

L'ENFANT EN SITUATION D'EXIL : REFLEXION CLINIQUE¹

La question du cadre, en ce qui concerne les psychopathologies chez les adolescents en situation d'exil en général, est directement liée à celle de la prise en charge clinique des parents-eux mêmes. En effet, l'observation clinique montre que l'enfant malade est avant tout le symptôme de sa famille. Mais, s'il est possible d'assurer un accompagnement psychologique des parents à travers le même suivi clinique de leur enfant en bas âge, il s'avère difficile de proposer un suivi thérapeutique individuel aux parents qui présentent leur enfant adolescent comme étant le seul malade au sein de la famille. Cela parce que le patient adolescent a besoin d'un espace de soins à lui, alors que le petit enfant est souvent accompagné de ses parents pendant les entretiens cliniques. Toutes ces modalités de prise en charge clinique des enfants en situation d'exil - selon leur âge - entraînent certaines conséquences sur la conception du cadre de soins et interrogent sur la place des parents dans le suivi thérapeutique de leurs enfants.

1. La conception de la maladie mentale et sa prise en charge

L'influence de la culture d'origine

La clinique de l'exil se heurte à des phénomènes culturels qui ont amené certains cliniciens à inventer une prise en charge dite d'« ethnopsychiatrie » ou d'« ethnopsychanalyse. » Cependant, tout en reconnaissant l'importance de certains aménagements pour que le cadre corresponde à la demande des patients, je ne partage pas l'idée selon laquelle il y aurait une catégorie nouvelle des psychopathologies spécifiques à telle ou telle aire culturelle.

En revanche, l'observation clinique et les entretiens avec les parents exilés permettent de découvrir les différences qui existent dans la conception de la maladie mentale et sa prise en charge selon les cultures. Pour cela, même si on s'aperçoit lors des entretiens d'évaluation que la pathologie de l'enfant exprime le symptôme au sein de la famille, il est difficile de proposer aux parents un suivi individuel au même titre que leur enfant. A ce propos, il convient de noter que ce n'est pas toujours les parents de l'enfant, dans le contexte particulier d'exil, qui sont les premiers à formuler la demande du suivi psychologique de leur enfant ! Ce suivi peut être souhaité d'abord par les enseignants, les travailleurs sociaux ou d'autres intervenants publics ; puis les parents assument cette demande par la suite. Dans certains cas, lors de l'entretien d'évaluation, les parents s'excluent de la pathologie familiale en l'attribuant uniquement à leur enfant : « la maîtresse de mon fils (ou de ma fille) a souhaité qu'il (elle) soit suivi (e)...parce qu'il a des problèmes... » Ainsi, il est rare que les parents disent directement : « nous avons des problèmes avec notre enfant. »

La formulation de la demande est très importante parce qu'elle préfigure la suite de la prise en charge. Car, si l'enfant est désigné comme le seul à avoir des problèmes nécessitant un suivi de soins, il sera difficile de proposer aussi aux parents un suivi individuel approprié. On peut facilement contourner cet écueil lorsque l'enfant est petit, parce que les parents accompagnent leur enfant lors des entretiens. Mais pour les adolescents, il faut s'y prendre autrement.

L'autre difficulté c'est que les parents exilés ne croient pas toujours à l'efficacité du suivi psychologique ! Pour certaines familles, c'est la prise en charge traditionnelle qui compte : par exemple, certains parents d'origine africaine pourront aller facilement chez le marabout, mais difficilement chez le psychologue ou chez le psychiatre !

Les parents venus d'ailleurs se trouvent souvent confrontés à la différence culturelle en ce qui concerne la place de l'enfant dans la famille et dans la société en général. Ainsi, il leur est difficile d'intégrer le rapport à la Loi par rapport à l'autorité parentale. L'exemple le plus frappant c'est celui des parents venus d'Afrique noire : chez-eux, l'enfant est « la propriété » exclusive des parents alors qu'en France, l'éducation de l'enfant est l'affaire de l'Etat ! D'où le malentendu lorsque le juge se mêle des problèmes familiaux concernant la protection de l'enfant. Ce malentendu peut

ISEBUNUMA D., *La compulsion de répétition dans les violences collectives*, thèse de Doctorat soutenue le 25 février 2011 à l'Université Paris Diderot - Paris7, publiée à l'Université Lille3, Atelier National de Reproduction des Thèses, 2012 ; puis à Issy-les-Moulineaux, Éditions Umusozo, 2013.

aussi se ressentir dans la prise en charge thérapeutique des enfants issus de l'immigration. Si le clinicien est perçu comme celui qui récupère l'autorité parentale, les parents résistent ou refusent même de confier leur enfant du moment où ils se sentent dépossédés de leur autorité parentale. Pour cela, une attention particulière est nécessaire lorsque le clinicien rencontre les parents pour un entretien d'évaluation. De toute évidence, pour qu'il y ait une *alliance thérapeutique*, le clinicien est appelé à se situer autrement que d'autres professionnels qui représentent l'Etat ou la Loi.

2. Les enjeux de la communication parent-enfant : le statut de la parole de l'enfant

Lors des entretiens avec les parents et leurs enfants dans un espace de soins, on se rend compte que les parents exilés répondent systématiquement à la place de leurs enfants alors qu'on s'adresse à ces derniers ! C'est comme si la parole de l'enfant ne comptait pas, comme s'il était absent à l'entretien. Une éducatrice qui accompagne des familles immigrées m'a partagé son étonnement. Selon son témoignage, il arrive même que les parents parlent à leurs enfants par le toucher plutôt que par la parole : certains parents « s'imaginent que le tout petit enfant n'entend pas », a conclu cette éducatrice.

Cette observation a des conséquences sur la prise en charge des enfants sur le plan psychologique. Certains parents venus des pays où on n'accorde pas beaucoup d'importance à la parole des enfants ne croient pas aux soins par la parole, surtout chez l'enfant ! D'ailleurs, la plupart des parents exilés ne croient pas du tout à la thérapie par la parole comme nous le verrons dans le paragraphe qui suit ! Cela nous amène à souligner l'importance de la place de l'enfant dans la clinique de l'exil et la nécessité d'impliquer les parents dans le suivi des soins : c'est à travers les soins de l'enfant que les parents, eux aussi, découvriront les bienfaits de dire ce qui ne va pas. Sur le plan familial, c'est la clinique qui permettra de faire reconnaître enfin l'importance de la parole de l'enfant au sein de la famille.

Bien entendu, il ne s'agit pas non plus de réduire le cadre clinique à un espace d'éducation à la fonction parentale. Néanmoins, le cadre de soins permet la reconnaissance mutuelle entre parent et enfant en tant qu'interlocuteurs. Ce qui établit une relation de confiance et de dialogue là où l'enfant était uniquement celui qui obéit à la volonté des parents. A noter que même en cas de prise en charge individuel d'un adolescent, il est important de lui donner sa place en tant qu'interlocuteur, au même titre qu'un adulte. J'ai été surpris de constater le changement d'attitude d'un préadolescent qui, au début de mes entretiens cliniques avec lui, parlait tout en cachant ses yeux sous la table ! Deux mois après, il a commencé à me regarder en face et aujourd'hui, je parle avec lui lors des entretiens cliniques comme avec un adulte. Lorsque je lui ai demandé s'il pouvait échanger de la même façon avec son père, il m'a répondu : « je n'oserais pas, même pas avec mes grands-frères » !

3. La prise en compte des conditions existentielles de la famille

Pour des raisons que je viens d'évoquer ci-haut, il est important d'accorder plus de place aux parents lors des premiers entretiens cliniques. Plus encore, il est souhaitable de prendre en compte la situation actuelle de la famille : il ne serait pas inutile de s'intéresser à la situation professionnelle des parents, à la scolarité d'autres enfants de la famille, à d'éventuelles difficultés économiques ou des problèmes de santé qui concerneraient la famille en général. Cette attention rassure les parents et leur donne la place au sein du cadre de soins. C'est ainsi que, chemin faisant, ils arrivent à se rendre compte que l'espace qu'ils concevaient comme étant réservé uniquement à l'enfant leur appartient aussi.

En ce qui concerne la pathologie elle-même, il est indéniable que l'enfant exprime souvent le symptôme de toute la famille. D'ailleurs à l'occasion de certains entretiens d'évaluation, on peut observer des signes qui suggéreraient la nécessité d'une prise en charge individuelle du parent alors que l'entretien ne concernait que l'enfant. Cependant, dans le contexte de l'exil, plusieurs facteurs exigent d'attendre afin de mieux comprendre la situation ! En fait, même si les conditions existentielles ne peuvent pas expliquer à elles seules l'éclosion de la pathologie au sein d'une famille, il est important de reconnaître que certaines familles vivent des situations d'exclusion dans

lesquelles la seule précarité matérielle pourrait générer, sans *a priori*, la souffrance psychique chez les parents et chez l'enfant. Ainsi, proposer un suivi individuel aux parents dès leur premier contact avec le lieu de soins, et au moment où la demande de soins concerne à première vue leur enfant, peut être mal interprété : c'est comme si on renvoyait ces parents à leurs propres fragilités alors qu'ils demandaient justement d'être portés sur le plan existentiel. En revanche, accepter la demande du suivi psychologique de l'enfant, ponctué d'entretiens familiaux, peut aboutir à une future demande de soins de la part des parents eux-mêmes. Mais, cela demande du temps de la part du clinicien.

4. La reconstruction du lien entre les parents et l'enfant

Pour des raisons que j'ai soulignées concernant la spécificité des familles d'exilés, j'ai une conception du cadre de soins qui soit assez souple afin de mieux s'adapter à la situation particulière de chaque famille. De plus, je voudrais ajouter un autre argument : dans ces familles dont les parents sont venus d'ailleurs, la difficulté première est celle du parcours traumatique. Cela entraîne une autre problématique, à savoir celle du statut des parents par rapport à leurs enfants. Il arrive que les parents se considèrent « étrangers » par rapport à leurs propres enfants nés en France : ces enfants ont souvent la possibilité d'obtenir la nationalité française alors que leurs parents demeurent résidents immigrés, donc étrangers ! Sur le plan social, les enfants nés ici (ou qui arrivent de l'étranger) bénéficient aussi de diverses mesures de protection alors que leurs parents, dans certains cas, doivent faire « le parcours du combattant » pour obtenir un statut social ! Dans cette situation, proposer sans attendre un cadre de soins réservé à l'enfant et un autre espace particulier destiné aux parents peut générer, voire même amplifier le sentiment d'étrangeté chez les parents fragiles. Il existe aussi un fantasme traumatique lié au secret : cet espace aménagé pour l'enfant, où les parents seraient « exclus » d'office, pourrait paraître suspect et entraîner le refus des parents quant au suivi thérapeutique éventuel de leur enfant.

Ces observations introduisent la nécessité de reconstruire le lien entre les parents et l'enfant-symptôme, ou bien entre l'enfant-symptôme et tous les autres membres de la famille, avant même de s'occuper du problème de chacun individuellement.

5. Propositions et ouverture

Compte tenu des questionnements que j'ai formulés ci-dessus autour du cadre thérapeutique auprès des familles d'exilés, il me semble qu'il existe deux catégories de demandes de suivi thérapeutique selon l'histoire migratoire de chaque famille :

D'une part, il y a des parents exilés qui ont plus ou moins intégré les modalités de soins proposées par le pays d'accueil. Ceux-là n'ont pas besoin de cadre spécifiquement aménagé pour le suivi de leurs enfants ou pour leur propre suivi individuel.

D'autre part, il existe des parents exilés – et c'est la majorité – qui ont encore des difficultés d'intégration dans la société occidentale. C'est en même temps dans cette catégorie de familles qu'on trouve certaines pathologies d'exil qui sont liées au traumatisme des événements du passé ou relatives à la situation de précarité. Ces familles que je qualifierais de « fragiles » nécessitent une prise en charge et un cadre appropriés à leur situation. Dans cette perspective, une prise en charge thérapeutique individuelle serait proposée à l'enfant qui porte le symptôme de la famille dans un premier temps ; ensuite, cette prise en charge individuelle de l'enfant serait suivie des consultations familiales régulières mais espacées dans le temps (une rencontre par mois ou tous les deux mois par exemple) avec tous les autres membres de la famille. Cette démarche permettra de donner une existence propre au patient adolescent tout en gardant le lien avec toute sa famille. Ces rencontres régulières permettraient surtout de faire le point sur la situation familiale – par laquelle se manifeste le symptôme du patient. Puis, ce cadre offrirait aux autres membres de la famille un espace neutre pour échanger et élaborer ensemble certains compromis relationnels à travers la médiation d'une personne de confiance – le clinicien.

En définitive, quelle que soit la position du clinicien sur la question du suivi à proposer aux parents

– si cela s'avère nécessaire, il est préférable que ces derniers soient orientés dans un autre lieu de soins que celui où leurs enfants sont suivis. En effet, il n'est pas aisé pour les parents d'être reçus en tant que patient, au même titre que leur enfant, par le même clinicien ! Cette différenciation d'espace de soins faciliterait le travail d'élaboration des processus transférentiels et contre-transférentiels entre le thérapeute et le patient. Cependant, le premier entretien d'évaluation, dans le cadre de la prise en charge clinique de l'enfant, déterminerait la démarche personnelle des parents. Car, c'est à partir de cette expérience et de cette initiation à la clinique en famille que pourrait émerger la demande d'un suivi individuel chez certains parents exilés qui, dans la plupart de cas, sont frileux quant à l'idée d'un entretien avec un professionnel « psy ».