UFR de Lettres Langues et Sciences Humaines
Département de psychologie.
Unité de recherche CliPsy

Master 1 PPCP

Mention Psychologie Clinique Psychanalytique

Unité de recherche CliPsy

MÉMOIRE DE RECHERCHE

Familles en contexte transculturel
Le cas de la famille C.

Présenté par

Luis Felipe Soares Real

Sous la direction de
Aubeline Vinay

ANGERS, JUIN 2023

UFR de Lettres Langues et Sciences Humaines
Département de psychologie.
Unité de recherche CliPsy

Master 1 PPCP

Mention Psychologie Clinique Psychanalytique

Unité de recherche CliPsy

MÉMOIRE DE RECHERCHE

Familles en contexte transculturel
Le cas de la famille C.

Présenté par

Luis Felipe Soares Real

Sous la direction de
Aubeline Vinay

ANGERS, JUIN 2023

Dédicace

À mon mari Thomas, qui m’a soutenu et encouragé durant cette année d’études.

Remerciements

Ce travail de recherche fut rendu possible grâce aux rencontres cliniques avec cette famille. Je tiens à les remercier pour cette opportunité de partage et leur confiance.

Je tiens à exprimer ma gratitude à chaque membre de l'équipe avec laquelle j'ai effectué mon stage. Je vous remercie pour votre accueil et pour cette période d'apprentissage professionnel.

J'adresse mes remerciements à Mme. Aubeline Vinay, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement et son soutient pendant le suivi de ce mémoire de recherche. Je tiens également à remercier les professionnels de l'Université d'Angers pour les renseignements et leur disponibilité.

Je tiens à remercier mes camarades de l'Université d'Angers pour leur convivialité tout au long de cette année, ainsi que pour leur amitié et leur aide.

Je tiens à remercier ma famille qui, bien que loin, est toujours à mes côtés.

université angers

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) Luis Felipe SOARES REAL, déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :

Cet engagement de non plagiat doit être inséré en première page de tous les rapports, dossiers, mémoires.

GRILLE D'AUTO-ÉVALUTION
RECEVABILITÉ DÉPÔT DU MÉMOIRE

Master 1, mention PPCP
Psychologie, psychopathologie clinique psychanalytique

2022-2023

Dans le cadre du mémoire de recherche du M1 PPCP, il est demandé à l'étudiant.e de procéder à l'auto-évaluation des attendus permettant la recevabilité du dépôt du document écrit. Pour cela vérifier les critères listés dans le tableau plus bas et indiquer leur présence par une croix dans la case appropriée.

CRITÉRES DE RECEVABILITÉ DÉPÔT DU MÉMOIRE	Cocher ici
1.Document écrit composé de 35 à 40 pages (hors annexes, bibliographie et plan)`	X
2.Document, reliure à dos collé ou spirales (pas de baguette, pas d'agrafe), remis en deux exemplaires papier à la scolarité.	X
3.Respect strict du modèle de couverture, page cartonnée ou transparent **(cf : annexe 1)**	X
4.Première page à l'intérieur du mémoire (page de garde) à l'identique du texte de la page de couverture	X
5.Page blanche après la page de garde pour les annotations du jury	X
6.Page éventuelle de dédicaces et/ou remerciements brefs (Facultatif)	X
7.Engagement de non-plagiat avec signature de l'étudiant.e	X
8. Grille d'auto-évaluation de recevabilité pour dépôt du mémoire	X
9.Sommaire avec plan détaillé du mémoire et indication des pages (Introduction, différentes parties, chapitres, et sous-chapitres, conclusion, bibliographie et éventuellement annexes)	X
10. Police Times New Roman, taille 12, interligne 1,5	X
11. Marges haut-bas : 2,5 cm, gauche-droite : 2,5 cm	X
12. Introduction avec début de la pagination (numérotation en chiffre arabe, en bas à droite)	X
13. En fin de chaque partie de mémoire, page de synthèse de la partie (encadré au maximum d'1/2 page)	X
14. Une Bibliographie homogène aux normes APA version 6.	X
15. Annexes avec pagination autonome, répertoriée et présentée en première page des annexes. Les annexes peuvent être intégrées au mémoire ou présentées dans un document différent pour des raisons de confidentialité, si diffusion.	
16.Au dos du mémoire, sur la quatrième de couverture, présenter le titre du mémoire, un résumé (une dizaine de lignes) et 5 mots-clés, en français et en anglais	X
17. Le contenu du document : présence dans le mémoire, des éléments suivants : -Plan, Introduction -Une revue de littérature -Une présentation de la méthodologie -Une présentation des éléments cliniques -Une problématique avec une question-problème ciblée et mise en évidence en gras. -Une analyse théorico-clinique et discussion à visée de généralisation -Une conclusion -Une bibliographie (avec au moins 15 références : articles et ouvrages) -Annexes éventuelles	X

Sommaire

Introduction 1

1. PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE 4

1.1 L'ethnopsychanalyse et les dispositifs de groupe transculturel 4

1.2 La famille en contexte transculturel 7

1.3 La clinique de l'exil 7

1.4 La transmission transgénérationnelle au sein des familles transculturelles 10

1.5 Être parents « ici et là-bas » 11

1.6 L'enfant en contexte transculturel : métissage, langue et mutisme 12

2. DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 14

2.1 Population étudiée et échantillon de recherche 14

2.2 Méthode de recueil des données cliniques 14

2.3 Méthode choisie de traitement des données 15

2.4 Les conditions de passation 17

3. TROISIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DES DONNÉES CLINIQUES ET DE LA PROBLÉMATIQUE CLINIQUE 18

3.1 Présentation de la situation retenue 18

3.2 Éléments d'anamnèse de la famille 19

3.3 Présentation des entretiens réalisés dans le cadre du Dispositif de Groupe Transculturel 21

3.4 Première rencontre 21

3.5 Deuxième rencontre 23

3.6 Dynamique familiale 25

3.7 Points d'étonnement et interrogations cliniques 26

3.8 Réflexion problématique relative à l'échantillon d'étude 27

4. QUATRIÈME PARTIE : ANALYSE THÉORICO-CLINIQUE ET DISCUSSION 28

4.1 La dynamique au sein de la famille 29

4.2 La transmission psychique transgénérationnelle 31

4.3 Le groupe transculturel 33

4.4 Pistes et propositions cliniques référées à la théorie 35

4.5 Ouverture et interrogations restées en suspens 35

Conclusion 36

Bibliographie 38

Introduction

Ce mémoire de recherche est mené dans le cadre de l'année universitaire de Master 1 au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire, pendant notre expérience de stage au sein d'un Dispositif de Groupe Transculturel faisant partie de l'Unité de Psychiatrie. Ce Dispositif de Groupe Transculturel propose des consultations de seconde intention, ainsi que des consultations individuelles, se référant à la Psychologie Transculturelle et aux travaux de d'ethnopsychanalyse de Marie Rose Moro. Durant six mois, chaque lundi de manière hebdomadaire, nous avons intégré ce dispositif en tant que cothérapeute. Nous avons participé à des consultations en groupe, à des réunions institutionnelles, à des supervisions et à des formations dispensées par notre tutrice de stage en psychologie transculturelle. Ce service réunit des professionnels tels que des médecins, des psychologues, des infirmiers, des assistants de service social et des interprètes, afin de se rencontrer et de faciliter les collaborations de soins entre les différents services du secteur de la psychiatrie pour des patients migrants présentant des situations complexes. Durant ce stage, nous avons suivi des patients venant de différents pays. Ces suivis en groupe, composés d'une dizaine de professionnels, accueillent des patients migrants, leurs enfants et petits-enfants, tant individuellement que en famille. Les demandes sont très variées : situations liées à une migration traumatique, transes, communication avec des êtres invisibles, mutisme, et bien d'autres encore.

Le Dispositif de Groupe Transculturel auquel nous avons participé est une référence départementale dans l'accueil et le soutien psychologique des enfants migrants et de leurs familles. Dans cette optique, son objectif est de co-construire avec les patients migrants un espace psychique groupal, favorisant la compréhension de la maladie, la mise en récit de leur histoire grâce à l'introduction de pratiques transculturelles. Notre recherche a été initiée lors d'une supervision avec l'une des psychologues responsables du service, où des échanges enrichissants ont suscité notre intérêt pour un cas spécifique. Cette rencontre nous a motivé à changer de place dans le groupe, passant de celui de script à celui de cothérapeute, afin de pouvoir être présents dans le groupe et suivre ce cas de près. Ainsi, notre désir d'accompagner cette famille a été notre point de départ, et notre contre-transfert nous a mis en écoute pour réaliser cette démarche de recherche. Être à la fois dans une posture clinique et dans une démarche de recherche fait partie intégrante de ce processus singulier que nous avons traversé en tant que cothérapeutes.

Le cadre que nous allons présenter dans ce mémoire de recherche concerne une famille, une mère et ses trois enfants, dans le contexte transculturel, suivie dans le Dispositif de Groupe Transculturel durant notre période de stage. L'arrivée de cette famille est survenue à la suite d'une demande formulée auprès du service autour des difficultés de langage d'un petit garçon que nous avons nommé Sacha. Cette famille est confrontée aux enjeux inhérents de la migration : une mère divorcée, une fratrie qui ne parle pas la même langue, des symptômes chez les enfants, et beaucoup d'angoisse au sein de la famille. Nous avons suivi cette famille lors de deux consultations en groupe, où nous avons observé une multitude de symptômes liés aux enjeux de la transmission et aux enjeux familiaux dans un contexte transculturel. En tant que cothérapeutes, nous avons pu accompagner cette famille fragilisée, voire en souffrance psychique. Notre écoute en contre-transfert a mobilisé cliniquement une écoute de la singularité. L'objectif de cette recherche est de comprendre la dynamique familiale d'une famille en situation transculturelle, suivie dans le Dispositif de Groupe Transculturel. Notre travail pourra contribuer à la compréhension des dynamiques familiales chez les migrants et mettre en évidence l'importance des dispositifs de groupe pour accompagner ces familles dans ce contexte spécifique.

Comme l'a souligné Winnicott dans cette célèbre phrase : « Un bébé tout seul n'existe pas », il n'aurait pas été possible de réaliser cette recherche en se concentrant uniquement sur un symptôme ou sur un des membres de la famille. Lorsqu'ils viennent en consultation, nous accueillons l'ensemble des membres de la famille. En ce sens, le point de départ de notre questionnement thérapeutique est formulé à partir de ce choix fait par les professionnels. Nous nous sommes demandé pourquoi opter pour un dispositif de groupe plutôt qu'un suivi individuel pour traiter ces symptômes familiaux ? Nous nous sommes intéressés à la thématique de notre travail, concernant la famille dans le contexte transculturel, ce qui a soulevé des questionnements quant à notre problématique de recherche sur les symptômes familiaux liés aux enjeux de la transmission. Qu'est-ce qui est transmis au sein de cette famille ? Qu'est-ce qui fait symptôme ? Lors des suivis en groupe, nous avons observé que cette famille était confrontée aux enjeux de la transmission à travers une multitude de symptômes.

À cet égard, le travail thérapeutique ne vise pas à traiter un symptôme spécifique au sein du groupe. Il est important pour nous, en tant que cothérapeutes, de réussir à prendre du recul face à la demande. Ainsi, le travail en groupe aborde différents niveaux, en prenant en compte ce qui se passe dans le système familial, les éléments culturels, les dimensions psychiques et éventuellement pathologiques. Ce groupe a pour fonction de faire circuler la parole, revivre les

réalités de la famille, d'explorer les éléments culturels et de proposer des espaces d'expression à chacun.

Afin d'atteindre nos objectifs, nous allons présenter une revue de littérature sur la théorique psychanalytique, en l'articulant à une approche psychodynamique et à l'ethnopsychanalyse. Ensuite, nous exposerons la méthodologie qualitative, qui inclut l'étude de cas en psychologie, les éléments d'anamnèse, les entretiens en groupe. Enfin, nous présenterons une analyse clinique du cas étudié en l'articulant à la théorie présentée précédemment. Nous soulignons que cette démarche de recherche est guidée par le Code de Déontologie des Psychologues, en respectant le secret professionnel et en préservant l'anonymat de l'institution, du service, des professionnels et des patients. Les noms utilisés dans le cas clinique ont été modifiés afin de garantir l'anonymat des participants.

1. PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1 L'ethnopsychanalyse et les dispositifs de groupe transculturel

Devereux apporte une nouvelle approche théorique-pratique, utilisant l'interprétation comme un outil d'investigation pour analyser les phénomènes socio-culturels sur la construction psychique. Il créé l'ethnopsychanalyse en alliant deux domaines, celui de la psychanalyse et de l'anthropologie, s'appuyant sur la méthode complémentariste non simultanée. Alors qu'il considère la culture comme un élément interne au sujet, celle-là intégrante du fonctionnement psychique (Burgos, 2007 ; Drweski, 2022 ; Roudinesco & Plon, 2017). En ce sens, selon Laplantine (2021, p. 35), « Devereux introduit la psychanalyse au cœur même de l'anthropologie ». Il développe une nouvelle approche psychothérapeutique qui n'a pas pour objectif d'une réadaptation, il considère que certaines sociétés peuvent elles-mêmes être pathogènes, entraînant les individus dans ce qu'il définit comme des processus de déculturation.

L'ethnopsychanalyse selon Devereux (cité par Moro, 2015), permet d'envisager trois types de rencontres dans la pratique clinique : intraculturelle, interculturelle et métaculturelle. Dans la rencontre intraculturelle, le thérapeute et le patient partagent la même culture, cependant le thérapeute prend en considération les dimensions socioculturelles. Dans la rencontre interculturelle, le thérapeute et le patient sont issus de cultures différentes, le thérapeute possède une connaissance de la culture de l'ethnie du patient, qu'il utilise comme outil thérapeutique. Enfin, dans la rencontre métaculturelle, le thérapeute et le patient ne partagent pas la même culture. Le thérapeute ne connaît pas la culture de l'ethnie du patient, mais il prend en compte les concepts liés à la culture pour établir un diagnostic et un traitement.

Dans les années quatre-vingt, Tobie Nathan et Marie Rose Moro se sont lancés dans la méthode de Devereux et ont poursuivi leurs recherches ainsi que leurs pratiques psychothérapeutiques auprès des personnes migrantes. Il est important de mentionner que les premières consultations de Tobie Nathan et Marie Rose Moro à Avicenne[1] étaient destinées à soigner les migrants victimes de guerre, de torture et de viol. Il est aussi essentiel de souligner qu'au cours des années quatre-vingt, il y a eu une augmentation du nombre de personnes migrantes et de la demande de régularisation sur le territoire français. Les différentes formes de migration ont pris une importance considérable en raison des événements mondiaux tels que

[1] L'Hôpital Avicenne, situé à Bobigny, en Seine-Saint-Denis, est un hôpital du service public de santé français. Il a été inauguré en 1935 en tant qu'Hôpital Franco-Musulman de Paris (Saglio-Yatzimirsky, 2015).

les guerres, les génocides, les conflits entre pays et les catastrophiques climatiques. Les premières consultations proposées par l'ethnopsychiatrie ont reçu une demande significative de la part des migrants présentant des symptômes de stress post-traumatique. Dans ce sens, cette clinique a commencé à traiter les problématiques liées au traumatisme et à la culture, en accueillant des patients migrants ayant vécu des situations de violences extrêmes (Cerea, 2020 ; Saglio-Yatzimirsky, 2015 ; Rejeb & Rejeb, 2022 ; Bourguignon, Katz, & Piccolo, 2022).

Marie Rose Moro (1994), dans sa publication intitulée *Parents en exil : Psychopathologie et migrations*, souligne l'importance du complémentarisme, du décentrage, du contre-transfert culturel et du système culturel en tant que concepts fondamentaux pour la méthode de l'ethnopsychanalyse. Ces concepts sont essentiels tant pour la compréhension épistémologique que pour l'élaboration de stratégies thérapeutiques. Le complémentarisme, compris comme un principe méthodologique, vise à intégrer la psychanalyse et l'anthropologie dans le but de comprendre le sujet dans son « universalité psychique » (p. 48), dans l'idée que tout être humain possède une culture qui constitue son humanité et son universalité. Dans ce sens, le thérapeute s'appuie sur complémentarisme sans se limiter à utiliser l'un ou l'autre domaine dans sa pratique. C'est pourquoi le complémentarisme implique un double discours non simultané, de manière pluridisciplinaire. Le décentrage fait référence à la capacité de se détacher de sa propre culture et de considérer les valeurs et les pratiques culturelles d'autrui. Ainsi, il permet au thérapeute de percevoir le sujet dans sa culture propre sans adopter une posture ethnocentrée. Le concept de transfert développé par Freud, est également utilisé en ethnopsychanalyse. À travers la relation établie entre le patient et le thérapeute par le biais de la parole, le transfert actualise les désirs inconscients du patient dans la relation thérapeutique. Le contre-transfert culturel concerne la manière dont le thérapeute se positionne face à l'altérité du patient, en prenant en compte ses façons de vivre et de penser sa maladie. Ainsi, le contre-transfert culturel s'inscrit dans la relation entre le thérapeute, porteur de sa propre culture, et un individu d'une autre culture. Le système culturel est l'un des concepts clés pour penser la clinique avec les personnes migrantes. Alors que pour les anthropologues, la culture est considérée externe du sujet, dans la conception de l'ethnopsychanalyse, la culture participe à la construction du fonctionnement intrapsychique de l'individu à travers la fonction d'étayage. Les modèles culturels transmis dès le début de la vie du sujet par la mère et ou par le groupe participent à la formation d'une enveloppe psychique, puis l'appartenance d'un groupe culturel.

La psychothérapie transculturelle, créée par Tobie Nathan, puis adaptée par Marie Rose Moro, s'est développée dans les pratiques au sein d'un dispositif de groupe. Ce dispositif de groupe, conçu de manière pluraliste pour accompagner les migrants et leurs enfants de première

et deuxième génération, s'appuie sur les principes de décentrage et de complémentarisme (Macchi, Rizzi, & Carretier, 2021). En ce sens, ce dispositif vise à explorer et à comprendre la symptomatologie de manière spécifique sur trois niveaux : l'être (niveau ontologique), le sens (étiologique) et le faire (pragmatique), ce qui permet le travail de « décodage » à travers une véritable alliance thérapeutique. Le niveau de l'être permet l'usage de la langue familiale pour chacun des sujets, permettant d'accéder de façon singulier les représentations de la famille et leur besoin. Ainsi, ce sont les perspectives et les perceptions du monde. Le niveau du sens concerne la signification attribuée aux symptômes, en comprenant les causes du désordre selon l'étiologie traditionnelle donnée. Le niveau du faire permet à la famille et à l'enfant d'accepter et de valoriser les parcours psychothérapeutiques choisis par la famille. La psychothérapie transculturelle vise à réduire le clivage entre les univers auxquels appartiennent les enfants de migrants, le monde de leurs parents, structuré par les cultures d'origine, la réalité de la migration et expérience d'appartenir à une culture minoritaire. Ainsi, la psychothérapie transculturelle permet et promeut le métissage des parents et celui des enfants (Baubet & Moro, 2000 ; Moro et al., 2020).

Selon Mouchenik (2019), le dispositif de groupe transculturel permet de travailler sur les subjectivités. Il constitue un espace d'écoute supplémentaire, un service de seconde intention, qui mobilise également, comme la psychothérapie traditionnelle, un travail transféro-contre-transférentiel entre le groupe (thérapeute et cothérapeutes) et le patient. Dans ce sens, le groupe est un espace qui mobilise les phénomènes transitionnels à travers le partage d'images, la pluralité des langues et l'altérité. Ce dispositif de groupe, ayant une manière singulière d'intervention, est composé du thérapeute principal et de cothérapeutes d'origines culturelles diverses, qui utilisent généralement la présence d'un interprète lors des entretiens. Le dispositif de groupe permet à tous les participants de partager leur vécus et leurs cultures. Dans cette perspective, Rizzi et Moro (2017) évoquent que le groupe entraine la fonction de « contenance pour la famille et contribue à la construction des étayages du patient par des mécanismes de projections et d'identification » (p. 276), ce qui favorise, dans un premier temps, un processus de reconstruction par la reconnaissance de leurs expériences migratoires. Ainsi, cet espace de partage de l'altérité permet aux patients de revisiter leurs expériences internes, favorisant un processus d'élaboration psychique.

Pour penser ce travail d'élaboration psychique en groupe, nous nous appuyons sur l'idée développée par Kaës (2015) selon laquelle le groupe est une construction psychique créée par ses membres, mobilisant des schémas de fonctionnement du psychisme tels que les « fantasmes originaires, complexes œdipiens et fraternels, image du corps, réseau des identifications » (p.

122). C'est à travers la mise en place de ces schémas que la réalité psychique se construit collectivement dans un espace partagé. Ces formations et mécanismes psychiques sont invariables dans toutes les configurations de liens intersubjectifs. Au sein des dispositifs de travail analytique tels que « les thérapies de groupe, les séances de groupe, les psychodrames de groupe, les thérapies familiales et les thérapies de couple » (p. 122), ces formations et processus définissent l'espace de transfert et de contre-transfert entre le psychothérapeute et ses patients. Selon l'optique de Kaës (2015), les mouvements psychiques qui se développent au fil du temps sur la scène thérapeutique utilisent ces schémas psychiques pour établir un lien intersubjectif dans l'espace transférentiel. Ainsi, le dispositif de groupe transculturel utilise ces ressources psychiques en favorisant un processus associatif des représentations inconscientes.

Dans le dispositif de groupe, les cothérapeutes participent d'une forme active dans la scène thérapeutique, où le thérapeute principal peut solliciter leur intervention. Ainsi, le cothérapeute peut assumer la fonction de cothérapeute auxiliaire transculturel. De cette manière, il peut proposer des médiations telles que le jeu et le dessin aux enfants, si nécessaire, généralement au centre du groupe, sur une petite table. Dans cet espace le cothérapeute peut intégrer les concepts de Winnicott (1975), tels que le *holding* et *l'objet-presenting* dans l'espace thérapeutique. Le cothérapeute assume ainsi la fonction de *holding* d'importance significative de contenance dans la scène thérapeutique pour soutenir l'enfant dans les relations transférentielles au sein du groupe. L'enfant pourra dans cette relation dyade cothérapeute-enfant éprouver un sentiment de sécurité. Dans cet espace de médiation, l'enfant utilise *d'objet-presenting*, il peut progressivement explorer l'espace groupal en manipulant des objets au centre du cercle thérapeutique. Cela lui permet d'exprimer ses émotions et ses expériences de manière symbolique dans l'espace thérapeutique. Cet espace transitionnel, tel que le définit Winnicott (1975), est défini comme aire intermédiaire qui apporte à l'enfant une fonction symbolique.

1.2 La famille en contexte transculturel

1.3 La clinique de l'exil

> *« Fin 2022, 108,4 millions de personnes étaient déplacées de force dans le monde entier à cause de persécutions, de conflits, de violences, de violations des droits humains et d'événements perturbant gravement l'ordre public. C'est aussi la plus forte augmentation d'une année à l'autre jamais enregistrée, d'après les statistiques du HCR sur le*

déplacement forcé. Plus de 1 personne sur 74 sur Terre a été contrainte de fuir de chez elle. » (L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés, 2022).

Nous débutons cette section de notre travail en présentant la citation en amont concernant les données épidémiologiques mondiales sur le nombre de personnes contraintes de quitter leur domicile en 2022. Ces données récentes soulignent l'importance de la participation de la psychologie clinique dans le domaine des migrations. Rosa (2018), souligne que les différentes formes de migration s'articulent autour de motivations sociales, politiques, économiques et subjectives. La clinique a une implication politique dans la mesure où elle est invitée à écouter la dimension de la souffrance de l'Autre dans la sphère sociale. La théorie, la clinique et l'éthique, marchent côte à côte avec le désarroi social, l'exclusion et la violence. Migrer signifie abandonner ce que nous connaissons, ce qui nous est familier, tout ce qui a contribué à la construction du Moi, tels que la famille, les rituels, la langue, les liens familiaux et les relations entre les générations (Daure & Reveyrand-Coulon, 2019). Selon le dictionnaire Larousse, l'exil est défini comme la « situation de quelqu'un qui est expulsé ou obligé de vivre hors de sa patrie » et comme la « situation de quelqu'un qui est obligé de vivre ailleurs ».

Birman (2022), nous présente ce scénario mondial dans lequel le sujet exilé a son inscription subjective directement liée aux processus psychiques liés à l'acte d'exil, ce qui transite entre la frontière du symbolique et du réel. Toute expérience de l'exil comporte des pertes, telles que la perte du pays d'origine, la perte des relations et des liens sociaux, ainsi que celle de sa langue maternelle. Cette dernière, lorsqu'elle n'est pas apprise dans le pays d'accueil, rend l'expérience de l'exilé encore plus difficile. Le sujet exilé fait l'expérience de pertes violentes qui coupent le symbolique et le réel, dans la mesure où le sujet est contraint de s'inscrire dans un nouveau monde symbolique étranger à lui-même. Le sujet de l'exil est celui qui quitte sa maison, son pays et sa famille, et qui se retrouve sans garantie d'accueil nulle part. Il éprouve des sentiments de tristesse, tout en faisant l'expérience de privations qui construisent une « condition symbolique d'être rien » (p. 34).

Douville (2022), nous présente également une dimension de la clinique de l'exil traversée par le sentiment de tristesse. Souvent, la tristesse peut prendre différentes formes et avoir différents effets sur les sujets, en particulier sur les réfugiés en situation de grande souffrance psychique. La tristesse peut progressivement entraîner une rupture et un désinvestissement vis-à-vis du monde, ce qui peut ultérieurement signaler un état de dépression, un repli sur soi et une dissociation de ses émotions et de son corps. Le travail mené par Indursky

et Conte (2015) met en évidence une étude selon laquelle les personnes réfugiées présentent de symptômes somatiques. En effet, ces sujets ne sont pas reconnus dans leurs souffrances lorsqu'elles se trouvent dans des pays d'accueil. Cette non-reconnaissance s'exprime également à travers le corps, qui devient un moyen d'expression possible. Ainsi, l'incapacité à obtenir une reconnaissance de leur existence et de leurs souffrances les conduit à exprimer leur angoisse non pas sur le plan psychique, mais à travers le corps. Ce qui n'est pas nommé et qui ne trouve pas sa place dans la dimension psychique finit par trouver une autre voie, sous forme de symptômes corporels, comme un moyen de témoigner de leur existence et de leur sentiment d'exister. La souffrance des sujets exilés témoigne de leur parcours également par le biais du corps. Pierre Marty (2006), souligne que dans la dynamique psychosomatique, il y a un échec dans la constitution du Moi, qui résultant d'une relation mère-enfant insatisfaisante durant la petite enfance. Il affirme que « plus le Moi est solide, moins les maladies sont graves » (p. 165). Lorsque la mère ne fournit pas les composantes structurantes nécessaires à la formation du Moi chez l'enfant durant les deux premières années de vie, le traumatisme agit sur le préconscient, empêchant la formation de représentations. La contribution de Marty soutient l'idée que dans le fonctionnement psychosomatique, les sujets qui souffrent de problèmes liés au corps présentent des contenus fantasmatiques pauvres ou inexistants. Le discours est lié à des faits concrets, mettant en évidence la nécessité de ramener dans la réalité ce qui ne peut pas être représenté dans le psychisme. Lorsque survient un échec du psychisme, ce qui ne peut pas être traité s'exprime dans le corps. En ce sens, le corps devient le lieu de déchargement de ces tensions psychiques.

Le corps exilé est un corps qui souffre. Ce même corps qui souffre est un corps qui raconte une histoire singulière et souvent marquée par une rupture souvent violente. Le sujet exilé, en faisant l'expérience d'événements inattendus, traverse ce qui relève du traumatisme. En effet, le traumatisme selon la théorie freudienne, comme le rappellent Maillet, Maillard, Gillot et Meas (2017), « représente un débordement psychique lié à des émotions massives provoquées par un événement inattendu », où le « Moi est disqualifié et mis hors service » (p. 238). Le traumatique est vécu d'une manière singulière par le sujet mais partagé avec une collectivité qui témoigne de sa souffrance et sa douleur. Rosa (2018), nous explique que la dimension du traumatique passe aussi par le partage collectif. Le traumatisme est lié à l'expérience de l'abandon du discours. Le collectif nous permet de partager nos expériences et nos affects en groupe. Lors du partage ces expériences emplies d'affects et de désirs sans avoir une destination vers l'Autre, le sujet éprouve l'abandon du discours. Ainsi, la disqualification du discours associée à l'abandon social du sujet le rend responsable de sa condition sociale.

Cette condition affecte son narcissisme et le plonge dans l'angoisse de l'abandon, donnant continuité à la situation traumatique. Comme le mentionne Freud (1920), dans le traumatisme, le sujet est confronté à un événement traumatique qui dépasse sa capacité d'élaboration psychique. Le processus traumatique expose le Moi à une situation de danger, l'évènement se produit sans que le Moi se soit préparé. Freud définit deux types de traumatismes : le traumatisme réel fait référence à un événement factuel qui s'est réellement produit, et le traumatisme fantasmatique est basé sur des fantasmes ou des pensées imaginaires.

1.4 La transmission transgénérationnelle au sein des familles transculturelles

Selon Trachtenberg (2017), la transmission transgénérationnelle psychique fait référence à la « préhistoire du sujet », c'est-à-dire à tout ce qui le précède dans son héritage familial, dans la constitution de sa subjectivité qui se produit de manière inconsciente. Dans les histoires familiales où des événements traumatisants se sont produits, il arrive souvent que la parole, le récit et la transmission de l'histoire familiale par le biais des mots ne se produisent pas. Les sujets qui ont vécu des situations de violence extrême tout au long de leur vie utilisent inconsciemment des mécanismes de défense comme une alternative pour préserver l'autre moitié du Moi et survivre psychiquement. En ce sens, se souvenir et répéter la scène traumatique est intolérable pour le Moi, empêchant ainsi le processus de symbolisation des affects liés à l'événement douloureux. De cette manière, les différentes formes sous lesquelles le traumatisme peut se manifester dans la vie du sujet, telles que le deuil ou la honte, seront transmises aux générations futures à travers l'histoire familiale inscrite de manière inconsciente.

Comme le mentionne Ciccone (2012), l'histoire familiale comporte à son tour deux modes qui peuvent être opérés, d'abord liés au narcissisme, souvent attribués à cette mission au nouveau-né, et ensuite une fonction réparatrice. Ciccone (2012), évoque le concept de Freud sur le narcissisme, le bébé dans idée freudienne de « Sa majesté le bébé » est le porteur du narcissisme familial, celui qui va perpétuer le narcissisme parental. Tout ce qui implique le désir parental est mis en ce bébé pour immortaliser le Moi, qui est l'héritier d'un désir souvent non réalisé par les parents. Daure et Reveyrand-Coulon (2019), soulignent que la transmission transgénérationnelle dans le contexte de la migration est liée aux mémoires qui sont racontées et aux récits partagés qui donnent au sujet la possibilité de se reconnaître dans son origine et celle de ses ancêtres. Ainsi, se reconnaître à travers son histoire familiale permet au sujet de s'inscrire dans un récit qui lui appartient, favorisant sa construction intrapsychique et

intersubjective. Un enfant qui connaît ses origines se situe dans un espace-temps au sein d'une dynamique familiale baigné par le langage.

Selon Fabregat (2009, p. 30), « la migration en elle-même favorise des défauts de transmission symbolique ». La migration entraîne une régression interne dans le psychisme individuel, avec un déracinement culturel et une réintégration dans une nouvelle culture qui affectent les représentations culturelles primaires et les représentations psychiques individuelles. Ainsi, la perte de l'enveloppe culturelle, notamment la langue maternelle et son ancrage dans la culture, diminue la capacité de contention.

1.5 Être parents « ici et là-bas »

Dans une perspective psychodynamique de la famille, la psychanalyse comprend la parentalité comme un processus dynamique ayant des fondements narcissiques. Penser à devenir parent, c'est avant tout avoir un désir. Les futurs parents prévoient, rêvent, nomment. L'enfant existe avant tout dans le langage, dans le discours. En ce sens, l'optique psychanalytique, ces processus de mobilisation psychique traversent tous les individus, indépendamment de la culture et du groupe ethnique. En effet, devenir parents est un processus de partage d'expériences qui permet aux parents et au nouveau-né de s'inscrire dans une collectivité. Toutes les cultures sont responsables de transmettre leurs codes aux générations futures, et cette transmission se réalise en premier lieu au sein de l'espace familial (Von Overbeck Ottino, 2011 ; Wilgaux, 2018).

Nous passons maintenant à un contexte spécifique de la parentalité : celui de la migration. Giraud et Moro (2002), soulignent qu'être parent dans le contexte migratoire ne modifie pas les bases de la représentation de devenir parent. La trame qui entoure ce processus est celle du désir et des représentations. Néanmoins, le fait d'être parent dans le contexte migratoire fait appel à de nouvelles représentations culturelles dans un contexte de liens intersubjectifs. La fonction de parent dans le contexte migratoire est exercée à travers le travail de « traduction » et de « recréation » (p. 329) de la parentalité sous l'effet des différences entre les systèmes culturels. En ce qui concerne la maternité en exil, tous les processus liés à la grossesse font rapport à la culture des parents et à la transmission. La mère est privée de son environnement familial, la période de la grossesse et l'accouchement peuvent devenir une expérience douloureuse et solitaire, occasionnant grande souffrance psychique. Dans son pays d'origine, lorsque la mère accouche, elle est accompagnée par sa propre mère et entourée par le groupe. Ainsi, le nouveau-né est progressivement présenté au monde. Dans le pays d'accueil,

ce moment est souvent fragilisé, attaquant les capacités de la mère à répondre aux besoins primaires du nouveau-né (Drain et al., 2021).

En raison des lacunes dans la construction de liens dans la parentalité, l'enfant ne peut pas développer avec ses parents un lien suffisamment sécure, nécessaire pour le mouvement de détachement et séparation. Dans ces cas, la pratique clinique présente des données significatives concernant les enfants qui présentent des cas de mutisme au sein de la famille. Ainsi, dans les cas de mutisme, l'enfant se réfugie dans le silence, reflétant ainsi cette fragilité dès les premières relations établies avec les parents et le monde. Ces cas de mutisme se produisent le plus souvent lorsque l'enfant entre dans le processus de scolarisation (Giraud & Moro, 2002).

1.6 L'enfant en contexte transculturel : métissage, langue et mutisme

Célestine (2011), mentionne que le terme de métissage est directement lié à la question de l'identité. Le métissage peut avoir deux postulats, d'une part « d'être soi » d'autre part, celui d'obtenir la reconnaissance de l'autre. Comme indique Sironi (2011), il existe deux types de métissage : le métissage culturel et le métissage identitaire. Les sujets dits métis culturels sont nés de parents d'origines culturelles et linguistiques différentes. Les sujets métis identitaires sont des personnes qui, à un moment de leur vie, ont expérimenté l'acculturation, que ce soit à l'intérieur ou entre les cultures. Au moyen de ces identifications liées à un sentiment d'appartenance, que ce soit la culture du pays d'accueil ou celle des parents, le processus de clivage se produit inconsciemment entre une partie du Moi et une autre partie de la réalité. Ce qui a été rejeté par le Moi est projeté sur l'autre. Ce processus relie le préjugé envers l'autre et les identifications inconscientes, aboutissant à un processus de clivage. C'est à ce moment que le faux self agit dans une tentative de s'adapter à ce qui à la fois dehors et dedans (monde intérieur et extérieur). Winnicott (1959-1964), définit le faux self comme une protection défensive du vrai self contre les menaces de la vie sociale. Dans la recherche d'affiliation, le métis culturel ou identitaire est souvent confronté à des choix conflictuels. Confronté à cette exposition et souvent soumis à des expériences paradoxales, la recherche d'identité se reflète dans les choix et dans le sentiment d'appartenance à un groupe. Ainsi, il existe deux voies de résolution pour l'appareil psychique afin de faire face au vide identitaire : soit par le symptôme, soit par la sublimation. Par le biais de la créativité, Winnicott (1971), souligne que l'appareil psychique trouvera des moyens d'élaborer la blessure narcissique qui s'installe dès le début de l'enfance. Le non-dit et le secret deviennent un refuge pour les sentiments de honte dans l'espace familial.

D’après la pensée de Klein (1946), le développement psychique de l'enfant passe par des stades précoces. L’enfant traverse deux positions, la position schizo-paranoïde et la position dépressive. Dans la position schizo-paranoïde, le sein de la mère est vu comme un objet clivé, lorsque le sein satisfait l’enfant, il devient un sein bon, et un sein mauvais lorsqu’il fruste l’enfant « ce clivage aboutit à une séparation de l’amour et de la haine » (p. 275). La deuxième position, c’est la dépressive, dans laquelle l’enfant se reconnaît comme unité distincte de la mère, et il abandonne le clivage de l’objet. Il adresse au sein ses pulsions agressives et ses pulsions libidinales. Le risque de perdre le sein fait entrer l’enfant dans la souffrance dépressive. Le moi est archaïque avec une tendance à la désintégration et « une tendance à tomber en morceaux » (p. 278).

Grandir dans un contexte transculturel permet à l'enfant d'expérimenter le contact avec les langues, celle du pays d'accueil et celle des parents, souvent la langue parlée à la maison. À travers la langue, l'enfant dans un contexte transculturel vit entre deux mondes, le monde d'ici et le monde de là-bas. Comme le souligne Bensekhar-Bennabi (2010, p. 56), « la langue maternelle, ses représentations, ses procédures d’analyse métalinguistiques constituent un socle ». La langue doit être investie par les parents pour avoir une valeur symbolique et comme un élément de d'appartenance socioculturelle.

Selon Bensekhar-Bennabi (2010), le mutisme extra-familial (ou sélectif) correspond à une difficulté persistante à parler. Chez les enfants migrants, cette difficulté est observée vers l’âge de 4 ans, période à laquelle l’enfant commence ses premiers contacts en dehors de la maison, notamment à l’école. Ces premiers mouvements de socialisation peuvent s’avérer extrêmement difficiles pour l’enfant, pendant son développent, il n’a pas eu l’occasion de s’habituer progressivement au monde extérieur « à petites doses » (p. 61). Ainsi, l’enfant issu de l’immigration acquiert une structuration culturelle qui se base sur le clivage entre la culture des parents, le monde de l’affectivité, le monde dehors et celui de l’école.

Synthèse : Dans cette première partie de la revue littéraire, nous exposons les principaux concepts théoriques de ce mémoire de recherche. Nous abordons les concepts de l’ethnopsychanalyse de Devereux et Marie Rose Moro, tels que complémentarisme, le décentrage, le contre-transfert culturel, le système culturel. Ainsi, des concepts psychanalytiques liés à la transmission transgénérationnelle psychique, aux groupes, à la psychosomatique, au traumatisme, à la position schizo-paranoïde, à la position dépressive, au self et au faux self. Puis, des situations dans la clinique transculturelle : la clinique de l’exil, la famille transculturelle, l’enfant en contexte transculturel. L’ethnopsychanalyse considère la

culture comme un élément interne au sujet et met l'accent sur l'importance des dimensions socioculturelles dans la pratique clinique. La psychothérapie transculturelle vise à réduire le clivage entre les univers culturels des patients migrants et à favoriser le métissage culturel. Le dispositif de groupe transculturel mobilise les schémas de fonctionnement du psychisme pour construire une réalité psychique spécifique dans un espace partagé.

2. DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1 Population étudiée et échantillon de recherche

Durant notre stage dans un Dispositif de Groupe Transculturel, nous avons rencontré une famille en contexte migratoire. Lors des rencontres, étaient présents la mère d'origine mongole et ses trois enfants : Saran, âgé de 17 ans et d'origine mongole et née en Mongolie, Mathilde, âgée de 11 ans d'origine mongole et née en France, ainsi que Sacha, âgé de 6 ans et également né en France. Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer le père de Sacha et Mathilde. Cependant, nous avons décidé l'amener dans le récit familial, car il revêt son importance dans notre écoute et notre observation clinique. Nous avons choisi cette famille pour notre recherche en raison de sa complexité psychodynamique. Nous avons été étonnés par la pluralité et la singularité des éléments soulevés, tels que les aspects psychopathologiques et l'histoire familiale qui nous a été racontée, ainsi que leur implication dans le soin au sein du dispositif de groupe. Dans le cadre de notre recherche, les noms des enfants ont été modifiés, et les noms des parents abrégés par une lettre afin de préserver leurs identités en respectant l'anonymat, conformément aux principes du secret professionnel. Nous n'avons pas mentionné le nom du service ni de l'établissement, afin de respecter le secret professionnel.

2.2 Méthode de recueil des données cliniques

Pour mener cette recherche, il était important pour nous d'obtenir toutes les informations cliniques concernant la famille auprès de la thérapeute principale[2] qui a mené les entretiens dans le dispositif de groupe. À partir des supervisions cliniques réalisées avec

[2] Psychologue Clinicienne référente de l'équipe et du service de Psychologie Transculturelle.

les professionnels, nous avons eu connaissance de la demande initiale qui a été transmise à l'équipe en juillet 2022 par un Centre Médico-Psychologique (CMP). Ensuite, nous avons obtenu les informations de l'anamnèse réalisée par l'équipe auprès de la famille en juillet 2022. Afin de mieux appréhender l'histoire de la famille et comprendre la nature de la demande, nous avons eu accès aux comptes-rendus des supervisons de l'équipe datés du 4 juillet 2022 et du 12 décembre 2022. En outre, nous avons utilisé les verbatims, qui ont été transcrits et rédigés mot à mot par une stagiaire en psychologie lors des quatre entretiens avec la famille. Au total, la famille a été suivie lors des quatre consultations dans le dispositif de groupe transculturel auxquelles nous avons participé, notamment celles du 27 février 2023 et du 3 avril 2023. Cette recherche a été menée avec le consentement de la famille.

C'est à partir des entretiens en groupe que nous avons collecté les informations les plus précises mais aussi précieuses sur la famille. Les échanges cliniques nous ont permis d'entrer dans le dispositif de groupe, et à partir de celui-ci, d'observer les interventions de la thérapeute et la coopération des cothérapeutes dans le travail thérapeutique. Lors de nos suivis avec la famille, nous avons fait l'expérience de la rencontre métaculturelle décrite par Devereux. Fédida (2007), nous dira que la parole du patient n'est pas adressée à n'importe qui, ni dans n'importe quelles conditions, ces paroles sont adressées dans la temporalité de l'inconscient, ce qui permet à l'analyste une écoute singulière dans le transfert. Pour compléter notre recueil de données clinique nous avons utilisé l'observation en groupe. En ce sens, nous avons eu l'accès aux effets de la réalité psychique des participants, telles que les signes, les comportements, les interactions, les messages verbaux et non verbaux. C'est à partir de cette observation que nous avons construit les éléments de notre recherche. Durant les entretiens en groupe nous avons adopté une observation attentive que Ciccone (2014) évoque ainsi : le clinicien doit porter à l'autre avec une écoute active et bienveillante. Cela a été un élément fondement pour entrer dans la rencontre clinique. C'est pourquoi l'observation nous a inscrit dans la dynamique transférentielle avec les participants.

2.3 Méthode choisie de traitement des données

Pour mener cette recherche, nous avons utilisé la méthode de recherche qualitative. Cette méthode nous a permis de co-construire un sens pour la recherche avec les participants. Bien que notre participation lors des entretiens dans le dispositif de groupe ait été axée sur l'observation, nous avons pu donner un caractère subjectif et dynamique à la recherche à partir des récits des participants. La méthode qualitative est fréquemment utilisée dans la

démarche de recherche en psychologie clinique, car elle permet au chercheur d'explorer et de construire des éléments par le biais de l'interprétation. Cette méthode nous a semblé pertinente car elle nous a d'abord placés dans une posture clinique, puis dans celle du chercheur. Elle favorise la construction d'un matériel clinique riche grâce à l'interaction active des participants, ce qui permet la circulation des mots, des images et des récits (Bioy, Castillo, & Koening, 2021). C'est grâce à la méthode qualitative que nous avons recueilli le matériel clinique et formulé notre problématique.

Pour le traitement des données, nous avons utilisé la méthode de l'étude de cas. L'étude de cas est une méthode fréquemment employée dans les sciences humaines, qui permet une analyse détaillée et approfondie des sujets en situation réelle (Barlatier, 2018). En psychologie et en psychanalyse, l'étude de cas offre une analyse et une compréhension plus approfondie du sujet, d'un groupe ou d'une famille, en explorant ses aspects dynamiques. À titre d'exemple, Freud, le fondateur de la psychanalyse, utilisait lui-même l'étude de cas, comme dans les cas Dora, l'Homme aux loups, le Petit Hans, l'Homme aux rats et le Président Schreber. Il utilisait cette méthode pour construire et interpréter sa pratique clinique, passant ainsi d'une approche descriptive à une approche dynamique de l'inconscient (Val & Lima, 2014 ; Figueiredo, 2004).

C'est à partir de cette étude de cas que nous avons justifié l'utilisation de notre revue de littérature en mettant en corrélation les éléments cliniques observés avec les apports théoriques de la psychanalyse et de la psychodynamique. Nous avons choisi la méthode d'étude de cas en raison de son caractère interprétatif et exploratoire dans le domaine clinique. Par le biais d'étude de cas, nous avons pu obtenir des informations sur la vie psychique des sujets et ses aspects subjectifs. Comme le souligne Leitão (2018), la méthode de l'étude de cas découle d'un témoignage d'expérience clinique, permettant l'articulation des éléments transférentiels de la pratique clinique avec les concepts théoriques. En ce sens, l'étude de cas remplit une fonction de transmission en permettant au clinicien de partager son expérience clinique singulière à travers l'écriture et la narration.

Alors que notre écoute clinique en tant que stagiaire a été traversée par notre contre-transfert, c'est à partir de celui-ci que nous avons donné la possibilité de nous inscrire dans cette démarche de recherche. La démarche de recherche nous invite à avoir une posture éthique. C'est pourquoi nous adoptons cette posture envers ceux que nous avons rencontrés, et envers nous-même, dans la responsabilité de nous permettre d'entendre l'altérité de l'autre, tout en maintenant notre engagement envers la psychologie. En ce sens, nous nous positionnons dans une perspective clinique. Cela exige de nous d'être disponibles pour écouter

l'altérité, sans prétendre tout savoir. Comme le souligne Ciccone (2015), cette position doit être adoptée par le psychologue. Même si, en tant que cliniciens, nous possédons des connaissances, nous devons adopter une position clinique de doute et d'incertitude. Alors que nous nous engageons dans cette rencontre subjective, cela nous a permis d'approfondir notre écoute clinique. À partir de nos notes personnelles issues de l'observation des rencontres cliniques, nous avons dialogué avec les professionnels pour élaborer nos questions concernant la famille. Ces moments d'échanges ont été fondamentaux pour notre implication clinique. Ces échanges ont été d'une grande richesse et nous ont permis de nous inscrire dans un registre symbolique, dans l'idée même d'appartenir à un groupe.

2.4 Les conditions de passation

Pendant notre stage, nous avons participé à des entretiens cliniques au sein d'un dispositif de groupe. C'est au cours de ces entretiens que nous avons rencontré la famille. Nous avons intégré ce dispositif de groupe en tant que stagiaire en psychologie en janvier 2023 jusqu'à juin 2023. Au cours de cette période de stage, nous avons participé à ce dispositif de groupe en tant que cothérapeute. Les entretiens avec la famille avaient lieu une fois tous les deux mois, ce qui nous a donné l'occasion de les rencontrer lors de deux entretiens. Les entretiens de groupe duraient environ une heure. Ces entretiens ont été enregistrés et retranscrits afin de fournir un matériel clinique aux professionnels et aux stagiaires. Au départ, ces entretiens nous ont permis de connaître la famille et les écouter au sein du groupe. À partir de ces entretiens, nous avons observé les aspects intrapsychiques et intersubjectifs de la famille afin de mieux les comprendre. L'environnement groupal a constitué notre espace de dialogue et partage, ainsi qu'un espace de construction intersubjectif. Chaque membre du groupe occupait une place singulière. Grâce à chaque proposition des cothérapeutes, nous avons eu accès à différentes représentations, enrichissant ainsi notre expérience clinique. Les cothérapeutes apportaient une diversité d'hypothèses et de représentations pour un même objet, ce qui permettait d'enrichir la réflexion clinique. De plus au sein de cet espace groupal, l'interprétariat jouait un rôle essentiel en assurant la transition entre les langues, favorisant ainsi les liens et la mobilité des processus psychiques (Moro, 1994).

Synthèse : Au cours de notre stage au sein d'un Dispositif de Groupe Transculturel, nous avons rencontré une famille en situation de migration. Lors des rencontres étaient présentes la mère d'origine mongole et ses trois enfants : Saran, Mathilde et Sacha. Cette recherche a

été menée avec le consentement de la famille. C'est à partir des entretiens en groupe que nous avons collecté les informations les plus précises et les plus précieuses de la famille. Pour compléter notre recueil de données clinique nous avons utilisé l'observation en groupe. Pour mener cette recherche, nous avons utilisé la méthode de recherche qualitative. L'étude de cas est en effet une méthode précieuse pour une analyse approfondie et détaillée des sujets en situation réelle. Les résultats de l'étude de cas ont été mis en corrélation avec les apports théoriques de la psychanalyse et de la psychodynamique. Pour le traitement des données, nous avons utilisé la méthode de l'étude de cas. Ces entretiens avec la famille avaient lieu une fois tous les deux mois, ce qui nous a donné l'occasion de les rencontrer lors de deux entretiens. Les entretiens de groupe duraient environ une heure. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits afin d'avoir matériel clinique à la disposition des professionnels et des stagiaires.

3. TROISIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DES DONNÉES CLINIQUES ET DE LA PROBLÉMATIQUE CLINIQUE

3.1 Présentation de la situation retenue

Notre recherche s'est développée à travers la rencontre clinique d'un groupe transculturel avec une famille en contexte migratoire. Dans le cadre de notre stage, nous avons participé à deux rencontres cliniques en tant que cothérapeutes dans un Dispositif de Groupe Transculturel avec une mère et ses trois enfants. À la fin de chaque suivi, nous avons participé aux temps de débriefings, au cours desquelles le groupe, composé d'un thérapeute principal et de cothérapeutes, a eu des moments d'échange pour partager les éléments observés lors de la consultation. Dans ce contexte, les échanges successifs après la consultation ont permis de mettre en relation les éléments explorés par la dynamique familiale, tels que les processus intrapsychiques et intersubjectifs avec ressentis du groupe établis par le transfert et le contre-transfert. Tous les lundis, nous avons participé aux réunions d'équipe qui nous ont permis d'accéder à différents moments de réflexion clinique, ouvrant ainsi la voie à une analyse des situations et à la formulation d'hypothèses de travail a posteriori. Ainsi, les échanges cliniques avec notre tutrice de stage qui ont revêtu une grande importance pour nous interroger et réfléchir sur la psychodynamique possible de la famille.

Ce dispositif de groupe transculturel étant de seconde intention, nous recevons en consultation des familles venues d'ailleurs ainsi que parfois des patients seuls, en respectant

des indications précises. Le dispositif vise à créer conjointement un espace propice de co-construction avec les patients migrants, favorisant la compréhension de leur maladie, la construction narrative de leur histoire familiale ou migratoire, ainsi qu'une éventuelle expression de leur créativité individuelle. Dans le cas de cette famille, la demande nous est parvenue par l'intermédiaire de la psychiatre du Centre Médico-Psychologique, qui nous a signalé la problématique d'un jeune garçon présentant des symptômes spécifiques du langage. La psychiatre soulève la possibilité d'un diagnostic de Trouble du Spectre Autistique (TSA), qui n'a pas encore été établi de manière précise. La psychiatre se montre préoccupée par la fille ainée, Saran, en raison de son discours lisse, ce qui suscite des interrogations quant à la possibilité d'un trouble autistique similaire à celui de son frère. Ainsi, la professionnelle souligne la nécessité d'une intervention auprès de la famille en mettant en évidence la problématique liée au langage.

Lorsque cette demande est arrivée dans le dispositif, elle nous a posé des questions concernant ce jeune garçon qui est devenu le symptôme au sein de sa famille. Cela nous a amenés à réfléchir aux places et aux rôles occupés par les différents membres de cette famille, qui semblent isolés avec peu d'interactions entre eux. Dans ce sens, l'anamnèse réalisée par les professionnels a interrogé le symptôme de ce jeune garçon, alors que les professionnels du dispositif en groupe ont pour objectif de travailler sur la dynamique familiale. Cela a conduit le groupe à explorer la question du métissage culturel, les enjeux de la langue au sein de la famille, les rôles familiaux, les éventuels vécus traumatiques issus de leur parcours migratoire, les transmissions et les défauts de transmission, ainsi que la possibilité de construire le récit familial. À partir de ce contexte clinique, de l'alliance thérapeutique établie avec la famille et de l'analyse de nos contre-transferts, nous nous sommes intéressés à cette situation familiale qui nous a amenés à réfléchir aux enjeux de la transmission au sein de cette famille.

3.2 Éléments d'anamnèse de la famille

Madame H. est arrivée dans le dispositif de groupe transculturel accompagnée de ses trois enfants : Saran, Mathilde et Sacha, en juillet 2022, par l'intermédiaire de l'équipe soignante du Centre Médico-Psychologique (CMP) qui accompagne Sacha. Sacha est un jeune garçon de 6 ans qui est venu dans notre service avec des questionnements concernant le développement de son langage. Nous avons suivi cette famille à partir de leur troisième consultation dans le dispositif de groupe transculturel. Nous nous sommes appuyés sur les

éléments de son dossier daté de juin 2022, ainsi que sur les comptes rendus des consultations du groupe datés du 04 juillet 2022, du 12 décembre 2022, du 27 février 2023 et du 03 avril 2023.

Sacha est accompagné depuis deux ans par un pédopsychiatre au CMP et par une éducatrice spécialisée. La demande initiale de Sacha est centrée autour de la langue car il ne parle pas ni français ni mongol à la maison. D'après la pédopsychiatre, il n'accepte pas la langue mongole, et il fait des crises de colère inattendues. Sacha présente des difficultés de socialisation en groupe à l'école. Il est né un mois avant terme sans césarienne et est resté hospitalisé pendant 12 jours en raison d'un ictère. Il est le fils de Madame H. et Monsieur C., qui ont une autre fille, Mathilde, qui a 11 ans aujourd'hui. La famille est d'origine mongole. Madame H. a une fille issue d'une première union, Saran, âgée de 17 ans. Madame H. et Monsieur C. ont divorcés en septembre 2020. La veille de l'entrée de Sacha à l'école, le père a quitté le domicile. Après la décision du juge, Madame H. a dit passer par des moments difficiles avec ses enfants, car le juge a décidé que le père ne devait pas payer la pension alimentaire. Cette décision a contrarié Madame H., et elle a entrepris toutes les procédures nécessaires pour que le père ne puisse plus avoir la garde de ses deux enfants. La psychiatre qui accompagne Sacha au CMP nous a informés que Madame H. a été victime de violence conjugale, mais ce sujet n'a pas été abordé dans les consultations du groupe. Nous disposons de peu d'informations concernant le père.

En ce qui concerne la mère, Madame H. travaille dans un restaurant de sushi. Récemment, Madame H. est allée en Mongolie rendre visite à sa mère qui a récemment reçu un diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Elle est divisée entre son rôle de mère et de fille. Lorsque Madame H. est partie en voyage en Mongolie en septembre 2022 pendant un mois, elle a laissé les enfants seuls. Concernant son parcours migratoire, Madame H. a quitté la Mongolie à l'âge de 18 ans en 2007, d'abord pour se rendre en République Tchèque, où elle est restée deux ans. Elle dormait sur le site d'une usine dans laquelle elle était exploitée. Madame H. a finalement suivi sa cousine en France en 2009.

La fille aînée, Saran, est arrivée en France en 2021. Jusque-là, elle vivait avec sa grand-mère maternelle. Elle est inscrite au lycée en France, mais son intégration reste difficile. Lorsqu'elle est arrivée en France, son interaction avec ses deux frères était difficile. Saran ne connaissait sa fratrie que par le biais des réseaux sociaux. Elle ne connait pas le français. Madame H. dit que Saran *« est très timide elle a du mal à parler avec les autres ».*

La fille du milieu, Mathilde, est en CM2. Elle occupe une place particulière au sein de la famille, étant la seule à parler couramment le français. Elle gère certains rendez-vous

pour sa mère et l'accompagne pour traduire lors des rendez-vous médicaux et administratifs. Mathilde est née prématurément à 31 semaines et est restée hospitalisée pendant deux mois. Elle présente des maux de ventre ainsi que des pétéchies sur les jambes au cours du mois de décembre.

La communication au sein de la famille semble difficile. Madame H. communique avec ses enfants en mongol et un peu en français. Différents niveaux de communication sont observés au sein de la famille : avec sa fille aînée, madame parle en mongol ; avec Mathilde, elle mélange les deux langues, et avec Sacha *« ça dépend »*. En ce qui concernant la fratrie, Madame H. s'occupe davantage de Sacha, et les sœurs sont très présentes pour s'occuper de leur petit frère. Les premiers enjeux liés à la langue commencent à se manifester au sein de la dynamique familiale. Enfin, la famille sort rarement et reste souvent isolée à la maison.

3.3 Présentation des entretiens réalisés dans le cadre du Dispositif de Groupe Transculturel

Dans le cadre de notre stage, nous avons rencontré la famille lors de deux consultations au sein du dispositif de groupe transculturel, le 27 février 2023 puis le 03 avril 2023. Pour ses deux consultations précédentes, nous nous appuierons sur les verbatims mot à mot et les comptes rendus de supervision clinique qui ont été fondamentaux pour la compréhension de la demande de la famille et des premiers échanges avec le groupe. En ce sens, nous allons présenter notre l'observation en tant que cothérapeute de ces deux rencontres, ainsi des éléments cliniques relatifs aux relations intrafamiliales. Nous avons décidé de mettre en évidence les dialogues entre guillemets, ce qui est permis par la prise de note sous forme de script lors des deux consultations, afin de les rapprocher au maximum de la réalité des échanges et de la dynamique familiale.

3.4 Première rencontre

Nous avons rencontré la famille pour la première fois dans le Dispositif de Groupe Transculturel lors de leur troisième séance avec le groupe. Comme lors de chaque consultation, ils étaient accompagnés de Madame I., qui est interprète dans la langue mongole, et Madame P., pédopsychiatre qui suit Sacha au CMP. Le Dispositif de Groupe Transculturel est composé d'une psychologue en tant que thérapeute principale, Madame T., ainsi que de cothérapeutes,

dont cinq psychologues, une assistante sociale, une infirmière, un médecin psychiatre, et un stagiaire en psychologie, ainsi que deux observateurs et un scripte.

Le thérapeute principal présente le groupe à la famille et reprend des nouvelles. Nous observons une famille qui semble un peu inhibée avec un regarde distant. En ce sens, il est important de souligner que ce jour-là le groupe avait de nouveaux cothérapeutes et des observateurs. Pour cela, nous pouvons imaginer que la présence nombreuse des nouveaux participants pourrait susciter un éloignement de la part de la famille. Nous adoptons au sein du groupe une posture d'observation, alors que la thérapeute principale démarre la rencontre avec la famille. Les enfants sont très occupés, Sacha dessine avec Mathilde, et la fille aînée, Saran, écoute attentivement ce que sa mère raconte. Nous pouvons observer sur le visage de Saran une expression de tristesse et des difficultés à s'exprimer.

Lors de ce premier contact avec la famille, nous avons observé une mère demandeuse d'aide pour son fils. Nous remarquons dans son discours le besoin de pouvoir nommer la maladie de son fils. Madame peut donc dire que, depuis les dernières consultations, les choses vont mieux, qu'elle aussi a pu s'exprimer et manifester ce qu'elle souhaite et ce qu'elle ne souhaite pas pour son fils. Elle nous dit *« le mot tranquille je voulais dire que j'avais d'un peu de temps pour accepter ce que mon fils avait comme problème et jusqu'à maintenant on ne se sait pas ce qu'il a…et du coup c'était dans ce sens-là que j'avais dit tranquille ».* La thérapeute principale essaie d'explorer selon les référentiels culturels de Madame H. ce qu'elle pourrait imaginer concernant la possible maladie de son fils. Madame H. mentionne que sa nièce en Mongolie a développé des problèmes psychiques à l'adolescence. Elle explique que sa nièce a commencé à dire *« des choses insensées* » et qu'en Mongolie il y a peu de suivis médicaux, donc elle n'a pas été hospitalisée *« elle est chez elle mais chez nous dès que quelqu'un a un problème il va dans un hôpital psychiatrique et les gens, on les enferme, mais elle est à la maison, chez elle, elle a l'air d'être normale et d'un seul coup elle va sortir des choses incompréhensibles ».* Depuis l'accueil de la famille dans le dispositif, nous constatons l'absence de mention des figures masculines dans le discours de Madame. Alors que la thérapeute principale a essayé de demander à Madame des nouvelles de l'ex-conjoint de Madame. Madame H. nous explique que son père est décédé en 2002 et qu'elle a un grand frère qui est le père de cette nièce. Cela nous indique d'emblée les rôles et l'influence des figures masculines dans la dynamique familiale ne sont pas présentés. La mère ayant acquis un peu de confiance raconte qu'elle ne parle pas beaucoup avec ses enfants, se comparant aux autres mères qui parlent. Nous constatons que le sujet de parler aux enfants

suscite chez la mère des comportements d'évitement et de sidération, auxquels elle répond à plusieurs reprises *« je ne m'en souviens pas ».*

Au cours de la rencontre, l'une des cothérapeutes aborde la question de la tradition en Mongolie consistant à couper les cheveux des petits garçons. Madame nous explique qu'en Mongolie, il existe une tradition de couper les cheveux des enfants à l'âge d'entre deux et quatre ans. Elle précise *« les personnes positives, c'est le lama qui cherche la personne positive et c'est bien précis, entre telle heure et telle heure, il faut couper les cheveux. Il y a des critères : pas de personnes divorcées, pas alcooliques, une personne qui va très bien dans sa vie. C'est tout cela pour que le futur des enfants soit agréable pour eux »,* avec l'objectif que *« l'enfant, dans sa vie future, soit un peu comme la personne positive qui a coupé ses cheveux ».* La thérapeute principale demande si cette tradition vise à protéger les enfants, et Madame H. répond sans donner beaucoup d'explications *« je ne sais pas trop les significations, on enlève l'ancien et en rasant on repart sur du nouveau ».* Madame nous raconte que les cheveux de Sacha ont été coupés et qu'ils sont désormais conservés dans une boîte dans sa chambre. Madame dit que la nuit où elle a coupé les cheveux de son fils, il pleurait et criait. Ensuite, il tentait de ramasser ses cheveux et voulait les remettre sur sa tête *« il les ramassait par terre et voulait les coller sur sa tête, plusieurs jours il pleurait en se regardant dans la glace ».* Madame a coupé les cheveux de son fils juste après son divorce, elle nous raconte qu'elle n'a pas suivi les traditions de son pays, qu'elle a coupé les cheveux de Sacha la nuit quand il dormait, sans les rites habituels. Suite à cela, Sacha a porté un bonnet pendant dix mois et ne la laissait plus le toucher. En nous racontant la scène, la mère semble être confuse sans savoir vraiment pourquoi elle avait coupé les cheveux de fils. Dans une tentative de comprendre un peu plus, la thérapeute demande si elle avait fait le même rituel à ses deux filles. Madame sourit en disant *« j'ai fait ça pour mes trois enfants, pour ma grande c'était en Mongolie »,* et en faisant référence à Mathilde *« elle n'a pas aimé et ne voulait plus enlever son bonnet, c'était difficile ».*

3.5 Deuxième rencontre

Lors de notre deuxième rencontre avec la famille, nous avons observé des aspects importants qui nous ont permis de mieux cerner la dynamique familiale et les enjeux de la transmission. Dans les premiers échanges entre la thérapeute, Madame T., et Madame H., elle nous dit « *pas de nouvelles… comme d'habitude »,* mais que tout se passe bien avec les enfants et qu'ils vont à l'école. Nous percevons alors peu d'interactions entre la mère et ses

enfants, les regards sont toujours distants. Quand la mère sourit, elle cache sa bouche à chaque fois. La parole est ensuite donnée à la psychiatre, pour prendre des nouvelles de la famille. Nous avons alors été informés qu'il y avait eu des changements significatifs et importants lors des récentes consultations avec la famille au service de pédopsychiatrie *« Madame a pu dire que des mots avaient été échangés entre elle et sa fille aînée, que la relation était un peu meilleure. Elle a pu lui expliquer la raison qui motivait la demande de rapprochement familial, demander si sa fille souhaitait rester ou retourner en Mongolie »,* la psychiatre ajoute *« j'ai le sentiment que la consultation au groupe a mobilisé des choses dans la famille, mais que cela s'est retombé, et que Madame est encore un peu en Mongolie, auprès de sa mère, et peu dans sa parentalité ici et maintenant ».* Alors que cet échange avec la psychiatre nous a interpellé quant aux possibles changements des désirs de la fille aînée de rester ici et de la relation de madame avec ses fils, qui viennent s'inscrire au sein des relations au sein de la famille. En effet, lors des consultations, nous remarquons que Madame évite de nous partager ses nouvelles, ce qui nous fait penser à un mécanisme de rétention lié à ses émotions et à ses expériences traumatiques. Pour elle, ces changements ne viennent pas naturellement dans son discours, il est nécessaire que la thérapeute suscite la référence médicale pour obtenir des nouvelles de la famille. Dans les échanges, la mère essaie de dire des mots en français, mais c'est l'interprète qui fait le lien entre le groupe et la famille. Sacha prend Mathilde par la main, ils se placent sur la petite table disposée au centre du groupe pour faire des dessins. Sacha fait des allers-retours avec Mathilde, il lui fait des câlins et bisous. En revanche, ils interagissent très peu avec la grande sœur, et tout cela se passe presque sans mots, sans paroles.

Lors de cette séance, l'une des cothérapeutes a observé que Sacha manifestait un intérêt marqué envers les deux figures masculines présentes dans le groupe, notamment par son regard. Elle interroge alors Madame sur d'éventuelles différences de rôles entre les filles et les garçons au sein de sa famille ou dans ses souvenirs en Mongolie. Avec peu de souvenirs de son enfance et des manières de prendre soin en Mongolie, Madame H. répond *« je ne sais pas quoi dire, je ne sais pas si c'est différent si c'est un garçon ou une fille, on donne beaucoup d'attention aux filles pour les protéger* ». Dans son discours, Madame dit accorder plus d'attention à ses filles, alors que pendant la rencontre, elle et ses deux filles démontrent des comportements d'hyperprotection envers Sacha. Les cothérapeutes soulignent ce discours paradoxal de la mère qui dit protéger les filles, alors que finalement son attention est toujours portée vers le petit garçon. Sacha se déplace dans la salle au sein du groupe. À plusieurs moments, quand sa mère parle, il crie en émettant des sons. La mère essaie de lui parler et

demande à ses filles de contenir leur frère. Elles sont toujours attentives à tous les mouvements de Sacha pendant la rencontre. Nous percevons que Madame semble parfois honteuse des comportements de son fils. Au cours de la rencontre, nous observons également les deux filles. Malgré les tentatives de la thérapeute pour les impliquer dans le dialogue, elles semblent peu investies à interagir, que ce soit entre elles ou avec le groupe. Leur manque d'interaction suscite des interrogations quant à leur place dans la fratrie, à la langue qui est établie entre elles et leur inscription identitaire dans l'histoire familiale.

Le manque de figures masculines nous amène à penser à ces regards insistants que Sacha a envers les figures masculines dans le groupe. Cela pourrait s'associer à ces figures qui ne sont pas représentés dans la famille, mettant en évidence la fonction paternelle qui n'est pas nommée. Dans le discours de Madame, les hommes ne sont jamais évoqués. Le comportement de Sacha qui chercher ces figures dans le groupe suscite en nous l'image d'un petit garçon qui tente, à travers le regard, de combler ce manque. Alors que la thérapeute demande des nouvelles du père, nous observons que la mère s'inquiète d'en parler, nous disant juste qu'il parle avec les enfants. Mathilde, attentive à la conversation de sa mère avec la thérapeute, répond *« vacances de toussaint »,* faisant référence à la dernière fois que Sacha et elle ont vu leur père.

3.6 Dynamique familiale

Madame H. communique peu avec ses enfants sur son histoire. Elle ne partage pas son enfance en Mongolie et ne raconte pas d'histoires liées à son pays et à la vie qu'elle avait auparavant. Durant les premières rencontres avec le groupe, elle raconte très peu de souvenirs. Cette absence d'interactions avec les enfants nous interroge sur les éventuels événements traumatiques qu'elle aurait pu vivre, sur les difficultés liées à raconter sa vie d'avant, et les hypothèses des vécus traumatiques qu'elle aurait pu connaître pendant son parcours migratoire. Nous savons, avec peu de détails, qu'elle a été exploitée en République Tchèque, mais nous n'en savons pas davantage. Par la psychiatre, nous savons également qu'elle a subi des violences conjugales de la part de son ex-conjoint, un fait qu'elle ne nous a jamais raconté. Saran, la fille aînée, est arrivée en 2021. Depuis son arrivée dans la famille, les interactions entre mère et la fille sont difficiles. Madame raconte le manque de compréhension entre elles. Selon Madame H., elles ont des personnalités très différentes. Madame dit être bavarde et *« parler avec tout le monde »,* tandis que sa fille est *« très timide…elle a du mal à parler avec les autres ».* Les deux sœurs communiquent entre elles en utilisant *« le mongol de la*

rue », que Madame ne connaît pas. Madame nous dit qu'elle voyait sa fille pleurer car sa grand-mère lui manquait *« je ne pensais pas qu'elle serait triste à ce point-là ».* La communication s'avère difficile au sein de la fratrie.

La communication au sein de la fratrie est basée sur les gestes, surtout la communication entre les enfants qui ne parlent par la même langue. Saran parle mongol et très peu français, Mathilde parle couramment français et très peu mongol, et Sacha ne parle aucune langue. Madame nous dit que c'est difficile de faire des activités en famille *« c'est un peu compliqué de réunir tout le monde parce que Mathilde ne comprend pas tout le mongol, ma grande, il n'y a pas de souci, je peux regarder un film, mais mon dernier il ne comprend pas, du coup c'est très compliqué de passer du temps ensemble, chacun fait ses activités ».* Le silence et le manque de partage de la culture mongole par la mère peuvent entraîner des conséquences psychologiques significatives sur les enfants. En ce sens, nous observons chez la famille : un le sentiment d'isolement, le manque des représentations culturelles, et la manière dont les langues circulent dans la famille. L'assistante sociale qui accompagne la famille lors des visites à domicile partage son observation, qui devient un élément important pour comprendre la dynamique familiale. Elle nous raconte que la famille ne mange pas ensemble. Chaque enfant mange quand il veut, ils mangent tôt le soir et après ils vont coucher. Il n'y a pas une langue commune. Le groupe essaie de faire circuler la parole auprès de Madame pour comprendre si cela pourrait être un problème pour les enfants. Chacun cherche à sa façon de se communiquer au sein de la fratrie, envers le petite garçon les gestes prennent beaucoup plus de force et de spontanéité.

3.7 Points d'étonnement et interrogations cliniques

Comme nous l'avons vu lors du déroulement précédant les rencontres du groupe avec la famille, nous nous interrogeons sur plusieurs points concernant ce dysfonctionnent familial lié aux enjeux de la migration. Tout d'abord, la demande centrée sur le mutisme du petit garçon, qui semble être porteur d'une souffrance familiale. Nous remarquons que Madame rencontre des difficultés à transmettre certains éléments de sa culture aux enfants et à leur histoire familiale, ce qui suscite des interrogations quant aux éventuels traumatismes qu'elle aurait pu subir au cours de son histoire (avant et pendant son parcours migratoire). Ces expériences suscitent des interrogations quant au fonctionnement psychique de Madame, qui se manifeste davantage à travers son silence. Un autre élément important est la place de la langue dans cette famille, qui empêche le récit familial et cristallise les rôles au sein de la

dynamique familiale (la place de la fratrie, la place de la parentalité). Nous percevons la souffrance de la fille aînée qui parle peu en raison de ses difficultés à partager la même langue avec ses frères et le changement récent de pays, ainsi que la fille du milieu qui manifeste des symptômes psychosomatiques. Ces interrogations nous amènent à réfléchir à l'inscription de cette famille dans une dynamique familiale en dysfonctionnement.

3.8 Réflexion problématique relative à l'échantillon d'étude

À partir de notre observation des différentes rencontres de la famille avec notre groupe, nous sommes invités à revenir au point de départ lié à demande initiale dans l'équipe. Pendant les consultations, il a été possible d'observer des mécanismes et des mouvements qui nous amènent à élaborer notre problématique. Tout d'abord, il est important de souligner que cette famille se présente au groupe par l'intermédiaire d'une pédopsychiatre, avec une demande spécifique centrée sur le symptôme de Sacha. D'ailleurs, cette famille, dans un scénario spécifique de migration, nous invite à réfléchir la place du symptôme.

Le groupe vient dans une seconde intention pour travailler les dynamiques inconscientes et culturelles de la famille. Notre position en tant que chercheur et cothérapeute nous mobilise dans notre contre-transfert pris dans cette dynamique de groupe. Ce travail avec la famille mobilise notre contre-transfert en plusieurs temps, d'abord pendant les consultations avec la famille et durant le temps de la recherche scientifique. Nous sommes interpelés pendant les rencontres par le vide apparent, le sentiment que cette famille n'a pas d'histoire. Notre contre-transfert nous amène à élaborer une problématique liée à la transmission. Ainsi, pourrions-nous la formuler :

En quoi, le symptôme de l'enfant peut être lié aux enjeux de la transmission dans les familles venues d'ailleurs ?

Nous avons pour objectif d'étudier la dynamique familiale dans le contexte de la migration, en nous intéressant particulièrement à ce qui est transmis entre les générations. Nous adoptons une approche psychodynamique qui s'appuie sur la théorie psychanalytique et l'ethnopsychanalyse.

Nous élaborons cet ensemble des questions qui guideront notre réflexion à partir de nos observations de cas :

Comment la transmission psychique peut être liée à la parentalité et à l'exil ?

Quelles sont les voies possibles pour que la transmission puisse à nouveau se faire entre les générations ?

Comment les enfants migrants trouvent leur place dans une dynamique familiale marquée par des ruptures ?

Comment un dispositif de groupe transculturel peut-il travailler avec les familles migrantes ?

Comment aborder la clinique transculturelle au-delà du symptôme ?

Quelle est la place du récit dans la constitution de l'héritage familial ?

Synthème : Lors de cette partie de présentation des données cliniques, j'ai exposé le Dispositif de Groupe Transculturel. À la suite d'un échange avec l'un des professionnels du service, mon intérêt s'est porté sur le cas de la famille C. Grâce à ce groupe, j'ai eu l'occasion de rencontrer Madame, Sacha, Saran et Mathilde. En tant que cothérapeute, j'ai participé à deux séances avec la famille. La famille est venue au groupe avec une problématique liée au langage de Sacha, un garçon de 6 ans. La communication au sein de la famille est difficile, car les frères et Madame ne partagent pas de langue en commun. La famille semble éprouver de la tristesse, de l'angoisses et de la souffrance. La communication au sein de la fratrie repose essentiellement sur les gestes, en particulier entre les enfants qui ne parlent par la même langue. Saran parle mongol et très peu français, Mathilde parle couramment français et très peu mongol, tandis que Sacha ne parle aucune langue.

4. QUATRIÈME PARTIE : ANALYSE THÉORICO-CLINIQUE ET DISCUSSION

Nous allons présenter dans cette partie notre analyse en lien avec la théorie que nous avons développé en amont. Nous soulignons qu'il s'agit d'hypothèses construites à partir de nos observations cliniques. Notre objectif sera de présenter une réflexion clinique en prenant en compte nos interprétations ainsi que la dimension culturelle de cette famille et ses mouvements psychiques.

4.1 La dynamique au sein de la famille

La complexité des relations familiales nous a amenés à faire une analyse et à soulever des hypothèses dans l'ensemble familial. La famille est insérée dans une situation transculturelle, comme souligne Birman (2022), l'exil est marqué par pertes et ruptures. Dans cette famille nous avons repéré quelques pertes : la perte des liens familiaux qui restent en Mongolie avec très peu de contact, le deuil lié à la mort du père, le divorce, la perte de la langue maternelle, les codes. Madame a souligné lors des consultations qu'elle n'était pas retournée en Mongolie depuis plusieurs années. Pour ce dernier voyage, elle y est retournée à cause de la maladie d'Alzheimer de sa mère. D'après ce que Madame nous a raconté, elle est divisée entre *« ici et là-bas ».* Sa mère est investie d'une libido qui devient un objet d'amour/haine, source d'angoisse pour sa fille ainée, Saran, ainsi que pour elle-même. Durant les consultations, Madame signale la tristesse de sa fille d'avoir quitté sa grand-mère. Nous observons chez Madame la division entre le rôle mère-fille être « ici et là-bas », entre la France et la Mongolie. Cela peut indiquer une confusion psychique concernant la signification de ce deux place mère-fille. Cette position d'être entre les deux pays peut réactiver les souvenirs traumatiques vécus par Madame avant et pendant son parcours migratoire, ce que nous soulevons comme une hypothèse. Comme le soulignent Giraud et Moro (2002), le parent en contexte migratoire fait appel à de nouvelles représentations culturelles. Nous nous demandons quelles sont les représentations de la parentalité pour Madame : celles de son pays d'origine ou celles du pays d'accueil ? Cela peut indiquer comment les dimensions et les liens intersubjectives sont établis au sein de la famille. Nous pensons également au rôle du miroir dans la relation mère-fille en ce qui concerne les mécanismes d'indentification, étant donné que Madame reconnaît que sa fille traverse une période de rupture liée à ses origines et aux changements culturels.

Saran, pendant les consultations, présente un air de tristesse et interagit peu avec le groupe et sa famille. Nous savons qu'à l'école, elle présente le même comportement, réprimé avec peu de discours. Saran est arrivée en France il y a un an, et nous pouvons souligner que ce changement, marqué par pertes et ruptures, peut entraîner des états dépressifs, un désinvestissement dans le monde, un repli sur soi et un éloignement de ses émotions, comme le mentionne Douville (2022). Ainsi, Saran a peu de dialogue avec sa mère, ce qui nous fait penser aux sentiments de colère et d'injustice qui traversent les enfants migrants. Saran peut inconsciemment culpabiliser sa mère d'avoir coupé ses liens avec sa grand-mère, ou la rendre responsable de l'avoir emmenée dans un autre pays, la confrontant à un choc culturel (apprentissage d'une nouvelle langue, de nouveaux codes, et différentes attentes culturelles).

Comme le souligne Birman (2022), dans ce processus de migration qui transite entre le symbolique et le réel, nous sommes amenés à indiquer que Saran signifie son arrivée en France à une mort symbolique de sa grand-mère, l'arrivée en France l'empêche de continuer ce lien. Ainsi, elle peut faire un déni de la culture d'accueil face aux difficultés d'adaptation dans cet environnement. Saran est une jeune fille, et nous pouvons associer ce moment à des transitions, sa transition du passage de corps et angoisses de l'adolescence à la vie adulte, ainsi que la transition entre les deux cultures. Nous avons très peu de matériel clinique concernant Saran, ce qui limite notre capacité à approfondir davantage son cas.

Nous observons la tentative de Madame de pouvoir nommer la maladie de son fils. Il est important de noter que cette tentative de nomination est un recours symbolique visant à donner une signification réelle à la maladie de Sacha, c'est-à-dire nommer le trouble psychique de Sacha. Dans une perspective ethnopsychanalytique, il est essentiel de comprendre que Madame ne dispose pas des mêmes codes en Mongolie. Même si elle est en France, elle reste liée à une représentation des soins et de la maladie propre de sa culture. Cela peut entraîner un conflit intrapsychique entre les significations déjà inscrites dans le symbolique et les nouveaux codes de la culture d'accueil.

La place de Mathilde nous interroge également et soulevé des questionnements concernant sa place au sein de la famille. Elle semble être une fille bien adaptée au sein de la famille. Le comportement de Mathilde nous amène à penser qu'elle est le porte-parole de la famille, étant la seule à parler couramment français et à accompagner sa mère aux rendez-vous. Cette enfant est surchargée de responsabilités qui l'amènent à grandir rapidement pour faire face aux situations familiales. Selon l'anamnèse de Mathilde, nous savons qu'elle a des manifestations psychosomatiques, ce qui nous renvoie à la pensée de Marty (2006), selon laquelle le psychosomatique est lié à un échec dans la constitution du Moi en raison d'une relation mère-enfant insatisfaisante. L'absence de représentation dans le psychisme conduit à une expression corporelle des tensions psychiques. Mathilde est responsable de faire le lien entre les membres de la famille et de connecter les deux mondes dehors et dedans. Nous émettons l'hypothèse d'un métissage culturel chez Mathilde, une sorte d'entre entre les deux cultures, où elle est très adaptée au discours, mais n'exprime pas sa subjectivité. Lors des consultations, elle transmet un sentiment de tristesse.

Sacha est né prématurément, et nous savons que les premiers soins maternels sont fondamentaux pour la constituions psychique du bébé. Dans la situation de l'exil, ce moment peut devenir un évènement traumatique en raison des conditions des soins. Sacha est resté 12 jours à l'hôpital en raison d'un ictère. Nous pouvons faire référence à la théorie de Winnicott

sur la mère suffisamment bonne, celle qui répond de manière adéquate aux besoins de son enfant (holding et handling). Lorsque la mère ne répond pas à ses besoins, l'enfant éprouve le sentiment d'abandon lié à un environnement non sécurisé et doit faire face à des angoisses archaïques. Les soins primaires qui ont fait défaut dans les premiers jours de vie de Sacha nous amènent à penser qu'une relation fusionnelle s'est établie avec sa mère, selon les comptes rendus, ce petit garçon qui dort collé à sa mère et se réveille pendant la nuit pour vérifier si elle est là. Durant les consultations, Sacha communique sans langage verbal. Il exprime ses angoisses archaïques pour communiquer.

Le manque de capacité à faire face au deuil causé par le divorce des parents peut probablement être attribué à des insuffisances dans le développement précoce de Sacha. Il semble que l'environnement dans lequel il a grandi n'ait pas été suffisamment sécurisant pour favoriser son développement psychique, ce qui a pu réveiller des angoisses archaïques. Selon Klein (1946), l'incapacité à traverser une phase de position dépressive contribue à son angoisse de perte. Lorsque Sacha est confronté à la difficulté d'accepter la perte de son père à un stade de développement précoce, cette figure paternelle est perçue comme symboliquement morte, même si le père est en vie. Cette mort symbolique peut être liée au moment où le père quitte la maison avant que Sacha n'entre à l'école. Ainsi, il est important de repérer ce moment, lorsque Sacha entre en contact avec le monde extérieur pour la première fois, car ce monde extérieur peut être perçu comme menaçant.

4.2 La transmission psychique transgénérationnelle

Cette tradition de couper les cheveux en Mongolie nous amène à réfléchir si ce rituel pourrait avoir une inscription symbolique pour la mère. Ce mouvement symbolique pourrait établir un lien entre Madame et Sacha, favorisant ainsi la transmission intergénérationnelle et exprimant le désir de la mère de donner un bon avenir à son fils. Dans ce sens, nous nous interrogeons également sur la tristesse exprimée par Madame, qui pourrait indiquer un passage à l'acte en réaction à l'angoisse liée à la séparation. En analysant le contexte culturel en Mongolie de couper les cheveux des garçons, l'adulte qui effectue cette coupe transmet symboliquement une partie de ses qualités internes et de son matériel intrapsychique à l'enfant. Dans cette situation, c'est la mère qui coupe les cheveux de l'enfant, et selon l'anamnèse dont nous disposons, elle semble présenter un cadre dépressif, ce qui nous amène à envisager l'hypothèse qu'elle puisse également être traumatisée. En termes des fantasmes inconscients, même si elle n'adhère plus aux codes de sa culture et n'en respecte plus les normes, elle en est

imprégnée. En ce qui concerne les mouvements inconscients, nous pouvons supposer que l'angoisse surgit au moment où elle transmet des éléments à son enfant en coupant ses cheveux. En ce qui concerne la transmission psychique traumatique, nous pouvons constater qu'au moment où la mère coupe les cheveux de son enfant, elle commet une transgression fondamentale, car il y a des critères pour ce rituel traditionnel, tels que : pas de personne divorcée, dans un mauvais état d'esprit, habituellement réalisé par le Lama. Dans cette hypothèse, l'enfants a reçu par la transmission psychique les angoisses de sa mère. Alors que ce rituel est censé être un geste protecteur symbolisant la force intérieure et la stabilité de la personne que coupe.

Qu'est-ce qui réunit tout le monde dans cette famille ? Qu'est-ce qui fait que tous ne peuvent pas regarder la même chose (le film) ? Qu'est-ce que les trois regardent ensemble ? Lors de la consultation, nous observons que la demande tourne autour du symptôme de cet enfant. La famille se réunit, et ce qui est observé manière inconsciente pour eux, c'est cet enfant. C'est cet enfant qui ne parle pas une langue, qui ne communique pas par la voie du langage. La famille convoque une attention commune sur cet enfant, ce qui finalement les relie. La place de ce symptôme, pour notre interprétation, nous permet de voir qu'il s'agit d'un symptôme qui permet de rassembler une famille, d'attirer une attention conjointe sur le même objet. Est-ce une prémisse ou solution ? Il signifie qu'ils peuvent être ensemble. Dans ce cas, il permet de construire et de partager avec la famille des éléments inconscients. Cela permet de partager quelque chose qui ne passe pas par le langage, c'est pourquoi cet enfant n'utilise pas la voie du langage. La réponse que nous pouvons avancer est qu'il devient une voie pour relier les cultures qui ne sont pas partagées dans l'ensemble. Selon Trachtenberg (2017), la transmission psychique traumatique ne s'opère pas par la parole, le traumatisme cherche des mécanismes inconscients pour se préserver et survivre psychiquement.

Nous envisageons donc la possibilité que Madame ait réalisé ce mouvement comme un passage à l'acte après son divorce. Dans un moment d'angoisse, par la voie de la transmission psychique, elle aurait transmis un traumatisme psychique à son enfant. Par cette voie de le transmission psychique, Madame aurait transmis à Sacha des éléments traumatiques qu'elle porte de manière inconsciente et qui cherchent à s'exprimer. La manière dont cela s'est passe avec Sacha révèle du surgissement, survenant sans prévenir, de manière inattendue. Au moment où il dort, la mère arrive de manière surprenante. Comme le souligne Freud (1920), dans le traumatisme réel, le Moi n'est pas préparé, il est pris par surprise par un événement. À ce moment-là, le Moi est attaqué avec une telle intensité qu'il ne peut pas élaborer cette expérience, ce qui génère une expérience traumatique.

Nous pouvons imaginer que, dans cette scène, cela a été aussi violent pour le psychique de l'enfant qu'il n'a pu élaborer. Nous posons comme hypothèse que ce que la mère met en acte devient inassimilable pour l'enfant, relevant de l'ordre du traumatique, ce qui vient sidérer les ressources symboliques de cet enfant. Après cette scène, le garçon a éprouvé des moments d'angoisse extrême, se manifestant par des pleurs, des cris, et cherchait à coller ses cheveux sur la tête. Pendant des mois, l'enfant porte sa casquette pour ne pas accepter sa nouvelle image corporelle. Sur un plan métapsychologique, nous pouvons observer une désintégration du Moi, où la scène traumatique vient attaquer le Moi. Le mécanisme du clivage sert à défendre la moitié du Moi afin qu'elle ne soit pas entièrement prise.

Nous pourrions émettre l'hypothèse que lorsque la mère coupe les cheveux de son enfant, elle transgresse. En effet, elle coupe des éléments qui préviennent de la culture, ce qui entraîne une rupture brutale de la transmission culturelle. Une autre hypothèse serait qu'elle pourrait couper le lien avec la figure masculine, surtout si cela se produit peu de temps après le divorce. Cela renforcerait l'idée selon laquelle la figure masculine n'est pas présente dans son discours, mais de manière inconsciente. Un symptôme est un compromis, il peut mobiliser plusieurs éléments inconscients au sein d'une famille. Dans ce cas spécifique, le symptôme de cet enfant sert à mettre en narrativité une histoire familiale qui n'est pas racontée. Madame ne parle pas de son enfance, elle ne raconte pas son histoire avec ses enfants, et ces derniers ne disposent pas d'un imaginaire ni d'un symbolisme pour relier leurs origines.

4.3 Le groupe transculturel

Nous allons mettre en évidence les éléments que nous choisissons pertinents concernant la famille lors de l'accompagnement thérapeutique dans le Dispositif de Groupe Transculturel.

Nous avons observé pendant les consultations une famille inhibée, avec peu d'interaction entre eux au sein du groupe. Cela, nous a mis en évidence la fragilité des liens intersubjectifs et de l'investissement affectif entre la mère et les enfants, ainsi qu'entre la fratrie. Il y avait une pauvreté des ressources fantasmatiques, de contenus de rêverie, et très peu de souvenirs partagés. Au début des entretiens, la famille semblait présenter très peu des ressources psychiques, telles que des capacités de symbolisation et des ressources imaginaires. Nous avons observé des moments de sidération de la pensée, surtout lorsque les éléments liés à l'histoire de vie étaient abordés. Madame et les enfants semblaient avoir peu de ressources psychiques dans le processus association.

Nous avons repéré que les enfants, Sacha et Mathilde, communiquaient avec le groupe à travers le dessin et par le jeu. Cet espace a proposé une « aire intermédiaire », comme le souligne Winnicott (1971), où les enfants ont pu découvrir cet espace groupal pour exprimer et réélaborer leurs émotions. Ainsi, nous avons observé les changements significatifs de démonstration de l'affectivité au sein de la fratrie. Au cours des séances en groupe, Madame a exprimé que les *« choses avaient changé »* depuis le début des consultations, ce qui indique les effets thérapeutes de ce dispositif en groupe, la mobilisation des contenus qui étaient réprimés dans le récit familial et qui sont abordés en consultation. La circulation de la parole entre les cothérapeutes et de la famille active les processus de symbolisation. Cet espace favorise la rencontre et le déploiement du fonctionnement psychique de cette famille (Moro, 2020).

Les consultations en groupe ont permis le changement de places, comme nous l'avons observé dans le cas de Mathilde. Pendant les consultations, elle sort de cette position inter linguistique et peut assumer sa place d'enfant. Au sein du groupe, l'interprète assume une place fondamentale pour établir le lien entre la famille et le groupe. Pour cela, Mathilde cède cette place au sein du groupe en exprimant des pulsions infantiles qui étaient auparavant inhibées. La présence de mots dans en langue mongole nous laisse penser que cet espace de groupe est le seul endroit où Saran peut maintenir vivante sa langue maternelle. Saran a décidé de rester en France avec sa mère et ses frères. Nous observons le lien qui se forme entre la mère et la fille. Ainsi, Madame, qui avait envisagé de partir au Canada, a finalement choisi de rester en France. Comme le souligne Kaës (2015), le groupe est un espace de parole où les membres sont mobilisés à travers celle-ci pour accomplir un travail de transformation des représentations des choses en représentations de mots qui seront adressées à un autrui. Ce travail de groupe est construit grâce à l'alliance thérapeutique établie entre ses membres, en mobilisant un travail pulsionnel avec des investissements narcissiques.

Cet espace groupal vise à travailler les liens intrafamiliaux entre les générations, en mettant l'accent sur la participation active de toute la famille dans un récit familial. La famille est invitée à parler. Le thérapeute et les cothérapeutes adoptent une approche transculturelle pour mobiliser des éléments importants, tels que les souvenirs, les rêves, l'héritage familial, la culture et la langue. Dans cette perspective, il est essentiel d'observer ces changements significatifs qui se produisent à travers les mouvants intrapsychiques et intersubjectifs, tout en reconstruisant leur histoire famille (Veuillet-Combier, 2022). La reconstitution de leur histoire de vie passe par un processus narratif dans lequel chaque membre de la famille est invité à raconter les évènements de son histoire (Chouvier, 2022).

4.4 Pistes et propositions cliniques référées à la théorie

Moro (2020, p. 13), souligne que « c'est l'ensemble de la famille qui est pris en charge dans ce cadre transculturel ». Moro a apporté une contribution significative à la recherche sur l'exil en France, en abordant les défis de cette clinique, les nouveaux modes d'intervention, et en proposant une nouvelle technique de groupe pour accueillir et accompagner les familles immigrantes. Les dispositifs de groupe transculturels constituent une approche de soin visant à aider les familles confrontées à des situations complexes liées à la migration.

À partir des éléments que nous avons pu étudier dans notre cas clinique et des questions soulevées par notre problématique, nous soulignons tout d'abord l'importance de poursuivre cet accompagnement thérapeutique pour cette famille. Il serait essentiel de continuer ce suivi afin de permettre à la famille de travailler davantage sur les éléments de son histoire familiale, de clarifier les places au sein de la famille, de favoriser la narrativité dans un espace collectif de partage, de traiter les problèmes liés à l'isolement social, et de permettre l'expression des conflits dans la langue maternelle. Par ailleurs, il serait bénéfique d'offrir à Madame un suivi psychothérapeutique individuel, lui permettant d'explorer les hypothèses liées aux situations traumatiques auxquelles elle a été confrontée.

Cependant, lors de la dernière réunion d'équipe, nous avons été informés que le service ne poursuivrait pas l'accompagnement de la famille. L'équipe propose plutôt de se concentrer sur le suivi individuel pour Madame et de maintenir l'accompagnement de Sacha avec le pédopsychiatre du CMP. L'équipe estime qu'il y a eu des changements significatifs, mais qu'il reste encore du travail pour apaiser l'angoisse des enfants.

4.5 Ouverture et interrogations restées en suspens

Malgré les informations collectées et les rencontres avec la famille, certaines questions nous ont fourni des indices pour formuler nos hypothèses et tenter de répondre à certains questionnements. À partir de notre recherche, il serait possible de poursuivre des investigations sur la relation mère-enfant en approfondissant les aspects psychopathologiques liés à l'exil, ainsi que les effets de l'exil sur le développement infantile, et la fonction paternelle des familles en exil, un domaine qui reste peu exploré avec peu de littérature existante. Nous avons cherché, à partir des informations recueillies, à comprendre les défis auxquels est confrontée une famille qui intègre un dispositif de groupe en raison de sa souffrance. Cependant, certaines interrogations subsistent quant aux traumatismes que Madame a pu subir au cours de son

parcours migratoire, nous n'avons pas plus d'informations à ce sujet, ce qui limite notre compréhension des conséquences traumatiques. De plus, le soulèvement du diagnostic de Sacha par la pédopsychiatre est un élément sur lequel nous manquons d'informations. En ce qui concerne les deux filles, Saran parle très peu lors les consultations, et Madame ne présente pas beaucoup d'éléments, tout comme Mathilde. Enfin, nous disposons de très peu d'informations sur le père.

Synthèse : À partir de ce Dispositif de Groupe Transculturel, nous avons eu l'opportunité de rencontrer la famille et d'écouter leur histoire familiale. Les relations familiales sont marquées par une complexité découlant de plusieurs pertes au sein de la famille. Madame, en particulier, évoque le fait d'être prise entre deux cultures, ce qui peut raviver des souvenirs d'événements traumatiques liés à son parcours migratoire. La fille aînée, Saran, semble éprouver de la tristesse, cela semble être lié aux faits d'avoir quitté sa grand-mère et aux changements culturels. Mathilde semble être la porte-parole de la famille, elle aide également sa mère aux rendez-vous médicaux. Sacha, depuis sa naissance, a connu des carences dans les soins maternels et semble avoir du mal à faire face au deuil causé par le divorce de ses parents. Un rituel de coupe de cheveux réalisé par sa mère peut revêtir une signification symbolique et susciter de l'angoisse au sein de la famille. Il est important de noter que le symptôme de Sacha devient un moyen pour la famille de se réunir et de partager des éléments inconscients.

Conclusion

La conclusion est, la partie où nous pouvons nous exprimer à la première personne du singulier, « je », et nous distancier du « nous ». C'est le moment de pouvoir parler de mon inscription subjective dans cette écoute clinique au travail contre-transférentiel. Mon travail clinique en groupe m'a fait éprouver un sentiment d'étrangeté. Mon écoute dans cette clinique singulière, qui est la clinique avec les migrants, est aussi une clinique qui est la mienne et qui parle de mon parcours jusqu'à présent. Cette proximité m'a demandé un travail de recul et de double décentrage, car être impliqué dans un cas complexe, dans une problématique que je crois être complexe, m'a défié. J'ai expérimenté dans le contre-transfert des angoisses culturelles qui me traversaient et qui n'étaient pas inscrites dans le langage. Il a fallu imprimer, écrire, dessiner,

élaborer et créer comme moyen d'accéder à ce qui est en dehors de ma compréhension. Les rencontres avec la famille m'ont défié. J'ai dû m'arrêter, respirer et prendre du recul professionnel pour pouvoir donner du mouvement à ce qui était sidéré. Il fallait en parler. Je me suis senti handicapé.

Durant ma recherche, j'ai été limité par le facteur temps. Pendant une période de six mois, j'ai rencontré la famille à deux entretiens en groupe. La prise en charge du dispositif ne m'a pas permis d'organiser davantage de rencontres. Lors des deux entretiens de groupe avec la famille, nous avons eu un nombre considérable de cothérapeutes, ce qui peut avoir suscité chez la famille des sentiments tels que l'étrangeté ou la timidité. En ce qui concerne la recherche littéraire, j'ai constaté un manque d'études portant sur la fonction paternelle dans le contexte de l'exil.

Le processus d'élaboration de cette recherche clinique a constitué pour moi une occasion d'apprentissage, de réflexion personnelle et de découverte. Ce mémoire m'a permis, malgré ses limites, de développer des hypothèses et d'obtenir des pistes concernant la famille. J'aurais souhaité participer à la dernière consultation avec la famille, car je considère cela comme une étape importante pour finaliser cette recherche. Ce dispositif de groupe a été important dans l'accompagnement de cette famille en situation transculturelle. À partir de notre expérience clinique, j'ai observé des mouvements significatifs qui peuvent indiquer des processus d'élaboration psychique au sein de la famille à travers la mise en récit de leur histoire familiale.

Bibliographie

Barlatier, P. (2018). Chapitre 7. Les études de cas. Dans Chevalier, F. éd., *Les méthodes de recherche du DBA* (pp.126-139). Caen : EMS Editions. doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0126

Baubet, T., & Moro, M. (2000). L'approche ethnopsychiatrique. *Enfances & Psy*, no<(sup> 12), 111-117. doi.org/10.3917/ep.012.0111

Bioy, A., Castillo, M., & Koenig, M. (2021). Chapitre 1. La méthode qualitative et ses enjeux. Dans Bioy, A. éd., *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 21-33). Paris : Dunod. doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0021

Birman, J. (2022). Le sujet et la clinique de l'exil. *Psychologie Clinique*, 53, 26-36. doi.org/10.1051/psyc/202253026

Bourguignon, M., Katz, M., & Piccolo, G. L. (2022). L'étayage groupal en exil, un soutien à la transmission subjectivante entre générations. Dans Veuillet-Combier, C. et al., *Familles et transmission à l'épreuve de la migration* (pp. 77-104). Paris : Éditions In Press.

Burgos, É. (2007). Georges Devereux historien. *Le Coq-héron,* 190, 65-73. doi.org/10.3917/cohe.190.0065

Cerea, A. (2020). Georges Devereux et l'ethnopsychiatrie : fonder sa science et assurer sa consécration. *Revue d'histoire des sciences humaines*. 37, 2020, 193-208. doi.org/10.4000/rhsh.5389

Ciccone, A. (2012). Fantômes et fantasmes de transmission. *Cliniques méditerranéennes*, 86, 45-58. doi.org/10.3917/cm.086.0045

Ciccone, A. (2015). Fondements de la position clinique face au discours social dominant. *Bulletin de psychologie*, 538, 277-284. doi.org/10.3917/bupsy.538.0277

Chouvier, B. (2022). Le conte et la construction de soi. *Dialogue*, 235, 21-33. doi.org/10.3917/dia.235.0021

Douville, O. (2022). Expériences limites de l'exil, du « non-lieu » à l'abri. *Recherches en psychanalyse*, 34, 47-60. doi.org/10.3917/rep2.034.0047

Daure, I., & Reveyrand-Coulon, O. (2019). *Le migrant et sa famille : Défis interculturels en psychologie clinique.* Paris : ESF.

Drain, E. et al. (2021). Les outils transculturels dans la clinique de liaison en maternité. Dans Mouchenik, Y., et al. *Pratiques transculturelles les nouveaux champs de la clinique* (pp. 93-110). Paris : Éditions In Press.

Drweski, P. (2022). La répétition migratoire : entre rupture et transmission. Dans Veuillet-Combier, C. et al., *Familles et transmission à l'épreuve de la migration* (pp. 59-75). Paris : Éditions In Press.

Fédida, P. (2007). Du rêve au langage. *Annuel de l'APF*, 2007, 165-199. doi.org/10.3917/apf.071.0165

Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam* 7 (1). Jan-Mar 2004. doi.org/10.1590/1415-47142004001006

Fabregat, M. (2009). Défauts de transmission symbolique dans la migration. *Dialogue*, 185, 29-42. doi.org/10.3917/dia.185.0029

Freud, S. (1920). Além do Principio do Prazer. Dans Freud, S. *História de uma neurose infantil : o homem dos lobos* (pp.161-239). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo : Campanhia das Letras.

Giraud, F., & Moro, M. (2002). XX – Parentalité et migrations. Dans Solis-Ponton, L. éd., *La parentalité : Défi pour le troisième millénaire* (pp. 325-338). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France. doi.org/10.3917/puf.soli.2002.01.0325

Indurskyn, A. C., & Conte, B., S. (2015). Trabalho psíquico do exilio : o corpo à prova da transição. *Ágora*, 18, 273-288. doi.org/10.1590/S1516-14982015000200008

Kaës, R. (2015). Le modèle de l'appareil psychique groupal. Dans Kaës, R. *L'extension de la psychanalyse : Pour une métapsychologie de troisième type* (pp. 137-160). Paris : Dunod.

Klein, M. (2013). Chapitre IX - Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. Dans Klein, M. éd., *Développements de la psychanalyse* (pp. 274-300). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France. doi.org/10.3917/puf.kein.2013.01.0274

L'agence des Nations Unies pour les réfugiés. (2022). *Global Trends.* Repéré à https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022

Laplantine, F. (2021). Georges Devereux. Dans Mouchenik, Y. et al., *Pratiques transculturelles les nouveaux champs de la clinique* (pp. 27-39). Paris : Éditions In Press.

Larousse (s.d). Exil. Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exil/32134

Leitão, I. B (2018). A construção do estudo de caso em psicanálise : revisão de literatura. *Contextos Clínicos*, 1(3):410-424, setembro-dezembro 2018. Unisinos. doi.org/10.4013/ctc.2018.113.11

Macchi, A., Titia Rizzi, A., & Carretier, E. (2021). L'apport de la psychothérapie transculturelle dans la clinique des adolescents et leur famille : expérience subjective des professionnels de santé. *L'Autre*, 22, 353-356. doi.org/10.3917/lautr.066.0353

Maillet, É., Maillard, B., Gillot, F., & Meas, Y. (2017). Douleur et souffrance : modes d'expression d'un corps en exil. *Perspectives Psy,* 56, 235-240. doi.org/10.1051/ppsy/201756235

Marty, P. (2006). Introduction à la psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, no<(sup> 30), 165-167. doi.org/10.3917/rfps.030.0165

Moro, M. R. (1994). *Parents en exil : Psychopathologie et migrations.* (3e éd.). Paris : Puf.

Moro, M. R. et al. (2020). *Guide de psychothérapie transculturelle : soigner les enfants et les adolescents.* Paris : Éditions In Press.

Moro, M. R. (2015). La nécessité transculturelle aujourd'hui pour une société « bonne » pour tous. *Le Carnet PSY*, 188, 18-21. doi.org/10.3917/lcp.188.0018

Mouchenik, Y. (2019). La clinique transculturelle, aspects théorico-cliniques. *Perspectives Psy*, 58, 151-155. doi.org/10.1051/ppsy/2019582151

Rejeb, R. B., & Rejeb, K, B. (2022). Figures de la migration en Tunisie après le « Printemps arabe ». Dans Veuillet-Combier, C. et al. *Familles et transmission à l'épreuve de la migration* (pp. 245-258). Paris : Éditions In Press.

Rizzi, A., & Moro, M. (2017). La psychanalyse au risque de l'altérité. Processus de co-construction dans un groupe thérapeutique transculturel. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 7, 271-300. doi.org/10.3917/jpe.014.0271

Rosa, M. D. (2018*). A clinica psicanalitica em face da dimensão sociopolitica do sofrimento.* 2 e. éd. São Paulo : Escuta/Fapesp.

Roudinesco, E., & Plon, M. (2017). Ethnopsychanalyse. Dans *Dictionnaire de la psychanalyse* (5e. éd., pp. 419- 423). Paris : Fayard.

Saglio-Yatzimirsky, M. C. (2015). Do relatório ao relato, da alienação ao sujeito: a experiência de uma prática clínica com refugiados em uma instituição de saúde. *Psicologia USP.* 26 (2), 175-185. doi.org/10.1590/0103-6564D20140016

Sironi, F. (2013). Les métis culturels et identitaires. Un nouveau paradigme contemporain. *L'Autre*, 14, 30-42. doi.org/10.3917/lautr.040.0030

Trachtenberg, A. R. C. (2017). Transgeracionalidade : sobre silêncios, criptas, fastasmas e outros destinos. *Revista Brasileira de Psicanálise.* 51 (2), 77-89. Repéré à http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2017000200006

Val, A. C., & Lima, M. A. C. (2014). A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise. *Ágora (Rio de Janeiro)*, 17 (1), 99-115. doi.org/10.1590/S1516-1498201400 0100007

Veuillet-Combier, C. (2022). Familles et migrations : quelle (s) transmission(s) ? Dans Veuillet-Combier, C. et al. *Familles et transmission à l'épreuve de la migration* (pp. 17-38). Paris : Éditions In Press.

Von Overbeck Ottino, S. (2011). Tous parents, tous différents. Parentalités dans un monde en movement. *L'Autre*, 12, 304-315. doi.org/10.3917/lautr.036.0304

Wilgaux, J. (2018). Naissance, enfance et parentalité au regard des historiens : nouvelles approches, nouveaux enjeux. *Contraste*, 48, 29-44. doi.org/10.3917/cont.048.0029

Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

Winnicott, D. W. (1983). Classificação: existe uma contribuição psicanalitica à classificação psiquiatrica ? Dans Winnicott, D. W. *O ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 114-127). Trad. por Irineo Constantino Schch Ortiz. Porto Alegre : Artes Médicas.

Familles en contexte transculturel

Le cas de la famille C.

Résumé :

La famille dans le contexte transculturel est un thème qui est devenu un objet de recherche pour les sciences humaines et la psychologie au cours des dernières années. L'ethnopsychanalyse est devenue une méthode pour répondre aux questions sociales en utilisant la psychanalyse et l'anthropologie. Les familles dans le contexte de l'exil sont souvent fragilisées par des pertes et des ruptures. Ce travail a été réalisé à partir de l'étude de cas d'une famille dans le contexte de la migration, à travers un dispositif de groupe transculturel. Les dispositifs de groupe transculturel sont recommandés comme prise en charge pour accompagner les familles dans le contexte de la migration. La problématique de recherche s'est centrée sur l'enfant symptôme lié aux enjeux de la transmission psychique. À partir de notre problématique, nous avons soulevé des questionnements et nous avons cherché à répondre à nos limites de recherche. Le récit familial est l'une des voies possibles pour aborder les enjeux liés à la transmission psychique.

Mots-clés : famille, migration, transmission, groupe, ethnopsychanalyse.

Families in a transcultural context

The case of the C family

Abstract :

The family in the transcultural context has become a subject of research for the social sciences and psychology in recent years. Ethnopsychanalysis has emerged as a method to address social questions by combining psychoanalysis and anthropology. Families in the context of exile are often affected by losses and ruptures. This study is based on a case study of a family in the context of migration, using a transcultural group approach. Transcultural group interventions are recommended as a support for assisting families in the context of migration. The research issue focused on the symptomatic child in relation to the challenges of psychic transmission. Based on our research problem, we raised questions and sought to address our research limitations. The family narrative is one possible way to address the issues related to psychic transmission.

Keywords : family, migration, transmission, group, ethnopsychanalysis.