

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° 6 : L'approche transculturelle dans la prise en charge des MIE.

Exposé de **Rahmeth Radjack**, pédopsychiatre, chef de clinique assistant, Maison de Solenn-Maison des adolescents, Hôpital Cochin, Université Paris Descartes

Le sujet de cette séance appelle plusieurs questions :

- Question autour de la transculturalité : quand y a-t-il besoin de dispositifs ou d'outils spécifiques ?
- L'apport de l'approche transculturelle aux professionnels qui travaillent dans un milieu qui n'est pas spécifiquement centré sur ce type d'approche ?

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 – Courriel : coordinatrice@infomie.net

- L'apport des dispositifs plus spécifiques dits « transculturels » ?

J'anime une petite consultation transculturelle sur le modèle de celle qu'anime Marie-Rose MORO, mais en plus petit groupe et dans ce cadre là, nous avons décidé d'inclure les MIE.

Dans les Maisons d'Adolescents, il y a une volonté d'inclure les MIE, de les recevoir comme n'importe quel adolescent plutôt que de les exclure.

La présentation clinique de ces adolescents, en général, tranche avec celle des autres adolescents, de par leurs trajectoires complexes, de par les traumatismes subis ou de par leur isolement.

Cela nous invite à modifier nos pratiques, à faire preuve de créativité pour s'adapter à eux et à créer une prise en charge de qualité.

Cela passe par plusieurs choses : faire des consultations individuelles classiques, mais également des consultations indirectes, c'est-à-dire recevoir les équipes qui suivent le jeune, qui disent avoir besoin des biais de compréhension en utilisant les outils transculturels **et cela sans recevoir l'adolescent.**

L'objectif est de permettre aux éducateurs de s'approprier des savoirs faire qu'ils essayent d'appliquer in situ, sachant qu'ils ont un lien privilégié initial avec le jeune. C'est ce que l'on appelle les compétences transculturelles (Domenig, 2007). Cette approche indirecte peut être d'autant plus multiplier les intervenants peut être compliqué avec ces jeunes (les emmener dans une structure de soins psychiatriques alors qu'ils ne connaissent pas le concept de psychiatrie en France ou que cela est mal connoté culturellement ou associé à la folie).

Il peut être intéressant aussi de leur proposer des ateliers thérapeutiques (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, voire même de l'Hôpital de jour si c'est nécessaire sur le plan clinique), particulièrement intéressants pour des adolescents qui ont appris à se taire. Pour cela, nous utilisons la médiation dans le cadre de ces ateliers groupaux (dessin, musique...) L'objectif est de donner envie de réappartenir à un groupe de pairs, réapprendre à prendre plaisir à être avec les autres.

La consultation transculturelle

Ce n'est pas évident de se représenter la consultation transculturelle sans illustration par un film, ou sans y assister.

C'est pourquoi il s'agira lors de cette séance de l'illustrer par le cas clinique d'un jeune que je suis depuis 3 ans à la Maison de Solenn.

Rappelons en premier lieu la définition de la transculturalité.

Devereux reconnaît trois types de thérapie. Dans la thérapie intraculturelle, le thérapeute et le patient appartiennent à la même culture, mais le thérapeute tient compte des dimensions

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 – Courriel : coordinatrice@infomie.net

socioculturelles, aussi bien pour les troubles de son patient que pour la manière dont se déroule la thérapie. Dans la thérapie interculturelle, le thérapeute connaît bien la culture du patient et l'utilise comme levier thérapeutique, bien que le patient et le thérapeute n'appartiennent pas à la même culture. Les anglo-saxons la nomment *cross-cultural psychiatry*. Enfin, dans la thérapie métaculturelle, le thérapeute et le patient appartiennent à deux cultures différentes. Le thérapeute ne connaît pas particulièrement la culture du patient. Il comprend en revanche parfaitement le concept de culture, et l'utilise dans l'établissement du diagnostic et dans la conduite du traitement. La psychiatrie transculturelle correspond à une situation métaculturelle et fait écho au terme de « *transcultural psychiatry* » utilisé par les anglo-saxons. C'est l'expression psychiatrie transculturelle qui a fini par s'imposer en lieu et place d'ethnopsychiatrie ou ethnopsychanalyse, considérées comme trop chargées d'ethnicisme.

Ainsi, en situation transculturelle, le thérapeute et le patient ou l'interlocuteur et le jeune ne sont pas de la même culture et le thérapeute estime bien maîtriser la notion de culture pour pouvoir faire en sorte que son interlocuteur exprime des choses d'ordre culturel qu'il n'exprimerait pas habituellement.

Contrairement à l'intraculturel où le thérapeute est exactement de la même culture que le patient, en transculturel nous ne sommes pas obligés d'être de la même culture, mais seulement que l'on est ouvert à cette approche là.

La Consultation transculturelle se base sur deux notions fondamentales qui ont été décrites par Georges Devereux (1908-1985) :

1- le complémentarisme qui consiste à utiliser plusieurs disciplines pour comprendre un symptôme, une problématique :

C'est l'utilisation non simultanée et obligatoire de la psychanalyse et de l'anthropologie pour analyser un symptôme en utilisant une grille de lecture à la fois anthropologique et psychanalytique sans considérer qu'il y a une hiérarchie entre les deux.

Pour les MIE, on peut utiliser d'autres disciplines comme l'histoire, la linguistique, ...etc.

Pour se représenter un peu les choses : le rêve, par exemple, peut être analysé en psychanalyse et en anthropologie et aura une signification différente.

2- L'universalité psychique :

Selon la théorie de l'**universalité psychique**, postulée par Devereux, tout être humain est doué d'un psychisme et d'une culture. Selon lui, ce qui définit l'être humain, est son fonctionnement psychique qui est le même pour tous. De ce postulat découle la nécessité de donner le même statut à tous les êtres humains (éthique et scientifique), à leurs productions culturelles et psychiques, à leurs manières de vivre et de penser même si elles sont parfois déconcertantes. Cette théorie entraîne le rejet d'une définition ethnocentriste de la

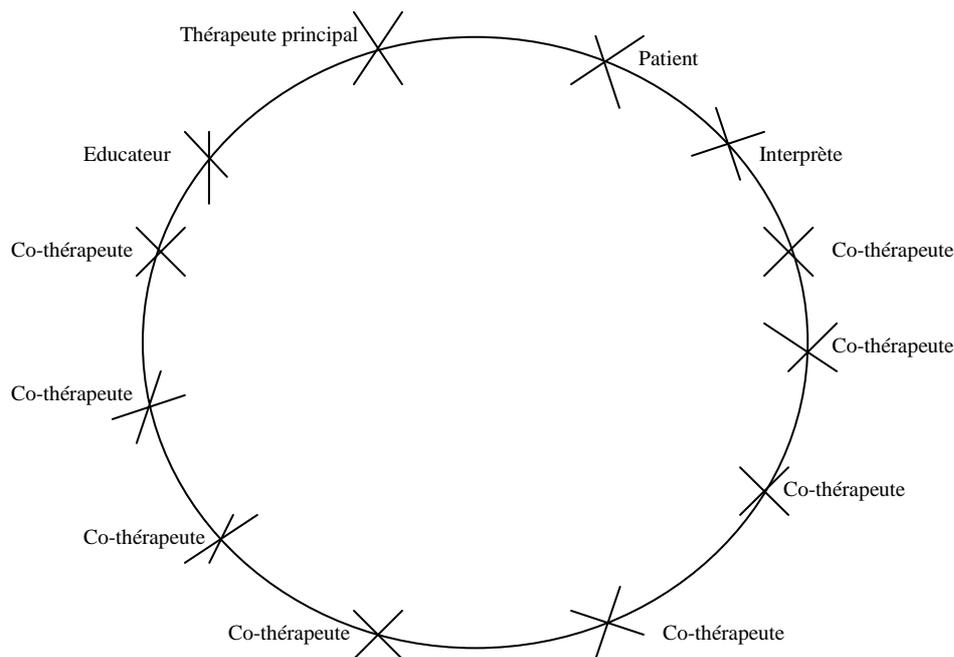
personnalité dite normale. Néanmoins, si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance.

Ainsi, il n'y a pas une maladie psychique qui touche davantage une population qu'une autre.

Par contre, il peut y avoir des manifestations cliniques légèrement différentes pour une même maladie dans certaines populations.

Ce qu'il faut retenir est que la psyché de par le monde est la même pour tous les individus.

Le cadre de la consultation transculturelle : schéma



Légende : exemple de dispositif transculturel sur le modèle du dispositif à géométrie variable proposé par Marie Rose Moro

En effet il s'agit d'un groupe de thérapeutes et non de patients.

C'est une consultation pour un seul patient ou une seule famille

Pour exprimer sa souffrance psychologique, il faut le faire dans sa langue, la langue dans laquelle on exprime le mieux ses émotions. D'où la nécessité d'**interprètes** ou de médiateurs, même si le patient maîtrise la langue du pays d'accueil. D'autant plus que cette tierce personne permet de sortir de la relation duelle (à deux, on se retrouve devant le dilemme : qui a raison ? ; à trois, commence la négociation...). Le cadre de la consultation d'ethnopsychiatrie est donc pensé selon un mode groupal de façon à rapprocher le patient ou la famille de sa culture d'origine

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 – Courriel : coordinatrice@infomie.net

A la base, cela permet de mimer la manière de résoudre un problème dans le groupe. Plusieurs **cothérapeutes** s'adressent au thérapeute principal pour proposer des théories étiologiques sans interprétation, que le patient peut s'approprier ou refuser. Le but est de **co-construire**, et ce, avec une analyse à triple niveau : étiologique (exploration des sens donnés aux symptômes), ontologique (comment le patient voit le monde), et thérapeutique (explorer les logiques thérapeutiques qui en découlent). A la fin de la consultation, une analyse des **contre-transferts culturels**¹ de chacun des thérapeutes permet de pallier aux préjugés conscients ou implicites altérant la relation.

Il y a un thérapeute principal, plusieurs co-thérapeutes (qui sont plus souvent d'origines diverses, même s'il n'y a pas besoin d'être de cultures différentes pour prendre part à une consultation transculturelle), et quasiment toujours un interprète

Il s'agit d'une négociation : le thérapeute principal fait un début d'entretien avec le patient et fait une première proposition, puis les co-thérapeutes font des propositions thérapeutiques et le thérapeute principal filtre leurs paroles, pour se re-adresser au patient.

Les propositions se font souvent sous forme d'images, de récits.

La consultation transculturelle est un dispositif qui se prête particulièrement à la prise en charge des MIE, **car nous sommes particulièrement contenantants en groupe, notamment par rapport à la notion de traumatisme psychique.**

Le fait d'être plusieurs permet la co-construction d'un récit narratif.

On va chercher collectivement et activement un sens à ce qui arrive au jeune qui a souvent eu un parcours fragmenté, pour l'aider à co-construire ce récit, pour l'aider à se construire aussi sur le plan identitaire.

Le fait d'être plusieurs permet qu'il y ait toujours un participant à la consultation qui ait une idée (face au risque de sidération psychique, au blanc mental que peut créer le récit d'un trauma), une parole bienveillante à l'égard du jeune et cela lui permet de se sentir en sécurité, en confiance dans ce groupe.

Exemple clinique d'un jeune d'origine du Congo RDC :

Un premier filtre est fait en consultation individuelle pour évaluer si une consultation transculturelle est une bonne indication pour ce jeune. Il m'avait été adressé car il faisait au foyer des « crises d'angoisse » atypiques, des sortes de transes dissociatives qui pouvait durer jusqu'à une heure.

¹ Contre-transfert culturel : il est défini par Devereux (*De l'angoisse à la méthode*, 1967) comme la somme de toutes les réactions du clinicien explicites et implicites par rapport à son patient ou à son objet de recherche. Dans le contre-transfert, il y a comme dans le transfert, une dimension affective et culturelle. Le contre-transfert culturel concerne la manière dont le thérapeute se positionne par rapport à l'altérité du patient, par rapport à ses manières de faire, de penser la maladie, par rapport à tout ce qui fait l'être culturel du patient.

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 – Courriel : coordinatrice@infomie.net

Le jeune a raconté que ses parents étaient décédés, bien que ça ne lui ait pas été demandé (on essaye d'aller à leur rythme). Il faisait une sorte de flashback en direct et s'est mis à sangloter sans pouvoir s'arrêter à la fin de la consultation.

Il ne fallait surtout pas qu'il se sente obligé de raconter son récit traumatique d'emblée, car on connaît l'effet potentiellement re-traumatisant d'un récit forcé.

Il a fini par intégrer la consultation transculturelle : de la même manière, il s'est remis à sangloter, mais on a pu être plus contenant, et le jeune a dû se sentir davantage autorisé à exprimer ses pleurs pendant que les co-thérapeutes y adjoignaient des mots, des images.

Cela pouvait s'apparenter à un état de transe.

Le contre-transfert : dimension affective - ce que ressent le thérapeute vis-à-vis de son patient.

La consultation transculturelle se clôt à chaque séance, une fois le jeune parti, par une discussion entre les co-thérapeutes, le thérapeute principal et l'interprète pour pouvoir discuter du contre-transfert culturel, c'est-à-dire de discuter de comment on perçoit notre propre position par rapport à l'altérité du jeune, qui pourrait influencer sur la manière dont on le voit.

On considère que nous sommes tous des êtres culturels et que le jeune nous voit comme tel. Avoir conscience de notre propre culture et de la différence avec la culture du jeune peut influencer sur la prise en charge, sur la manière dont on se représente la personne.

Le contre-transfert culturel est comme le contre-transfert, mais avec la dimension culturelle en plus.

Cela peut être à l'extrême le racisme (contre-transfert négatif) ou encore la fascination, qui peut aussi influencer sur une prise en charge de manière très importante, ou créer des résonances émotionnelles très importantes qu'il faut diffracter.

Etre à plusieurs, permet donc de se rendre compte de ce contre-transfert culturel et d'en faire quelque chose pour le jeune.

Dans une situation duelle, on est soumis à des jugements, à des préjugés pas forcément explicites qui peuvent altérer la prise en charge.

□ Cas clinique

B. adolescent de 17 ans d'origine afghane, adressé par l'ASE.

Ses éducateurs se demandaient s'il n'était pas délirant, s'il ne fallait pas mettre en route un traitement psychotrope tellement le contact était mauvais avec lui. Ils avaient l'impression que

c'était un jeune persécuté. Il s'était replié sur lui-même alors qu'initialement il était plutôt bien avec ses éducateurs.

Il ne voulait plus aller avec les autres jeunes, il en voulait beaucoup aux éducateurs. Il était allé jusqu'à porter plainte à la police contre eux. Vu les proportions que cela avait pris, ça pouvait donner l'apparence d'un délire de persécution.

Il s'est avéré ensuite qu'il s'agissait de malentendus. Les éducateurs avaient de leur côté l'impression de beaucoup se mobiliser pour ce jeune et que lui ne s'en saisissait pas. Pour exemple, ils avaient initialement trouvé un thérapeute à Paris qui parlait la même langue que lui. Il y est allé une seule fois, puis il a refusé d'y retourner.

Par la suite, nous nous sommes rendus compte qu'il y avait une notion de traumatisme dans sa langue maternelle (prendre un interprète dans une consultation transculturelle peut s'avérer indispensable mais il faut savoir l'introduire au bon moment).

On peut effectivement se poser la question de savoir si ce lien direct avec le pays d'origine n'est pas traumatisant.

B. a passé la majeure partie de sa vie en Iran, sa famille et lui, alors âgé de 5 ans, ont migré pour fuir la guerre civile, après le décès du père.

Il devait aider sa mère, sa famille ayant accumulé les dettes.

Il raconte que lorsqu'ils sont arrivés en Iran, sa mère était très contente de pouvoir y vivre car il s'agissait d'un pays islamique. C'était pour elle très important. Elle finira par ne plus aimer du tout vivre en Iran à cause du comportement des iraniens. **Il dit avoir subi beaucoup de discriminations en Iran** et que sa vie y était assez compliquée.

Lorsque sa mère est décédée en Iran, il a eu beaucoup de mal à rapatrier son corps en Afghanistan pour l'y enterrer.

La fragilité de ce jeune, liée à la discrimination vécue en Iran, et aux traumatismes du passage de l'Iran à la France, était tellement forte qu'il en a fait un transfert en France.

Il a fallu une explication avec les éducateurs : en effet, il y avait eu des vols dans le foyer et les éducateurs ont procédé à des fouilles dans les chambres et ont donné des punitions collectives. Il avait l'impression que c'était dirigé contre lui car dans son pays les punitions collectives n'existaient pas. Il avait l'impression qu'il s'agissait de racisme, il ne comprenait pas comment on pouvait être aussi intrusif.

Toutes ces petites choses ont fini par prendre de l'ampleur du fait de sa fragilité préexistante et d'un vécu de répétition comme on en voit dans le trauma.

Durant leur vie en Iran, son frère a continué à se former et est devenu ingénieur.

Une première fois, ils étaient retournés au pays en Afghanistan, où un mariage avait été organisé pour son frère, puis une seconde fois, au cours de laquelle son frère a été blessé par une balle à l'épaule suite à de sérieux conflits familiaux.

En effet, la société afghane est basée autour du clan et sur l'honneur, et les conflits à l'issue aussi tragique ne sont pas si rares que ça même à l'intérieur d'une même famille.

Prendre en charge ces jeunes isolés étrangers nécessite de se renseigner sur leur culture, sur l'histoire de leur pays, etc.

En effet, lorsque les jeunes voient que l'on se renseigne sur leurs pays et que l'on connaît des choses, ça les transforme, ça les valorise.

De la même manière, cette recherche est nécessaire dans la compréhension du problème du jeune, **même si l'optique du thérapeute n'est pas de croire ou non à son récit.**

La question du mensonge :

Ce que ces jeunes vivent est tellement à distance de ce que nous pouvons imaginer que la réaction naturelle est parfois de se dire que ce qu'ils ont vécu est impossible donc qu'ils mentent.

Tel est le cas face à des jeunes tels que B, qui, pour venir en France avait transité par l'Iran, la Turquie, puis par la Grèce et qui pour y arriver s'était accroché à un camion frigorifique. Il avait vu des gens mourir, noyés, lorsqu'il était sur des bateaux pneumatiques. Or c'est souvent dans ces conditions que ces jeunes afghans arrivent en France, mais pour un thérapeute non sensibilisé aux problématiques des jeunes isolés étrangers, ce type de récit a pu sembler construit.

C'est d'ailleurs le cas de B..

En soin clinique, se questionner en permanence par rapport à ce doute n'apporte rien.

Le récit collectif autour de ces situations est contenant et rassurant pour le jeune et nous nous devons de le respecter.

Le jour où le jeune voudra dire la vérité c'est que cela sera devenu nécessaire pour lui.

Nous travaillons donc avec la vérité qu'il nous apporte.

Pour venir en France, B. a transité par la Turquie, la Grèce.

Il a vu des gens tomber de la montagne, d'ailleurs il en fait des cauchemars répétitifs.

L'indication initiale pour ce jeune était de savoir s'il faisait un délire de persécutions ou s'il avait vécu un traumatisme par rapport à son parcours migratoire.

Dans le cas de B., c'était surtout son parcours migratoire qui était traumatogène.

Il était en effet aussi passé par les camions frigorifiques, il a peur de mourir.

Il se sentait trahi par les passeurs kurdes qui lui avait vendu le rêve et l'aventure : il décrivait cela comme une prise d'otage.

Quand il est arrivé en France, il s'est senti tout de suite en décalage avec les autres pensionnaires, **en décalage culturel et de maturité**. Cela a pu être repris en consultation transculturelle.

Il s'agit là d'un moment clé de la consultation : comment les jeunes se représentent les choses ?

En effet, être adolescent en Afghanistan n'est pas la même chose que d'être adolescent en France. Il y a même des pays où l'adolescence n'existe pas.

Cela avait aussi été source de malentendu avec l'équipe éducative.

De plus, après coup nous nous sommes rendus compte que ce qui posait problème à l'équipe éducative c'était l'âge de B..

En effet, il semble physiquement plus âgé que l'âge qui lui a été attribué par la réalisation de l'âge osseux. C'est sans doute son histoire difficile qui a durci ses traits, il dit lui-même que l'adolescence en Afghanistan n'existe pas.

Il disait qu'à 5 ans, on y était comme un adulte tellement la vie était dure. Il avait l'impression d'être arrivé en France dans un système plus contraignant que celui qu'il avait quitté et d'être pris pour un enfant alors que lui-même s'estimait plus comme un adulte. Cela avait créé une relation difficile avec ses pairs au foyer.

Les premières consultations ont été marquées par un discours fixé sur les reproches aux éducateurs et ce sentiment d'être traité autrement mais finalement nous avons pu très vite sortir de ça pour pouvoir en savoir davantage sur son histoire, sur qui il était, sur comment il se représentait l'avenir, tout cela en essayant de créer un fil conducteur, un sens par rapport à tout ce qu'il lui était arrivé.

Son rêve était de devenir ingénieur comme son frère. Sur le sujet, les éducateurs lui ont présenté les choses comme impossibles du fait notamment de son niveau de français estimé insuffisant.

Il s'est avéré nécessaire de l'encourager pour l'aider à trouver la force de continuer, ce jeune étant plein de ressources. Il fallait simplement lui expliquer que parfois il faut faire un métier

alimentaire pour survivre, passer par d'autres choses, et qu'il pourrait aboutir un jour à son rêve, même si cela prend plus de temps que ce qu'il imaginait.

En consultation indirecte nous discutons souvent de cette question là pour montrer l'importance de la notion de projet partagé discuté avec le jeune.

Les consultations transculturelles en général essayent de redonner du sens à l'insensé (au sens de Zempleni). Cette question est particulièrement compliquée lorsqu'il y a du trauma. Pourquoi essayer de trouver un sens à un parcours qui n'a pas de sens, le traumatisme en soit est marqué par quelque chose de l'ordre de l'insensé.

Pour ne plus avoir l'impression d'être dans une logique de répétition (B. avait l'impression que l'on répétait la discrimination, il avait l'impression que quelque chose le poursuivait de son passé), on a besoin de remettre un sens plus adapté à sa propre histoire, à sa propre place dans son groupe d'appartenance.

Dans les sociétés traditionnelles, on appartient à un groupe, il n'y a pas un sens qui est délégué à l'individu en soi. On essaye de le replacer dans un groupe, de remettre un sens dans le fil narratif de son histoire à lui sans pour autant trouver un sens au trauma mais de le replacer dans le contexte, ce qui permet de retrouver un sens à ce parcours souvent fragmenté.

La question de la religion :

Dans les contresens d'origine culturelle, il y a la question religieuse. B. reprochait à l'institution française de ne pas s'adapter. La question de la viande hallal qui pousse les jeunes musulmans de ces foyers à ne manger que du poisson par exemple.

Pour B., la religion est quelque chose de tellement contenant pour lui, qui lui a été transmis par sa mère (ce qui a permis de travailler tout ce qui est filiation, affiliation, etc.) que faire le lien avec la religion était important. La question religieuse revient très souvent en consultation transculturelle sans que ce soit quelque chose de tabou.

Dans une logique de contenance et de protection, on lui demandait si il ne voulait pas aller à la mosquée, chose possible en France même si ce n'est pas la même chose qu'en Afghanistan ou en Iran. Cela peut permettre d'établir une certaine continuité entre l'avant et le présent.

En situation transculturelle, on s'expose un peu plus en tant que co-thérapeute. Par exemple, en tant que co-thérapeute, je peux très bien dire que je suis d'origine indienne, que chez moi on va prier au temple quand on a un problème, pour que lui s'autorise aussi à évoquer les choses du pays, habituellement tuées car considérées comme intimes ou parce que la migration incite au clivage.

Le fait de pouvoir dire cela en consultation sans pour autant faire d'injonction en disant qu'il faut le faire permet au jeune de partager son savoir, ses connaissances et de le mettre au cœur de sa prise en charge.

Souvent, on utilise des images, des récits dans le but de valoriser le parcours de ces jeunes.

Par rapport aux consultations transculturelles classiques qui, initialement, avaient été mises en place pour des familles et avaient pour objectif de travailler tout ce qui est en rapport avec la filiation à l'adolescence, dans une consultation transculturelle avec un mineur isolé, il n'y a pas de famille mais uniquement le jeune.

Cela rend la mission plus compliquée et nécessite que l'on fasse preuve de créativité.

Pour cela, on utilise beaucoup les mythes par exemples : le mythe d'Ulysse pour qu'ils puissent voir que l'on peut les considérer comme des héros compte tenu de ce qu'ils ont traversé pour venir en France et s'en sortir aussi bien. Il s'agit de leur montrer que l'on peut avoir un parcours long, semé d'obstacles et malgré tout s'en sortir enrichi, ce qui permet de mettre en valeur toutes les capacités de résilience de ces jeunes.

Définition de résilience : La résilience est un phénomène psychologique qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique pour ne plus vivre dans la dépression. La résilience serait rendue possible grâce à la structuration précoce de la personnalité, par des expériences constructives de l'enfance (avant la confrontation avec des faits potentiellement traumatisants) et parfois par la réflexion, ou la parole, plus rarement par l'encadrement médical d'une thérapie, d'une analyse.

Aujourd'hui, B. parle quasiment comme les co-thérapeutes, lui-même rapporte des récits, il est même venu lors d'une de ses dernières consultations, portant un collier avec une épée islamique représentant le bien et le mal. Cela nous a permis de parler pendant toute la consultation à partir de son épée et de la vision manichéenne du monde induite par le trauma. Il se réapproprie ce que les thérapeutes disent.

Il s'agit là d'une évolution positive et aujourd'hui il a davantage envie d'aller vers les autres. Le but de ces consultations est de lui redonner l'envie d'appartenir à un groupe, d'aller vers les autres et de ne plus sentir de méfiance et ce en sachant lui-même qui il est pour trouver sa place.

Pour conclure, la consultation transculturelle est indiquée pour des troubles qui ont des manifestations compliquées, c'est-à-dire des syndromes de traumatisme complexe, des troubles qui sont culturellement codés, comme des transes ou des dissociations, pour des jeunes qui disent être bloqués (parfois même physiquement – en situation de sidération) et quand une consultation classique n'a pas fonctionné.

Partie échanges et réactions

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 – Courriel : coordinatrice@infomie.net

Bibliographie

- Bricaud J., 2006. *Mineurs isolés étrangers : l'épreuve du soupçon*, Vuibert, 219 p.
- Derluyn I, Broekaert E. Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee minors. *Ethn Health* 2007, 12(2):141-162
- Domenig, D. 2007. Transkulturelle Organisationsentwicklung. In: D. Domenig, ed. 2007. *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber, pp.341-368
- Etiemble A., 2010. « Le rôle de la formation permanente des professionnels dans l'accompagnement socioéducatif des mineurs isolés étrangers : réflexions d'une sociologue-formatrice », *Migrations société* 22 (129,130)." |

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 – Courriel : coordinatrice@infomie.net