

Comment accueillir le délire d'un adolescent étranger isolé en consultation transculturelle ?

Nora Bouaziz, Mayssa' El Hussein, Camille Rakotomalala, Elsa Valentin, Fatima Touhami, Rahmethnissah Radjack, Charles Di, Marie Rose Moro

DANS **ADOLESCENCE** 2013/3 T. 31 n°3 , PAGES 541 À 550
ÉDITIONS **ÉDITIONS GREUPP**

ISSN 0751-7696

ISBN 9782847952568

DOI 10.3917/ado.085.0541

Date de mise en ligne : 11/10/2013

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-adolescence-2013-3-page-541?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Éditions GREUPP.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

COMMENT ACCUEILLIR LE DÉLIRE D'UN ADOLESCENT ÉTRANGER ISOLÉ EN CONSULTATION TRANSCULTURELLE ?

NORA BOUAZIZ, MAYSSA'EL HUSSEINI,
CAMILLE RAKOTOMALALA, ELSA VALENTIN, FATIMA TOUHAMI,
RAHMETHNISSAH RADJACK, CHARLES DI, MARIE ROSE MORO

La situation de Zahir, originaire du Bangladesh, est paradigmatique du travail théorique et clinique de la consultation transculturelle auprès de mineurs isolés étrangers. Dans cet espace psychothérapique, les patients nous sont généralement adressés en seconde intention. Parfois le suivi s'amorce avec une demande d'évaluation diagnostique des partenaires médicaux ou sociaux qui nous sollicitent face à la complexité ou à l'atypicité du tableau clinique, avec l'adolescent pour seul informateur et peu d'éléments sur son fonctionnement et ses conditions de vie antérieures à la migration. Il s'agit alors de questionner la psychopathologie tout en considérant la dimension transculturelle de l'expression de la souffrance psychique chez ces jeunes migrants, mais aussi leur vécu de l'exil, souvent traumatique. Le suivi de ces jeunes patients isolés nécessite de concevoir de front projet éducatif et projet de soins, interdépendants. Mais comment tenir compte de la réalité externe du patient sans qu'elle n'envahisse trop l'espace psychothérapique ? Lorsque l'évaluation diagnostique se fait en consultation transculturelle, quelles implications a le diagnostic sur le travail psychothérapique, particulièrement quand le patient amène des éléments évocateurs de troubles psychotiques ?

LES CONSULTATIONS TRANSCULTURELLES POUR LES MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS

Dans nos consultations transculturelles (Moro, 1998), le groupe de thérapeutes est pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers, anthropologues), plurilinguistique et pluriethnique pour une écoute ouverte du discours, avec une technique psychothérapique

Adolescence, 2013, 31, 3, 541-550.

complémentariste (Devereux, 1970). Celle-ci associe l'anthropologie – pour la construction d'un cadre culturel commun au patient et aux thérapeutes et la compréhension des éléments culturels du discours du patient – et la psychanalyse pour l'interprétation du contenu psychique. Le groupe des thérapeutes figure la question de l'altérité, centrale en transculturel, et permet une analyse du contre-transfert culturel. Ce sont généralement des consultations de seconde intention pour des patients migrants ou de parents migrants – espacées de deux mois – qui soutiennent la mise en place ou la poursuite d'un suivi individuel. Pour les mineurs isolés étrangers, ce peut être en première intention lorsque la symptomatologie est culturellement codée (transe, possession...) ou liée au trauma migratoire. Il peut alors ne pas y avoir de suivi individuel en place.

En consultation, à défaut de parent présent pouvant (ap)porter une part de l'histoire du patient, l'éducateur, parfois le traducteur, peuvent être sollicités à partir de l'accompagnement du mineur dans son quotidien pour le premier, et à partir des représentations culturelles associées au discours du patient pour le second. Pour autant, la séparation des espaces psychothérapeutique et éducatif importe pour préserver la confidentialité à laquelle a droit tout patient.

L'HISTOIRE CLINIQUE

La réalité externe d'un mineur isolé étranger

Zahir est arrivé en France dans des conditions mal déterminées. Il ne parlait ni le français ni l'anglais. L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) l'avait pris en charge sur décision judiciaire. Seul, hébergé à l'hôtel, il errait dans Paris, perdait son argent, mangeait des restes de nourriture, faisait des malaises dans la rue. Suite à plusieurs hospitalisations aux urgences psychiatriques pour des plaintes douloureuses *sine materia*, le service des urgences l'a adressé en consultation transculturelle avec une demande diagnostique. Il était en France depuis cinq mois. L'ASE avait alors mandaté deux éducateurs se relayant auprès de *Zahir*.

Lors de la première consultation, *Zahir* présentait un état de sidération psychique majeur. Son éducateur référent depuis deux mois le décrivait mutique, ne mangeant pas, aboulique, passif. *Zahir* nous disait avoir vécu au Bangladesh avec son père, sa belle-mère et deux demi-sœurs. Sa mère était morte à ses trois ans. Il relatait une maltraitance physique par sa belle-mère, ignorée de son père, et qui aurait motivé sa migration. Sans autres informations, les conditions de la

vie pré-migratoire et de la migration restaient mystérieuses. L'ASE projetait de lui payer un billet d'avion pour un retour au Bangladesh, faute de projet éducatif possible compte tenu de son absence de maîtrise du français, des troubles psychiatriques et de l'imminence de sa majorité.

Le suivi transculturel débutait dans l'urgence d'une évaluation diagnostique et de soins qui rendent possible un projet éducatif, condition du maintien de la prise en charge par l'ASE qui était indispensable au vu de sa sidération psychique. Celle-ci était-elle liée à un état de stress post-traumatique, une dépression mélancolique ou une décompensation psychotique ? Le questionnement était d'autant plus fort que nous n'avions pas d'éléments sur son fonctionnement antérieur et que son état clinique actuel conditionnait son suivi éducatif et administratif.

Notre groupe était sollicité par la réalité externe du patient avec des problèmes qui, non résolus, faisaient obstacle au travail psychothérapeutique. Un cothérapeute a dû rédiger des certificats médicaux pour solliciter un Contrat Jeune Majeur, garant d'une protection matérielle, éducative et sanitaire. Un mois après, à la deuxième consultation, son éducateur nous décrivait un adolescent qui – probablement à la faveur du suivi éducatif puisqu'il n'y avait alors ni suivi psychiatrique ni traitement – souriait, s'exprimait, s'alimentait, se déplaçait seul de façon adaptée. Zahir souhaitait rester en France et apprendre le français. Néanmoins il évitait les contacts sociaux et prenait peu d'initiatives. Si la sidération psychique était levée, les échanges étaient pauvres. Il ne saisissait pas les questions ouvertes, encore moins les métaphores des thérapeutes – une des techniques en transculturel. Il confiait sa tristesse et sa solitude depuis la mort de sa mère. Le suivi psychiatrique débutait avec un cothérapeute du groupe.

Des troubles d'allure névrotique

Lors des trois consultations suivantes (soit les quatre mois suivants), Zahir exprimait son angoisse et demandait des soins au sujet de douleurs multiples, dues selon lui aux maltraitances de sa belle-mère et des frères de celle-ci qui visaient des biens de son père et lui. « *Mes genoux étaient blessés quand j'étais chez moi. À cause de ça je ne peux pas marcher. J'ai reçu des coups sur la tête, mon cerveau a été lésé.* »

[...] *En ce qui concerne le cerveau, il ne fonctionne plus, ça veut dire que je ne peux plus réfléchir, je ne peux plus rien dire, je ne peux plus parler.* »

Le traducteur rapportait que Zahir en salle d'attente crachait sur des magazines féminins, parlait fort, avec une exaltation thymique. Le traducteur le comprenait difficilement du fait de néologismes inspirés de l'anglais et de ruptures dans les associations d'idées.

Quatre mois après, son éducatrice ASE relatait plusieurs accompagnements, à la demande de Zahir, aux urgences psychiatriques pour des somatisations ou des dissociations. Zahir, inscrit à des cours de français, refusait un apprentissage professionnel, voulant devenir avocat. Une demande de projet d'appartement éducatif et d'orientation auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées était initiée, parallèlement au dossier de régularisation.

Zahir revenait sur son angoisse au contact des patients hospitalisés en psychiatrie, plus généralement sur son « *inquiétude de l'extérieur* ». Il appréhendait les changements de repères et la cohabitation avec d'autres jeunes qu'induirait l'installation en appartement éducatif. Cela soulevait la question de la difficile rencontre avec l'autre, qui semblait se faire sur un mode persécuté.

Lors des séances suivantes, Zahir rapportait une douleur thoracique qu'il reliait au stress et qui l'angoissait jusqu'à en devenir alors « *comme fou* ». Sa demande d'aide était plus élaborée, avec une volonté de se faire comprendre – et de fait, Zahir suscitait une forte mobilisation des adultes. Il y avait peu de continuité logique et historique dans son discours, avec un clivage puisque il n'évoquait pas ces souvenirs en individuel, et une perplexité anxieuse.

Des éléments délirants au sujet de sa filiation ont surgi. Il aurait vécu aux États-Unis avant d'être envoyé dans une famille d'accueil au Bangladesh « *pour apprendre la culture* » et étudier. Ses parents américains originaires du Bangladesh lui auraient envoyé un temps de l'argent. Il ne se souvenait ni de son âge lors de ces événements, ni si cette famille des États-Unis était la sienne. Le premier ministre l'aurait gardé à Dakka pour parfaire son éducation et le préparer à diriger le pays.

Au début du suivi, étaient au premier plan un comportement et un discours désorganisés avec des idées délirantes persécutives,

mégalomaniques et hypochondriaques. Désormais émergeait une expression franche d'affects dépressifs et anxieux autour de sa solitude, de sa situation administrative en France et de son avenir.

DISCUSSION

Les équipes référentes de nos patients nous sollicitent parfois dans l'urgence face à la difficulté d'appréhender les comportements, les demandes ou la souffrance psychique de ces personnes, et de construire un projet de soins dans ce contexte. La consultation transculturelle peut alors avoir une double fonction : proposer un espace psychothérapeutique que puisse investir le patient mais aussi soutenir des soins individuels tout comme le suivi éducatif et social. Un des enjeux est de représenter un « espace-temps » stable, sécurisant, propice à une historicisation de la migration et de l'histoire familiale, à des liens entre ici et ailleurs pour assouplir le clivage du patient et lui permettre de s'inscrire dans une réalité du dedans et du dehors. Le travail de réseau avec les intervenants auprès de l'adolescent vise à reconstituer un environnement fiable et articulé qui favorise la continuité de la pensée face au clivage opérant et qui accompagne l'élaboration des intervenants autour du vécu et des besoins du patient.

En l'absence de données cliniques antérieures, ce tableau symptomatique chargé et confus nous faisait discuter aussi bien un état de stress post-traumatique complexe, une dépression mélancolique qu'une entrée dans la psychose. Dans l'état de stress post-traumatique complexe (Herman, 1992), les somatisations, la dissociation, les difficultés dans la relation à l'autre et une perception modifiée de soi sont au premier plan. Le traumatisme psychique peut rompre les chaînes associatives et compliquer l'accès à la symbolisation. Mais associés aux comportements désorganisés, aux troubles du cours de la pensée (différence, incohérence, pauvreté du discours, néologismes...) et aux difficultés d'apprentissage, les douleurs et malaises sans substrat organique pouvaient être des symptômes d'allure convertive et hypochondriaque, et son évitement des autres une symptomatologie anxieuse pseudo-phobique dans le cadre d'un processus psychotique à l'adolescence. Les manifestations somatiques pouvaient être ainsi les transformations « dans

l'hallucinoïse » décrites par W. R. Bion (1962) en lien avec une catastrophe émotionnelle primitive, « par laquelle la douleur face à la réalité vécue n'a pas trouvé d'autres issues que l'évacuation à tout prix au travers du corps et des organes des sens »¹.

Établir un diagnostic avec ce tableau clinique était d'autant plus ardu que les situations transculturelles, où thérapeute et patient sont de cultures différentes, sont sujettes à des erreurs diagnostiques avec une surestimation des psychoses parmi les migrants ou les minorités, au détriment de troubles dépressifs ou post-traumatiques (Baubet, 2003 ; Selod, 1998). La distance culturelle entre le thérapeute et son patient et les manifestations variables d'une culture à une autre d'un trouble psychique sont des facteurs explicatifs de ces erreurs diagnostiques, notamment lorsque données culturelles et données psychiatriques sont confondues.

Dans une situation aussi complexe, des approches plurifocales sont indispensables. Le traducteur a eu une place centrale en nous permettant d'entrer en contact avec Zahir dans sa langue, le bengali, et d'avoir accès à la désorganisation de sa pensée et de son discours. Les éducateurs nous ont relaté les difficultés cognitives, affectives et sociales de Zahir. Devant l'acuité des symptômes psychotiques et dépressifs, le suivi psychothérapeutique a pu se dérouler grâce au suivi psychiatrique, également primordial pour le suivi éducatif.

Ce suivi bifocal – psychiatrique et psychothérapeutique – visait à dégager le suivi transculturel de la question diagnostique initiale et à éviter « les deux écueils qui guettent le soin à l'adolescence : celui du trop médical avec l'empressement à “ poser un diagnostic ” et à “ traiter le malade ”, celui du trop psychologique avec l'attribution d'une écoute complaisante qui risque d'ajouter sa part de séduction excitante et désorganisatrice »².

Nous nous sommes ainsi questionnés sur la pertinence du suivi transculturel face au délire qui se développait en séance. Le récit délirant pouvait-il faire l'objet d'une mise en sens au même titre que le reste du matériel que Zahir amenait en séance ? Élaborer à partir du délire ne risquait-

1. Fognini, 2009, p. 8.

2. Marcelli, 2005, p. 221.

il pas de le renforcer dans ses constructions délirantes ? En filigrane, il y avait aussi l'idée que si nous le voyions psychotique, contre-transférentiellement cela ne risquait-il pas de faire buter le travail transculturel ?

La théorie de W. R. Bion (1962) nous a été précieuse pour accueillir cet adolescent dans sa complexité. Zahir était probablement composé de parties psychotiques et de parties névrotiques – qui le faisaient s'orienter dans Paris, demander et investir des soins et qui nous faisaient hésiter à conclure à des troubles psychotiques, lourds d'implications, d'autant plus chez un adolescent. Or ce n'est pas tant le diagnostic de psychose qui enferme, que ce que le thérapeute en fait. Le cadre groupal transculturel permettait la circulation de diverses théories étiologiques – psychiatriques, anthropologiques, psychanalytiques – qui empêchaient l'enfermement du patient dans une identité de patient psychotique par une lecture psychiatrique exclusive. L'écoute de cette filiation délirante dans sa dimension défensive, dans sa fonction de quête de sens était un levier thérapeutique pour établir une alliance avec les parties non psychotiques de Zahir. Parce que le trauma de la migration interrogeait son histoire et son identité et que se développait le récit d'une filiation imaginaire, les séances se sont centrées sur un niveau ontologique : qu'est-ce qu'expérimentait Zahir au niveau de l'être autour de cette migration ? Quels sens lui donner ?

La migration vécue dans la précarité, la solitude et le désarroi, dans sa dimension traumatique de rupture identitaire (Nathan, 1978), à un âge de transformations critiques qu'est l'adolescence, résonnait avec la perte précoce de la mère et la maltraitance d'une belle-mère dont le père n'avait pas su le protéger. Ce contexte nous évoquait ce que W. R. Bion (1962) nomme une « catastrophe émotionnelle primitive » génératrice de crise psychotique. Le délire de filiation pouvait s'entendre comme une tentative de Zahir de reconstruction – certes délirante – du monde, en donnant un sens à la migration qui l'a conduit du Bangladesh au monde occidental et qui a pu constituer une menace sur son sentiment de continuité de l'être. Cette filiation prestigieuse faisait fonction d'une identité de remplacement vitale pour lutter contre le risque d'un anéantissement subjectif (Cohen *et al.*, à paraître).

En nous proposant de vérifier son parcours migratoire à partir des États-Unis, Zahir nous invitait à chercher avec lui, en passant par la réalité extérieure, les traces de l'objet perdu qu'étaient sa mère puis la famille et le

foyer, afin de reconstituer l'histoire perdue d'un objet perdu. Paradoxalement, retrouver, tout du moins chercher l'objet précocement perdu, signifie pouvoir le perdre de nouveau, et parvenir à en faire le deuil (Lerner, 1990). Avec l'évolution des représentations internes, le deuil implique une internalisation plus complète de la représentation de l'objet perdu.

Pour reprendre W. R. Bion, le groupe s'est voulu un contenant pour les émotions brutes qui traversaient Zahir. Par sa capacité de rêverie et de transformation psychique des expériences, le groupe assurait une fonction alpha-isante de transformation et de sublimation de l'angoisse pour relancer les processus de pensée et permettre à Zahir de « dévoiler les capacités de sa partie névrotique afin de l'aider à étayer le travail d'installation du refoulement, à la place de tous ses mécanismes excessifs d'identification projective et de clivages »³, et ainsi s'appuyer sur des défenses qui autorisent une appréhension moins destructive et douloureuse de la réalité, qui lui permettent « de mieux équilibrer en lui les manifestations de ses éprouvés psychotiques et de ses éprouvés non psychotiques »⁴.

Nous proposons aussi de travailler sur des éléments de réalité pour assouplir le clivage souvent très fort entre le pays d'origine et le pays d'accueil chez les mineurs isolés étrangers, accompagner l'adolescent dans son travail de construction, trouver des liens non délirants. Ce statut parfois artificiel (prouver que l'on est isolé au regard des autorités) ne rend-il pas fou en contraignant à dénier des liens gardés avec la famille et à une solitude élaborative ? Face à cette angoisse dépersonnalisante, la reconnaissance de ces liens permet d'être dans la réalité, de ne pas être dans un fantasme d'auto-engendrement où l'on se réinvente même une famille imaginaire.

La mobilisation du groupe pour l'obtention d'une aide éducative, matérielle et juridique pouvait se lire comme un contre-transfert protecteur, paternel et de « maternelle attitude » – pour citer C. Lachal (2006) se référant au concept de S. Ferenczi de transfert maternel – qui visait à réparer la fonction parentale défaillante auprès d'un adolescent en détresse, sans protection parentale et maltraité par sa belle-mère, exposé au risque d'abandon par les structures sociales du pays d'accueil.

3. Fognini, 2004, p. 151.

4. *Ibid.*

Avec Zahir, comme avec tout patient en consultation transculturelle, il s'est agi d'accueillir et d'entendre sa souffrance telle qu'il la disait, avec son histoire, avec sa langue, avec sa culture, avec son fonctionnement psychique. Si l'évaluation diagnostique a pu nous accaparer dans ce qu'elle questionnait de la possibilité d'un travail psychothérapeutique transculturel au sujet de son récit migratoire, rapidement nous avons saisi ces éléments comme une tentative de Zahir de réaménagement identitaire autour des « catastrophes émotionnelles primitives » qu'il a eues à subir, donnant tout son sens au travail de reconstruction identitaire que permet l'étayage du groupe de cothérapeutes dans ces moments de crises propices à la mobilisation et au changement.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUBET T. (2003). Le diagnostic psychiatrique en situation transculturelle. In : T. Baubet, M. R. Moro (Éds.), *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson, pp. 61-74.
- BION W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF, 1979.
- COHEN H., KOUMENTAKI C., RÉAL I. *et al.* (à paraître). Le traitement des psychoses en consultation transculturelle. *L'Autre*.
- DEVEREUX G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- FOGNINI M. (2004). Perspectives et apports de Bion au travail clinique. *Le Coq-héron*, 177 : 144-160.
- FOGNINI M. (2009). Au carrefour des transformations et du travail psychique. Éditorial. *Le Coq-héron*, 198 : 7-13.
- HERMAN J. L. (1992). Complex PTSD : A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5 : 377-391.
- LACHAL C. (2006). *Le partage du traumatisme. Contre-transfert avec les patients traumatisés*. Grenoble : La pensée sauvage.
- LERNER P. M. (1990). The Treatment of Early Object Loss : the Need to Search. *Psychoanalytic Psychology*, 7 : 79-89.
- MARCELLI D. (2005). Psychoses à l'adolescence. *Adolescence*, 23 : 213-223.
- MORO M. R. (1998). *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod, 2004.
- NATHAN T. (1978). Considérations ethnopsychiatriques sur le traitement analytique des psychoses. *Ethnopsychiatrica*, 1 : 15-42.
- SELOD S. (1998). *Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture : pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques ?* Lille : Éd. Université du Droit et de la Santé.

Nora Bouaziz, Mayssa'El Hussein,
Camille Rakotomalala, Elsa Valentin,
Fatima Touhami, Rahmethnissah Radjack,
Charles Di, Marie Rose Moro
Maison des Adolescents de Cochin - Maison de Solenn
97, bd. de Port-Royal
75679 Paris Cedex 14, France
nora_thizi@yahoo.fr
mayssa.husseini@gmail.com
cam.rako@gmail.com
elsavalentin2@gmail.com
touhami_fz@yahoo.fr
rahmethradjack@yahoo.fr
charles_di_fr@yahoo.fr
marie-rose.moro@cch.aphp.fr