

[texte](#)

[editorial](#)

Tenir compte de la dimension culturelle des affections, en psychopathologie de l'enfant

Comment comprendre la dimension culturelle des troubles et affections psychologiques des migrants, à travers l'exemple de l'enfant.

Par: Taïeb Ferradji, Ethnopsychiatre /

Publié le : 13 Janvier 2010

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

Énoncer un cadre culturellement pertinent

J'exerce dans le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, à l'hôpital Avicenne, où je suis responsable de la conciliation transculturelle. La très grande majorité des patients qui nous sont adressés sont des enfants, souvent envoyés consulter à la demande de leur école. Il me faut témoigner de la quasi absence de sinistrose chez des sujets ayant la soixantaine. En 10 années de consultations, je n'ai eu à prendre en charge qu'un cas de névrose traumatique.

Il a été déjà souligné que la problématique de l'accueil des migrants à l'hôpital est complexe. En fait, c'est la réalité de la migration qui est complexe. Oublier un niveau de complexité, c'est prendre de risque de produire des artefacts d'analyse.

Notre consultation reçoit des patients qui viennent à la demande de professionnels (dispensaires, PMI, autres services hospitaliers) qui estiment rencontrer un obstacle de taille. Les problèmes qui sont soulevés sont fréquemment d'ordre culturel. Dans un nombre limité de séances (trois ou quatre), sur une période de 6 à 9 mois en moyenne, nous essayons de lever des blocages qui peuvent être très handicapants sur un plan social. Au terme de ces

cycles de consultation, les patients retournent vers leur mode de prise en charge primaire habituel.

Le thème du métissage est central. à mon sens, les migrants sont d'abord des métis. Dans la très grande majorité des cas, nous accueillons des enfants de migrants auxquels cette question centrale se pose : comment rompre avec l'ancêtre sans le trahir. C'est une affaire d'affiliation, de loyauté. A l'enfance et a fortiori à l'adolescence, une série de choix plus ou moins douloureux sont inévitables. Quel modèle faut-il faire sien, celui des parents ou de la société d'accueil ? Bien des décisions exigent des efforts substantiels en vue de choisir sa voie.

Chacun connaît les caractéristiques de la Seine-Saint-Denis sur le plan économique et social. Dans la consultation d'addictologie de l'hôpital Avicenne, par exemple, 72 % des patients sont d'origine migrante. Ils sont accueillis très majoritairement dans de nombreux services de notre institution de soins. Dès lors, la dimension migrante n'est-elle pas surdéterminante dans l'apparition de nombre de pathologies ? On doit tenir compte de cette dimension, s'il l'on veut améliorer la pertinence et l'efficacité des projets de soins que l'on propose. En reconnaissant la composante culturelle de bon nombre de situations justifiant une consultation en service de psychopathologie, on se donne un levier d'action supplémentaire. Avant tout, la complexité des réalités auxquelles nous sommes aux prises ne saurait être sous-estimée.

On est en droit de parler d'un cadre culturellement pertinent, en considérant la relation médecin/patient. Bien évidemment, cette relation est asymétrique. Son modèle a été énoncé par Laennec : un sachant diagnostique et prescrit. Notre démarche s'efforce de rééquilibrer quelque peu cette relation asymétrique. En effet, les patients sont porteurs de représentations et de théories et il est capital de les comprendre. Un principe de base consiste donc à aller vers l'autre, en faisant preuve d'écoute.

Ma formation de psychiatre m'a conféré des catégories diagnostiques. Songeons ainsi à la classification internationale des maladies. Voir des patients, c'est en permanence associer des noms à des conditions, c'est classer les personnes en fonction de diagnostics.

Comprendre l'histoire des personnes migrantes : l'exemple d'un couple d'origine malienne et de leur enfant

Lors d'une consultation récente, j'ai reçu deux parents maliens, ainsi que leur enfant, à la demande de la médecine scolaire. L'histoire de cette famille est très éloquente. Le père ne devait pas partir de son pays. Il a dû le faire pour prendre la place d'un frère décédé dans des conditions mystérieuses. Sa famille s'était à ce sujet posé beaucoup de questions. Qu'était-il arrivé ? Avait-il été victime d'une attaque en sorcellerie ? La mort de ce frère est restée dans l'impensable. Or, l'être humain a d'une manière générale besoin de se représenter ce qui arrive, pour ne pas sombrer dans l'angoisse de l'indicible et dans le trauma. Il n'a pas été évident d'expliquer à ces parents d'origine malienne ce qu'est une rupture d'anévrisme. Dans leur système de valeurs, décrire la chaîne de causalité responsable de la mort d'un frère, à cause d'une cardiopathie jamais diagnostiquée eût été un non sens. Mieux valait puiser dans leur monde de représentations quelque chose de communicable et de concevable.

Quelle était la motivation de la consultation ? Le petit garçon de ce couple malien avait mordu

un autre enfant à l'oreille en classe. Il était décrit comme « mal élevé », « hyperactif », « ne tenant pas en place ». Les patients que nous recevons sont porteurs non seulement de représentations mais encore d'une histoire. Le père devait initialement rester à Bamako. Il a pris la place d'un frère mort. De plus, marié au pays, sa femme n'avait longtemps jamais pu avoir d'enfant. L'idée avait germé dans la tête de l'homme que quelque chose l'empêchait d'avoir un enfant. Cela a dû très certainement contribuer à son départ du Mali. En arrivant en France, il s'est remarié avec une femme de la communauté malienne. Le couple a eu cet enfant, que nous avons reçu en consultation. Sa mère, depuis peu de temps en France, ne parlait presque pas la langue française. Sa grossesse avait été compliquée sur le plan obstétrique. Les familles migrantes sont en règle générale créatives dans l'invention de stratégies d'adaptation à une société qui n'est pas la leur. Ce n'est qu'une minorité d'enfants qui doivent recourir à une consultation comme la nôtre.

Il est souvent dit qu'un enfant mal nommé démarre mal dans la vie. Le choix d'un prénom obéit à certaines règles et plusieurs éléments sont à considérer pour que ce choix soit heureux. Or, les parents d'origine malienne ont choisi de donner à leur garçon le nom du grand père décédé un an auparavant. Lors de la grossesse, on a dit de l'enfant à venir : « c'est son grand père ». En d'autres termes, c'était un enfant ancêtre. Il a comme naturellement occupé la place du grand père disparu. De ce fait, la mère s'adressait à son garçon en l'appelant « Sidi », c'est-à-dire « Maître », « Seigneur » ou « Monsieur ». Le père l'appelait « papa ». Ces parents n'ont pas élevé leur enfant au milieu de leur famille, au Mali, mais seuls à Bagnolet. Pour cette raison, il n'existait aucune instance de médiation entre les parents et leur enfant. Ce dernier s'est trouvé être un enfant roi dans l'espace privé du foyer où il grandissait. Lorsqu'il a dû rejoindre l'école maternelle, il a vécu un traumatisme majeur. Il lui fallait respecter les autres enfants, de même que les enseignants, partager les jouets, etc. Comme on pouvait le redouter en considérant la trajectoire de ce garçon, il a réagi de manière très violente.

Evidemment, l'école n'était pas obligée de s'intéresser aux causes de la violence d'un enfant. En l'espèce, la maîtresse ne disposait pas de tous les éléments requis pour comprendre les raisons d'un comportement aberrant. Elle s'est bornée à convoquer la mère pour lui dire que leur enfant était « mal élevé » et qu'on ne pouvait plus l'accueillir en classe. Une blessure narcissique considérable en a résulté. Les parents ont dû subir une crise grave et aucun aîné ne pouvait intervenir dans le but d'adoucir l'épreuve par une médiation. Toute leur famille se trouvait au Mali.

Il nous est donc revenu de démêler l'écheveau de l'histoire de ces personnes migrantes pour que l'enfant ne soit plus perçu à l'école comme une simple « cause de problèmes ». Lorsque la maîtresse d'école a su quelle était l'histoire des parents et de l'enfant, elle a modifié son regard. Les parents n'étaient plus perçus comme démissionnaires mais simplement comme très démunis. Notre tâche a été de contribuer à les mettre en situation de réaliser quelque chose et non plus de subir. Manifestement, les parents ont été tétanisés par la nature de « l'enfant ancêtre ». Au cours d'une série de consultations, nous avons posé des limites à l'enfant, de même qu'une stratégie que les parents ont pu s'approprier car ils l'ont validée. Ainsi, leur garçon a pu se remettre à apprendre, en respectant l'espace des autres.

Je clôturerai mon propos en empruntant une citation lue dans le Monde d'un ambassadeur de France dans un pays d'Amérique latine : *« je viens réconcilier le pays de mes parents avec celui de mes enfants. »* C'est exactement en ce sens qu'il faut entendre notre travail consistant à retisser des liens.

- [Page precedente](#)
- [Page 1/2](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire