



## MÉTISSE, la lettre de l'Association Internationale d'EthnoPsychanalyse

Métisse 1999 ; 3(4) : 19-21

### Article original

#### Penser autrement les enfants de migrants

L'intérêt de la psychopathologie pour l'enfant dans la migration est récent. Le premier objet d'étude de la psychiatrie transculturelle a été la santé mentale de l'adulte migrant. Collignon (1990, 1991) situe les premières études aux Etats-Unis au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle. Un article dans *L'American Journal of Insanity* proclamait sur la base de statistiques peu valides que les immigrants étaient surreprésentés dans les effectifs des malades hospitalisés dans les asiles américains en réalité, la migration n'est pas invariablement associée au développement de maladies mentales. Beaucoup de facteurs influent sur l'apparition des maladies, le pays d'origine, les motifs de la migration (volontaire ou forcée), les traumatismes éventuels associés à l'émigration, le pays et les conditions d'accueil d'après Murphy cité par Le Boyer et ses collaborateurs (1994). C'est seulement depuis une vingtaine d'années, qu'on peut constater que l'enfant en situation migratoire préoccupe chercheurs et cliniciens confrontés à une psychopathologie non observée dans la nosographie classique.

Je voudrais rappeler les travaux du Pr Collomb (1974) à Dakar, sur les enfants issus de la migration interne, atteints de graves troubles ; pour les pédiatres, malnutrition protéino-calorique ; pour les psychiatres anorexie mentale de l'enfant, kwashiorkor pour les Africains. Ces études portant sur le kwashiorkor sont, selon M.R. Moro déterminantes pour la construction de l'ethnopsychiatrie clinique de l'enfant (1998). Elles mettent en lien les transformations de l'univers de l'enfant, de sa famille et la pathologie de l'enfant. Ces auteurs ont isolé au cours de leurs travaux des croyances et des représentations autour de l'enfant et proposent d'en tenir compte dans l'abord des symptômes, et de la relation mère-enfant.

Les travaux du couple Ortigues sur l'œdipe africain (1966) vont marquer les recherches sur l'enfant et ses partenaires à cette époque. D'autres auteurs se sont intéressés à l'enfant dans les situations trans ou interculturelles : Stork (1997) a travaillé sur les pratiques de soin aux enfants et les interactions entre la mère et le bébé dans le cadre culturel. Bril et Zack (1989) ont tenté de mettre en évidence les transformations des pratiques de maternage chez des femmes bambara du Mali immigré en France.

Nathan et Moro (1989) ont dégagé, la même année dans un article collectif *Le bébé migrant*, les spécificités et la psychopathologie des interactions précoces mère-enfant dans la migration. Ce texte selon ses auteurs se veut le paradigme pour penser l'enfant et peut-être aussi pour rencontrer sa culture son histoire, sa différence. Mais, c'est Devereux qui est considéré comme le précurseur de l'ethnopsychanalyse de l'enfant. Il en a construit les soubassements théoriques, l'a constituée en tant que discipline et en a défini la méthode originale, le complémentarisme. Il a construit le champ à partir de la rencontre de la psychanalyse et de l'anthropologie (Moro, 1998) dans un cadre novateur que Nathan a mis en pratique. Il a surtout posé les jalons pour comprendre un deuil spécifique, que doivent accomplir les migrants : celui de leurs contenants psychiques tout en essayant d'en préserver les contenus selon Nathan.

Dans ce texte il s'agit de faire un retour dans l'événement migratoire et d'examiner ses effets sur le migrant avant de sonder ses retentissements sur l'enfant du même migrant qui est contraint de modifier profondément son identité pour s'adapter à un nouvel environnement, soit familial, soit social. L'enfant migrant comme l'enfant de migrant est souvent inscrit aux pôles extrêmes de la manière d'être normale des enfants de la même classe d'âge ; tantôt dans la marginalité, tantôt dans une dynamique de réussite fascinante.

### **La migration est rupture**

L'individu qui migre accomplit plusieurs actes en un : il immigré et il émigre. Mais, immigrer ; c'est reconstruire seul ce que des générations ont élaboré lentement et transmis. Émigrer c'est quitter, perdre l'enveloppe psychique des

lieux, de sons, d'odeurs, de sensations de toutes sortes qui constituent les premières empreintes sur lesquelles s'est établi le codage de fonctionnement psychique (Moro et Nathan, 1989). L'ethnopsychiatrie admet que toute migration s'accompagne d'un traumatisme de perte du cadre culturel intérieur. Il s'extériorise dans les moments de profonde modification de l'identité et de la filiation (Nathan) et il peut être considéré comme l'opérateur qui assurera la métamorphose de cette identité.

La migration détermine également un état proche de la perte de la familiarité de l'environnement et... du corps, un état de confusion et une instabilité du cadre.

La perte du cadre culturel contraint le migrant à choisir la solution du clivage dans leur fonctionnement ; ils tentent de conserver intact les impressions d'autre fois, mais en les tenant écartées de la vie actuelle, et concurremment, entreprennent une métamorphose d'une part de leur identité.

Enfant, il est arrivé avec la famille, ou a fait le voyage seul en âge scolaire après l'installation de la famille. L'enfant qui migre seul a en général expérimenté la rupture. Il a circulé d'une tante à une grand-mère, d'un village à une ville, d'une école de village à cette autre de la ville. En lui sont inscrits des traumatismes de ruptures successives et il est déjà dans une dynamique de métamorphose de son identité. Jeune, venu avec les parents ou adolescent qui a migré seul, dans l'un ou l'autre cas, l'enfant aura été exposé à un risque transculturel et au traumatisme migratoire facteur de vulnérabilité psychologique quasi inéluctable. C'est le cas de B. un jeune mauritanien de 15 ans, venu en France pour rejoindre son père. B. nous est adressé par le médecin scolaire qui a observé chez lui un mutisme, avec repli parfois errance à l'école, des fois ce sont des rires immotivés ou un sourire énigmatique, le regard est toujours ailleurs et B. ne communique avec personne. Son père travaille en France depuis vingt ans, B., sa sœur (11 ans) et ses deux frères (9 ans) ont voyagé seuls pour rejoindre le père huit mois après le décès de leur mère, dans les suites de couche. Le père n'a jamais pensé faire venir sa famille, il assumait seul son exil et retournait tous les ans pendant deux mois pour des visites. B., l'aîné, grandissait merveilleusement nous dit-il. Il voyait en lui la sagesse, le sérieux et la rigueur

de son propre père. Arrivé en France, B. est entré dans un monde propre à lui dont l'accès est interdit aux autres. Aux cours des entretiens B. est manifestement coupé de la réalité extérieure. A la mesure de la joie de ses frères et sœurs d'être en France, se mesure la détresse, la souffrance de B. Ainsi, au trauma de la disparition de sa mère, s'ajoutent ceux consécutifs au voyage, déclenchant cette manière d'être étrange. Face à l'étrangeté de B., son père nous dit qu'il a dû se passer quelque chose pendant le voyage entre ciel et terre, renversement des mondes qui a fait que B. Badou le guide devienne le guidé. En effet. B. Badou au lieu d'être le successeur du père devient (*Dafaq*), signifiant dans la langue Soninké « ce que les couches mortelles de la mère n'ont pu donner ». Le père qui assumait seul son exil n'est plus en mesure ni de s'occuper de lui-même ni de ses enfants, confiés à la famille d'un cousin éloigné. Hospitalisé dans un service de pédopsychiatrie depuis trois mois, B. Badou attend probablement un autre renversement pour revenir à la vie.

### **La vulnérabilité de l'enfant dans la migration**

Il semble que, être hors de la terre qui contient ses morts, ses ancêtres soit une situation peu propice au fonctionnement du processus de deuil ; placé dans une telle situation le sujet rencontre nécessairement des difficultés à chaque étape maturative (Nathan).

Des études à propos de la santé mentale de migrants et de leurs enfants pointent une constante : certains sont fragilisés par ou suite à l'acte migratoire et ils risquent de le transmettre.

Trois périodes sont isolées pour l'enfant :

La période néonatale : la vulnérabilité est en lien étroite avec le type de maternage, la construction de la parentalité, le style interactif mère-bébé en dehors du cadre social d'origine. On connaît les effets de la grossesse et de l'accouchement sur le psychisme de la femme, un trouble est toujours en instance facilité par les remaniements psychophysiologiques.

La grossesse détermine ce que Bydlowski a nommé une transparence

psychique, avec émergence des fantasmes régressifs et l'afflux de remémorations infantiles. La grossesse est aussi le moment de questionnement sur soi et sur la filiation.

L'accouchement est un autre moment de difficulté supplémentaire où l'enfant imaginaire devient enfant réel, du fait du décalage entre l'imaginaire et le réel : « le bébé est souvent marqué aux yeux des parents d'une inquiétante étrangeté... ou bien est ressenti comme une énigme » (Lebovici, 1999). Les troubles psychiques du post-partum émergent en ce moment.

Chaque groupe culturel, pour contenir le désordre, fournit à la femme et au couple des représentations, des étayages (Moro et Nathan, 1989). En situation migratoire, les femmes sont privées de ces contenants culturels. Elles sont alors envahies par le doute, l'anxiété, le sentiment d'une étrange situation. Dès lors le système de pare excitation maternelle perd de son efficacité, le monde est présenté à l'enfant agressif, non détoxifié, le bébé est dans une interaction peu harmonieuse avec sa mère.

Le nouveau-né n'a d'autres issues, non sans avoir essayé de réanimer sa mère que de développer une pathologie liée aux avatars de cette interaction en rapport elle-même avec une pathologie maternelle du post-partum.

Au cours de la période de trois à huit ans, l'enfant migrant est soit scolarisé avant son voyage et est donc familiarisé à un système scolaire, à une autre logique d'enseignement, soit, il doit faire sa première expérience scolaire. Il s'agit dans les deux cas de figure pour l'enfant, d'une situation angoissante de première fois et on va observer une suspension des investissements ou un non-déploiement de ceux-ci. Les facultés d'apprentissage de la lecture, de l'écriture ; du calcul, sont mises en hibernation. Il est fréquent de voir l'enfant insuffisamment imprégné des référentiels du cadre culturel d'accueil faire des erreurs de codage se sentir menacé et réagir par désir de survie et de conservation de son intégrité par la violence, la colère, l'agressivité.

L'adolescence est la troisième période isolée de vulnérabilité. A ce stade du développement psychomoteur, l'enfant dit « normal » donne à voir des conduites

qui feront des vagues. Entre les conduites de l'adolescence et les conduites délinquantielles le pas est vite franchi. Pour l'adolescent en situation migratoire la confusion des genres est vite faite.

Ce qui caractérise ces derniers est en fait un goût marqué des situations teintées de traumatisme au sens de l'effraction, du choc et de production d'une solution de continuité dans le corps qu'il faut inscrire dans un complexe psychopathologique celui théorisé par Nathan. Le traumatisme selon Nathan cité par Baubet (1999), *représente un dispositif logique et complexe qui est le seul moyen dont dispose l'être humain pour modifier non pas ses contenants, mais ses contenus : son enveloppe. Mais en l'absence d'un monde de croyance c'est-à-dire in-fine d'appartenance, le traumatisme est destiné à se répéter indéfiniment jusqu'à la disparition totale du sujet, car il n'existe pas de fonction psychique sans enveloppe.*

Les tentatives d'autolyse, la toxicomanie, les accidents divers sont « expérimentés » de façon répétitive par l'adolescent en quête d'une identité. En effet, l'adolescence dans la migration est de fait la période où émergent d'insolubles problèmes de filiation instituée ; cet aspect du lien qui découle du fait qu'un sujet est dit par le groupe en relation de parenté avec un autre (Ciccione, 1999), mais aussi des problèmes d'appropriation d'une affiliation culturelle, d'un « inconscient culturel ». Il a fait « un voyage » sans maître tout est à construire de ses mains, il sert de guide aux parents adultes ; il s'interroge sur la place qu'il occupe. Est-il étranger à sa propre filiation ? Auquel cas il lui faudra se définir comme autre et reconstruire son rapport au réel (Moro et Nathan, 1989). Les parents eux-mêmes ne le définissent pas autre ? N'est-il pas la réincarnation d'un ancêtre ? Le don d'une entité nommée ? Pour Nathan il faut resituer l'appétence traumatophilique de l'enfant migrant dans ce contexte de déni de filiation et de velléité de restructuration.

La vulnérabilité paraît inéluctable dans l'exil, elle vient grever l'insertion sociale des migrants et des enfants migrants ou de migrant, mais il ne semble pas les toucher tous.

**Quelles réponses aux problèmes de l'enfant migrant ?**

L'enfant migrant est issu d'une histoire, d'une culture, il a des origines, face aux problèmes psychosociaux qu'il pose mis en relation avec son plein engagement dans un processus dynamique d'acculturation, le modèle ethnopsychanalytique peut être un instrument de co-construction ou de reconstruction de sens et de mise en ordre.

En clinique, il est fréquent qu'une prise en charge demeure inopérante devant les troubles des migrants. Outre les signes qu'il donne à voir et à entendre, identifiables par ailleurs dans un cadre nosographique, émerge constamment un complexe de matériels cliniques spécifiques qui ne peut trouver un sens que dans un cadre thérapeutique qui différencie deux niveaux de lecture obligatoire et non simultanée : un niveau anthropologique et un niveau psychanalytique.

La théorie ethnopsychanalytique pose pour hypothèse, le fait qu'historiquement la culture et l'esprit humain soient coémergents et se présupposent réciproquement, par conséquent, l'être humain se structure en interaction avec son système culturel (Moro, 1998). Autrement dit tout individu ne peut être réduit à son individualité, il a un psychisme, mais relève surtout d'une culture qui lui est spécifique et qui laisse en lui ses empreintes.

L'enfant migrant a été conçu dans une niche développementale, il y a acquis des compétences intellectuelles, un savoir, un savoir-faire qui sont mis à mal par le traumatisme de l'exil. Dans la rencontre avec cet enfant, il ne s'agit pas de changer sa nature, de la modifier, de la rendre pareil à celle de la société d'accueil (Moro, 1998) : tout se résume à une écoute de son altérité qu'il faut se risquer à rencontrer ; dans la situation transculturelle tout travail de soutien doit faire l'économie de l'idée de l'universalité de l'homme culturel. L'individu est toujours inscrit dans une culture avec ses codes de référence et il est judicieux de donner sens à l'insensé dans ce contexte. *Il s'agit d'intégrer deux paramètres : le lien interne entre structuration affective, logique, cognitive, et le monde culturel dans lequel a grandi le patient et la migration comme événement psychologique traumatique.* (Moro et Nathan, 1997).

## Conclusion

1/ Il y a de bonnes raisons de penser que l'on ne peut plus comparer les sujets enfants migrants avec les sujets enfants du pays d'accueil, sans en évaluer jusqu'à quel point les premiers conservent des styles de vie traditionnels ou bien se sont occidentalisés. De même il semble bien se développer des pathologies propres en particulier aux cultures occidentales, comme l'anorexie mentale, la boulimie, les phobies scolaires, l'agoraphobie, la kleptomanie, la reconnaissance d'une spécificité et d'une différence des pathologies chez les migrants semble justifiée. Leboyer et al (1994).

**Marcellin Yapo<sup>1</sup>**

## BIBLIOGRAPHIE

Collignon R. (1990-1991) Immigration et psychopathologie. *Psychopathologie africaine* 1990-1991 ; XXIII(3) : 265-78.

Collomb H, Valantin S. (1974) Le kwashiorkor, anorexie mentale de l'enfant. In : Anthony J, Chiland C ; Koupernick C. *L'enfant dans sa famille : L'enfant à haut risque psychiatrique* (T. 1). Paris : PUF (Collection Le Fil rouge) ; 1980.p.339-46

Ciccone A. *La transmission psychique inconsciente*. Paris : Dunod ; 1999.

Bydlowski M. La relation fœto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus. In : Lebovici S, Soulé M, Diatkine R. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (T. 3). Paris : PUF ; 1995.p.1881-91

Baubet T. "Toxicomanies" chez les enfants de migrants : une approche ethnopsychiatrique. *Le Journal des Psychologues* 1999 ; (172) : 36-8.

---

<sup>1</sup> Psychiatre, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Avicenne (Bobigny).

Bril B., Zack M. Du maternage à la puériculture. Informations Sociales 1989 ; (5) : 30-40.

Ortigue MC, Ortigue E. Oedipe africain. Paris : Plon ; 1966.

Lebovici S. (1999) La consultation thérapeutique en psychiatrie du nourrisson. *Cahiers psychiatriques* 1999 ; (26) : 129-42.

Leboyer M, Lévy-Leboyer C, Gorwood P. Psychopathologie sociale. In : Widlöcher D. *Traité de psychopathologie*. Paris : PUF ; 1994.p.845-6

Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod ; 1998.

Moro MR, Nathan T. Le bébé migrateur. Spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. In : Lebovici S, Weil-Halpern F. *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF ; 1989.p.683-748.

Moro MR, Nathan T. Psychiatrie transculturelle de l'enfant. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M (Eds), *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent* (T. 1). Paris : P.U.F. ; 1995.p.423-46. Deuxième édition en 1999 dans la coll. « Quadrige ».

Stork H. Variations culturelles du maternage. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M (Eds), *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent* (T. 1). Paris : P.U.F. ; 1995.p.447-60.