

Francine Rosenbaum

## **1. L'accueil des familles migrantes:**

### ***le génogramme et la langue maternelle comme outils de lien et de reconnaissance réciproque des appartenances plurielles***

#### **Résumé**

À travers l'histoire des changements que j'introduis dans la pratique du tissage du lien thérapeutique entre une famille migrante et moi-même, je souhaite illustrer les écueils et les paradoxes qui entravent et piègent les processus de transmission, d'identification et d'appartenances dans les familles qui ont un vécu migratoire. La langue maternelle et le support narratif du génogramme permettent la construction d'une alliance thérapeutique fiable qui sollicite les thérapeutes et les usagers au niveau émotionnel, pragmatique, théorique, institutionnel et éthique. Elle constitue un préalable incontournable à la continuité relationnelle et éducative entre familles et institutions.

.....

Je vais essayer de condenser les grandes lignes de l'efficacité thérapeutique de la reconnaissance des ressources de nos liens de filiations grâce à l'outil « génogramme<sup>1</sup> » que vous connaissez toutes et tous. Comme je suis spécialisée dans la prise en charge des enfants et des familles migrantes je vais partir de l'histoire clinique d'un enfant et d'une famille d'Ailleurs pour comprendre comment et combien la présentation personnelle étayée par le génogramme peut nous aider à réduire l'asymétrie humiliante entre les patients allophones et les soignants. Par cet exemple je vous propose aussi de réfléchir ensemble sur l'arbitraire de nos modèles interprétatifs biomédicaux, sur la violence de nos diagnostics et sur l'inadaptation fréquente des soins.

---

<sup>1</sup> Cf. chapitre *Génogramme* de mon premier livre *Approche transculturelle des troubles de la communication*, Paris, Masson 1997

## 2. Histoire de Lucien Komlan Kossi

*Un couple de togolais me téléphone pour me consulter au sujet de leur enfant. En quelques mots, M. Kossi me résume que leur benjamin de 3 ans et demi ne s'exprime que par des cris, fuit le contact visuel et est ingérable dans la consultation de la pédiatre qui leur reproche d'être incapables de poser des limites. Elle fait l'hypothèse d'un trouble envahissant du développement, ou d'une psychose, ou d'un syndrome autistique préexistant à son arrivée en Suisse. Elle les a adressés à une neuropédiatre chez laquelle un examen est en cours pour confirmer l'origine génétique des troubles. Ils ne comprennent pas ces diagnostics « yovos », c'est-à-dire de blancs européens, et sont très angoissés car ils craignent que leur enfant leur soit enlevé pour être placé dans une institution pour enfants psychiquement gravement atteints. Ils souhaiteraient un autre avis sur l'arrêt du développement langagier de Lucien, survenu peu après son arrivée en Suisse. D'autres parents d'Afrique de l'Ouest qui fréquentent leur église pentecôtiste leur ont suggéré de s'adresser à moi car « j'avais bu l'eau de leurs marigots... »*

### Le modèle yovo d'interprétation de la demande

Ces brèves informations téléphoniques me permettent déjà de faire deux observations au sujet de notre modèle épistémologique :

- La première est que les parents me disent que les médecins yovos (pédiatre et neuropédiatre) ont posé un diagnostic de maladie mentale dont eux, les parents jugés éducativement incompetents, seraient partiellement ou totalement responsables. Dans tout ce qui touche au domaine de l'éducation et de la santé, la méconnaissance de l'Autre nous induit parfois à penser ceux qui nous échappent comme *non compétents* et à considérer la différence comme *un déficit*.
- La deuxième observation est que les parents savent que dans notre système de soins suisses, ce diagnostic entraîne une prise

en charge spécialisée en institution ou en hôpital de jour, dans des groupes d'enfants souffrant de syndromes semblables. Ce mode de prise en charge n'inclut pas les parents dans les soins, ils sont généralement conviés à des réunions de synthèse où les spécialistes communiquent des bilans d'évolution dans un jargon qui leur est propre et décident entre eux des interventions prioritaires pour la poursuite des traitements. Ils cherchent donc à sauvegarder leurs droits de parents togolais confrontés à un projet thérapeutique européen qui implique chez nous la séparation de l'enfant de sa famille.

### 3. Un changement épistémologique : la présentation personnelle lors du premier accueil

La modification majeure que je propose dans le travail avec toutes les familles et particulièrement avec celles venant d'ailleurs concerne le **premier accueil** auquel j'attribue une très grande importance dans la pratique clinique. En effet, le cadre et le protocole d'accueil constituent le **contenant idéologique** de toutes les paroles qui sont prononcées. Il se caractérise généralement par une asymétrie radicale entre les usagers et les professionnels qui sont les maîtres des lieux, des représentations des rôles professionnels et *surtout* de toutes les paroles relatives à la parentalité, à la maladie et aux soins. Toutes ces paroles qui sont exprimées dans une langue qui n'est pas celle des usagers, une langue qui nomme le monde différemment qu'eux, car les référents contextuels de son apparition sont différents. Je prétends que cette asymétrie radicale est humiliante aussi bien pour nous, les professionnels, que pour les patients allophones. Mais pour ces derniers elle a bien souvent des conséquences néfastes.

Les questions qui se posent au moment de ce premier accueil sont:

1. Comment soigner des patients allophones avec la parole et à travers la parole?
2. Comment créer le lien thérapeutique lorsque nous ne partageons pas la langue et la culture ?
3. Que deviennent nos savoirs avec les patients allophones ?

Ces trois questions m'ont aidée à repenser et *changer radicalement notre pratique traditionnelle d'accueil* pour construire une alliance thérapeutique significative. Les patients et les familles ont besoin de savoir *qui* est la personne qui va les questionner sur leur parcours de vie, sur leurs difficultés, leurs maladies, leurs pertes et leurs deuils. Notre titre professionnel énoncé dans une langue qui n'est pas la leur n'est pas suffisant pour créer un lien thérapeutique car il nous désigne simplement comme fonctionnaire institutionnel: ce titre n'a généralement pas de représentation dans les autres langues et les autres cultures : l'assistant social, le volontaire, le psychologue scolaire ou clinicien, le logopède... sont vides de sens et donc dangereux, d'autant plus que nous nous exprimons dans un langage de caste codé que nous seuls comprenons. Généralement les usagers subissent nos interrogatoires anamnestiques auxquels ils répondent par oui ou par non. Mais sans médiation culturelle *ils ne nous parlent pas*.

Nous pouvons donc imaginer de revoir et de pratiquer notre travail de façon différente. Nous pensons que la présentation institutionnelle suffit à nous qualifier comme compétents. Mais pour la majorité des parents non européens qui viennent nous consulter pour les troubles de leurs enfants, la compétence est d'abord une question d'âge, de genre, de place générationnelle et de rôle. Avec eux et grâce à eux j'ai découvert et compris une chose banalement évidente : on ne fait pas confiance à un inconnu. Donc, avec l'aide d'un médiateur ethnoclinicien ou d'un interprète qualifié, NOTRE présentation personnelle est le préalable incontournable au tissage de la relation thérapeutique, elle en est la trame. Pour moi c'est l'outil génogramme qui est mon support, mon métier à tisser. Il m'aide à me présenter comme *une personne*, située dans une filiation, donc inscrite dans *une histoire*, et qui a eu différents *rôles*, dans les différentes étapes de la vie, dont celui de professionnelle ici et maintenant. Par ex. les rôles de fille, de mère, de femme divorcée ou veuve, de grand-mère sont des expériences de vie qui nous attribuent un savoir *initiatique* : nous pouvons alors recevoir et donner certaines paroles de façon crédible pour des personnes qui viennent de loin.

#### **4. La présentation personnelle comme outil de lien**

Je prends donc le temps de me présenter aussi bien personnellement que professionnellement. Il est légitime que des éléments autobiographiques résonnent en tant qu'*expérience* des cycles de vie : cela amorce le désir de partager, même si nous sommes conscients que le vécu de nos *passages* respectifs est différent.

Exemple pratique de construction du génogramme de présentation sur une grande feuille autour de laquelle nous nous réunissons.

#### **5. Ce qui apparaît dans le champ :**

*le genre, la nomination,*

*les langues, les croyances religieuses*

*la place dans la fratrie et les générations*

*les couples unis ou séparés,*

*les grossesses, les accouchements,*

*les malades/dispersés/morts/disparus,*

*la famille élargie/groupe/pays dont on est séparé par la migration,*

*la perte de la citoyenneté et de la langue maternelle*

*L'hybridation et les métissages, les familles pluriculturelles, plurilingues, plurireligieuses...*

#### **6. L'émergence de la réciprocité**

Ces paroles précieuses (Métraux) deviennent alors les prémices de l'émergence de la réciprocité. Cela s'est aussi passé ainsi avec la famille de Lucien. La narration de M. et Mme Kossi a pris le relais de la mienne, d'abord en français pour M. Kossi, puis en Ewé pour Mme dès qu'elle a commencé à évoquer son départ et l'arrivée ici.

*M. Kossi raconte qu'il est le fils d'un chef traditionnel Ewé, opposant public au régime car candidat député avant sa fuite. Il a dû partir du pays 3 mois avant la naissance de son fils. Il a obtenu l'asile mais, comme le veut le système de non-reconnaissance des pratiques institutionnelles étrangères en Suisse, ni son mariage traditionnel, ni ses titres universitaires togolais n'ont été reconnus, il n'a pas trouvé de travail et dépend de l'aide sociale. Il a donc recommencé un cursus universitaire socio-ethno et entrepris les longues démarches pour légaliser son mariage et obtenir le regroupement familial.*

Le récit de son mari touche fortement Mme Kossi qui enchaîne alors en Ewé. C'est le médiateur linguistico-culturel qui nous transmet son récit :

*Mme Kossi est Mina : à Lomé elle dirigeait une école de coiffure. Elle n'a pu rejoindre son mari avec 2 de ses 3 enfants que deux ans plus tard, lorsque Lucien Komlan avait environ 1 an et demi. Les autorités suisses n'ont pas accordé le droit au regroupement familial à son fils aîné, enfant d'une première union. Elle a dû le laisser dans la grande cour de sa famille élargie, sous la garde de sa sœur jumelle.*

Le médiateur nous éclaire que la gémellité apparaît d'emblée dans le prénom de Mme Kossi comme d'ailleurs le jour de sa naissance dans celui de son enfant.

Nous en arrivons maintenant au traumatisme de l'arrivée dans l'Eldorado fantasmé que Mme poursuit en Ewé sans pouvoir retenir ses larmes. Le médiateur transmet :

*Malgré le visa et le statut de réfugié de son mari, Mme Kossi a été envoyée avec les deux enfants, sans son mari, dans un centre de premier accueil où elle a été interrogée pendant 10 jours. Cette ségrégation incompréhensible et les interrogatoires humiliants l'ont terriblement effrayée. Son mari a finalement obtenu d'y être interné avec elle et les enfants pendant un mois, jusqu'à ce que la validité des papiers ait été prouvée.*

*Pendant l'internement, pour montrer aux assistants sociaux et aux médecins qu'elle savait s'occuper de ses enfants à l'européenne,*

*elle a sevré Lucien, elle a abandonné le portage sur le dos et s'est mise à parler en français avec eux. Le développement langagier qui avait commencé en Éwé s'est éteint.*

*Maintenant les professionnels lui donnent des conseils qui ne marchent pas. Ils disent qu'elle ne sait pas cadrer son enfant qui est psychologiquement atteint. Elle est convaincue que ce n'est pas vrai mais ne sait plus quoi faire. Elle est épuisée et désespérée.*

*Bien entendu, la famille au Togo n'est pas au courant du blocage langagier ni des autres difficultés de la famille en Suisse.*

### La contextualisation des symptômes

Après ma présentation personnelle à laquelle a fait écho la narration plurilingue du couple étayée par le médiateur linguistico-culturel, la contextualisation des symptômes constitue une nouvelle étape dans la construction de l'alliance thérapeutique : en effet, cette première *narration* de leur histoire ne ressemble pas aux réponses données aux habituels protocoles d'anamnèse. Elle naît de la possibilité de s'exprimer dans la langue d'origine et du lien thérapeutique tissé dans le temps de l'accueil, le temps nécessaire au premier apprivoisement entre deux étrangers, comme l'explique si bien le Renard au Petit Prince.

Dans ce raccourci d'histoire de vie, nous pouvons comprendre de manière saisissante les traumatismes provoqués par les pertes successives des enveloppes nécessaires à la structuration de l'identité d'un enfant, les *Moi-Peau* au sens d'Anzieu. C'est donc de ma place générationnelle de grand'mère, qui est par ailleurs une spécialiste européenne du développement langagier, que je restitue aux parents que leur arrivée a été traumatisante. Lucien a souffert de plusieurs pertes:

1. La perte de l'enveloppe visuelle et affective familiale et groupale qui s'est déchirée : la fratrie, la famille élargie, le carré coutumier ont disparu. Autour de lui il n'y a que des visages blancs aux gestes et aux mimiques effrayantes qui angoissent sa mère.

2. La perte des enveloppes sonores, celle de la Langue Maternelle, dans laquelle la mère nommait le monde à son enfant, où chaque mot résonnait et était confirmé par le bruit relationnel et les gestes qui l'entouraient : dès son arrivée, l'enfant est plongé dans une cacophonie incompréhensible où il ne distingue même plus les mots de sa mère.
3. Jusqu'à son arrivée, il était allaité au sein et bercé par le portage sur le dos. Dans le nouvel environnement effrayant et menaçant, il est brusquement et incompréhensiblement privé de l'enveloppe corporelle maternelle rassurante et apaisante : il doit boire au biberon et marcher à côté de sa mère.

### 7. Le recadrage

Cette restitution signifie que nous ébauchons ensemble un premier recadrage des manifestations d'angoisse de Lucien et de sa mère dans l'histoire fracassée des membres de cette famille successivement exilés dans un lieu où la suppression des différences constitue la condition de l'accueil.

Ce recadrage nous permet de faire une lecture alternative des symptômes de Lucien : le corps médical les a interprétés comme autistiques et envisage un placement institutionnel, c'est-à-dire l'arrachement de la dernière peau maternelle pouvant encore le contenir. Pour les familles migrantes cela équivaut à un *vol d'enfants* qui devrait réveiller chez les Suisses le souvenir d'autres vols institutionnels d'enfants tristement célèbres, ceux qui ont été enlevés à leur mère et à leur famille au nom de la préservation de la morale et de l'ordre des nantis. Notre lecture contextuelle, selon Boszormeny-Nagy, ou ethnoclinique, selon Tobie Nathan et Claude Mesmin, propose de s'écarter de l'explication psychologique traditionnelle qui cherche la cause des symptômes dans le dysfonctionnement organique ou familial.

Nous pensons que la grande majorité des troubles du langage et du comportement des enfants de migrants sont dus aux avatars de l'exil et des maltraitances inhérentes à nos modèles d'accueil et de gestion de la socialité. Le médiateur linguistico-culturel nous éclaire également sur l'interprétation traditionnelle de la singularité de l'enfant, qui peut être attribuée soit à une attaque du monde extérieur contre la famille, soit à un message du monde des invisibles.

### La modélisation des lectures

Ce recadrage resitue les symptômes manifestés par Lucien dans leurs modèles respectifs :

1. Le *modèle biomédical*, qui diagnostique un trouble envahissant du développement, un déficit d'attention, un retard de parole, un retard de langage, une dysphasie. Ces diagnostics très stigmatisants pour les enfants et très culpabilisants pour les parents, sont le *sésame nécessaire à l'obtention des subsides* pour les prises en charge thérapeutiques et psychopédagogiques. Pour obtenir les dits subsides, je n'ai pas d'autre choix que d'inscrire dans le dossier médical que l'enfant est « porteur de handicap ».
2. Le *modèle ethnoclinique* qui intègre la lecture contextuelle des symptômes, où l'environnement social pathogène est largement concerné, à l'explication traditionnelle qui dit que l'enfant ou/et sa famille sont les messagers du monde des invisibles et des ancêtres ou les victimes d'attaques externes. Le rôle de Lucien était-il de renouer la parole entre ici et là-bas ? Et de permettre aux parents de se ressourcer dans la tradition pour avancer ici ? Ensemble nous avons donc attribué à Lucien un *double rôle de messenger* qui émet un premier signal de détresse indiquant que la communication entre ses parents et la société environnante est

gravement pathogène et un deuxième signal de détresse indiquant que la communication entre la famille d'origine et la famille exilée est quasiment inexistante.

### **8. La diversification et complexification des soins**

La multiplication des lectures a pour conséquence la diversification et la complexification des soins. En effet, la mise en lumière et le partage des diagnostics et des hypothèses concernant les troubles de Lucien entre le couple parental, déraciné mais soutenu et légitimé par le médiateur linguistico-culturel, et les représentants institutionnels ont permis aux professionnels interpellés de sortir du tracé thérapeutique à sens unique que permettait la seule lecture bio-médicale des symptômes. Le questionnement de nos pratiques a ouvert une voie de changement :

1. Le premier changement a été que les médecins ont pu modifier leur prescription de prise en charge en remplaçant l'option de placement en institution par la guidance psychopédagogique et langagière que je propose pour revivifier et soutenir les compétences parentales précédemment disqualifiées et paralysées ;
2. Le deuxième changement a été que la reconnaissance des traumatismes dus aux conditions dégradantes de l'accueil et au déni des différences dans l'accomplissement de la parentalité a permis aux parents – et surtout à la mère – de réactiver leurs compétences de parents togolais : accompagnée et soutenue, la mère a d'abord retrouvé les gestes du portage, du massage et du bercement traditionnels, puis elle a progressivement appris à nommer pour son fils tout le monde environnant en Ewé. Croyant

bien faire pour qu'il s'intègre tout de suite, elle lui avait parlé en français, la langue de la colonisation qui est restée celle l'administration et des apprentissages scolaires des petits Togolais, pas celle de l'intimité familiale traditionnelle où les paroles circulent entre les enfants d'âge proximal, mais peu entre enfants et parents qui se bornent aux permissions et aux interdits. Comme tant de mères migrantes, Mme Kossi a dû faire l'apprentissage du mode de communication intergénérationnel des familles nucléaires européennes isolées dans de petits appartements. Une fois par semaine, *pendant plus d'une année*, je l'ai encouragée et accompagnée dans la découverte des mots à dire en langue maternelle à son petit garçon pour réapprendre le monde à *petites doses*, pas de manière violente, incompréhensible et aliénante. Comme un contenant primordial, ce Moi-Peau d'Anzieu que j'ai mentionné, les mots de la mère ont permis à Lucien de renaître et d'accéder à l'appropriation de lui-même et de la société des *yovos*, si injuste et maltraitante à l'égard de très nombreux enfants de migrants : c'est sur ses *paroles de mère et d'enfant échangées en Éwé* que Lucien est devenu un locuteur bilingue compétent et fier de l'être.

3. La troisième nouveauté a été que nous avons pris conscience de la nécessité, pour Lucien et ses parents, de renouer une communication complexe avec la famille d'origine pour en activer les ressources dans le but de nourrir le savoir-faire et le savoir être togolais en exil. C'est en effet dans la mesure où l'axe de la filiation est activement protégé et affirmé que les parents et les enfants de migrants peuvent intégrer dans leur structuration identitaire tous les apports de leur nouveau lieu de vie sans craindre le

démantèlement de leurs appartenances d'origine. Ma propre initiation dans la proche tradition béninoise a pallié l'absence d'une médiatrice ethnoclinicienne togolaise et ouvert un espace de partage d'implicites culturels suffisamment fiables pour que Mme Kossi s'autorise à pleurer l'arrachement brutal de l'exil, la séparation de son fils aîné, la culpabilité et l'angoisse dus aux symptômes de Lucien qui lui ont par ailleurs permis de se ressourcer dans son monde d'origine tout en acceptant une aide de soignants respectueux.

## 9. Bibliographie

ANCELIN SCHÜTZENBERGER A., 1988 — *Aïe, mes aïeux !*, Paris, Desclée de Brower (17<sup>e</sup> éd. Élargie 2004)

ANCELIN SCHÜTZENBERGER A., 2013 — *Exercices pratiques de psychogénéalogie*, Paris, PBP (poche)

ANZIEU D., 1985 — *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

BOSZORMENYI-NAGY I., KRASNER B.R., 1986 — *Between Give and Take, A Clinical Guide to Contextual Therapy*, New York, Brunner/Mazel.

FOUCAULT M., 1963, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.

GODELIER M., 1997, *L'énigme du don*, Paris, Fayard.

LE BLANC G., 2010, *Dedans, dehors. La condition d'étranger*, Paris, Seuil

MALOUF A., 1998 - *Les identités meurtrières*, Paris, Gallimard.

MÉTRAUX J.C., 2011, *La migration comme métaphore*, Paris, La Dispute.

MORO M.R., 2002 — *Enfants d'ici venus d'ailleurs*, Paris, La Découverte.

NATHAN T., ZAJDE N., 2012 — *Psychothérapie démocratique*, Paris, Odile Jacob.

De PURY Sybille, 2005 — *Comment on dit dans ta langue ? Pratiques ethnopsychiatriques*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond/Le Seuil.

ROSENBAUM F. , 1997, *Approche transculturelle du langage et de la communication*, Paris, Masson (épuisé), actuellement téléchargeable gratuitement sur [www.ethnoclinique.ch](http://www.ethnoclinique.ch)

ROSENBAUM F., 2010, *Les humiliations de l'exil. Les pathologies de la honte chez les enfants migrants*, Paris, Fabert.