

UNIVERSITE TOULOUSE II-LE MIRAIL
UFR DE PSYCHOLOGIE

LA MEDIATION ETHNOCLINIQUE COMME
ESPACE FACILITANT LA RENCONTRE
INTERCULTURELLE ENTRE FAMILLES
MIGRANTES ET PROFESSIONNELS

Mémoire présenté en vue de l'obtention du DESS de Psychologie
Interculturelle par Alice HANNOTEUX sous la direction de
M. Gérard MARANDON

Septembre 2005

Membres du jury :

- Mme Louise GATARD
- M. Gérard MARANDON

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier notre directeur de recherche, M. Gérard Marandon, pour les conseils qu'il nous a prodigués tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Nous remercions tout particulièrement Mme Louise Gatard qui nous a encadré durant notre stage de professionnalisation et qui a accepté d'être assesseur lors de notre soutenance. Son soutien et ses encouragements furent précieux.

Merci également à Yves Tronche, président de l'association « Les chemins de la rencontre » et à H. S., médiateur ethnoclinicien.

Enfin, nos remerciements vont également à l'ensemble de l'équipe de l'hôpital de jour, aux enfants et aux familles sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

RESUME

Ce mémoire porte sur un dispositif de médiation ethnoclinique, mis en place dans un hôpital de jour pour enfants. La question qui a motivé notre recherche est la suivante : comment faciliter la rencontre entre des familles migrantes et des professionnels engagés dans une activité thérapeutique auprès d'enfants ?

Nous abordons dans cette recherche la construction identitaire des enfants de migrants, en considérant la trajectoire migratoire de leurs parents et les réaménagements que celle-ci induit au sein de la famille. Nous postulons que la relation qui s'établit entre famille migrante et professionnels peut être qualifiée d'interculturelle. Notre hypothèse est que la médiation ethnoclinique constitue un espace intermédiaire qui permet de faciliter cette rencontre. Elle permet aux parents de penser l'articulation entre pays d'origine et pays d'accueil et renforce l'alliance thérapeutique.

L'étude de la médiation ethnoclinique s'effectue à travers le cas de trois enfants suivis par l'hôpital de jour. Nous avons réalisé des études de cas à partir de l'analyse des médiations réalisées pour ces enfants et des entretiens menés avec des membres de l'équipe.

Les résultats indiquent qu'effectivement, la médiation a permis d'établir un lien entre l'équipe soignante et les parents. Pour ces derniers, elle facilite un processus de négociation entre les deux cultures. Elle relance également la transmission intergénérationnelle et permet un questionnement sur la filiation et l'affiliation de ces enfants.

Mots-clés : médiation ethnoclinique, enfants de migrants, espace intermédiaire, rencontre interculturelle.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I- PARTIE THEORIQUE	3
1. Les enfants de migrants	3
<i>1.1 Le processus migratoire</i>	<i>3</i>
1.2 La famille dans la migration.....	5
<i>1.3 La construction identitaire des enfants de migrants</i>	<i>7</i>
2. La rencontre entre les familles et les institutions de la société d'accueil : problématiques interculturelles	10
<i>2.1 La rencontre interculturelle entre les parents et les professionnels</i>	<i>11</i>
<i>2.2 Les types de chocs culturels</i>	<i>12</i>
<i>2.3 La recherche d'une alliance authentique</i>	<i>14</i>
3. Espace intermédiaire et transitionnalité	16
4. L'ethnopsychiatrie	20
<i>4.1 Les fondements théoriques</i>	<i>20</i>
<i>4.2 Le dispositif thérapeutique</i>	<i>21</i>
5. La médiation ethnoclinique	24
<i>5.1 Définition</i>	<i>24</i>
<i>5.2 Déroulement de la médiation</i>	<i>26</i>
PROBLEMATIQUE	28

II- METHODOLOGIE	31
1. Présentation du dispositif de médiation ethnoclinique qui fait l'objet de cette recherche	31
2. Méthodologie de la recherche.....	31
2.1 <i>Choix de la population</i>	<i>31</i>
2.2 <i>Recueil de données</i>	<i>32</i>
2.2.1 <i>: Retranscription des médiations ethnocliniques</i>	<i>32</i>
2.2.2 <i>: Entretiens</i>	<i>33</i>
III- ETUDES DE CAS	35
1- MEDHI	35
1.1 <i>Anamnèse</i>	<i>35</i>
1.2 <i>Analyse des médiations</i>	<i>36</i>
1.2.1 <i>Eléments d'analyse issus de la première médiation</i>	<i>36</i>
1.2.2 <i>Analyse de la deuxième médiation</i>	<i>38</i>
1.3 <i>Evolution de Medhi et apports de la médiation</i>	<i>43</i>
2. BILLEL	44
2.1 <i>Anamnèse</i>	<i>44</i>
2.2 <i>Analyse des médiations</i>	<i>45</i>
2.2.1 <i>Eléments d'analyse issus de la première médiation</i>	<i>45</i>
2.2.2 <i>Analyse de la deuxième médiation</i>	<i>47</i>
2.3 <i>Evolution de Billel et apports de la médiation</i>	<i>50</i>
3. SAMIA	51
3.1 <i>Anamnèse</i>	<i>51</i>
3.2 <i>Analyse de la médiation</i>	<i>53</i>
3.3 <i>Apports de la médiation</i>	<i>58</i>

IV- DISCUSSION	60
<i>1. La médiation, un espace intermédiaire ?</i>	<i>60</i>
<i>2. Les limites de la médiation ethnoclinique</i>	<i>64</i>
<i>3. Implication sur la pratique des professionnels</i>	<i>65</i>
<i>4. Limites de cette recherche</i>	<i>67</i>
CONCLUSION.....	69
BIBLIOGRAPHIE.....	70
PROJET PROFESSIONNEL	73

ANNEXES

ANNEXE I : Compte-rendus d'observation des médiations ethnocliniques

ANNEXE II : Entretiens

INTRODUCTION

Les services de psychiatrie infanto-juvénile reçoivent aujourd'hui de nombreuses familles migrantes et ils doivent prendre en compte la dimension interculturelle dans leur action. Les codes culturels auxquels se réfèrent les familles ne sont plus en cohérence avec le contexte dans lequel elles vivent. Parfois incomprises dans leurs pratiques éducatives, leurs croyances et leurs modes de pensée, les familles se replient sur elles-mêmes. Face à ces situations nouvelles, parfois déroutantes, les professionnels sont obligés de réinventer leur pratique pour prendre en compte l'altérité.

Nous avons commencé cette recherche avec cette question : comment faire pour établir une alliance entre parents et équipe soignante en dépassant les incompréhensions générées par la pluralité des références culturelles ?

L'hôpital de jour qui constitue notre terrain de recherche reçoit des enfants souffrant de troubles psychopathologiques importants. Les enfants bénéficient d'une prise en charge thérapeutique et éducative intensive. L'équipe pressent parfois qu'une prise en compte de la dimension culturelle s'avère indispensable. Elle fait alors appel à un dispositif appelé « médiation ethnoclinique ».

Le concept de médiation s'est répandu aujourd'hui dans la société et la fonction de médiateur s'est professionnalisée. Les médiateurs jouent un rôle d'interface : ils ont pour fonction de prévenir un conflit ou de rétablir des liens entre des personnes ou des groupes. Mais en situation interculturelle, les enjeux sont plus complexes : il s'agit de créer un lien entre des modèles éducatifs et thérapeutiques différents, de manier des logiques qui s'opposent parfois.

Dans cette recherche, nous avons essayé de comprendre comment ce dispositif pouvait constituer une réponse originale aux difficultés provoquées par la rencontre entre les familles migrantes et les institutions de la société d'accueil. Il nous est apparu nécessaire d'utiliser le concept d'intermédiaire et de transitionnalité afin de décrire cet espace créé par la médiation ethnoclinique au sein de l'hôpital de jour pour enfants. La théorie ethnopsychiatrique est également présentée car elle sous-tend l'action du médiateur. Nous avons ensuite analysé le déroulement de trois médiations ethnocliniques.

Cette étude a pu être menée à bien lors d'un stage de professionnalisation de DESS de psychologie interculturelle : nous essaierons de dégager les bénéfices que peuvent en retirer les professionnels en contact avec ce dispositif. Enfin, nous présenterons un projet professionnel en lien avec cette expérience.

I- PARTIE THEORIQUE

1. Les enfants de migrants

1.1 Le processus migratoire

En entreprenant leur voyage, les migrants nourrissent l'espoir d'une vie meilleure. Le contexte politique et économique joue bien sûr un rôle important dans leur volonté de partir mais parfois, les raisons de la migration sont à rechercher du côté de l'histoire familiale. Le processus migratoire ne peut pas être appréhendé uniquement en termes de recherche d'un meilleur niveau de vie. C'est « une décision personnelle soutenue par de fortes motivations et une volonté intense de changement » écrit Cohen-Emerique (1989 : 83). Le migrant souhaite souvent recueillir la considération de la famille dans son pays, notamment en envoyant à celle-ci des signes de sa réussite : argent, cadeaux, construction d'une maison au pays d'origine... Le projet migratoire permet au sujet de réaliser son identité personnelle pour dépasser les limites de la pauvreté mais aussi celles imposées par son milieu d'origine.

D'après H. Salmi, les raisons de la migration sont multiples : il peut s'agir d'une tentative de réparation d'une transgression ou de l'annulation d'une malédiction, d'un désir de revanche sur le destin, en fuyant des ennemis personnels ou le pouvoir en place, en contrant l'adversité ou la pauvreté. « Dans tous les cas, on retrouve ce sentiment de revanche mêlé à la colère, parfois au désespoir, mais aussi un immense besoin de reconnaissance ou de rédemption, une recherche de réalisation de soi et de réparation des préjudices subis, et toujours ce rêve fou de retour triomphal au pays » (2004 : 28).

Chaque migration se rattache à une histoire particulière, une histoire qui peut demeurer longtemps énigmatique, tant pour les enfants de migrants que pour ceux qui rencontrent leurs parents. Les motifs de la migration sont souvent chargés d'ambivalence ce qui fait qu'ils peuvent demeurer secrets. Il peut s'agir d'une tentative de résolution de conflits familiaux par le biais d'une rupture définitive, de l'aboutissement d'une trajectoire d'acculturation déjà commencée dans son propre pays, d'une recherche d'un statut, d'une liberté, d'une réalisation de soi impossible au pays d'origine. Ce projet migratoire est fondateur du présent et de l'avenir de la famille émigrée. Il va déterminer l'adaptation de celle-ci dans le pays d'accueil.

Il est fréquent que les membres d'une même famille soient séparés au cours du processus de migration. Plusieurs mois voire plusieurs années peuvent ainsi s'écouler avant

qu'ait lieu la réunification de la famille. La durée de la séparation déterminera en partie la qualité de la reprise de contact entre les membres de la famille. Celle-ci joue un rôle fondamental dans l'insertion du migrant à la société d'accueil. Elle peut constituer un refuge voire un lieu d'enfermement, mais son éclatement entraîne une importante fragilisation.

Pour certains, il n'y a pas de projet migratoire : pour l'exilé, le harki, le réfugié, il s'agit d'une rupture définitive et précipitée avec le pays d'origine. Le traumatisme du départ ou de la fuite brutale cause une situation de deuil qui peut mettre longtemps à s'élaborer.

Cependant, d'après M.R. Moro, toute migration est potentiellement traumatique au sens où elle introduit de « nouveaux réaménagements défensifs, adaptatifs ou structurants » (1998 : 63). D'autres auteurs, tels que Nathan, évoquent la notion de *trauma migratoire*. La culture codifie l'expérience du sujet, l'appréhension qu'il a du monde ainsi que ses outils psychiques. Elle assure un fonctionnement cohérent et souple qui est brisé par la migration. Le codage culturel n'est plus valable : « l'évanouissement du cadre, enveloppe originaire, entraîne chez les patients migrants désaffections, intransmissibilité, perplexité, traumatisme... » (Mannoni-Parisi et Salmi, 1991 : 356). « La rupture du cadre culturel prédispose [l'étranger] à l'innéficience de ses mécanismes de défense d'origine. L'immigration entraîne chez le sujet une nécessité d'adaptation au nouvel environnement. Le migrant est confronté à une profonde modification de son identité et de sa filiation.»

Salmi (2004 : 31) évoque une double rupture consécutive à la migration. La première est la rupture des liens ancestraux, la rupture des liens avec les parents, les grands-parents, le conjoint parfois. C'est aussi une rupture avec des lieux où est inscrite la mémoire : le lieu où les ancêtres réels reposent (le cimetière, le mausolée), les lieux où les ancêtres mythiques sont invoqués (autels, lieux sacrés). La deuxième rupture se fait entre les parents et les enfants en terre d'accueil. Le père n'a plus sa place dans la hiérarchie familiale. La logique verticale, qui traduit les rapports entre les ancêtres et les descendants n'a plus cours comme au pays d'origine. Une nouvelle logique se met en place et régit les rapports des parents avec leurs enfants.

1.2 La famille dans la migration

Les enfants qui font l'objet de cette recherche sont des enfants de migrants. Cela signifie qu'ils n'ont pas vécu l'exil, au contraire de leurs parents. Ces derniers viennent pour la plupart de zones rurales et ont grandi dans des sociétés de type « communautaire », où le groupe prime sur l'individu. Les valeurs fondamentales sont la solidarité, la coopération, le respect de la hiérarchie, l'attachement à la stabilité, la continuité. Les relations interindividuelles sont strictement codifiées selon le sexe et l'âge, les rôles sociaux sont distribués entre les sexes de façon précise.

• Réaménagements dans la famille

Lors de la migration, la famille élargie fait place à une famille de type nucléaire où les parents sont seuls face aux enfants. Ils se trouvent privés du soutien et de l'aide des autres membres de la famille. Le partage des tâches et des soins se trouve modifié. Les femmes se retrouvent seules pour assumer des soins qu'elles partageaient auparavant avec les autres femmes de la famille. Au pays d'origine, la famille élargie jouait également un rôle de médiateur dans les conflits entre l'homme et la femme et contribuait à la cohésion du couple.

Les rapports au sein de la famille se modifient par rapport au modèle original. Il se produit un réaménagement des rôles masculins et féminins. La confrontation avec la société d'accueil amène une remise en question et une renégociation des rôles dans le couple. Plusieurs configurations sont alors possibles.

Le contact avec une société plus égalitaire sur le plan des relations homme-femme peut entraîner par contraste un renforcement des rôles traditionnels et un accroissement du pouvoir des hommes sur les femmes. Les rôles complémentaires ont tendance à se renforcer : l'homme s'en tient à des activités instrumentales en contact avec l'environnement, qui contribuent à son adaptation et son autonomie alors que la femme reste centrée sur l'intérieur du foyer, ce qui renforce son isolement. Elle a un réseau familial et social appauvri car elle demeure sans contact avec l'extérieur et sans accès au marché du travail.

Dans d'autre cas, le père, qui était le personnage central de la famille voit sa légitimité diminuer avec la migration, souvent à cause de son activité professionnelle peu valorisante ou parce qu'il est au chômage. Il n'est plus autant respecté et ne fait plus preuve d'autant d'autorité. Cela peut entraîner chez lui une attitude de retrait, accompagnée d'autoritarisme, d'excès de violence envers les enfants, ou des troubles psychosomatiques, une dépendance

alcoolique. De leur côté, certaines mères de famille s'ouvrent sur l'extérieur et deviennent plus autonomes. Elles s'émancipent et perdent le lien de dépendance avec leur mari. Mais ces mères portent alors toutes les difficultés de la famille sur leurs épaules. Les pères perdent leur statut central et les mères, qui se sont mieux adaptées à la société d'accueil, doivent gérer tous les problèmes sans posséder l'autorité nécessaire.

- *Grandir entre deux cultures*

Leurs enfants sont pris dans une double « enculturation acculturante » (Oudahi, 1989 : 63) car ils sont socialisés et enculturés dans deux systèmes culturels différents et ces deux systèmes transmettent une culture qui est déjà transformée par un processus d'acculturation. La culture de la société d'accueil leur est principalement transmise par l'école, surtout dans les quartiers à forte population issue de l'immigration, ainsi que par les médias (la télévision notamment). Elle parvient aux enfants de manière modifiée, car ils ne la vivent pas de l'intérieur et ne peuvent en pénétrer réellement le sens. De plus, la société d'accueil leur fait ressentir leur différence alors qu'ils sont désormais étrangers au pays d'origine de leurs parents.

Les parents tentent de maintenir les valeurs culturelles d'origine tout en tenant compte des exigences imposées par le nouvel environnement. D'autre part, ils sont déjà eux-mêmes acculturés et idéalisent souvent leur culture d'origine. Ils transmettent donc à leurs enfants une culture réinterprétée et transformée. La culture d'origine est définie par A. Vasquez (1990 ; 150) de la manière suivante : « ensemble de normes, de croyances, représentations de soi et pratiques qu'un vaste groupe d'individus, généralement vivant dans un espace et dans un laps de temps relativement délimité, revendique comme siennes. » Dans l'espace où ces individus ont été socialisés, les contextes et les personnes évoluent de telle façon que la culture d'origine se transforme. Pendant ce temps, le groupe transplanté conserve une représentation figée de sa culture, et la modifie sous l'influence d'un environnement social et géographique différent. Ce double processus de changement creuse l'écart entre la pratique de ceux qui sont restés et ceux qui ont émigré. « La culture d'origine se réfère donc aux valeurs et pratiques d'un groupe donné, telles qu'elles étaient, quand les individus et les groupes ont émigré, et telles qu'ils se les représentent à un moment donné de leur transplantation » écrit Vasquez (1990 : 151). Cette définition peut s'appliquer pour les parents qui ont quitté leur pays des années auparavant ; pour les enfants, l'écart est encore plus important entre la

représentation qu'ils ont de la culture de leurs parents et ce qui se pratique dans le pays d'origine.

• *Processus de deuil du pays d'origine*

Avant la migration, le pays d'accueil est idéalisé, porteur d'espoir et de fantasmes. A l'arrivée, la rencontre avec la réalité peut créer des désillusions et des déceptions. Les objets d'idéalisation changent alors de place et le pays d'origine, auparavant dénigré, se charge de nostalgie et de regret : il est mythifié. De plus, les allers et retours dans le pays d'origine peuvent entretenir l'illusion que la migration n'est qu'une parenthèse. Le projet de retour, selon son importance, va influencer la vie dans la société d'accueil et peut-être empêcher l'élaboration du travail de deuil. Souvent l'idée de retour reste latente, voire inconsciente chez le migrant, et elle entrave sa faculté à se projeter dans l'avenir. Les enfants par leur présence modifient ce projet de retour. Ils deviennent parfois une justification pour rester dans le pays d'accueil et sont souvent porteurs des aspirations de la famille. Ainsi, dans la famille, « tout un mode de fonctionnement nouveau tend à s'organiser, marqué par l'ambiguïté des rôles et la difficulté d'élaboration d'images paternelles rassurantes. » (Scotto et Antoni, 1989 : 163). Des tentatives d'aménagement peuvent faire jour mais la construction identitaire de ces enfants s'élabore dans un contexte marqué par l'absence de continuité.

L'objet perdu n'est pas le même pour les parents et les enfants. Ceux-ci ont construit un rapport imaginaire avec le pays à travers les récits des autres membres de la famille, qui devient « le contenant de plusieurs modalités de deuil. » (Beauchesne et Esposito, 1986 : 58). En effet, chaque membre de la famille se trouve à un stade différent du processus de deuil. Celui-ci peut demander plusieurs générations pour être résolu et peser sur les descendants de ceux qui ont émigré. Cette difficile élaboration du deuil du pays d'origine, conjuguée à la désorganisation de la structure familiale et au clivage vécu par les enfants a de multiples effets. Au plan de la construction identitaire des enfants, quelles en sont les conséquences ?

1.3 La construction identitaire des enfants de migrants

Selon Moro, le fait d'être enfant de migrant entraîne une certaine « *vulnérabilité psychologique* », qui affecte le processus de développement de l'enfant : « en cas de variation même minime, il se produit un dysfonctionnement important, une souffrance, un arrêt, une

inhibition ou un développement *a minima* du potentiel. » (2004 : 314). C'est un processus qui peut générer aussi bien une régression et une inhibition qu'un développement du potentiel créateur du sujet. Trois étapes critiques sont particulièrement susceptibles d'entraîner des difficultés : la phase périnatale, le moment des apprentissages scolaires (qui correspond à l'inscription dans la société d'accueil) et l'adolescence.

Soumis à une double enculturation, l'enfant de migrant se construit sur une séparation entre deux mondes de natures différentes et qui entretiennent des rapports parfois conflictuels. Il devient le maillon nécessaire avec l'extérieur mais aussi le représentant du dehors à l'intérieur du foyer. Il doit maîtriser l'altérité et se trouve dans une situation d'équilibre instable au sein de sa propre famille. Ces enfants sont parfois les guides de leurs parents. Cette inversion des générations provoque une rencontre traumatique avec le monde extérieur et une fêlure dans le fonctionnement narcissique primaire. L'enfant de migrant est perçu comme un étranger au sein de sa propre famille. « La structuration des enfants de migrants est donc construite sur des clivages mal assurés dans un contexte d'instabilité. [...] L'enfant de migrant doit faire face à une double fragilité : la sienne liée au clivage sur lequel il est structuré et celle de ses parents, liée à la migration. » (Moro, 1998 : 91-92).

Mais l'enfant de migrant « exposé » au « risque transculturel » peut développer des qualités particulières, en développant sa créativité par exemple, s'il parvient à établir des ponts entre ces deux univers. De nombreux facteurs interviennent, notamment le fait de rencontrer une personne qui joue un rôle d'initiateur au monde extérieur qui lui permet d'articuler les différentes logiques (l'instituteur, la grande sœur...) « La situation transculturelle comme toute situation limite potentialise en quelque sorte les différences. Elle n'a pas une influence univoque sur la structuration psychique des enfants mais elle admet une double polarité risque/maîtrise du risque » (Moro, 1998 : 94).

Nous allons examiner brièvement les différentes phases de fragilité du développement de ces enfants.

• *L'exposition au risque transculturel*

Lors de la phase périnatale, la vulnérabilité est particulièrement importante tant pour la mère que pour l'enfant. Pour qu'une mère actualise correctement sa *fonction maternelle primaire* (concept développé par D.W. Winnicott en 1956), il faut qu'elle soit portée par le groupe culturel dans lequel elle est née. En effet, ce groupe lui a transmis de façon implicite

l'art d'être mère et il constitue une enveloppe qui rend fonctionnelle la dyade mère-bébé. Les représentations internes de la mère doivent être en accord avec le cadre culturel extérieur qui leur a donné forme. Les pratiques de maternage deviennent difficilement utilisables en exil. La migration confère au bébé le statut difficile de fondateur car il devient le premier d'une nouvelle lignée établie dans le pays d'accueil.

La mère perd son assurance et sa confiance dans le cadre externe et une certaine confusion s'instaure dans sa manière de percevoir le monde. Elle transmet à l'enfant une perception génératrice d'anxiété et d'insécurité. Les mères migrantes sont une population à risque en ce qui concerne les pathologies du post-partum. Le vécu dépressif de la mère peut retentir directement sur l'enfant si celle-ci n'est plus en mesure d'apporter les stimulations et les soins nécessaires, ou indirectement si elle n'a pas l'activité réparatrice et la capacité de contenir les angoisses. Les fonctions décrites par Winnicott (*holding*, *handling* et *object-presenting*) sont difficilement assurées par la mère. Elle ne peut plus présenter « le monde à petites doses » (Winnicott, 1956) et le bébé rencontre ce monde de façon traumatique.

La deuxième phase de vulnérabilité correspond à l'entrée à l'école primaire, qui est liée à l'inscription dans la société d'accueil. L'entrée à l'école réactive chez tous les enfants des angoisses de séparation liées à l'abandon du milieu familial et du cadre de vie. Pour l'enfant de migrant, les conditions de cette séparation sont plus difficiles car il retrouve peu d'objets rassurants correspondant à ceux qu'il connaît chez lui. L'inscription en milieu scolaire renforce le processus de rupture lié à l'absence de continuité culturelle. Si les aménagements pseudo-adaptatifs ne sont pas possibles, d'autres manifestations symptomatiques apparaissent.

Enfin, l'adolescence est un moment particulièrement difficile où le sujet doit élaborer sa place dans la filiation. L'adolescent est condamné à inventer des *stratégies identitaires* toujours créatives, parfois douloureuses. L'entreprise peut se révéler plus ou moins coûteuse sur le plan psychique et certains entrent dans une véritable *traumatophilie*, une répétition mortifère du traumatisme à travers des tentatives de suicide, une toxicomanie, des accidents. La recherche de son identité propre et la construction de ses assises narcissiques implique un travail d'élaboration sur sa place dans la filiation, sur la représentation de sa famille et de son parcours.

Le *lien de filiation* désigne « ce par quoi l'individu se vit, se situe par rapport à ses ascendants et descendants réels ou imaginaires. » (Guyotat, 1998 : 139). Il s'agit de la réalité

du lien mais aussi de ses aspects imaginaires, de ce par quoi un individu est situé par rapport à ses ascendants réels ou imaginaires, par le groupe social auquel il appartient. Dans nos cultures, ce lien apparaît comme refoulé en rapport avec une conception individualiste de la personne. Mais au Maghreb, en Afrique de l'Ouest, l'*affiliation* à un groupe est très importante, et domine l'affirmation de son identité propre. L'appartenance à un groupe fonde l'identité de la personne. Mais « l'acte migratoire parental a engendré une cassure dans cette chaîne patrilinéaire, cassure qui met les parents migrants au point zéro d'origine » (Hadjadj, 1988 : 169). Il se produit alors une dissociation entre la filiation et l'affiliation (l'appartenance à un groupe).

La vulnérabilité de ces enfants de migrants s'observe à travers des troubles des apprentissages scolaires, du langage, du comportement... Les enseignants, les psychologues et les travailleurs sociaux qui prennent en charge ces enfants se trouvent souvent confrontés à des difficultés particulières lors de la prise en charge pédagogique ou thérapeutique.

2. La rencontre entre les familles et les institutions de la société d'accueil : problématiques interculturelles

La négociation avec l'altérité est présente dans chaque rencontre entre professionnel et parent. La différence culturelle n'est pas toujours problématique et des rencontres avec des parents possédant les mêmes codes culturels peuvent s'avérer tout aussi conflictuelles. Mais la différence de représentations, de mode de pensée devient problématique dans certaines cas lorsqu'elle est trop saillante. Elle perturbe la communication et l'établissement de l'alliance thérapeutique. De nombreuses recherches ont été faites sur les interactions entre personnel soignant et familles. La plupart concernent les travailleurs sociaux, cependant les mécanismes qui ont été identifiés restent valables pour tous les professionnels : enseignants, infirmiers, psychologues et psychiatres... Le champ des rencontres avec les parents est un champ de tensions et d'intérêts divergents voire conflictuels. « Aller à la rencontre des parents et les entendre est difficile quand les professionnels sont confrontés à des attitudes ou des actes qui heurtent, à de représentations et vécus différents. [...] Comment accueillir, percevoir, entendre ce qui les habite et les anime sans juger, catégoriser, culpabiliser, réduire ? Même quand on est choqué, heurté, en désaccord ? » écrit C. Deana (2003 : 167). « Vouloir rencontrer les parents c'est accepter d'être affecté, par de l'autre, du nouveau, de l'étranger, accepter d'être altéré, surpris, accepter d'attendre, de suspendre son jugement, ses réponses. »

2.1 La rencontre interculturelle entre les parents et les professionnels

Les professionnels se trouvent quelquefois désarmés devant des situations qu'ils rencontrent dans leur pratique. Lors de leurs rencontres avec les familles migrantes, ils se trouvent face à des attitudes qui paraissent paradoxales ou incohérentes, des ambiguïtés, des non-dits... Ces parents se réfèrent parfois à des modèles éducatifs qui sont en opposition avec le cadre de pensée des intervenants. Ils appliquent des pratiques éducatives dans lesquels ils se reconnaissent et qui sont tout à fait légitimes à leurs yeux, qui leur ont été transmises par leurs parents et selon lesquelles ils ont été élevés. Ces modèles trouvent une cohérence dans leur société d'origine mais ils perdent leur sens dans la société d'accueil. Par exemple, lors d'une difficulté avec un enfant, le parent ne peut plus faire appel à la famille élargie et se trouve privé de toute ressource. Les réponses des parents sont alors inadaptées car ils se trouvent complètement démunis. Le dialogue avec les enfants ne fait pas partie des habitudes de ces parents issus de cultures extra-européennes pour qui la notion d'obéissance est centrale. Ils se tournent vers la violence qui apparaît à leurs yeux comme la seule solution face à une situation de déséquilibre. D'autres jeunes sont cloîtrés chez eux ou menacés d'être renvoyés au pays.

De plus, les familles ne paraissent pas toujours comprendre la finalité des interventions des travailleurs sociaux. Elles font appel aux services de la protection de l'enfance, aux consultations de psychiatrie infanto-juvénile mais contestent ensuite les mesures prises en revendiquant le droit d'élever leurs enfants selon leurs propres coutumes et en déclarant que les travailleurs sociaux veulent imposer les normes de la culture française. Un rejet violent, une interruption du suivi familial peut alors se produire, laissant les intervenants désarmés et dans l'incompréhension. Par exemple, le placement en institution d'un enfant conduit à des ruptures irrévocables avec la famille car les parents refusent de reprendre contact avec leur enfant une fois qu'il a été placé. Ils ont le sentiment d'avoir été atteint dans leur dignité et leur identité et se sentent fortement dévalorisés dans leur rôle éducatif. (Dingreville, 2003 : 237).

• *L'identité du professionnel*

M. Cohen-Emerique montre que le travailleur social est lui aussi porteur d'une identité singulière. Il a des appartenances nationales, religieuses, régionales, de classe sociale, de catégorie professionnelle et de rattachement institutionnel : « il a intériorisé une culture et des sous-cultures dont il n'a pas toujours conscience et qui vont le définir et orienter ses rapports aux autres. » (1989 : 80). En tant que professionnel, il représente l'institution et la société d'accueil. Ainsi, la relation entre le travailleur social et le migrant peut être qualifiée de *relation interculturelle*, selon la définition d'Abdallah-Preteceille : « interaction de deux identités qui se donnent mutuellement un sens, dans un rapport qui n'est pas égalitaire et où les systèmes de valeurs ne coïncident pas » (1985, citée par Cohen-Emerique, 1989). Cela signifie qu'il faut prendre en compte dans cette situation les codes culturels du migrant, mais aussi ceux du professionnel avec ses critères de valeur, ses normes, ses idéologies, ses modes de pensée, et aussi ses techniques professionnelles d'analyse, d'interprétation et de résolution de problèmes. Ces facteurs peuvent être source de distorsions dans la communication car ils vont influencer son écoute et son décodage. « La méconnaissance de la culture du migrant et de la spécificité de sa situation » ainsi que « l'identité culturelle sociale et professionnelle du travailleur social peuvent être des obstacles à la reconnaissance de l'autre dans sa différence » conclut Cohen-Emerique. « Dans l'interaction entre des personnes d'enracinement culturels différents, il y a toujours deux porteurs de culture, soi et l'autre et non un seul, l'autre. S'ouvrir à la diversité culturelle implique donc toujours une connaissance de sa propre culture et surtout la découverte des modes selon lesquels elle a été intériorisée, aménagée en fonction de sa trajectoire propre. » (2002 : 163). Elle rejoint Deana sur ce point : « aller à la rencontre des parents c'est aller à notre propre rencontre » écrit ce dernier. (2003 : 177).

2.2 Les types de chocs culturels

Le contexte interculturel suscite donc des malentendus, des incompréhensions, des *chocs culturels* qui entraînent des blocages dans la relation d'aide. Des « zones fragiles » ont ainsi été identifiées telles que les représentations des rôles dans la famille, du statut de la femme, du mode d'éducation des enfants, des attentes face à la scolarisation et des croyances. Legault (2000) montre que les professionnels se réfèrent à des schèmes de valeur individualistes et égalitaires tandis que les familles issues de modèles non occidentaux font

appel à des modèles et des normes collectivistes et communautaires. « Que l'individu à l'adolescence et au début de l'âge adulte prenne une indépendance relative vis-à-vis de sa famille, qu'il se libère de contraintes intrapsychiques renforcées par l'idéologie des groupes sociaux auxquels il appartient, sont des objectifs étrangers à beaucoup de parents qui nous consultent. Et pourtant, ils sont présents aussi bien dans ce que véhicule l'école laïque que dans ce que la psychanalyse s'efforce d'apporter » écrit R. Diatkine (1985 : 2304).

Cohen-Emerique décrit les principales zones de choc culturel chez les travailleurs sociaux français : il s'agit de la perception différentielle de l'espace et du temps, des représentations de la famille, des rôles et statuts de ses membres, des codes d'échanges interpersonnels. Ainsi, une conception égalitaire de la femme s'oppose à une conception d'infériorité et de soumission de celle-ci ; un modèle libéral de l'éducation de l'enfant qui interdit le recours aux châtiments corporels s'oppose à une éducation traditionnelle qui autorise les sévices corporels ; la reconnaissance des droits de l'enfant s'oppose à une représentation de l'enfant comme la propriété de ses parents. Les types de demandes qui sont faites aux travailleurs sociaux, les rites et croyances religieuses et les représentations du processus de changement culturel sont également des dimensions à l'origine de difficultés pour l'intervention des professionnels. Les notions de liberté religieuse et de laïcité s'opposent à une conception qui place le religieux et le magique au centre du quotidien ; la perception du temps est centrée sur l'efficacité et le progrès alors qu'elle est centrée sur le passé, la tradition et le sacré dans les cultures des pays du Sud.

Les modèles et techniques professionnels sont également développés dans les sociétés occidentales suivant une conception individualiste de la personne, qui constitue une dimension très importante de notre société. Le détachement et la différenciation de la personne par rapport au collectif, à la famille, à la communauté sont valorisés. L'autonomie et l'indépendance sont des valeurs centrales, alors que dans les cultures communautaires l'appartenance, la fidélité aux groupes primaires et l'interdépendance de ses membres sont primordiaux. Les intérêts du groupe prévalent sur celui de l'individu qui sera toujours protégé, aidé par la collectivité en cas de besoin.

2.3 La recherche d'une alliance authentique

A. Yahyaoui rappelle que la spécificité culturelle et l'appartenance ethnique peuvent constituer des défenses efficaces, des résistances rigides face à tout changement. « Elles servent parfaitement les deux parties surtout quand leur usage offre la possibilité de bénéfices secondaires. » (1989 : 38). La culture des migrants peut paraître immuable autant pour les membres du pays d'accueil qui ne perçoivent pas ses transformations internes que pour les migrants qui figent le temps pour se protéger contre la perte du temps, l'angoisse de l'abandon, l'isolement et la difficulté à se fixer quelque part.

Selon Yahyaoui, « le travailleur social est un agent de changement potentiel car il pénètre dans le milieu naturel, l'environnement social de la famille. Si sa parole est entendue, s'il arrive à remplir la fonction de médiateur, de passeur (entre deux cultures, deux langues, deux générations, etc.) il pourra provoquer le changement, faciliter l'intégration. » Son action doit donc intégrer les parents et l'ensemble de la famille « selon la place qui est assignée à chacun par la culture d'origine et en rapport avec une logique de changement qui s'inscrit dans cette culture. » (1989 : 40). D'après lui, l'alliance avec le père de famille constitue la base du travail mais le travailleur social ne doit pas négliger pour autant les autres membres. Il est important d'appuyer, d'étayer, de soutenir l'identité de la famille en respectant la place de chacun et en ramenant cette place au contexte socioculturel d'ici et de là-bas, de manière à permettre l'émergence de la différence en tant que richesse pour les deux communautés et non comme une entrave à l'épanouissement des migrants.

Salmi décrit les travailleurs sociaux comme « les derniers chaînons entre l'Etat et les populations » : « ils occupent eux-même une position possible de médiateur. » « Ils sont pris entre deux loyautés : celle de l'Etat qui les emploie avec les logiques institutionnelles qui en découlent et de l'autre la nécessité de l'adaptation à un terrain sans cesse en mouvement, exigeant à chaque fois l'établissement de vrais liens avec les usagers. » (2003 : 140). Les principaux malentendus entre les migrants et les institutions françaises concernent la démarcation entre la vie publique et la vie privée ainsi que la logique de l'honneur qui régit les interactions entre les individus et les groupes.

• *Une logique de l'honneur*

En France, de nombreux éléments liés à la filiation, la religion et la sexualité sont séparés de l'espace public alors que dans d'autres cultures « les attaches, les appartenances et les religions interviennent dans l'humanisation du lien à l'intérieur de l'espace public. » « Toutes les relations établies à l'extérieur prennent pour modèle les liens familiaux élargis au village, à la tribu » écrit Salmi (2003 : 170). Les relations fraternelles, maternelles, paternelles sont recréées sur la base du droit d'aînesse et du respect du plus vieux, de manière à développer une forme de « civilité ».

« La logique de l'honneur, selon laquelle fonctionnent de nombreuses sociétés du Sud, s'oppose dans son principe même à une morale universelle et formelle, affirmant l'égalité de tous les hommes. » Ce code définit des catégories sociales selon des mécanismes d'inclusion et d'exclusion : parents, membres de la tribu, étrangers. Il intervient pour gérer la violence, le don, la parole, le mariage. « Le don et le contre-don, le défi et la riposte portent le lien, qui ne tolère aucune rupture entre amis ou adversaires. Dans l'échange circule des cadeaux, se nouent des alliances matrimoniales, et ont lieu des rivalités codifiées.» (id, 172) L'échange permet d'obtenir puissance et charisme, mais ceux-ci ne sont jamais acquis de façon définitive. Ils peuvent être remis en jeu constamment ce qui crée une forme d'égalitarisme. Cette notion de l'honneur est inconnue de la société française. Salmi décrit des pères de famille qui perdent brutalement la face dans des conflits avec les institutions, et qui, sans moyen de récupérer leur dignité, « peuvent commettre l'irréparable (suicide, meurtre) ou se clochardiser. » Ils débordent de violence et sont perçus comme des paranoïaques tant qu'ils ne rencontrent pas « un cadre susceptible de les situer dans leur culture de la honte, du prestige et de la gloire. »

Le médiateur qui intervient dans ces familles prend en compte ce « code complexe de l'honneur » pour le revivifier et le réinterpréter. Cela signifie qu'il utilise les valeurs de ces parents issus de cultures traditionnelles comme un « levier » qui peut servir à débloquer des situations. Le code culturel de ces familles est repris et articulé avec les valeurs du pays d'accueil. Le médiateur doit réactiver ce code dans un environnement différent, où son sens a disparu. Il ne donne pas forcément raison aux parents mais en prend en compte la souffrance des enfants et le nouveau contexte culturel dans lequel ils essaient de s'enraciner. Les parents se sentent reconnus et « réhumanisés » lorsque le médiateur rappelle ce code qui est un élément central pour eux.

Il est donc nécessaire de créer un espace de rencontre pour trouver des possibilités d'alliance. Ceci appelle « une prise de position [...] permettant les mouvements, le jeu, pour dégager des espaces autorisant des passages, la transition, la circulation de la parole et ses représentations. » (Deana, 2003 : 177). La rencontre parents professionnels ne doit pas avoir pour effet de réduire, voire nier la complexité du sujet humain. « Il s'agit de contextualiser, globaliser, relier ce qui a été séparé, séparer ce qui a été confondu, maintenir en mouvement et une tension permanente entre des pôles distants, opposés contradictoires mais constitutifs de la réalité humaine. Les professionnels se retrouvent dans des postures inconfortables entre commande sociale et demande parentale, contrôle et aide, fonction institutionnelle prescrite et conception personnelle d'un rôle à jouer, visé instrumentale et visée relationnelle dans un champ saturé de modèles et référents théoriques et pratiques. C'est dans cet entre-deux qu'il faut essayer d'habiter, d'occuper, d'investir des lieux intermédiaires. »

C'est cette dernière notion, celle *d'intermédiaire*, que nous allons essayer de définir à présent.

3. Espace intermédiaire et transitionnalité

• L'espace potentiel

A partir de son travail avec les jeunes enfants, Winnicott montre qu'il existe un état intermédiaire « entre l'inaptitude du petit enfant à reconnaître et à accepter la réalité et son aptitude croissante à le faire ». Il en conclut qu'il existe « une aire intermédiaire d'expérience où la réalité intérieure et la vie extérieure contribuent l'une et l'autre au vécu. » (1958 : 171). Celle-ci existe comme « lieu de repos » maintenant la réalité intérieure et la réalité extérieure distinctes et néanmoins étroitement reliées l'une à l'autre.

Cette aire intermédiaire constitue l'essence de « l'illusion » qui est permise au petit enfant et qui chez l'adulte est inhérente à l'art et à la religion. L'aire intermédiaire se présente alors comme « l'aire allouée à l'enfant qui se situe entre la créativité primaire et la perception objective basée sur l'épreuve de réalité. » (1958 : 181). Dans la petite enfance, cette aire intermédiaire est indispensable à l'instauration d'une relation entre l'enfant et le monde. Elle est rendue possible par un maternage suffisamment bon au stade critique primitif. Il apparaît comme primordial la continuité dans le temps de l'environnement affectif extérieur et d'éléments particuliers de l'environnement physique (tels que *l'objet transitionnel*).

Selon Winnicott, l'expérience culturelle se situe dans *l'espace potentiel* entre l'individu et son environnement. C'est « une extension de l'idée de phénomènes transitionnels et de jeu » (1975 : 137). Les expériences culturelles « apportent à l'espèce humaine cette continuité transcendant l'expérience personnelle » (1975 : 139). L'héritage culturel est conçu comme une extension de l'espace potentiel. La culture permet l'articulation entre le code psychique personnel (la structure des identifications, des fantasmes personnels et des relations d'objets, des systèmes défensifs) et le code social (le système de pensée, les valeurs, les rapports de sociabilité, les mentalités).

A la suite de Winnicott, R. Kaës envisage l'héritage culturel comme « le code individuo-social encodeur et décodeur des représentations et affects plus ou moins souplement organisés et mobiles dans une aire culturelle et pour un sujet singulier ». Il permet d'articuler réciproquement des formations inconscientes et des formations sociales (les mythes et les rites par exemple), grâce à une relative congruence entre le Moi et l'environnement maternel et humain. Cette congruence laisse un espace de libre mouvement à chacun. Elle s'obtient par « la construction mutuellement concédée et personnellement appropriée de l'espace potentiel. »

• *La perte du support culturel*

Kaës montre que lors de la rupture causée par la migration, l'héritage culturel n'est plus en mesure d'assurer la continuité de l'existence. L'usage de l'espace potentiel est barré à l'établissement d'un espace d'*entre-deux*, entre le moi et le non-moi, entre le dedans (le groupe d'appartenance) et le dehors (le groupe de réception), entre le passé et l'avenir.

Ainsi, le migrant dans son exil perd le support de son code culturel. Celui-ci ne métabolise plus aucune signification. Le migrant vit alors « un moment de désorganisation, une intense expérience de dépossession et de perte. » Cette expérience est mobilisatrice des énergies et des mécanismes du travail de deuil. La perte ou le changement de code correspond à une faillite dans la sécurité de l'environnement, une faillite dans l'aptitude du code à organiser les conduites, à régler les élaborations pulsionnelles (c'est à dire à assigner un objet et un but à la pulsion). L'énergie déliée et en excès provoque l'angoisse de l'irruption pulsionnelle et l'incertitude quant à son usage. A travers l'irruption de ces forces de déliaison, la destruction subjective du code est vécue comme un effet de la pulsion de mort. Les attaques du groupe d'origine ou celles du groupe de réception sont vécues à travers cet effet, en plus

des attaques réelles émanant des groupes d'origine ou de réception. Celles-ci annihilent toute capacité de pensée au sens où l'a défini Bion, c'est à dire la capacité de former des symboles d'union. Le sujet en transition est dès lors dans l'incapacité d'acquérir le nouveau code même s'il essaie de l'assimiler car il ne peut introjecter ce qui est projectivement signifié comme dangereux. Ce qui vient de l'autre, de la société d'accueil est vécu comme persécutif.

A ce moment, la culture, l'entre-deux n'est plus en mesure de fournir les conditions d'une adaptation à la situation mais une réorganisation de l'espace potentiel n'est pas encore en mesure de s'établir.

• *La transitionnalité*

L'objet transitionnel de Winnicott est un objet intermédiaire qui a pour fonction d'établir la continuité. « Il représente la transition du petit enfant qui passe de l'état d'union avec la mère à l'état où il est en relation avec elle, en tant que quelque chose d'extérieur et de séparé » (1975 : 26). Kaës élabore la notion de *transitionnalité* à partir des travaux de Winnicott : c'est ce qui appartient à A et B par les éléments qu'ils possèdent en commun. « Entre deux termes séparés, discontinus dans l'écart, l'intermédiaire est une médiation, un rapprochement dans le maintenu-séparé. » C'est ainsi une instance d'articulation de différence, un lieu de symbolisation, mais aussi une instance de conflictualisation, c'est à dire d'opposition entre les antagonismes. « L'intermédiaire assure une fonction de pontage sur une rupture maintenue, un passage, une reprise. » Par « transitionnalité », Kaës désigne une zone intermédiaire d'expérience et de processus de passage, de transition, entre deux états subjectifs.

La transitionnalité est l'aménagement d'une expérience de rupture dans la continuité. Elle désigne « l'incertitude quant au rétablissement de la continuité, de la confiance et de l'intégrité du Soi et de l'environnement. » (2001 : 62). « L'espace transitionnel est un espace de présence et d'absence [...] de jeu dans un cadre, de contenu dans un conteneur, de tension paradoxale tolérable. »

Il apparaît nécessaire de construire des dispositifs facilitant cette réorganisation de l'espace potentiel de manière à rétablir la continuité, à aménager l'expérience de rupture. Mais dans le cas précis de personnes en situation interculturelle, quelles peuvent être ces dispositifs et quels sont leurs points communs avec la médiation ethnoclinique ?

• *L'entre-deux*

Dans un article intitulé « l'entre deux, une métaphore pour penser la différence culturelle », Z. Dahoun présente une conception dynamique des rapports entre psychisme et culture : ce sont « deux entités qui se construisent, se fécondent en interactions et en étayages réciproques dans un mouvement de va et vient constant, tout au long de la vie, tout au long des générations, dans un processus de création continue. » (1998 : 212). Le changement apparaît comme le mode d'être de la culture, et il est générateur de situations de crise lorsque la culture n'est plus en mesure de fournir les conditions d'adaptation à la situation..

Pour surmonter la crise, il faut un espace transitionnel où psychisme et culture oeuvrent ensemble, un espace potentiel entre sujet et environnement nécessaire pour l'élaboration psychique de l'expérience de rupture. « Cet espace entre-deux peut s'étayer dans le réel sur une structure sociale intermédiaire. » ajoute-t-elle. « L'entre deux offert par l'espace thérapeutique permet une relation où la souffrance peut s'exprimer, être contenue puis transformée par la pensée et rendue tolérable. » (1998 : 214). Pour les immigrants, c'est un sas où la souffrance induite par la perte du cadre culturel d'origine peut être élaborée et les nouvelles valeurs du pays d'accueil explorées avec sécurité.

Dahoun pense que le cadre thérapeutique doit venir soutenir l'expérience de la transitionnalité, inciter à penser l'articulation permettant d'éviter le clivage que vivent les familles entre inconscient individuel et champ social. Il est alors possible de recréer du lien en proposant une espace entre-deux d'accueil et d'accompagnement, grâce à un cadre à double allégeance : aux soins traditionnels et aux soins modernes. Une double écoute permet alors d'élaborer une articulation entre les deux cultures. La création d'un espace intermédiaire entre culture et psychisme permet aux conflits suscités par l'acculturation et l'écart culturel de se négocier dans un va et vient dynamique afin de trouver des compromis viables pour les deux parties.

Elle rejoint Kaës sur ce point : « la capacité d'inventer un projet commun dans un groupe intermédiaire entre les groupes d'extraction et les groupes de réception est une acquisition fondamentale, et un tel projet est un phénomène transitionnel : il se situe dans l'espace où existe la confiance. » (2001 : 42).

Un autre auteur, Ben Geloune (1989 : 140) présente l'espace potentiel de Winnicott comme « un espace de rencontre avec l'autre et de reconnaissance réelle de l'autre, à

l'intérieur d'un processus mettant en jeu au sein de la relation à l'autre, des éléments relatifs à trois fonctions essentielles » :

- la fonction de *réciprocité* : partager un sens, dans un mouvement de mise en commun (principe de similitude)
- la fonction de *recadrage* : dégager un sens nouveau à partir d'un travail de redéfinition, depuis un point de vue inhabituel (principe de différenciation)
- la fonction de *repérage* : introduire un sens où il n'a pu être donné, en constituant ou reconstituant une représentation (principe de juxtaposition et complémentarité)

4. L'ethnopsychiatrie : théories et dispositifs de soins

Nous allons présenter la théorie ethnopsychiatrique. La médiation ethnoclinique est un dispositif issu de cette théorie et il apparaît essentiel pour comprendre ce qui s'y passe d'appréhender les fondements théoriques de cette discipline. La médiation n'est pas un dispositif thérapeutique mais la pratique du médiateur s'inspire de son expérience dans les consultations d'ethnopsychiatrie ce qui nous conduit à présenter également ce dispositif dans sa dimension technique.

4.1 Les fondements théoriques

L'ethnopsychiatrie est « l'étude des rapports entre les conduites psychopathologiques et les cultures dans lesquelles ces dernières s'inscrivent. » (Laplantine, 1988 : 6). C'est une recherche et une pratique thérapeutique qui s'efforce de comprendre la dimension culturelle des troubles mentaux. Elle cherche à « analyser les manières dont les sociétés autres que les nôtres appréhendent la maladie mentale, procèdent à son traitement, interprètent leurs propres conceptions étiologiques et thérapeutiques. » (Laplantine, 1988 : 37). L'hypothèse de base est que l'expression de la maladie est codifiée par la culture. « En ethnopsychiatrie, le thérapeute négocie une place intermédiaire entre les concepts de la psychopathologie occidentale et ceux de la culture du patient. Dans les sociétés traditionnelles, le symptôme est une tentative adaptée de communiquer. Souvent il reste indéterminé jusqu'à ce que la parole d'un guérisseur vienne donner sens et opérer un cadre susceptible d'enclencher le travail thérapeutique. L'ethnopsychiatrie tente de reformuler et de restructurer un cadre précisément adapté à la prise en charge de ces patients. » (Mannoni-Parisi et Salmi, 1991 : 52).

Le fondateur de l'ethnopsychiatrie est Devereux. Il a construit cette discipline à partir de deux références théoriques : l'anthropologie et la psychanalyse. Sa découverte fondamentale est celle d'un principe méthodologique, le *complémentarisme* : il est nécessaire d'utiliser les deux discours (anthropologie et psychanalyse) de manière non simultanée pour aborder un phénomène. En effet, plus on étudie un phénomène sous un angle anthropologique, plus on s'éloigne de la connaissance psychopathologique de ce même phénomène. N'utiliser qu'une seule grille de lecture conduit le chercheur à « abolir » cet objet d'étude. L'ethnopsychiatrie cherche à articuler les deux problématiques, culturelles et psychologiques, sans les fusionner.

Devereux postule l'existence d'une unité fondamentale du psychisme humain. Ce qui définit l'être humain, c'est son fonctionnement psychique qui est le même pour tous. Ce qui est particulier, c'est l'appartenance à une culture donnée, qui détermine les systèmes de significations que va utiliser le sujet. Il existe une homologie entre culture et psychisme du point de vue de leurs contenants et de leur structure. Ils sont tous deux co-émergents, c'est à dire qu'ils ne peuvent exister indépendamment l'un de l'autre.

Devereux a réalisé une psychothérapie d'orientation analytique au cours de laquelle il a utilisé des représentations culturelles à des fins thérapeutiques. Il a ainsi découvert que le matériel culturel pouvait constituer un levier thérapeutique si on le traitait de manière complémentariste. Au niveau pratique, le dispositif ethnopsychiatrique implique donc l'explicitation des données culturelles (qui découlent du groupe d'appartenance) et idiosyncrasiques (de l'histoire singulière du sujet).

A la suite de Devereux, Nathan a étendu la notion de contenant psychique liée à la théorie du Moi-peau d'Anzieu à l'idée de la culture comme contenant. Il développe la notion d'*enveloppe culturelle*. Celle-ci serait rompue par la migration, qui agit comme un traumatisme en annulant l'homologie entre cadre culturel intériorisé et cadre culturel externe. La culture est conçue comme un *système de clôture* qui, une fois rompu, perturbe le fonctionnement psychique. « Il est nécessaire de proposer au patient des éléments importants de son cadre culturel externe, car ce dernier a été intériorisé. Mais les structures intériorisées, pour rester fonctionnelles, vivantes et adaptées doivent continuer à s'appuyer sur un cadre culturel externe dans un rapport d'homothétie. » (Mannoni-Parisi et Salmi, 1991 : 356).

4.2 Le dispositif thérapeutique

- *La recherche de sens*

« Les logiques culturelles sont explorées en tant que telles, elles servent de support aux associations et au matériel clinique. L’outil anthropologique permet de poser et d’explorer le cadre de la relation et de co-construire avec le patient des sens culturels sur lesquels viendront s’arrimer des sens individuels » explique Moro (2004 : 160). L’utilisation de représentations culturelles dans le cadre de traitements psychanalytiques est selon elle source de complexité et d’approfondissement mais doit être fait de façon nuancée et critique en tenant compte des limites.

Dans les consultations d’ethnopsychiatrie, les thérapeutes font appel aux *étiologies* de la maladie utilisées dans la culture du patient. Elles permettent de donner un sens culturellement acceptable au désordre qui est survenu dans la famille. Au Maghreb, la maladie est souvent expliquée par une cause externe telle que la sorcellerie, la possession par des djinn, la transgression d’un tabou... Ces étiologies traditionnelles permettent de reconstituer avec le patient une histoire susceptible de donner cohérence et sens à son parcours, ses symptômes et sa souffrance. Ce sont des « inducteurs culturels », « des noyaux de sens, situés à la frontière entre le privé et le public, l’intime et le rituel » (Moro, 2004 : 226). L’identification de l’origine du désordre se fait donc par une inférence étiologique. Celle-ci permet de signifier au patient que le thérapeute connaît ce type de représentations et peut en maîtriser les éléments significatifs. Ces noyaux de sens deviennent des propositions thérapeutiques s’ils sont repris par le thérapeute en situation ethnopsychanalytique. « Les étiologies traditionnelles permettent de travailler sur l’interaction, sur la nature des liens entre deux sujets, ou sur la nature des liens entre un individu et le groupe, donc sur leur relation et non sur l’individu isolé. » (Moro, 2004 : 227).

• *Le groupe*

Le dispositif ethnopsychiatrique est constitué de plusieurs co-thérapeutes de langues, cultures et parcours divers. Les co-thérapeutes sont de formation psychanalytique, ce sont souvent des psychiatres ou des psychologues mais le groupe compte également des personnes en formation. Tous les thérapeutes sont sensibilisés à l’anthropologie. En effet, « l’établissement de la relation thérapeutique nécessite souvent la médiatisation de cette relation par un tiers - un groupe thérapeutique, l’entourage familial, communautaire, un membre de la famille ou du voisinage. La présence de ce tiers est garant de la relation entre

patient et thérapeute traditionnel : le thérapeute est un personnage puissant, s'il peut guérir, s'il peut agir sur l'être, il peut aussi manipuler l'autre à sa guise... » (Moro, 2004 : 217). Salmi décrit le groupe de thérapeutes ainsi : « C'est un groupe pluriculturel qui représente le pays d'accueil et les mondes multiples dans lesquels évolue le patient. » (2004 : 75). Dans les sociétés communautaires, l'individu est indissociable du groupe : si une personne est touchée alors tout l'équilibre du groupe est fragilisé. « Celui qui porte le symptôme alerte l'ensemble de la communauté sur un dysfonctionnement général. » (Moro 2004 : 221). Ce groupe est donc facilement accepté par les patients, car il est proche des modalités de soins de leur propre culture mais plus difficilement accepté par les soignants qui sont habitués aux dispositifs duels.

Le groupe compte toujours un traducteur qui connaît bien la langue et la culture du patient. Il peut jouer un rôle d'informateur sur des données anthropologiques précises. Le traducteur a une « position clef » dans le dispositif : « il matérialise le passage d'un code culturel à un autre » et peut constituer pour les patients (surtout les enfants) « une figure identificatoire précieuse. » (Moro, 2004 : 219). Il montre par exemple qu'il a appris une seconde langue sans oublier la première. Il sait manier les logiques d'ici aussi habilement que celles de son pays d'origine. L'idée sous-jacente est que « la situation d'immigration nécessite que l'on se souvienne d'où l'on vient et qui l'on est » (id, 219) pour pouvoir passer dans un nouveau monde et s'y inscrire.

Le dispositif matérialise l'altérité grâce à la diversité culturelle présente dans le groupe et permet au patient de dire sa propre singularité sur un plan culturel et psychique. Le « *portage culturel* » effectué par le groupe permet la restitution de l'enveloppe externe rompue suite à la migration et provoque une relance des processus associatifs.

• *Le statut de la parole dans la consultation*

Salmi montre que « les thérapeutes gardent une position active car ils s'efforcent constamment de deviner ce qui a pu atteindre la personne dans son histoire (frayeur, deuil, séparation) et tissent sans cesse des liens cohérents entre le patient et ses proches, le groupe et les mondes invisibles. » (2004 : 79). Le patient est actif, il discute les propositions thérapeutiques. Chaque membre du groupe peut parler : le silence est perçu négativement car il signifie qu'on cache quelque chose ou qu'on a des intentions malveillantes.

L'interprète et la famille évoquent leurs appartenances géographiques, leurs différences linguistiques, leurs lignages... L'objectif est de repérer l'histoire de la famille et

les motifs de sa migration, et le fait que l'interprète soit lui-même migrant ainsi que certains co-thérapeutes favorise la projection et l'identification de la part du patient. Parler la langue maternelle permet également de rentrer dans une logique de narration spécifique : beaucoup de dialectes utilisent des images, des métaphores, des proverbes, des mythes, des sourates du Coran, des paroles bibliques pour exprimer les affects, transmettre des représentations : ces « analogies métaphoriques », forts éloignées de notre mode de pensée, sont très utilisées. L'interprète doit donc rester au plus près des mots du patient tout en explicitant l'idée contenue dans les métaphores ou les images qui renvoient à des systèmes symboliques du groupe. Salmi précise que pour beaucoup de patients, l'initiation a une valeur très importante et lors de la consultation, les thérapeutes évoquent souvent les initiations qui ont eu lieu car ce sont des portes d'accès à l'intimité de la personne et au groupe qu'elle a intériorisé. C'est une interface entre l'intimité personnelle et l'intimité ethnique, qui entraîne des réminiscences et des associations d'idées.

L'élaboration d'un sens culturel permet de « sortir de l'irreprésentable », de favoriser l'émergence de représentations. Le matériel individuel se déroule dans le contenant culturel. (Moro, 1998 : 117). « Il s'agit de trouver une médiation entre cette symptomatologie culturellement codée et la pratique d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique. La consultation, espace intermédiaire entre les deux cultures sert pour le patient, en premier lieu, à mettre en relief les deux mondes totalement clivés, puis dans un second temps, à trouver une possibilité de lien entre ces derniers. » concluent Mannoni-Parisi et Salmi (1991 : 352).

5. La médiation ethnoclinique

5.1 Définitions

La médiation ethnoclinique a conservé certains éléments du cadre ethnopsychiatrique : la prise en charge groupale, l'aller-retour entre langue maternelle et langue du pays d'accueil, l'utilisation du matériel culturel... Nous allons présenter plusieurs approches de la médiation ethnoclinique. Comme dans les consultations d'ethnopsychiatrie, il existe différents dispositifs qui se sont mis en place à différents endroits par des thérapeutes dont les approches théoriques peuvent varier quelque peu. Néanmoins, ces définitions peuvent nous apprendre quelque chose au sujet de la médiation.

Pour T. Adohane, (1998 : 2) la médiation ethnoclinique est « une intervention ponctuelle auprès de la famille en présence des acteurs sociaux. Cette intervention est basée d'une part sur l'usage de la langue maternelle et la traduction des signifiants culturels, d'autre part sur une écoute clinique garantissant la dimension intrapsychique des conflits en présence. »

Dans la consultation interculturelle mise en place à Bordeaux, existe un médiateur interculturel dont la fonction nous semble être proche de celle du médiateur ethnoclinicien.

P. Fermi (1998) décrit ainsi ses deux fonctions :

- la première est celle d'interprète : elle se situe au niveau linguistique.
- la seconde est celle d'être un pont reliant deux mondes culturels.

« Le médiateur est celui qui rend compréhensibles, de manière bilatérale, les représentations culturelles, les valeurs et les normes qui y sont associées. » (1998 : 4). Il a pour rôle de les révéler, de les expliquer, de les mettre en relation. Un autre rôle du médiateur est celui de *modèle transitionnel* : il peut représenter un modèle auquel la personne en difficulté peut s'identifier.

C. Memin et M. Bâ notent que « l'entretien avec médiateur permet de créer des liens entre la famille et les thérapeutes, d'intégrer l'enfant dans sa famille ici et dans la famille élargie au pays. [...] Le travail du médiateur ethnoclinicien consiste, avec le groupe, à remonter toujours plus en amont dans la filiation pour savoir si le mariage des parents, le départ vers la France... ont été accompagné des bénédictions de la famille, ou si les conflits au niveau des parents ou des grands-parents retombent maintenant sur les petits-enfants. » (1997 : 39) L'intervention du médiateur permet aux parents de redonner un sens au symptôme de leur enfant et par là de réaffilier l'enfant à leur groupe d'appartenance, de rétablir des formes de *transmission intergénérationnelle*.

F. Rosenbaum montre que le travail avec un médiateur linguistico-culturel permet « l'émergence et la reconnaissance institutionnelle du récit familial et groupal et l'activation des compétences de la famille par l'individuation des différences et des modèles culturels. » (2001 : 1). Le médiateur permet d'explorer les conceptions qui sous-tendent l'utilisation de certains mots, qui, « dans leur simplicité quotidienne », « charrient les profondes divergences entre une culture et l'autre ». Selon elle, « le premier objectif thérapeutique devrait être d'offrir aux parents et aux enfants un lieu où nommer les choses pour dire l'histoire qui appartient à la famille. » (2001 : 12). En effet, au début des rencontres avec les parents, ceux-

ci ne disposent d'aucun moyen pour communiquer. Ils ne peuvent s'exprimer dans aucune langue car leur histoire s'est déroulée dans des espaces de non-dits. Le but du travail avec le médiateur est la production d'un nouveau récit qui n'existe pas jusqu'à ce jour, de manière à relier les événements qui ont marqué la famille et à redonner à chacun des membres un rôle de protagoniste de cette histoire. Cette narration va se constituer en mythe, qui remet de l'ordre dans le désordre dû aux événements traumatiques.

5.2 Déroulement de la médiation ethnoclinique

Tout commence par les salutations d'usage qui ont une valeur très importante dans les pays de Sud. Le médiateur réactive les liens culturels qu'il possède en commun avec la famille. Cela lui permet d'être situé par la famille comme un interlocuteur valable qui connaît les logiques de leur culture d'origine : les valeurs centrales telles que la pudeur, l'honneur... Le médiateur passe ainsi de l'intimité culturelle à une intimité familiale puis personnelle. « Cette position lui permet de franchir un second seuil pour entrer dans une plus grande familiarité, afin d'aborder les questions épineuses. » (Salmi, 2004 : 105). Il explique aussi à la famille les concepts psychologiques et juridiques qui motivent et justifient les actes des travailleurs sociaux à leur égard, qui ont pu être perçus comme arbitraires jusqu'ici.

Dans un premier temps, le médiateur doit donc « extraire les concepts qui gèrent chaque univers (institution, parents, enfants) et arriver à une première phase de la négociation qui consiste à se mettre d'accord sur les désaccords. [...] Il est nécessaire d'établir une symétrie même provisoire, entre les différents systèmes de pensée sans disqualification de l'un par l'autre » (Salmi, 2004 : 175). Ceci aboutit à une « fluidification des frontières entre les mondes » car des données demeurées jusque là implicites sont formulées et discutées entre les membres du groupe. A ce moment-là une première avancée a déjà eu lieu : les deux parties se sentent rassurées car elles reconnaissent l'humanité de l'autre, elles trouvent un terrain d'entente.

Après avoir écouté les deux versions des faits (celle de l'institution et celle de la famille), il demande à la famille ce qu'on pense de ces choses-là au pays, ce qui sous-entend que la famille a la liberté de s'exprimer à partir de son propre système de pensée. Le médiateur établit ensuite des ponts entre les différentes logiques. Il doit veiller à ne pas effectuer une « abrasion », une « simplification » d'une des deux cultures en présence. Il essaie de considérer à la fois les diagnostics médicaux et les étiologies culturelles, de rapprocher certains concepts issus de la psychanalyse de notions présentes dans la culture des

parents. Le médiateur reste vigilant pour discerner ce qui relève de la culture d'origine, du dysfonctionnement de la famille dans le pays d'accueil tout en tenant compte des lois du pays d'accueil qui met l'accent sur la responsabilité individuelle. Il doit donc « décrypter la situation pour déclencher un processus thérapeutique qui ne soit pas paralysé par la position légale (jugement, sanction) » (2004 : 82).

Suite à la participation aux médiations ethnocliniques, les professionnels redécouvrent leur propre culture, car ce qui est énoncé au sujet des cultures étrangères agit comme un révélateur de la culture française, institutionnelle, populaire et régionale. Cette découverte leur permet de prendre du recul face à eux-mêmes et aux migrants. « Mais il ne s'agit plus ici d'une injonction à prendre des distances vis à vis des usagers, souvent rappelée par leurs supérieurs hiérarchiques » qui accusent ceux qui créent un lien avec les usagers de créer une relation fusionnelle. Cette conception issue de la psychanalyse, mal interprétée dans le travail social, se transforme parfois en « interdit de prendre plaisir au travail dans le lien entre les professionnels et les usagers. » (2004 : 168). Ceci contribue à élargir le fossé entre les institutions et le public. Les familles présentent alors un seul aspect d'elles-mêmes aux professionnels, et ont le sentiment de ne pas être comprises, ainsi que le décrit Dahoun : « Leur vécu subjectif ne peut se dérouler faute d'un entre-deux, espace de rêverie entre l'origine et l'accueil. » (1998 : 218).

La médiation ethnoclinique apparaît justement comme une espace intermédiaire, un lieu d'écoute à l'interface de deux univers.

PROBLEMATIQUE

En tant que futur psychologue interculturel, prochainement engagé dans une pratique au contact d'une population issue de la migration, nous débutons cette recherche par la question suivante :

De quelle manière peut-on faciliter la rencontre entre parents et professionnels dans le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile ?

A la faveur d'un stage de professionnalisation au sein d'un hôpital de jour pour enfants, nous avons découvert un dispositif mis en place pour dépasser ces difficultés. Il s'agissait de « médiation ethnoclinique ». Celle-ci réunissait l'équipe soignante et des familles issues de l'immigration en présence d'un médiateur parlant leur langue. Ce dispositif est apparu alors comme une réponse possible à notre interrogation initiale. A notre première question, a succédé celle-ci : Qu'est-ce que la médiation ethnoclinique ?

Tout d'abord, nous avons tenté de cerner le contexte dans lequel se déroulait le développement de ces enfants de migrants. La migration apparaît comme la « toile de fond » de l'histoire familiale. Les circonstances du départ et le projet migratoire s'avèrent déterminants pour l'adaptation de la famille dans le pays d'accueil. Une fois installée en France, la famille se réorganise dans un contexte différent qui ne permet pas aux parents d'assumer leurs rôles de la même manière. Certaines pratiques éducatives sont conservées mais d'autres sont abandonnées ou transformées. Le deuil du pays d'origine est difficilement élaboré. Le contexte dans lequel grandissent les enfants est très différent de celui qu'ont connu leurs parents. Leur développement est marqué par l'absence de continuité entre l'univers de la maison et l'extérieur. Un clivage s'établit entre les différents mondes auxquels ils appartiennent. La transmission intergénérationnelle se fait difficilement, et les enfants apparaissent étrangers aux parents. Ils ne sont pas, comme eux, affiliés à un groupe d'appartenance. Ainsi peut-on conclure, comme Moro, qu'il existe une « vulnérabilité psychologique » chez les enfants de migrant. Mais que se passe-t-il lors de leur prise en charge dans un lieu de soins psychothérapeutiques ?

L'intervention des professionnels se trouve confrontée à certaines difficultés. Souvent, le lien s'établit difficilement entre les deux parties : la communication échoue, perturbant la mise en place d'une alliance thérapeutique suffisamment solide pour permettre une prise en

charge efficace. Cohen-Emerique met en évidence l'existence de chocs culturels pour les professionnels dans leur pratique avec ces familles d'origine étrangère. Ainsi, la représentation de l'enfant, les pratiques éducatives, le rapport au temps, les théories explicatives de la maladie varient selon la culture. La rencontre entre les parents et les professionnels qui sont concernés par la prise en charge thérapeutique des enfants peut être donc qualifiée de situation interculturelle.

Il apparaît nécessaire de créer un espace de rencontre entre les parents et les professionnels. De nombreux auteurs soulignent l'importance de la mise en place d'un espace intermédiaire.

Winnicott nous montre que la culture est une extension de l'espace potentiel entre le sujet et son environnement. Elle fournit habituellement l'articulation entre le code psychique et le code social. Kaës décrit la crise vécue par le migrant, sujet en transition, dans l'incapacité d'adopter un nouveau code. Dans cette situation, il est nécessaire d'aider le sujet à rétablir la continuité, à retrouver sa capacité créatrice. Pour cela, un dispositif venant soutenir l'expérience de la transitionnalité est nécessaire.

Le dispositif de la médiation ethnoclinique est issu de la pratique du médiateur dans les consultations d'ethnopsychiatrie, qui repose sur l'application d'un principe méthodologique, le complémentarisme. Les concepts de la culture du patient tels que les étiologies culturelles sont utilisées ainsi que des concepts issus de la psychanalyse mais de manière non simultanée. Le rappel d'un cadre culturel efficient génère un discours associatif plus riche et permet ensuite au patient de mettre en lien des mondes clivés. Le cadre groupal de la prise en charge fournit un étayage à la famille. Dans le pays d'origine des parents, la maladie fait l'objet d'un traitement collectif et la présence du groupe permet de respecter les modes de communication de la famille.

La médiation ethnoclinique se situe dans cette perspective ethnopsychiatrique mais il ne s'agit pas de la mise en place d'une consultation. Les soins thérapeutiques restent l'apanage de l'équipe soignante. La médiation a pour objectif d'établir un lien entre les deux univers, celui de l'institution et celui de la famille. Elle permet aux professionnels de prendre en compte la dimension culturelle dans leur pratique. Elle aide la famille à dépasser l'expérience de rupture vécue lors de la migration en leur proposant un lieu d'écoute « entre-deux ».

A l'issue de cet éclairage théorique, nous sommes en mesure de proposer une réponse à la question de départ.

HYPOTHESE

La médiation ethnoclinique constitue un espace intermédiaire qui permet de faciliter la rencontre interculturelle entre la famille et l'équipe soignante.

Indicateurs :

La formation de cet espace intermédiaire permet aux parents de penser l'articulation entre pays d'origine et pays d'accueil : élaboration des conflits liés à l'acculturation.

La rencontre interculturelle est facilitée ce qui se traduit par l'établissement d'une relation de confiance entre l'équipe et la famille : meilleure implication des parents dans les soins et renforcement de l'alliance thérapeutique.

II- METHODOLOGIE

1- Présentation du dispositif de médiation ethnoclinique qui fait l'objet de cette recherche

Les médiations se déroulent au sein d'une structure de psychiatrie infanto-juvénile. Il s'agit d'un hôpital de jour accueillant des enfants de six à quatorze ans qui présentent des difficultés psychopathologiques sévères perturbant leur vie personnelle, familiale, scolaire ou sociale.. L'équipe soignante est composée de médecins psychiatres, psychologues, éducateurs spécialisés, assistantes sociales, enseignants spécialisés, d'une psychomotricienne et d'une orthophoniste.

Plusieurs médiateurs interviennent régulièrement. Ils travaillent pour l'association qui a introduit les médiations ethnocliniques dans ce secteur de psychiatrie infanto-juvénile et dans un collège situé en ZEP. Le médiateur sollicité est originaire de la même aire culturelle que la famille, ce qui fait qu'il parle la même langue et dispose des mêmes références culturelles, et comme la famille, il a vécu la migration. Les médiateurs sont psychologues ou psychiatres et chercheurs en ethnopsychiatrie. Leur intervention est ponctuelle : elle aura lieu une ou deux fois pour chaque famille. Dans un premier temps, l'équipe soignante se réunit avec le médiateur afin de lui exposer la situation pour laquelle elle sollicite son intervention. Les professionnels mesurent ainsi la pertinence de l'engagement dans un travail ethnoclinique. Dans un second temps, la proposition est soumise à la famille.

La médiation se déroule à l'hôpital de jour. Des chaises sont disposées à l'avance dans une pièce assez grande pour recevoir la famille, le médiateur et les membres de l'équipe soignante qui s'occupent de l'enfant en question. En effet, tous ceux qui prennent en charge l'enfant et qui souhaitent assister à la médiation peuvent participer.

2. Méthodologie de la recherche

2.1 Choix de la population

Les critères de sélection des sujets étaient les suivants : être enfant de migrant, être suivi à l'hôpital de jour, bénéficier d'une médiation ethnoclinique.

Il s'agit de deux garçons et d'une fille : Medhi, Billel et Samia. Leurs parents sont nés en Algérie et ont émigré en France ou sont nés en France de parents algériens. Un enfant est venu en France à l'âge d'un an, les deux autres sont nés ici. En revanche, les pathologies dont souffrent ces enfants sont très différentes mais ce dernier critère ne fait pas l'objet d'un traitement particulier dans notre étude.

Ont été retenus les sujets fréquentant l'hôpital de jour, de manière à étudier le dispositif dans un même lieu. Ainsi, nous n'avons pas retenu un sujet qui a bénéficié d'une médiation au sein d'un collège, car le cadre de la médiation ne se déroulait plus dans un lieu de soins thérapeutiques mais dans le cadre scolaire. La durée de notre stage (dix semaines) nous a permis de suivre le parcours de ces enfants sur plusieurs mois, avant et après les médiations, de les rencontrer fréquemment lors des activités éducatives ou des ateliers thérapeutiques et de participer aux réunions de synthèse les concernant. Le recueil de données s'est donc fait à plusieurs niveaux.

2.2 Recueil de données

2.2.1 : Retranscription des médiations ethnocliniques

Nous avons assisté à une médiation ethnoclinique par sujet. Dans le cas de Medhi et de Billel, une précédente médiation avait eu lieu, avec les deux parents dans le cas de Medhi et avec la mère dans le cas de Billel. Nous avons eu accès aux comptes-rendus de ces précédentes médiations et nous avons assisté aux réunions de préparation des suivantes. Les médiations auxquelles nous avons assisté feront donc l'objet d'une analyse approfondie, étayée sur les comptes-rendus des médiations précédentes.

La méthode d'étude des médiations ethnocliniques est l'observation. Nous avons effectué une prise de notes très détaillée du discours des participants à la médiation ethnoclinique, de manière à réaliser la retranscription la plus fidèle possible. Mais en effectuant la retranscription du discours des participants, nous ne pouvions prendre en compte toutes les attitudes non-verbales qui tiennent une part très importante dans les médiations ethnocliniques. Le recueil de données rend difficilement compte de l'intégralité de l'échange entre la famille, le médiateur et l'équipe. (Nous reviendrons sur ce point dans la discussion.) Lors de la médiation de Billel, la prise de notes a été réalisée par l'assistante sociale en charge

de la famille ce qui nous a permis d'appréhender de façon plus fine la relation établie entre le médiateur et le père de Billel.

2.2.2 : *Entretiens*

Nous avons également réalisé plusieurs entretiens semi-directifs avec des membres de l'équipe soignante. Il était précisé au début qu'ils seraient anonymes et enregistrés de manière à assurer une retranscription fidèle. Un des entretiens n'a pas fait l'objet d'un enregistrement à la demande de l'interviewé. La retranscription a donc été faite à partir d'une prise de notes. Ces entretiens avaient pour objectif d'apporter des éléments d'analyse supplémentaires pour les études de cas.

Il a été réalisé :

- Un entretien exploratoire avec le président de l'association à l'origine de l'introduction des médiations ethnocliniques (également enseignant à l'hôpital de jour). La question de départ était la suivante : « j'aimerais que vous me parliez de votre expérience de la médiation ethnoclinique. » Les autres points du guide d'entretien étaient les suivants : conséquences de la médiation ethnoclinique dans le travail avec les enfants et les familles ; problématiques familiales rencontrées ; évolution de la pratique professionnelle ; prise en compte de la dimension culturelle dans la pratique.
- Des entretiens avec des membres de l'équipe qui avaient assisté aux médiations et qui suivaient l'enfant ou sa famille (éducateurs et assistante sociale). Ces entretiens avaient pour objectif d'apporter des éléments concernant l'anamnèse, le déroulement de la médiation, les modifications perçues suite à la médiation.

Guide d'entretien

- Question de départ : Je voudrais que vous me parliez de l'évolution de [nom de l'enfant] à l'hôpital de jour avant et après les médiations.
- Relations avec la famille : problématique, éventuels conflits ou incompréhensions
- Que s'est-il passé lors de la première médiation ?
- Comment a évolué l'enfant après la médiation ?

- Comment ont évolué les relations entre l'équipe et la famille ?
- Que s'est-il passé lors de la seconde médiation ?
- Comment a évolué l'enfant depuis la seconde médiation ?
- Quel a été le rôle de la médiation dans l'évolution de l'enfant ?
- Quel impact a eu la médiation dans le travail que vous avez mené avec l'enfant ou sa famille ?

Enfin, nous avons pu mener durant tout notre stage une observation des enfants qui ont bénéficié des médiations, et un suivi au jour le jour de leur évolution à travers les réunions d'équipe. Ce dernier point ne fait pas l'objet d'un traitement dans ce mémoire (pas de compte-rendu d'observation) mais contribue à affiner la pertinence des études de cas. Ainsi, nous avons fréquemment rencontré Medhi, Billel et Samia dans leurs groupes éducatifs, Billel lors de sorties à la ludothèque et Samia à l'atelier peinture.

Afin de préserver l'anonymat, tous les prénoms et toutes les initiales des enfants, des familles et des professionnels cités dans cette recherche ont été modifiés.

III - ETUDES DE CAS

1. Medhi

1.1 Anamnèse

Medhi a dix ans. Sa mère, Nadia, est née en France de mère française et de père algérien. Son père, Tayeb, est né en Algérie de parents algériens. Le couple a eu quatre enfants, et Medhi est le second. Le terrorisme serait à l'origine du départ de la famille, menacée en raison des origines françaises de Mme C. Leur arrivée en France date de 1996. Medhi était alors âgé d'un an. Le père de Medhi a navigué dès l'âge de quatorze ans et a longtemps été employé dans le secteur de la marine marchande. Aujourd'hui, il travaille beaucoup, ce qui fait qu'il est peu présent au domicile familial. La mère de Medhi ne travaille pas. Sa propre mère vit en France dans la même ville, tandis que la mère et la sœur de M. C. vivent en Algérie. La famille habite dans une cité où la délinquance est très forte : il se produit fréquemment des affrontements entre les jeunes du quartier et la police. La famille retourne parfois en Algérie. L'été dernier, Mme C. y est revenue avec ses enfants mais le séjour s'est mal passé. Le frère aîné de Medhi, Sofiane, est également en souffrance. Il est pris en charge dans un Institut de Rééducation pour des troubles du comportement.

Medhi présente une dysharmonie psychotique. A l'hôpital de jour à temps plein depuis février 2003, il bénéficie d'une prise en charge éducative, d'une thérapie individuelle avec une psychologue et participe à des ateliers thérapeutiques (musique, conte). Il fréquente l'atelier pédagogique, il a également une prise en charge en orthophonie et en psychomotricité. Une assistante sociale est chargée du suivi familial. Un des principaux éléments d'inquiétude de l'équipe est l'attitude des parents face aux situations de violence que peut rencontrer Medhi à travers les jeux vidéo, la télévision. De plus, ils ne parviennent pas à savoir ce qui est autorisé ou interdit à Medhi. Peut-il sortir seul dehors ? Est-il tenu à l'écart de la violence qui existe dans son quartier ? En effet, Medhi confronte les membres de l'équipe à un questionnement obsessionnel sur ce qui est autorisé et interdit, sur les limites, les lois... Il éprouve beaucoup d'angoisses au sujet de l'action de personnes malveillantes (« méchants » ou « voleurs ») et des dangers extérieurs. Il interroge souvent les soignants au sujet des personnes chargées de faire respecter l'ordre (les policiers par exemple). Mais

l'équipe ne parvient pas à discuter de ces questions avec les parents. Ceux-ci semblent indifférents à la préoccupation qui anime les professionnels. Pour cette raison, l'idée d'un travail ethnoclinique est avancée.

La première médiation a lieu en novembre 2004. L'équipe pense que l'intervention du médiateur peut permettre de mieux comprendre la famille. Lors de celle-ci, les parents évoquent de nombreux décès : le père de M. C., une sœur et deux frères de M. C., le père de Mme C., le frère de Mme C. et son fils, les décès d'amis et de connaissances en Algérie avant leur venue en France. Mais la froideur avec laquelle ils évoquent ces événements étonne l'équipe soignante. Les membres de l'équipe ressentent toujours des difficultés à établir une relation de confiance avec ces parents. Dès la fin de cette médiation, l'équipe décide de réaliser une autre médiation pour poursuivre le travail entrepris. Celle-ci aura lieu en février 2005.

1.2 Analyse des médiations

(toutes les citations sont extraites des retranscriptions des médiations en annexe ; il est précisé lorsque les citations proviennent des entretiens avec les professionnels)

1.2.1 : Eléments d'analyse issus de la première médiation

Lors de la première médiation, l'équipe et les parents évoquent chacun leur tour leur relation avec Medhi et différentes représentations de cet enfant apparaissent ainsi.

Le médiateur repère chez Medhi un intérêt pour la recherche des oppositions, des catégorisations : « *Medhi, il cherche à faire des différences* » déclare-t-il. En effet Medhi parle « *du masculin/féminin dans la langue arabe* », « *se pose la question de la différence entre les morts et les vivants* » et demande « *est-ce que les musulmans mangent du sanglier ?* » Cette dernière question relève d'un interdit de l'islam (manger de la viande de porc) qui rejoint l'interrogation constante de Medhi : qu'est-ce qui est autorisé et qu'est ce qui ne l'est pas ? Ceci peut être relié au fait que Medhi, enfant élevé dans un autre contexte culturel, est face à des incertitudes qui n'existent pas pour ses parents. Le cadre culturel intériorisé par les parents n'est pas en lien avec le cadre culturel externe dans lequel ils vivent, ce qui a un effet désorganisateur sur leurs pratiques éducatives. Toute la difficulté pour les enfants de migrants est de se situer par rapport à des limites fiables. Celles des parents ne sont

plus valables dans le contexte dans lequel ils vivent à présent et celles de la société d'accueil paraissent étrangères. L'objectif de la médiation va être de réinstaurer les parents dans leur rôle de façon à ce qu'ils puissent transmettre à leurs enfants une loi symbolique autour de laquelle ils pourront se structurer.

« *Medhi parle un arabe cassé.* » dit Mme C. Ce commentaire dénote la difficulté pour les parents migrants de faire face à l'altérité présente chez leurs enfants. La langue est le premier élément qui marque une rupture entre les deux générations.

Les parents évoquent de nombreux décès mais aucun affect ne semble associé à ces morts. Ce détachement peut être perçu comme une isolation des affects voire du déni. Cette attitude a pour effet d'augmenter le sentiment d'incompréhension de la part de l'équipe. Quelle élaboration a pu être réalisée par les parents ? Qu'est ce qui en a été dit aux enfants et comment ceux-ci ont-ils intégré ce vécu traumatique ? Autant de questions qui restent en suspens.

Pour M. C., la difficulté de construire une vie en France apparaît également dans cette médiation, lorsqu'il déclare : « *moi, j'ai personne ici.* » Sa femme lui répond : « *tu as ta femme et tes enfants, c'est déjà pas mal !* » Mais M. C. fait référence à d'autres choses : sa famille élargie, ses ancêtres, ses appartenances en lien avec son pays d'origine... Il signifie par là qu'il n'a aucune attache en France, même s'il y vit depuis neuf ans. Comme de nombreux migrants, il paraît ne pas être ancré dans le présent.

Pendant la médiation, Medhi veut quitter la salle. « *Il a l'air triste* » note le médiateur : « *On attaque le clivage* ». Le clivage auquel il fait référence est celui qui sépare le monde de la maison de celui de l'hôpital de jour, cette structuration fragile sur laquelle s'est construit tout enfant de migrant. Mme C. déclare que Medhi dort peu, M. C. dit que Medhi dort très bien. Le clivage se joue donc également entre les parents. Chacun perçoit Medhi sous un jour différent. Vers la fin de la médiation, ce processus apparaît de façon plus prégnante encore. « *Medhi, c'est le préféré de mon mari* » dit Mme C. Le prénom de Medhi est le même que celui du père de son père, signalant ainsi une affiliation particulière à cet aïeul. L'attitude de Medhi diffère selon qu'il est en présence de son père ou de sa mère, d'après ce qu'ils rapportent. Par exemple, il ne dit pas de gros mots, ne pose que des questions banales à son père tandis qu'il parle de tout avec sa mère. Il est noté dans la retranscription qu'« *il adore être câliné par son père* » mais « *repousse toujours sa mère quand elle veut le toucher pendant la médiation.* »

Pour Mme C., « *Medhi n'est pas handicapé.* » Un peu avant, M. C. dit : « *les frères de ma femme parlent tout seuls comme Medhi* ». Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'en Algérie, Medhi n'aurait pas été perçu de la même manière qu'en France. Peut-être n'aurait-il pas été perçu comme malade par la société. Il existe un décalage entre la représentation de la maladie chez la famille et celle des soignants qui attendent une mobilisation importante de la part des parents, une adhésion au projet thérapeutique. L'attitude de ces parents peut être reçue comme un déni de la maladie de leur enfant. La remarque de M. C. montre une attitude fréquente chez les parents migrants : ils pensent que les professionnels de la société d'accueil sont les personnes désignées pour traiter le problème de l'enfant et que les parents n'ont pas à intervenir. Ils se déchargent de leur responsabilité sur les soignants qui sont perçus comme des experts. D'autre part, ce dont souffre Medhi n'est sans doute pas appréhendé de la même manière et traité de la même façon en Algérie. (Dans la seconde médiation, le médiateur va tenter de réintégrer la maladie de Medhi dans la culture de ses parents en proposant l'utilisation de thérapies traditionnelles).

Le médiateur essaie de replacer Medhi dans une place d'enfant, sous la protection de ses parents. « *Faut que papa le protège et faut que Medhi pose les questions* ». Il demande à l'enfant : « *tu penses que ton papa est fort (solide) ?* » Medhi pleure et fait « *non* ». Il ne se sent pas protégé par son père. Le médiateur conclut que M. C. doit répondre aux questions de Medhi et l'emmener dans le mausolée de ses ancêtres en Algérie.

1.2.2 : Analyse de la deuxième médiation

- *La « frayeur » de Medhi*

Lors de la seconde rencontre, le médiateur essaie de faciliter la communication entre la famille et l'équipe soignante au sujet de la violence qui se situe pour Medhi à la fois dans le réel et dans l'imaginaire, les deux niveaux s'imbriquant constamment. L'équipe pense que certaines situations vécues par Medhi peuvent renforcer ses angoisses et alimenter ses troubles du comportement. Pour évoquer les notions de peur ou d'angoisse, le médiateur emploie le mot de « frayeur » qui peut être mieux compris par les parents car il est empreint de significations propres à leur culture. Mais lors de cette médiation, les parents ne parleront pas des situations de violence qu'ils peuvent rencontrer dans le quartier ou qu'ils ont connu dans le passé et continueront, sur un mode défensif, de présenter une image positive de leur famille. Les parents semblent relativiser la violence dont parlent les soignants : « *elle est*

partout, en Algérie aussi ». Nous ne pouvons savoir si les parents se sentent protégés : il s'agit pourtant de la condition première pour qu'ils puissent protéger leurs enfants.

Evoquant l'attitude de Medhi lorsque des incidents se produisent dans le quartier, Mme C tient des propos contradictoires : « *il se réveille quand une voiture explose* » et « *Medhi rigole. Il fait comme les autres enfants, il vient me raconter ce que les autres disent sur la police, quand les pompiers viennent...* ». Mme C. ajoute « *avec nous il parle pas comme avec vous* » mettant en avant l'opposition entre les deux mondes, celui de la maison et celui de l'hôpital de jour, et suggérant que Medhi n'a peut-être pas tant de difficultés que semble le croire l'équipe. La rencontre entre les diverses cultures se joue ici à plusieurs échelles : celle de la société d'accueil et celle des parents mais aussi la culture de la cité, où les jeunes font brûler des voitures et affrontent la police et les pompiers. Dans le quartier, de nombreux adolescents recherchent une affiliation à un groupe de pairs, à travers des passages à l'acte à valeur initiatique : prise de drogue, courses-poursuites... Medhi est donc porteur de plusieurs éléments qui se contre-disent et s'affrontent.

• *Le rapport à la loi*

A travers un jeu vidéo, « Vice City », Medhi a engagé une relation particulière avec C., un éducateur spécialisé, qu'il interroge sans cesse sur l'autorisé et l'interdit. Ce jeu vidéo, interdit aux moins de seize ans, est construit sur un principe de violence gratuite. Le joueur peut tuer des personnages par tous les moyens dont il dispose, sans aucun prétexte. A travers ce jeu vidéo, Medhi est face à cette question cruciale de l'interdit. Il semble se demander : « pourquoi j'ai ce jeu alors que c'est interdit ? Pourquoi C. me dit que je n'ai pas le droit d'y jouer alors que mes parents m'y autorisent ? » Une ambivalence très forte existe chez lui, entre angoisse et plaisir face à la violence suscitée par les scènes du jeu. Celui-ci devient un support de fantasmes, un moyen d'interpeller les adultes aussi. C'est muni de ce jeu que Medhi rejoint le groupe lors de la médiation. Dans un premier temps, il se tient caché derrière deux feuilles de papier qui concernent « Vice city ». Mais il écoute ce qui se dit de façon extrêmement attentive et avec une intensité remarquable. A travers ce jeu où l'on tue des personnes de façon gratuite, Medhi interroge « *l'arbitraire de la mort* » selon le médiateur. Nous pouvons relier cette préoccupation à l'histoire de ses parents, émaillée par des morts

violentes. La question de la vie et de la mort est un thème récurrent dans les préoccupations de Medhi.

Lorsque celui-ci rejoint le groupe dans la pièce principale, le médiateur lui dit « *on parlait de toi, de tes peurs... de ce jeu, Vice city. Un type qui tue tout le monde. Tu te demandes si c'est interdit ou permis. On comprend pas les raisons pour lesquelles il meurt, comme si Dieu n'existait pas.* » Medhi répond alors : « *Oui. Et après ça m'angoisse* ». Il s'agit d'un moment important dans le déroulement de la médiation : Medhi parvient à reconnaître son angoisse. Les soignants l'encouragent à admettre ses peurs et souhaiteraient que les parents offrent à Medhi un cadre plus sécurisant à la maison et lui montrent que c'est normal d'être effrayé par la violence. « *Il vit des choses qui l'inquiètent* » dit l'orthophoniste. « *Il fait comme s'il était grand. Il a tendance à se protéger tout seul. Medhi doit devenir plus petit et ses parents plus forts pour qu'il ait envie de grandir* » dit le médiateur. Il rappelle à Medhi : « *La dernière fois on a mis ton papa derrière toi.* ». Le médiateur signifie par là que lors de sa dernière intervention, il a essayé de placer l'enfant sous la protection de son père. L'objectif est de bien séparer le monde des enfants de celui des adultes, c'est à dire de signifier la différence des générations.

• *Le temps figé de la migration*

Mais durant la médiation, le père de Medhi regarde sa montre, et en tant qu'observateurs, nous percevons ce geste comme l'expression d'une indifférence à ce qui est en train de se dire. Alors qu'un effort important est réalisé en organisant une médiation et en essayant de comprendre cette famille, le père marque son désintérêt pour ce qui est fait. Le médiateur conscient de l'interprétation possible de ce geste, le relève ostensiblement : « *M. C. regarde sa montre* ». Il ajoute : « *Les migrants regardent tout le temps leur montre. La migration, c'est le destin* » Dans la culture de ces parents, la notion de fatalisme, l'idée que tout est écrit d'avance est très prégnante. En annonçant cette phrase, il montre qu'il partage cette donnée culturelle et il les incite à aller plus loin, de manière à comprendre l'histoire de leur migration. « *Vous savez pourquoi vous êtes venus ici ?* » demande-t-il. M. C. évoque sa vie dans la marine. Nous comprenons ici qu'il est entièrement tourné vers ce passé heureux, comme de nombreux migrants pour qui tout ce qui se passe en France n'a pas de valeur. C'est pourquoi il regarde sa montre. « *Qu'est-ce que c'est que ce temps ici ? il passe pas* » déclare le médiateur, explicitant le ressenti de M. C.

Le médiateur montre le lien qui unit M. C. et Medhi : Medhi contemple des images de la mer pour se calmer, tout comme M. C. était heureux en mer. Mais Mme C. intervient : « *Medhi a peur de la mer* » et elle ajoute « *moi aussi j'ai peur de la mer.* » Nous observons ici comme lors de la première médiation ce clivage entre les parents : il y a « *le Medhi de sa mère* » et « *le Medhi de son père* », et cette ambivalence au sujet des peurs de Medhi.

• *Les étiologies du désordre*

Le médiateur tente de réactiver les liens de la famille avec leur groupe d'appartenance, en leur rappelant les ressources dont ils disposent : les moyens de protection pratiqués en Algérie par exemple. Le médiateur dialogue avec les parents au sujet des pratiques thérapeutiques traditionnelles. « *Il disent que cela s'enlève chez le guérisseur (selon Monsieur) ou avec le Coran (selon Madame).* » L'évocation des étiologies traditionnelles peut permettre aux parents de donner du sens aux symptômes de Medhi et donc de se sentir plus concernés par le dispositif de soins en place à l'hôpital de jour. L'activation des représentations culturelles a pour objectif de relancer les processus d'élaboration chez les parents. Le père de Medhi demande : « *d'où vient cette frayeur ?* » Un membre de l'équipe évoque les « *morts, malades, des disparitions brutales* » survenues dans la famille. Mais les parents n'établissent pas de liens entre leur histoire et la pathologie de Medhi. L'équipe soignante parle du sentiment d'étrangeté ressenti lors de la dernière médiation, lorsque les parents ont parlé des nombreux décès survenus dans leur famille sans manifester aucune émotion.

Mme C. évoque alors des rêves prémonitoires. Elle dit qu'elle avait prévu la mort de son frère et de son neveu. Cet élément peut apparaître comme une perturbation du lien avec la réalité chez la mère de Medhi. Mais en Algérie, cette assertion serait sans doute reçue d'une façon différente. Le rêve y revêt une grande importance. Il s'insère « dans une trame de significations culturelles qui recouvre toute la conception de l'homme et du monde [...] - une conception éminemment religieuse qui détermine la dimension du sacré. » Il a « une dimension institutionnelle qui en fait plus qu'une réalité intrapsychique » : la dimension de l'imaginaire est un moyen relationnel, une modalité de communication avec l'Autre qui participe du sujet. (Mohia-Navet, 1993 : 121-138). Une certaine prudence est donc de mise pour analyser les propos de Mme C. concernant ses rêves, même si la tonalité de ceux-ci et d'autres éléments de sa personnalité révèlent une structuration fragile de la personnalité.

Mme C. en évoquant ces rêves parle de son lien avec sa belle-mère : « *je l'aime plus que ma mère* ». Elle a gardé Medhi jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge d'un an. C'est une personne qui a joué un lien très important dans les premières relations de Medhi et la séparation avec cette grand-mère, qui a coïncidé avec la migration, a pu être à l'origine d'un traumatisme. Le fait que le lien de Mme C. avec sa belle-mère soit si fort interroge également la qualité des relations de Mme C. avec sa propre mère. La différence culturelle joue également un rôle puisque la mère de Mme C. est française et sa belle-mère algérienne. Il y a peut-être chez Mme C. la recherche d'une affiliation à une autre culture, qui se manifeste à travers sa croyance religieuse très affirmée. En effet Mme C. est très croyante et souhaiterait porter le voile.

Le médiateur tente de réaffilier Medhi à un groupe d'appartenance en incitant les parents à opérer des thérapies traditionnelles (la visite au mausolée des ancêtres, le fenugrec) et en donnant à Medhi des moyens de protection qui pourraient l'aider à contenir son angoisse : la profession de foi, les expressions de bon augure. D'un point de vue thérapeutique, il paraît plus adapté que ces parents agissent par l'intermédiaire des moyens que leur culture met à leur disposition. Par ce biais, les parents peuvent agir sur la maladie de leur enfant et prendre conscience des difficultés de Medhi. Medhi cherche à « *s'appuyer* » sur quelqu'un. Mais les référents dont il dispose sont trop hétérogènes. La journée, Medhi est pris en charge à l'hôpital de jour. Le soir, il rentre chez lui mais voit peu son père qui travaille beaucoup. Enfin, lorsqu'il sort dans son quartier, les règles changent encore : dans la cité, la confrontation avec le danger fait valeur de norme.

Le médiateur parle de sa grand-mère à Medhi. « *On a appris que tu as été élevé par ta grand-mère jusqu'à l'âge d'un an. Elle est forte, elle peut soigner.* » Le médiateur identifie cette personne comme « *le garant de la famille* » et d'après lui, le voyage en Algérie aurait pour effet de faire une sorte de « *point zéro* » pour la famille. « *Là-bas on peut s'asseoir* ». La famille C. apparaît comme suspendue entre deux mondes. « *Vous êtes un peu comme des nomades. Ce sont les enfants qui vous arrêtent* » déclare le médiateur. Il signifie par là que la famille vit un déracinement permanent. Aucun travail de deuil du pays d'origine n'a pu être mené et ce sont les enfants qui manifestent par leurs symptômes le dysfonctionnement familial. Ils obligent les parents à se confronter aux institutions du pays d'accueil. Le père de Medhi surtout vit replié dans la nostalgie de l'Algérie. Il semble d'ailleurs ému aux paroles du

médiateur. Ce dernier déclare : « *Cette famille est en transhumance* » : elle demeure figée dans un passé idéalisé. Les événements présents ne peuvent plus faire sens.

1.3 Evolution de Medhi et apports de la médiation

Ces deux médiations apparaissent comme des échecs pour l'équipe soignante. « *La médiation n'a pas eu d'impact dans le travail avec Medhi au quotidien. C'est le flou complet.* » « *A chaque fois qu'on pose des questions sur la santé physique, mentale de Medhi c'est le flou.* » déclare l'éducateur de Medhi. Au sujet de la violence que peut rencontrer Medhi, l'assistante sociale raconte : « *ça c'est quelque chose qui n'avait pas été élaboré, qui n'avait pas bougé après la médiation. Bon, pareil au niveau du rôle de M. C., moi j'ai bien senti quand je suis allée à domicile que M. C. n'avait rien changé dans son rôle auprès de Medhi et des autres enfants (...) Moi je l'ai vécu un peu comme un échec cette médiation, pour moi ça a pas été porteur, même si quand je suis allée à domicile, j'ai été accueillie différemment, il y a quelque chose qui s'est passé, qui a été partagé, mais concrètement ça n'a pas aidé.* »

M. C. retrouve un emploi peu de temps après et annonce qu'il ne pourra pas partir en Algérie avec sa famille. La mère de Medhi raconte qu'elle a peur d'être frappée par les deux garçons, Sofiane et Medhi, qu'elle fait appel au père mais que celui-ci ne peut rien faire. Elle dit qu'elle n'arrive pas à faire preuve d'autorité auprès de ses enfants qui regardent des films très tard le soir. La médiation ethnoclinique n'a pas permis de restaurer l'autorité paternelle dans la famille C. Et la famille isolée en France ne peut pas faire appel aux oncles paternels et autres figures masculines comme cela peut se passer en Algérie.

Quelque temps après la seconde médiation, Medhi fait une chute dont les circonstances restent inexplicables. Il doit être hospitalisé pour une fracture du crâne. Une réunion a lieu avec les parents, réunissant les membres de l'équipe présents lors de la médiation mais sans le médiateur. Les parents expliquent la chute de Medhi ainsi : « *c'est le vent* ». M. C. cumule deux emplois et se trouve rarement chez lui. L'idée d'un déménagement est évoquée, mais paraît difficilement envisageable par les parents. L'équipe propose à la famille une aide à domicile pour soutenir Mme C. Les parents paraissent accepter puis refusent quelques temps après. « *Tout est rentré dans l'ordre* » déclare M. C. L'équipe parvient à placer Medhi dans un hôpital qui accueille les enfants avec leur mère le temps des vacances scolaires pour lui permettre de se rétablir dans un environnement sécurisé. Le plus

probable est que Medhi ait été agressé par un autre garçon du quartier. L'équipe songe à organiser des « séjours rupture » (quelques jours dans une maison d'enfant ou une famille) permettant d'aménager des plages de tranquillité pour l'enfant dans un contexte extérieur à la famille et au quartier.

Cette médiation n'aura donc pas débouché sur une amélioration de la situation familiale ni sur une meilleure alliance thérapeutique. Medhi paraît toujours évoluer dans un environnement peu protecteur. L'événement dramatique dont il est victime souligne l'échec de ces médiations. Toutefois, la mère de Medhi commence à livrer ses difficultés dans l'éducation de ses enfants en reconnaissant qu'elle éprouve elle-même de la peur face aux garçons et qu'elle a recours à des sanctions corporelles. D'autre part, Medhi est très en demande de limites, de sécurisation auprès des soignants. Un travail est donc possible.

2. Billel

2.1 Anamnèse

Billel a onze ans. Il est le quatrième d'une fratrie de cinq enfants. Ses difficultés débutent lorsqu'il a quatre ans, après la séparation de ses parents et le départ de son père. Billel changera trois fois d'école suite à un comportement violent et agressif avant d'être finalement déscolarisé. Sa mère s'investit beaucoup dans son travail et elle est souvent absente. Billel est laissé à la garde de sa sœur aînée de quinze ans mais celle-ci assure difficilement cette charge. Le divorce est prononcé en 2000 et les enfants sont confiés à leur mère. Billel multiplie les actes violents et sa mère le confie aux services sociaux en juin 2001. Ce placement n'a pas d'influence positive. La scolarisation jusque-là en temps partiel est arrêtée. Billel est adressé à l'hôpital de jour par le SESSD d'un IR. Suite à l'évaluation, Billel est admis à temps plein en février 2002 avec une scolarisation au sein de l'hôpital de jour à temps partiel. Sa pathologie correspond à un trouble de type état limite avec une angoisse d'abandon. L'instabilité, l'agitation, l'intolérance à la frustration composent ses symptômes. Des placements thérapeutiques, c'est à dire des séjours dans une famille d'accueil sont décidés. L'année se déroule très difficilement. Billel refuse tous les cadres et ses relations avec les autres enfants sont très conflictuelles, voire impossibles. Il entraîne ses pairs dans la violence. Les coups apparaissent comme son seul moyen de communication. Billel se met en danger, fugue et parcourt vingt kilomètres à pied pour retrouver sa famille. Il refuse la famille d'accueil et revendique fortement son appartenance à sa famille. Il accepte mieux l'internat :

en juillet 2003, le placement en famille d'accueil se termine et il intègre un foyer de l'enfance. Il s'apaise alors.

La prise en charge actuelle à l'hôpital de jour se compose d'un temps éducatif et d'un temps scolaire. Une thérapie avec un psychologue avait lieu et s'est arrêtée à la demande de Billel. Une assistante sociale est chargée du suivi familial. « *Dans le discours de Billel, le père était présent. Dans le langage administratif, le père était absent.* » explique l'éducatrice de Billel. La mère de Billel s'avoue dans l'incapacité d'élever son fils, dépassée par sa violence et ses passages à l'acte. Une médiation ethnoclinique est envisagée.

2.2 Analyse des médiations

2.2.1 Eléments d'analyse issus de la première médiation :

- *La figure du grand-père de Billel*

Lors de cette première rencontre, seule la mère de Billel, Catherine I. est présente. Elle raconte son histoire et celle de sa famille. Mme I. est née en France dans un camp de réfugiés harkis. Son père et les frères de son père étaient engagés dans l'armée française. La famille de Mme I. est mal perçue par la communauté algérienne, en France et en Algérie, puisque le père était harki et a commis des actes « *atroces* » lors de la guerre d'Algérie. « *Ici c'est mon pays : je suis née ici. L'Algérie c'est mes racines : je suis algérienne. Je suis partagée entre les deux.* » dit Mme I., rejetée par les Algériens du fait de l'engagement de son père aux côtés des Français et victime de racisme de la part des Français du fait de ses origines maghrébines. Elle décrit son père comme un personnage terrible, qui buvait, commettait des actes inhumains, inspirait la terreur à son entourage.

En donnant des prénoms à ses enfants, le père de Mme I. est allé à l'encontre des règles de nomination pratiquées en Algérie. Il a appelé sa fille Catherine, du prénom « *d'une secrétaire qu'il aimait bien* ». L'un de ses frères porte également un prénom français, du même prénom qu'un militaire que son père appréciait. Ses deux sœurs cadettes ont deux prénoms, un français et un arabe. L'attribution d'un nom au Maghreb se fait ordinairement selon des règles précises qui ont pour fonction l'inscription de l'enfant dans sa famille, dans l'ordre des générations. Le prénom a une influence sur celui qui le porte. La nomination de Mme I. et de son frère n'a donc pas été faite conformément à la tradition. Les enfants de Mme

I. supportent mal ce prénom français qui entretient une certaine confusion au sujet de l'identité culturelle de leur mère. « *Billel dit que sa mère s'appelle Fatima* ».

La mère de Mme I. a divorcé après avoir été mariée de force à treize ans, ce qui « *était très mal vu* » à ce moment-là. La mère de Mme I., dont elle parlera peu, paraît elle aussi avoir un passé douloureux et avoir fait preuve d'une forte résistance.

En arrivant en France, le père de Catherine a arrêté de boire et s'est enfermé dans sa chambre pendant vingt-cinq ans. Il ne faisait plus la prière, mangeait seul, ne parlait plus à sa femme et ses enfants et ne les regardait plus. Mme I. a le sentiment d'avoir « *grandi sans père, sans affection* ». Son père s'était déshumanisé : il ne supportait pas le monde extérieur, parlait dans n'importe quelle langue. Il inspirait la terreur à sa famille qui se sentait parfois même « *en danger de mort* ». Mme I. raconte qu'elle rêve souvent de son père « *nu, tout blanc, allongé sur le sable* » « *Il semble immobile, seul... même de son vivant.* » Le médiateur et le psychothérapeute de Billel relie ce rêve à un désir de faire revenir ce père de façon plus rassurante. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le processus de deuil de son père a été difficile pour Mme I., voire impossible : celui-ci était à la fois aimé et détesté. Elle éprouvait une forte attente d'affection et en même temps était soulagée de sa mort.

• *Les relations précoces entre mère et enfant*

Le groupe souligne des ressemblances entre Billel et son grand-père : ils ont la même façon de se mettre à courir brutalement sans savoir où aller ; tous deux se contiennent « *très fort* ». Mme I. reconnaît qu'elle identifie Billel à son propre père depuis la naissance de l'enfant : « *à trois ou quatre mois, des fois je tournais le regard à cause de la ressemblance* ». Billel est né peu de temps après le décès de son grand-père. L'accouchement a été difficile, une césarienne a dû être opérée et Billel a passé cinq ou six jours en couveuse. Des séparations précoces ont eu lieu, perturbant peut-être l'établissement du premier lien entre la mère et l'enfant. La disparition de son père a sans doute eu un retentissement sur la présence de la mère auprès de l'enfant et sa « *préoccupation maternelle primaire* » (concept développé par Winnicott : « *la mère [...] fournit un cadre dans lequel la constitution de l'enfant pourra commencer à se manifester, ses tendances au développement à se déployer, et où lui, l'enfant, pourra ressentir le mouvement spontané et vivre en propre des sensations particulières à cette primitive de sa vie.* » (1956 : 289). Cette première fragilité, liée à ces projections

destructurantes de Mme I. sur son fils sont peut-être le début du processus qui a conduit Mme I. à placer Billel des années plus tard.

• *Relations entre les membres de la famille*

Catherine évoque la rencontre avec son mari et les circonstances de leur séparation. Le récit qu'elle fait au groupe lui permet de se rendre compte des ressemblances entre son mari, également dépendant de l'alcool, et son père : « *il ne parlait pas, ça me rappelait mon père* » dit-elle. La médiation permet à Mme I. de mettre en lumière les répétitions qui ont eu lieu dans sa propre histoire. De leur côté, les membres de l'équipe comprennent beaucoup mieux l'histoire familiale de Billel. Jusqu'ici, Billel n'acceptait aucune règle et multipliait les passages à l'acte. La conclusion de la médiation est qu'il faut aider Mme I. à « *reconstruire la maison* » c'est à dire à fournir à Billel un cadre structurant. Un travail d'accompagnement est nécessaire pour que Mme I. puisse élaborer une autre représentation de son fils et se dégager d'une relation à tendance mortifère basée sur l'identification de Billel à son propre père.

Suite à la médiation, Billel se montre plus calme et les relations avec les autres s'améliorent. Un accompagnement de Billel à son domicile par un éducateur est mis en place de manière à soutenir Mme I. Les week-end et les vacances dans sa famille se passent bien. L'équipe souhaite organiser une seconde médiation réunissant le père et la mère de Billel.

2.2.2 *Analyse de la seconde médiation*

Seul le père de Billel est présent lors de cette rencontre. Il raconte également toute son histoire, qui est profondément marquée par la migration. M. A. était le fils préféré de son père, devait hériter de ses terres, et a tout laissé pour venir en France avec Mme I. M. A. a épousé sa cousine comme le veut la tradition au Maghreb mais il ne s'agit pas d'un mariage arrangé. Au contraire, Catherine serait venue le chercher pour l'emmener en France. Lorsqu'il parle de la rencontre avec sa femme, il semblerait qu'il ait été totalement passif : « *Mme I. est tombée amoureuse de moi et a voulu se marier tout de suite* » explique-t-il. Ainsi, M. A., solitaire, issu d'une famille de cultivateurs qui semblait destiné à vivre sur les terres de sa famille, s'est brusquement retrouvé en France, coupé de tout.

La famille de M. A. vivait sous l'autorité du père, un « chef respecté » et très admiré, propriétaire de terres, dirigeant des ouvriers, dont le nom signifiait : « le béni ». Ce père est décrit comme un « *homme très aimé, hospitalier et généreux* ». Les circonstances de son enterrement sont à l'opposé de celles du père de Mme I., pour lequel aucun imam n'a voulu procéder aux rites funéraires. « *Il y a eu une grande veillée* » raconte M. A., qui n'était pas présent à l'enterrement. Comme Mme I., il voit souvent son père en rêve : « *il est allongé, endormi, habillé* ».

En France, M. A. a commencé à boire « *au réfectoire de la gare* ». (Notons que les premières prises d'alcool ont eu lieu dans un lieu de passage, où circulent les voyageurs en transition). Il semble que la perte de son univers originel a conduit M. A. à abandonner toutes les règles qui le structuraient. « *Là-bas on n'a pas besoin de vin... tu bois un verre de dattes fermentées et tu tombes rien qu'à l'odeur.* » dit M. A. Une liaison avec une autre femme est à l'origine de la séparation avec sa femme. Cet acte paraît le placer encore plus en position de faute et renforcer sa passivité. Aujourd'hui, un important sentiment d'identité négative, une dévalorisation de lui-même prédomine.

• *Le monde du père de Billel*

L'équipe tente de relancer le processus de transmission entre M. A. et son fils. L'objectif est de permettre à Billel de retisser un lien avec son père. D'après le médiateur, « *M. A. ne pourra raconter [son histoire] à Billel que quand il sera avec lui en Algérie cet été. Pour raconter, il faut être dans le contexte.* » M. A. envisage un voyage en Algérie, ce qui pourrait s'avérer bénéfique pour Billel, car cela permettrait de lui faire connaître le pays de son père et l'intégrer à part entière dans sa famille paternelle. En effet, les liens de filiation apparaissent distendus par la migration et le vécu traumatique des parents. Billel ne connaissait rien de l'histoire de son père, ainsi que le dit son éducatrice : « *il n'a jamais su d'où [venait] son père, à part une seule information : d'Algérie* ». (annexe II)

M. A. n'est jamais revenu en Algérie depuis la mort de son père. Son évocation de l'Algérie est partagée entre idéalisation nostalgique et rejet. Le pays qu'a connu le père de Billel a changé : « *chez nous il n'y a plus de chef... tout le monde commande maintenant.* » dit-il. En retournant dans son pays d'origine, M. A. serait confronté au décalage entre les espoirs fournis avant le départ et ce qu'il a vécu en France. Ainsi, il avait émigré pour venir

vivre avec sa femme et ils sont à présents divorcés. « *Quand je reviens chez moi, je suis vu comme un étranger. Je ne suis pas reconnu. Je suis triste* » explique le père de Billel. Mais l'idéalisation domine : la retranscription note qu' « *il raconte encore des choses du pays. Sur ce sujet il semble intarissable et son visage s'éclaire.* »

M. A. paraît être très isolé en France. La présence du médiateur lui permet de se replonger dans son univers, de retisser des liens avec des éléments de sa culture. M. A. donne son numéro de téléphone au médiateur et lui propose une cigarette. Il semble heureux de trouver un interlocuteur qui le comprenne et avec lequel il puisse partager son passé. L'équipe notera à la fin de la rencontre que le médiateur a représenté un « *substitut paternel* » le temps de la médiation. Celle-ci a permis de lui redonner confiance en lui rappelant l'univers d'où il venait et comment il pouvait établir des liens entre les deux mondes, utiliser ses ressources. La culture dont est issu M. A. ne valorise pas autant le dialogue que notre culture occidentale moderne. Il s'agit d'une civilisation orale où la transmission se fait de façon bien précise, par des récits, des paraboles... Les parents et les enfants ne communiquent pas directement entre eux. Des relations privilégiées avec un oncle, une grand-mère servent d'intermédiaire. Parler de soi, de ses sentiments est tout à fait inhabituel, impensable même.

Le tour de parole à la fin de la médiation permet de mettre en place un échange entre les soignants et M. A. L'évocation de sa terre natale est si forte qu'elle donne le sentiment aux participants d'avoir voyagé dans son pays en l'espace de deux heures. Les membres de l'équipe adoptent un langage fait d'images à la manière du médiateur : « *Billel a besoin de ses deux histoires, de ses deux parents pour pousser comme un palmier. Billel pourra alors faire de belles dattes* » déclare l'assistante sociale.

La médiation permet ainsi de faire entrer le monde de M. A. à l'hôpital de jour. Il nous semble qu'il y a ici création d'un espace intermédiaire, d'un « lieu de rêverie » le temps de la médiation. Des identifications se mettent en place entre les soignants et M. A, à partir des racines rurales de celui-ci. Un lien de confiance s'établit entre le père et les soignants, ce qui a une influence sur leur travail avec Billel.

• *Attitude de Billel durant la médiation*

Pendant toute la médiation, Billel ne s'exprime pas mais joue avec des cordes et un ballon. Il se sert d'abord du ballon qu'il fait circuler aux pieds de chacun comme pour éprouver la cohésion du groupe. Il cherche ensuite à attraper le ballon avec les cordes. Puis il ôte toutes les cordes attachées au mur pour les lier ensemble une à une. Cette action prend un sens particulier pendant la médiation, car elle se déroule en même temps que le récit de son père. Pendant que celui-ci raconte son histoire et construit son récit devant son fils, celui-ci construit avec du matériel physique. D'autre part, Billel semble symboliser par ce jeu de cordes le lien qui s'est créé entre les membres du groupe et M. A. Après que son père ait parlé du voyage qu'il compte faire en Algérie, Billel ferme les volets, éteint la lumière puis part aux toilettes. En fermant les issues et en plongeant la pièce dans l'obscurité, il enferme le groupe dans une pièce close. La pièce contient ainsi le groupe qui contient Billel.

2.3 Evolution de Billel et apports de la médiation

Les médiations ethnocliniques menées avec les parents de Billel ont montré le lien entre des éléments de l'histoire familiale et la pathologie de l'enfant. La problématique familiale est apparue sous un jour nouveau. L'assistante sociale en relation avec les parents raconte qu'elle retient « *deux grands axes (...) de ces deux médiations* » : « *toute la violence qu'il y a eu dans cette famille [et] le déracinement de M.* » (annexe II)

La mère de Billel, dont l'histoire est particulièrement douloureuse, est apparue comme une personne fragile, en difficulté pour assumer son rôle de parent. L'investissement de Billel semble avoir été perturbé dès les premiers instants. Une certaine ambiguïté avait été entretenue par Mme I. face à Billel concernant son placement en famille d'accueil. D'après une éducatrice de Billel, lors de la médiation, « *il a appris d'une certaine façon la vérité, qu'il était placé à la demande de la maman* ». La médiation a permis d'entreprendre un travail d'accompagnement de la maman. Un éducateur explique : « *Elle a pu dire qu'elle situait une évolution dans ses relations avec Billel après la médiation. On peut dire « depuis la médiation » mais Billel n'a pas changé à cause de la médiation, c'est le regard qu'elle porte sur Billel qui est plus riche.* »

« *La médiation avec le papa a été très utile aussi : il a pu voir que des choses étaient possibles entre l'équipe et son papa. Son père est venu ici, on a parlé du parcours de son père devant lui.* » ajoute cet éducateur.

Jusqu'ici, Billel était « *l'enfant de tout le monde* », et paraissait ne pas avoir de parents. Les médiations ont révélé que ceux-ci étaient fragilisés, en difficulté pour faire le deuil de leurs pères respectifs et trouver une place dans leur filiation. Ils confiaient alors leur fils aux institutions françaises. Mais Billel refusait toutes les limites et se plaçait dans des situations de transgression à répétition. Ainsi la douleur de Billel est « *celle d'un sujet et d'une famille pris dans un réseau de conflits et de confusion de repères spatiaux, temporels et générationnels* » selon l'expression d'Adohane (1998 : 3). Il s'agit de réinscrire Billel dans sa famille, de recréer un lien vivant au sein de celle-ci en élucidant les conflits de filiation vécus par les parents. « *Vous créez une maison, des fondations pour Billel, pour l'abriter, pas pour l'enfermer...* » dit le médiateur à la mère de Billel.

Depuis le mois de janvier, Billel fait plus confiance aux adultes et les relations avec les autres enfants s'améliorent. Il va en classe avec plaisir et fait des progrès dans les apprentissages scolaires. Son éducateur rapporte qu'« *au plan relationnel, il est plus investi, il passe d'un regard, j'ai envie de dire de « Sheitan » (c'est sa mère qui disait ça), d'un regard de furieux à un regard plus en attente, qu'on s'occupe de lui. Les passages à l'acte ont diminué globalement, il a plus investi le jeu collectif.* » « *Il se met difficilement et douloureusement à rentrer en relation avec les adultes, c'est à dire pouvoir à peine commencer... à penser, à panser.* » « *Progressivement je sens de ma place à moi, dans la relation avec Billel qu'il a besoin d'être soutenu, réaffilié, il est en recherche d'adulte fiable. Avec moi, il me teste pour savoir si je reste fiable.* » Un travail important reste à mener mais de nouvelles pistes sont apparues tant pour les parents que pour l'équipe soignante.

3. Samia

3.1 Anamnèse

Samia a neuf ans. Sa mère, Djamila S., est née en Algérie. Elle est arrivée en France en 1988 pour se marier avec M. S., le père de Samia. Celui-ci, également né en Algérie, vivait

avec sa famille en France depuis l'âge de quatorze ans. M. et Mme S. ont quatre enfants et Samia est la dernière.

A l'âge de six ans, Samia commence à être suivie par un centre médico-psychologique. Elle est maintenue en grande section de maternelle car elle présente un retard de développement et d'acquisition scolaire et un mutisme extra-familial accompagné d'une angoisse massive à l'extérieur de chez elle ou en présence d'étrangers. Des troubles du comportement sont également présents : par exemple, Samia se couche par terre dans la cour de l'école et ne bouge plus. Le suivi dont elle fait l'objet a une influence positive mais l'équipe du CMP pense qu'une prise en charge scolaire en hôpital de jour serait indiquée. Deux jours et demi de classe sont proposés et finalement Samia intègre l'hôpital de jour à temps plein. Actuellement elle participe à plusieurs ateliers thérapeutiques (piscine, peinture, musicothérapie) et au groupe analytique. Elle bénéficie de prises en charge éducatives et scolaires.

L'atelier-piscine fait l'objet d'un litige entre les parents et l'équipe soignante. Les parents sont très réticents à l'idée qu'elle y participe et Samia est fréquemment absente le jour où a lieu cet atelier. Mais les motifs de ce refus n'apparaissent pas clairement. L'assistante sociale chargée du suivi familial rapporte des discordances entre les parents de Samia à ce sujet : Mme S. déclare que Samia sait nager et M. S. affirme l'inverse et ajoute qu'elle a très peur de l'eau. Les parents sont très inquiets au sujet de leur fille. Mme S. craint que Samia tombe malade. Ses sœurs aînées sont de très bonnes élèves mais Samia, qui est perçue comme fragile, semble avoir une place particulière au sein de sa famille. Mme S. est très mobilisée par la prise en charge de sa fille à l'hôpital de jour. M. S. paraît extrêmement angoissé par rapport à la pathologie de sa fille. Il a des difficultés pour s'exprimer en français et son référent privilégié à l'hôpital de jour est un enseignant. L'assistante sociale a des difficultés à établir une relation de confiance avec lui : lors des entretiens, M. S. ne la regarde pas dans les yeux et reste assez distant, peut-être parce qu'elle est une femme. Mme S. semble mieux intégrée en France que son mari. Elle parle peu mais tient à s'exprimer de façon correcte. Elle a suivi des stages d'alphabétisation et peut aider ses enfants dans les apprentissages. Les relations duelles paraissent importantes pour elle.

L'an dernier, Mme S. est partie en voyage en Algérie en emmenant Samia sans prévenir l'hôpital de jour ce qui a inquiété l'équipe qui ne savait pas si elle allait revenir. Il s'est avéré par la suite que Mme S. avait emmené sa fille car elle refusait de la laisser à la famille de son mari. Les relations avec sa belle-mère sont en effet très difficiles : celle-ci est décrite par Mme S. comme une femme « méchante », « cruelle », « dure », « sans cœur »...

L'équipe propose une médiation ethnoclinique aux parents de manière à éclaircir leurs réticences à l'égard de la piscine et rechercher l'origine du mutisme de Samia. Celle-ci apparaît comme une enfant très étrange pour tous les intervenants de l'hôpital de jour. La question même de l'intérêt d'une prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile est posée. Des signes organiques tels que des fréquents vomissements, une grande maladresse psychomotrice évoquaient une pathologie génétique, écartée après des examens médicaux. Samia paraît inscrite dans la réalité, son fonctionnement de pensée ne paraît pas perturbé comme dans une structuration psychotique. Elle a cependant un important retard de développement. Elle se fait comprendre par des gestes ou par le regard mais ne parle jamais. Très déterminée, voire obstinée, une rigidité importante prédomine chez elle. Ses contacts physiques avec les autres peuvent être empreints de violence (elle pince, serre ou griffe souvent). Elle a tendance à diriger les autres avec force pour qu'ils fassent ce qu'elle décide. Une certaine jubilation face à l'agressivité est parfois présente chez elle. Elle copie beaucoup une autre petite fille qui rejoue des scènes de maltraitance sur une poupée. L'équipe s'interroge sur la qualité des soins qu'elle a reçus lors de sa petite enfance. Sa rigidité peut être en lien avec un *handling* défaillant.

3.2 Analyse de la médiation

L'histoire familiale de M. S. est tout d'abord évoquée. Sa mère a eu six fils et une fille décédée en bas âge. La mère a eu un rôle important dans le choix de l'épouse de son fils. « *Elle a ramené des femmes de là-bas* » dit M. S., c'est à dire qu'elle a arrangé le mariage avec la fille d'une de ses sœurs, qui vivaient en Algérie. Ces propos peuvent être rapprochés de ceux de Mme S. (rapportés par l'assistante sociale un peu plus tôt) : la belle-mère souhaitait donner une épouse à son fils, « *elle voulait une fille car elle n'avait que des garçons* »... Nous pouvons émettre l'hypothèse que la mère de M. S. avait de grandes attentes vis-à-vis de Mme S., qui allait en quelque sorte devenir sa fille en épousant son fils.

Mme S. évoque son père qui était fréquemment absent lors de son enfance car il travaillait en France. « *Quand vous étiez enfant, c'était comme un étranger pour vous. Il arrivait avec les valises* » commente le médiateur. « *Jamais Djamila n'était avec son père.* » Ces paroles du médiateur provoquent l'émotion de Mme S. car le médiateur dit tout haut ce qu'elle ne peut formuler de façon aussi franche. Il se positionne comme un passeur entre la

mère de Samia et l'équipe en faisant partager son ressenti au groupe. Enfant, Mme S. rêvait d'être avec son père qui a quitté l'Algérie le jour de sa naissance. Qu'est ce qui a pu pousser son père à partir ce jour là ? Le médiateur émet l'hypothèse que le père souhaitait un garçon. Durant toute son enfance, chaque année, les départs du père sont à l'origine de séparations douloureuses : « *toute la famille pleurait quand il repartait, que ce soit pour une semaine ou un mois* ».

La France est donc le pays qui lui a enlevé son père et pourtant Djamila y est partie elle aussi. Une relation ambivalente, faite d'attirance et de rejet, s'est créée envers ce pays. Le mariage avec M. S. est un mariage arrangé et Mme S. dira à plusieurs reprises en évoquant son exil: « *je me suis sacrifiée* », « *c'est la vie* », « *c'est comme ça* » faisant preuve d'un fatalisme courant dans sa culture. Mais elle semble avoir beaucoup souffert du déracinement. Elle en parlera peu mais le médiateur dira tout au long de la médiation : « *c'était un arrachement pour Djamila de quitter sa mère.* » « *Djamila fait un effort de sur-adaptation permanent* » et à chaque fois celle-ci hochera la tête. Le médiateur parvient à établir un échange avec Mme S., par le biais notamment de signifiants importants, tels que le mot « foie » qui en arabe est le siège des émotions.

- *Se taire pour ne pas montrer ses émotions*

Le médiateur évoque la ressemblance entre Mme S. et sa fille : toutes deux ne parlent pas de leurs sentiments : « *Djamila ne montre pas d'émotions, comme Samia, elle ne parle pas, elle ne pleure pas devant elle. Elle serre les dents et elle avance* ». Mme S. a dû quitter l'Algérie pour rejoindre la France alors que son père était rentré définitivement depuis six ans, pour rejoindre son mari et toute la famille de celui-ci. Tout comme Mme S. s'est pliée à la décision familiale en partant vivre en France, Samia se tait.

Le médiateur essaie d'introduire l'idée selon laquelle Samia est porteuse d'éléments dont elle n'a pas la conscience mais qui pèsent sur elle et sont peut-être à l'origine de ses symptômes : « *l'enfant porte sur lui les choses. Samia porte des choses involontairement sans savoir. L'important est de faire circuler ses émotions.* » Il évoque avec Mme S. son sentiment à l'arrivée en France et lors de la naissance de Samia. En effet, la phase périnatale est souvent un passage délicat pour les mères migrantes. La grossesse est un moment de vulnérabilité psychologique renforcé par le fait d'accoucher dans un contexte étranger. Au pays d'origine,

le groupe de femmes est très présent lors de l'accouchement pour soutenir la mère. Mme S. reconnaît que c'était un moment difficile mais il ne semble pas avoir été traumatique.

Mme S. évoque un rêve prémonitoire qu'elle a fait avant de venir en France. Le médiateur l'interprète ainsi : « *la France était déjà inscrite en elle.* » Mme S. dit que beaucoup de ses rêves se réalisent. Il s'agit d'un élément positif au Maghreb, un avantage : le rêve a une dimension sacrée. M. et Mme S. racontent qu'ils descendent de marabouts, ce qui sous-entend qu'il s'agit d'une famille importante et reconnue au pays d'origine. Mme S. dit que sa mère faisait également des rêves prémonitoires et a échappé miraculeusement à la mort lors de la guerre. Elle a fait partie de la résistance algérienne à l'armée française et paraît avoir une importante force de caractère. Djamila et sa mère étaient très proches.

La psychomotricienne demande si la mère peut transmettre sa mémoire à ses filles. Mme S. dit « *Non, pour pas qu'elles aient des soucis dans la tête* ». Le médiateur explique qu'au pays, les parents ne parlent pas directement aux enfants comme ici. Les enfants écoutent les histoires qui se disent lors des veillées. Mais ces situations sont plus rares lors de la migration. La famille, limitée à quelques membres, ne fonctionne plus de la même manière.

- *Se taire pour ne pas trahir sa famille*

Puis les membres du groupe évoquent la relation de Mme S. et de Samia avec la France, au moyen de proverbes arabes et français. La France apparaît comme un objet potentiellement dangereux dont il faut se tenir à l'écart. Le médiateur rappelle que lors de la colonisation et ensuite pendant la guerre, le silence était érigé en règle pour lutter contre l'armée ou la conversion religieuse. Le silence peut donc représenter un moyen de tenir à distance le danger, c'est à dire la France. Dans le cas de Samia, le silence peut être interprété comme l'expression du clivage vécu entre la maison et la société d'accueil, entre l'intérieur et l'extérieur. Le mutisme devient une sorte de frontière psychique concrétisant une séparation entre le monde familial et l'autre monde.

« *Le dehors peut être dangereux, il peut être bénéfique également.* » dit le médiateur. « *Si vous voulez que Samia parle, il faut qu'elle mette le hidjab.* » Le hidjab porté par la femme a pour fonction de la protéger lorsqu'elle circule à l'extérieur parce qu'elle représente l'intimité du foyer. Il nous semble que cette proposition a pour objectif de montrer aux parents que la difficulté de Samia se situe dans cette délimitation entre l'intérieur et

l'extérieur. Il s'agit d'une métaphore empruntant les codes culturels de la famille. A la fin de la médiation, alors que Samia se tient juste derrière sa mère, le médiateur observe que « *le voile de Samia, c'est sa maman. Elle se tient derrière* ». Le silence de l'enfant peut être compris comme un moyen de maintenir un lien fusionnel avec la mère et de lutter contre l'anxiété de séparation. Parler à l'extérieur de la famille, utiliser la langue française reviendrait à se séparer de la mère. Samia parle les deux langues à la maison mais ne dit plus aucun mot dès qu'elle est dehors. Elle parle également avec sa grand-mère maternelle. Pour Samia, parler le français revient peut-être à une trahison. Ses sœurs aînées sont apparemment très bien adaptées à la société d'accueil : leur réussite à l'école signe le développement de stratégies identitaires complexes tandis que Samia préserve de toutes ses forces une séparation entre les deux univers. Elle conserve ainsi une relation privilégiée avec son père et sa mère.

Le médiateur essaie ensuite d'explicitier l'idée de symptôme pour que la famille cherche ce que le mutisme de Samia peut signifier et mette en œuvre ses propres ressources. Il ajoute : « *En arabe, le seuil de la porte signifie « obstacle », c'est à dire [à la fois] entrée/sortie. Samia est sur l'obstacle.* » Il utilise une métaphore : celle d'une rivière qui coule avec de gros obstacles. Plusieurs pistes de recherche sont ensuite lancées au sujet du symptôme de Samia.

Mme S. dit qu'elle n'a vécu aucun élément traumatisant. Un lien entre Mme S. et Samia est souligné : Samia est la quatrième enfant et Djamila était la dernière enfant avant le départ du père. Samia a une place particulière dans sa famille. « *Quand sa mère regarde Djamila, elle pense que son mari est parti. Djamila a regardé Samia d'une certaine façon.* » dit le médiateur. « *Mme S. pensait lorsque Samia était bébé : je suis coincée. Comme quelqu'un dans l'armée : quoiqu'il arrive, il s'est engagé. C'est une moudjahida, comme sa mère.* » Mme S. a gardé pour elle son amour pour son père et sa douleur de grandir loin de lui. Il apparaît chez la grand-mère, la mère et la fille une force importante, une volonté de lutter et de ne pas céder, peut-être au moyen de mécanismes de défenses un peu trop rigides. Ce trait de caractère rejoint également la forte rigidité perçue chez Samia.

- *La frayeur dans la famille de M.S.*

Le père de Samia apparaît comme un homme très inquiet. Il parle peu mais lorsqu'il intervient, c'est pour manifester son anxiété : « *on ne sait rien : à l'école, à la cantine,*

comment ça se passe ? est-ce qu'elle mange bien ? On est inquiets » Il dit qu'il s'inquiète également au sujet du déménagement de l'hôpital de jour vers une autre ville. Son angoisse est fixée de manière un peu obsessionnelle sur les chiffres, les kilomètres, les années. Au sujet de Samia, il déclare : *« en dehors de la maison ça coince. A l'intérieur il n'y a pas de problème. »*

Il reconnaît : *« j'ai de la frayeur en moi. »* Sa mère souffre également du même trouble, depuis qu'un frère de M. S. est allé en prison. Elle en est restée malade. Mme S. dit que la famille de son mari *« était une famille de noblesse, d'honneur. Ils ne pensaient pas que cela pourrait arriver. »*. Pour le médiateur, il s'agit d'une « effraction » de l'honneur qui constitue le bien le plus précieux de la famille. Il s'agit du premier traumatisme vécu par la famille de M. S. Le médiateur ajoute : *« La première frayeur passe, la deuxième aussi et la troisième rend malade. Peut-être s'est-il passé quelque chose pendant la guerre ? »* M. S. raconte alors que sa sœur est décédée alors qu'elle était enfant et Mme S. rappelle que son oncle tué pendant la guerre était aussi le frère de la mère de M. S. La famille S. a subi une « effraction » en voyant son honneur dégradé. En émigrant, la famille a dû déployer de grands efforts pour conserver une harmonie. Certains membres de la famille, tels que Mme S. ont fait preuve de grandes capacités d'adaptation ; mais le fonctionnement familial s'est rigidifié.

- *Se taire pour protéger sa famille*

La mère de Samia montre tout au long de la médiation d'importantes facultés d'élaboration. Elle associe des faits et des événements, fait des liens entre des éléments énoncés à différents moments de la médiation.

Samia paraît angoissée de voir ses parents et l'équipe de l'hôpital de jour réunis. Elle se tient sur le seuil de la porte, et paraît hésiter à entrer dans la pièce. Son comportement fait ainsi écho avec ce qui est dit par le groupe au même moment : le médiateur parle de la peau, qui constitue également une frontière entre l'intérieur et l'extérieur. Il demande à Mme S. si elle a massé Samia lorsqu'elle était enfant, si elle a chanté pour elle. Mme S. répond *« Oui, bien sûr. Mais à la maison c'est quelqu'un d'autre. Elle aime les câlins, elle se métamorphose. »* Le médiateur conclut : *« elle se fabrique une autre peau »*. Nous observons ici comment Samia inscrit sur son corps la séparation entre l'intérieur et l'extérieur.

La psychologue note à la fin de la médiation que Djamila ne parle pas pour protéger les autres. Nous pouvons ajouter que Samia ne parle pas pour protéger sa famille. Samia a un rôle de frontière dans sa famille : c'est elle qui délimite le monde de la maison et celui du

pays d'accueil. Pourtant, la mère de Samia a commencé à travailler et a suivi des cours d'alphabétisation : elle rencontre le monde extérieur de façon assurée et l'altérité ne semble pas l'effrayer.

La prescription finale du médiateur : « *acheter un foulard de soie très doux pour mettre autour du cou de Samia dès qu'elle sort* » apparaît comme un pont entre l'univers culturel des parents et la société française : le foulard de soie représenterait concrètement la délimitation entre l'intérieur et l'extérieur tout en assurant une fonction protectrice pour l'enfant.

3.3 Apports de la médiation

La médiation a facilité la mobilisation de diverses représentations de l'enfant, tant chez ses parents que chez l'équipe. Des liens entre Samia et sa mère ont été repérés, des éléments de l'histoire familiale de M. S. et du trauma migratoire vécu par Mme S. ont pu être discutés.

D'autre part, cette médiation a permis d'établir une relation de confiance entre l'équipe et la famille S. Le tour de parole final en témoigne. « *Merci de nous faire part de votre trajectoire. On comprend mieux. Ca m'aide beaucoup. Vous avez amené de l'émotion. Ca m'aide à aller de l'avant.* » déclare un éducateur de Samia. Mme S. répond : « *on ne peut pas confier ses émotions à des gens qui ne comprennent pas. Mais ici tout le monde s'occupe de Samia.* »

Jusqu'ici, le lien entre les parents de Samia et l'équipe était fragile et il passait, comme nous l'avons dit plus haut, par la relation exclusive entre M. S. et un enseignant et entre Mme S. et l'assistante sociale. La médiation ethnoclinique a facilité la reconnaissance des professionnels dans leur travail quotidien et des parents dans leurs compétences éducatives. La communication devrait donc être plus aisée à l'avenir. A la fin de la médiation, Mme S. évoque le fait que Samia a des poux et qu'elle a peur qu'elle contamine les autres enfants. Ce sujet était jusque là l'objet d'un différend entre les soignants et M. S. qui refusait d'en parler. L'intervention de Mme S. dans les derniers instants de la médiation semble indiquer qu'elle s'autorise à évoquer un problème qui jusque ici lui causait peut-être de la honte. La relation entre l'équipe et la famille semble moins asymétrique et promet donc d'être plus riche.

VALIDATION DE L'HYPOTHESE

Nous avons présenté trois cas : pour deux d'entre eux, la médiation a facilité la mise en place d'un lien de confiance entre la famille et l'équipe. Il est difficile de conclure sur la validation de notre hypothèse à la suite d'une étude qui n'est pas basée sur des données quantitatives. Nous pensons que la médiation ethnoclinique crée réellement un espace de rencontre mais que les parents ne sont pas toujours en mesure de s'en saisir. Le dispositif permet d'explicitier les différents codes culturels en présence et de nouer un lien entre les partenaires. Les conditions d'une rencontre interculturelle sont en place, mais celles-ci ne sont pas toujours suffisantes et se heurtent parfois à d'autres problématiques qui dépassent le simple cadre de la médiation.

D'autre part, nous pensons que certains parents peuvent trouver dans l'espace de la médiation un lieu d'expression de leurs difficultés liées à la migration. Ils peuvent penser l'articulation entre pays d'origine et d'accueil. Ce sont les parents qui créent un lien avec les professionnels qui parviennent à cette réflexion.

Notre hypothèse était la suivante : la médiation ethnoclinique constitue un espace intermédiaire qui permet de faciliter la rencontre interculturelle entre la famille et l'équipe soignante. A la suite de notre analyse, nous sommes en mesure de la valider.

Nous pouvons émettre l'hypothèse suivante : les deux dimensions de notre hypothèse (la médiation permet l'élaboration des conflits liés à l'acculturation et le renforcement de l'alliance thérapeutique) sont liées, l'une ne pouvant s'établir sans l'autre.

IV- DISCUSSION

1. La médiation, un espace intermédiaire ?

En assistant à ces trois médiations, nous avons rencontré des familles dont les histoires sont très différentes. La diversité des trajets migratoires apparaît nettement : le père de Billel est arrivé en France à l'âge adulte tandis que le père de Samia avait quatorze ans. La mère de Billel est née en France dans un camp de réfugiés harkis et la mère de Medhi est née en France d'un couple mixte franco-algérien. Le processus d'acculturation n'a pas donc été le même pour tous. Tous ces parents se situent à des niveaux différents dans l'appropriation de leurs modèles culturels ce qui est directement perceptible lors des médiations. Chaque rencontre constitue un moment singulier, selon le lien qui se noue entre le médiateur, les parents, l'équipe et l'enfant. Aucune médiation ne ressemble à une autre, et pourtant le cadre est à chaque fois le même. Nous allons tenter de comprendre si la médiation ethnoclinique est à l'origine de la création d'un espace intermédiaire facilitant la rencontre interculturelle, ainsi que nous l'avons énoncé dans l'hypothèse.

Nous avons vu comment le médiateur tentait de trouver des concepts qui faisaient un lien entre la famille et les soignants. Ainsi, pendant la médiation de Medhi, l'utilisation du mot « frayeur » permet d'établir une passerelle entre la notion de peur avancée par les soignants et les représentations des parents. La notion de frayeur, s'inscrivant plus largement dans toute une conception de la maladie, liée aux mondes invisibles des djinns, des esprits, permet aux parents d'instaurer une nouvelle représentation de la pathologie de leur fils. Ce lien s'établit également lorsque le médiateur formule les pensées des parents à l'intention de l'équipe soignante. Ainsi, il dit à la mère de Samia : « *Quand vous étiez enfant, [votre père] était comme un étranger pour vous. Il arrivait avec les valises.* », ce qui permet à Mme S. de témoigner de sa relation avec son père. Au sujet de l'accouchement de Mme S. en France, le médiateur déclare : « *Comment je peux porter un enfant alors que moi-même je ne suis pas portée ? Au pays, on est portée par sa mère, par les ancêtres.* » Les parents ont peu l'habitude d'exprimer leurs sentiments. Ces interventions leur permettent de dépasser leur réserve. Dans leurs rencontres avec les membres de l'équipe soignante, les parents ont des difficultés à communiquer, car la barrière de la langue se double d'un important sentiment de pudeur qui imprègne les rapports interpersonnels au Maghreb. « Le discours public est celui du

consensus. [...] Il est inconvenant de s'exhiber en affirmant ses sentiments personnels. C'est ce qu'on appelle la *hachma*, c'est à dire la pudeur et la honte qui régissent le comportement d'une personne, notamment face aux aînés. Le traducteur évalue instinctivement l'élasticité de la frontière entre ces mondes (public et privé) et en mesure le seuil de tolérance pour passer au moment opportun de l'un à l'autre. » (Salmi, 2004 : 107). Lors de la médiation réalisée pour Billel, le médiateur dit en parlant de M. A. : « *il a été comme arraché à sa terre* » ; « *ça lui rappelle quand il faisait sa sieste près du gourbi, allongé par terre.* » ; « *c'était une grande ferme où il y avait de tout. On vous a arraché à vos racines.* » Ces propos, à l'intention de l'équipe, ponctuent le récit de M. A. et permettent à l'équipe d'en percevoir la dimension implicite. Il s'agit ici de la fonction de réciprocité dont parle Ben Geloune (1989) que nous avons cité plus haut : le médiateur favorise le « partage du sens » entre les différents participants.

La médiation permet d'établir une relation de confiance entre l'équipe soignante et la famille car ces parents d'origine maghrébine, peu habitués aux relations duelles, se trouvent plus à l'aise dans un groupe. Celui-ci assure une fonction de portage du sujet. Il devient dépositaire de ce qui a été dit. « *On les garde en nous ces histoires là, et quand tu les vois ces personnes là, tu les vois plus pareil. Elles t'ont confié leur douleur, leur souffrance, leur sang, leurs larmes, tout* » explique R.Y., enseignant (annexe II). Le médiateur se place comme un intermédiaire et il fait émerger la parole des parents, en recréant au sein de l'hôpital de jour l'univers de ces hommes et de ces femmes. « *Je crois que le médiateur c'est ça, c'est aussi un pont, il permet un rapprochement, il permet une mise en relation, il nous permet de rentrer dans la culture de l'autre, et l'autre dans la culture de l'un, de mettre les deux en lien* » dit S.A., assistante sociale.

Lors de la médiation avec le père de Billel, le médiateur atteste de la validité du monde de M. A. Il en partage certaines références même s'il n'a pas exactement le même parcours migratoire. Pour les soignants, M. A prend une autre dimension, il est reconnu dans plusieurs dimensions de son identité : « *C'est quelqu'un qu'on ne voit pas, on interprète même, on se fait une image et il renvoie une autre image, son parcours fait tomber des a priori, des clichés. Quand on est face à des familles algériennes, on pense toujours Alger, des gens partis de la ville. Et là ils sont partis de la campagne : il vivait aux portes du désert.* » raconte un éducateur de Billel. Le médiateur permet ici de « dégager un sens nouveau », de définir une nouvelle représentation de la personne qui se trouve face à l'équipe soignante : il s'agit de la fonction de recadrage décrite par Ben Geloune (1989 : 140).

Le cadre de la médiation permet de négocier entre les deux cultures, celles du pays d'accueil et celle du pays d'origine. Les contes, proverbes arabes et les métaphores émaillent la médiation et servent à élaborer une articulation entre les deux cultures. Par exemple, lors de la médiation réalisée pour Samia, la même idée est exprimée par le médiateur avec un proverbe au sujet du chacal « *illicite* » dont « *on doit d'éloigner* » et par la psychomotricienne qui ajoute : « *En France, on dit : dans le doute, abstiens-toi* ». Les métaphores du médiateur sont reprises par les membres de l'équipe et par la mère de Samia. Le thème de « *l'oued, la rivière qui coule avec de gros obstacles* » est développé à plusieurs reprises ainsi que l'idée de porte, de seuil, de frontière qu'incarne Samia en refusant de parler à l'extérieur. Le médiateur explique la polysémie de certains mots : « *en arabe, le seuil de la porte se dit obstacle, ce qui signifie à la fois entrée et sortie* », ce qui permet d'établir des liens avec la position de Samia dans la famille (dernière de la fratrie) et son symptôme (le mutisme extrafamilial). Il expose les différences et les ressemblances entre certains mots : « *vibration* » et « *choc* » sont le même mot en arabe. En français, le mot « *émotion* » vient de « *mouvement* ». Le médiateur se place ici comme le « *pont reliant deux mondes culturels* » dont parle Fermi (1998). « *on fait des ponts en fait dans les médiations, on fait des liens, on fait des ponts, entre le quotidien et l'histoire de la famille, le quotidien et le trajet migratoire, entre le présent et le passé.* » explique S.A., assistante sociale. Lors de la médiation avec M. A., l'idée de « *rattacher Billel à ses racines* » a été illustrée par diverses métaphores : planter un palmier, faire des dattes. Le jeu de cordes de Billel a été le support d'associations de la part des participants.

Dans le cas des parents de Samia, de la mère et du père de Billel, nous pouvons conclure que la médiation ethnoclinique a assuré la création d'un espace intermédiaire et facilité la rencontre interculturelle.

D'autres effets sont repérables au-delà de l'amélioration des relations entre la famille et l'équipe. L'altérité n'est pas seulement présente entre famille et professionnels, elle est également ressentie entre parents et enfants, ainsi que nous l'avons vu dans le cas de Medhi et de Billel. La médiation agit également à l'intérieur même de la famille, en relançant la transmission intergénérationnelle. Ces propos de Mesmin sur la médiation ethnoclinique en contexte scolaire peuvent s'appliquer à ce qui se passe à l'hôpital de jour : « *L'enfant n'est plus seul face à une institution qu'il ne comprend pas, mais il redevient un membre de sa famille ; en sollicitant la famille [...] le groupe soulage l'enfant du poids que l'école lui fait porter lui permettant d'être non seulement un membre du groupe présent, mais aussi un*

membre de la famille élargie au pays » (1995 : 40). Ainsi, lors des médiations réalisées pour Medhi et Billel, le médiateur a tenté de relancer les processus d'affiliation de l'enfant à son groupe d'appartenance pour réduire le clivage entre intérieur et extérieur, entre le passé au pays d'origine et le présent en France. « La médiation permet une révision des hypothèses et des choix opérationnels des groupes (institutionnel et familial) représentées par chacun des membres pour sortir du désordre présent et proposer un nouvel ordre construit sur les modèles culturels réciproques. [...] La famille, reconnue dans ses compétences parentales, a retrouvé une dynamique propre qui lui permet de réfléchir de façon autonome au devenir de ses enfants. » explique Rosenbaum (2001 : 15-16). Un tel processus semble s'être mis en place dans le cas de la mère de Billel. « *Le fait qu'elle se soit livrée [lors de la médiation] a permis par la suite d'utiliser l'investissement de Mme I. avec l'institution dans l'accompagnement du mercredi soir. [...] L'accompagnement a été mis en place pour soutenir la maman et Billel dans ce travail d'étayage.* » explique C.B. (éducateur spécialisé).

La présence du médiateur permet également aux parents de parler de leur histoire et d'évoquer des éléments jusqu'alors indicibles, comme l'écrit Rosenbaum : « au début des rencontres, il n'y a pas de mots, dans aucune langue, car l'histoire s'est déroulée dans des espaces externes et internes de non-dits » (2001 : 12). L'expérience de la migration fige le temps, provoquant des mécanismes de déni, de clivage et d'idéalisation. La rupture vécue par les parents trouve un mode d'élaboration grâce à la médiation ethnoclinique. C'est la fonction de « repérage » décrite par A. Ben Geloune : un sens est introduit là où il ne pouvait exister dans un « un processus de constitution ou de reconstitution d'une représentation ». (1989 : 140).

Nous retrouvons dans le cas du père de Billel la perte du support du code culturel, décrite par Kaës (2001), qui provoque l'irruption de forces de déliaisons et suspend l'usage de l'espace potentiel. La médiation ethnoclinique nous paraît fournir ici les conditions d'un aménagement de l'expérience de rupture. Ceci se traduit par la connexion de deux univers jusqu'ici inconciliables.

Dans certains cas, cet espace peut être à l'origine d'un processus de changement chez le sujet en transition. Cependant le dispositif de médiation n'est celui d'une consultation ou d'un travail thérapeutique et sa mise en place reste exceptionnelle. Il s'agit d'une des limites de la médiation ethnoclinique parmi d'autres que nous allons examiner à présent.

2. Les limites de la médiation ethnoclinique

L'intervention du médiateur facilite la rencontre interculturelle entre l'équipe soignante et la famille. Mais elle n'aboutit pas toujours à la mise en place d'une relation de confiance, ainsi que nous l'avons vu dans le cas de Medhi. Le dysfonctionnement à l'intérieur de la famille est parfois trop important pour être résolu à l'aide de ce seul dispositif. Ainsi, la médiation organisée pour Medhi a révélé « *les incompréhensions, les contradictions qu'on voyait au quotidien, c'est à dire par exemple le père qui nous dit une chose, la mère qui nous dit une autre, et l'enfant qui nous en dit encore une autre. [...] dans cette médiation se sont rejoués ces éléments-là au beau jour* » explique S.A. (assistante sociale). Il nous semble que pour la famille C. « l'aire de jeu » décrit par Winnicott dans l'espace potentiel entre sujet environnement se réduit à « un entre-deux collabé » selon l'expression de Dahoun (1998 : 218). Un travail thérapeutique de type thérapie familiale serait indiqué.

Chaque famille se saisit du dispositif de médiation à sa façon. Nous pouvons émettre l'hypothèse que certains parents qui visent l'assimilation (en se désolidarisant de leur groupe d'origine, par une adaptation de surface) trouveront dans les médiations un dispositif leur permettant de redéfinir leur identité. La rencontre avec le médiateur peut jouer un rôle important dans le parcours de certains parents en leur permettant d'articuler plusieurs dimensions de leur identité, de négocier entre différents codes culturels. Dans les cas que nous avons présenté dans cette recherche, la problématique de l'identité culturelle des parents n'était pas centrale.

Une autre limite de la médiation ethnoclinique réside dans l'appréhension des dimensions interculturelles soulevées lors de la médiation. Le médiateur met en lumière certains codes culturels, certaines pratiques qui ne sont pas toujours expliquées aux participants. Ceux-ci peuvent demeurer dans l'incompréhension. Par exemple, Mme C. et Mme S. ont parlé de rêves prémonitoires. Comment interpréter cette donnée ? Que représentent les rêves prémonitoires pour ces femmes ? Parler de rêve prémonitoire peut témoigner d'une altération du lien avec la réalité dans notre conception occidentale moderne. La place du rêve au Maghreb semble tout autre. Ainsi les références religieuses, les pratiques thérapeutiques traditionnelles évoquées lors des médiations peuvent interroger les participants. Il semble parfois qu'une formation plus approfondie dans ce domaine serait souhaitable pour pouvoir intégrer tous les éléments en jeu dans la médiation. Malheureusement, le temps consacré aux formations reste restreint et ne peut guère être étendu.

Enfin, il faut également prendre en compte les limites inhérentes à la théorie ethnopsychiatrique. En réalisant cette recherche, certains questionnements ont émergé sur les fondements épistémologiques de cette discipline. Ainsi, d'après Nathan, qui est l'origine de la première consultation d'ethnopsychiatrie, la culture est un système de clôture : il est dès lors nécessaire, d'un point de vue thérapeutique, de reconstituer cette clôture pour se restructurer psychiquement. Cette perception de l'identité est contraire à une conception de l'identité en tant que processus dynamique. Il faut noter cependant que Nathan a essentiellement travaillé avec des primo-arrivants et qu'aujourd'hui, la pratique clinique se fait plutôt avec les enfants de migrants. Nathan a également étudié les rituels et les pratiques traditionnelles de soins en essayant de les intégrer dans le cadre thérapeutique. Il place la psychanalyse comme une théorie parmi d'autres. Certaines de ses positions nous paraissent contestables, c'est pourquoi nous nous sentons plus proche des conceptions développées par Moro et d'autres équipes telles que les associations Mana et Geza Roheim à Bordeaux. Néanmoins Nathan a le mérite d'avoir proposé le premier dispositif de soin des migrants à partir d'une réflexion théorique extrêmement novatrice.

Le médiateur demeure indispensable pour prendre en compte la dimension culturelle dans la relation avec la famille. Nous rejoignons Rosenbaum lorsqu'elle écrit : « J'ai beau être persuadée qu'avec les familles migrantes, la clé opérationnelle du travail clinique est donnée par une reconnaissance mutuelle qui fonde l'alliance thérapeutique, je n'en suis pas moins tributaire de l'existence d'un médiateur linguistique et culturel qualifié, capable d'assurer la permanence de cette relation de confiance si difficile à créer et qui constitue ce que j'estime être la partie la plus significative de mon travail de thérapeute de langage et de la communication. » (2001 : 9). « *La présence du médiateur est indispensable, il assure le décodage, la proximité culturelle, le premier rapport de confiance avec le groupe passe par le médiateur.* » explique C.B. (éducateur spécialisé).

3. Implication sur la pratique des professionnels

La médiation semble constituer un outil adapté pour la prise en charge des familles migrantes ainsi qu'en témoignent les professionnels que nous avons interrogés : « *ça ouvre des pistes, ça ouvre des possibles dans le travail avec les familles. Ça détend les choses, ça permet de voir la situation de manière plus globale aussi* ». (S.A., assistante sociale).

Lors des médiations ethnocliniques, les professionnels se placent dans une attitude d'ouverture qui suscite une mobilisation de leurs ressources cognitives et affectives. Ils accèdent ainsi au système de pensée de ces familles qui demeurait inconnu jusque là. Les professionnels découvrent également leurs propres ancrages culturels, leurs propres cadres de référence. « *C'est mon propre rapport à l'étranger, à l'étrangeté qui est modifié, qu'est-ce que je peux comprendre de cet homme qui a quitté son pays d'origine.* » explique C.B., éducateur. En rencontrant l'altérité, les professionnels découvrent qu'ils sont porteurs d'une culture et de plusieurs sous-cultures : « la compréhension de l'autre comme être différent passe toujours par la découverte de sa propre identité sociale, culturelle et professionnelle. » (Cohen-Emerique, 2002 : 163). Paradoxalement, c'est là que peuvent apparaître les points communs : dans le cas du père de Billel, le fait que celui-ci soit issu d'un milieu rural a créé un rapprochement entre lui et les membres de l'équipe, autour de valeurs communes telles que l'attachement à la terre.

La médiation met en place « *quelque chose de beaucoup plus proche, une relation de confiance, pour le dire de façon neutre, une autre dynamique, on rentre dans quelque chose de plus personnel, plus intime, le travail peut se faire plus en profondeur, il y a plus de respect, plus de confiance.* » (S.A. assistante sociale). La médiation constitue ainsi un préalable au travail des professionnels mais elle ne transforme pas leur pratique.

Elle engage l'équipe dans un travail continu auprès de la famille puisque le lien de confiance qui a été créé doit être entretenu à long terme. Nous avons vu que la médiation permettait aux parents d'être reconnus dans leurs compétences parentales et avait pour effet de fonder une alliance thérapeutique plus solide. Les parents s'autorisent à interroger l'équipe sur les soins mis en œuvre à l'hôpital de jour. L'équipe doit donc être prête à répondre à ces nouvelles attentes. La médiation est un outil parmi d'autres qui fournit un nouveau point de vue, permet un rééclairage de la situation. Il s'agit à présent d'articuler cet outil avec les autres modes d'intervention de l'hôpital de jour.

Une question souvent présente pour les professionnels est : « comment poursuivre le travail après les médiations ? Que faire du matériel clinique ? » Nous pensons qu'il n'est pas nécessaire de reprendre le contenu de la médiation mais plutôt son principe. Par exemple, le médiateur représente un personnage auquel l'enfant peut s'identifier : il manie les deux langues, maîtrise les logiques d'ici et de là-bas. Il nous semble que ce qui peut être réutilisé, c'est précisément cette expérience transitionnelle vécue pendant la médiation. Dans le cas de ces enfants de migrants, c'est l'assouplissement du clivage entre la famille et l'hôpital de jour qui doit être travaillé. Ainsi, un enseignant que nous avons interviewé incite les enfants à

établir des liens entre des mots arabes et français : « *Je me suis rendu compte qu'en introduisant la culture de ces enfants-là en classe, ils se saisissaient beaucoup plus facilement de celle que je voulais leur transmettre.* » dit-il. Il nous semble que c'est ce type d'action qui doit être étendu au sein de toutes les institutions accueillant des enfants de migrants. Bien sûr en psychiatrie infanto-juvénile ce travail ne peut être mené auprès d'enfants dont le développement est trop perturbé (pathologies de type autisme ou psychose infantile). Mais certaines actions thérapeutiques peuvent être mises en place pour tenter d'habiter cet entre-deux cultures, de rendre pensable le passage entre les différents mondes. Nous développerons cette idée dans notre projet professionnel.

4. Limites et perspectives de cette étude

En étudiant la médiation ethnoclinique, nous nous sommes trouvée confrontée à la difficulté du recueil de données. En effet, la prise de notes des interactions verbales ne suffit pas pour reconstituer la richesse des interventions entre les participants. Une part importante des échanges verbaux qui se déroule dans la langue de la famille échappe au chercheur. Il faudrait pouvoir noter tout ce qui est dit dans les deux langues ainsi que les mouvements non-verbaux. L'emploi de la vidéo paraîtrait indiqué : l'association responsable des médiations ethnocliniques souhaiterait réaliser un film vidéo pour présenter leur action. En effet, dans les consultations d'ethnopsychiatrie la vidéo est parfois employée avec l'accord des familles dans une visée de formation et de recherche. L'emploi de cet outil doit cependant s'effectuer dans un cadre respectant des règles éthiques comme l'anonymat des personnes présentes.

La médiation ethnoclinique est un dispositif complexe et nous n'avons pu en aborder qu'une partie : par exemple, les aspects liés à la traduction n'ont pas été pris en compte. Il serait intéressant d'étudier le contenu du discours en rapport avec l'usage de la langue maternelle ou du français. D'autre part, une étude longitudinale serait plus appropriée pour mesurer les effets à long terme de la médiation ethnoclinique sur les familles et les conséquences sur le travail thérapeutique. Certains aspects de la médiation, dérivés des consultations d'ethnopsychiatrie mériteraient une réflexion approfondie ainsi que qu'une analyse critique. Il serait judicieux de d'étudier l'impact des prescriptions faites par le médiateur qui constituent un élément très particulier du dispositif.

Il faut enfin souligner que la médiation ethnoclinique à l'hôpital de jour est une recherche-action, c'est à dire que son introduction est assez récente et son développement toujours en cours. Nous jugerions intéressant de mener une étude plus longue en étudiant, par exemple, la construction de la parentalité en situation migratoire. Enfin, il serait tout à fait possible de proposer des médiations ethnocliniques à des familles françaises en situation d'exclusion.

CONCLUSION

D'après Yahyaoui, « la culture participe activement à la structuration psychique du sujet en l'introduisant à l'ordre de la différence, à l'ordre de la langue, à l'ordre de la nomination, à l'ordre symbolique. De ce fait elle constitue une référence incontournable à toute approche thérapeutique » (1988 : 52). Cette citation illustre la nécessité d'adapter les dispositifs de soins pour améliorer la prise en charge des familles migrantes et de leurs enfants. La médiation ethnoclinique se présente ainsi comme un espace d'écoute prenant en compte la pluralité des références culturelles. Il apparaît au terme de notre recherche que la médiation facilite la rencontre interculturelle entre familles et professionnels en établissant des ponts entre différentes logiques.

Elle permet également l'explicitation des contradictions qui traversent la famille elle-même. L'expérience migratoire oblige à des réaménagements qui aboutissent parfois à une rigidification du fonctionnement psychique. Ainsi, pour certains migrants, le présent au pays d'accueil n'est toujours pas envisageable. Pour leurs enfants, la diversité des modèles culturels en présence constitue un facteur de vulnérabilité mais aussi de créativité.

La médiation ethnoclinique permet de relancer des processus de transmission intergénérationnelle et interroge les membres de la famille sur leur inscription dans la filiation et leurs modes d'affiliation à leur groupe d'appartenance. La médiation révèle les processus à l'origine de la souffrance psychique chez ces familles mais le traitement thérapeutique reste l'apanage des équipes soignantes. Il s'agit là de la limite de ce dispositif, qui ne peut à lui seul résoudre de difficiles problématiques familiales.

L'évocation des étiologies traditionnelles, l'utilisation de représentations propres à la culture des familles a pour objectif de favoriser la construction d'un sens autour de la pathologie de l'enfant et de remobiliser les parents. Cependant un risque existe, celui d'identifier ces migrants à leur origine sans prendre en compte leur appropriation personnelle de leur culture, ni le parcours d'acculturation qu'il ont déjà mené.

Là où la médiation atteint son objectif, c'est lorsqu'elle parvient à établir un lien entre les deux univers auxquels appartiennent désormais l'enfant et sa famille.

PROJET PROFESSIONNEL

Le psychologue interculturel en psychiatrie infanto-juvénile en partenariat avec un médiateur ethnoclinicien

Au terme de cette recherche, il apparaît que des aménagements sont nécessaires pour améliorer la prise en charge de familles migrantes : dispositif groupal, prise en compte de la langue maternelle à l'aide d'un interprète... Aussi, les interventions de médiateurs ethnocliniciens sont appelées à se développer de plus en plus dans les prochaines années. L'association qui a introduit ce dispositif à l'hôpital de jour envisage la création d'une formation de médiateurs ethnocliniciens. Devenir médiateur demande des compétences très particulières comme la maîtrise d'une langue parlée par les familles migrantes, l'expérience personnelle de la migration, une longue formation en ethnopsychiatrie... Mais il nous semble que le psychologue interculturel peut tout à fait trouver sa place dans les structures où ce type de dispositif est mis en place en travaillant en complémentarité avec un médiateur et en développant d'autres actions.

Tout psychologue interculturel a reçu une formation approfondie lui permettant d'analyser les problématiques liées à l'interpénétration des cultures. Il étudie l'appropriation subjective de la culture par le sujet selon son âge, son sexe, ses appartenances sociales et sa trajectoire personnelle. Il étudie les processus de changement et accompagne les sujets en situation de transition. Il dispose de compétences interculturelles dont la première est la décentration qui est une nécessité dans le travail avec les familles migrantes, ainsi que de connaissances en clinique interculturelle et en psychopathologie des migrants.

Personnellement, nous avons durant notre cursus universitaire également reçu une formation en psychologie clinique et psychopathologique que nous souhaitons poursuivre par un travail personnel de type analytique. Ceci nous paraît indispensable pour pouvoir garantir la qualité de notre écoute et de notre analyse des problématiques des patients.

Dans ce cadre, nous proposons de développer deux dispositifs complémentaires de prise en charge psychologique, l'un en direction des parents et l'autre des enfants.

Suivi des parents

A l'issue de notre recherche, nous constatons qu'après les médiations se pose la question de la suite du travail à mener avec les familles. Lors des médiations, les parents livrent des éléments de leur histoire personnelle dont ils n'avaient jamais parlé, dans un mouvement que l'on peut presque qualifier de « cathartique ». Certains parents éprouvent le besoin de revenir ensuite sur ce qui s'est dit car la médiation a suscité la mobilisation d'affects douloureux. Il apparaît nécessaire pour certains de poursuivre l'élaboration dans un autre cadre, de donner du sens aux événements qu'ils ont vécus et qu'ils commencent à peine à pouvoir évoquer. D'autre part, l'instauration d'un lien de confiance avec les professionnels doit être consolidée par la poursuite de l'accompagnement de ces parents. Ceux-ci sont parfois en demande de soutien, se révèlent fragilisés dans la construction de leur parentalité. Ils sont en quête d'étayage auprès de l'équipe soignante.

L'objectif de notre action serait de poursuivre le travail débuté lors des médiations et de continuer l'accompagnement des parents. Il s'agit de mettre en place des « stratégies d'élaboration en cascades, stratégies qui partent du niveau culturel et phénoménologique [...] pour en arriver aux implications affectives et fantasmatiques. » Moro (1998 : 149).

Il s'agit donc de fournir un cadre venant soutenir l'élaboration de l'expérience de rupture vécue par ces parents, de les assister dans le processus de changement auquel ils sont nécessairement soumis. « La réalité de l'immigration avec toutes les contraintes et les réaménagements qu'elle introduit au sein même de la famille, expose souvent le groupe familial à des conflits intra et inter-générationnels mettant l'appareil psychique groupal familial en difficulté de contenir l'ensemble de psychismes des membres qui le composent... » écrit Yahyaoui, (1988 : 52). Il apparaît nécessaire de différencier les espaces de parole pour les membres de la famille, à partir du « temps zéro » que représente la médiation ethnoclinique. Une fois que l'alliance est établie avec la famille, celle-ci « autorise » plus facilement l'un de ses membres à s'inscrire dans la société d'accueil et à trouver un lieu d'élaboration individuelle.

Nous pensons donc qu'il serait utile de proposer des entretiens cliniques aux parents qui en font la demande et qui souhaitent donc s'engager dans une relation duelle. Il s'agit de fournir un lieu de parole à ces parents fragilisés par un traumatisme migratoire, une situation de précarité, un isolement à l'intérieur du foyer. Ceci permettrait l'émergence de la dimension

individuelle, idiosyncrasique, du discours au-delà de la forme culturelle abordée lors de la médiation. Ces parents sont appelés à s'inscrire dans le pays dans lequel ils vivent et dans lequel leurs enfants grandissent. Certains migrants font le choix de rencontrer un psychologue qui n'a pas la même origine culturelle car cela leur permet de parler avec plus de liberté. De même, l'emploi d'une langue qui n'est pas la langue maternelle favorise parfois une certaine distance avec le contenu du discours et facilite l'élaboration.

Le psychologue, de par sa formation clinique et interculturelle, garantit la prise en compte de la dimension intrapsychique qui s'élabore dans le cadre d'un contenant culturel. L'attitude du psychologue doit favoriser le processus dynamique de changement chez la personne dans ses différents mouvements : contradictions, alternance de rejet et de fascination pour la culture d'origine...

Lorsqu'une demande émerge à la suite d'une médiation, elle peut dans un premier temps être travaillée avec l'assistante sociale ou l'éducateur spécialisé en contact avec la famille. Le psychologue peut ensuite rencontrer la personne pour lui proposer un suivi individualisé, sous forme de rencontres mensuelles. Il faut noter qu'en psychiatrie infanto-juvénile, un suivi est souvent proposé aux parents. En effet, ils doivent faire face à la maladie psychique de leur enfant voire au handicap. Tous les parents sont confrontés à la même réalité, qu'ils soient migrants ou non : il s'agit de l'acceptation d'une forme d'altérité, celle d'un enfant différent de celui dont ils avaient rêvé. Leur représentation de la maladie mentale influence l'investissement de l'enfant.

D'autres pistes sont envisageables comme la création de groupes de parole pour tous les parents au sein d'un CMP ou d'un hôpital de jour.

Un outil thérapeutique en direction des enfants de migrant

Le psychologue interculturel est en mesure de développer des actions à l'adresse des enfants de migrants pour favoriser chez eux la mise en lien des différents mondes auxquels ils appartiennent. Ainsi, il apparaît déterminant de « conceptualiser un dispositif qui contienne leur altérité et la transforme en créativité. » (Moro, 1998 : 103). Nous proposons de développer des outils thérapeutiques en direction des enfants de migrant pour les aider à intégrer l'altérité, à assouplir le clivage vécu entre la maison et le monde extérieur.

Des recherches sont actuellement développées concernant le conte bilingue comme outil thérapeutique. Il s'agit d'un « conte apporté par les parents et raconté dans la langue maternelle dans le respect des règles d'énonciation du conte. Le conte est ensuite enregistré et l'enfant l'écoute dans les deux langues, il dessine et associe sur le conte. » (Moro, d'après Pinon-Rousseau, 1998 : 189). Le conte forme un outil de dialogue entre les générations et entre les partenaires, institution et famille. Il s'incarne à travers des codes et des valeurs propres à une culture mais son langage est symbolique et universel. Les problématiques qu'il incarne sont compréhensibles par tous.

Le conte est déjà utilisé dans des services de pédopsychiatrie comme levier thérapeutique pour dénouer certains conflits intrapsychiques. Ces ateliers-contes s'inscrivent dans un cadre comportant des repères temporels et spatiaux et sont structurés en plusieurs phases : récit, jeu et temps d'échange à partir de dessins. Ils favorisent les capacités d'élaboration des enfants, l'expression d'affects et pulsions difficilement symbolisables à travers l'identification aux personnages.

Nous jugeons intéressant de proposer une adaptation du cadre classique de l'atelier-conte en conservant tout ce qui constitue la fonction contenante de ce travail thérapeutique (le découpage de la séance en différents temps, les rituels de début et de fin de contage...). Il s'agirait d'utiliser des contes issus des pays d'origine des enfants. Les contes seraient sélectionnés en fonction des dimensions symboliques de l'histoire et des représentations attachées au conte dans cette culture. Deux dimensions sous-tendent cette proposition.

Tout d'abord, le conte évoque la vie quotidienne ainsi que le monde de l'imaginaire spécifique à une culture donnée. C'est ici que se situe l'intérêt de cet outil, notamment avec les enfants de migrants. Le conte fait référence aux coutumes, aux croyances et aux valeurs : il devient un objet de transmission de cette culture. Dans les cultures à tradition orale, le conte est un moyen d'expression privilégié. Cet aspect disparaît parfois dans la migration. Le conte, objet de médiation, peut être le support d'échanges entre parents et enfants.

D'autre part, il s'agit de créer, par le biais du conte, un espace intermédiaire entre le monde de l'institution et celui de la famille. L'objectif de l'atelier thérapeutique utilisant ces contes de diverses origines est d'aider l'enfant à faire des liens entre les univers référentiels et non de les opposer. Il apprend ainsi qu'il peut faire partie de son groupe d'origine culturelle,

celui de ses parents et de ses ancêtres, tout en faisant partie d'un groupe institutionnel (à l'hôpital de jour, à l'école) et sans être dans l'obligation de faire un choix.

L'introduction de la langue maternelle dans l'atelier-conte constitue une autre piste de recherche à explorer. Nous jugeons préférable de faire venir un intervenant extérieur (plutôt qu'un parent) pour assurer la fonction de contage dans une autre langue, afin de préserver l'espace thérapeutique des enfants. Les rencontres avec les parents autour du conte seraient envisageables dans le cadre de journées « portes ouvertes ».

D'autres modalités de travail sont envisageables comme la recherche de dénominateurs communs entre les cultures. Le conte fait l'objet de variations selon les pays : à partir du même noyau, il existe différentes déclinaisons. Il est dès lors possible de retrouver les différentes versions du même conte d'un côté et de l'autre de la Méditerranée, et de les présenter aux enfants. Il s'agirait dans ce cas plutôt d'un atelier centré sur la dimension « interculturelle » du conte. Ce dispositif pourrait inclure des enfants non issus de l'immigration dans le but de favoriser un échange.

Ces ateliers-conte bilingues ou interculturels pourraient se dérouler dans les structures de psychiatrie infanto-juvénile, en hôpital de jour, CMP, CATTP, dans le même cadre que d'autres ateliers thérapeutiques. Le rythme serait d'une fois par semaine, à la même heure et au même jour.

Nous pensons qu'il est essentiel de faciliter chez les enfants de migrants l'appropriation subjective des différents modèles culturels. Nous souhaitons travailler dans différentes institutions dans un premier temps afin d'acquérir une expérience au contact de publics variés. Notre projet professionnel est de développer dans la mesure du possible des actions créatrices en direction des enfants de migrant.

BIBLIOGRAPHIE

Adohane, T. (1998). L'enfant, sa famille et l'exil. *Cultures en Mouvement*, **13**, 48-50.

Bâ, M. & Mesmin, C. (1995). La médiation interculturelle en langue. In C. Mesmin (Ed), *Psychothérapie des enfants de migrants*, (pp 23-40). Grenoble : la Pensée sauvage.

Ben Geloune, A. (1989). De l'étranger double-lien chez l'étranger en sa famille. Des liens entre le dedans et le dehors de soi. In A. Yahyehoui (Ed), *Identité, culture et situation de crise*, (pp 140-160). Grenoble : la Pensée sauvage.

Beauchesne H. & Esposito J. (1981). *Enfants de migrants*. Paris : PUF.

Cohen-Emerique, M. (1989). Travailleurs sociaux et migrants : la reconnaissance identitaire dans le processus d'aide. In Camilleri, C. et Cohen-Emerique, M. (Eds), *Chocs de cultures*, (pp 77-113). Paris : L'Harmattan.

Cohen-Emerique, M. (2002). L'approche interculturelle auprès des migrants. In Legault, G. (Ed), *L'intervention interculturelle*, (pp 77-113). Québec : Gaëtan Morin éditeur.

Dahoun, Z. (1998). L'entre deux : une métaphore pour penser la différence culturelle. In R. Kaës et al, *Différence culturelle et souffrance de l'identité*, (pp 209-242). Paris : Dunod.

Deana, C. & Greiner, G. (Eds). (2003). *Parents-professionnels à l'épreuve de la rencontre*. Ramonville Saint-Agne : Eres.

Diatkine, R. (1985). (réédition 2004). Les services de psychiatrie infantile et les enfants récemment arrivés en France métropolitaine. In S. Lebovici, R. Diatikine et M. Soulé (Eds), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, (pp 2303-2320). Paris : PUF.

Dingreville, V. (2003). Interculturalité et protection de l'enfance. In E. Jovelin (Ed), *Le travail social face à l'interculturalité*, (pp 209-235). Paris : l'Harmattan.

Fermi, P. (1998). La médiation interculturelle. in [http : //perso.wanadoo.fr/geza.roheim/html/mediatio.htm](http://perso.wanadoo.fr/geza.roheim/html/mediatio.htm)

Guyotat, J. (1988). Problèmes cliniques concernant le lien de filiation. In A. Yahyaoui, *Troubles du langage et de la filiation*, (pp 139-146). Grenoble : la Pensée sauvage.

Hadjadj S. (1988). Le palimpeste psychique ou la fonction paternelle dans ses rapports à la filiation. In A. Yahyaoui, *Troubles du langage et de la filiation*, (pp 167- 179). Grenoble : la Pensée sauvage.

Kaës, R. (2001). Introduction à l'analyse transitionnelle. In R. Kaës et al, *Crise, rupture et dépassement*, (pp 1-83). Paris : Dunod.

Oudahi, J. (1989). *La formation du sujet chez les adolescents de deuxième génération*, thèse de 3^{ème} cycle, Université Toulouse-le Mirail.

Laplantine, F. *L'ethnopsychiatrie*. Collection Que sais-je, PUF, Paris : 1988.

Mannoni-Parisi, M. et Salmi, H. (1991). Métissage des langues, métissage des cultures, métissage des cadres thérapeutiques. *Psychologie Française*, **36-4**, 351-361.

Mohia-Navet, N. (1993). *Les thérapies traditionnelles dans la société kabyle*. Paris : L'Harmattan.

Moro, M-R et Réal, I. (2004). La consultation transculturelle d'Avicenne. Un dispositif métissé à géométrie variable. In M-R Moro et al, *Manuel de psychiatrie transculturelle*, (pp 216-237). Grenoble : la Pensée sauvage.

Moro, M-R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod.

Rosenbaum, F. (2001). Passage d'une langue à l'autre : gués ou guet-à-pens ? L'impact de la traduction sur le lien thérapeutique. Actes du VIII^{ème} Congrès de l'Association pour la Recherche Interculturelle.

Salmi, H. (2004). *Ethnopsychiatrie, cultures et thérapie*. Paris : Vuibert.

Scotto, J.C. et Antoni, M. (1989). L'événement migratoire en tant que fondateur d'un événement institutionnel : réflexions sur la dimension créative de la crise. In A. Yahyaoui (Ed), *Identité, culture et situation de crise*, (pp 161-169). Grenoble: la Pensée sauvage.

Vasquez, A. (1990). Les mécanismes des stratégies identitaires : une perspective diachronique. In C. Camilleri (Ed), *Stratégies identitaires*, (pp 111-141). Paris : PUF.

Yahyaoui, A. (1988). Consultation familiale ethnopsychanalytique : le cadre interculturel. In A. Yahyaoui, *Troubles du langage et de la filiation*, (pp 48-67). Grenoble : la Pensée sauvage.

Yahyaoui, A. (1989). De l'acte paradoxal à l'alliance éducative : Quelques repères concernant la relation travailleur social-famille maghrébine. In A. Yahyaoui (Ed), *Identité, culture et situation de crise*, (pp 33-41). Grenoble : la Pensée sauvage.

Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

Winnicott, D.W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.