

# STRESS POST-TRAUMATIQUE ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE AUPRÈS DE MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

Sydney Gaultier

Orspere-Samdarra - Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés |  
« Rhizome »

2018/3 N° 69-70 | pages 15 à 16

ISSN 1622-2032

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-3-page-15.htm>

---

Distribution électronique Cairn.info pour Orspere-Samdarra - Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés.

© Orspere-Samdarra - Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés. 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.

## Sydney Gaultier

Maître de conférences associé à l'université Savoie Mont-Blanc  
Docteur en psychologie clinique et pathologie  
Laboratoire Interuniversitaire de psychologie (LIP/PC2S, Chambéry/Grenoble)  
Psychologue clinicien dans le champ de la protection de l'enfance

# Stress post-traumatique et alliance thérapeutique auprès de mineurs non accompagnés

**La prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) est largement attestée par l'ensemble des études européennes portant sur la santé mentale des mineurs non accompagnés (MNA). Le TSPT est fortement comorbid<sup>1</sup> à la dépression et à l'anxiété<sup>2</sup>, ce qui implique, pour les professionnels, d'accroître leur vigilance concernant des plaintes somatiques et signes de détresse psychologique, même lorsqu'ils ne renvoient pas directement à l'identification d'un TSPT.**

En effet, malgré la connaissance qu'ont les professionnels des parcours de ces jeunes, de leur exposition, pour eux-mêmes ou comme témoins, à la mort, des mauvais traitements, des agressions (notamment sexuelles) ou à leurs menaces, l'identification des signes d'un TSPT reste largement sous-évaluée dans le cadre de l'accueil de cette population. Ce constat a fait l'objet de plusieurs recherches<sup>3</sup> relevant chacune un écart important entre les besoins de soins chez les MNA et leur prise en charge effective.

*« La dimension thérapeutique de la parole étant enchâssée à celle de l'écoute, il nous faut au préalable réfléchir aux conditions de l'écoute en contexte interculturel »*

Cette difficulté de repérage peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Un premier est lié à la diversité expressive des émotions en fonction des cultures, de sorte qu'il n'est pas spontané d'exprimer à autrui son mal-être, des codes venant réguler la nature de ce qui peut être manifesté ou non. La construction de l'offre d'aide dans le champ de l'intervention psychosociale s'est déployée à partir de dispositifs d'écoute, fondés sur notre représentation du bien-être et de la nécessité de la parole. Ce paradigme, qui correspond à notre sensibilité, est toutefois accessible aux MNA sous certaines conditions. C'est l'enjeu de la « translation » culturelle de l'offre de soins. La dimension thérapeutique de la parole étant enchâssée à celle de l'écoute, il nous faut au préalable réfléchir aux conditions de l'écoute en contexte interculturel.

Nous devons mentionner encore un deuxième facteur qui est celui du « paradoxe de l'accueil<sup>4</sup> ». Alors que les MNA n'expriment pas spontanément leur besoin de soins psychiques, l'internalisation de leurs souffrances est renforcée par l'enjeu de l'adaptation. On observe une forme de contradiction dans la conception même de l'accueil de ces jeunes, lequel oscille entre protection et insécurité dans la mesure où, en tant que

mineurs, les MNA sont protégés au titre de la protection de l'enfance, mais qu'ils restent exposés lorsqu'ils deviennent majeurs (en basculant vers le registre du droit commun des étrangers) à la menace de reconduite aux frontières.

Le paradoxe entre protection et insécurité exerce à ce titre une pression maximale chez les MNA en les poussant à démontrer, de façon exemplaire, leur volonté de s'intégrer en réponse à l'injonction sociale qui leur est faite. Le coût psychique de cette quête de légitimité sociale se solde par une internalisation de leur détresse dans la mesure où le symptôme viendrait contredire leurs efforts d'adaptation. Cette situation provoque une adaptation elle-même paradoxale puisqu'elle étouffe la possibilité de manifester leur souffrance psychique, mais aussi de l'identifier. Ainsi, à moindre coût, chacun peut se convaincre que les MNA qui s'adaptent le mieux vont bien, oubliant qu'ils s'adaptent avant tout à ce « paradoxe de l'accueil ».

Il n'existe pas de consensus autour de la prise en charge psychothérapeutique des MNA comme en atteste la littérature internationale consacrée à ce sujet. On peut en effet observer en la parcourant une pluralité de pratiques, correspondant à des expériences de prise charge et des aménagements réalisés à partir de différentes approches (transculturelle, psychodynamique, cognitivo-comportementale, voire systémique). Les techniques peuvent privilégier des séances groupales ou individuelles, l'usage d'objets de médiation, la narration de soi, la relaxation, etc.<sup>5</sup>

Chacune de ces approches participe de l'offre de soins accessible à tous ; toutefois, les conditions de pratiques auprès de personnes migrantes nécessitent des prérequis que seule la clinique inter/transculturelle s'est donnée les moyens de penser. À défaut, l'intervention, si efficace soit-elle, manquera d'une légitimité épistémique. Ce point de vigilance étant soulévé, quelles sont les étapes d'une alliance thérapeutique en situation interculturelle ?

Un premier élément consiste à comprendre que les professions que nous incarnons ne trouvent pas, d'office, d'équivalence dans l'environnement culturel et le champ sémantique des MNA. Autant la qualification de « médecin psychiatre » renvoie au champ médical, autant le terme de « psychologue » représente pour beaucoup une nouveauté conceptuelle. Afin qu'une translation culturelle de la fonction de psychologue puisse s'établir, il nous semble important d'interroger ces jeunes, individuellement et culturellement, sur la manière dont ils sont

<sup>1</sup> La comorbidité qui désigne la fréquence d'association d'un trouble avec d'autres est renforcée entre le TSPT et la dépression depuis la version du DSM-V et l'introduction du critère « d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatisques ».

<sup>2</sup> Vervliet, M., Meyer DeMott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 33-37.

<sup>3</sup> Derluyn, I., Broekaert, E., Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 54-62.

<sup>4</sup> Gaultier, S. (2017). Les mineurs non accompagnés sont confrontés au paradoxe de l'accueil. *Actualités sociales hebdomadaires*, 3037, 26-27.

<sup>5</sup> Demazure, G., Gaultier, S. et Pinsault, N. (2018). Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(4), 447-466.

<sup>6</sup> Le philosophe Ludwig Wittgenstein a conceptualisé cette notion « d'air de famille » afin d'évoquer de façon métaphorique les similitudes, même partielles, entre des notions pourtant différentes.

<sup>7</sup> Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E. et Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 337-346.

<sup>8</sup> Thommessen, S. A. O., Corcoran, P. et Todd, B. K. (2015). Experiences of arriving to Sweden as an unaccompanied asylum-seeking minor from Afghanistan: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology of Violence*, 5(4), 374-383.

<sup>9</sup> Cette formule célèbre de Lacan désigne la nature du transfert effectué sur le psychanalyste. Cette attribution dépasse de loin cette seule figure et représente une caractéristique commune et certainement transculturelle des « médecins de l'âme ».

<sup>10</sup> Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Paris : Plon.

parvenus jusque-là à apaiser intérieurement leurs soucis, leurs inquiétudes ou leur tristesse. Les moyens ou figures mobilisés dans ces circonstances qui se rapprochent de la fonction d'un soutien psychologique vont alors nous servir de point de comparaison (mais aussi d'identification) afin d'expliquer de façon contrastée notre propre fonction.

S'engage dès lors un travail intense de médiation transculturelle où va se coconstruire, avec chaque jeune, une représentation de notre rôle qui lui permet de nous investir dans la prolongation des figures de soutien déjà rencontrées. Notre fonction a d'abord un « air de famille<sup>6</sup> » avec ce que le jeune a déjà expérimenté, mais elle nous inscrit dans un prolongement expérientiel qui oriente la relation thérapeutique. En ce sens, les figures de soutien et de guidance, à la fois compréhensives et consolantes qui font référence pour ces jeunes sont fréquemment celles de la mère, d'un oncle maternel, d'un aîné, etc.

En contexte de vulnérabilité interculturelle, il nous faut saisir que plusieurs semaines, voire plusieurs mois durant, les MNA sont maintenus dans un état de stress et de vigilance, dû en partie au sentiment d'insécurité lié à l'incompréhension de leur environnement, des conditions de leur accueil, de leur situation administrative et des mesures décidées pour eux. Cette insécurité contextuelle aggrave ou participe au maintien des troubles dont ils peuvent être porteurs<sup>7</sup>. La médiation transculturelle vers ce nouvel environnement participe pleinement du soin et de la construction d'une alliance thérapeutique de qualité. En situation

d'insécurité informationnelle, médiatiser l'environnement implique *de facto* de transformer l'angoisse et d'en réduire le stress postmigratoire.

À juste titre, il a été relevé que les MNA sont en recherche d'un soutien auprès des adultes sous forme de guidance, d'encouragements et de protection<sup>8</sup>. Sans être exclusives, ces fonctions concernent les psychologues et psychiatres dans leur suivi. À l'instar du guérisseur, le thérapeute doit être actif, directif et expert. Son exercice ne se limite pas à la parole : il est, pour ces jeunes, un « sujet supposé savoir<sup>9</sup> ». Cette représentation peut être génératrice d'un malentendu culturel au sujet de la démarche de soins. En signifiant le respect du choix de l'individu par notre « disponibilité » à le rencontrer (lorsqu'il en éprouve le besoin), nous formulons une offre contradictoire à notre position experte qui se doit d'évaluer la nécessité de cette rencontre. Notre « disponibilité » risque alors de résonner comme de l'incompétence ou de l'indifférence à des besoins de soins néanmoins patents.

Ces caractéristiques invitent le thérapeute à orienter son style de communication afin que celui-ci soit plus directif lors des suivis. Ces étapes qui préludent à l'instauration de l'alliance thérapeutique peuvent parfaitement être modifiées par la suite. Nous décrivons en ce sens un ensemble de prérequis facilitant la rencontre en situation interculturelle. Il nous semble par la suite que les aménagements « acculturatifs » du cadre thérapeutique, concédés à cette occasion, s'ajustent à mesure que l'adhésion du patient augmente.

La posture de guidance, d'encouragement et de protection prend donc toute sa signification face à des adolescents migrants, isolés de leur famille. En ce sens, nous prenons le parti de consacrer le temps nécessaire lors des premières séances à nous positionner en médiation de ce nouvel environnement. À mesure que nous apparaîsons comme un interlocuteur fiable, de nouveaux éléments cliniques émergent, souvent abordés de façon oblique à partir du quotidien et particulièrement du sommeil. Les troubles de l'endormissement et les cauchemars répétitifs sont en cela une voie d'accès privilégiée au vécu traumatique. À cette occasion, les techniques psychocorporelles et de relaxation peuvent s'avérer tout à fait pertinentes, le corps dans sa dimension transculturelle étant un vecteur privilégié de la souffrance des migrants, d'autant plus lorsque celle-ci semble indiscible.

Conformément à la position directive attendue de la part des thérapeutes, les MNA s'inscrivent aussi dans une position active de cothérapeutes. Par expérience, les conseils prodigués sont respectés. La compliance dans les techniques que nous pouvons leur proposer n'est pas sans évoquer « l'efficacité symbolique », telle que la désignait Lévi-Strauss<sup>10</sup>. De la sorte, des pratiques culturellement nouvelles peuvent reproduire des schémas d'efficacité d'autres cultures.

Les conditions de la parole et de l'écoute clinique en contexte interculturel apprennent à composer avec l'altérité. Les psychologues et psychiatres sachant accueillir leur cadre ou le métisser afin de produire les conditions concrètes et singulières d'une hospitalité psychique se positionnent du côté de la rencontre et de l'alliance thérapeutique, dimension insécable du soin psychique. ▶

