



HAL
open science

Pour que la diversité culturelle de nos sociétés soit une chance pour tous !

Marie Rose Moro, Rahmeth Radjack

► To cite this version:

Marie Rose Moro, Rahmeth Radjack. Pour que la diversité culturelle de nos sociétés soit une chance pour tous!. *Enfances & Psy*, 2024, 99 (1), pp.25-34. 10.3917/ep.099.0025 . hal-04626790

HAL Id: hal-04626790

<https://hal.science/hal-04626790v1>

Submitted on 30 Aug 2024

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.

Pour que la diversité culturelle de nos sociétés soit une chance pour tous !

L'approche transculturelle en pédopsychiatrie

Marie-Rose Moro, professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université Paris Descartes ; chef de service de la Maison des adolescents de l'hôpital Cochin, Maison de Solenn ; directrice de l'équipe Inserm Méthodes et cultures CesP, AH-HP, Paris ; marie-rose. moro@aphp.fr

Rahmeth Radjack, pédopsychiatre, psychothérapeute, responsable de la consultation et de la clinique périnatale, Maternité de Port-Royal, Maison des adolescents de l'Hôpital Cochin, Maison de Solenn, service du Pr Marie Rose Moro ; HdR, université de Paris cité ; rahmeth. radjack@aphp.fr

Être enceinte, s'occuper de bébés, devenir parents est, depuis toujours et en tout lieu, une activité qui mobilise les êtres dans leur intimité, mais aussi le couple, la famille, la société. S'occuper de bébés varie donc beaucoup d'un pays à l'autre, d'une culture à une autre. Dans certains endroits, on aime regarder les bébés et leur parler, mais on les touche ou les masse peu comme chez nous ; dans d'autres, on préfère les porter, les masser, en revanche on les regarde moins et on leur parle moins, petits. Il n'y a pas une bonne manière de faire et une mauvaise, les bébés sont bien quand leurs parents sont bien et se sentent de bons parents dans leur environnement et leur culture. Il est donc important de ne pas « pathologiser » ce que l'on ne connaît pas, mais au contraire de se familiariser avec ces différents styles d'interactions pour soutenir les parents, d'où qu'ils viennent. Les soutenir dans leurs manières de faire et donc leur permettre d'être des bons parents, à leur façon. Ce qui compte ici et ce dont ont besoin nos patients, ce n'est pas tant d'universel, comme le dit Chamoiseau, en reprenant la pensée de Glissant, mais de Relation¹

¹ <https://aoc.media/entretien/2021/03/26/patrick-chamoiseau-on-na-pas-besoin-duniversel-on-a-besoin-de-relation/>

Par ailleurs, outre la culture, la migration impacte aussi les individus et la parentalité. Comment comprendre le processus de devenir parents en situation migratoire ? Et comment la migration impacte-t-elle le fait de devenir parent et d'être un bon parent (Moro, 2021) ? Un certain nombre de recherches nous aide à penser les effets de la diversité culturelle, ainsi que ceux de la migration sur les parents ou les futurs parents (Moro, et Welsh, 2022 ; Moro, 2010, 2020). Nous allons ici synthétiser les données de ces études et leurs conséquences sur l'accompagnement et la clinique de ces parents et de leurs enfants dans nos consultations, nos lieux d'accueil et notre société. Il est à noter que nous utiliserons le terme « migrants » plutôt qu'« immigrés » et « réfugiés » pour parler de la première et de la seconde génération et pour insister sur l'aspect dynamique de la migration.

Les migrants dans le monde et leurs enfants

En 2020, plus de 82,4 millions de personnes dans le monde ont été contraintes de fuir leur foyer. On compte parmi elles presque 26,4 millions de réfugiés dont plus de la moitié a moins de 18 ans. Il existe aussi des millions de personnes apatrides qui ont été privées de nationalité et d'accès aux droits élémentaires. Actuellement, une personne sur 95 a été forcée de fuir son foyer à cause des conflits ou de la persécution. En 2021, 46 % des réfugiés et 34 % des demandeurs d'asile étaient des enfants de moins de 18 ans (UNHCR, 2020). En 2019, dans les vingt-deux pays de l'OCDE, plus d'une personne sur cinq âgée de 15 à 34 ans était un enfant migrant. Cette proportion continue d'augmenter et les origines des enfants sont variées. En France, un enfant sur trois a au moins un parent qui vient d'ailleurs (Insee, 2021). Ces enfants appartiennent à la minorité des migrants et peuvent se distinguer des autres enfants par leurs appartenances transmises par les familles,

leurs langues maternelles, leurs religions, leurs histoires, leurs conditions sociales ou leurs cultures.

Accoucher loin des siens devient donc de plus en plus fréquent. Une femme sur cinq qui accouche en France – et la proportion est à peu près la même dans de nombreuses régions du monde – est une femme migrante. La migration, surtout lorsqu'elle est récente et que le couple est isolé, entraîne une rupture avec les repères antérieurs. De plus, le risque de psychopathologie est augmenté chez les patientes migrantes, notamment la dépression du préet du post-partum qui concerne entre 38 % et 50 % des femmes migrantes, avec un surrisque, d'autant plus que la migration est récente (Goguikian Ratcliff, Diaz-Marchand, 2019). Les états de stress post-traumatiques complexes sont également surreprésentés (Vandentorren et coll., 2016). C'est donc naturellement que le champ de la clinique transculturelle s'intéresse à la manière dont parents et enfants doivent s'adapter l'un à l'autre dans un contexte migratoire. Basée sur le complémentarisme (Devereux, 1972), l'approche transculturelle cherche à pallier une double exposition des familles migrantes et des professionnels à l'altérité ressentie par les uns et les autres. Cependant, la prise en compte de la dimension culturelle peut se faire par tout soignant. Notre objectif est de mettre en exergue les dimensions culturelles et sociales auxquelles prêter attention en période périnatale et pendant l'enfance et l'adolescence des enfants.

Nous avons mené des études cliniques sur les mères et les bébés en situation transculturelle qui ont montré l'importance de la vulnérabilité dans cette période périnatale. Cette fragilité s'exprime aussi bien chez la mère que chez l'enfant : dépressions et psychoses du post-partum, dysharmonie des interactions mère-enfant, troubles fonctionnels du bébé tels que des troubles du sommeil ou de l'alimentation (Moro, 2007, 2010). Nous avons montré l'efficacité des thérapies qui intègrent le niveau comportemental, affectif, fantasmatique et culturel des

interactions mère-bébé et la nécessité de travailler sur le sens individuel et culturel du désordre (Moro et coll., 2008). Ainsi toutes les études montrent l'importance de prendre en compte les représentations culturelles des parents, leurs manières de penser les besoins de leurs bébés et leurs manières de faire (Moro, 2007, 2020, 2021). Elles montrent aussi l'importance de reconnaître et de soutenir les compétences individuelles, familiales, sociales et culturelles de ces parents et leurs liens avec leurs appartenances et communautés pour mieux les aider à être parents et à faire grandir leurs bébés, d'où qu'ils viennent.

Que se passe-t-il pendant l'enfance et l'adolescence ?

L'enfant de migrants doit apprendre à vivre en passant du dedans de la maison au-dehors, c'est-à-dire à intégrer la culture transmise par les parents et celle de la société d'accueil. Il doit apprendre à se sentir le même quand il passe de l'un à l'autre, c'est-à-dire apprendre à se métisser. Cette situation engendre de la vulnérabilité, car il doit intégrer des codes et des logiques différentes sans hiérarchie, mais si l'enfant apprend à les maîtriser, cette pluralité devient source de créativité. Les parents doivent continuer à transmettre pour favoriser le métissage de leurs enfants qui apprendront à se mouvoir à l'extérieur sans leur aide, mais en s'appuyant sur eux. Parfois les enfants de migrants deviennent les parents de leurs propres parents dans la mesure où ils se meuvent à l'extérieur avec plus d'aisance que leurs parents et qu'ils maîtrisent souvent mieux qu'eux la langue de l'extérieur. Pourtant, un des facteurs protecteurs des enfants de migrants est la représentation qu'ils ont de leur langue maternelle (Moro, 2010). Plus ils la connaissent (et donc plus ils sont bilingues) – ou, du moins, plus ils en ont une bonne représentation –, plus ils auront une meilleure estime d'eux-mêmes, et plus ils pourront apprendre leur langue seconde, se sentir légitimes dans cette langue et être de bons élèves heureux à l'école française (Moro et coll., 2012).

Les enfants de migrants sont confrontés à de nombreux défis spécifiques (Akhtar, 2021). Appartenant à deux cultures, ils ont des affiliations multiples et doivent les métisser. Ils peuvent éprouver de la honte d'avoir des parents « différents » de ceux de leurs amis et de leurs pairs, surtout pendant la période de latence – les adolescents valorisent plus la singularité, mais les enfants n'aiment pas la différence, ils veulent être comme leurs camarades. Ils peuvent se sentir accablés par les attentes élevées de leurs parents, car c'est sur eux que repose la réussite du projet migratoire de leurs parents. Surtout pour les filles, leur autonomie peut être limitée, ce qui est difficile à accepter dans un monde d'accueil qui promeut l'égalité entre les sexes. Parfois, ces enfants de migrants sont contraints de jouer les rôles « d'enseignant », « d'assistante sociale » ou de « traducteur » de leurs parents. De plus, il peut leur arriver d'avoir à gérer la culpabilité induite par la vulnérabilité des parents migrants. Appartenant à des minorités, ils doivent également affronter la discrimination et les préjugés qui pèsent sur eux, en particulier à l'adolescence, et sur les garçons plus que sur les filles. Enfin, tout au long de leur développement, ils doivent défendre le fait d'être « français » (*ibid.*, p. 109-124).

Une histoire clinique tristement banale : Aminata

Aminata a grandi chez ses grands-parents en Afrique de l'Ouest. À l'âge de 8 ans, elle est venue en France pour rejoindre ses parents qu'elle ne connaissait presque pas. Aminata avait du mal à se retrouver dans ce nouveau contexte. À l'école, elle est toujours restée proche de l'instituteur. À chaque fois qu'il s'occupait des autres enfants, elle commençait à s'agiter. Au fil du temps, Aminata a développé des troubles de comportement importants qui ont beaucoup inquiété les instituteurs. Après trois ans en France, la scolarisation classique était devenue impossible, ses retards d'apprentissage et les troubles du comportement étant majeurs.

Les instituteurs ont commencé à douter de la capacité des parents d'Aminata à prendre soin de leur fille. Par conséquent, ils ont attribué une grande importance à des incidents plutôt banals : à l'école, Aminata sentait souvent mauvais, ce qui a amené les instituteurs à se demander si elle se lavait à la maison. Elle volait de la nourriture à ses camarades et il a été immédiatement question de malnutrition... Un jour, le professeur de gymnastique a remarqué des traces de brûlures sur le bras d'Aminata, les instituteurs s'en étant déjà alarmés, l'école a fait un signalement avec des soupçons de négligence et de maltraitance... Les parents, dépassés par ces accusations, n'ont pas su bien se défendre contre le signalement qu'ils ont vécu comme une catastrophe. Aminata a été placée dans un foyer. Les efforts des parents pour faire face à cette situation avec dignité et calme se sont retournés contre eux, renforçant la perception du juge selon laquelle la famille négligeait les besoins de leur fille. Le dialogue entre la famille et les institutions est devenu extrêmement difficile. Les parents craignaient tellement qu'on utilise leurs propres paroles contre eux qu'ils ont cessé toute explication : sur le fait que Aminata était énurétique et qu'elle avait du mal à se changer proprement à l'école si elle avait sali ses vêtements, ou sur le fait que les brûlures étaient antérieures à sa migration... Actuellement, la famille attend un jugement favorable du tribunal qui pourrait permettre son retour au domicile familial (solution fortement souhaitée par les parents, mais aussi par l'équipe du foyer qui accueille Aminata). Plus de six mois après le placement d'Aminata, la famille a pu être accueillie par une équipe spécialisée dans le travail transculturel pour donner un avis sur la situation. En ce qui concerne les cicatrices d'Aminata, beaucoup de questions restent en suspens : s'agit-il des traces d'un traumatisme subi en Afrique ? Ou peut-être des traces des soins traditionnels ? Vu l'état de détresse de la famille et les sentiments de méfiance qui se sont installés chez eux, ces questions restent encore difficiles à aborder.

Cette situation clinique soulève la question de pourquoi l'intervention de l'équipe de soins transculturels n'a pas été demandée avant le placement d'Aminata. On peut également se questionner sur l'absence de dialogue entre l'école et les parents, ce qui aurait permis de relativiser les soupçons de négligence. Les troubles de comportement d'Aminata témoignent bien de sa souffrance psychique, probablement liée à sa trajectoire compliquée (migration, changement de contexte familial et culturel, confrontation avec l'école française...). Une prise en charge psychothérapeutique aurait été souhaitable pour Aminata et pour sa famille. Dans ce cas, l'intervention des institutions n'a fait qu'aggraver la situation de la famille. On n'a pas su proposer de soins adaptés au bon moment, et plus tard, un placement précipité a même déstabilisé le lien déjà fragilisé entre Aminata et ses parents. Il semble que les professionnels et les institutions n'ont pas analysé leur contre-transfert culturel (Devereux, 1972) négatif, c'est-à-dire l'incompréhension des équipes et leurs réactions explicites et implicites négatives face à la différence sociale et culturelle, ainsi qu'envers les parents dont les réactions différaient de leurs attentes. La reconnaissance et l'élaboration du contre-transfert culturel sont un des facteur-clé de la position transculturelle pour ne pas faire obstacle à la rencontre et à une relation adaptée avec l'enfant et sa famille qui permette de bien évaluer la situation et de mettre en place un projet et, si besoin, une psychothérapie adaptée.

Pour éviter de tels dysfonctionnements dans les institutions, il est important de faciliter l'accès des populations migrantes aux soins, par la disponibilité de services de traduction et par la distribution d'informations concernant les services existants. Par ailleurs, une bonne communication transculturelle est nécessaire entre les professionnels et les usagers. Enfin, il faut que les professionnels se familiarisent avec la complexité de la vie des familles migrantes : leurs trajectoires migratoires, leur vie dans

des réseaux familiaux transnationaux, les représentations culturelles d'origine multiples qu'ils amènent en consultation... D'où l'importance d'effectuer des recherches cliniques sur ces situations concrètes pour augmenter les compétences transculturelles de tous.

La recherche basée sur des données cliniques et sociales

À partir de nos dispositifs de soins transculturels, nous avons mis en place, dans le cadre académique, des études tant en milieu naturel (enfants de migrants dans les lieux de protection de l'enfance, PMI, ou à l'école, au collège, au lycée) qu'en population clinique (enfants de migrants qui consultent en pédopsychiatrie ou dans nos consultations transculturelles pour suivre le développement de l'enfant en situation transculturelle).

En population générale, nous avons travaillé sur le développement langagier des enfants, sur leurs parcours langagiers, et nous avons mis au point un outil de valorisation des langues maternelles des enfants, l'ELAL d'Avicenne² (Moro et coll., 2018a et b). Nous avons aussi travaillé sur la vulnérabilité et la créativité de tous les enfants de migrants (Moro, 2007) et sur les conséquences à en tirer pour la prévention de l'échec scolaire et du développement de ces enfants singuliers.

En population clinique, et en utilisant la méthode transculturelle, nous travaillons encore aujourd'hui sur différentes problématiques issues du terrain et des soins :

- les enfants de migrants de la seconde et troisième génération et les enfants des couples mixtes (Moro, 1994, 2000, 2004, 2007) ;
- les enfants de l'adoption internationale (travaux coordonnés par Harf et coll., 2015) ;

² Accessible sur internet à <https://aiep-transculturel.com/outil-elal/>

- les mineurs non accompagnés qui arrivent sans parents et sans papiers dans nos contrées et nos consultations (Radjack et coll., 2014 ; Minassian et coll., 2017) ;
- les adolescents radicalisés (Lenjalley, Moro, 2019 ; Touhami et coll., 2018) ;
- et tous ceux qui, pour une raison ou une autre, traversent des langues, des pays ou des traumas, comme les enfants dans les guerres (Moro, 2003) ou les enfants expatriés (Moro, 2011).

Enfin, la troisième catégorie d'études concerne la technique psychothérapique transculturelle elle-même. Les processus de son efficacité sont étudiés – aussi bien les facteurs communs à toute psychothérapie que les facteurs spécifiques de la technique transculturelle (temporalité, groupe de co-thérapeutes, présence et effets du traducteur sur les enfants et les adultes, effets de la prise en compte des représentations culturelles des patients – étiologiques, ontologiques et pragmatiques). En 2020, a débuté une grande étude transculturelle labellisée Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) sur les effets de la psychothérapie transculturelle sur les enfants déprimés (Moro et coll., 2020).

Quel que soit leur type, les recherches transculturelles se basent sur les données des familles et des enfants et permettent en retour de mieux les comprendre et de mieux les soigner. Nous associons les familles à ces travaux et discutons avec elles aussi bien de nos axes de recherche que de nos résultats, que nous restituons sous forme de discussion.

Enfin, nous publions aussi beaucoup de récits de vie et de récits de thérapies qui sont soumis aux familles et discutés en présence d'interprètes qui sont également associés à ces discussions, soit dans les entretiens avec les familles, soit après, soit dans le cadre de séminaires.

Conclusion

En ce qui concerne l'adaptation des théories psychologiques et psychiatriques aux problématiques complexes que l'on peut rencontrer dans le travail avec les patients issus de la migration, beaucoup de travail reste encore à faire aussi bien en soins qu'en recherche. Nous sommes encore loin de comprendre pleinement les conséquences des transformations actuelles de nos sociétés sur la vie psychique des enfants et de leurs familles (globalisation, phénomènes de migration et de créolisation, établissement des réseaux transnationaux entre les migrants...). Dans ce cadre, la recherche est essentielle, mais elle doit partir du terrain et y revenir, partir du récit et de la vie des familles migrantes et leur revenir. Être enfants de migrants est une situation complexe, mais de plus en plus fréquente. La recherche reconnaît des processus spécifiques aussi bien pour les parents que pour les enfants, mais mettre ces données à la disposition des professionnels et de la société (Moro, 2021, 2022) devrait nous permettre d'aider ces parents migrants et leurs enfants à maîtriser cette vulnérabilité et à la transformer en créativité. Faire de la fragilité, un trésor... et de la question transculturelle, une chance pour tous !

BIBLIOGRAPHIE

- DEVEREUX, G. 1973. *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1985.
- GOGUIKIAN RATCLIFF, B. ; DIAZ-MARCHAND N. 2019. « Avoir un enfant loin des siens : petits gestes, grands enjeux », dans C. Barras, A. Manço (sous la direction de), *L'accompagnement des familles : entre réparation et créativité*, Paris, L'Harmattan, p. 67-79.
- HARF, A. ; SKANDRANI, S. ; SIBEONI, J. ; PONTVERT, C. ; REVAH LEVY, A. ; MORO, M.R. 2015. « Cultural identity and internationally adopted children : qualitative approach to parental representations », *Plos One* 2015. Doi :101371
- HCR GLOBAL REPORT 2020. *Tendances mondiales 2020 du HCR* ; <https://www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html> Source : 18 juin 2021.
- INSEE. 2021 *Naissance selon la nationalité et le pays de naissance des parents* ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5414761?sommaire=5414771> Publié le 30/09/2021
- LENJALLEY, A. ; MORO, M.R. 2019. *À l'adolescence, s'engager c'est exister !*, Bruxelles, Yakapa.
- MINASSIAN, S. ; TOUHAMI, F. ; RADJACK, R. ; BAUBET, T. ; MORO, M.R. 2017. « Les détours du trauma lors de la prise en charge des mineurs isolés étrangers », *enfances&PSY*, n° 74, p. 115-125.
- MORO, M. R. 1994. *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, Paris, Puf.
- MORO, M.R. 2000. *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*, Malakoff, Dunod. MORO, M.R. 2004. *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*, Paris, Hachette Littératures.
- MORO, M.R. 2007. *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*, Paris, Odile Jacob.
- MORO, M.R. 2010. *Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle*, Paris, Odile Jacob.
- MORO, M.R. 2012. *Les enfants de l'immigration. Une chance pour l'école*, entretien avec J. et D. Peiron, Paris, Bayard.

MORO, M.R. (sous la direction de) 2018a. *Manuel ELAL d'Avicenne*. Évaluation langagière pour allophones et primo-arrivants. Paris : AIEP/Babel. www.transculturel.eu ; https://www.transculturel.eu/L-ELAL-d-Avicenne--un-outil-novateur-pour-valoriser-les-langues-de-tous-les-enfants-plurilingues_a933.html

MORO, M.R. (sous la direction de) 2018b. « L'ELAL d'Avicenne, un outil transculturel très attendu pour évaluer et soutenir les compétences en langues maternelles des enfants », *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 19 (2), p. 138-141.

MORO, M.R. et coll. 2020. *Guide de psychothérapie transculturelle. Soigner les enfants et les adolescents*, Paris, In Press.

MORO, M.R. 2021. *La famille quand ça va, quand ça va pas. Leurs familles expliquées aux enfants et à leurs parents*, Glénat.

MORO, M.R. 2021. *50 questions sur les bébés, les enfants, les adolescents. Comment devenir des parents ordinaires ici et dans le monde*, Grenoble, La Pensée sauvage.

MORO, M.R. ; NEUMAN, D. ; RÉAL, I. (sous la direction de). 2008. *Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*, Grenoble, La Pensée sauvage. MORO, M.R. ; WELSH, G. (sous la direction de) 2022. *Parenthood and Immigration in psychoanalysis : Shaping the Therapeutic Setting*, Routledge.

RADJACK, R. ; GUZMAN, G. ; MORO, M.R. 2014. « Enfants mineurs isolés », *Adolescence*, T. 32 (3), p. 531-39.

TOUHAMI, F. ; MINASSIAN, S. ; RADJACK, R. ; LENJALLEY, A. ; LACHAL, J. ; EL HUSSEINI, M. ; MORO, M.R.

2018. « Les voies de Khalthoum », *Adolescence*, T. 36 (2), p. 275-290.

VANDENTORREN, S. ; LE MÉNER, E. ; OPPENCHAIM, N. ; ARNAUD, A. ; JANGAL, C. ; CAUM, C. ; VUILLERMOZ, C. ; MARTIN-FERNANDEZ, J. ; LIORET, S. ; ROZE, M. ; LE STRAT, Y. ; GUYAVARCH, E. 2016. « Characteristics and

health of homeless families : the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013 », *European Journal of Public Health*, 26(1), p. 71-76. doi : <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv187>. Epub 2015 Oct 28.

SITES

www.clinique-transculturelle.orgwww.maisondesolenn.fr

www.marierosemoro.org