



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

Métisse 2001 ; 5(1&2) : 26-33

### Article original

L'être et l'avoir. L'exemple du travail parents migrants-bébés

#### **Le psychiatre d'enfants confronté à de nouvelles demandes : l'exemple du travail parents migrants-bébés**

*Le psychiatre d'enfants et d'adolescents est confronté à des demandes de plus en plus hétérogènes, de plus en plus complexes, dans un tissu social en crise marqué par des ruptures souvent, par la violence parfois et toujours, par la diversité. Nous voudrions montrer que cette diversité de la demande est une chance pour nous, elle nous oblige à modifier nos positions et à devenir créatifs tant sur le plan théorique que technique. Cette diversité nous oblige à nous laisser modifier par la modernité de ces contextes. Devant la multiplicité et parfois l'atypicité des demandes, nous nous trouvons au quotidien dans des situations qui nous amènent à concevoir, voire à inventer (osons le mot) de nouvelles positions cliniques plus perméables à la réalité externe et à ses ruptures, à sa violence, à sa potentialité traumatique, à sa capacité d'étayage aussi... C'est donc à la fois une question de position intérieure du clinicien et une question de setting à construire, à co-construire avec les patients : quelles modifications techniques peuvent favoriser le récit, l'élaboration, la narrativité, la figuration de l'altérité psychique, sociale ou culturelle ou encore la représentation du lien à l'autre ? Cette nécessaire remise en question de la position du clinicien et des dispositifs qu'il propose aux enfants et à leurs familles passe sans doute par une modification de nos propres cadres de pensée qui reconsidèrent ou du moins complexifient notre représentation des liens entre réalité interne et réalité externe, entre moi et l'autre, entre l'intrapsychique et l'intersubjectif... Même si ces notions se situent à des niveaux différents, elles construisent les pôles d'une dialectique à penser et à opérationnaliser. On peut d'ailleurs réclamer ici une remise en cause de la hiérarchie implicite entre ces termes pour une meilleure*

*adaptation à la réalité des enfants et de leurs familles en difficulté dans un monde complexe et mouvant. Et peut être aussi faut-il plaider pour une véritable « laïcisation » du clinicien qui n'attend pas la prétendue « demande » dans son bureau mais accepte de répondre à celle-ci là où elle se pose et selon les termes même de celle-ci même si cela peut être déconcertant parfois pour nous.*

En effet, nous avons été frappés depuis longtemps déjà par la difficulté de certaines familles de venir jusqu'à nous ou de revenir lorsque parfois elles arrivent à venir consulter sous la pression de l'école qui menace d'exclure leur enfant en grande difficulté pour apprendre ou plus tard sous celle de la justice, pour des adolescents en errance ou en ayant des conduites délinquantes. Ceux qui semblent en avoir le plus besoin, n'utilisent pas le système de soins que nous leur proposons ou mal et ce pour des raisons qui semblent avant tout sociales pour certaines familles et culturelles pour les familles migrantes. C'est alors imposée l'idée de modifier notre dispositif de soins pour les familles migrantes et leurs enfants en commençant par nos modalités d'accueil et de soins des parents et de leurs bébés. L'enjeu étant important et nouveau, nous avons pensé que cette démarche ne pouvait se faire que dans le cadre d'une recherche-action qui permette une modification de l'ensemble des acteurs de soins en présence. Nous allons rendre compte ici de la démarche qui nous a amené à proposer ce nouveau dispositif, des principes de ce nouveau setting et de quelques résultats concernant l'évaluation du dispositif proposé.

## **I. Contraintes épistémologiques et pragmatiques**

Notre réflexion a pour origine des préoccupations épistémologiques et pragmatiques :

1- épistémologiques d'abord : d'ordinaire, on considère l'interaction mère-enfant comme un objet en soi, isolé et complet. Les deux protagonistes, dit-on, interagissent l'un sur l'autre en système plus ou moins clos. Les dyades sont alors évaluées, leurs actes quantifiés, leurs caractéristiques définies... On observe l'interaction mère-enfant et ses dysfonctionnements et l'on tente d'en modifier la nature en travaillant directement sur cette interaction observable (comportementale) ou inférée (affective et fantasmatique). Dans cette

perspective, la culture ne serait que seconde par rapport à ce qui serait de l'ordre des fantasmes idiosyncrasiques transmis de la mère à l'enfant. Tout au plus admet-on, que la culture « colore » le style des interactions mère-enfant. Le travail avec les familles migrantes nous a amenés à penser que pour se représenter les interactions parents-enfants et pour les modifier lors des dysfonctionnements, il faut intégrer le paramètre culturel non pas comme un facteur contingent de l'interaction mais comme un facteur premier, c'est-à-dire comme sa condition même d'existence. Sur le plan anthropologique enfin, même une rapide étude des manières de faire de par le monde nous contraint à penser que notre modèle des interactions est purement occidental et en aucun cas universel [3, 13, 14]. A partir de là, nous avons pris une option théorique qui est celle de l'ethnopsychanalyse c'est-à-dire l'utilisation, pour comprendre et pour soigner, de deux référents, le référent anthropologique et le référent psychanalytique [8].

2- Cette démarche s'enracine aussi dans des préoccupations pragmatiques, cliniques et techniques. A partir des acquis de l'ethnopsychanalyse générale [7, 8, 27], nous avons cherché à mettre au point une technique de soins qui permette de prendre en charge de manière efficiente les familles migrantes et leurs bébés. En effet, notre pratique dans les banlieues de la région parisienne et nos recherches exploratoires avaient montré la difficulté à évaluer puis à modifier les dysfonctionnements interactifs mère-enfant sans tenir compte de l'origine culturelle de la famille et de sa situation transculturelle [10, 24, 25]. Or, même si la psychanalyse s'est montrée bien plus apte que toute autre technique à prendre en charge l'altérité des familles migrantes sans doute du fait même de la réflexion depuis longtemps amorcée sur l'altérité individuelle [11], reste que l'altérité culturelle constitue pour la psychanalyse une aporie qu'elle a du mal à penser si ce n'est pour la réduire à l'étrangeté que chacun perçoit vis-à-vis de lui-même. Les familles qui arrivent dans nos consultations transculturelles, après un échec d'un autre type de soins, tendent à montrer qu'il existe une nécessité de faire autrement pour certaines familles migrantes, pas toutes, celles qui le demandent ou celles qui par leur absence ou leur difficulté à investir un lieu de soins classique demandent qu'on fasse autrement. La psychothérapie des migrants est certes une entreprise difficile et nécessitant des formations multiples, souvent hétérogènes dont par conséquent la maîtrise simultanée est

particulièrement malaisée. Cependant cette psychothérapie est porteuse de promesses pour la psychopathologie générale. La clinique ethnopsychanalytique permet de mettre en évidence des mécanismes qui existent qu'elle que soit la position thérapeutique et pas seulement en situation transculturelle. Le décentrage introduit par le dispositif technique de l'ethnopsychanalyse permet de rendre explicites certains processus implicites en intra-culturel.

Il n'en reste pas moins que les difficultés quotidiennes avec les familles migrantes et leurs bébés nous contraignent à modifier notre technique et notre théorie pour les adapter à ces nouvelles situations cliniques où de plus en plus de facteurs interviennent - complexifier nos manières de faire mais aussi de penser. Elles nous obligent à nous décentrer et à nous modifier.

## **II. Méthodologie**

### **1. Le dispositif ethnopsychanalytique**

#### **1-1. Brève définition**

L'ethnopsychiatrie (ou ethnopsychanalyse) est une technique psychothérapique, basée sur la psychanalyse, qui analyse les fonctionnements psychiques internes en tenant compte de la dimension culturelle du désordre et de sa prise en charge [26]. Le terme d'ethnopsychiatrie est celui consacré par la tradition même si pour être plus précis l'on devrait dire ethnopsychanalyse ou plus exactement ethnopsychothérapie d'inspiration psychanalytique. Sur le plan théorique, elle s'est construite sur un principe méthodologique, le *complémentarisme*, et sur deux discours, celui de la psychanalyse et de l'anthropologie [8]. Sur le plan technique, elle nécessite la mise en place d'un dispositif qui permette l'explicitation de données tant culturelles - appartenant aux groupes d'appartenance du patient - qu'idiosyncrasiques - découlant de son histoire singulière. Il s'agit donc de prendre en compte deux paramètres injustement négligés : l'origine culturelle des familles et leur situation transculturelle. N'oublions pas, les migrants sont des métis - ni seulement bambara, arabe, chinois ou kabyle... ni seulement français, métis...

L'ethnopsychiatrie considère les techniques traditionnelles comme de véritables objets d'étude. Elle en a ainsi tiré des logiques pour construire progressivement des modalités d'interventions concernant les patients issus des sociétés traditionnelles : que ce soit d'Afrique, d'Asie du Sud-Est, de Turquie. A partir de ces recherches, un dispositif a été construit à Avicenne pour soigner les patients migrants issus de ces sociétés non-occidentales : la mère et son enfant, parfois le père, les autres enfants, d'autres membres de la famille, l'équipe qui nous a adressé la patiente arrivent à la consultation. Ils s'installent à l'intérieur d'un groupe formé par le thérapeute principal et les co-thérapeutes de nationalités diverses, de cultures multiples, et parlant un grand nombre de langues : un groupe de co-thérapeutes métissés. Parfois, tout particulièrement pour les familles originaires d'Afrique où l'on recense une myriade de langues et de dialectes, un interprète extérieur au groupe se révèle nécessaire. Il est toujours possible au patient de faire l'entretien dans la langue qu'il choisit : langue maternelle ou langue du pays d'accueil, aucune hiérarchie est faite entre ces langues. Ce qui compte avant tout d'un point de vue clinique, c'est la possibilité de passer d'une langue à l'autre. Ce qui importe, c'est le mouvement et non la fixité d'une origine prétendue donnée à tout jamais. Par ailleurs, l'avantage du groupe sur l'individuel pour certaines familles migrantes qui valorisent un dispositif collectif est de favoriser le récit, le holding et d'éviter un face à face qui peut être ressenti comme violent par ces familles [22].

Les dyades en présence sont multiples : la dyade mère-bébé, père-bébé, mais aussi parfois le couple constitué par la mère et un de ses autres enfants. Dans le groupe s'établit le couple mère-groupe, mère-thérapeute principal, thérapeute principal-enfant et des couples latéraux entre la mère et certains membres du groupe ; de même s'organisent autour du père des couples qui se font et se défont au gré des alliances thérapeutiques formées par le père. Reste une dernière série de couples, celle qui se noue autour de l'interprète : mère-interprète, interprète-thérapeute principal, interprète-co-thérapeutes.

Si les diverses psychothérapies d'inspiration psychanalytique « sont centrées autour du discours du patient », en ethnopsychiatrie, la séance s'organise d'abord « autour du discours sur le patient » [2] pour accéder, dans un deuxième temps seulement, au discours du patient. Nous commençons, en effet,

par laisser parler les accompagnants puis, les membres de la famille. Puis l'on cherche à connaître les dires des autres membres du groupe familial et culturel sur la mère et l'enfant, sur ce qu'on a pu dire à la maison, au pays, sur ce qu'ont proposé les gens consultés (vieilles femmes du village, guérisseur à Paris ou au pays...). Et ainsi, accéder à la diversité des représentations sur la dyade mère-enfant qu'elles soient culturelles, familiales ou par la suite de plus en plus individuelles.

Le thérapeute va effectuer au cours de l'entretien deux types d'actes : des inférences et des interventions thérapeutiques [1]. Le thérapeute produit des inférences au sens de Labov et Fanshel [12] c'est-à-dire qu'il s'applique à rechercher au-delà de la structure de surface du discours du patient, niveau explicite - ce qui est dit - le niveau implicite, appartenant aux structures sous-jacentes du discours - ce qui est communiqué et surtout de ce qui est agi (les actes de langage du patient). C'est cette recherche d'éléments dans les niveaux implicites du discours que l'on désignera à la suite de ces auteurs sous le terme d'activité d'inférence.

A partir de ces opérations, le thérapeute va faire des interventions, sous la forme d'énoncés composés d'un texte, d'une intonation et d'une gestuelle - donc des trois registres du verbal, para-verbal et non-verbal [1]. Ces interventions sont liées, dans leur forme et leur contenu, aux dires du patient mais elles découlent aussi du travail psychique du thérapeute, de sa théorie, de son expérience professionnelle, de sa propre histoire, bref de son contre-transfert - ce terme étant utilisé ici au sens de Devereux [7]. Il a défini le contre-transfert comme : « la somme totale des déformations qui affectent la perception et les réactions de l'analyste envers son patient ; ces déformations consistent en ce que l'analyste répond à son patient comme si celui-ci constituait un imago primitif, et se comporte dans la situation analytique en fonction de ces propres besoins, souhaits et fantasmes inconscients ». C'est cette définition large du contre-transfert que nous utiliserons ici. Devereux est le premier à avoir montré l'importance de ce processus dans toutes les sciences humaines : « J'affirme que c'est le contre-transfert, plutôt que le transfert, qui constitue la donnée la plus cruciale de toute science du comportement, parce que l'information fournie par le transfert peut en général être obtenue par d'autres moyens, tandis que ce n'est

pas le cas pour celle que livre le contre-transfert » [7, p. 15]. Dans ce contre-transfert, il définit le niveau affectif (celui qui est décrit par Freud) et le niveau culturel qui est notre propre réaction à l'altérité culturelle de l'autre (il est conceptualisé et analysé par l'ethnopsychanalyse [22, 27]).

## **2. Méthode de l'étude des psychothérapies parents migrants-bébés**

Un travail a exploré de manière systématique les psychothérapies parents-bébé en situation ethnopsychanalytique. L'étude a commencé en 1988, des premiers résultats ont été publiés en 1991 [24, 25] puis en 1994 [23] et en 1998 [22] et elle se poursuit encore aujourd'hui (jusqu'à fin 2001). Dans cette recherche, notre objet d'étude est restreint : il est formé de l'interaction parents migrants-bébé et des dysfonctionnements tels qu'ils s'actualisent dans la situation transculturelle.

Le champ théorique de cette étude est celui en cours de formalisation de l'ethnopsychiatrie de l'enfant [21, 22, 23]. Il prend appui sur le corpus théorique de l'ethnopsychiatrie générale [6, 7, 8, 27], de certains travaux actuels consacrés aux interactions mère-enfant dans les sociétés occidentales [5, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 31...] et d'études anthropologiques consacrées à l'enfant [3, 13, 14, 28...].

La méthode complémentariste et éclectique consiste à réunir un faisceau d'arguments qualitatifs provenant des champs de la psychanalyse, de l'anthropologie, de l'éthologie et de la psychologie cognitive pour résoudre le paradoxe méthodologique auquel toutes les recherches de ce type se heurtent nécessairement : comment aller de l'observable à l'implicite ? Dans la mesure où elle utilise des données appartenant à des champs extérieurs à elle - de façon très partielle, il est vrai - cette stratégie est dite éclectique mais, elle reste essentiellement focalisée sur la méthode ethnopsychanalytique.

Le recueil des données consiste alors : 1- à évaluer à l'intérieur du dispositif ethnopsychiatrique les changements au niveau de l'enfant (symptômes et états affectifs), de la mère (symptômes, caractéristiques du discours, indices permettant d'appréhender les représentations conscientes et inconscientes), du

père chaque fois que possible (les mêmes indices sont recherchés), des autres enfants de la famille (symptômes, comportements), des interactions mère-enfant, père-enfant, thérapeute-enfant ; 2- à systématiser les actes du thérapeute et à évaluer leur efficacité ; 3- à définir les interactions entre les différents protagonistes de l'entretien ethnopsychiatrique.

Notre population est constituée environ deux cent cinquante situations parents-enfant (l'enfant ayant en dessous de trois ans) suivies à la consultation transculturelle d'Avicenne. Les familles migrantes retenues viennent d'Afrique Noire et du Maghreb.

L'analyse systématique des interactions à l'œuvre dans un dispositif ethnopsychiatrique est faite à partir des enregistrements vidéo.

Voici certaines données partielles auxquelles nous sommes parvenus en insistant ici sur les données qualitatives qui concernent les modifications du discours parental, du bébé lui-même et des interactions parents-bébé.

### **III. Données et analyses**

#### **1. La culture des parents : un système interactif ouvert**

(1) En situation transculturelle, on ne peut ni observer, ni évaluer, ni modifier des interactions parents-enfant sans tenir compte des manières de faire propres à la famille.

(2) L'analyse des actes thérapeutiques et de leurs effets montre que les propositions thérapeutiques qui génèrent en début de travail du récit concernant l'enfant et le lien que les parents ont avec lui sont celles qui contextualisent l'interaction parents-enfant, c'est-à-dire celles qui l'inscrivent dans le cadre culturel d'origine des parents. Une fois que l'alliance de soins est établie avec les parents, le matériel culturel devient de moins en moins explicite dans les échanges.

(3) L'analyse des théories étiologiques utilisées par les parents pour penser les difficultés avec leurs bébés montre que les dysfonctionnements interactifs ne peuvent être pensés en dehors des autres représentations culturelles qui constituent l'univers de référence des parents (les *Djinné*, le maraboutage, les objets-sorts, la sorcellerie, le sacré, la religion...).

De ces trois points, on en déduit que l'interaction parents-enfants n'existe pas hors d'un système interactif généralisé, le système culturel d'appartenance des parents. Les interactions précoces mère-enfant sont inscrites dans un contexte et ne peuvent être décrites en dehors de lui. Cette hypothèse n'exclut pas les autres éléments classiquement répertoriés (paramètres affectifs, fantasmatiques, imaginaires...) mais les complexifie en y adjoignant les logiques culturelles.

## **2. Le berceau culturel des interactions parents-bébé**

L'analyse des actes thérapeutiques a montré qu'en dehors de la langue, on peut mettre en évidence trois paramètres fonctionnels, c'est-à-dire trois opérateurs qui génèrent du discours autour de l'enfant et qui sont susceptibles de modifier les représentations que les parents ont de l'enfant : les représentations ontologiques, les théories étiologiques et les logiques des thérapies traditionnelles. Ces trois éléments contiennent des logiques et des processus qui rendent sans doute compte de leur fonctionnalité.

### **(1) Représentations ontologiques**

Elles désignent les représentations que les parents ont de l'enfant, de sa nature, de son identité, de son origine, des modalités de son développement, de ses liens avec la famille. Elles sous-tendent aussi tous les actes que la mère effectue vis-à-vis de l'enfant. Nous préférons utiliser ici le terme de représentation plutôt que celui de théorie car contrairement aux théories étiologiques, que nous allons définir, les représentations ontologiques ne sont pas définies comme des ensembles distincts, elles sont souvent moins structurées et ne portent pas de nom spécifique mais, elles infiltrent l'ensemble du discours de la famille.

## **- Logiques**

Ces représentations culturelles pré-existent à l'enfant, elles constituent une sorte d'image qu'il va venir habiter ; elles déterminent la manière dont l'enfant est perçu et donc investi ; elles influent sur la manière dont on entre en relation avec lui. Les logiques de cette théorie doivent être explorées en fonction des cultures. Cependant, on trouve des logiques récurrentes à travers le corpus étudié (prenons ici, l'exemple de l'Afrique de l'Ouest) : logique de l'altérité de l'enfant - un bébé est chez les Mossi mi-Ancêtre, mi-Génie en somme non-humain (Bonnet, 1988) ; celle de la vulnérabilité liée au changement d'état - tant qu'il ne parle pas, un bébé mossi est en danger de repartir ; celle de l'inclusion de l'enfant dans l'ensemble du système culturel ; celle de l'humanisation obligatoire de l'enfant pour l'agréger à son groupe...

## **- Processus**

De ces logiques découlent un certain nombre de processus qui auront pour but de déterminer la nature de l'enfant, tels les processus de nomination. Ces processus doivent être refaits et souvent complexifiés dans les situations pathologiques pour identifier le caractère singulier de l'enfant malade ou de celui qui présente des difficultés relationnelles avec son entourage.

## **- Exemple**

Logique : cet enfant appartient à un autre monde qu'à celui des humains

==> Processus : mise en place des procédures d'humanisation de l'enfant (nomination, massages, protection... [13])

## **(2) Théories étiologiques**

Liées à ces représentations ontologiques se développent des théories étiologiques qui rendent compte d'un dysfonctionnement tant biologique que relationnel (la mère et l'enfant, les parents et l'enfant) et même social (les

malheurs qui s'abattent sur la famille, sur le groupe après la naissance de l'enfant... [33]).

### **- Logiques**

Ces théories étiologiques cherchent à donner un sens culturellement acceptable au désordre concernant l'enfant, la mère, la relation parents-enfant... Elles sont contenues dans un corpus constitué et structuré qui permet de déterminer des causalités culturellement représentables.

### **- Processus**

Les processus mis en œuvre dans cette recherche étiologique peuvent être :  
1- des actes divinatoires (lecture de cauris, de kolas, du sable, utilisation des lanières, des souris... en Afrique Noire, technique du « plomb », lecture des œufs... au Maghreb) ; 2- des inférences liées à des indices physiques ou psychiques particuliers de l'enfant ; 3- des réunions de l'ensemble du système familial où chacun va parler des liens qu'il a avec l'enfant et ses parents...

La recherche d'une causalité efficiente (c'est-à-dire celle qui produit des modifications) fait donc appel à des processus techniques d'identification dont les guérisseurs sont en général les dépositaires.

### **- Exemples**

(1) Logique : le dysfonctionnement ne se trouve pas entre la mère et l'enfant mais en un autre point du système culturel

==> Processus : trouver où se situe le dysfonctionnement ? Trouver la règle culturelle transgressée, par exemple le non-respect des Ancêtres par le père de l'enfant...

(2) Logique : le bébé est porteur d'un message de l'Ancêtre

==> Processus : recherche de ce message par des actes divinatoires, par la réunion du groupe familial agnatique...

### **(3) Thérapies traditionnelles**

A partir des représentations ontologiques, puis de la recherche étiologique, pourra être posé un acte thérapeutique par quelqu'un culturellement habilité à donner le sens.

#### **- Logiques**

Les logiques des thérapies traditionnelles consistent à poser un acte langagier ou le plus souvent extra-langagier qui rétablit l'ordre en agissant toujours sur le contexte c'est-à-dire qui restructure les liens que l'enfant a avec son entourage et le monde culturel dans lequel il est inscrit.

#### **- Processus**

Cette action sur le contexte du dysfonctionnement se fait en utilisant des processus complexes comme celui de l'inversion, de la complémentation, de la contextualisation... [24].

#### **- Exemples**

(1) Logique : l'enfant *nit ku bon* est en danger de repartir dans le monde des Ancêtres

==> Processus : il faut fixer l'enfant dans le monde des humains [33]

(2) Logique : l'enfant « qui part et qui revient » serer est destiné à repartir chez les Ancêtres mécontents

==> Processus : identifier l'Ancêtre réincarné et la nature de sa demande [4]

Cette même analyse avec ses trois niveaux d'action différents (niveau ontologique, étiologique et thérapeutique) se retrouve pour tous les systèmes de représentations culturels retrouvés dans le corpus étudié : *l'enfant-ancêtre*,

*l'enfant nit ku bon, le bébé esprit*, pour ne donner que quelques formes concernant l'Afrique de l'Ouest [13, 10, 28]

Cette analyse amène à considérer les représentations ontologiques, les théories étiologiques et les actes thérapeutiques comme de véritables contraintes logiques, des éléments formels constitués de logiques et de processus à la disposition de tous les membres du groupe culturel. Les énoncer est un acte qui initie une série interactive. Ces contraintes interactives tendent donc à modifier l'univers cognitif de la famille, à mobiliser leurs investissements affectifs et à transformer la représentation qu'elle a de l'enfant. Soulignons avec vigueur le fait qu'il s'agit du discours des parents sur l'être, le sens et le faire et non pas la mise en pratique dans les consultations de techniques qui nous appartiennent pas ou de validation de théories étiologiques ou des représentations qui viennent du monde du patient. Il s'agit de poser ces représentations dans le cadre, d'en comprendre les logiques et de co-construire avec les parents un récit qui permette d'advenir des liens, qu'émergent des sens individuels et que des modifications des représentations conscientes et inconscientes soient possibles ; en somme d'induire des processus de changement à partir des représentations des parents et de l'observation des interactions parents-bébé.

### **3. Les actes thérapeutiques**

L'analyse des actes des thérapeutes a montré que les interventions au niveau du système culturel des parents apparaissent comme les plus pertinentes au sens défini par Sperber et Wilson [29] dans leur modèle cognitif de la communication, c'est-à-dire celles qui provoquent le maximum d'« effets contextuels » pour les parents avec le moindre « coût en processus » - Cette dernière expression est proposée dans un sens assez proche de celui utilisé par Widlöcher et Hardy [32, p.181] pour ce qui concerne l'interprétation en psychanalyse : « (...) l'hypothèse interprétative "la plus cohérente", à ce moment de la cure, avec le principe de pertinence tel qu'il est défini dans le modèle de Sperber et Wilson, c'est-à-dire l'interprétation qui aura les effets contextuels les plus importants pour l'analysant, à un moindre coût de traitement (c'est-à-dire l'interprétation la plus accessible pour le patient à ce moment-là) ».

1- Les interprétations concernant le lien mère-enfant s'étayaient toujours sur des éléments du système culturel. Dans le corpus analysé, aucune interprétation n'est faite directement sur le lien mère-enfant (ce que l'on observe directement du lien mère-enfant) mais plutôt sur les liens que la mère, le père, la triade parents-enfant ont avec le système culturel. En revanche, l'observation du lien mère-enfant, parents-enfant permet d'évaluer les interactions comportementales et affectives, de poser des hypothèses sur les interactions fantasmatiques, hypothèses affinées ou modifiées ensuite par le discours parental, de percevoir les diverses expressions du bébé et de définir les éléments culturels sur lesquels on peut s'appuyer pour poser des interprétations. L'interprétation psychanalytique ne sera donc donnée que s'il existe un relais culturel qui le permet et un cadre culturel sur lequel puisse s'étayer la relation (le relais culturel peut être soit une représentation ontologique, soit une théorie étiologique, soit une logique de la thérapie traditionnelle).

2- On évalue l'efficacité des interprétations à la richesse et la qualité du discours obtenu en réponse à l'interprétation [9]. Les interprétations qui semblent modifier le plus les interactions mère-enfant observables, celles qui génèrent un discours associatif riche autour de l'enfant sont celles qui se situent entre le niveau psychique et le niveau culturel et celles qui relient la triade parents-enfant et le système culturel.

3- Parmi les propositions thérapeutiques, nous avons défini les propositions tacites contenues dans le dispositif et les propositions directes. Les propositions thérapeutiques directes, sont constituées de quatre catégories : les inducteurs culturels, les opérateurs d'inversion, les objets thérapeutiques, les inducteurs spécifiques de liens parents-enfant. Toutes les propositions thérapeutiques précédentes peuvent modifier les liens parents-enfant. Mais l'analyse orientée de notre corpus sur l'interaction mère-enfant a permis de montrer que certains types de propositions thérapeutiques ont des effets plus spécifiques sur ce lien. Elles génèrent de la part des parents un discours centré sur l'enfant et modifient les interactions observables parents-enfant. L'examen du corpus montre qu'en général, les propositions thérapeutiques qui génèrent du récit autour de l'enfant

contiennent un ou plusieurs éléments des trois ordres : ontologique, étiologique et thérapeutique.

4- Le rétablissement d'un cadre culturel efficient introduit dans la trame interactive (interaction parents-enfant et parents-enfant-thérapeute) de la cohérence et de la pertinence. On a montré que parallèlement à la mise en place du système de représentation culturelle de l'enfant dans le cadre thérapeutique, on constate la disparition des symptômes de la mère, de ceux de l'enfant et une modification des interactions parents-enfant. Ce mécanisme a été défini comme un mécanisme de *co-construction d'un sens culturel* entre la famille et le thérapeute. Sur ce sens culturel, s'étayera la construction d'un sens individuel.

D'une façon générale, ces facilitateurs de liens mère-enfant en situation migratoire ont trois séries de conséquences. Les deux premières sont évaluables essentiellement dans le discours des parents : 1- ils tendent à inclure l'enfant dans le monde des représentations des parents, c'est-à-dire ils le rendent pensable par la mère et le groupe familial. 2- Ils permettent que l'altérité de cet enfant né dans un univers culturel différent de celui des parents, soit pensable par eux. Ainsi l'enfant, même différent, pourra s'inscrire dans une filiation (groupe familial) et des affiliations (groupes culturels). 3- La dernière est observable dans la modification des interactions parents-enfant (rétablissement d'un système interactif harmonieux).

L'univers culturel met à la disposition des parents des stratégies d'interactions sans doute multiples. Quelques éléments fonctionnels de ce système organisateur d'origine culturelle ont été répertoriés et définis par cette recherche mais, seule la multiplicité d'études pluridisciplinaires de plus en plus focalisées sur un des éléments du système pourront aboutir à un corpus structuré avec des données vérifiables, transmissibles et cumulatives.

### **Conclusions : éloge de la complexité**

Le travail psychothérapique avec les parents migrants et leurs bébés n'est qu'un exemple parmi d'autres des nouvelles demandes auxquelles nous sommes confrontés. Il met en évidence l'importance du dialogue pluridisciplinaire et de la

nécessité de nous laisser modifier par d'autres savoirs et d'autres mondes. Aucune science, aucune pensée, aucune méthode, voire aucune pratique ne peut prendre le risque d'ignorer les avancées des autres sciences, des autres pensées, des autres méthodes, des autres pratiques... Il est permis de penser que ces confrontations contiennent en germe de nouvelles inventions. Si la psychanalyse veut continuer à être un outil vivant, elle doit « prendre le risque de participer à cette invention » [30]. Cette perspective nous amène à faire un éloge de la complexité et de la diversité dont il ne peut sortir, après la crise, que de nouveaux mondes et de nouvelles approches. Beau défi.

**Marie Rose MORO<sup>1</sup>**

### **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Blanchet A. L'entretien : la co-construction du sens. In : Revault d'Allones CI. (Ed.) *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris : Dunod ; 1989.
- [2] Blanchet A, Nathan T. La contrainte de la case vide. Capacités thérapeutiques de l'analogie dans la psychothérapie spécifique des migrants. In : Yahyaoui A. (Ed.) *Adolescence et migration*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 1991.p.141-53.
- [3] Bonnet D. *Corps biologique et corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*. Paris : ORSTOM ; 1988.
- [4] Collomb H. (1974) L'enfant qui part et qui revient ou la mort du même enfant. In : Anthony J, Koupernik C. (Eds) *L'enfant dans la famille* (trad. fr.). Paris : P.U.F. ; 1980.p.354-62.
- [5] Cramer B. Assessment of Parent-Infant Relationships. In : Brazelton TB, Yogman MW. (Eds) *Affective development in infancy*. Ablex : Norwood NJ ; 1986.p.156-72
- [6] Devereux G. L'image de l'enfant dans deux tribus : Mohave et Sedang. *Revue de Neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant* 1968 ; (4) : 25-35.
- [7] Devereux G. (1967) *De l'angoisse à la méthode*. Paris : Flammarion ; 1980.

---

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

- [8] Devereux G. (1972) *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion ; 1985.
- [9] Freud S. (1918) Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. In : *De la technique psychanalytique* (trad. fr.). Paris : P.U.F. ; 1953.p.131-41.
- [10] Kouassi K. Naître en pays baoulé ou les bébés esprits. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1987 ; (4) : 59-68.
- [11] Kristeva J. *Etrangers à nous-mêmes*. Paris : Fayard ; 1988.
- [12] Labov W, Fanshel D. *Therapeutic discourse*. New-York : Academic Press ; 1977.
- [13] Lallemand S, Journet O, Ewombé-Moundo E. (Eds) *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar*. Paris : L'Harmattan ; 1991.
- [14] Lallemand S. Pratiques de maternage chez les Kotokoli du Togo et les Mossi de Haute-Volta. *Journal de la société des Africanistes* 1981 ; 51(1-2) : 43-61.
- [15] Lebovici S, Mazet Ph, Visier JP. (Eds) *Evaluation des interactions précoces*. Paris : E5HEL ; 1989.
- [16] Lebovici S. Le mandat transgénérationnel. *Psychiatrie française* 1998 ; (3) : 7-15.
- [17] Lebovici S. Les interactions fantasmatiques. *Revue de médecine psychosomatique* 1994 ; (37/38) : 39-50.
- [18] Lebovici S. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris : Le Centurion ; 1983.
- [19] Mazet Ph, Lebovici S. (Eds) *Psychiatrie périnatale*. Paris : PUF ; 1998.
- [20] Mazet Ph., Stoléru S. *Abrégé de psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. Paris : Masson ; 1988.
- [21] Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*. Paris : Dunod ; 2000.
- [22] Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : P.U.F ; 1998.
- [23] Moro MR. *Parents en exil. Psychopathologie et migration*. Paris : P.U.F ; 1994.
- [24] Moro MR. Essai d'analyse des propositions thérapeutiques spécifiques en entretien ethnopsychiatrique mère-enfant. *Psychologie française* 1991, 36(4) : 307-22.
- [25] Moro MR. *La construction de l'interaction. Fonctionnement des systèmes de représentations culturelles dans les psychothérapies mère-enfant*. Thèse pour

l'obtention du doctorat de Psychologie. Saint-Denis, Université de Paris VIII, 1991.

[26] Moro MR, Nathan T. Ethnopsychiatrie 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 : PUF ; 1995.p.423-46.

[27] Nathan T. *La folie des autres*. Paris : Dunod ; 1986.

[28] Rabain J. (1979) *L'enfant du lignage : du sevrage à la classe d'âge*. Paris : Payot ; 1994.

[29] Sperber D, Wilson D. La pertinence. Communication et cognition. (trad. fr.). Paris : Editions de Minuit ; 1989.

[30] Stengers I. Boîtes noires scientifiques, boîtes noires professionnelles. In : Le Guen C, Flournoy O, Stengers I, Guillaumin J. (Eds) *La psychanalyse, une science ?* Paris : Les belles Lettres ; 1989.p.159-98.

[31] Stern DN. (1985) *Le monde interpersonnel du nourrisson* (trad. fr.). Paris : PUF ; 1989.

[32] Widlöcher D, Hardy MC. L'entretien psychanalytique. *Psychologie française* 1990 ; 35(3) : 175-83.

[33] Zempléni A. La « maladie » et ses « causes ». *L'Ethnographie* 1985 ; LXXXI(2) : 13-44.

## RESUME

### **L'être et l'avoir. L'exemple du travail parents migrants-bébés**

En psychiatre d'enfants et d'adolescents, nous sommes confrontés à des demandes de plus en plus diverses et complexes, dans un tissu social en crise marqué par des ruptures souvent, par la violence parfois et toujours, par la diversité. Cette diversité nous oblige à modifier nos positions et à devenir créatifs tant sur le plan théorique que technique. L'atypicité des demandes nous amènent à concevoir de nouvelles positions cliniques plus perméables à la réalité externe et à ses ruptures, à sa violence, à sa potentialité traumatique, à sa capacité d'étayage aussi... C'est donc à la fois une question de position intérieure du clinicien et de setting à co-construire avec le patient. Pour illustrer ces nouvelles demandes, l'exemple qui est analysé ici est la psychothérapie parents migrants bébés. Les auteurs donnent les résultats d'une recherche-action qui les a amenés à intégrer dans le dispositif de soins des éléments anthropologiques appartenant

à la culture des parents pour établir une alliance thérapeutique et des éléments psychanalytiques pour décoder le sens individuel à donner aux difficultés de la relation précoce.

**Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent/Nouvelles demandes/Ethnopsychanalyse**

**ABSTRACT**

**Child psychiatrists confronted with new requests. The example of working with migrant parents and babies.**

Child and adolescent psychiatrists are confronted with requests ever-more diverse and complex out of a social context in crisis often marked by breaking-up, sometimes by violence and always by diversity. This diversity obliges us to change our positions, to become creative on a theoretic as well as on a technical level. The atypical character of these requests leads us to imagine new clinical positions which are more receptive to the exterior reality and its breaking-up, to its violence, to its traumatic potential, and also to its capacity of support. It is thus at the same time a question of the interior position of the therapist as well as one about the setting to be constructed with the patient. To illustrate these new requests, this paper analyses the example of therapies with migrant parents and their babies. The authors present the results of a therapy-research project where they integrated anthropological elements belonging to the parents' culture into the setting to create a therapeutic alliance, as well as they used psychoanalytical elements in order to decode the individual sense attributed to the difficulties of early interaction.

***Child and adolescent psychiatry/New requests/Transcultural psychiatry***