



ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

 ScienceDirect

Pratiques psychologiques 15 (2009) 493–502

---

---

Pratiques  
psychologiques

---

---

[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

Études de cas

# L'enfant réfugié en consultation : quelques considérations cliniques sur l'évaluation interculturelle

*Psychological consulting with refugee children: Some clinical  
considerations on cross-cultural assessment*

B. Goguikian Ratcliff

*Section de psychologie, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, université de Genève,  
40, boulevard du Pont-d'Arve, 1205 Genève, Suisse*

Reçu le 27 janvier 2009 ; accepté le 12 février 2009

---

## Résumé

Cet article vise à susciter une réflexion autour des compétences interculturelles nécessaires au psychologue confronté à la pratique clinique avec des enfants migrants et leur famille. Sont abordées successivement les difficultés spécifiques de l'enfant réfugié sur le plan psychopathologique, sur celui des apprentissages scolaires, ainsi qu'au niveau du processus d'acculturation. À partir d'une vignette clinique relatant l'évaluation psychologique d'une fillette de 11 ans, les écueils pouvant apparaître dans ce type d'intervention sont discutés et quelques pistes pour accroître les chances de succès sont proposées.

© 2009 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Enfant réfugié ; Consultation psychologique ; Évaluation interculturelle ; Migration ; Acculturation ; Compétences biculturelles ; Famille

## Abstract

This article provides some cues to develop intercultural competency in clinical practice with migrant children and their families. Specific difficulties of refugee children in terms of psychopathology, school achievement and acculturation process are pointed out. A clinical vignette concerning a psychological assessment of an 11-year-old girl is presented to illustrate critical points. Some strategies

---

Adresse e-mail : [betty.goguikian@pse.unige.ch](mailto:betty.goguikian@pse.unige.ch).

1269-1763/\$ – see front matter © 2009 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.  
doi:10.1016/j.prps.2009.02.001

to improve clinician's ability to provide services to people from diverse cultural backgrounds are discussed.

© 2009 Société française de psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords:* Refugee child; Psychological consulting; Cross-cultural assessment; Migration; Acculturation; Bicultural competency; Family

---

## 1. Introduction

Près de 25 % de la population suisse est d'origine étrangère. La grande majorité de cette population issue de la migration est originaire de pays européens (ex-Yougoslavie, Portugal, Turquie, Italie, Espagne), mais la proportion de migrants de cultures non occidentales a nettement augmenté au cours de la dernière décennie. À Genève, les enfants de ces populations migrantes représentent plus de 40 % des enfants fréquentant l'école publique. Parmi eux, les enfants provenant de l'ex-Yougoslavie (Kosovo, Macédoine, Albanie, etc.) sont majoritaires et ont souvent un statut de réfugiés ou de demandeurs d'asile (Lischer, 2003).

En Suisse, comme dans le reste des pays occidentaux, l'accroissement des flux migratoires que l'on observe depuis le début des années 1990 pose de nouveaux défis aux politiques publiques dans deux domaines majeurs : la santé et l'éducation. Or, sans le vouloir, il s'avère que les psychologues cliniciens sont concernés au premier chef par le phénomène migratoire, car ils exercent prioritairement dans des institutions médicales, psychiatriques ou scolaires. De ce fait, leurs pratiques, aussi bien au niveau de l'évaluation que de l'intervention, sont souvent remises en question par cette nouvelle clientèle, parfois très touchée, mais peu encline à une approche psychologique et au travail d'introspection.

En effet, la plainte ou la demande des usagers migrants est rarement de nature psychologique (Kirmayer et al., 1998). La plupart du temps, il s'agit de somatisations récalcitrantes au traitement ou de difficultés sociales et administratives (logement, chômage, procédure d'asile, etc.) en ce qui concerne les adultes et, chez les enfants, de difficultés d'apprentissage conduisant à l'échec scolaire et à l'orientation vers des filières scolaires dites « spécialisées » à effectifs réduits. Dans un cas comme dans l'autre, cela est d'autant plus vrai que les personnes concernées proviennent de milieux socioéducatifs défavorisés et éloignés des zones urbaines. Le psychologue se trouve donc souvent dans une position où des professionnels de disciplines voisines (médecins, enseignants, assistants sociaux, éducateurs, etc.), mis en échec, se tournent vers lui pour trouver une issue à une situation bloquée, en invoquant des déterminants psychologiques ou un mystérieux « facteur culturel » à l'origine des difficultés du migrant, qui entravent la compliance et la communication (Lewis-Fernandez et Diaz, 2002). Or, à moins d'être particulièrement formé à la clinique des migrants, le psychologue n'est pas plus outillé que ses confrères pour faire face à la complexité de telles interventions interculturelles (Gailly, 1991 ; Cohen-Emerique, 2000).

## 2. Migration et santé mentale chez l'enfant réfugié

En ce qui concerne la santé mentale de l'enfant migrant, il est admis que les jeunes réfugiés constituent un sous-groupe particulièrement vulnérable, présentant, outre d'éventuels symptômes post-traumatiques, des difficultés psychologiques spécifiques au niveau des relations

interpersonnelles, de la régulation des émotions et des apprentissages scolaires (Leavey et al., 2004). Si ce constat se retrouve fréquemment dans la littérature, les explications qui en sont données se réfèrent soit à la nature, à l'intensité et à la durée de l'exposition traumatique pré-migratoire soit à des facteurs de type psychosocial (précarité, manque de réseau de soutien social, manque d'intégration, faible niveau socioéducatif parental, parcours scolaires chaotiques, etc.) caractérisant la période postmigratoire. En revanche, peu d'études ont tenté de prendre en compte simultanément des facteurs externes et internes pour expliquer la complexité des tableaux cliniques rencontrés en clinique de l'enfant réfugié. Lorsque cela a été fait, c'est surtout avec des mesures de type psychopathologique (Stevens et Vollebergh, 2008; Macksoud et Aber, 1996) mais rarement avec des variables mesurant les ressources ou le potentiel psychologique du sujet, c'est-à-dire avec des mesures de santé mentale positive (Rousseau et Nadeau, 2003). Or, dans ce genre de clinique, l'enjeu est tout autant d'identifier et de soigner un trouble, que de savoir comment mobiliser la résilience de ces enfants et de leur entourage afin de favoriser l'intégration et l'ajustement social nécessaires à un développement harmonieux (Goguikian Ratcliff, 2007).

### 3. Stratégies d'acculturation et identité biculturelle

Plusieurs études anglo-saxonnes ont étudié les facteurs déterminant la capacité des migrants à développer une identité biculturelle (Haritatos et Benet-Martinez, 2002), c'est-à-dire à agir dans leur vie quotidienne selon deux cadres de référence culturelle. Certains auteurs ont même proposé des programmes d'intervention psychoéducative visant à accroître ces compétences biculturelles dans le but de promouvoir l'intégration et à diminuer le sentiment de contradiction qui peut résulter de la double appartenance culturelle (Kim, 1995).

Étonnamment, peu de travaux empiriques ont été consacrés à la question des stratégies d'acculturation considérée sous un angle intergénérationnel. Dans le cas d'un enfant migrant qui, contrairement à ses parents, se socialise dans la société d'accueil, la construction d'une double appartenance culturelle se fait assez « naturellement » car l'enfant est plus flexible, plus perméable mais également plus exposé aux influences de la société d'accueil. Pour lui, l'acculturation est une tâche développementale créative, impliquant une synthèse entre culture familiale, relayant les valeurs du pays d'origine, et culture scolaire relayant les valeurs du pays d'accueil. Néanmoins, lorsque les positionnements face à la double référence culturelle divergent au sein d'une même famille et que l'intégration de l'enfant n'est pas encouragée, l'enfant peut être pris dans une sorte de conflit de loyauté entre les attentes de ses parents et celles de la société d'accueil (Yahyaoui, 1989).

Le courant de la psychologie sociale cognitive a problématisé la question du lien entre stratégies d'acculturation de l'enfant migrant de première et deuxième génération et la performance à des tests cognitifs (van de Vijver et al., 1999) indiquant que « l'intégration », c'est-à-dire la proclamation de la double appartenance culturelle, pourrait être un bon prédicteur de la réussite scolaire. Néanmoins, ces études s'intéressent peu à la dimension conflictuelle de l'acculturation rencontrée dans certaines situations cliniques, que Berry et Annis (1974) ont étudiée chez l'adulte et dénommée le stress acculturatif. Celui-ci est particulièrement élevé en cas de migration forcée et chez des collectivités socialement exclues, comme le sont les réfugiés (Berry et Kim, 1987; Bourhis et al., 1997). Ce type de migrants optera préférentiellement pour la stratégie dite de « séparation », c'est-à-dire le maintien des valeurs du pays d'origine et le rejet de celles du pays d'accueil.

Nous allons tenter d'illustrer ces différents aspects par une vignette clinique.

#### **4. Vignette clinique : Merita**

Merita, jeune fille de 11 ans née au Kosovo, arrivée en Suisse à l'âge de quatre ans, est adressée à une consultation de soins psychologiques pour migrants par l'infirmière d'un service sanitaire de premier recours pour réfugiés. Elle-même ainsi que la maîtresse sont inquiètes car Merita est en échec scolaire, a de grosses difficultés d'apprentissage, a des relations conflictuelles avec ses pairs, qui la prennent souvent comme bouc-émissaire, passe ses récréés en classe, a l'air triste, a des crises de pleurs, présente des difficultés d'endormissement et des peurs intenses face à tout ce qui porte un uniforme.

Son parcours scolaire a été difficile dès le départ, elle a intégré l'école publique ordinaire mais après avoir échoué deux fois la première primaire (équivalent du cours préparatoire, première année de scolarité obligatoire en Suisse), elle a été placée en classe spécialisée, classe à effectifs réduits avec un programme allégé. Elle se trouve actuellement en quatrième primaire, mais ses résultats sont désastreux, malgré sa bonne volonté. Elle n'a pas le bagage nécessaire pour passer au degré supérieur, mais on ne peut plus la faire redoubler. Alors que faire ?

#### **5. Éléments d'anamnèse**

Merita est l'aînée d'une fratrie de quatre enfants, la famille d'origine Rom a fui le Kosovo suite à des persécutions ethniques. Merita a été témoin de violences subies par les parents au pays.

La langue parlée à la maison est l'albanais, les parents ont des connaissances très rudimentaires de français ; le père travaille actuellement à temps partiel, la mère élève les enfants et il est fait mention des violences conjugales.

De manière générale, l'alliance thérapeutique avec cette famille est décrite comme fragile. Le père n'a jamais pu être rencontré par les différents intervenants et la mère « oublie » souvent les rendez-vous qui doivent être fixés à plusieurs reprises. Néanmoins, l'infirmière et l'assistante sociale sont bien accueillies à la maison.

En ce qui concerne la trajectoire de soins, Merita a été suivie peu après son arrivée en Suisse, au service médicopédagogique, pour ses symptômes de stress post-traumatique, dans une optique psychodynamique. Mais cette prise en charge fut interrompue après quelques séances seulement, Merita n'aimant pas s'y rendre. Par ailleurs, elle a eu un répétiteur à domicile durant deux ans pour l'aider à faire ses devoirs, mesure interrompue actuellement car sans effets.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, la demande de la maîtresse et de l'infirmière ne semblent pas tout à fait superposables. Pour la maîtresse, la question serait « comment améliorer les résultats scolaires, les relations avec les pairs et réduire la souffrance psychique chez cette enfant », ces trois aspects étant implicitement considérés comme liés. En ce qui concerne l'infirmière, la question semble d'ordre plus général et serait « comment améliorer l'alliance avec cette famille, afin de les amener à mieux collaborer avec les services médicaux et sociaux ? ».

Il est décidé de commencer mon intervention par un bilan psychologique afin de mieux comprendre la nature des difficultés éprouvées par Merita et de proposer des pistes pour la suite. Au préalable, je demande à rencontrer Merita avec ses parents. Après un premier rendez-vous manqué et refixé, je reçois Merita, sa mère et son petit frère âgé de deux ans, avec une interprète, convoquée par mes soins, qui a déjà accompagné la famille à d'autres entretiens.

## 6. Premier entretien

Merita est une jeune fille très souriante, assez développée sur le plan physique, qui se place d'emblée au centre de la discussion, jouant le rôle d'interprète entre sa mère et moi et répondant souvent à la place de celle-ci. Elle parle parfaitement bien le français, a l'air vivace et entreprenante, y compris à l'égard de son petit frère qu'elle réprimande, remet sur sa chaise, etc. À l'inverse, sa mère, âgée d'une trentaine d'années et souffrant d'un problème de surcharge pondérale, semble quelque peu immature, passive et débordée par les événements. Au vu de cette parentification, je relève cette inversion des rôles et je demande si c'est toujours ainsi. La mère soupire et confirme avec un large sourire, Merita rougit, a l'air étonnée de ma remarque.

Puis la discussion se poursuit sur les camarades et les fréquentations de Merita à l'école. Très rapidement, la mère déclare qu'elle n'aime pas trop voir sa fille traîner avec des filles d'ici après l'école, car «elles fument des cigarettes, s'habillent court et traînent dans les rues jusqu'au soir». «Leurs mères vont dans des discothèques, ajoute-t-elle, alors que «chez nous» ce ne sont pas des lieux pour des femmes honnêtes et j'ai toujours refusé d'accompagner ma sœur qui habite à Genève, mon mari me l'interdit!». À noter que le «nous» se réfère à un groupe qui reste implicite : s'agit-il des albanais du Kosovo ? des Roms ? J'ai l'impression que poser cette question susciterait une gêne, l'identité kosovare étant mise en avant, alors que l'identité Rom étant passée sous silence, car probablement plus stigmatisante.

Face à ces propos, j'émetts l'hypothèse que Merita se sent probablement partagée entre l'envie d'obéir aux injonctions parentales et de se conformer aux normes «du pays» et l'envie de faire comme les filles de son âge d'ici, pour se sentir moins différente et ne pas subir leur rejet. Merita semble piquée au vif par mon intervention et déclare : «moi, j'obéis à mes parents c'est tout ! je n'ai pas du tout envie de faire comme les filles d'ici». Je suis surprise par cet excès de loyauté, qui a manifestement pour but de soutenir la mère dans ses contre-investissements défensifs ; Merita se soumet à l'injonction parentale de séparation (préserver les valeurs traditionnelles et lutter contre les mauvaises influences de l'extérieur) au prix de contrarier ses envies d'intégration (elle parle couramment le français avec l'accent genevois, se déplace parfaitement en ville, se serait roulée par terre en classe en criant «je ne veux pas être albanaise !»). Cette loyauté semble condamner Merita à une acculturation conflictuelle, se traduisant par des relations interpersonnelles ambivalentes avec ses pairs.

## 7. Évaluation psychologique

Les deux séances suivantes sont consacrées à l'évaluation du fonctionnement cognitif de Merita. Une épreuve de niveau général, le K-ABC (Kaufmann et Kaufmann, 1993) évaluant séparément les processus de traitement de l'information (séquentiels et simultanés) et les connaissances portant sur des contenus plus saturés en références culturelles et proches des acquisitions scolaires fut utilisée. Merita se montre sous un jour nouveau, collaborante et pleine de bonne volonté mais très découragée par ses limites et difficultés.

Les résultats obtenus sont très hétérogènes et doivent être interprétés échelle par échelle.

«Échelle des processus séquentiels» : 58 [*Mémoire de chiffres* (3), *Suite de mots* (1), *Mouvement de mains* (7)].

Les scores très faibles aux subtests de *Mémoire* auditivoverbale indiquent un important déficit de la mémoire de travail dans sa composante phonologique. Par ailleurs, les performances désastreuses au subtest *Suite de mots* renvoient probablement à une difficulté particulière à trans-

férer l'information d'une modalité verbale à une modalité visuelle. En revanche, le point fort à *Mouvement de mains*, dont le score est dans les limites inférieures de la norme, suggère que les capacités attentionnelles et visuo-practo-spatiales ainsi que la mémoire de travail dans sa composante visuelle sont relativement préservées.

« Échelle des processus simultanés » : 86 [Point fort : *Matrices* (13) Point faible : *Série de photos* (6)].

De manière générale, les performances à cette échelle sont meilleures et confirment le fait que le traitement visuel de l'information semble moins atteint. Le point fort à cette échelle est obtenu au subtest *Matrices*, qui constitue un bon indice de raisonnement logique et l'intelligence non verbale. Le score à *Triangles* (8), tâche nécessitant des capacités d'analyse et de construction visuospatiale, est globalement dans la norme. Le point faible à *Série de photos* peut être expliqué par la dimension séquentielle de la tâche, en particulier pour les items les plus difficiles. L'analyse des erreurs montre, en effet, que Merita comprend parfaitement les situations dans leur ensemble, mais commet des erreurs dans le choix de cartes intermédiaires.

« Échelle Connaissances » : 50 [Point fort *Devinettes* (87) ; point faible *Personnages et lieux connus* (63). À noter les scores très faibles aux sub-tests *Lecture et déchiffrement* (75) et *Arithmétique* (74)].

Le point fort au sub-test *Devinettes* qui requiert à la fois des capacités de compréhension orale et de mémoire de travail verbale montre que l'accès lexical n'est pas déficitaire, ce qui semble limiter les difficultés à l'afférence auditivoséquentielle et les faire porter sur les aspects phonétiques et non sur les aspects sémantiques. Le point faible à *Personnages et lieux connus* pourrait être mis sur le compte des références culturelles que comporte ce sub-test et au manque de stimulation offert par le milieu familial. Il est important de relever des difficultés majeures à *Lecture et déchiffrement* (75) qui mettent en évidence une capacité à déchiffrer quelques syllabes simples consonne-voyelle (une, la, il, au) mais au-delà apparaissent de grandes difficultés à syllaber et des confusions au niveau des phonèmes (« sur » pour sortie, « nuit » pour niche, « français » pour fracture) avec prédominance d'une stratégie globale. Le sub-test *Lecture et compréhension* est impossible à faire passer. Enfin, son score à *Arithmétique* (74) met en évidence un important retard dans l'acquisition des compétences numériques précoces : au niveau de l'écriture numérique (écrit 10 050 pour cent cinquante), de la compréhension de concepts tels que le double (comprend + 2) et de la maîtrise d'opérations telles que la multiplication (résultat correct obtenu par addition).

Le score à « l'échelle non verbale (85) » se situe dans les limites inférieures de la norme, ce qui élimine le soupçon de déficience mentale qui émerge des échelles séquentielle et connaissances et indique que le niveau de raisonnement de Merita est préservé en dépit de ses lacunes.

En résumé, il s'agit d'une fillette d'intelligence normale qui donne très bien le change au cours d'un échange verbal, mais qui présente d'énormes difficultés cognitives dans des domaines spécifiques qui prêteraient ses capacités d'apprentissage scolaire de la lecture ou des mathématiques. Ces difficultés se rattachent essentiellement à un déficit de mémoire de travail auditivo-verbale, dans des tâches de nature séquentielle. L'ensemble des observations recueillies nous pousse à écarter une explication en termes purement psychologiques et à privilégier une explication en termes neuropsychologiques. Le profil cognitif présenté semble évoquer une dyslexie développementale et une dyscalculie qu'il paraît urgent de traiter de manière intensive afin de permettre une remise à flot de Merita par rapport aux exigences scolaires. Toutefois, il est intéressant de relever que Merita semble avoir recours à des défenses massives pour masquer ses manques, qu'elle vit probablement de manière très blessante, et les surcompenser par sa vivacité sur le mode oral.

L'évaluation psychologique aura donc permis de mettre en lumière un problème supplémentaire, celui de la dyslexie, venant se greffer à ceux de l'acculturation conflictuelle et des symptômes traumatiques. La question se pose alors de savoir sur quoi focaliser l'intervention ?

## 8. Entretien de restitution

Avant l'entretien de restitution, Merita a été examinée à ma demande par une logopédiste. Le diagnostic de dyslexie étant confirmé, la logopédiste demande à voir les parents pour une restitution, pouvant déboucher sur la proposition d'un traitement, mais cela sans succès. Lorsque je revois la mère et la fille pour leur faire part des résultats de l'examen psychologique, je suis confrontée à une nouvelle facette de leur fonctionnement : l'opposition. Les difficultés en lecture sont minimisées, Merita prétendant qu'elle lit couramment en albanais. Les difficultés en arithmétique sont balayées d'un revers de main par la mère : « chez nous, on ne fait pas de ça ! ». Concernant la proposition de suivi par la logopédiste, Merita n'a pas envie de s'y rendre : « c'est une vieille ». Face à cette coalition mère-fille, toutes les mesures thérapeutiques proposées pour améliorer le rendement scolaire sont mises en échec. Après un court appel téléphonique du père sur le portable, la mère, invoquant une très forte migraine, coupe court à l'entretien. À ce stade, toute proposition d'intervention thérapeutique semble représenter une menace pour l'homéostasie familiale.

Je n'ai plus revu cette famille. Au cours d'une réunion de réseau (maîtresse, infirmière, assistante sociale, logopédiste et moi-même) qui a suivi l'évaluation psychologique, l'assistante sociale nous informe que la famille aspirait à devenir « indépendante », c'est-à-dire à renoncer à l'aide financière de l'assistance publique. Ce nouveau statut remettrait également en question le réseau médicosocial concerné. J'ai appris quelque temps plus tard que c'était chose faite, la famille allait voler de ses propres ailes.

## 9. Discussion

Comment comprendre cette intervention avortée ? Au vu des événements intervenus lors de la restitution, il semblerait que l'on se trouve face à la nécessité de hiérarchiser les questions qui nous ont été posées et de poser des jalons temporels dans l'intervention. La première question ne serait plus comment venir en aide à cette enfant, mais comment parvenir à une définition commune du(des) problème(s), de la demande, et enfin de l'aide avec les parents, de manière à susciter un climat d'entente et de collaboration. Autrement dit, comment s'engager avec cette famille dans un processus qui fasse sens pour elle ? Quelles sont ses attentes et ses représentations de l'aide qu'elle peut/veut recevoir ?

Une telle clarification constitue bien entendu un moment-clé autour duquel s'organise toute consultation psychologique (Grossen, 1992 ; Tilmans-Ostyn, 1987). Elle devrait a fortiori faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre d'une consultation avec des patients ou des familles migrantes (Kleinman, 1980 ; Lewis-Fernandez et Diaz, 2002). En effet, en l'absence d'une telle démarche, des patients peu intégrés, ignorant tout à la fois de nos institutions sociales, médicales et éducatives et des prémisses théoriques et cliniques qui guident notre action, pourraient se sentir dépassés, menacés, dépossédés de leurs problèmes et faire barrage, comme dans le cas présent.

Or il semble que c'est avec ce genre de patients que l'on escamote le plus cette phase cruciale de la clarification et négociation de la demande, surtout lorsque celle-ci n'émane pas du patient lui-même mais d'un professionnel, membre du réseau de soins. On a alors une approche centrée

sur l'identification et le traitement du(des) trouble(s), que l'on pourrait qualifier de médicopsychologique et qui s'autolégitime par le cadre institutionnel où s'exerce notre action. Néanmoins, cette approche ne crée pas l'espace pour que le patient migrant, souvent victime d'exclusion et vivant au plus bas de l'échelle sociale, puisse expliciter sa perception des faits, étayée sur son histoire, sa culture et son contexte de vie actuel. Dans cette perspective, on peut se demander quelle valeur prend l'acte de refuser l'aide proposée ; s'agit-il d'une résistance thérapeutique ou d'une résistance sociale (Littlewood, 2000) ? En tant que cliniciens, nous devons garder à l'esprit que toute proposition d'aide effectuée par un intervenant appartenant au système ou aux institutions du pays d'accueil peut réveiller une crainte d'assimilation par la société dominante, un réflexe d'ethnie minoritaire conduisant au repli sur soi et au rejet du monde extérieur.

Dans le regard que nous portons sur nos patients venus d'ailleurs, il est donc primordial de penser autant en termes d'altérité que d'inégalités et d'exclusion sociale. Fassin (2000) montre qu'avec la modification du tissu social de nos sociétés, les professionnels de la santé ont pris l'habitude, lorsqu'ils sont aux prises avec des migrants récalcitrants aux modèles d'intervention habituels, d'invoquer la « présomption de différence », autrement dit, d'expliquer les difficultés rencontrées en termes de différence culturelle. Cette construction de la différence en termes de culture conduit à discriminer les migrants, en faisant un groupe « à risque » qui nécessite des prises en charge particulières comme si leur comportement était sous-tendu par une rationalité « autre » dans laquelle il était impossible de se reconnaître. Fassin défend l'idée que la santé des migrants n'existe pas en soi, inscrite dans les gènes ou des processus psychiques, mais qu'elle résulte dans une large mesure d'une construction socio-historique.

À cet égard, il nous semble important de souligner que les compétences interculturelles du clinicien doivent lui permettre d'éviter deux écueils : l'universalisme et le culturalisme. L'universalisme, et sa variante l'ethnocentrisme, consiste à considérer que nos modèles théoriques et nos façons de faire sont, sinon les seuls, du moins les plus évolués, les meilleurs. Cela revient à minimiser le rôle de la culture et, en définitive, à nier l'altérité. C'est le modèle qui sous-tend la pensée biomédicale mais aussi la plupart des modèles et outils psychologiques qui pensent atteindre des processus ou des mécanismes universels. À l'inverse, le culturalisme relève de la surinterprétation culturelle et cherche à expliquer tout comportement en termes culturels, faisant abstraction aussi bien des aspects contextuels (conditions de vie matérielles, le logement, le chômage, le statut légal, etc.) que des facteurs individuels (style de *coping*, ressources, personnalité, stratégies d'acculturation, etc.) ou familiaux.

Pour avoir une chance de succès, la proposition d'aide à un patient migrant devrait résulter d'une co-construction de la demande ou du moins d'un échange autour de la nature/l'étiologie du(des) problème(s) ou des symptômes. Une telle démarche inscrit l'histoire du trouble dans l'histoire migratoire et suscite une activité narrative et métaréflexive autour du repositionnement identitaire provoqué par la migration. Pour cela, le clinicien doit récolter une série d'informations qui devraient faire systématiquement partie de l'évaluation clinique d'un migrant.

Premièrement, il s'agit de s'informer sur le « projet migratoire » de départ et son contexte (migration volontaire ou involontaire pour une durée limitée ou pas, décision familiale ou individuelle, suite à quels événements particuliers, choix du pays d'accueil, réseau communautaire à disposition, etc.). Il convient également de comprendre, chez des migrants qui ont quitté leur pays depuis plusieurs années, si le projet initial ne se déroule pas comme prévu et/ou s'il a dû être remanié (prolongé ? revu à la baisse ?), ce qui peut être source d'enjeux, de conflits et de tiraillements, souvent en lien avec le facteur déclenchant de la maladie.

La nature du projet migratoire a un impact déterminant sur le « degré et la stratégie d'acculturation » au niveau individuel et familial. Il convient donc de les évaluer, y compris

dans leur dimension conflictuelle, afin de déterminer dans quelle mesure il est possible de miser sur les compétences biculturelles d'un patient. Autrement dit, évaluer sa capacité à « prendre quelque chose de la culture du pays hôte » sans avoir le sentiment de trahir sa culture d'origine constitue un préalable à toute proposition d'intervention. Dans le cas de Merita, on constate que ses efforts d'intégration, mis à part l'apprentissage du français, sont explicitement découragés par ses parents, qui eux, dans le rapport qu'ils instaurent avec la culture du pays hôte, préfèrent et encouragent manifestement la stratégie de la séparation décrite par Berry (1987), c'est-à-dire le repli sur soi dans un espace monoculturel, visant à maintenir les valeurs de la culture d'origine et s'accompagnant du rejet des modalités de vie suisses. Cela rend inopérantes, voire conflictuelles les compétences biculturelles de Merita qui doit s'en défendre comme s'il s'agissait là d'attitudes subversives et déloyales, ce qui conflictualise également ses liens sociaux avec ses pairs à l'école.

*Last but not least*, il nous semble essentiel non seulement de récolter des informations mais également d'en fournir. Par exemple, le clinicien devrait pouvoir se décentrer et expliquer au patient l'organisation du système de soins, le rôle et les spécificités des différents intervenants, les hypothèses qui justifient son action ou les théories qui sous-tendent ses pratiques. En mettant le doigt sur nos différences fondamentales et en reconnaissant nos impuissances respectives à changer le contexte dans lequel se déroule notre échange, l'espace thérapeutique devient un espace transitionnel au sens de Winnicott (1971) où le « fossé culturel » pourra être approché, visité et parcouru par les uns et les autres, faisant de l'expérience de la différence un contenu élaborable, sans être nécessairement conflictuel (Goguikian Ratcliff, *in press*). Non pas que cela modifie notre fonctionnement institutionnel, mais cela devrait accroître le sentiment de reconnaissance et d'*empowerment* (Rappaport, 1981) du patient, sans quoi on verrait se perpétuer une alliance fragile, reflet de malentendus et de conflit de valeurs non élaborés.

Dans la clinique des migrants, pratique et recherche doivent continuer à avancer main dans la main pour nous permettre d'affiner nos indications thérapeutiques (Celano et Kaslow, 2000 ; Koehn, 2004 ; Shiang et al., 1998). Une réflexion au sujet de la formation et des compétences interculturelles ou transculturelles des cliniciens confrontés à des populations d'origines diverses doit être poursuivie, parallèlement à l'étude des caractéristiques du patient (stratégies d'acculturation, style cognitif, personnalité, contexte de vie) et des processus thérapeutiques afin de répondre à la question : quel traitement, pour quel patient, par quel thérapeute ?

## Remerciements

Je tiens à remercier le Pr Jean Dumas et Mme Florence Aschiero pour leur lecture d'une première version de ce texte et leurs commentaires avisés.

## Références

- Berry, J., Annis, R., 1974. Acculturative stress. *Journal of cross-cultural psychology* 5, 382–406.
- Berry, J., Kim, U., 1987. Acculturation and mental health. In: Dasen, P., Berry, J., Sartorius, N. (Eds.), *Health and Cross-cultural Psychology: Towards Applications*. Sage, London.
- Bourhis, R.Y., Moïse, L.C., Perreault, S., Sénécal, S., 1997. Towards an interactive acculturation model: a social psychological approach. *International Journal of Psychology* 32, 369–386.
- Celano, M., Kaslow, N., 2000. Culturally competent family interventions: review and case illustrations. *The American Journal of Family Therapy* 28, 217–228.
- Cohen-Emerique, M., 2000. L'approche interculturelle auprès des migrants. In: Legault, G. (Ed.), *L'intervention Interculturelle*. Gaetan-Morin, Boucherville.
- Fassin, D., 2000. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Hommes et migrations* 1225, 5–12.

- Gailly, A., 1991. Problèmes liés au contexte multiculturel de la relation soignant–soigné. In: Leman, J., Gailly, A. (Eds.), *Thérapies Interculturelles*. Éditions Universitaires, Bruxelles, pp. 97–115.
- Goguikian Ratcliff, B., 2007. Traumatismes et résilience chez l'enfant migrant : rôle de l'ancrage culturel et familial. *L'autre, clinique, culture et société* 8, 249–256.
- Goguikian Ratcliff, B., in press. Différences culturelles fondamentales et exercice de la psychothérapie avec un interprète. In: Thésée, G., Carignan, N., Carr, P., (Eds). *Les faces cachées de la recherche interculturelle*. L'harmattan, Paris.
- Grossen, M., 1992. Intersubjectivité et négociation de la demande dans un entretien thérapeutique. In: Grossen, M., Perret-Clermont, A.-N. (Eds.), *L'espace thérapeutique*. Neuchâtel Delachaux et Niestlé, Paris.
- Haritatos, J., Benet-Martinez, V., 2002. Bicultural identities: the interface of cultural, personality and socio-cognitive processes. *Journal of Research in Personality* 36, 598–606.
- Kaufmann, A.S., Kaufmann, N.L., 1993. K-ABC, batterie pour l'examen psychologique de l'enfant. ECPA, Paris (version anglaise 1983).
- Kleinman, A., 1980. *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press, Berkeley.
- Kim, W.J., 1995. A training guideline of cultural competence for child and adolescent psychiatric residencies. *Child Psychiatry and Human Development* 26, 125–136.
- Kirmayer, L., Dao, T.H.T., Smith, A., 1998. Somatization and psychologization: understanding cultural idioms of distress. In: Okpaku, S.O. (Ed.), *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Koehn, P., 2004. Global politics and multinational health-care encounters: assessing the role of transnational competence. *Ecohealth* 1, 69–85.
- Leavey, G., Hollins, K., King, M., Barnes, J., Papadopoulos, C., Grayson, K., 2004. Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, 191–195.
- Lewis-Fernandez, R., Diaz, N., 2002. The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly* 73, 271–295.
- Littlewood, R., 2000. How universal is something we call "therapy". In: Kareem, J., Littlewood, R. (Eds.), *Intercultural Therapy*. Blackwell Science, Oxford.
- Lischer, R., 2003. Intégration réussie des étrangers ? La réponse des statistiques. Les enfants et adolescents étrangers dans le système suisse d'éducation et de formation. In: Rosenberg, S., Lischer, R., Kronig, W., Nicolet, M., Burli, A., Schmid, P., Buhlman, R., (Eds), *Le parcours scolaire et de formation des élèves immigrés à faibles performances scolaires*. Rapport final. Conférence Suisse des directeurs de l'instruction publique, Berne.
- Macksoud, M., Aber, L., 1996. War experiences and psychosocial development of children in Lebanon. *Child Development* 67, 70–88.
- Rappaport, J., 1981. In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology* 9, 1–26.
- Rousseau, C., Nadeau, L., 2003. Migration, exil et santé mentale. In: Baubet, T., Moro, M.-R. (Eds.), *Psychiatrie et migrations*. Masson, Paris.
- Shiang, J., Kjelder, K., Huang, K., Bogumill, S., 1998. Developing cultural competency in clinical practice: treatment considerations for chinese cultural groups in the United States. *Cultural Psychology and Scientific Practice* 5, 182–210.
- Stevens, G.W., Vollebergh, W., 2008. Mental health in migrant children. *Journal of child psychology and psychiatry* 49, 276–294.
- Tilmans-Ostyn, E., 1987. La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande. *Thérapie familiale* 8, 229–246.
- van de Vijver, J.R., Helms-Lorenz, M., Feltzer, M., 1999. Acculturation and cognitive performance of migrant children in the Netherlands. *International Journal of Psychology* 34, 149–162.
- Winnicott, D.W., 1971. *Jeu et réalité*. Payot, Paris.
- Yahyaoui, A. (Ed.), 1989. *Adolescence et migration*. La Pensée sauvage, Grenoble.