



**HAL**  
open science

## A clinical case of depression in a teenage girl, child of migrants. The position of cultural etiological hypotheses

Maude Ludot, Hawa Camara, Jonathan Ahovi, O. Kodio, Hervé Lefevre,  
Jonathan Lachal, Marie Rose Moro

### ► To cite this version:

Maude Ludot, Hawa Camara, Jonathan Ahovi, O. Kodio, Hervé Lefevre, et al.. A clinical case of depression in a teenage girl, child of migrants. The position of cultural etiological hypotheses. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2020, 68 (5), pp.263-268. 10.1016/j.neurenf.2020.02.002 . hal-02938418

**HAL Id: hal-02938418**

**<https://hal.science/hal-02938418v1>**

Submitted on 22 Aug 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Prise en charge d'une dépression chez une adolescente migrante de seconde  
génération. La place des étiologies culturelles.

*A clinical case of depression in a teenage girl, child of migrants. The position of cultural  
etiological hypotheses*

M. LUDOT<sup>a,b,c,\*</sup> - H. CAMARA<sup>a,b,c</sup> - J. AHOVI<sup>a,c</sup> - O. KODIO<sup>a,c,d</sup> - H. LEFEVRE<sup>a,b,c</sup> - J.  
LACHAL<sup>a,b,c</sup> - M R. MORO<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> AP-HP, Cochin Hospital, Maison de Solenn, Paris, France

<sup>b</sup> Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

<sup>c</sup> CESP, Fac. de médecine - Univ. Paris-Sud, Fac. de médecine - UVSQ, INSERM,  
Université Paris-Saclay, 94805, Villejuif, France

<sup>d</sup> Faculté de médecine de Bamako, Mali

Prise en charge d'une dépression chez une adolescente migrante de seconde  
génération. La place des étiologies culturelles.

*A clinical case of depression in a teenage girl, child of migrants. The position of cultural etiological hypotheses.*

**RESUME**

Dans notre pratique clinique en service hospitalier, on observe une résistance de la part de certaines familles migrantes, vis à vis de la prise en charge psychologique de leurs adolescents. L'objectif de cet article est d'illustrer les soubassements de ces résistances, à partir de la clinique adolescente et du background culturel des familles, et d'analyser les particularités de la prise en charge transculturelle. Nous présentons l'observation clinique détaillée d'une adolescente âgée de 17 ans : Naminata, née en France de parents migrants originaires de Côte d'Ivoire, et hospitalisée pour prise en charge d'une dépression. La discussion de cette situation met en lumière, à travers la prise en charge transculturelle, l'enjeu acculturatif que peut représenter l'objet psychologique pour cette adolescente et ses parents. L'atypicité de la symptomatologie dépressive et l'émergence d'un trouble obsessionnel compulsif peuvent être éclairées, dans notre lecture, par un défaut de transmission de l'histoire familiale et culturelle. Naminata se saisira de cet espace transculturel pour interroger et renforcer le processus filiatif et affiliatif (ses affiliations métissées d'enfant de migrants).

**Mots Clés :** Enfants migrants de deuxième génération – Adolescence – Psychiatrie – Résistances – Consultation transculturelle.

**ABSTRACT**

*Introduction-* In our adolescent medical department in a Paris Hospital, psychiatrists and paediatrics always work together with a multidisciplinary approach. In our clinical practice we often observe a resistance from migrant families to psychological care. The aim of this article was to understand the reasons for this resistance and to analyse, from a clinical situation, the specificities of these transcultural consultations.

*Background* – Specific vulnerabilities of children of migrants are well-known, especially during the adolescent period. Studies about second generation migration children show more psychiatric disorders, in particular for depression. Despite that, children of migrants and their families do not often seek psychiatric consultations perhaps because mental illness is stigmatized in their own culture.

Clinical case - We report the clinical case of a teenage girl, 17, born in France child of migrants from the Ivory Coast. This teenager was hospitalized in our department because of depression and fainting with loss of consciousness. The cultural etiological hypotheses of her parents were presented (such as witchcraft or evil spirits).

Discussion: The discussion highlights the psychological object as an acculturative subject for the teenager, and cultural and religious reactions from her mother, in response to psychological care. We will see how much these cultural reactions are difficult to treat in a transcultural therapy because they could not be hybridized. The father's involvement during the transcultural therapy was very important to better understand the situation, regarding his migratory history. The teenager uses this therapy to learn about her origins and try to belong again to her family. The transcultural consultation seems to be very important to increase the means of filiation and affiliation.

Perspective: The links between break of cultural / family transmission and depression during the adolescence of children of migrants deserve to be explored through future research.

**Key words:** second generation migration children – Adolescence – Psychiatry – Family resistance – Transcultural therapy.

En médecine de l'adolescence, notre prise en charge se veut pluridisciplinaire, avec notamment le travail conjoint des pédiatres et des psychiatres au sein du service hospitalier. Dans un certain nombre de familles migrantes, nous nous retrouvons confrontés à une résistance de la part des adolescents et de leurs parents vis à vis de la prise en charge psychologique. Les théories étiologiques autour du corps et/ou de la culture émergent alors massivement en venant s'opposer à l'hypothèse psychologique. Pour mieux comprendre ce processus, les auteurs proposent d'analyser le cas d'une adolescente de dix sept ans prise en charge pour dépression dans un service de médecine de l'adolescent à Paris. Cette adolescente est née en France de parents migrants originaires de Cote d'Ivoire. L'objectif de cet article est de mettre en lumière et d'analyser, à travers un cas clinique, les symptômes dépressifs d'une adolescente migrante de seconde génération ainsi que les résistances de sa famille face à l'hypothèse psychologique et d'essayer d'en comprendre les soubassements à partir de la clinique adolescente et du background culturel.

## 1. Contexte

### *Vulnérabilité psychologique des enfants de migrants*

On retrouve, chez les enfants migrants, des vulnérabilités psychologiques particulières, pouvant s'expliquer par différents éléments: le stress du processus migratoire, la position minoritaire occupée par ces jeunes dans la société d'accueil, parfois le manque d'outils langagiers pouvant conduire à de moins bonnes habiletés sociales et résultats scolaires, les différences culturelles, ou encore la difficulté dans la recherche identitaire et l'affiliation culturelle [1].

Moro [2] a décrit des vulnérabilités spécifiques chez les enfants de migrants avec notamment trois périodes à risque: les interactions précoces entre la mère et son bébé, l'entrée dans les premiers apprentissages; enfin la période de l'adolescence.

La prévalence vie entière des troubles psychiatriques est très variable mais estimée dans un récent article comme étant 35% plus élevée chez les enfants migrants de deuxième génération versus les enfants et adolescents de population générale [3]. Et ceci serait particulièrement important pour la dépression (30%) [1, 3, 4].

Pour les enfants migrants de seconde génération, le risque accru de conflits intergénérationnels est essentiel pour comprendre cette vulnérabilité psychologique, notamment à l'adolescence. La lutte entre, d'une part, le besoin d'autonomie de ces jeunes, et d'autre part, les désirs parentaux de connexion familiale, serait exacerbée par les différences d'acculturation entre les générations [5]. En effet, les adolescents doivent à la fois recevoir l'héritage culturel de leurs parents et s'appropriier la culture du pays d'accueil via leurs pairs, ce qui peut entrer en conflit avec les représentations parentales sur la culture française. Dans le contexte migratoire, l'assimilation au fur et à mesure des différentes générations conduit à l'érosion de différents mécanismes tels que la supervision parentale, et l'appauvrissement des relations parents-enfants (versus les enfants migrants de première génération) [6]. Elaborer sa place dans la filiation et ses affiliations dans le cadre de sa construction identitaire devient source de conflits pour

l'adolescent de parents migrants. Pour tenter "d'échapper au clivage qui le guette du fait de sa double appartenance", l'adolescent est "condamné à faire des liens, à inventer des stratégies de métissages plus ou moins créatrices, plus ou moins douloureuses » [7, pp 217-236].

A noter enfin que les variations culturelles affectent les manifestations symptomatiques et la présentation clinique de multiples troubles psychiques, comme la dépression ou l'anxiété [8]. Des travaux français mettent en lumière que de multiples manifestations cliniques (comme le mutisme sélectif, le refus scolaire, le déni des soins médicaux pour une maladie chronique ou encore les états de transe ou possession) peuvent être l'expression de troubles dépressifs dans les populations migrantes [9-11].

### ***Place et représentation de la psychiatrie chez les migrants d'Afrique de l'Ouest***

Les parcours des familles migrantes sont souvent complexes et syncrétiques (médecine occidentale, médecine traditionnelle, consultations de religieux...). Le recours aux thérapeutes traditionnels ou « tradipraticiens » est fréquent, afin de trouver un sens au désordre qui touche le patient. Des théories étiologiques explicatives émergent, telles que l'attaque en sorcellerie, la malédiction, la transgression à l'échelle culturelle ou encore la possession, et la famille est actrice du processus de soins. En Côte d'Ivoire, la pratique d'une psychiatrie sociale permet de « n'aliéner ni l'individu ni le groupe familial dans une société où les dynamiques traditionnelles étaient bousculées par un développement rapide (...) et autorise l'intégration de toutes les techniques d'accompagnement des individus et des groupes en souffrance » [12, pp 531].

Les enfants de migrants et leurs familles n'ont que très peu recours aux services de santé mentale. La principale barrière pourrait être culturelle, du fait d'une pathologie psychiatrique stigmatisée/mal connotée dans leur lecture [13]. Pour les migrants, la clinique transculturelle est une des voies permettant de prendre en compte les différentes représentations culturelles de la maladie (d'ici et de là-bas) et de co-construire avec les patients du sens à ce qui les touche.

### ***Le dispositif transculturel***

Les consultations transculturelles peuvent être proposées lorsque nous pensons que la culture peut nous aider à mieux comprendre une situation. L'approche transculturelle utilisant la méthode complémentariste, définie par Devereux (1972) a été développée par l'équipe de psychiatrie transculturelle<sup>1</sup> avec, en particulier, l'exploration des trois niveaux – l'être, le sens et le faire - participant à la construction d'un sens culturel des interactions parents-enfants [2]. L'être correspondant aux représentations ontologiques, le sens aux théories étiologiques et le faire aux logiques thérapeutiques [2]. Le dispositif transculturel est un dispositif groupal à géométrie variable. Le patient et sa famille sont reçus par un groupe de thérapeutes d'origines culturelle et linguistique multiples; mais aussi de formations professionnelles différentes : psychiatre, psychologue, anthropologue, etc. Un des thérapeutes, nommé le thérapeute principal, mène l'entretien avec le patient et sa famille et distribue la parole, au fur et à mesure des échanges, aux différents co-thérapeutes. Ces derniers interviennent librement (tout en s'adressant au thérapeute

principal) en réagissant au récit qu'ils entendent. La fonction du groupe est de permettre un portage culturel, dans un espace très différent des espaces classiques, pour co-construire, co-crée, co-penser avec le patient et sa famille. La langue du patient est au coeur de la prise en charge. Pour cela, nous faisons appel à des interprètes, même lorsque l'enfant maîtrise bien la langue française [14].

## **2. Situation clinique**

### **Naminata, dix sept ans, enfant de migrants originaires de Côte d'Ivoire**

Naminata est une adolescente de dix sept ans, adressée par son infirmière scolaire dans notre service de médecine de l'adolescent pour des malaises récurrents au lycée. Elle est scolarisée en terminale scientifique et est décrite par ses parents comme une élève « brillante » ayant toujours fait preuve de beaucoup d'autonomie. Sur le plan social, Naminata est présentée par sa mère comme une enfant « solitaire », « tournée vers sa famille » ; elle semble en réalité en grande difficulté pour se lier à ses pairs avec un isolement qui s'intensifie ces derniers mois.

Naminata est issue d'un couple parental originaire de Côte d'Ivoire, elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants (deux frères de 10 et 12 ans). Le couple parental est séparé depuis six mois, Madame a la garde exclusive des enfants qui voient leur père un weekend par mois. Naminata communique toujours en français avec ses parents et ses frères. Mais elle maîtrise très bien le dioula que lui ont transmis ses grands-parents maternels.

Ses relations avec ses parents sont très contrastées : L'adolescente est proche de sa mère avec des relations décrites par celle-ci comme « fusionnelles ». Madame explique cette relation particulière à sa fille du fait d'une séparation lorsque Naminata avait quelques mois. En effet, suite à un accident de voiture, Madame est restée un mois dans le coma avant d'être prise en charge pendant plusieurs semaines en service de rééducation. Les relations avec son père sont conflictuelles depuis toujours. Madame dira souvent de son ex-mari qu'il a un « caractère ivoirien » et que de ce fait « Naminata et lui n'ont jamais pu s'entendre car ils sont dans deux mondes différents ».

S'agissant du parcours migratoire des parents, Madame est arrivée en France avec toute sa famille lorsqu'elle avait une dizaine d'années et se présente comme « totalement occidentalisée ». Elle ne rapporte que très peu d'éléments de ses premières années en Côte d'Ivoire et ne donne pas les raisons ayant poussé la famille à migrer en France. Monsieur est arrivé en France à l'âge adulte, suite à un long périple, pour travailler comme chauffeur-routier dans l'entreprise de son cousin germain. Sa famille et notamment ses parents et sa fratrie vivent toujours en Côte d'Ivoire. Les parents de Naminata se sont rencontrés en France.

Depuis deux ans, alors que Naminata a quinze ans, elle consulte à répétition aux urgences pour malaises et pertes de connaissance dans un contexte d'anxiété de performance. Ces malaises ont en effet essentiellement lieu au lycée, dans des situations d'évaluations. Orientée par son

école, l'adolescente rencontre un pédiatre de notre unité qui programme une hospitalisation de quinze jours pour exploration des malaises. Lors de cette hospitalisation, Naminata est en lien avec les autres adolescents, pouvant régulièrement s'inquiéter pour eux et solliciter les soignants pour s'en occuper. Elle participe volontiers à toutes les activités proposées et ne présente pas de malaise. Le bilan somatique (IRM cérébrale, électro-encéphalogramme et test d'hypotension orthostatique) est négatif mais Naminata exprime durant ce séjour une symptomatologie post-traumatique, présente depuis le décès brutal de sa tante maternelle dont elle était très proche quelques mois plus tôt. En effet, Naminata exprime une tristesse de l'humeur en lien avec cette perte, des troubles du sommeil importants et en particulier des cauchemars récurrents. Elle exprime également une souffrance du fait de relations conflictuelles avec son père, décrit comme un homme « peu sensible et irritable », dans l'incapacité de voir et de comprendre ses difficultés. Elle refusera d'ailleurs toutes les visites de son père. Sa mère, quant à elle, est décrite par l'adolescente comme soutenance même si elle ne valide pas totalement la démarche de soins dans laquelle elle s'est engagée. Elle est présente lors des différents entretiens proposés et interagit sereinement avec les soignants, qu'elle appelle parfois pour prendre des nouvelles de sa fille. Un suivi psychiatrique auprès d'un psychiatre référent et une psychothérapie individuelle sont proposés à Naminata au décours de l'hospitalisation.

Naminata investit bien son suivi ambulatoire, elle est très assidue dans les différents espaces. Dans les semaines qui suivent sa sortie d'hospitalisation, elle décrit une recrudescence anxio-dépressive en lien avec le retour à la maison et la reprise des cours. L'adolescente rapporte des décès itératifs de membres de sa famille ou d'amis très proches, qui réactivent la symptomatologie post-traumatique. Des conflits avec sa mère émergent lors des différents entretiens, notamment lorsque Naminata tentera d'exprimer certains choix singuliers : elle fait par exemple part à sa mère de son désir de porter le voile ; elle suit d'ailleurs des cours à l'école coranique depuis plusieurs années, en parallèle de sa scolarité. L'adolescente se heurte au refus et à l'incompréhension de sa mère: « c'est inutile, pratique en silence comme moi ». Plus récemment, Naminata émet le projet de devenir gynécologue, sa mère exprime là aussi son incompréhension « Il y a bien des médecins généralistes et des infirmières dans la famille mais pas de gynécologues ! Tu as encore le temps de changer d'avis ». A noter l'absence du père dans les entretiens familiaux, que l'adolescente et sa mère imposeront malgré notre insistance, avec pour argument principal la crainte que la prise en charge psychiatrique ne le fâche et ne fasse l'objet de divergences supplémentaires au sein de la famille.

A l'approche de la majorité quelques mois plus tard, Naminata se déprime davantage et désinvestit progressivement sa scolarité en terminale scientifique. Lors des entretiens, l'élaboration est difficile, avec une attitude très régressive de l'adolescente qui s'exprime d'une voix d'enfant et pleure en silence. L'alliance avec la mère de Naminata se fragilise davantage : Madame exprime son incompréhension face à la poursuite des soins psychologiques pour sa fille ; elle refuse que soit employée la terminologie de « dépression », préférant parler de « grande fatigue » et se dit certaine d'une étiologie organique à rechercher devant ces malaises avec perte

de connaissance. Elle exprime son incompréhension face à l'absence de cause neurologique retrouvée. L'intensité de la symptomatologie dépressive conduit à la proposition d'un traitement antidépresseur que Naminata accepte mais auquel sa mère s'oppose. Elle fait le parallèle avec sa propre histoire, son propre accident de voiture au décours duquel un traitement antidépresseur lui avait été proposé et qu'elle avait refusé. Elle nous livre alors une hypothèse culturelle pour expliquer les symptômes de sa fille : Naminata serait frappée d'une fatigue depuis plusieurs années car elle aurait été maraboutée en Côte d'Ivoire lorsqu'elle avait une dizaine d'années. Naminata se souvient des mauvaises bouches contre lesquelles ses grands-parents paternels l'avaient mise en garde. Madame souhaite envoyer au plus vite Naminata en Côte d'Ivoire, pour qu'elle soit « baptisée » et pour « contrecarrer les mauvaises bouches. » Elle ajoute : « le traitement antidépresseur, on verra après. »

Finalement, et ce pour des raisons non clairement explicitées, Naminata ne partira pas au pays et Madame acceptera qu'un traitement antidépresseur soit prescrit à sa fille. On constatera en quelques mois une amélioration thymique sensible. Naminata pourra réinvestir progressivement sa scolarité, mais presque aussitôt les malaises avec perte de connaissance reprendront. Elle présentera au domicile un état de coma d'allure conversive constaté par sa mère, qui nécessitera l'appel des pompiers et une prise en charge en réanimation médicale. Hospitalisée à nouveau un mois dans notre service dans les suites de cet épisode, la symptomatologie évoluera vers une porosité psychique importante (elle empreinte les symptômes des patients qui l'entourent, notamment les symptômes anorexiques), et des symptômes obsessionnels envahissants avec des rituels de rangement d'allure clastique. Naminata invoque à nouveau de multiples décès dans son entourage.

Une prise en charge transculturelle est proposée, pour donner place aux représentations de la mère de Naminata sur la souffrance de sa fille, tenter de recevoir son père et co-construire ensemble une manière de soigner l'adolescente, en tenant compte des affiliations de la famille (langue, parcours migratoire, inscriptions dans le monde français..). La prise en charge a consisté en une dizaine de consultations pendant un an et demi.

Les premières consultations transculturelles ont eu lieu en présence de la mère et de la fille uniquement. La mère de Naminata s'est d'abord montrée évitante face aux lectures et interprétations des différents co-thérapeutes, exprimant sa crainte d'être "testée" sur ses connaissances culturelles. A d'autres moments, elle parvenait à exprimer son inquiétude pour sa fille mais surtout son incompréhension face au déclin soudain de son état de santé. Elle s'est interrogée sur l'origine de ce mal-être et sur une attaque possible par des djinns. Questionnée par le groupe de thérapeutes sur la réalisation de rituels de protections par la famille pour la santé de Naminata, Madame nous a redit son souhait d'envoyer sa fille en Côte d'Ivoire, pour la faire « baptiser » et « contrecarrer les mauvaises bouches » ; mais plus tard elle annulera cette proposition « je n'ai jamais cru toutes ces histoires d'Afrique ».

La question de la séparation est prégnante et les consultations nous permettent de mieux comprendre le vécu de Madame par rapport à la prise en charge hospitalière : elle nous explique

que traditionnellement la séparation d'un enfant avec sa famille s'effectue au moment du mariage; la maladie de Naminata a déclenché une séparation plus précoce du fait de l'hospitalisation, très mal vécue par Madame. Nous insistons sur la maladie qui certes l'éloigne de sa mère mais maintient aussi le lien familial et repousse l'échéance de la séparation.

La thématique de la frayeur est centrale lors des différentes consultations, en référence à l'accident de voiture de Madame et à la séparation mère-fille décrite comme traumatique. L'un des co-thérapeutes originaire d'Afrique de l'Ouest prête ses propres représentations culturelles pour permettre l'élaboration et la construction progressive d'un récit « chez moi, on dit qu'on est vulnérable et particulièrement sensible aux attaques de djinn au moment de la frayeur ». Un autre co-thérapeute associe devant le mutisme de Naminata lors des consultations, sur le caractère des femmes dioulas « elles gardent leur secret, elles ne veulent pas contaminer les autres de leur souffrance ». Ceci pour nourrir Naminata de plein de possibles, l'aider progressivement à élaborer, à mettre du sens sur ses silences et ses difficultés à penser et à élaborer.

Il est bien sûr question des difficultés de métissage de l'adolescente, de ses difficultés à trouver sa place et à construire son identité au sein de sa famille et auprès de ses pairs. Pendant les différentes consultations elle nous exprimera son ambivalence par rapport au traitement antidépresseur et son souhait de se faire « baptiser » par téléphone par un guérisseur de Côte d'Ivoire tout en disant y « croire moyen ».

Le père apparaît pour la première fois lors de la septième consultation transculturelle où il accompagne Naminata. La mère est absente. Il semble content d'être là, et s'exprime volontiers. Il nous parle de son arrivée en France à l'âge de 20 ans, de ses premiers enfants nés en Côte d'Ivoire (que Naminata ne connaît pas). Il nous confie également son expérience personnelle auprès d'un guérisseur lorsqu'il était adolescent, accompagné par ses parents qui s'inquiétaient de ses difficultés relationnelles. Il pense utile que sa fille rencontre un guérisseur, c'est en tout cas ce que lui suggèrent ses parents en Côte d'Ivoire qu'il informe régulièrement de l'état de santé de Naminata. A ses côtés, Naminata reste mutique pendant toute la consultation.

Les parents sont tous les deux présents quelques consultations plus tard, aux côtés de leur fille. Le conflit éclate alors entre Naminata et son père. Le conflit porte sur la parentification au domicile : Naminata reproche à son père de ne pas la soutenir face à ses difficultés ; difficultés qui pour Monsieur n'ont pas lieu d'exister eu égard à son propre parcours « bien plus difficile » que celui de sa fille. Cette consultation pointe une inversion des positions dans la famille et l'assistance de Naminata à son père, en difficultés dans ses démarches administratives.

Madame est comme sidérée face à cette soudaine communication, qu'elle craint beaucoup, et reproche au groupe de thérapeutes de permettre et de laisser la place à ces « débordements ». Elle nous dira lors d'une consultation ultérieure redouter que le père de Naminata ne communique des éléments de l'état de santé de leur fille au pays et qu'elle soit ainsi « stigmatisée et rejetée ». Cet élément peut expliquer en partie les réticences de Madame à parler lors des différentes

consultations. Peut-être y a-t-il également des éléments traumatiques dans son histoire, qui rendent l'élaboration difficile et peuvent expliquer les clivages observés.

Nous avons sollicité un interprète à quelques reprises dans cette prise en charge, et ce même si Naminata et ses parents parlaient bien le français. Le recours à un interprète doit être utilisé sur le long cours pour construire une alliance thérapeutique plus forte avec la mère de Naminata, mieux comprendre le concept de « baptême » auquel elle souhaite recourir pour sa fille ; l'utilisation d'un génogramme pourrait nous aider à comprendre les liens entre les différents membres de la famille et mettre en évidence d'éventuelles répétitions.

### **3. Discussion psychopathologique**

#### ***L'Enjeu acculturatif de l'objet psychologique et psychiatrique***

La mère de Naminata, malgré son inquiétude, exprime régulièrement son désaccord quant à la prise en charge dans notre service, qu'elle juge trop soutenue ; elle s'inquiète de la « grande fatigue » de sa fille, et demande des explorations complémentaires sur le plan neurologique. Face à notre hypothèse dépressive et à la proposition d'un antidépresseur, elle proposera finalement une théorie étiologique culturelle et parlera de « maraboutage ». Cette proposition s'exprimera difficilement, Madame rapportant pendant longtemps une « totale occidentalisation » en réponse à la recherche de notre part d'éléments culturels. Cette totale occidentalisation, tout comme le caractère « très ivoirien » de son ex-mari, traduisent une résistance au travail de métissage en jeu. Pourtant, la « grande fatigue » renvoie à un symptôme médical de la culture occidentale, tandis que le « maraboutage » renvoie à l'entité nosologique africaine qu'est la sorcellerie. La double appartenance culturelle de Madame est ainsi, et malgré elle, perceptible. Cela renvoie à une image couramment utilisée chez les dogons au Mali : « la patrie est comme un boubou chargé d'épines. Celles-ci piquent autant en endossant ou en ôtant ce boubou ». Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que la position ambiguë de Madame d'une part et les symptômes présentés par sa fille d'autre part dérivent du conflit entre ces deux systèmes culturels d'appartenance.

Le père de Naminata quant à lui, nous est présenté pendant longtemps par la mère et la fille comme opposé à la prise en charge dans notre service, « trop ivoirien » pour comprendre les soins proposés. Lors de la prise en charge transculturelle où nous le rencontrerons finalement à deux reprises, il exprimera ses difficultés à comprendre la souffrance de sa fille, du fait de son parcours migratoire difficile et du fait qu'il n'ait pas eu la chance de faire des études. La stabilité géographique et la scolarisation dans un établissement de qualité devraient selon lui permettre à Naminata de s'épanouir sur le plan personnel et de faire de grandes études. Il suggère, devant cette souffrance inexplicable, que Naminata puisse rencontrer un guérisseur, comme lui l'avait fait adolescent.

Naminata de son côté est très investie dans les soins, dans sa psychothérapie notamment ; elle est demandeuse d'une prise en charge intensive, sur le plan somatique comme sur le plan psychologique ; elle exprimera dans un premier temps son accord et même son besoin d'un traitement antidépresseur. Néanmoins, son ambivalence vis-à-vis de ce traitement apparaîtra lors

de la prise en charge transculturelle et son besoin parfois ressenti de solliciter un guérisseur. Elle oscille constamment dans son parcours de soins entre les logiques traditionnelles du pays d'origine de ses parents et les logiques d'ici. Ceci est fréquent chez les enfants de migrants, tout particulièrement à l'adolescence [11]. La perte de sa tante semble avoir été marquante, sur le plan affectif comme sur le plan du soutien communautaire.

La « continuité culturelle » est en effet considérée comme un facteur de protection vis à vis de l'effondrement dépressif ; c'est une sorte de « réseau de sécurité collective » [15] et un support aux étapes critiques de l'existence [16]. Naminata pourrait s'appuyer sur la communauté d'appartenance de sa mère et de son père pour trouver un soulagement à sa « grande fatigue » ou « maraboutage » selon sa mère, et à son épisode anxiodépressif selon les psychiatres. La réticence de Madame à impliquer la famille dans le projet thérapeutique laisse entrevoir la relation fusionnelle qu'elle entretient avec sa fille et son rejet de leur communauté d'origine.

Les symptômes obsessionnels compulsifs de Naminata traduisent dans notre lecture un manque de transmission culturelle et familiale. Ces symptômes la mettent dans un état de transe, Naminata est en effet comme possédée ; cela pourrait être une manière pour elle d'acter des rituels qu'elle ne connaît pas, par défaut de transmission des rites du pays d'origine de ses parents. Naminata s'introduit dans le monde dramatique, en invoquant de nombreux décès, en développant les mêmes symptômes que les autres patients du service : l'adolescente se met au cœur de l'événement pour essayer de partager le traumatisme. Il s'agit ici de traumatophilie telle que décrite par Guillaumin [17] dans la clinique adolescente, c'est-à-dire une recherche de traumatisme pour se sentir exister. Les symptômes obsessionnels compulsifs notamment pourraient traduire une impossibilité de mobiliser de manière efficiente des mécanismes de défense culturellement adaptés à leur pays d'origine, comme le soulignait Devereux [18] à travers les désordres idiosyncrasiques, spécifiques aux sujets dans un processus d'acculturation.

Cet objet qu'est la prise en charge psychologique et psychiatrique apparaît comme un enjeu de conflits dans la relation entre Naminata et ses parents, et une manière pour Naminata de s'affirmer singulièrement à eux, à l'égard du système de soins occidental. Il existe également un enjeu de différenciation entre elle et sa mère, puisque Madame avait refusé le traitement antidépresseur dans les suites de son accident de voiture. Un enjeu filiatif apparaît même, qui s'étend à tous les choix singuliers de sa fille: Madame se montre notamment sceptique lorsque Naminata exprime un projet professionnel différent de celui de ses aînés. Quant à son père, Naminata et lui sont en conflits permanents : Monsieur ne comprend pas les difficultés de sa fille, ce qui est à mettre en lien, en partie au moins, avec son parcours migratoire.

Ce fragment clinique montre l'enjeu acculturatif que représente la prise en charge psychologique, pour cette adolescente née en France de parents migrants originaires de Côte d'Ivoire. La double appartenance culturelle de la mère de Naminata est perceptible avec une grande résistance au processus de métissage en jeu. Les défenses mobilisées sont ici proches du

clivage chez Naminata comme chez sa mère, entre le corps et la psyché d'une part, et entre les deux systèmes culturels d'autre part. L'apparition du père dans la prise en charge a permis de mieux comprendre les difficultés de l'adolescente, coincée entre une position d'enfant qui cherche à s'identifier en interrogeant l'identité et l'histoire de ses parents et une position adultifiée avec l'assistance à son père depuis de nombreuses années, qui n'écrit pas le français et a besoin de son aide pour toutes ses démarches administratives; tout ceci dans un contexte de conflits anciens du couple parental.

#### **4. Conclusion**

A travers cette situation clinique, nous avons voulu mettre en évidence la manière dont une famille migrante, en fonction de son background culturel, pouvait percevoir les soins psychiatriques proposés à leur adolescente prise en charge pour dépression. La formulation d'hypothèses religieuses et culturelles de la part de la mère de Naminata nous est apparue comme défensive, en réponse à la prise en charge psychologique (et à la proposition d'un traitement antidépresseur) et donc plus difficilement mobilisables en consultation transculturelle. Ces défenses (proches du clivage) traduisent, dans notre lecture, une résistance au travail de métissage en cours.

Le dispositif transculturel nous a permis de rencontrer le père de Naminata, qui nous a parlé de la difficulté de son parcours migratoire, nous a expliqué ses difficultés à percevoir la souffrance de sa fille, et nous a fait part de ses propositions culturelles pour l'aider. L'espace transculturel a permis que le conflit s'exprime, et que Naminata puisse mettre en mots sa souffrance, devant ses parents. L'adolescente, longtemps mutique, s'est laissée porter et soutenir par le groupe transculturel, dans une écoute active, avant de pouvoir s'exprimer. Elle s'est saisie de cet espace pour renforcer le processus filiatif au sein sa famille, et mieux s'engager ensuite dans une autonomisation propre au processus adolescent.

Le lien entre rupture de transmission culturelle et familiale, et dépression à l'adolescence des enfants de migrants, mériterait des travaux ultérieurs avec des méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives) pour rendre compte de ce fait très souvent rencontré en clinique transculturelle.

*Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.*

#### **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Lachal J [Programme Hospitalier de Recherche Clinique \_0395 \_ protocole] " Assessment of transcultural psychotherapy to treat major depressive disorder in children and adolescents from migrant families: a Bayesian randomized controlled trial ". Cochin Hospital ; 2018.

2. Moro, M.R. Parents en exil. Psychopathologie et migration. Paris : Presse Universitaire de France ; 1994.
  3. Ceri V, Özlü-Erkilic Z, Özer Ü, Kadak T, Winkler D, Dogangün B, et al. Mental health problems of second generation children and adolescents with migration background. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2017; 21(2): 142–7.
  4. Moro MR. Parents and infants in changing cultural context: Immigration, trauma, and risk. *Infant Ment Health J.* 2003; 24(3) : 240–64.
  5. Szapocznik J, Kurtines WM. Family psychology and cultural diversity: Opportunities for theory, research, and application. *Am Psychol.* 1993; 48(4): 400.
  6. Harker K. Immigrant Generation, Assimilation, and Adolescent Psychological Well-Being. *Soc Forces.* 2001; 79(3):969–1004.
  7. Skandrani SM, Bouche Florin L. Adolescence: la construction identitaire et ses aléas. In: *Psychopathologie transculturelle.* Paris: Elsevier Masson; 2009. p. 217-236.
  8. Kirmayer LJ, Fung K, Rousseau C, Lo HT, Menzies P. Guidelines for Training in Cultural Psychiatry. *Can J Psychiatry.* 2012; 57 (3).
  9. Moro MR. Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie: L'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles. *Santé Ment Au Qué.* 1992; 17(2):71.
  10. Moro MR. Enfants d'ici venus d'ailleurs: naître et grandir en France. *Découverte;* 2002.
  11. Moro MR. Nos enfants demain : pour une société multiculturelle. Paris: O. Jacob; 2009.
  12. Bissouma AC, Anoumatakky M, Te Bonle M, Delafosse R et Fourment MC. Psychiatrie et pédopsychiatrie en Côte d'Ivoire, une histoire qui s'écrit toujours. *La psychiatrie de l'enfant.* 2013 ; 56 (2); 521-539.
  13. Nadeau L, Jaimes A, Johnson-Lafleur J, Rousseau C. Perspectives of Migrant Youth, Parents and Clinicians on Community-Based Mental Health Services: Negotiating Safe Pathways. *J Child Fam Stud.* 2017 ; 26(7):1936–48.
  14. Leanza Y, Boivin I, Moro MR, Rousseau C, Brisset C, Rosenberg E & Hassan G. Integration of interpreters in mental health interventions with children and adolescents: the need for a framework. *Transcultural Psychiatry.* 2015; Vol. 52(3): 353–375.
  15. Coppo P. Le Ragioni del Dolore Ethnopsichiatria delle depressione. Turin : [Saggi.Storia, filosofia e scienze sociali](#) ; 2005.
  16. Chandler MJ et Lalonde C. Cultural Continuity as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry.* 1998; XXXV (2): 191-219.
  17. Guillaumin J. Besoin de traumatisme et adolescence. Hypothèse psychanalytique sur une dimension cachée de l'instinct de vie », *Adolescence,* 1985, 3 (1) : 127-137.
  18. Devereux G. Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard ; 1970.
-