques et fondements théoriques. *L'Autre*, 21(1), 20. <https://doi.org/10.3917/lautr.061.0020>
- Carretier, E., Grau, L., Mansouri, M., Moro, M. R., & Lachal, J. (2020). Qualitative assessment of transcultural psychotherapy by adolescents and their migrant families: Subjective experience and perceived effectiveness. *PloS One*, 15(8), e0237113. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237113>
- Chandler, M. J. (2003). *Personal Persistence, Identity Development, and Suicide: A Study of Native and Non-Native North American Adolescents*. Oxford, Grande-Bretagne : Wiley-Blackwell.
- CNAPE. (2018, February). *Accompagner & Accueillir les Mineurs Non Accompagnés*. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/CNAPE_Rapport_Accompagnement_accueil_MNA_2018.pdf
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity & Health*, 12(2), 141–162. <https://doi.org/10.1080/13557850601002296>
- Devereux, G., Jolas, T., & Gobard, H. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris, France : Flammarion.
- Devereux, G., Tolas, T., & Gobard, H. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, France : Gallimard.
- Djpp, D. de la P. J. de la J. (2020, May). *Rapport annuel d'activité 2019, Mission Mineurs Non Accompagnés*. http://www.justice.gouv.fr/_telechargement/MMNA_RAA2019.pdf
- Gaultier, S. (2018). Stress post-traumatique et alliance thérapeutique auprès de mineurs non accompagnés. *Rhizome*, N° 69-70(3), 15–16. <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-3-page-15.htm>
- Goudet-Lafont, B., Le Du, C., Marichez, H., Radjack, R., & Baubet, T. (2016). L'accompagnement éducatif des mineurs isolés étrangers : discours et représentations des éducateurs. In *L'Autre* 17/1. <https://doi.org/10.3917/lautr.049.0016>
- Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R., & Krausz, M. (2000). Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(2), 125–129. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.90065.x>
- Herlihy, J., Scragg, P., & Turner, S. (2002). Discrepancies in autobiographical memories—implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study. *BMJ*, 324(7333), 324–327. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7333.324>
- Jensen, T. K., Skar, A.-M. S., Andersson, E. S., & Birkeland, M. S. (2019). Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01340-6>
- Keles, S., Friborg, O., Idsøe, T., Sirin, S., & Oppedal, B. (2018). Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors. *International Journal of Behavioral Development*, 42(1), 52–63. <https://doi.org/10.1177/0165025416658136>
- Miermont, J. (2002). L'apprentissage des thérapeutes, un cheminement créateur: Le paradigme éco-étho-anthropologique. *Thérapie Familiale*, 23(2), 129. <https://doi.org/10.3917/TF.022.0129>
- Minassian, S. (2015). *Du temps au récit chez le jeune isolé étranger : étude qualitative et perspectives cliniques* [Thèse de doctorat de psychiatrie, Faculté de Médecine de Rouen]. https://www.infomie.net/IMG/pdf/these_sevan_1_.pdf
- Minassian, S., & Moro, M. R. (2019). L'accueil des mineurs isolés : une clinique de l'hospitalité. *Soins Psychiatrie*, 40(324), 11–37. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2019.06.002>
- Minassian, S., Touhami, F., & Radjack, R. (2019). Les mineurs non accompagnés face au trauma. In Laroche Joubert M., Dozio E, Moro M (Ed.), *Le traumatisme psychique chez l'enfant* (pp. 111–123). Paris, France : Inpress.
- Minassian, S., Touhami, F., Radjack, R., Baubet, T., & Moro, M.-R. (2017). Les détours du trauma lors de la prise en charge des mineurs isolés étrangers. *Enfances Psy*, N° 74(2), 115–125. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2017-2-page-115.htm>
- Moro, M. R. (2009). Les débats autour de la question culturelle en clinique. In *Psychopathologie transculturelle* (pp. 30–48). Paris, France : Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/b978-2-294-70434-5.00008-3>
- Pallet, V. B., Minassian, S., Lefebvre, P., & Baubet, T. (2017). Mettre des mots sur les maux. La consultation de médecine de l'adolescent pour les mineurs non accompagnés:

- entre besoins de santé réels et difficultés de suivi. *Revue de L'enfance et de L'adolescence*, 2, 109–121. <https://www.cairn.info/revue-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2017-2-page-109.htm>
- Pfeiffer, E., Sachser, C., Tutus, D., Fegert, J. M., & Plener, P. L. (2019). Trauma-focused group intervention for unaccompanied young refugees: “Mein Weg”-predictors of treatment outcomes and sustainability of treatment effects. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, 18. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0277-0>
- Radjack, R., Touhami, F., Woestelandt, L., Minassian, S., Mouchenik, Y., Lachal, J., & Moro, M. R. (2020). Cultural Competence of Professionals Working With Unaccompanied Minors: Addressing Empathy by a Shared Narrative. *Frontiers in Psychiatry / Frontiers Research Foundation*, 11, 528. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00528>
- Ramel, B., Täljemark, J., Lindgren, A., & Johansson, B. A. (2015). Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus*, 4, 131. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-0902-1>
- Rey, Y., & Caillé, P. (2012). *Les Objets flottants - Méthodes d'entretiens systémiques: Méthodes d'entretiens systémiques*. Paris, France : Fabert.
- Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit: la configuration dans le récit de fiction* (Vol. 2). Paris, France : Seuil.
- Rouchon, J.-F., Reyre, A., Taïeb, O., & Moro, M. R. (2009). L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique. *L'Autre*, 10(1), 80–89. <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2009-1-page-80.htm>
- Sawaya, M., Minassian, S., Belien, V. & Baubet, T. (2017). Épreuve du corps dans la migration... chez une mineure non accompagnée. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 96(2), 123–135. <https://www.cairn.info/revue-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2017-2-page-123.htm>
- Sturm, G., Moro, M. R., & Baubet, T. (2012). Mental Health Care for unaccompanied minors in France: Towards a comprehensive approach to the needs of a vulnerable minority. In David Ingleby, Antonio Chiarenza, Walter Devillé, Ioanna Kotsioni (Ed.), *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities Volume II*. (pp.207-220). COST Series on Health and Diversity. Antwerp, Belgium: Garant Publishers. https://www.researchgate.net/publication/342113996_Cultural_Competence_of_Professionals_Working_With_Unaccompanied_Minors_Addressing_Empathy_by_a_Shared_Narrative/link/5ef0c19a299bf1faac6cb6ca/download
- Touhami, F., Radjack, R., & Moro, M. R. (2015). Penser les enfants isolés, des objets pour dire le temps. *Le Carnet PSY*, 188(3), 36–41. <https://doi.org/10.3917/lcp.188.0036>
- Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(5), 337–346. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0463-1>
- Von Werthern, M., Grigorakis, G., & Vizard, E. (2019). The mental health and wellbeing of Unaccompanied Refugee Minors (URMs). *Child Abuse & Neglect*, 98, 104146. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104146>

■ Résumé

Prendre en charge les mineurs non accompagnés : spécificités d'un dispositif complémentariste en contexte transculturel

Les mineurs non accompagnés sont des enfants et des adolescents qui ont quitté leurs pays et se trouvent sans adulte référent dans un pays étranger. Ils présentent un taux élevé de symptômes psychiatriques avec des intrications complexes au niveau psycho-traumatique, transculturel, familial, éducatif et judiciaire. Le dispositif clinique NatMIE a été créé à l'Hôpital Cochin à Paris afin de répondre aux besoins spécifiques des mineurs non accompagnés. Il s'agit d'une consultation conjointe psychiatre-psychologue qui associe auprès du jeune le professionnel qui l'accompagne au quotidien, permettant un travail institutionnel. L'approche transculturelle s'avère indispensable, avec le concours systématique d'un médiateur culturel. L'approche narrative apporte une continuité et une cohérence à un récit de vie fragmenté, notamment à travers des objets de médiation. C'est un dispositif qui fait appel à plusieurs approches : psychiatrique et psychologique, transculturelle, narrative et institutionnelle.

Mots-clés : mineur, étranger, culture, mineur non accompagné, traumatisme psychique, adolescent, narrativité, migrant, protection de l'enfance, transculturel.

■ Abstract

Taking care of unaccompanied minors: the specificities of a “complementarist” set-up in a transcultural context

Unaccompanied minors are children and adolescents who have left their countries and find themselves without being accompanied by a reference adult. They present high rates of psychiatric symptoms with complex psycho-traumatic, cross-cultural, family, educational and judicial intricacies. The NatMIE clinical program was created in 2015 in Cochin Hospital in Paris to meet the specific needs of unaccompanied minors. It is a joint psychiatrist-psychologist consultation also involving the professional who accompanies the young person on a daily basis, facilitating institutional work. The transcultural approach proves to be essential, alongside the systematic contribution of a cultural mediator. The narrative approach provides continuity and coherence to a fragmented life history, in particular through objects of mediation. It is a set-up which calls on several approaches: psychiatric and psychological, transcultural, narrative and institutional.

Keywords: *minor, foreigner, culture, unaccompanied minor, psychic trauma, adolescent, narrativity, migrant, child welfare, transcultural.*

■ Resumen

Acompañar a los menores no acompañados: especificidades de un dispositivo «complementarista» en un contexto transcultural

Los menores no acompañados son niños y adolescentes que han dejado sus países y se encuentran sin un tutor adulto a un país extranjero. Una alta incidencia de síntomas psiquiátricos se observa en esta población. Estos síntomas se relacionan con aspectos psicotraumáticos, transculturales, familiares, educativos y judiciales. El dispositivo clínico NatMIE fue creado en 2015 en el Hospital Cochin de París para satisfacer las necesidades específicas de los menores no acompañados. Se trata de una consulta conjunta de psiquiatra y psicólogo en la que participa el profesional que acompaña al joven a diario, lo que permite el trabajo institucional. El enfoque transcultural es esencial, con la asistencia sistemática de un mediador cultural. El enfoque narrativo aporta continuidad y coherencia a una historia de vida fragmentada, en particular a través de objetos de mediación. Se trata de un dispositivo que recurre a múltiples enfoques: psiquiátrico y psicológico, transcultural, narrativo e institucional.

Palabras clave: *menor, extranjero, cultura, menor no acompañado, trauma psicológico, adolescente, narrativa, migrante, protección de la infancia, transcultural.*