

Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie L'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles

Theoretical and methodological principles of ethnopsychiatry The case of migrant children and their families

Marie Rose Moro

Volume 17, numéro 2, automne 1992

Communautés culturelles et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502071ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502071ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Moro, M. R. (1992). Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : l'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 71-98. <https://doi.org/10.7202/502071ar>

Résumé de l'article

L'ethnopsychiatrie traite également la dimension culturelle du désordre (et de sa prise en charge) et l'analyse des fondements psychiques. Sa méthode originale est le « complémentarisme » entre la psychanalyse et l'anthropologie. Elle jette un nouveau pont entre le clinicien et son patient, entre les thérapies traditionnelles et le traitement moderne, entre le dehors (la culture), et le dedans (le psychisme). Cette approche trouve de fructueuses applications en situation de migration, notamment pour l'enfant déchiré entre la culture de ses parents et celle du pays d'accueil.



Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie

L'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles

Marie Rose Moro*

L'ethnopsychiatrie traite également la dimension culturelle du désordre (et de sa prise en charge) et l'analyse des fondements psychiques. Sa méthode originale est le «complémentarisme» entre la psychanalyse et l'anthropologie. Elle jette un nouveau pont entre le clinicien et son patient, entre les thérapies traditionnelles et le traitement moderne, entre le dehors (la culture), et le dedans (le psychisme). Cette approche trouve de fructueuses applications en situation de migration, notamment pour l'enfant déchiré entre la culture de ses parents et celle du pays d'accueil.

L'ethnopsychiatrie générale

L'ethnopsychiatrie est une discipline nouvelle en cours de formalisation. L'on peut cependant tenter d'en donner une définition provisoire. Pour cela, loin de vouloir recenser l'ensemble des travaux¹ qui ont contribué à la construction de l'ethnopsychiatrie, vais-je seulement tenter de mettre en relief les enjeux théoriques, épistémologiques et cliniques sous-jacents à sa courte histoire.

Définition actuelle²

L'ethnopsychiatrie est une pratique de la psychiatrie réservant une part égale à la dimension culturelle du désordre et de sa prise en charge, et à l'analyse des fonctionnements psychiques.

L'usage a parfois réservé le terme d'ethnopsychanalyse à la théorie et à la méthodologie, et le terme d'ethnopsychiatrie aux observations tant

* Chef de clinique, service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du Pr P. Mazet (Centre Hospitalier Universitaire Avicenne, Bobigny); dirige une consultation d'ethnopsychiatrie à l'hôpital Avicenne; rédacteur en chef de la *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*.

ethnologiques que cliniques (Nathan, 1986a). Parfois, on utilise le terme d'ethnopsychothérapie (Nathan, 1988c) plus conforme à la réalité de cette pratique. Par souci de simplification et pour me conformer à l'usage, dans ce travail j'emploierai systématiquement le terme d'ethnopsychiatrie.

Par le décentrage qu'elle impose, l'ethnopsychiatrie pratiquée avec rigueur, permet une lecture critique de la classification des données donnant lieu à une refonte des catégories nosologiques. De plus, l'ethnopsychiatrie contraint les cliniciens à l'analyse des ressources thérapeutiques des sociétés traditionnelles en termes rationnels (tant au niveau formel que sémantique). Ces techniques thérapeutiques deviennent alors de véritables objets d'étude non seulement pour les anthropologues mais aussi pour les cliniciens.

Jusqu'à présent, l'ethnopsychiatrie a connu trois types de développements: 1 — d'abord des approfondissements théoriques qui ont permis de dessiner les contours de la discipline (Freud, 1919; Roheim, 1950; Devereux, 1970, 1972) — Devereux étant le véritable fondateur de la théorie ethnopsychiatrique, les autres n'étant que des précurseurs; 2 — puis des recherches anthropologiques de terrain qui ont décentré la question de l'efficacité en rendant totalement non-signifiant le couple conceptuel sauvage/civilisé (Lévi-Strauss, 1958, 1962; Thomas, 1961, 1975; Jaulin, 1963; Zempléni, 1968); 3 — enfin des recherches cliniques ont permis de rendre opérantes les données théoriques et les observations recueillies en mettant au point des formulations théoriques, un dispositif technique et des méthodologies d'évaluation des thérapies. Ces recherches ont aussi pour but de construire des stratégies thérapeutiques nouvelles et d'en évaluer l'efficacité (Hounkaptin et Nathan, 1991; Moro et Nathan, 1989a, 1989b; Moro, 1991b, 1991d; Nathan, 1986, 1989a).

Il est un postulat sans lequel, pourtant, l'ethnopsychiatrie n'aurait pu se construire, c'est celui de l'universalité psychique c'est-à-dire l'unité fondamentale du psychisme humain. De ce postulat découle la nécessité de donner le même statut (éthique mais aussi scientifique) à tous les êtres humains, à leurs productions culturelles et psychiques, à leurs manières de vivre et de penser pour différentes et parfois déconcertantes qu'elles soient (Devereux, 1970). Énoncer un tel principe peut paraître une évidence, les implicites de nombreuses recherches dites scientifiques menées hier et aujourd'hui sont là pour rappeler que ce principe théorique n'est pas toujours de mise.

Une autre caractéristique humaine universelle est bien entendu le fait que tout homme a une culture et que c'est peut-être cela qui fonde son humanité et son universalité (Nathan, 1990a).

Travailler sur le particulier sans spéculer sur un universel non connaissable d'emblée mais trop souvent inféré sans le détour du particulier, telle et une des approches de l'ethnopsychiatrie — l'universel étant sans doute un point asymptotique de la connaissance en sciences humaines.

Le complémentarisme

L'ethnopsychiatrie a été construite à partir d'un principe méthodologique et non d'un principe théorique, c'est là une de ses originalités: «Le complémentarisme n'est pas une «théorie», mais une généralisation méthodologique. Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valables — il les coordonne» (Devereux, 1970, 27).

Il est vain d'intégrer de force dans le champ de la psychanalyse ou dans celui de l'anthropologie exclusivement certains phénomènes humains. La spécificité de ces données réside justement dans le fait qu'elles nécessitent un double discours qui ne peut être tenu simultanément: «Une pluridisciplinarité non fusionnante, et «non simultanée»: celle du double discours obligatoire» (Devereux, 1970, 14).

Pour construire cette méthodologie, Devereux a emprunté son modèle à la «physique des quanta». Bohr, en effet, a généralisé le principe d'indéterminisme énoncé par Heisenberg en proposant la notion de complémentarité: «Ce principe affirme qu'il est impossible de déterminer (mesurer) simultanément et avec la même précision la position et le moment de l'électron. En effet, plus nous mesurons avec précision la position de l'électron (à un instant donné), plus notre détermination de son moment devient imprécise — et inversement bien entendu» (Devereux, 1970, 24).

Les deux discours obligatoires et non simultanés, celui de la psychanalyse et celui de l'anthropologie, sont alors dits complémentaires. Ce double discours conditionne l'obtention de données: «Ainsi, lorsque l'explication sociologique³ d'un fait est poussée au-delà de certaines limites de «rentabilité», ce qui survient n'est pas une «réduction» du psychologique au sociologique, mais une «disparition» de l'objet même du discours sociologique» (Devereux, 1972). Et il en va de même pour l'explication psychologique. Mais la question, posée ici, est comment prendre successivement deux places différentes par rapport à l'objet sans réduire l'une à l'autre et sans les confondre. Un apprentissage de la décentration, au sens piagétien du terme, est ici nécessaire mais ardu. Il faut débusquer ces mesquines habitudes en sciences humaines et en psychiatrie, habitudes qui tendent à ramener les données à soi ou à ce que l'on connaît déjà et à se méfier de l'altérité de l'objet d'étude.

Mais, il est plus encore; si certains faits relèvent de deux discours complémentaires, ceci ne tient pas au fait lui-même mais à la démarche

scientifique qui prétend l'expliquer: «Un «fait brut» n'appartient d'emblée ni au domaine de la sociologie, ni à celui de la psychologie. Ce n'est que par son explication (dans le cadre de l'une ou de l'autre de ces deux sciences) que le fait brut se transforme en donnée, soit psychologique, soit sociologique (...). Le principe de complémentarité semble donc jouer au niveau de la transformation du fait brut en donnée relevant de l'une ou l'autre de ces sciences» (Devereux, 1972).

Sur le plan épistémologique, le principe de complémentarité rejoint des théories appartenant à des champs différents comme la notion d'information chez Bateson (1979). Cet auteur postule, en effet, que c'est la différence entre deux visions du même objet qui informe l'observateur.

Sur ce principe méthodologique du complémentarisme s'est d'abord construite la théorie de l'ethnopsychiatrie, puis la technique.

Les nécessaires réaménagements des manières de penser et de faire

L'expérience a largement montré qu'il existait peu de points de contact entre une psychiatrie biologique et des systèmes traditionnels de prise en charge de la souffrance psychique. En revanche, de par la large place qu'elle réserve à la dynamique relationnelle, la psychanalyse s'est montrée beaucoup mieux armée dans la construction du champ ethnopsychiatrique (Moro et Nathan, 1992). Comment établir une relation avec un patient qui n'appartient pas à la même culture que nous? Comment prendre en compte les variables culturelles dans une approche thérapeutique et surtout comment utiliser à des fins thérapeutiques l'articulation entre un prétendu «dedans» de l'individu (le psychisme) et un prétendu «dehors» (la culture)? La méthodologie clinique ethnopsychiatrique tente donc d'intégrer ces perspectives à partir de la psychanalyse et de l'anthropologie.

Nécessités techniques

L'outil psychanalytique permet de décrire les mouvements psychiques internes d'un individu, d'explicitier ses conflits et d'agir sur le symptôme. Les voies d'accès au fonctionnement psychique inconscient sont, pour la psychanalyse, des avatars même de ce fonctionnement — lapsus, rêve, mots d'esprit, actes manqués, symptômes, etc. (Freud et Breuer, 1885; Freud, 1925).

La psychanalyse est bien adaptée si on s'astreint au cadre de la cure-type «l'or pur de la psychanalyse» avec des patients parlant au moins la même langue que le thérapeute. Mais pour les patients non occidentaux, parlant une autre langue que le thérapeute, patients «baignés» et sans doute structurés par d'autres manières de penser et de vivre, la psychanalyse,

appliquée telle quelle, s'est révélée manifestement mal adaptée. Les implicites entre patient et thérapeute préalables à l'installation du cadre thérapeutique n'existent pas. Il manque ce qui d'habitude est premier, le cadre implicite...

C'est pourquoi la pratique de l'ethnopsychiatrie clinique consiste à établir un cadre dans lequel un thérapeute puisse rencontrer son patient et établir avec lui une relation thérapeutique. Elle nécessite donc la mise en place d'un dispositif qui permette l'explication de données tant culturelles — appartenant au groupe d'appartenance du patient — qu'idiosyncrasiques — découlant de son histoire singulière. Ce dispositif doit ainsi permettre au thérapeute de déclencher un mécanisme issu d'une thérapie traditionnelle, tout en restant cohérent avec la culture du patient, et sans se désavouer lui-même. Un tel thérapeute doit par exemple être capable de s'adresser au *Djinn* qui a investi le malade, sans pour autant «perdre son âme» ou la «vendre» à je ne sais quel «saint-patron de la condescendance» (Nathan, 1990a).

Ce dispositif ne peut être que groupal, c'est-à-dire constitué par un groupe de thérapeutes qui reçoit le patient et sa famille (Nathan, 1986). L'on sait, en effet, que dans les sociétés traditionnelles, la maladie est considérée comme un événement ne concernant pas seulement l'individu malade mais aussi la famille et le groupe (Thomas et Luneau, 1975). Par conséquent, elle est soignée sur un mode groupal: soit par le groupe social, soit par une communauté thérapeutique — le besoin d'un traitement collectif de la maladie permettant un compromis entre une étiologie collective et familiale du mal et une étiologie individuelle... (Agué et Herzlich, 1984).

Le clinicien occidental doit donc opérer un décentrement de sa pensée et de son être tout en maîtrisant le processus général qu'il est en train de déclencher. C'est dire si un tel dispositif est bien plus complexe que le setting psychanalytique et qu'il nécessite d'instaurer, en plus des mécanismes d'analyse du transfert et du contre-transfert «affectif», une modalité spécifique d'analyse du «contre-transfert culturel»⁴ du thérapeute. Seconde raison pour que ce type de consultation se déroule en groupe, c'est le moyen le plus efficace que nous ayons trouvé jusqu'à maintenant pour analyser ce contre-transfert culturel (Moro et Nathan, 1992).

Transfert et contre-transfert en recherche clinique

Je ne rentrerai pas dans les querelles sémantiques: «Faut-il parler d'implication, de phénomènes transférentiels, de transfert, de contre-transfert, de relation simplement...?». Je laisserai cependant de côté l'idée d'implication (Balint, 1966; Revault d'Allones, 1989) à laquelle on peut faire les mêmes critiques d'imprécision qu'à l'idée de relation, pour passer directe-

ment au concept plus explicite et plus argumenté de transfert et de contre-transfert.

Rendre opérationnelle la dynamique du transfert et du contre-transfert a été la véritable révolution opérée par Freud. Depuis l'élaboration du modèle classique de la cure, la parole du sujet est posée comme acte de la thérapie, le support en étant le lien entre le psychanalyste et son client, c'est-à-dire le transfert (Freud et Breuer, 1885).

Le transfert désigne d'abord le processus par lequel les désirs inconscients du patient s'actualisent dans le cadre de la relation thérapeutique (Laplanche et Pontalis, 1967, 67). Mais je préfère partir de la définition du transfert donnée par Devereux (1980), définition plus extensive qui dépasse le cadre de la cure pour s'appliquer à l'ensemble des phénomènes survenant en situation clinique: «Dans un cadre de référence purement cognitif, une réaction de transfert correspond plus ou moins à un transfert d'apprentissage au sens de la théorie de l'apprentissage, l'analysé, ayant développé des réactions caractéristiques à l'égard d'une personne effectivement importante pour lui, tend (...) à réagir envers l'analyste comme s'il était cette personne, au prix quelquefois d'une déformation grossière de la réalité» (Devereux, 1980, 19). Et, d'une façon plus générale, le transfert est la somme des réactions implicites et explicites que le sujet développe par rapport au clinicien ou par rapport au chercheur.

En situation de recherche clinique, celle où nous nous trouvons en ethnopsychiatrie où nous sommes à la fois thérapeute et chercheur, les données recueillies sont de trois sortes (Devereux, 1980, 74): 1 — l'attitude du sujet; 2 — les «perturbations» induites par l'existence du clinicien; 3 — l'attitude du chercheur clinicien, ce que Devereux nomme le contre-transfert: ses angoisses, ses «manœuvres de défense», ses stratégies de soins, ses «décisions» — c'est-à-dire l'attribution d'un sens à ses observations, ce qui implique par exemple la classification du symptôme observé dans une catégorie connue ou plus rarement la création d'une nouvelle catégorie, mais aussi l'interprétation du phénomène...

D'une façon très ramassée, le contre-transfert du clinicien est «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 ses propres besoins, souhaits et fantasmes inconscients — d'ordinaire infantiles» (Devereux, 1980, 75). Il élargit cette définition très freudienne qui concerne la cure-type à un concept plus large, le contre-transfert de tout clinicien. Pour le clinicien chercheur, le contre-transfert devient alors la somme de toutes ses réactions explicites et implicites par rapport à son objet de recherche et

aux angoisses que cet objet suscite chez lui au niveau du choix de cet objet, de la manière de l'observer, de le penser, de l'analyser. (Devereux, 1980, 74-81).

Dans la suite de ce travail, c'est cette définition large du contre-transfert que j'utiliserai. Devereux a été le premier à explorer systématiquement et minutieusement le contre-transfert du chercheur qu'il soit d'ailleurs clinicien ou pas. Si Freud a montré l'importance du transfert pour la psychanalyse en tant que méthode d'investigation, Devereux a montré la place première du contre-transfert: «à la lumière de l'idée d'Einstein selon laquelle nous ne pouvons observer que des événements «survenus auprès de l'observateur» — que nous ne connaissons que ce qui a lieu auprès de et dans l'appareil d'expérimentation, dont l'élément le plus important est l'observateur — (...) 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 également obtenue par d'autres moyens, tandis que ce n'est pas le cas pour celle que livre le contre-transfert (...) l'analyse du contre-transfert est *scientifiquement*⁵ plus productive en données sur la nature humaine» (Devereux, 1980, 15-16). Il y a donc deux sources d'information, le sujet et le clinicien et plusieurs processus à l'œuvre tant au niveau individuel que culturel.

Contre-transfert culturel

Le clinicien chercheur doit alors chercher à se comprendre lui-même comme homme inscrit dans une profession, une théorie, une société, une culture, etc. Dans le contre-transfert, l'on peut alors différencier ce qui appartient à l'identité singulière du chercheur, à son identité professionnelle (Bourguignon, 1988), à son identité sociale (Bourdieu, 1982), et à son identité culturelle (Nathan, 1988c).

Cette notion de contre-transfert culturel rend compte des réactions du thérapeute ou du chercheur en tant qu'homme d'une autre culture et qui entre en relation avec lui. Les réactions empruntent à l'histoire, à la sociologie, à la politique, à l'éthique, aux mythes, à l'histoire familiale du thérapeute, à son histoire personnelle mais aussi parfois à des stéréotypes et des idéologies implicites qu'il faut savoir débusquer et donc d'abord, accepter de reconnaître. Les chercheurs et les cliniciens ont tendance à vouloir nier ces implicites souvent dérangeants: que signifie pour moi que je sois blanche et ma patiente noire, que signifie pour un Français de soigner un Arabe d'Algérie ou pour un Dogon de soigner un Bozo?

Ce contre-transfert culturel concerne aussi la manière dont le thérapeute se place par rapport aux manières de faire différentes du patient, en ce

qui concerne, par exemple, les modalités de soins et les étiologies évoquées devant la maladie: tel patient soninké a des insomnies, lorsqu'il s'endort enfin, il fait des rêves morbides. Il a consulté un guérisseur soninké à Paris qui lui a dit qu'il était attaqué par un *Djinna* et qu'il fallait faire un sacrifice. Quelle est ma position intérieure face à un tel récit? De cette position contre-transférentielle découlera ma réponse au patient. Elle conditionnera ma capacité à entrer en relation thérapeutique avec lui. Il s'agit donc de définir le statut épistémologique que j'attribue à ce type de matériel.

Pour décentrer la pensée et la pratique, l'ethnopsychiatrie a procédé jusqu'alors par la formalisation de contraintes épistémologiques successives.

Contraintes épistémologiques

Penser en termes de cadre et de manières de faire

Les travaux ethnopsychiatriques en s'intéressant aux manières de faire et en menant une véritable épistémologie de la différence ont mis en évidence des liens intrinsèques entre le cadre psychique interne et le cadre culturel externe (Nathan, 1986; Moro, 1991b).

Ces concepts de cadres psychiques et culturels ont décentré dans un premier temps la question du contenu, inféré comme universel, vers un contenant particulier. Ces formes spécifiques qui «informent» le contenu, l'ethnopsychiatrie les érige en véritable objet d'étude: la sorcellerie, la possession, les objets-sorts et autres représentations culturelles.

Penser en termes de processus formels

Aujourd'hui, des disciplines en développement, telles que les sciences cognitives et plus particulièrement la pragmatique du langage permettent de nouveaux points d'ancrage théorique très prometteurs. C'est sans doute là une des démarches les plus fécondes de l'ethnopsychiatrie actuelle. Plusieurs tentatives d'analyse du fonctionnement d'une consultation et du matériel obtenu en situation ethnopsychiatrique ont été menées ou sont en cours (Blanchet et Nathan, 1989; Blanchet et al., 1992). Ainsi ces travaux ont-ils tenté, récemment, de décrire et de formuler des hypothèses sur l'efficacité d'une consultation d'ethnopsychiatrie à partir des seules constructions théoriques relevant de la pragmatique du langage à l'exclusion de toute formulation psychodynamique. Ils ont montré qu'un des mécanismes logiques à l'œuvre est celui de l'analogie comme moyen de restructuration et d'intégration des représentations des patients. Le fonctionnement par analogie se retrouve aussi bien dans la stratégie diagnostique que dans l'action thérapeutique. L'analogie est définie par Blanchet et Nathan (1989)

«comme une similitude de rapports, de relation, entre des objets appartenant à deux ensembles disjoints. Ainsi, l'analogie ou homologie structurale peut faire ressortir la parenté entre des éléments appartenant à des univers disjoints selon la formule:

$$a/b \approx c/d$$

(ce que l'on peut lire: A est à B ce que C est à D)

De l'analogie comme mode de fonctionnement et principe opératoire découle la construction de liens entre des éléments disjoints qu'ils soient culturels ou psychiques — les liens culturels permettant souvent, dans un second temps, que le patient construise des liens psychiques internes: «Le dysfonctionnement psychique implique une carence associative au niveau du substrat psychique et l'action thérapeutique se donne pour objectif d'accéder aux représentations isolées et de reconstruire les ponts associatifs coupés impliquant dans la plupart des cas les expériences de rupture liées à la migration» (Blanchet et Nathan, 1989).

L'ethnopsychiatrie admettrait sur le plan formel, une série d'hypothèses générales communes à toute psychothérapie analytique et une autre série d'hypothèses spécifiques qui fonderaient sa différence. L'hypothèse générale épurée peut s'énoncer ainsi: il existe une «analogie nécessaire entre les lois qui régissent le fonctionnement du substrat psychique, et celles qui régissent la sémantique du discours en acte» (Blanchet, 1989). L'hypothèse spécifique, réduite à son noyau, concerne l'homologie entre l'enveloppe psychique interne et l'enveloppe culturelle externe et par conséquent entre le système de représentations psychiques d'un individu et son système de représentations culturelles.

Après nous avoir obligés à penser les processus psychothérapiques en termes de cadres, l'ethnopsychiatrie tente donc actuellement une formalisation de plus en plus rigoureuse en termes de processus logiques en tant que rationalité particulière à l'œuvre dans un contexte thérapeutique. Ces remaniements théoriques permettent de penser des modifications des stratégies thérapeutiques à la disposition du clinicien en situation ethnopsychiatrique.

Intégrer de nouvelles stratégies thérapeutiques

Je prendrai ici un seul exemple, celui de l'utilisation des objets thérapeutiques. La réflexion minutieuse sur les nécessaires aménagements de la technique psychanalytique en situation transculturelle, a conduit à s'interroger sur la place des objets thérapeutiques dans les thérapies traditionnelles et leur utilisation en situation ethnopsychiatrique (Nathan, 1989b; Houn-

kaptin et Nathan, 1991). Proposition ô combien audacieuse lorsqu'on connaît la radicale opposition que les psychanalystes⁶ ont construit entre le monde des mots et celui des objets alors que les thérapeutes traditionnels manient ces objets avec aisance et dextérité. À partir de l'analyse des objets actifs dans les thérapies traditionnelles, ces auteurs proposent des éléments susceptibles de construire une véritable théorie générale des objets.

Les objets actifs des thérapies traditionnelles sont composites, ils associent des éléments appartenant à des univers hétérogènes (animal, végétal et minéral), ils sont composés d'objets soit sans fonction dans la culture considérée (cailloux, excréments, etc.) soit utilisés dans des fonctions «anti-Culturelles» (par exemple lettres de l'alphabet considérées comme des choses et pas comme des signes). Tous ces éléments sont assemblés dans une même enveloppe.

Par leur constitution, par la place qu'ils prennent dans la relation thérapeutique, les objets introduisent une rupture dans le discours du patient, dans ce qui est perçu et senti. Ils entraînent par là-même la possibilité de nouveaux sens pour le patient. Par les modifications brutales qu'ils provoquent au niveau des registres du perçu et du senti, les objets deviennent de puissants inducteurs de liens intra-psychiques.

L'efficacité thérapeutique

Les travaux actuels en ethnopsychiatrie montrent la bonne adaptation de cette technique à la clinique des migrants: l'ethnopsychiatrie est une psychothérapie qui obtient régulièrement des résultats thérapeutiques profonds et durables chez les migrants (Blanchet et Nathan, 1989; Nathan, 1989a).

Une hypothèse essentielle rend compte de cette efficacité. Elle est basée sur le clivage opéré par les individus en situation migratoire: «Les migrants sont contraints d'opérer un clivage entre deux référentiels culturels. Au début de l'immigration, le clivage se révèle opérant, mais bientôt, les enfants s'installant dans les significations de la culture d'accueil, le processus de clivage se raidit et contraint le patient à un véritable «clivage du Moi», au sens où l'entendait Freud (1938) qui, d'un point de vue cognitif, se révèle par l'impossibilité d'établir des médiations entre deux univers référentiels. Lorsqu'éclate la souffrance psychopathologique, le patient, en l'absence de code d'expression de sa maladie, se trouve dans l'impossibilité d'exprimer ses deuils et ses conflits internes (Blanchet et Nathan, 1989, p. 151).

L'ensemble de ces observations s'adressent aux migrants de la première génération. Il est donc nécessaire de s'interroger maintenant sur les caractéristiques de leurs enfants qui eux grandissent en situation de migration.

L'enfant de migrants

Limites méthodologiques

Les conséquences de la migration d'une famille sur le développement de l'enfant sont très difficiles à évaluer car souvent l'on ne peut isoler ce facteur parmi un ensemble d'autres potentiellement pathogènes. Pourtant, des recherches ethnopsychiatriques antérieures ont mis en évidence⁷ des moments de grande vulnérabilité de l'enfant de migrants correspondant aux époques des acquisitions structurales décisives: 1- dans la période péri-natale c'est-à-dire au moment de la mise en place des interactions précoces mère-enfant; 2- au moment des grands apprentissages scolaires, la lecture, l'écriture et le calcul de 6 à 10-11 ans; 3- enfin à l'adolescence, moment des choix sexuels et des choix de vie. Dans la perspective théorique et clinique que nous allons développer, nous montrerons qu'il s'agit des moments où sont remis en jeu les liens de l'enfant avec sa famille.

Dans le parcours initiatique des enfants de migrants appelés à évoluer dans un monde différent de celui de leurs parents, l'école⁸ a un rôle très important à jouer, car c'est là que se détermine, en grande partie, la rencontre de l'enfant avec le monde dans lequel il va grandir.

Partons de l'exemple quasi-paradigmatique de Farid⁹.

Farid, l'enfant à «la bouche fermée»

Farid, un garçon de huit ans au visage rond et doux, aux yeux pétillants, arrive à la consultation accompagné de sa mère, de son père et d'une éducatrice spécialisée. Il est actuellement en fin de cours préparatoire. Il est pris en charge par une équipe de prévention depuis un an. Dans ce même cadre, il est suivi en psychothérapie d'inspiration psychanalytique une fois par semaine. Pourtant, Farid intrigue toujours autant son entourage: dès qu'il a franchi le seuil de la maison familiale, il ne parle plus. Son instituteur, très attaché à lui, a été à l'origine de cette demande de consultation d'ethnopsychiatrie.

La perception de l'instituteur

L'instituteur n'a pas pu venir à cet entretien. Cependant, il a envoyé un courrier détaillé où il décrit Farid et ses difficultés actuelles: «Farid est un enfant muet, y compris dans ses relations avec les autres enfants, laissant peu paraître ses états d'âmes; ses échanges se limitent à deux autres élèves de la classe avec qui il aime jouer avec un plaisir apparent; l'amusement est la seule expression lisible sur son visage quand le contexte s'y prête. Dans son activité scolaire, son handicap au niveau de la motricité fine semble se résorber peu à peu. Mais il reste très maladroit et peu soigneux à l'égard de

son cahier. Son graphisme reste confus. Il est néanmoins capable d'écrire sous la dictée. On remarque les inversions [der] pour [dre]; [cor] pour [cro]; [gor] pour [gro]. Certaines confusions sont toutefois acceptables chez un enfant de cet âge. Il présente des difficultés pour passer de l'écriture scripte à l'écriture cursive. La réponse à une consigne écrite lui pose également problème. Son bagage lexical est insuffisant pour dégager du sens à partir d'un support de niveau CE1. Néanmoins la prise de quelques indices lui permet de donner une réponse approximative. Les résultats dans les activités mathématiques sont en revanche beaucoup plus préoccupants (peut-être du fait du degré d'abstraction qu'elles exigent) sauf dans les tâches de manipulation très simples. La suite des nombres n'est pas assimilée complètement si ce n'est dans le comptage de 1 en 1. Quant aux techniques opératoires, elles nécessitent un réapprentissage de la numération.»

Séquences d'entretien

La mère de Farid — une très jolie petite femme souriante — porte un foulard blanc enserrant des cheveux très noirs. Elle est arabe tunisienne, originaire de Djerba. Le père, lui aussi arabe tunisien, vient de Tatahouïne. Tous les deux sont âgés de 36 ans. Le père est peintre en bâtiment; il est en France depuis une quinzaine d'années. Il parle très correctement le français et semble avoir acquis une bonne connaissance de la société française — du moins en apparence. Lorsqu'il se met à parler, le père nous surprend vivement: en effet, il bégaye, parfois de manière très modérée mais, lorsqu'il est ému, il devient presque incompréhensible. La mère vit en France depuis neuf ans; lorsqu'elle a quitté Djerba, sa fille aînée avait deux mois. Ici, elle se dit seule, très seule, loin d'autres femmes de chez elle; pas de commère avec qui elle pourrait recréer un petit monde de femmes. Alors, depuis quelque temps, elle prend des cours «d'alphabétisation» et parle de mieux en mieux le français. Mais, elle ajoute: «Je sais un peu écrire l'arabe...». Maintenant, la mère de Farid évoque la naissance de ses enfants.

La mère: D'abord est arrivée Anissa; elle est morte à l'âge de six mois. C'était en Tunisie, elle a été malade seulement trois jours; elle avait de la diarrhée puis elle est morte. J'ai beaucoup pleuré... Elle aurait maintenant douze ans... Ensuite, trois ans plus tard, est née Tahani. Elle va bien et n'a aucun problème scolaire. Puis est arrivé Farid et enfin, le dernier Sami qui a six ans. Pour Sami, c'est un peu comme pour Farid: à la maison il parle et à l'extérieur, c'est plus difficile. Mais, c'est moins grave que Farid. Pour Farid, on dirait qu'«il ferme la bouche dès qu'il sort de la maison». Farid je l'ai attendu longtemps, très longtemps. La grossesse de Farid a été compliquée. J'ai grossi le dernier mois seulement, j'étais très fatiguée. Tahani a été

malade pendant la grossesse de son frère. Elle avait des boutons partout et on l'a emmené à l'hôpital. J'allais la voir tous les jours.

Le thérapeute: Vous avez fait des rêves pendant la grossesse de Farid?

La mère: Je ne me souviens pas des rêves. Mais, la nuit avant sa naissance, j'ai beaucoup souffert. Le bébé est né normalement, il pesait 3 kg 900. Je l'ai nourri un mois au sein puis au biberon et au sein jusqu'à sept mois. Il toussait beaucoup, on a dit qu'il avait un problème aux poumons, alors il a fait de la kinésithérapie pendant un an. Il avait aussi le ventre qui gonflait, on lui a donné un régime¹⁰ pendant deux ans. Il avait la diarrhée et un gros ventre. Il fallait aller tous les mois à l'hôpital. Il a été très souvent hospitalisé, quinze jours ou plus à chaque fois. Puis il a séjourné trois mois dans une maison d'enfants. Il n'a pas marché avant l'âge de trois ans.

Le thérapeute: Avez-vous consulté un cheikh¹¹?

La mère: Pas pour le problème de la parole. Nous avons consulté pour le ventre. Il a pris des remèdes arabes qu'il a bu et maintenant ça va. Il nous avait donné des écritures et de l'eau de fleur d'oranger pour faire des frictions sur le ventre et ça allait mieux. C'était il y a trois ans. Mais je ne pense pas qu'il y ait eu de la sorcellerie...

Le père intervient alors: On va le soigner jusqu'au bout.

Farid est donc le premier garçon né après deux filles. De plus, il est né dans un contexte marqué par la peur de la mort (mort de la sœur aînée, Anissa, en Tunisie; maladie de sa seconde sœur qui était hospitalisée, grossesse difficile de la mère qui ne prenait pas de poids, maladie digestive de Farid qui ressemblait sur le plan des symptômes à la maladie d'Anissa, etc.). Le thérapeute évoque alors cette peur.

Le thérapeute: Vous aviez peur pour lui...

Cette question reste en suspens. Le groupe évoque alors quelques étiologies traditionnelles autour de la frayeur¹² au Maghreb et tout particulièrement la disparition de la parole au moment d'une grande peur. La mère rebondit sur une remarque d'une co-thérapeute.

L'identité de Farid

Une co-thérapeute: Dans la famille, les filles sont nées au pays et les garçons sont nés en France.

La mère: J'aime bien les filles. Je demande à Dieu une autre fille mais mon mari préfère les garçons.

Le thérapeute: On attendait beaucoup de Farid, le premier garçon; mais il était fragile, il était malade... On attendait qu'il marche et il ne marchait pas... Il a marché loin de la famille dans cette maison d'enfants... On attendait qu'il parle et il ne parlait pas... du moins à l'extérieur.

La nomination

Farid porte le même prénom que le fils de la sœur du grand-père maternel. Cet autre Farid, est maintenant marié et a trois enfants. Les parents de Farid avaient préparé une liste de prénoms pour le garçon à venir. Le jour de l'accouchement, le père dans la précipitation a oublié la liste à la maison. Alors, lui est venu à l'esprit le prénom de Farid.

La mère ponctue: Le nom de Farid est venu tout seul dans sa bouche.

Une co-thérapeute précise: Farid veut dire «l'unique» en arabe.

Cette simple traduction littérale d'une co-thérapeute prendra dans ce contexte valeur d'interprétation¹³. Jusque-là Farid était resté dans les jupes de sa mère, debout entre ses jambes mais après cet échange, il s'autorise à la quitter pour venir s'installer confortablement sur une chaise et dessiner une maison qu'il nous donnera avant de partir. Cette maison est complètement close, seule une toute petite fenêtre grillagée au milieu de la façade permet de voir l'extérieur. Il n'y a pas de porte non plus; entre le dedans et le dehors, il matérialise bien peu de passages. Pendant qu'il dessine, on parle de lui et l'on tente d'évoquer avec sa famille le moment de sa circoncision.

Circoncision

Elle a eu lieu alors que Farid était âgé de deux ans dans une clinique parisienne, sans que l'on organisât de fête, selon la coutume.

Proposition thérapeutique

Vers la fin de la consultation, le thérapeute fait une proposition de type ethnopsychanalytique. Cette proposition est à la fois une «interprétation» au sens psychanalytique et dans un même mouvement, elle construit l'espace la contenant. Le but d'une telle intervention est de modifier les perceptions des membres de sa famille vis-à-vis de Farid et de transformer radicalement les interactions que chacun a établies avec lui jusqu'ici.

Le thérapeute: Il faut faire une fête pour Farid et lui donner un autre prénom. Comment s'appelle son grand-père paternel?

Le père: Il est vivant et il s'appelle Messaoud.

La mère: Le père de mon mari est un homme dur.

Le thérapeute: Après la fête, vous l'appellerez Farid-Messaoud. Il faut le protéger. Tout le monde a peur qu'il meure et lui-même pense à cela et en a peur. Le seul moyen d'éviter la jalousie et l'envie c'est de se mettre à l'abri: ne pas parler. Il faut faire une fête au pays cet été avec toute la famille pour changer le nom de Farid et y inclure le prénom du grand-père afin de le protéger.

Le père: Je savais qu'un jour il faudrait faire cela car c'est comme cela que les choses doivent se faire.

Farid suit attentivement l'entretien et semble tout comprendre. Il a toujours l'air très sérieux; parfois son visage s'anime et il sourit lorsqu'on lui parle. Alors qu'on joue avec Farid, sa mère parle de lui.

La mère: Il ne parle qu'à la famille. Il aime rester avec moi. Il est complètement muet à l'école, dans la rue... Nous avons même enregistré une cassette à la maison pour que le maître entende la voix de Farid et sache qu'il n'est pas muet. Petit, on lui parlait en arabe. Maintenant, il parle arabe et français à la maison. Il déforme un peu certains sons, peut-être... Il dit par exemple «ch» au lieu de «s», et il «parle un peu du nez».

Farid ne répond pas non plus aux co-thérapeutes qui s'adressent à lui en arabe. L'entretien se termine maintenant sur la reprise de la proposition thérapeutique: faire une fête avec l'ensemble de la famille au pays et changer le nom de Farid. La mère évoque cette idée en se rappelant qu'en effet, au pays, on organisait parfois des fêtes pour modifier le prénom de certains enfants «mal-nommés». Enfin, l'on convient de revoir l'ensemble de la famille à la rentrée, après le retour estival au pays.

Éléments d'analyse

Plusieurs thèmes se dégagent de la discussion du groupe des thérapeutes qui suit la consultation: 1 — le père est un migrant qui, professionnellement, a bien réussi. Il a un travail stable et gagne relativement bien sa vie. Ainsi, à l'extérieur de la famille, il a acquis une certaine assise. Pourtant dès qu'il s'agit d'évoquer l'histoire de la famille, et tout particulièrement celle de Farid, il se tait et laisse sa femme parler. Il interviendra seulement à un moment de l'entretien pour signifier clairement qu'il a l'intention de poursuivre le traitement traditionnel de son fils jusqu'à son terme. Cette intervention est l'indice d'au moins deux inférences: Farid est un enfant précieux; *Farid appartient encore à l'univers de référence du père* (l'univers culturel traditionnel et ses méthodes de soins). Sa dernière intervention va dans le même sens: je savais que c'est comme cela que l'on doit faire!

Nous avons peu exploré l'organisation de la famille paternelle lors de ce premier entretien — comme si la mère, notre interlocutrice privilégiée ce jour-là, signifiait par là-même que *Farid appartenait à son monde à elle*. D'où notre proposition thérapeutique qui visait à rattacher Farid à la lignée paternelle. Nous évoquons ensuite une séquence fondamentale en ce qui concerne la structuration d'un garçon dans cette aire culturelle — la circoncision. Il apparaît nettement que cet événement aussi, a été traité de manière trop rapide, presque phobique, comme tout ce qui concerne l'identité mas-

culine de Farid. Si on considère le discours de la mère sur Farid, on remarque que le nombre de prédicats concernant des attributs ou qualificatifs féminins: il aime rester à la maison et ne se sent bien qu'à l'intérieur (à l'extérieur il ne parle pas), il est effrayé par les étrangers, il est fragile, il aime rester auprès d'elle. Enfin, dernier indice: elle est très attachée à Farid et pourtant, elle aime surtout les filles...

Nous tentons de définir les *déterminants de la proposition thérapeutique* et par là-même les registres où une efficacité est attendue. Cette proposition vise une restructuration logique de l'univers de Farid: «Tu appartiens au monde des hommes». Le nom, on le sait, est intimement lié à l'enfant (Nathan et Moro, 1989). Le changer équivaut donc à modifier la représentation que chaque membre de son entourage a de lui. Il est attendu de cette modification de la représentation un changement de nature des interactions que la famille a nouées avec lui avant même sa naissance et qui sont structurées ici par un déterminant principal — la peur de la mort — et un de ses corollaires — *la peur de l'extérieur*. En changeant le nom, on change un des référents de l'interaction et l'on peut donc s'attendre à ce que toutes les interactions soient modifiées.

De plus, l'on sait que toute parole est un acte (Widlocher, 1986) et qu'elle vise à modifier son interlocuteur (Blanchet, 1990). Ici, la communication antérieure que la famille a établie avec Farid — communication jugée par tous comme non pertinente¹⁴ — est modifiée par le thérapeute qui propose une nouvelle structure de l'échange pour que le contenu de l'interaction devienne pertinent et cohérent (il ne s'agit pas d'une modification du contenu mais de la forme). De cette modification formelle de l'interaction, on attend bien sûr une transformation du contenu de l'interaction avec Farid. C'est ce changement que nous allons maintenant analyser.

Déterminants de l'efficacité: hypothèses

Certes, nous avons constaté à l'entretien suivant plusieurs indices cliniques de changement: «Farid est métamorphosé» dit la famille; il commence à parler à l'école mais essentiellement aux enfants. Il ne s'adresse que timidement aux adultes. Durant les entretiens, il dit seulement quelques mots mais il accepte beaucoup plus facilement de quitter sa mère, il s'installe avec aisance dans le groupe et joue avec nous.

En ce qui concerne la structure de l'échange que la famille établit avec le groupe thérapeutique, on constate que c'est maintenant le père qui parle.

On peut proposer plusieurs hypothèses partielles pour répondre à la question: qu'est-ce qui a déterminé l'efficacité de cette première consultation?

La proposition thérapeutique *surprend* la famille car elle formule une prescription de type traditionnel dans le contexte d'un centre hospitalier universitaire parisien, «la grande mosquée de la culture occidentale» selon les dires du père. Cette surprise atteste d'une perception fréquente et spécifique des migrants: je suis en présence de deux mondes hétérogènes, celui d'ici avec ses manières de faire et de penser et celui de là-bas avec des modalités d'être au monde radicalement différentes. Je ressens ces deux univers comme disjoints voire antinomiques. Par cette proposition qui déstabilise le patient dans un premier temps dans la mesure où elle brise la logique du clivage (Moro et Nathan, 1989), le thérapeute inscrit la possibilité de liens entre ces deux mondes: liens affectifs et cognitifs.

Ce clivage concerne les parents (ici-là-bas), mais aussi les enfants (le monde du dedans [la maison familiale], et celui du dehors [par exemple l'école]).

Tout se passe comme si Farid, en suspendant sa parole lorsqu'il quitte la maison familiale, exprimait de manière particulièrement aiguë et tragique le clivage nécessairement opéré par tout enfant de migrants pour grandir dans ce monde si différent de celui de ses parents. Or, on a clairement démontré maintenant que la vulnérabilité psychologique spécifique de ces enfants de migrants était liée à ce clivage (Moro, 1988, 1989a, 1989b; Moro et Nathan, 1989).

Pourtant, la proposition est *congruente avec la pensée de la mère et du père*: les parents connaissent cette pratique et ses indications; le père a déjà consulté un guérisseur pour son fils. Dans le contexte d'un univers référentiel traditionnel partagé par la famille et connu du thérapeute, cette intervention, par sa forme même, a valeur d'interprétation confirmative¹⁵. Elle part de l'univers de pensée de référence et l'explicite dans une forme culturellement codée. Sa première fonction est donc d'abord celle de lier les affects transférentiels éprouvés durant la consultation à l'univers référentiel des parents (là-bas), seul univers structurant pour eux. Cette proposition surprend la famille mais, dans la mesure où elle est congruente avec leur pensée, elle est immédiatement *représentable* et elle induit des remaniements psychiques. Cette formulation, à mi-chemin entre les représentations étiologiques des parents — de leurs «ethnothéories» (Bril et Zack, 1989) — qu'elle utilise comme données implicites, et les propres références psychanalytiques et culturelles du thérapeute — importance des fantasmes parentaux dans la maturation de l'enfant — est caractéristique de la technique ethnopsychanalytique.

La fête préconisée par le thérapeute a effectivement été organisée et l'ensemble de la famille élargie a été associée au déroulement du processus thérapeutique. Ainsi la souffrance qui, jusque-là, était essentiellement por-

tée par les deux parents, a été décentrée. De plus, le propre cadre de la famille s'est de ce fait trouvé renforcé. Les parents, s'étant sentis portés, ont pu, à leur tour, porter leurs enfants. L'acte thérapeutique inscrit le *sens indissociable de toute prise en charge psychothérapique* à l'extérieur des parents et leur permet ainsi d'utiliser les potentialités de leur groupe d'appartenance.

Lors de la seconde consultation, le père parle beaucoup plus. Il est moins effacé et surtout moins triste. Il intervient souvent auprès de Farid de manière adaptée. L'échange que la famille a avec nous est maintenant plus souple, plus riche, plus diversifié. On aborde ainsi le matériel onirique et fantasmatique avec aisance et fluidité. Le récit devient associatif et n'est plus simplement descriptif. Les différents échanges entre la famille et nous, entre Farid et sa famille et surtout entre Farid et l'extérieur sont maintenant étayés par un système cohérent de représentations culturelles, ils ont trouvé une matrice pour se faire. Le processus thérapeutique est lancé et bientôt la bouche de Farid acceptera de s'ouvrir...

En fait l'analyse des séances suivantes permet de faire l'hypothèse que Farid acceptera de parler quand sa parole (parole énoncée en français) ne mettra plus en danger ni ses parents ni lui-même. C'est-à-dire quand ses parents seront contenus par un cadre efficient et que lui-même ne sera plus clivé en deux mais qu'au contraire il aura expérimenté le fait que l'on peut passer du monde du dedans au monde du dehors sans perdre ses parents et sans risquer la mort.

Dans ce cas clinique brièvement présenté, nous avons procédé de la même manière: d'abord identifier les systèmes étiologiques traditionnels, puis s'y inscrire par une proposition culturellement conforme et enfin seulement engager le processus élaboratif avec l'enfant et sa famille. Cette méthode s'étaie sur des implicites épistémologiques qu'il s'agit maintenant de clarifier.

Épistémologie des manières de faire

Devant un dysfonctionnement de l'enfant au sein de la famille ou du groupe, deux positions épistémologiques et techniques différentes peuvent être identifiées selon qu'on se situe dans un système de pensée traditionnel¹⁶ ou occidental. Partant des mêmes prémisses — la souffrance de l'enfant et de sa famille — les deux démarches admettent des logiques différentes. À partir d'une description sémiologique du symptôme, le clinicien occidental aboutira à un diagnostic qui s'appuie sur une nosographie préexistante. Ce diagnostic déterminera le choix de la technique. Le guérisseur, en revanche, utilise une technique qui ne repose pas sur une sémiologie descriptive mais

plutôt sur la prise en compte des liens entre l'enfant et son groupe d'appartenance.

Logiques traditionnelles/logiques occidentales

Devant un enfant qui vient le consulter, le clinicien occidental fait un *diagnostic de nature*: tel enfant est anxieux, tel autre est inhibé, tel autre encore a des angoisses de séparation. Selon l'école de pensée à laquelle on appartient, on lira cette sémiologie à partir d'une grille différente (psychanalytique avec ses différents courants, biologique ou même éclectique, etc.). Certes tout bon clinicien occidental prendra en compte les relations que l'enfant a avec sa famille et avec son entourage. Mais, ces éléments serviront à étayer le diagnostic porté sur la nature de la maladie: Farid¹⁷ a des troubles des mécanismes de séparation/individuation, par exemple. À partir de ces diagnostics, il proposera une technique de soins visant à rétablir de dysfonctionnement en modifiant des mécanismes internes de l'enfant. Il s'agit en dernière analyse de changer la nature de l'enfant.

La démarche du guérisseur est toute autre. À partir de la logique du symptôme, le guérisseur proposera d'emblée un acte, un objet, une technique sans se référer à une nosographie, si ce n'est tout au plus à une classification sommaire qui, lorsqu'elle est explicitée pour les besoins d'une enquête anthropologique, surprend par son simplisme («quelqu'un lui a fait du mal, des *djinna* ont fait tomber un vent sur lui, etc.»). En effet, le guérisseur ne vise pas à modifier directement des mécanismes internes mais à restructurer des liens externes. L'on pourrait citer des exemples tirés d'aires culturelles diverses. Sudhir Kakar a, par exemple, analysé les techniques de soins traditionnelles en Inde et a montré que les guérisseurs, qu'ils soient musulmans ou hindous, avaient tous en commun un même paramètre: ils s'intéressent au *contexte* du symptôme et non pas à son *texte* (Kakar, 1982). *Il ne s'agit donc pas d'une sémiologie mais d'une pratique de l'interaction.*

La démarche traditionnelle peut se conceptualiser de la manière suivante:

- a) le guérisseur ne cherche pas à faire un «diagnostic de nature» (nature de la maladie) mais un diagnostic qui se situe sur le pôle interactif: «quels sont les liens dysharmonieux?
- b) son activité n'est pas délibérée, il est l'instrument d'une technique transmise de manière rituelle ou initiatique.
- c) à partir de ce diagnostic qu'on pourrait appeler interactif, il prescrit une technique de soins qui vise à modifier l'interaction repérée. Il dispose pour cela de trois modalités d'accès: a) modification de la

position de chacun des partenaires de l'interaction. Cependant, dans de tels systèmes, les humains peuvent entretenir des relations avec des non-humains tels que les dieux, les esprits, les sorciers, etc.; b) mobilisation des inférences de chacun des protagonistes — c'est-à-dire des univers implicites; c) déplacement des éléments de sens d'un lieu «naïf» à un lieu technique. Si, transitoirement, le sens est détenu par le guérisseur, il le déposera en fin de cure dans un endroit culturellement défini, toujours situé en dehors du patient (prescriptions, talismans, pèlerinages, autels, etc.).

Le compromis ethnopsychiatrique: une pragmatique du lien

Les deux registres de fonctionnement que l'on vient de décrire admettent des logiques différentes, ils sont hétérogènes mais sont-ils pour autant antinomiques? L'on peut maintenant penser que ces logiques qui imprègnent nos patients peuvent se dire dans le cadre de nouveaux dispositifs techniques¹⁸ qui intègrent deux paramètres injustement négligés: 1 — le lien intime entre structuration affective, logique, cognitive et le monde culturel dans lequel a grandi le patient. 2 — la migration comme événement psychologique traumatique.

Les liens entre la structuration affective et cognitive et le monde culturel

La première constatation a été d'abord de remarquer, puis de conférer un statut épistémologique au fait que les patients provenant de cultures non occidentales ne peuvent dérouler leurs associations d'idées que dans le cadre de «théories étiologiques» dites «traditionnelles» (Nathan, 1989a). Ces étiologies traditionnelles¹⁹ sont tout simplement indispensables lorsque l'on s'occupe de pédopsychiatrie en situation transculturelle. Lors de l'établissement des interactions précoces entre la mère et l'enfant, reviennent tout naturellement les anciens modèles culturels dont la fonction est précisément d'établir des interactions (Nathan et Moro, 1989). Si l'on prend l'exemple de l'Afrique de l'Ouest, l'on sait que l'enfant nouveau-né est considéré comme un étranger que les parents doivent accueillir, apprendre à connaître, humaniser, bref: adopter. Le corollaire de cette notion est que le fœtus est déjà un être humain à part entière, nanti d'une identité qu'il s'agira de *découvrir* et non de *façonner*. Il est donc de la plus extrême importance de «bien nommer» un enfant; c'est-à-dire d'identifier le plus tôt possible sa véritable «nature», car un nom maladapté peut le rendre malade, pire même, l'inciter à repartir, c'est-à-dire à mourir.

La cohérence du système de représentation de l'enfant dès sa conception assure à l'intérieur du cadre qu'il trace des interactions harmonieuses mère-enfant. Si l'un des maillons du système est transgressé ou omis,

l'ensemble du processus est alors perturbé, ce qui se traduira au niveau de la dyade mère-enfant par un dysfonctionnement qu'il faudra identifier et nommer. Ainsi, les interactions mère-enfant constituent-elles un véritable microcosme culturel, selon l'heureuse expression d'Hélène Stork (1986), où se cristallise un dysfonctionnement qui peut avoir pour origine un tout autre point du système que la dyade elle-même, par exemple un avatar du processus de nomination. Notons que ce principe d'ordre régit les interactions mère-enfant avant même que l'enfant ne naisse. Si l'enfant tombe malade, toute intervention, pour être efficace, doit se situer dans la logique du système interactif général.

Si seul ce paramètre était pris en compte, on serait contraints de déduire de tout ce qui précède qu'il ne reste au clinicien occidental qu'une seule issue, vendre son âme aux dieux et à leurs génies tutélaires et se métamorphoser en guérisseur. Cette solution est une aporie car ce serait oublier que d'autres paramètres entrent en jeu, la migration de la famille et surtout, la place du clinicien occidental. Un thérapeute ne peut travailler qu'à partir de la position qu'il occupe dans son propre univers culturel de référence et de la pensée théorique qu'il habite — pour nous: la psychanalyse.

Analysons alors les modifications introduites dans ce système par la migration de la famille.

L'événement migratoire

Pour la famille: une clinique du doute et de l'instabilité

Les familles qui nous consultent viennent essentiellement d'Afrique du Nord, d'Afrique noire, d'Europe du Sud (Espagne, Portugal), des Antilles françaises, des îles francophones de l'océan indien (Réunion, Madagascar, Comores); et plus rarement: des Indiens des anciens comptoirs français — Pondichéry — des Turcs, des immigrés d'Asie du Sud-Est (Vietnam, Cambodge, Laos). C'est à travers elles et à travers nos propres itinéraires, que nous avons été amenés à penser la migration.

On a montré que d'un point de vue psychologique le mot «migrer» comportait deux significations: 1 — *émigrer*, quitter, perdre l'enveloppe des lieux, de sons, d'odeurs, de sensations de toutes sortes qui constituent les premières empreintes sur lesquelles s'est établi le codage du fonctionnement psychique. 2 — Migrer signifie aussi *immigrer*, c'est-à-dire reconstruire seul, en l'espace de quelques années ce que des générations ont lentement élaboré et transmis (Nathan in Moro et Nathan, 1989c).

Ainsi dans la migration, le cadre culturel d'origine habité par la famille va devenir instable. Les étiologies traditionnelles efficientes dans un

univers culturel donné car enrichies en permanence par l'environnement, vont ici perdre certaines de leurs propriétés comme par exemple l'évidence et la cohérence interne et externe — ces remarquables machines à fabriquer du sens vont progressivement perdre certaines de leurs qualités. Ce bouleversement longtemps sous-estimé par les chercheurs, va entraîner un remaniement des étologies pensées et vécues par la famille. Ainsi ce père soninké du Mali venu à la consultation avec une question qu'il n'avait jamais osé poser ailleurs: sa petite fille avait de drôles de crises qu'aucun médecin ne parvenait à soigner, avait-elle une maladie de Blancs ou une maladie de Djinna? (Moro, 1989a). Pourtant, la famille, malgré les apparences, conserve en un lieu obscur des fragments du système référentiel d'origine même si sa cohérence et donc son efficacité sont amenuisées par l'absence du groupe social, garant du bon fonctionnement de ce système en le «rétrovalidant», et par l'appauvrissement des inférences qui structurent le pôle référentiel d'origine. Ces processus ont été mis en évidence chez les patients qui ont migré durant la période de latence, l'adolescence ou l'âge adulte. Pour ceux qui ont migré dans la petite enfance ou plus encore ceux qui sont nés en France, d'autres mécanismes doivent être décrits.

Pour l'enfant: une clinique du clivage et de la vulnérabilité

Pour l'enfant de migrants, deux univers référentiels sont théoriquement utilisables: celui de ses parents (mais c'est un référent bien peu solide étant donné que la seule transmission possible parents-enfants est une transmission interne à la famille, la transmission externe par/dans le groupe se réduisant au mieux à quelques semaines de vacances et à une langue souvent bien plus ânonnée qu'habitée) et celui de l'extérieur (école, rue, médias, etc.). En fait, l'expérience montre que ni l'un ni l'autre ne sont susceptibles d'être intégrés dans leur globalité.

Pour ces enfants l'issue ne se trouve que dans le passage d'un monde à l'autre. Mais, pour ce passage, ici point de guide, les parents ne connaissant pas, ou mal, les logiques du nouveau monde; il ne reste à l'enfant qu'à l'affronter seul sous une *égide faite de bric et de broc*. Dès les premiers jours sont inscrits dans les interactions mère migrante-enfant le doute, l'incertitude, la confusion des catégories, la labilité kaleïdoscopique du cadre externe. Les techniques de soins aux enfants ont été polies par des générations successives, et elles sont maintenues vivantes par un échange permanent avec le groupe de femmes et le groupe culturel dans son entier. Transportées dans un autre monde, elles perdent partiellement leur cohérence. En grandissant, l'enfant se heurte à un monde qu'il doit habituellement déchiffrer seul. Dans certains cas des personnages investis de la fonction d'initiateur (instituteur) l'accompagnent un temps. Privé de la

cohérence entre la culture et la société qui rend le monde prévisible, il lui faut chaque jour «rencontrer le monde de manière traumatique», c'est-à-dire sans protection, sans intermédiaire²⁰, directement, sans pare-excitation²¹. La mère peut penser qu'elle a confié son enfant à un monde étranger, donc hostile, qu'elle a en quelque sorte *exposé* son enfant²². De même l'enfant, en miroir, pense sa destinée comme celle d'un «self made child» qui a maîtrisé un risque vital, en conservant une fragilité mais aussi l'illusion qu'il est hors du commun, hors norme.

De ce qui précède, on peut conclure que l'enfant de migrants doit faire face à plusieurs facteurs de vulnérabilité: la fragilité de ses parents dont les repères ont été mis à mal par la migration et son propre fonctionnement clivé s'appuyant sur un univers référentiel double dont les deux polarités sont mal assurées.

Conclusion

Nous concluons sur une idée peu connue et qui peut pourtant avoir une importance capitale pour la pratique quotidienne de tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, interviennent dans la prise en charge de ces enfants quelque peu singuliers: si l'enfant de migrants maîtrise le risque culturel auquel il est soumis, ce risque peut se transformer en potentialités créatrices. Mais, encore faut-il créer un environnement psychologique, humain et tout particulièrement un environnement scolaire où cette maîtrise du risque soit possible... Tels sont certains des enjeux actuels de l'ethnopsychiatrie de l'enfant, enjeux complexes qui exigent un travail pluridisciplinaire et une perspective éclectique tant d'un point de vue théorique que clinique.

NOTES

1. Je me centrerai dans cet article sur les travaux faits en France.
2. Ce paragraphe approfondit certaines formulations amorcées dans un article à paraître (Moro et Nathan, 1992).
3. Devereux emploie souvent le mot «sociologie» dans son acception anglo-saxonne c'est-à-dire englobant l'anthropologie. S'il a parfois utilisé des données de la sociologie au sens strict, c'est surtout à l'anthropologie qu'il se réfère. Au regard de son œuvre, les deux référents sont donc bien l'anthropologie et la psychanalyse contrairement à ce que le laissent penser certaines traductions.
4. Cf. infra, la définition de ces concepts.
5. Souligné par moi.
6. Sauf peut-être les psychanalystes d'enfants qui les utilisent assez volontiers dans les cures mais le statut de l'objet apparaît rarement dans leurs théorisations.

7. Cf. Moro (1988, 1989b, 1990, etc), Moro et Nathan (1989b). Nous l'avons aussi montré sur un plan statistique, cf. Moro (1988) et (1989b).
8. Pour une étude approfondie de l'enfant de migrants et l'école, cf. Moro (1988), chapitre III.
9. Farid a été reçu à la consultation d'ethnopsychiatrie de Bobigny dirigée à cette période par Tobie Nathan, consultation où j'étais co-thérapeute. Je dirige maintenant cette consultation. Cette analyse reprend et approfondit celle que j'ai écrite in Moro et Nathan (1990).
10. Il s'agit sans doute d'un régime sans gluten pour une probable maladie coéliquue.
11. Guérisseur traditionnel musulman. Cette question constitue souvent l'entrée explicite dans l'évocation des étiologies traditionnelles de la maladie.
12. Pour une étude détaillée de la frayeur comme étiologie traditionnelle dans différentes aires culturelles, cf le numéro 15 de la *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 1990.
13. Le cadre de la consultation d'ethnopsychiatrie permet d'utiliser la traduction comme un puissant inducteur de liens, un véritable outil thérapeutique.
14. Pour la notion de pertinence, cf. Sperber et Wilson (1989).
15. Nous utilisons ici le concept d'interprétation confirmative dans le sens suivant: une interprétation «supposée révéler des intentions fortement congruentes avec le contenu propositionnel du dire» (Blanchet, 1990, 154).
16. Par souci de simplification dans cet article, nous parlerons parfois, mais le moins possible, des sociétés traditionnelles d'une façon globale et nous mettrons en évidence des lois générales. Cependant sur un plan anthropologique, il existe des spécificités pour chaque groupe ethnique composant ces ensembles hétérogènes. Pour une étude détaillée concernant chaque aire culturelle, cf. Moro et Nathan (1989).
17. Cette observation clinique a été analysée *supra*.
18. Il existe actuellement en région parisienne deux consultations d'ethnopsychiatrie qui fonctionnent avec ces principes techniques: l'une est dirigée par Tobie Nathan à la PMI de Villetaneuse (service du Dr Topuze), l'autre est dirigée par moi au Centre Hospitalier Universitaire Avicenne (service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du Pr Ph. Mazet).
19. Cf. infra quelques exemples de théories étiologiques tirées des consultations d'ethnopsychiatrie (la sorcellerie, le maraboutage, la possession par un Djinn...).
20. En situation intraculturelle, l'intermédiaire le plus efficace c'est la mère qui s'interpose entre le monde et l'enfant.
21. C'est ce que nous avons appelé *le traumatisme à petite dose* (Moro et Nathan, 1989).
22. Sur le concept mythologique et clinique d'exposition, cf. le numéro 12 de la *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 1989. La mythologie nous fournit nombre d'exemples d'enfants exposés c'est-à-dire le plus souvent confiés à l'eau dans

un coffret. L'enfant est exposé à un risque vital, s'il le surmonte, il devient un héros. On trouve cette notion d'exposition dans les légendes de Dionysos, Karna, Moïse, Pâris, Persée, Sargon, Télèphe mais aussi, bien sûr: Oedipe. C'est dans ce sens mythologique que nous utilisons le concept d'exposition.

RÉFÉRENCES

- AUGÉ, M., HERZLICH, C., 1984, *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des Archives contemporaines, Paris.
- ANTHONY, E.J., CHILAND, C., KOUPERNIK, C., 1978, *L'enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable*, P.U.F., Paris.
- Anthropologie et sociétés*, L'usage social des enfants, 1980, Laval, 4, n° 2.
- BALINT, M., 1966, *Le médecin, le malade et la maladie*, Payot, Paris.
- BATESON, G., 1979, *Mind and Nature. A Necessary Unity*, Bantam Book, Toronto.
- BLANCHET, A., 1989, L'entretien: la co-construction du sens, in Revault d'Allones, C. et al., eds, *La démarche clinique en sciences humaines*, Dunod, Paris.
- BLANCHET, A., NATHAN, T., 1989, La contrainte de la case vide. Capacités thérapeutiques de l'analogie dans la psychothérapie spécifique des migrants, in Yahyaoui, A., eds, *Adolescence et migration*, La pensée Sauvage, Grenoble, 141-153.
- BLANCHET, A., 1990, *L'entretien de recherche: la construction des univers référentiels*, Thèse pour le doctorat d'état, Université de Paris.
- BOURGUIGNON, O., 1988, Recherche clinique en psychologie, éléments d'appréciation de la situation en France, *Psychologie française*, 33, 4, 267-270.
- BRIL, B., ZACK, M., 1989, Du maternage à la puériculture, *Informations Sociales*, n° 5, 30-40.
- DEVEREUX, G., 1970, *Essais d'ethnopsychanalyse générale*, Gallimard, Paris.
- DEVEREUX, G., 1985, *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Flammarion, Paris (œuvre originale: 1972).
- DEVEREUX, G., 1980, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Flammarion, Paris.
- EVANS-PRITCHARD, E.E., 1972, *Sorcellerie, oracle et magie chez les Azandé*, Gallimard, Paris (œuvre originale: 1937).
- FAVRET-SAADA, J., 1977, *Les mots, la mort, les sorts, La sorcellerie dans le bocage*, Gallimard, Paris.
- FREUD, S., 1985, Le clivage du moi dans le processus de défense, *Résultats, idées, problèmes*, P.U.F., Paris, 284 (œuvre originale: 1938).
- FREUD, S., 1968, *Totem et tabou*, (traduction française) Payot, Paris (œuvre originale: 1912).
- FREUD, S., 1950, *Ma vie et la psychanalyse*, (traduction française) Gallimard, Paris (œuvre originale: 1925).

- FREUD, S., BREUER, J., 1885, *Études sur l'hystérie*, (traduction française) P.U.F., Paris (œuvre originale: 1885).
- GIBELLO, B., 1988, Contenants de pensée, contenants culturels. La dimension créative de l'échec scolaire, in Yahyaoui, A., eds, *Troubles du langage et de la filiation chez le maghrébin de la deuxième génération*, La Pensée sauvage, Grenoble.
- HOUNKAPTIN, L., NATHAN, T., 1991, La parole agissante et les objets silencieux. Dialogue sur la fabrication de l'objet thérapeutique chez les Yoruba du Bénin, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 16, 5-28.
- JAUIN, R., 1963, *La mort Sara. L'ordre de la vie ou la pensée de la mort au Tchad*, Plon, Paris.
- KAKAR, S., 1982, *Shamans, Mystic and Doctors. A Psychological Inquiry into India and its Healing Traditions*, Alfred A. Knopf Inc., New York.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B., 1967, *Vocabulaire de la psychanalyse*, P.U.F., Paris.
- LÉVI-STRAUSS, C., 1958, *Anthropologie structurale*, Plon, Paris.
- LÉVI-STRAUSS, C., 1962, *La pensée sauvage*, Plon, Paris.
- MORO, M.R., 1988, *Introduction à l'étude de la vulnérabilité spécifique de l'enfant de migrants; analyse d'une étude longitudinale des interactions mère-enfant et du développement de l'enfant de 0 à 8 ans*, Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté de Bichat, Paris.
- MORO, M.R., 1989a, D'où viennent ces enfants si étranges? Logiques de l'exposition dans la psychopathologie des enfants de migrants, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 12, 69-84.
- MORO, M.R., 1989b, *Étude prospective de deux groupes d'enfants (autochtones/migrants) appartenant à une population à haut risque psycho-social. Analyse critique de la méthodologie des résultats*, Mémoire pour l'obtention du DEA, Psychopathologie et neurobiologie des comportements, Professeur D. Widlocher, sous la direction du Professeur S. Lebovici, 1989, Faculté de médecine, Pitié Salpêtrière, Paris.
- MORO, M.R., 1991a, Le génie du syncrétisme. Vers une épistémologie des manières de faire, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 16, 7-12.
- MORO, M.R., 1991c, Une pragmatique du lien: la pratique de l'ethnopsychiatrie, *Actes du Colloque de l'UNESCO, Pratiques médico-sociales, immigration et autres cultures*, Gaudon, P., eds, APF, Paris, 65-72.
- MORO, M.R., 1991d, Essai d'analyse des propositions thérapeutiques spécifiques en entretien ethnopsychiatrique mère-enfant, *Psychologie française*, 36-4, 307-322.
- MORO, M.R., 1993 (à paraître), *Psychopathologie des interactions parents migrants-enfant*, P.U.F., Paris.
- MORO, M.R., NATHAN, T., 1989, Le bébé migrateur. Spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire, in Lebovici, S., Weil-Halpern, F., eds, *Psychopathologie du bébé*, P.U.F., Paris, 683-722.

- MORO, M.R., NATHAN, T., 1992 (sous presse), Ethnopsychiatrie de l'enfant, in Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M., eds, *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, (nouvelle édition en quatre volumes), P.F., Paris.
- NATHAN, T., 1986, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris.
- NATHAN, T., 1987, La fonction psychique du trauma, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 7, 7-9.
- NATHAN, T., 1988a, Migration et rupture de la filiation, in *Troubles du langage et de la filiation chez le maghrébin de la deuxième génération*, Yahyaoui, A., eds. La pensée sauvage, Grenoble.
- NATHAN, T., 1988b, Psychanalyse païenne, *Essais ethnopsychanalytiques*, Dunod, Paris.
- NATHAN, T., 1989a, Épistémologie et technique de la consultation d'ethnopsychiatrie, *Médicographie*, 119, 29-33.
- NATHAN, T., 1989b, L'insupportable perfection de l'œuf. La logique de l'image et de la chose dans les procédures psychothérapiques, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 13, 11-28.
- NATHAN, T., 1990, Le tronc d'arbre et le crocodile. Quelques aperçus techniques sur le fonctionnement d'une consultation d'ethnopsychiatrie, *Projections, La santé au futur*, 1, 59-70.
- NATHAN, T., MORO, M.R., 1989, Les enfants de Djinné. Évaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces, *Évaluation des interactions précoces*, Lebovici, S., Mazet, P., eds, Eshel, Paris, 307-340.
- Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, La pensée sauvage, n° 12 — L'enfant exposé, n° 125 — Frayeur, Grenoble.
- RANK, O., 1983, *Le mythe de la naissance du héros*, Payot, Paris (1909).
- REVAULT D'ALLONES, C., 1989, Psychologie clinique et démarche clinique, in Revault d'Allones, C. et al., eds, *La démarche clinique en sciences humaines*, Dunod, Paris, 17-32.
- ROHEIM, G., 1967, *Psychanalyse et anthropologie*, Gallimard, Paris (œuvre originale: 1950).
- SPERBER, D., WILSON, D., 1989, *La pertinence, communication et cognition* (traduction française), Éditions de Minuit, Paris (œuvre originale: 1986).
- STORK, H., 1986, *Enfances indiennes*, Le Centurion, Paris.
- THOMAS, L.-V., 1961, Temps, Mythe et Histoire en Afrique de l'Ouest, *Présence Africaine*, 39, 12-68.
- THOMAS, L.-V., 1975, *Anthropologie de la mort*, Payot, Paris.
- THOMAS, L.-V., LUNEAU, R., 1975, *La terre africaine et ses religions. traditions et changements*, L'Harmattan, Paris.
- TOMKIEWICZ, S., MANCIAUX, M., 1987, La vulnérabilité, in Manciaux, M., Lebovici, S., Jeanneret, O., Sand, E.A., Tomkiewicz, S., eds, *L'enfant et sa santé*, Doin, Paris, 737-742.

- WIDLÖCHER, D., 1986, *Métapsychologie du sens*, P.U.F., Paris.
- WINNICOLL, D.W., 1979, Le monde à petite dose, *L'enfant et sa famille*, Payot, Paris (1957).
- ZEMPLÉNI, A., 1968, *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lebou du Sénégal*, Thèse pour le Doctorat de troisième cycle, Sorbonne, Paris.
- ZEMPLÉNI, A., 1985, La «maladie» et ses «causes». Introduction, *L'Ethnographie*, lxxxii, 2, 13-44.

ABSTRACT

Theoretical and methodological principles of ethnopsychiatry: The case of migrant children and their families

The realm of ethnopsychiatry also includes the cultural dimension of chaos (and the ways of overcoming this chaos) and the analysis of psychic foundations. This original method deals with the «complementarity» between psychoanalysis and anthropology. In doing so, it establishes a new link between the clinician and the patient, between traditional therapies and modern treatments, between the outside (culture) and the inside (psyche). This approach can be successfully applied to the context of migration, particularly to the child who is torn between the culture of his parents and the culture of the host nation.