HAL
archives-ouvertes.fr

La vulnérabilité psychologique des enfants de migrants : étude de la population d'un centre médico-psychologique infantile

Léa Martin

▶ To cite this version:

Léa Martin. La vulnérabilité psychologique des enfants de migrants : étude de la population d'un centre médico-psychologique infantile. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01284227

HAL Id: dumas-01284227
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01284227

Submitted on 7 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015 Thèse n° 3176

Thèse pour l'obtention du

Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Spécialisation Psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement le 5 Novembre 2015 par

Léa MARTIN
Née le 25/12/1987 à Montélimar (26)

La vulnérabilité psychologique des enfants de migrants : étude de la population d'un centre médico-psychologique infantile

---

Directeur de Thèse

Madame le Docteur C. Mestre

Jury

Monsieur le Professeur M. Bouvard

Monsieur le Professeur B. Aouizerate

Madame le Professeur M. Tournier

Monsieur le Docteur J.F Brachet

Madame le Docteur C. Mestre

Remerciements

Monsieur le Professeur Manuel Bouvard,

Je vous remercie de présider mon jury de thèse,

L'ouverture d'esprit dont vous avez toujours fait preuve m'a permis d'expérimenter différentes approches et pratiques d'une grande richesse, afin d'aboutir, entre autre, à ce travail de thèse.

Monsieur le Professeur Bruno Aouizerate,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse,

Votre gentillesse et la passion avec laquelle vous exercer votre métier furent pour nous étudiants, une source d'inspiration.

Madame le Professeur Marie Tournier,

Vous avez accepté de juger mon travail de thèse et je vous en remercie,

Je remercie également l'enseignante disponible et rassurante que vous avez été.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud,

Vous avez accepté d'être le rapporteur extérieur de cette thèse,

Je vous remercie pour votre attention et la qualité de vos enseignements,

C'est un grand plaisir de porter mes travaux à votre lecture.

Monsieur le Docteur Jean-François Brachet,

Tu as accepté de juger mon travail de thèse et je t'en remercie.

Tu m'as beaucoup appris et transmis durant cette année de travail à tes côtés. En matière de pédopsychiatrie bien sûr mais énormément sur le plan humain. L'empathie, la tolérance, l'écoute et le respect de tous, soignant, famille, enfants, ainsi que la liberté que tu défends à travers la qualité du travail en équipe que tu pratiques et les valeurs qui l'entourent ont marqué l'interne que j'étais.

Madame le Docteur Claire Mestre,

Tu as dirigé mon travail de thèse et je t'en remercie.

Avec beaucoup d'intelligence tu as orienté, réorienté, mes travaux et ce fût extrêmement enrichissant. Exigeante et généreuse tu as partagé avec moi ces sujets qui te passionnent et pour lesquels j'ai nourri un intérêt grandissant, que je continuerai à cultiver avec enthousiasme.

Aux équipes soignantes rencontrées dans mes différents stages,

Aux béarnais du service des Capucines, à l'équipe de l'UMPAJA, à l'équipe de la Pomme Bleue et du CMPI Bordeaux centre, Yvonne et Guylaine notamment qui m'ont beaucoup aidé pour ce travail de thèse, à l'équipe de Mana.

Je vous remercie tous pour la générosité de votre accueil, votre soutien, votre humour, votre patience, et la richesse de nos échanges. Merci aux infirmiers, aides-soignants, AMP, ASH, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs, enseignants spécialisés, qui nous apprennent aussi notre métier.

A mes familles,

Mes parents, Karl et Djamila, mes frères, Rudy et Youri,

Mes grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines, tous les Martin, Hanouti, Kali, Hébert, Maheut, Ait-Hadji, Boulard, Amziane, Deslandes, Louvel, Leperron, Boughanda,

La chaleur qui nous lie et la beauté des moments partagés est un repère, un phare qui guide mes cheminements, accompagne mes doutes, et constitue ma plus grande ressource.

Ma famille Gardoise,

Depuis qu'on s'est rencontrées, trouvées, éloignées, c'est pour toujours se retrouver.

Ma famille Montpelliéraine,

Notre amitié m'a portée ces nombreuses années et continue encore ici et ailleurs.

Ma famille du Sud-Ouest,

Un peu expatriés à notre manière ce que nous avons tissé a pris pour moi des allures de cocon, essentiel.

Léon,

Mon amour, mon ami, ma famille.

Continuons à tourner,

Tous les deux enlacés,

Dans le tourbillon de la vie.

« Partir es tambièn partirse. »

Jeu de mots espagnol (Grinberg & Grinberg, 1986)

SOMMAIRE

Introduction……..…..4

I. Enfants de migrants et enfants migrants…….8

- I.1 L'approche française, les travaux de M-R Moro et al. ……..8

  - I.1.1 Vulnérabilité et « enfant exposé »……..……...8
    - I.1.1.1 Vulnérabilité psychologique……. ……8
    - I.1.1.2 L'approche éthnopsychiatrique……9
    - I.1.1.3 Des enfants « exposés »…….10

  - I.1.2 Une vulnérabilité spécifique des enfants de migrants……..11
    - I.1.2.1 Développement cognitif et scolarité……..11
    - I.1.2.2 Développement du langage……..……..16
      - I.1.2.2.1 Acquisition du langage oral……..17
      - I.1.2.2.2 Bilinguisme……..…….18
    - I.1.2.3 Considérations sur l'adolescence……..……22

- I.2 Etudes épidémiologiques…….24

- I.3 Les enfants migrants……..……29
  - I.4.1 Etudes épidémiologiques …….. ……29
  - I.4.2 Traumatismes psychiques…….. ……34
  - I.4.3 Mutisme électif ……..41

II. Parents migrants, traumatismes et transmissions ……43

- II.1 La migration et ses effets sur les parents……..43
  - II.1.1 Migration et psychopathologie……. ……43
  - II.1.2 A propos de l'exil…….46
  - II.1.3 Parentalité et migration……..48

- II.2 Cas particulier des réfugiés……..51
  - II.2.1 Traumatismes…….51

- II.2.2 Les victimes de torture…… ……..53
- II.2.3 Classifications psychiatriques ……..55

▪ II.3 L'hypothèse d'une transmission du traumatisme psychique……...59
- II.3.1 Clinique et épidémiologie des enfants de survivants……59
- II.3.2 Approches psychodynamiques de la transmission intergénérationnelle.....62
- II.3.3 Interactions précoces et théorie de l'attachement……67
- II.3.4 Contre-transfert avec les patients traumatisés et transmissions……73
- II.3.5 Eléments de neurobiologie et d'épigénétique……76
  - II.3.5.1 Eléments de neurobiologie……76
  - II.3.5.2 Eléments d'épigénétique……78

III. Partie expérimentale : étude épidémiologique descriptive de la population d'un centre médico-psychologique bordelais……81

▪ III.1 Objectif et hypothèse……81
▪ III.2 Méthodologie……...81
- III.2.1 Population et terrain d'étude……...81
- III.2.2 Déroulement de l'étude……81
- III.2.3 Matériels……82
- III.2.4 Analyses statistiques……....91

▪ III.3 Résultats……...91
- III.3.1 Les enfants migrants……93
- III.3.2 Les enfants de migrants……...99
- III.3.3 Le groupe témoin……102
- III.3.4 Comparaison entre les groupes……105

▪ III.4 Discussion……..119
- Synthèse des résultats……..119
- Analyse des résultats……121

Conclusion……124

ANNEXES……...126

BIBLIOGRAPHIE……..148

Introduction

« Les hommes ont toujours migré, quand les nécessités de la vie les arrachaient au sol natal. » (Tournaire Bacchini, 2015)

Les soins psychiatriques des enfants de migrants et des enfants migrants sont touchés aujourd'hui par une actualité brûlante qui nous révèle la réalité de personnes qui migrent massivement : familles, enfants seuls, adultes seuls fuient leur pays pour différents raisons, et se retrouvent aux portes de l'Europe sans assurance de les franchir et de pouvoir arriver à bon port.

Cette problématique n'est certes pas nouvelle, mais elle s'impose comme devenant une banalité, une construction de notre monde contemporain, à considérer comme un facteur devant être pris en compte dans la prise en charge des populations à soigner.

Les mouvements migratoires et déplacements de populations s'accélèrent et l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) fait part de chiffres record dans son Rapport Global du HCR 2014. Ces mouvements ont une influence sur l'organisation des sociétés et la formation des identités : elles se construisent désormais en référence à des univers pluriels et métissés. Bibeau (1997) a proposé à ce propos l'idée d'une « créolisation » du monde.

Le terme « migrant » ne connait pas de définition juridique internationale et désigne selon l'UNESCO :

> « Toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays ».

Dans les 27 pays de l'Union Européenne en 2010, environ 9,4% avait des origines étrangères (6,2% nés en dehors de l'UE et 3,2% dans un autre pays européen). Au niveau international, le dernier Rapport du HCR sur les Tendances mondiales, publié en juin 2015, fait état :

> « D'une hausse considérable du nombre de personnes forcées à fuir, avec 19,5 millions de réfugiés (contre 16,7 millions en 2013), 38,2 millions de déplacés à l'intérieur de leur propre pays (contre 33,3 millions en 2013) et 1,8 million de personnes qui attendaient le résultat de l'examen de leur demande d'asile (contre 1,2 million en 2013). Plus de la moitié de la population réfugiée est composée d'enfants (51% en moyenne et environ 35% parmi les réfugiés en Europe).
>
> Ces cinq dernières années, au moins 14 conflits ont éclaté ou ont repris : huit en Afrique (en Côte d'Ivoire, en République centrafricaine, en Libye, au Mali, au nord du Nigéria, en République démocratique du Congo, au Soudan du Sud et au Burundi) ; trois au Moyen-Orient (en Syrie, en Iraq et au Yémen) ; un en Europe (Ukraine) et trois en Asie (Kirghizistan ainsi que dans plusieurs régions du Myanmar et du Pakistan). Seul un petit nombre de ces crises ont été résolues et la plupart continuent de générer de nouveaux déplacements de populations. En

2014, seulement 126 800 réfugiés ont pu retourner dans leurs pays d'origine, c'est le nombre le plus faible enregistré en 31 ans.

Après plusieurs décennies d'instabilité et de conflits […], des millions de ressortissants de ces pays demeurent déracinés ou – et ce, de plus en plus souvent – bloqués durant des années en marge de la société et dans l'incertitude de la vie en tant que déplacé interne ou réfugié.

[…] La répartition mondiale des réfugiés demeure fortement biaisée. Les réfugiés continuent de rejoindre principalement des pays moins avancés, plutôt que des pays riches. Près de neuf réfugiés sur 10 (soit 86 pour cent) se trouvaient dans des régions et des pays considérés comme économiquement moins développés. Un quart de la population réfugiée se trouvait dans des pays classés parmi la liste des Nations Unies sur les Pays les moins avancés (PMA). »

Concernant les pays dits « industrialisés »[1], selon le rapport statistique du HCR sur les Niveaux et tendances de l'asile[2] en 2014 dans les pays industrialisés :

« Le nombre des nouvelles demandes d'asile déposées dans les pays industrialisés s'élève à 866 000, soit une augmentation de 45% par rapport à 2013 lorsque 596 600 demandes d'asile avaient été enregistrées. [Ce qui correspond à] la plus forte hausse depuis 22 ans concernant le nombre de demandes d'asile déposées […].

La France enregistrait 59 030 nouvelles demandes d'asile ce qui représentait une diminution de 2% par rapport à 2013 (60 230 dépôts de demandes d'asile).»

Les tableaux 1 et 2 représentent respectivement l'évolution du classement des quinze premiers pays d'accueil et d'origine.

[1] Groupe défini par l'UNHCR et comportant 44 pays : les 28 états membre de l'UE, l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, l'Islande, le Liechtenstein, le Monténégro, la Norvège, la Serbie et le Kosovo, la Suisse, la Macédoine, la Turquie, l'Australie, le Canada, le Japon, la Nouvelle-Zélande, la République de Corée, les Etats-Unis.

[2] Voir Annexes pour les définitions relatives à la demande d'asile et au statut de réfugié

Changes in the ranking of the top-15 receiving countries | 2010 - 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Germany	3	3	2	1	1
United States	1	1	1	2	2
Turkey	14	10	6	5	3
Sweden	4	5	4	4	4
Italy	13	4	11	7	5
France	2	2	3	3	6
Hungary	21	26	23	9	7
United Kingdom	6	7	5	6	8
Austria	11	11	10	10	9
Netherlands	9	12	14	11	10
Switzerland	8	9	7	8	11
Serbia*	26	19	19	20	12
Denmark	17	17	17	18	13
Belgium	7	6	9	14	14
Canada	5	8	8	16	15

* Serbia and Kosovo (S/RES/1244 (1999))

Tableau 1. Evolution du classement des 15 premiers pays développés d'accueil. *UNHCR Asylum Trends 2014.*

Changes in the ranking of the top-15 countries of origin | 2010 - 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Syrian Arab Rep.	20	13	2	1	1
Iraq	4	3	7	3	2
Afghanistan	2	1	1	4	3
Serbia*	1	4	3	5	4
Eritrea	11	10	10	8	5
Pakistan	8	5	5	6	6
China	3	2	4	10	7
Nigeria	9	9	12	11	8
Islamic Rep. of Iran	7	6	8	9	9
Somalia	6	8	9	7	10
Russian Fed.	5	7	6	2	11
Albania	34	35	17	12	12
Stateless	24	36	28	13	13
Ukraine	57	58	53	52	14
Mexico	17	12	11	14	15

* Serbia and Kosovo (S/RES/1244 (1999))

Tableau 2. Evolution du classement des 15 premiers pays d'origine des réfugiés dans les pays dévéloppés. *UNHCR Asylum Trends 2014.*

L'ampleur de ces mouvements et la proportion élevée d'enfants parmi les réfugiés soulève la question de leur développement psychologique dans des conditions très particulières.

Asensi (2014) soulève que « les enfants de réfugiés en France en ce début de XXIème siècle sont dans [ce] cas de figure [où] nous les observons grandir et tentons de les soigner alors qu'ils évoluent dans des situations exceptionnelles dont nous connaissons tous les tenants, aboutissants et dangers. Nous ne partageons rien de leurs conditions de vie et côtoyons par ailleurs, dans nos pratiques professionnelles et vies privées, sur le même sol, dans les mêmes écoles et les mêmes hôpitaux, des enfants à l'abri de ces situations. Cela provoque chez le clinicien un remaniement profond, incongru, de tout l'appareil contre-transférentiel, qui doit faire l'objet de la plus grande attention ».

Les migrations sont de toutes sortes et leurs raisons sont imbriquées : économiques, politiques, individuels, familiales etc.

« Il est un point commun à tous les voyages, qu'ils soient migrations pour raisons économiques ou politiques, une façon de vivre, périples d'aventures, projets de connaissance ou de guérison…, c'est qu'il trouve son aboutissement dans la rencontre avec un ailleurs qui transforme son réalisateur. » (Mestre & Moro, 2008)

C'est de cette transformation du sujet migrant et de l'empreinte de la migration sur les relations familiales et le psychisme des enfants de migrants que nous avons souhaité traiter ici.

Nous nous intéresserons dans la première partie de ce travail à la santé psychique des enfants de migrants, et des enfants eux-mêmes migrants, en reprenant les thèses développées par Marie-Rose

Moro[3] et ses collaborateurs au sujet de la vulnérabilité psychologique spécifique de ces enfants et des mécanismes psychopathologiques qui la sous-tendent.

Dans la deuxième partie nous aborderons l'effet que la migration peut avoir sur les parents et les enjeux de transmission familiale. Nous traiterons particulièrement des parents traversant des parcours migratoires « traumatiques » et de l'hypothèse d'une transmission psychique intergénérationnelle du traumatisme.

Enfin, dans la troisième partie nous exposerons l'étude descriptive que nous avons menée sur la population d'un centre médico-psychologique infantile bordelais, afin de comparer les niveaux de prévalence de différents troubles mentaux et du comportement chez les enfants de migrants, les enfants migrants et les enfants dont l'histoire personnelle et familiale ne comportait pas de migration. L'hypothèse de départ de ce travail expérimental reposait sur l'observation clinique d'une surreprésentation chez ces enfants du diagnostic d'état de stress post-traumatique et de troubles internalisés de manière générale.

[3] Pr. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef de service du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent à Bobigny, hôpital Avicenne (AP-HP), et de la Maison des adolescents de Cochin, Maison de Solenn (AP-HP) depuis 2008.

I. Enfants de migrants et enfants migrants

I.1 L'approche française, les travaux de M-R Moro et al.

I.1.1 Vulnérabilité et concept d'enfant « exposé »

I.1.1.1 Vulnérabilité psychologique

Le concept de vulnérabilité psychologique s'est développé en France à partir de 1982 sous l'impulsion du pédopsychiatre américain Anthony. D'autres auteurs tels qu'Anna Freud et M. Malher l'avaient approché et A. Freud (1978) le définissait déjà comme un concept dynamique affectant un processus de développement :

> «On ne peut expliquer la vulnérabilité par les caractéristiques individuelles de l'enfant, mais il faut la comprendre en termes plus généraux et impersonnels. Je considère maintenant que le progrès de l'enfant le long des lignes de développement vers la maturité dépend de l'interaction de nombre d'influences extérieures favorables, avec des dons innés favorables et une évolution favorable des structures internes " (Freud, 1978).

Ainsi pour l'enfant vulnérable, une variation minime d'un facteur interne ou externe peut entraîner un dysfonctionnement psychique important, tel qu'un arrêt, une inhibition ou un développement a minima de son potentiel (Moro, 1998). Il est, selon l'expression de Tomkiewicz et Manciaux (1987), dans « un état de moindre résistance aux nuisances et aux agressions ».

Pour l'illustrer, l'image des trois poupées de Jacques May[4] est souvent proposée :

> « L'une est en verre, l'autre en plastique, la troisième en acier. Elles reçoivent toutes les trois un coup de marteau de même intensité. Ce coup brise complètement la première, laisse une cicatrice indélébile à la seconde tandis que la troisième reste apparemment invulnérable. Ainsi, cette poupée qu'on laisse tomber se brisera plus ou moins facilement selon le matériau dont elle est fabriquée, c'est la vulnérabilité intrinsèque, selon la nature du sol sur lequel est projetée, c'est l'environnement, selon la force du coup, ce qui constitue l'agression et l'exposition aux nuisances. La survenue du dysfonctionnement dépend de l'interaction entre ces trois facteurs, de l'interaction et non pas seulement de l'addition. » (*cité par* Moro, 2010, p 72)

L'intensité du dysfonctionnement est variable ainsi que le degré d'expression d'un même trait (Anthony *et al*, 1982). L'appréhension de la vulnérabilité amène à la détermination de facteurs de risque psychopathologiques, véritables enjeux pour la prévention. Le corollaire de la vulnérabilité est la résilience, concept largement développé en France par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik qui le décrit comme :

[4] Philosophe

> « La capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque d'une issue négative » (Cyrulnik, 2002).

Marie-Rose Moro, attribue au développement des enfants de migrants une double potentialité : tour à tour porteur d'une vulnérabilité spécifique ou d'un potentiel créateur et dynamique.

I.1.1.2 Approche éthnopsychiatrique

A partir de la fin des années 1980, M-R. Moro fait partie des premiers en France à s'intéresser à la clinique des enfants de migrants. Elle a par ailleurs contribué au développement de l'ethnopsychiatrie de l'enfant en France.

> « L'ethnopsychiatrie est une théorie et une pratique psychothérapique réservant une part égale à la dimension culturelle du désordre et de sa prise en charge, et à l'analyse des fonctionnements psychiques » (Moro, 1994).

Georges Devereux en est le fondateur, bien que Géza Roheim en ait ébauché les prémices, et Tobie Nathan en a été le premier représentant en France.

La culture connait de multiples définitions différentes, plus de 300 selon le recensement effectué en 1952 par Kroeber et Klucholn (*cité par* Moro, 1994, p 29). En philosophie elle est envisagée par Kant (1981) comme un découpage rationnel pour appréhender le monde, en réalisant une classification en différentes catégories elle permet une lecture du monde et la mise en sens des évènements. De manière générale le *Dictionnaire des sciences humaines*, écrit en 1990 par Gresle et ses collaborateurs, la définit comme l'« ensemble des connaissances et des comportements (techniques, économiques, rituels, religieux, sociaux etc.) qui caractérisent une société humaine » (*cité par* Moro, 1994, p 29) et MR Moro considère :

> « Un système culturel constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire (la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soins, les techniques de maternage etc.) […] La culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu, elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir, et donc de maîtriser la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens. La culture met à la disposition du sujet, en toutes circonstances, une grille de lecture du monde. » (Moro, 1994).

Les deux postulats fondamentaux sur lesquels repose l'ethnopsychiatrie sont d'une part l'universalité du psychisme humain, et d'autre part la notion que tout homme a une culture, fondatrice de son humanité (Nathan, 1986).

> « [Le fonctionnement psychique] est le même pour tous. […] Il s'agit donc d'une universalité de fonctionnement, de processus, d'une universalité pragmatique et structurelle. Mais, si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance. » (Moro, 1998).

C'est par la méthodologie plus que par la théorie que s'est construite l'ethnopsychiatrie. Celle-ci impose l'utilisation « obligatoire et non simultanée » de deux discours, celui de la psychanalyse et de l'anthropologie dans ce que Devereux (1970) a nommé « le complémentarisme » et qui réalise une « pluridisciplinarité non fusionnante ». En pratique cela nécessite de se prêter à un décentrage afin de « travailler constamment sur les deux niveaux sans les confondre, le niveau culturel et le niveau individuel, ainsi que sur les interactions nécessaires et parfois conflictuelles entre ces deux niveaux » (Moro, 2010).

L'ethnopsychiatrie de l'enfant s'intéresse également à la manière dont on pense la nature de l'enfant, ses besoins, ses attentes, son origine et son développement ; à travers les représentations ontologiques, les théories étiologiques (ses maladies et modalités de soins), et les actes thérapeutiques qui dépendent de ces deux premiers niveaux, tous étant déterminées par la société (Devereux, 1985). Cela constitue le berceau culturel dans lequel naît et grandit l'enfant.

I.1.1.3 Des enfants « exposés »

M-R. Moro (1994) a proposé le concept d'enfants « exposés » au risque transculturel. Il renvoie à la dialectique vulnérabilité/résilience et à la double polarité de la situation migratoire. L'auteure fait appel à l'image de héros de la mythologie (Dionysos, Persée, Pâris etc.) qui ayant rencontré très tôt un risque majeur et l'ayant surmonté, connaissent un destin hors du commun. De même, Rank (1983) avait analysé différents contes et mythes indo-européens et proposé le terme « d'exposition » au sujet de héros ayant surmonté « l'épreuve du danger, […] l'épreuve traumatique ». Ces mythes « mettraient en image la multiplicité plutôt que l'unicité de la filiation […] ils offriraient une théorie du métissage. De l'acceptation de cette multiplicité dépendrait la destinée du héros […] » (Mestre, 2014).

En effet, il est des enfants de migrants qui réussissent par exemple mieux leur scolarité que leurs camarades de même catégorie socio-économique. Porteurs de potentialités dynamiques et créatives ils arrivent à maîtriser ce que Moro appelle « le risque transculturel » et « relèvent ce défi de liberté face aux puissants déterminismes qui les assigneraient aux couches inférieures de la société ». De multiples facteurs interviennent dans l'évolution des enfants : les évènements de vie, la personnalité de l'enfant et autres facteurs internes, le rang dans la fratrie, les dynamiques familiales, la psychopathologie des parents, les représentations de l'émigration et la place de l'école dans le projet migratoire etc.

Il semble cependant que beaucoup de ces enfants « qui réussissent » rapportent avoir rencontré un personnage « initiateur », « un passeur » (enseignant, voisin, sœur/frère aîné) avec qui l'établissement d'une relation de confiance a permis de prévoir puis d'intérioriser quelques logiques du monde extérieur, et petit à petit d'intégrer des connaissances à son sujet (Moro & Mestre, 2011). Ainsi, la situation transculturelle apparaît comme potentialisatrice des différences et n'a pas une influence univoque sur les enfants.

I.1.2 Une vulnérabilité spécifique des enfants de migrants

Les travaux de MR Moro ont mis en évidence une vulnérabilité psychologique spécifique des enfants de migrants. Elle décrit trois périodes où ce risque est particulièrement prégnant : la mise en place des interactions précoces mère-enfant, le début des grands apprentissages scolaires entre six et huit ans et l'adolescence.

Concernant les enfants d'âge scolaire, MR Moro a réalisé une série de travaux dans lesquels sont comparés un groupe d'enfants de parents migrants à un groupe d'enfants de parents non-migrants. Ces études comprennent généralement une évaluation psychologique au travers de tests psychométriques et projectifs, une évaluation du langage et de la qualité du bilinguisme en présence d'un interprète, ainsi qu'un questionnaire rempli par les enseignants afin de mesurer l'adaptation de l'enfant à l'école, ses modes d'acquisitions, ses résultats, ses attitudes par rapport à l'école et celles de ses parents (Moro, 2010).

Les résultats ont montré une évolution différente des enfants selon les groupes avec des scores aux tests psychométriques inférieurs chez les enfants de migrants. En termes de psychopathologie il y a généralement une surreprésentation significative des enfants de migrant avec une répartition similaire des troubles. La scolarité est marquée par une plus grande fréquence de maintien et des difficultés sur le plan des apprentissages chez les enfants de migrants (Moro, 1998).

I.1.2.1 Développement cognitif et scolarité

Dans ses travaux MR Moro relève que les enfants de migrants obtiennent des scores aux tests psychométriques inférieurs aux groupes témoins. Ces résultats suscitent réflexion.

Dans un premier temps il faut rappeler que la définition de l'intelligence est complexe et que son évaluation par les tests psychométriques n'en n'est qu'une approche. En 1997, un collège de 52 psychologues en propose la définition suivante :

> « Capacité mentale très générale qui, parmi d'autres choses, implique l'habilité à raisonner, planifier, résoudre des problèmes, penser abstraitement, comprendre des idées complexes, apprendre rapidement et à partir de l'expérience » (Gottfredson, 1997).

B. Gibello y rattache la notion de culture et définit :

> « La conduite cognitivo-intellectuelle comme permettant [au sujet] de participer à sa culture et d'organiser sa vie, ses actions ainsi que ses relations aux autres » (Gibello, 1984).

Il propose le concept de « contenants de pensée » culturels. Ce sont des structures formelles et il existe plusieurs autres types de contenants de pensée: archaïques, symboliques, linguistiques, et cognitifs (relatifs au temps, à l'espace, au nombre, à la logique). Les contenants de pensée sont :

> « Les systèmes dynamiques par lesquels des contenus de pensée peuvent prendre sens, être compris, mémorisés et communiqués. La pensée procède de trois sources archaïques, constituant un flux que les effets de langage, de symbole et de groupe vont organiser dans la perspective culturelle de chacun. Un contenu de pensée est insensé, insignifiant, tant qu'il n'a pas été transformé ou traité par un ou plusieurs contenants de pensée. Les contenants archaïques lui donnent sens par rapport au […] système de références cognitives et narcissiques [représentations de soi][…]. Les contenants symboliques complexes en permettent l'évocation, en facilitent la mémorisation, la communication à autrui, et la figuration. Les contenants groupaux sociaux culturels le situent comme banal ou étrange dans la culture du sujet, voire comme inacceptable, révolutionnaire ou conformiste » (Gibello, 1988).

Le berceau culturel joue un rôle structurant dans l'organisation du psychisme, il façonne le rapport au monde et aux autres à travers une série de codes implicites concernant les relations entre individus et les « modalités d'être avec », le sens donné aux évènements (tels que la maladie par exemple), les techniques du corps, les modes d'éducation etc. (Taly *et al*, 2008). Il existe donc une culture « vécue par l'individu » qui constitue ce que T. Nathan appelle le « cadre culturel interne » (*cité par* Moro, 1998).

Les contenants de pensée culturels sont véhiculés implicitement par la culture et partagés par les membres d'un groupe culturel, à l'intérieur duquel ils permettent l'étayage et la transmission des contenus de pensée. Selon le milieu culturel certaines dimensions relationnelles ou plus cognitives seront privilégiées pour définir l'intelligence, favorisant parfois l'apprentissage de conduites sociales à la transmission d'un savoir-faire technique. Certaine théories traditionnelles au Maroc par exemple évoque la notion de « sagesse sociale » comme ciment de la cohésion sociale, de même le concept de « perdre la face » capital en Asie, sont des éléments de transmission dont le respect est considéré comme une marque d'intelligence (Moro, 2008).

Les attentes de la société par rapport à l'enfant sont au cœur de ce que Devereux (1985) appelle « le puéril » et qu'il oppose à « l'infantile », en ce que celui-ci renvoie au développement maturatif :

> « Les idées [que les adultes] ont de la nature et du psychisme de l'enfant, déterminent leur comportement vis-à-vis de l'enfant et, ce faisant, influencent son développement » (Devereux, 1970).

Les enfants de migrants se trouvent dans une situation transculturelle dans le sens où ils évoluent entre deux cultures : la culture familiale, de l'intérieur, du dedans, et la culture du pays d'accueil, de l'école, de l'extérieur, du dehors. Le passage de l'une à l'autre entraîne des changements de contenants de pensée culturels implicites, que l'enfant apprend plus ou moins seul selon les familles. En effet, MR Moro le souligne, « la situation transculturelle diminue le degré de prévisibilité du monde extérieur », les parents en ont une connaissance mal assurée qui le rend peu anticipable (Moro, 2001), ils auront d'avantage de difficultés à « présenter le monde à petites doses » à leurs enfants pour reprendre l'expression de Winnicott.

Gibello postule que :

> « La transformation des contenants culturels s'accompagne de troubles divers de la fonction générale de ″symbolisation″, de même que des apprentissages cognitifs, scolaires, sociaux et culturels » (Gibello, 1988).

Bien que l'enfant perçoive ces contenants culturels il ne les intérioriserait pas, car la connaissance des lois de fonctionnement de la société d'accueil ne lui étant pas transmise par ses parents se trouverait coupée de toute affectivité (Moro, 2010).

Pour qu'un réel processus de métissage culturel ait lieu il est nécessaire que des contenants culturels différents puissent coexister et que l'enfant établisse des ponts entre eux. C'est « un processus dynamique, mouvant, changeant, qui tient compte des exigences internes et des moments de la vie » (Taly *et al*, 2008). Comme sur un nuancier, on rencontre en clinique toutes les configurations allant des enfants se situant plus près du monde des parents à ceux se situant plus près du monde extérieur. Vivant dans un double système d'appartenances culturelles, ces enfants peuvent être pris dans un conflit de loyauté entre le système culturel « intrinsèque relatif à l'intériorisation de la culture d'origine et l'extrinsèque relatif à l'intériorisation de la culture d'accueil […]. La gestion de ce conflit de loyauté peut devenir source […] d'importantes difficultés d'ordre personnel » (Daure, 2010). En effet, le métissage culturel se trouve parfois difficile accomplir et « pour certains enfants cette double inscription relève de l'impossible, à tel point qu'ils peuvent ressentir la nécessité d'avoir à faire un choix, [vécu] comme un choix nécessaire mais impossible, entre deux mondes. […] Certains y parviendront, [en] se construisant sur « un nécessaire clivage » entre culture parentale [monde de l'affectivité] et culture du pays d'accueil » (Moro, 2001).

Ainsi, MR Moro postule que les enfants de migrants rencontrés en clinique pédopsychiatrique, se structurent sur un clivage, au sens phénoménologique, c'est-à-dire entre espaces (dedans/dehors, ici/là-bas, maison/école), temps (avant/après la migration) et non au sens d'une structuration psychologique synonyme de psychose. Cette structuration incertaine et fragile, car non homogène, elle l'a considère comme un déterminant de la vulnérabilité spécifique des enfants de migrants.

D'autres facteurs interviennent naturellement dans la genèse de cette vulnérabilité, tels que la personnalité de chaque enfant, son rang dans la fratrie, l'investissement parental etc.

L'entrée à l'école et dans les apprentissages est un moment qui peut la révéler car « on attend de l'enfant […] qu'il s'inscrive dans le monde du dehors, tout en conservant sa place dans le monde du dedans » (Taly *et al*, 2008). Tout comme l'apprentissage du français, cela peut représenter une « étape d'autonomiation-inviduation où l'enfant quitte symboliquement le milieu familial pour investir l'extra-familial » (Fumeaux *et al*, 2013). Le clivage peut alors conduire à des inhibitions, parfois profondes, qui jouent une part active dans les troubles cognitifs observés.

D'un point de vue psychodynamique, l'inhibition est :

> « Un trouble névrotique qui peut s'exprimer dans les contacts interpersonnels (difficulté de l'enfant à créer des relations et à en tirer du plaisir), dans sa conduite motrice (limitation de la prise d'initiative et de la recherche de nouvelles expériences) ainsi que dans les capacités cognitives (difficulté à s'investir dans l'apprentissage) » (Lazaratou, 2012).

Clivage et inhibition peuvent également s'exprimer sous la forme d'un mutisme électif, extra-familial, sur lequel nous reviendrons.

Par ailleurs, les tests psychométriques utilisés en pratique courante tels que le WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), la WIPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) ou le Brunet-Lézine, ont été construits et étalonnés dans une population d'enfants de culture occidentale. Plusieurs auteurs (Ben Rejeb R. 2001, Le Du C. 2003, Van de Vijver FJ. 1997) ont relevé les biais que pouvait comporter l'évaluation des enfants de migrants avec ces outils et le risque de résultats minorés que cela entraîne. Ils sont de plusieurs ordres :

- biais de construct en lien avec le concept mesuré qui n'existe pas à l'identique dans toutes les cultures ;
- biais de méthode avec un biais d'administration de par l'écart de communication entre l'examinateur et le sujet testé (langue maternelle, arrière-plan culturel) et un biais d'instrument à travers la familiarité avec le stimulus ;
- biais d'item résidant principalement dans des problèmes de traduction dans les items verbaux.

Par conséquent, d'autres outils semblent plus indiqués tels que le K-ABC car il tente d'apprécier le fonctionnement intellectuel de l'enfant face à des épreuves nouvelles faisant moins appel aux apprentissages scolaires et culturels, de plus il comporte une forme abrégée convenant aux enfants non francophones. Concernant les tests projectifs, les outils visuels étant les plus saturés en facteurs culturels certains proposent d'utiliser les fables de Düss lorsque le niveau de langage de l'enfant le permet (Taly *et al*, 2008). De même, il est intéressant d'évaluer plus finement les processus mis en place par l'enfant dans les tâches proposées, notamment les capacités d'apprentissages plutôt que les scores de quotient intellectuel à proprement parler (Mesmin, 1993).

L'influence de facteurs environnementaux et notamment du niveau socioéconomique des parents sur le niveau intellectuel et la réussite scolaire des enfants a été l'objet de multiples études. R. Mises et C. Chiland décrivaient, dans les années 1970 et 1990, comment le niveau d'éducation des parents influençait le rapport au savoir de l'enfant: « Le nombre des enfants déclarés psychométriquement déficients mentaux augmente à mesure qu'on considère des milieux de vie défavorisés » (Mises, 1995). La question de la construction et de l'étalonnage des outils d'évaluation se posait déjà.

De nombreux travaux ont contribué à considérer le statut socioéconomique comme un facteur de risque pour la santé mentale en général, et les enfants de migrants cumulent bien souvent ce facteur de vulnérabilité avec celui lié à l'histoire migratoire familiale.

La question de la réussite scolaire est certainement prise elle aussi dans l'intrication de ces deux facteurs, qui semblent se potentialiser et jouer un rôle important dans la surreprésentation des enfants de migrants dans les filières courtes et professionnelles. En effet, selon C. Attias-Donfut et F-C. Wolff :

> « Si l'on compare ce qui est comparable, à savoir les enfants d'ouvriers immigrés aux enfants d'ouvriers français autochtones, ceux des employés aux employés, ceux des indépendants ou cadres immigrés aux non-immigrés de même catégories etc., les résultats sont différents. Les enfants d'immigrés font relativement de plus longues études, ou parmi les catégories sociales les plus favorisées, des études au moins aussi longues que les autres » (Attias-Donfut & Wolff, 2009).

Ils postulent que « les ouvriers et personnels de service sont d'avantage représentés parmi les immigrés que dans l'ensemble de la société, si bien qu'il n'est pas pertinent de comparer globalement leurs enfants à ceux dont les parents représentent toutes les couches de la société » (Attias-Donfut & Wolff, 2009). De même, Vallet (1997) « arrive à la conclusion que les résultats scolaires des étrangers ou enfants d'immigrés ne sont pas différents de ceux des autres français, à conditions familiales équivalentes » (*cité par* Attias-Donfut et Wolff, p.219), ainsi comme en population générale, « vivre dans les cités et les grands ensembles est clairement défavorable aux parcours scolaires » (*Ibid.,* p.237) et « les filles accèdent plus que les garçons aux études supérieures y réussissent mieux » (*Ibid.,* p.230).

Par ailleurs, devant des difficultés d'apprentissages et des troubles cognitifs la question du diagnostic différentiel est importante. Selon les références théoriques on parlera de troubles comorbides ou bien de diagnostics différentiels, renvoyant à l'approche dimensionnelle d'un trouble global s'exprimant dans différentes sphères cognitives, émotionnelles, affectives, de l'humeur etc.

Guedeney et al. (2003) citent comme principaux diagnostics différentiels : la dépression, le trouble réactionnel de l'attachement, les troubles spécifiques du langage et du développement psychomoteur, auxquels Moro (2008) ajoute l'inhibition intellectuelle d'origine névrotique. Elle insiste également sur la recherche de troubles de l'attention, de troubles du comportement à type d'instabilité, d'une mauvaise estime de soi et chez les enfants réfugiés particulièrement, d'un état de stress post-traumatique.

Nous traiterons plus loin de la question des troubles psychotraumatiques et de leur prévalence chez les enfants réfugiés, mais nous pouvons dès lors noter que la symptomatologie post-traumatique lorsqu'elle comporte des reviviscences, des moments de sidération, un émoussement affectif ou un évitement massif, peut conduire à un désinvestissement de l'activité psychique et constituer des tableaux de pseudo-retard intellectuel.

I.1.2.2. Développement du langage

I.1.2.2.1 Acquisition du langage oral

La construction du langage chez l'enfant est un processus d'une grande complexité dans lequel entrent en jeu des facteurs cognitifs, neurologiques et psychiques. Sur le plan psychique cela nécessite des fonctions symboliques fondamentales du point de vue de la constitution de l'individu et de son rapport au monde (Sanson, 2010). Sur le plan du langage, les études menées relevaient d'avantage de difficultés phonologiques, d'expression et de compréhension chez les enfants de migrants.

Les troubles et retards de langage englobent différentes réalités cliniques allant du retard simple d'articulation, dont le « zozotement » est un exemple, au trouble massif et spécifique du langage oral que constitue la dysphasie.

Certaines de ces manifestations font partie de l'apprentissage normal du code linguistique et ne sont pas toujours pathologiques. C'est le cas des retards simples de parole. Ils consistent en une difficulté pour l'enfant à discriminer et à reproduire les sons constitutifs de la langue, de manière isolée puis en enchaînement, et touchent le niveau phonétique puis phonologique. On entend par « capacité phonologique » la capacité du sujet à décoder, traiter puis enchaîner les sons constitutifs de la langue et à produire des mots. Les compétences qu'elle met en jeu débutent dès la grossesse où le fœtus est exposé aux sons de la voix de sa mère et de son entourage. Dans une chaîne parlée les phonèmes s'influencent mutuellement, et de manière fréquente certains enfants peuvent présenter des difficultés de programmation phonologique entraînant des simplifications, que l'on appelle « facilitations phonologiques » (Sanson, 2010).

Les retards de langage mettent en jeu l'adaptation de l'enfant, qui n'est alors pas en mesure de maîtriser ou d'utiliser le média oral (Gérard, 2006). Le fonctionnement du langage est en deçà de ce que le niveau cognitif de l'enfant et son investissement social laisseraient attendre. Ils ont trait à la construction lexicale et à la structuration morphosyntaxique.

La structuration lexicale correspond à la capacité de l'enfant d'associer progressivement contours sonores invariants et représentation sémantique stable. Elle dépend de la mémoire épisodique et de la mémoire sémantique. Il est habituel de décrire la mémoire épisodique comme contenant l'histoire

de l'individu et renfermant les souvenirs des évènements vécus et leur contexte (date, lieu, état émotionnel), et la mémoire sémantique comme le stockage de signifiants des différentes formes sonores, qui constituent le lexique interne (E. Tulving, 1972). Elle contient également les « mots fonctions », ou morphèmes grammaticaux (prépositions, conjonctions, connecteurs logiques) qui ne renvoient pas directement à un concept, mais à une mise en relation des mots entre eux. La structuration lexicale, si elle était la seule modalité d'expression, permettrait seulement de « décrire le monde d'un point de vue factuel, immédiat » (Sanson, 2010). Les compétences lexicales émergent entre 10 et 18 mois avec l'apparition des premiers mots, et l'accroissement du stock lexical est ensuite très rapide jusqu'à constituer une « explosion lexicale » aux alentours de deux ans.

La construction morphosyntaxique s'accompagne d'un enrichissement conséquent en ce qu'elle permet, à travers l'intégration des mots dans une structure syntaxique produisant une phrase, l'expression de l'imaginaire, des émotions, des hypothèses, des cheminements de pensée et des relations aux autres. Sa mise en place progressive et d'une grande complexité commencerait dès les premiers mois de la vie du bébé, par l'établissement des compétences pragmatiques. On pourrait les définir comme « les capacités à utiliser le langage dans les situations de communications en respectant les usages de la communauté » (Sanson, 2010). Par le biais de ses mimiques, cris, pleurs, perceptions sensorielles et babillages, le nouveau-né communique et l'échange avec son entourage le plonge dans un bain de langage. Il reçoit ainsi très tôt « un modèle qui lui présente les caractéristiques de sa langue maternelle et lui montre aussi comment se comporter dans une situation de communication » (Baudouin, 2007). L'enfant apprend le langage en étant d'emblée impliqué dans la communication et sans qu'on lui enseigne les règles à suivre, ces différences compétences linguistiques se développent donc simultanément et en interaction.

Au Centre Référent Langage de l'hôpital Necker, Paris (AP-HP), 35% des enfants adressés et évalués pour un trouble du langage vivent dans un environnement multilingue (Khol *et al*, 2008). Les mécanismes neurologiques, cognitifs, psycho-affectifs sous-tendant l'installation de ces tableaux sont l'objet de recherches.

I.1.2.2.2 Le bilinguisme

La langue maternelle est, d'après les travaux d'Halliday (1978), celle qui permet de dire la même chose de différentes manières, c'est-à-dire de varier les registres et les styles ; de parler pour ne rien dire ; d'anticiper sur la réplique de l'interlocuteur et enfin de saisir au vol des mots ou des tournures nouvelles dans la conversation, sans y penser. Zimmermann (2008), reprenant ces travaux lui confère « le don de la variété, du remplissage, […] de l'anticipation et du mimétisme » (*cité par* Rezzoug, 2010, p 235).

Reveyrand-Coulon et Diop-Ben Geloune la conçoivent comme :

> « La langue en référence à l'originaire, langue matrice de toute langue, langue dans laquelle le sujet entre dans le langage. Il s'agit de la langue dans laquelle la mère a porté et bercé l'enfant, langue avec laquelle elle s'adresse spontanément [à lui], ou […] qu'elle a choisie pour lui, langue dans laquelle l'enfant a fait l'expérience des premières sensations, des premiers échanges » (Reveyrand-Coulon et Diop-Ben Geloune, 2006).

Dans les travaux de MR Moro, la majorité des enfants de migrants n'étaient pas bilingues au sens du bilinguisme additif définit par Hamers et Blanc (1984).

Ces auteurs distinguent le bilinguisme additif dans lequel l'enfant maîtrise sa langue maternelle et celle du pays d'accueil, ainsi que les codes culturels afférents ; du bilinguisme soustractif dans lequel la maîtrise des deux codes linguistiques et culturels et insuffisante. Dans ce cas de figure la deuxième langue se développe au détriment des acquis dans la première et la langue maternelle subit une attrition. Le terme de « semi-linguisme » est parfois employé (Couëtoux-Jungman *et al*, 2010).

Selon Hamers et Blanc :

> « si les deux langues sont suffisamment valorisées, l'enfant pourra en tirer un bénéfice maximum sur le plan du développement cognitif […] ; au contraire, si le contexte socioculturel est tel que la langue maternelle de l'enfant est dévalorisée dans l'entourage de l'enfant, son développement cognitif pourra être freiné et, dans des cas extrêmes, accuser un retard par rapport à celui de l'enfant monolingue » (*cité par* Nantes, 2011).

Le bilinguisme soustractif serait plus fréquent dans le cas des langues dites minoritaires qui auraient tendance à être dévalorisées par le groupe dominant que réalise la société d'accueil, mais également pas les locuteurs qui auraient intégré la valeur négative attribuée à leur langue. Ce type de bilinguisme serait à l'œuvre dans les situations où l'enfant maîtrise sa seconde langue et comprend sans pouvoir la parler sa langue maternelle, ou bien lorsqu'« aucun des codes linguistiques n'est vraiment maîtrisé du fait des interférences constantes et conflictuelles entre les systèmes symboliques et culturels des deux langues » (Taly *et al*, 2008).

A l'inverse, le bilinguisme additif, modalité qui concernerait des langues à laquelle une haute valeur est associée (langues dominantes, internationales), conduirait les enfants à disposer de compétences communicatives comparables à celles des monolingues, dans les deux langues (Couëttoux-Jungman *et al*, 2010). Ils ne seraient que 10% des enfants de migrants entre 6 et 8 ans en France capables, « en fonction du contexte de penser, parler, rêver, écrire dans l'une ou l'autre de leurs deux langues » (Moro, 2012).

L'approche du bilinguisme a beaucoup évolué depuis les années 1930 où Bloomfield l'envisageait comme « la juxtaposition de deux monolingues parfaits » (*cité par* Nantes, 2011).

F. Grosjean définit les bilingues comme :

> « Des personnes qui se servent de deux ou plusieurs langues (ou dialectes) dans la vie de tous les jours. Ceci englobe les personnes qui ont une compétence de l'oral dans une langue, de l'écrit dans une autre, les personnes qui parlent plusieurs langues avec un niveau de compétences différent dans chacune d'elles (et qui ne savent ni lire ni écrire dans l'une ou l'autre), ainsi que, phénomène assez rare, les personnes qui possèdent une maîtrise parfaite de deux (ou plusieurs) langues » (Grosjean, 1982).

On parle également de bilinguisme « actif » lorsque l'enfant peut utiliser les deux langues pour communiquer et de bilinguisme « passif » si l'enfant ne se sert pas des deux langues bien qu'il vive dans un contexte de bilinguisme (Taly, et al. 2008).

Devant la pluralité des situations rencontrées le bilinguisme apparait comme une création dynamique, singulière et originale, propre à chacun, et qu'autant qu'il y a d'individus bilingues et de situations plurilinguistiques il y a de bilinguismes.

Les enfants de migrants sont considérés allophones, dans le sens de « locuteurs dont la langue maternelle ne coïncide pas avec la ou les langue(s) officielle(s) du territoire sur lequel il réside » (Wallon *et al*, 2008).

Aujourd'hui le bilinguisme précoce lorsqu'il évolue vers un bilinguisme harmonieux est considéré comme un facteur favorable au développement de l'enfant sur le plan de la flexibilité mentale, des capacités attentionnelles, des compétences métalinguistiques et des facultés d'apprentissage (Bialystok, 2012). En effet, des compétences d'écriture et de lecture dans la langue maternelle permettraient de meilleurs résultats dans une seconde langue (Lutz *et* al. 2009).

L'étude des performances de sujets bilingues dans l'apprentissage d'une troisième langue montre qu'à l'inverse des monolingues, il ne leur est pas nécessaire de traduire les concepts d'une langue à l'autre pour produire une réponse, en cela ils disposent de meilleures capacités métalinguistiques (Lemhöfer *et al,* 2004, 2010). L'enfant bilingue aurait également de meilleures aptitudes dans les tâches de catégorisation, du fait que son langage est organisé en deux systèmes. Il ferait ainsi l'expérience précoce qu'il existe plusieurs façons de dire et de nommer les choses (Abdelilah-Bauer, 2006). Il existerait différentes modalités d'utilisation de ces deux références, constituant le bilinguisme « composé » d'une part : une représentation est associée à deux unités lexicales reliées entre elles ; et le bilinguisme « coordonné » d'autre part : l'enfant associe d'abord un terme d'une langue à une représentation, puis son traductif dans l'autre langue (Camara, 2015). La relation entre intelligence et bilinguisme n'est pas clairement définit sur un plan expérimental (Wallon, 2008).

Les recherches récentes considèrent l'apprentissage de la langue maternelle comme un facteur facilitateur pour l'apprentissage de la langue du pays d'accueil, par ce qu'elle mobilise aux plans symbolique et cognitif. De plus, cette transmission permet l'inscription de l'enfant dans sa filiation (Rezzoug *et al*, 2008). Elle se fait selon les choix linguistiques des adultes, en partie inconscients (Hamad, 2004), influencés par leur histoire personnelle et familiale, et en interaction avec l'influence de la société d'accueil. La nature et la qualité du bilinguisme relèvent de manière générale de la

configuration sociolinguistique du milieu dans lequel grandit l'enfant (Mackey, 1977). Il est aujourd'hui reconnu comme souhaitable que les parents parlent avec leur enfant « la langue dans laquelle ils se sentent le mieux, celle qui leur permet de médiatiser des liens affectifs solides » (Abdelilah-Baer, 2002).

L'équipe du centre du langage du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Avicenne à Bobigny (AP-HP) a développé un outil d'évaluation de la qualité du bilinguisme des enfants de migrants, qui s'intéresse particulièrement à l'influence de la trajectoire langagière de la famille et de l'enfant, à la transmission de la langue maternelle, et à l'histoire familiale et migratoire : l'ELAL d'Avicenne[5] (Wallon *et al*, 2008). Cet outil est en cours de validation. Afin d'évaluer le niveau de maîtrise de la langue maternelle, ce test comprend une structure classique avec un volet compréhension et un volet production. Lors de la passation seul l'interprète interagit avec l'enfant, le chercheur étant présent mais silencieux pour que la langue maternelle soit la seule utilisée. Les parents répondent à un questionnaire semi-structuré abordant la présence des langues dans la famille, les pratiques linguistiques effectives, le pays d'origine, la mère, le père et les autres membres de la famille dont la fratrie avec une attention particulière aux pratiques linguistiques partagées avec l'enfant évalué, la scolarité et la profession, l'histoire migratoire. Le français est également évalué à travers la N-EEL[6]. Les premiers résultats montrent qu'un grand nombre d'enfants considérés bilingues par leur entourage car exposés à deux langues, ne le sont pas en réalité.

Par ailleurs, l'intérêt de cet outil serait la réalisation d'un test en langue maternelle permettant une évaluation plus précise dans les cas de retard de langage.

En conclusion, il semble que le bilinguisme lorsqu'il se met en place de manière harmonieuse offre à l'enfant un « bonus » sur le plan linguistique et cognitif mais que cette modalité ne concerne pas l'ensemble des enfants grandissant dans un milieu plurilingue.

I.1.2.3 Considérations sur l'adolescence

Parmi les mouvements psychiques dont elle est le théâtre, l'adolescence vient interroger la question des appartenances, de la filiation et des affiliations au groupe de pairs, au groupe culturel. Selon M.R Moro, la construction identitaire et culturelle des enfants de migrants est marquée par un clivage entre l'appartenance culturelle des parents et celle du pays d'émigration.

De manière assez générale, les enfants de migrants à l'adolescence semblent pris dans un double mouvement :

[5] Evaluation Langagière pour Allophones et primo-arrivants, voir annexes.
[6] Nouvelles épreuves pour l'examen du langage, échelle d'évaluation orthophonique.

> « L'affect est profondément arrimé au monde représentationnel des parents d'une part, monde vécu pourtant comme archaïque et d'autre part à celui de l'extérieur, monde de la symbolisation et du savoir nécessaire à la réussite scolaire » (Moro, 1998).

Elaborer sa place dans la filiation et ses affiliations devient source de conflit. Entre ces deux mondes, l'illusion résiderait dans la notion de choix. Mais, parce qu'il est « contraint à faire des liens, à inventer des stratégies et à se métisser » (Laplantine, 2007 ; Moro, 2010 ; Skandrani, 2011) l'adolescent n'appartiennent pas à l'un ou l'autre, n'est pas l'un ou l'autre, il est l'un et l'autre (Taïeb, 2012). Ce faisant, « pour tenter d'échapper au clivage qui le guette [il a recours à] des stratégies de métissages plus ou moins créatrices, plus ou moins douloureuses » (Moro, 1998) afin de se créer une identité hybride (Hemans, 2003), syncrétique (Camilieri, 1990).

Les mécanismes de clivage s'accompagnent d'un « processus de déni auquel [les enfants] sont constamment contraints de recourir, déni des origines parfois, " déni de la filiation " souvent » (Moro, 1998).

Il n'est pas rare qu'ayant une meilleure maîtrise de la langue ainsi qu'une meilleure appréhension du monde extérieur, les enfants se trouvent en position de « guide » pour leurs parents, jouant par exemple un rôle actif de traducteur, ou de suivi médical et scolaire des cadets, etc. On assiste alors à une inversion des générations qui met l'enfant à une place particulière en le « parentifiant », parfois très tôt. Devenus adolescents certains cherchent à mettre à distance ce statut. Les relations peuvent devenir conflictuelles, l'adolescent dévalorisant les parents, niant leur autorité. Cette dévalorisation fait alors écho à la mauvaise estime de soi de certains parents, fragilisés par le contexte d'acculturation (Moro, 1998).

Pris dans le phénomène inconscient de « déni de la filiation » évoqué plus haut, ces adolescents peuvent alors avoir l'illusion de s'auto-assumer, de s'être « faits tout seuls, sans racines pour les aider à grandir » (Moro, 1998). Le corollaire est le risque que cet enfant qui connait bien mieux les codes de l'extérieur, soit perçu par les parents comme « un étranger, transformé par le pays d'accueil » (Bouche-Florin *et al*, 2007). A l'inverse, certains parents encouragent explicitement leur enfant à s'intégrer dans la société d'accueil mais restent pour leur part en retrait, créant ainsi une « situation de double injonction contradictoire » pour l'enfant (Becker, 1994). Cela entraîne des remaniements psychiques complexes, d'autant plus douloureux pour l'adolescent que « la question de l'identité devient aiguë à cette période où il doit faire face à une carence identificatoire » (Bouche-Florin *et al*, 2007).

Le fait que les adolescents vivent parfois le monde de leurs parents « comme archaïque » se comprend d'une part comme mouvement du processus adolescent. En effet, sur la voie de sa construction identitaire l'adolescent cherche et teste ses images identificatoires, met souvent à mal les rôles parentaux, remet en cause et cherche à comprendre l'ordre des choses afin de trouver sa propre place. En situation transculturelle, les codes de la culture d'origine transmis par les parents ne sont plus totalement relayés par les règles du pays d'accueil. L'enfant compare et évalue les différents codes et valeurs qu'il rencontre. Il perçoit de manière plus distanciée ce que veut lui transmettre sa

famille, cela peut compliquer la transmission et la rendre conflictuelle (Bouche-Florin *et al*, 2007). Le rejet de la culture parentale peut également relever de l'intériorisation de représentations péjoratives de la culture d'origine, véhiculées par la société d'accueil (Moro, 2007). De plus, le contexte historique et social est à prendre en considération. Si les parents sont originaires d'un pays marqué par la colonisation française, une certaine asymétrie entre les cultures peut persister inconsciemment et les amener à mettre d'avantage en valeur la culture française. Ainsi, certains parents prennent inconsciemment le parti de s'effacer pour favoriser « l'intégration » de leur enfant. La réalité sociale et leur appartenance à un groupe culturel minoritaire au sein de la société d'accueil tend également à renforcer ces phénomènes (Moro, 2010).

Du point de vue ethnopsychiatrique, l'édification de l'identité chez l'adolescent de parents migrants se comprend comme « le prolongement d'un chemin amorcé par les parents avant même que l'enfant naisse. Les premières pages du récit de [sa] construction identitaire sont introduites par l'histoire migratoire même des parents » (Bouche-Florin *et al*, 2007). Le contexte d'acculturation impact le psychisme du migrant, et lorsqu'il devient parent cela imprègne la nature et la qualité des relations précoces qu'il établit avec son bébé.

> « C'est au cœur même de ces premières interactions que [l'ethnopsychiatrie] cherche à comprendre ce qui sous-tend le processus de construction identitaire de ce bébé devenu adolescent » (Moro, 1998).

L'adolescence correspond à l'une des périodes critiques où la vulnérabilité spécifique des enfants de migrants s'exprime car « le clivage, sur lequel le bébé de migrant devenu grand s'est structuré, reprend les devants de la scène » (Moro, 1998).

I.2 Etudes épidémiologiques

Dans les études à grande échelle, il est très fréquent que les enfants nés dans le pays d'accueil soient regroupés avec ceux nés dans le pays d'origine et ayant vécu la migration.

En 2008, Stevens et Vollebergh réalisent une revue de la littérature allant de 1990 à 2007, puis la méta-analyse de 20 études portant sur la santé mentale d'enfants de première, deuxième, et troisième génération de migrants. Il s'agit principalement de migrations économiques, les études traitant spécifiquement des réfugiés et demandeurs d'asile ayant été exclues. La classification d'Achenbach était utilisée afin de distinguer les troubles internalisés (troubles émotionnels, anxieux et dépressifs) des troubles externalisés (troubles du comportement, trouble des conduites, hyperactivité). La grande variabilité de méthodologie et de design des études ne permettait pas aux auteurs d'établir de

conclusions franches concernant les risques en termes de santé mentale chez les enfants de migrants. Les résultats étaient très hétérogènes et parfois contradictoires.

Les auteurs proposaient différentes hypothèses à l'origine de cette hétérogénéité. D'une part, le relevé des troubles présentés par les enfants étaient réalisé dans certaines études par les parents, dans d'autre par les professeurs ou encore par les enfants et adolescents eux-mêmes. Or, la qualité de l'informateur influe sur la prévalence des troubles étudiés (Achenbach *et al,* 1987). Ainsi, les différences entre les taux de prévalence rapportés par les parents, les professeurs et les enfants ou adolescents peuvent s'expliquer par le fait que les professeurs et les parents n'ont pas le même type de relations avec les enfants, et ne se situent pas dans les mêmes contextes (Achenbach *et al*, 1987). Ces différences peuvent aussi s'expliquer par une différence de conception culturelle concernant la « normalité » du comportement de l'enfant. Ils soulignaient également l'effet du statut socioéconomique et de son évolution au cours du temps : il semblerait par exemple qu'en Australie ou au Canada, les immigrés aient tendance à progresser socialement plus rapidement qu'aux Pays-Bas où malgré les années passées dans le pays, ils tendent à rester au bas de l'échelle sociale. Cela peut contribuer aux différences de résultats en termes de santé mentale concernant la deuxième génération.

De même, les politiques d'immigration ainsi que le pluralisme de la société d'accueil peuvent avoir une influence sur la santé mentale des enfants de migrants. Virta et al. (2004) par exemple ont comparé deux groupes d'enfants d'immigrés turcs vivant en Norvège et en Suède (où leurs parents étaient venus pour travailler), et après contrôle du niveau socio-économique et du lieu de naissance, les adolescents vivant en Norvège rapportaient plus de troubles internalisés que ceux vivant en Suède. Les auteurs postulent que cette différence serait en lien avec l'intensité des discriminations perçues. Au terme de cette méta-analyse, Stevens et Vollebergh concluent sur la nécessité d'uniformiser le design des études et de standardiser la méthodologie et les définitions dans les recherches portant sur la santé mentale des enfants de migrants.

Ils proposent différentes modalités selon l'objectif de l'étude :

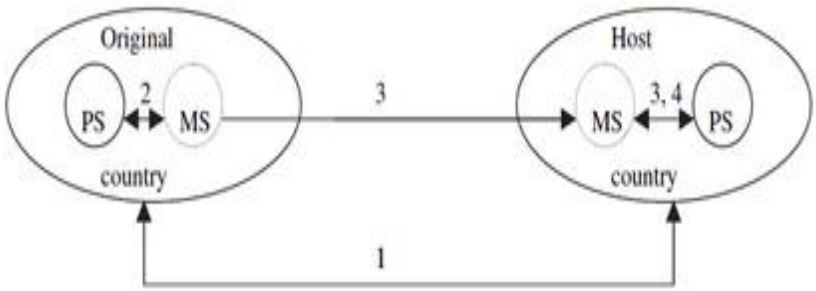


Figure 1 Research design for the effect of migration on mental health 1. cross-cultural effects: comparison of original country with host country 2. selection effects of migrants: comparison of random migrated sample with random population sample in original country 3. migration process effects: comparison of migrated sample in host country with matched group in original/host country 4. ethnic minority effects: comparison of migrated sample in host country with native sample in host country MS = Migrant Sample PS = Population Sample

Reprenant les conclusions de Stevens et Vollebergh, Belhadj Kouider *et al*. réalisent en 2014 une méta-analyse des études publiées en Europe en anglais entre janvier 2007 et mars 2013, et traitant de la prévalence des troubles émotionnels et comportementaux chez des enfants de migrants en comparaison avec des enfants non issus de l'immigration. Selon la méthodologie des 36 études inclus, les auteurs déterminent le phénomène étudié :

- L'effet de la migration : comparaison d'un échantillon randomisé d'enfants de migrants résidant dans le pays d'accueil à un échantillon randomisé d'enfants résidant dans le pays d'origine.
- Les effets du vécu de la migration : comparaison d'un échantillon d'enfants de migrants à un échantillon apparié d'enfants ayant effectué la migration.
- Le facteur minorité ethnique : comparaison d'un échantillon d'enfants de migrants à un échantillon d'enfants de parents non-migrants.

Dans l'étude de Daglar M *et al.* (2011) comparant un groupe d'enfants de migrants turcs résidant au Royaume-Uni à un groupe d'enfants turcs vivant en Turquie (mesure de l'effet de la migration selon Stevens et Vollebergh) les prévalences des troubles internalisés et externalisés était plus élevée chez les enfants de migrants turcs résidant au Royaume-Uni. Ce groupe comprenait à la fois des enfants nés et Turquie et des enfants nés au Royaume-Uni.

Deux études suisses comparaient spécifiquement des enfants dits « de première génération » à des enfants nés dans le pays d'accueil, de deuxième génération. Quatre autres études exploraient de manière combinée l'effet du vécu de la migration et l'effet de minorité ethnique. Concernant la comparaison entre enfants de première et de deuxième génération, les résultats sont contradictoires :

la moitié des études ne retrouvent pas de différence et l'autre met en évidence des taux de troubles internalisés et externalisés plus importants chez les enfants migrants de première génération.

Enfin, la majorité des études comparaient un groupe d'enfants de migrants (première, deuxième et troisième génération) à un groupe d'enfants de parents non-migrants. La prévalence des troubles internalisés était globalement supérieure chez les enfants de migrants (identique dans les deux groupes dans 5 études, inférieure chez les enfants de migrants dans 4 études et supérieure dans le groupe enfants de migrants dans 16 études). Les résultats concernant les troubles externalisés étaient plus hétérogènes et il ne se dégageait pas de tendance franche.

En 2015, les mêmes auteurs entreprennent une méta-analyse similaire sur le continent nord-américain (Belhadj Kouider *et al*, 2015). Ils ont recensé les études publiées en anglais entre janvier 2009 et août 2013 dans les pays suivants : Groenland, Canada, Etats-Unis, Mexique, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Belize, Costa Rica, Salvador, Panama et traitant de la prévalence des troubles internalisés et externalisés chez les enfants de migrants. Parmi les 35 études inclues, 28 étaient réalisées aux Etats-Unis, 6 au Canada, une étude internationale multicentrique utilisait des échantillons des Etats-Unis, du Canada, d'Australie et du Royaume-Uni.

L'étude de Sirin *et al.* (2013), qui s'intéresse au rôle du stress acculturatif dans la santé mentale des adolescents migrants, compare des adolescents de première et deuxième génération et ne retrouve pas de pas de différence sur le plan des troubles émotionnels et comportementaux, cependant l'intensité du stress acculturatif était déterminante et corrélée de manière significative avec les troubles internalisés.

Dans l'étude de Chen X Tse (2010), les enfants migrants de première génération d'origine chinoise au Canada présentaient d'avantage de troubles internalisés et externalisés que ceux de deuxième génération.

A l'inverse, dans l'étude de Montazer & Weaton (2011) l'effet de génération n'avait pas d'influence sur les troubles externalisés et ils retrouvent d'avantage de troubles internalisés chez les enfants de seconde génération.

Ainsi, les résultats concernant le vécu personnel de la migration étaient hétérogènes.

Trente études comparaient des groupes d'enfants de migrants avec la population locale ou bien différents groupes ethniques entre eux. Beaucoup comparaient un seul groupe ethnique avec un échantillon de population locale et ne nous ont pas semblées pertinentes.

Washbrook *et al.* (2012) ont comparé des enfants de migrants de différents groupes ethniques avec un groupe d'enfants de parents non-migrants. Ils rapportent des taux égaux de troubles externalisés chez les enfants de migrants et chez les enfants de parents non-migrants. Ils n'ont pas mesuré la prévalence des troubles internalisés.

Jackson *et al.* (2011) mettent en évidence d'avantage de troubles externalisés chez les enfants de parents non-migrants et une prévalence plus élevée de troubles internalisés chez les enfants de migrants.

Au terme de cette méta-analyse, Belhadj Kouider *et al*. concluent que le statut d'enfant de migrants a tendance à fonctionner comme un facteur de risque pour la santé mentale des enfants et des adolescents, surtout en termes de troubles internalisés.

En 2014, Das-Munshi *et al.* effectuent un suivi longitudinal d'enfants nés en Angleterre de parents nés en Irlande ou en Angleterre, Ecosse, Pays de Galles. Ils comparent les enfants de parents nés en Irlande ou Irlande du Nord aux enfants de parents nés en Angleterre, Ecosse, ou Pays de Galles. Issus de deux cohortes anglaises (National Childhood Development Survey : NCDS 1958 et 1970 Birth Cohort : BCS70) les enfants étaient revus à 7, 11 et 16 ans et soumis à plusieurs échelles d'évaluation. Dans les deux cohortes et après ajustement sur le genre, des symptômes psychologiques étaient plus fréquents chez les enfants de parents nés en Irlande à 7 et 11 ans dans la cohorte NCDS et à 16 ans dans les deux cohortes. Dans les deux cohortes également, les enfants de parents nés en Irlande grandissaient dans des conditions matérielles plus difficiles que les enfants de parents non-migrants. Dans la cohorte NCDS l'ajustement sur les variables « difficultés matérielles » réduisait l'écart sur le plan des symptômes psychiques entre les groupes, à 7 et 16 ans tandis qu'à 11 ans l'écart restait le même. Dans la cohorte BCS70 lorsque l'on prenait en compte la souffrance psychologique maternelle, les difficultés matérielles, et les co-variables de la naissance, il apparaissait que les enfants d'immigrés irlandais avaient 0.78 moins de symptômes psychologiques que les enfants de non-migrants (résultat non significatif).

Garber *et al.* ont mené en 2013 une étude rétrospective d'une période de vingt ans (de 1998 à 2007) sur une population d'enfants et d'adolescents « issus de l'immigration », regroupant les enfants ayant migré et ceux nés dans le pays d'accueil. Ils ont comparé les troubles présentés par ces enfants à ceux de parents non-migrants, ayant fréquenté le même service de pédopsychiatrie en Allemagne. La proportion de comorbidité. Les parents immigrés avaient des niveaux socio-économiques globalement plus faibles. Les enfants de migrants montraient des taux significativement plus importants de réactions importantes au stress, de troubles de l'adaptation, et de syndrome de stress post-traumatique que leurs pairs de parents non-migrants. Les garçons de parents migrants présentaient significativement plus de trouble dépressif et une prévalence moindre de troubles hyperkinétiques. Il apparaissait une interaction entre statut migratoire et faible niveaux socio-économique augmentant le risque de développer certains troubles psychiques tels que les réactions intenses au stress et les troubles de l'adaptation, chez les garçons. Ces résultats vont dans le sens de ceux retrouvés en population adulte, selon lesquels le statut socioéconomique est un facteur de risque pour certains troubles mentaux, particulièrement la dépression. Les auteurs concluaient que parmi les hypothèses explicatives de la vulnérabilité psychique des populations migrantes, on peut retenir l'influence du stress lié à la migration. Cela suppose qu'un antécédent familial de migration augmenterait le risque de perturbations émotionnelles et comportementales, en lien avec différentes difficultés sur le plan de l'adaptation psychosociale.

En 2008, Duarte *et al.* ont réalisé une étude originale en cherchant à mesurer l'association entre degré d'acculturation et de stress acculturatif chez les parents et niveaux d'expressions psychopathologiques chez les enfants. Ils définissent l'acculturation comme le changement provenant du contact direct et prolongé avec des individus d'une culture différente, et le stress acculturatif correspond au degré de stress avec lequel un individu s'adapte aux valeurs et aux normes d'une culture différente de la sienne. L'étude comparait des familles d'origine portoricaine vivant à New-York et des familles portoricaines vivant à San Juan (Puerto Rico), l'objectif était d'étudier « l'expérience culturelle » (degré d'acculturation et stress acculturatif) et son association avec des comportements antisociaux et/ou des troubles internalisés chez les enfants dans ces deux contextes. Selon Duarte *et* al, la particularité de Puerto Rico est la prégnance de la culture anglo-saxonne, à laquelle les portoricains s'acculturent également. Les auteurs exploraient ainsi un groupe réalisant une acculturation dans un contexte de minorité ethnique et un groupe réalisant une acculturation sans dimension de minorité ethnique. Les enfants étaient âgés de 10 à 13 ans. La détermination du niveau d'acculturation des pré-adolescents était réalisée par le biais de questionnaires incluant des questions sur la langue préférentiellement utilisée, l'origine ethnique des programmes télévision regardés, le type de musique préférée, l'origine ethnique de l'artiste préféré et des amis, le sentiment de fierté de leurs origines. Chaque réponse allant de « 100% latino à 100% anglo-saxon ». Chez les parents les questions portaient entre autres sur l'origine ethnique des personnes qu'ils admiraient, la langue qu'ils aimeraient que leurs enfants parlent, avec qui désireraient-ils que leurs enfants se marient, rapportaient-ils un impact positif des influences culturelles. Pour la détermination de l'intensité du stress acculturatif, quatre items étaient mesurés : la survenue de difficultés à l'école pour comprendre l'anglais, l'existence de conflits familiaux autour de coutumes culturelles, des difficultés à allier les deux cultures, le sentiment de n'appartenir à aucune culture. Il n'y avait globalement pas de différence de prévalence des troubles internalisés et des comportements antisociaux entre les deux groupes. L'intensité du stress acculturatif des parents était significativement corrélée à la prévalence de troubles internalisés chez les enfants dans les deux groupes. Chez les enfants l'intensité de ce stress était corrélée à la prévalence des troubles internalisés et des comportements antisociaux. Le degré d'acculturation des parents était associé aux manifestations antisociales chez les enfants et celui des enfants n'était associé à aucun des troubles mentaux mesurés. Les auteurs concluaient sur l'importance de mesurer la pénibilité avec laquelle les individus s'adaptent à une nouvelle culture car le stress acculturatif était corrélé à la prévalence de certains troubles mentaux.

L'étude canadienne réalisée en 2007 par Georgiades *et al.* présente la particularité de mesurer l'interaction entre niveau socioéconomique (logement dans un quartier défavorisé et ressources en deçà du seuil de pauvreté) et statut immigré des parents. En effet, les familles récemment immigrées au Canada ont d'avantage de chances d'être confrontées à des conditions socioéconomiques difficiles (Georgiades *et al*., 2006) et les effets néfastes sur la santé mentale, les relations interpersonnelles et la réussite scolaire de la pauvreté et du fait de vivre dans un quartier défavorisé ont été à plusieurs reprises documentés (Boyle & Lipman, 2002 ; Brody *et al.*, 2001; Duncan & Brooks-Gunn, 2000). Dans cette étude utilisant le cycle 1 (1994-1996) de la cohorte National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY; Special Surveys Division, 1996), les enfants

étaient âgés de 4 à 11 ans et répartis en trois groupes : les enfants de parents non-migrants, les enfants de parents migrants établis depuis plus de 15 ans au Canada, les enfants de parents migrants arrivés au Canada depuis moins de 15 ans. Parmi les enfants de migrants, 5% étaient nés à l'étranger et étaient donc des migrants de première génération. Concernant les facteurs socio-économiques, dans les trois groupes l'habitat dans un quartier défavorisé et le fait de vivre sous le seuil de pauvreté étaient associés aux troubles externalisés chez les garçons et aux troubles internalisés dans les deux sexes. Cependant l'association n'était pas significative dans le groupe d'enfants de migrants arrivés récemment au Canada (< 15 ans) pour les troubles externalisés. Les auteurs décrivent un effet « modérateur » du statut « récemment immigré » sur l'association conditions de vie défavorables/troubles externalisés. Ils soulignent un probable phénomène de résilience qui nécessiterait des études plus approfondies afin d'en déterminer les mécanismes.

La présentation des différentes études récentes sur la santé mentale des enfants de migrants suggère une prévalence globalement plus élevée de troubles internalisés dans cette population, malgré des résultats hétérogènes.

I.3 Les enfants migrants

I.3.1 Epidémiologie

Dans les années 1990 plusieurs études indiquent que les enfants migrants sont à risque sur le plan de la santé mentale car la migration est porteuse d'un stress particulier et s'accompagne de pertes multiples (amis, famille, habitudes, coutumes, environnement etc.), mais également car les nouveaux arrivants doivent s'habituer à une nouvelle culture, un nouveau contexte, une nouvelle langue, de nouvelles valeurs morales (Munroe-Blum *et al*, 1989; Pawliuk *et al,* 1996). Des incompatibilités peuvent apparaître entre culture d'origine et culture du pays d'accueil, sur le plan des valeurs familiales et sociétales, des styles d'interactions et des rôles sociaux (Guarnaccia, 1998). Une acculturation asymétrique au sein des familles, les enfants apprenant plus rapidement que les parents les nouveaux codes et la langue, peut amener à des conflits intergénérationnels et à d'avantage de stress (Beiser *et al,* 1995).

Ainsi les enfants migrants sont exposés aux mêmes processus que les adultes et en plus, ils ne bénéficient parfois pas du soutien de leurs parents en prise avec leurs propre stress migratoire. Dans ce contexte, il est aujourd'hui établi que le sentiment d'insécurité et de souffrance des parents a des effets délétères sur la santé psychique des enfants (Le Loher & Puybaret-Bataille, 2012).

En 2002, devant l'augmentation rapide du nombre de demandeurs d'asile au Royaume Uni (majoration de 250% en cinq ans) dont un quart étaient des enfants et adolescents, Fazel *et al.* menèrent une étude comparant un groupe d'enfants de parents demandeurs d'asile, à un groupe d'enfants faisant partie d'une minorité ethnique et à des enfants de parents non-migrants. Les enfants réfugiés étaient recrutés dans six écoles d'Oxford, et le groupe comprenait 61 garçons et 40 filles. Les professeurs évaluaient les enfants à l'aide de la SDQ[7]. Les enfants de parents demandeurs d'asile présentaient significativement plus de troubles émotionnels que les enfants appartenant à une minorité ethnique et que les enfants de parents non-migrants. Ils présentaient également d'avantage de symptômes hyperactifs et de troubles relationnels avec leurs pairs que les enfants de parents non-migrants. Dans une autre publication (Fazel & Stein, 2002), les auteurs indiquent que les troubles les plus fréquemment retrouvés chez les enfants réfugiés ou de parents demandeurs d'asile sont l'état de stress post-traumatique, l'anxiété avec troubles du sommeil et la dépression. Ils ajoutent que les enfants présentaient fréquemment une symptomatologie polymorphe associant symptômes post-traumatiques et dépressifs par exemple.

Leavey *et al.* (2004) font également part de difficultés psychologiques dans les relations interpersonnelles, ainsi que sur le plan la régulation des émotions et des apprentissages scolaires chez les enfants réfugiés.

En 2010, Bronstein et Montgomery présentent les résultats de la revue de la littérature sur la santé psychique des enfants réfugiés entre 2003 et 2008. Ils ont inclus 22 études réalisées au Canada, Danemark, Pays-Bas, Suède, Etats-Unis et au Royaume-Uni mais n'ont pas réalisé de méta-analyse. Les troubles les plus observés étaient l'état de stress post-traumatique, dont la prévalence chez les enfants réfugiés variait de 19 à 54% et la dépression, dont la prévalence variait de 3 à 30%

Fazel *et al.* ont tenté d'identifier les facteurs de risques pour la santé mentale des enfants réfugiés sur le plan individuel, familial et environnemental.

Les facteurs de risque peuvent être définis comme des facteurs susceptibles d'influencer péjorativement le développement psychologique et émotionnel de l'enfant, à l'inverse les facteurs protecteurs sont associés à des effets positifs malgré un contexte difficile. Le concept de résilience, développé notamment par Rutter comme un processus permettant de surmonter des évènements douloureux, n'est pas envisagée comme un trait fixe et immuable, mais comme un processus qui se développe en réponse à « des défis ».

Ainsi, les enfants exposés à des situations à haut risque peuvent faire preuve de résilience s'ils peuvent s'appuyer sur des facteurs protecteurs suffisants pour les protéger de la difficulté.

[7] Strengh and Difficulties Questionnaire

Facteurs de risques déterminés par Fazel *et al* (2002):

- Facteurs de risque individuels :
  - Nombre d'évènements traumatogènes vécus personnellement ou comme témoin
  - Difficulté de langage, versant expressif
  - Problèmes de santé physiques liés à un traumatisme ou à la malnutrition
  - Age avancé
- Facteurs de risque familiaux :
  - Etat de stress post-traumatique chez l'un des parents
  - Dépression maternelle
  - Parent victime de torture
  - Mort ou disparition de l'un des parents
  - Témoin direct de l'impuissance des parents
  - Sous-estimation du niveau de stress de l'enfant par les parents
  - Chômage des parents
- Facteurs de risque environnementaux :
  - Nombre élevé de changements, déménagements, changements d'école etc.
  - Pauvreté
  - Temps de la procédure de demande d'asile
  - Isolement culturel
  - Temps passé dans un camp de réfugiés

Dix ans plus tard, en 2012 ces mêmes auteurs poursuivent leurs travaux afin de déterminés les facteurs de risque et les facteurs protecteurs pour la santé mentale des enfants réfugiés et déplacés de manière forcée (Fazel *et al*, 2012). Ils ont réalisés une revue de la littérature de janvier 1980 à juillet 2010 mais n'ont pas entrepris de méta-analyse des 44 études inclues du fait de l'hétérogénéité méthodologique. Les études avaient été réalisées en Ex-Yougoslavie, en Australie, en Belgique, au Canada, en Croatie, au Danemark, en Finlande, aux Pays-Bas, en Suède, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. Leurs conclusions sont présentées dans le tableau 3.

	Domain assessed	Number of studies*	Total number of children†	Risk or protective factor
Exposure to premigration violence	Individual	13[8,10,14,17,19,20,22,24,26,35,40,46,48]	3099	Risk
Female sex	Individual	11[12,14,17,26,27,32,35,39,46,48,49]	3425	Risk (mainly for internalising or emotional problems)
High parental support and family cohesion	Family	4[14,30,45,48]	1576	Protective
Self-reported support from friends	Community	4[8,14,30,35]	397	Protective
Unaccompanied	Family	3[11,22,27]	3690	Risk
Perceived discrimination	Community	3[20,35,48]	1548	Risk
Exposure to postmigration violence	Individual	3[13,35,48]	1489	Risk
Self-reported positive school experience	Family	3[28,30,48]	1441	Protective
Several changes of residence in host country	Community	3[12,37,49]	1031	Risk
Parental exposure to violence	Family	3[8,34,41]	517	Risk
Poor financial support	Family	2[7,48]	1601	Risk
Same ethnic-origin foster care	Family	2[22,38]	386	Protective
Single parent	Family	2[41,49]	359	Risk
Parental psychiatric problems	Family	2[10,26]	162	Risk

Only factors that were validated in at least two studies resulting in the same direction of effect, were included in the Review. *Reported as one study if the same sample was used in more than one reported study. †Includes forcibly displaced children and comparator groups, hence high numbers of participants.

Tableau 3. Facteurs de risques et facteurs protecteurs pour la santé mentale des enfants réfugiés dans les pays développés, selon Fazel *et al.*, The Lancet, 2012.

Les auteurs soulignent l'importance de ne pas prendre en considération seulement les évènements difficiles survenus avant la migration mais l'ensemble des aléas auxquels les enfants ont été exposés. Certaines études relevaient un effet délétère du manque de communication intrafamiliale au sujet des épreuves douloureuses, de l'expérience migratoire et de l'exil. Par ailleurs, les conditions de vie dans le pays d'accueil peuvent elles aussi être porteuses d'insécurité, de solitude, et de ruptures qui sont autant de menaces supplémentaires pour le bien-être de ces enfants (Le Loher & Puybaret-Bataille, 2012).

Heptinstall *et al* (2004) exploraient dans leur étude l'association entre les évènements stressants pré et post migratoires et la présence d'un état de stress post-traumatique et/ou dépressif chez les enfants réfugiés. L'association était significative entre le nombre d'évènements traumatiques subis par la famille avant la migration et la présence d'un état de stress post-traumatique chez les enfants. Concernant la dépression, l'association avec les évènements stressants postérieurs à la migration était significative. Enfin, l'insécurité inhérente à la condition de demandeur d'asile et les difficultés matérielles étaient corrélés à des scores plus élevés pour les deux troubles.

Bien qu'une grande partie des études sur la santé mentale des enfants réfugiés soit réalisée dans les pays occidentaux, ce sont les pays du Sud qui prennent en charge la majorité des réfugiés dans le monde. Ainsi, Reed *et al.* (dont Fazel) ont élargi leur travaux aux pays en voie de développement.

Concernant les enfants déplacés de force, il est nécessaire de redéfinir facteurs de risque et facteurs protecteurs. Les recommandations concernant les interventions auprès de ces enfants utilisées par les organisations travaillant dans les situations d'urgence avec les populations déplacées sont les « Inter-Agency Standing Committee (IASC) Guidelines for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings » (2007) et elles visent notamment à identifier les personnes les plus à risque. Les auteurs ont réalisé une revue de la littérature de janvier 1980 à juillet 2010 et inclus 27 études pour lesquelles ils n'ont pas entrepris de méta-analyse en raison de l'hétérogénéité méthodologique. Ces études avaient été réalisées au Costa Rica, en Honduras, en Inde, au Népal, au Nicaragua, au Pakistan, en Thaïlande, en Turquie et en Ouganda. Leurs conclusions sont présentées dans le tableau 4.

	Domain assessed	Number of studies*	Total number of children†	Risk or protective factor
Exposure to premigration violence	Individual	12[15,16,18,20,21,28,29,31,32,37,40,41]	7382	Risk
Female sex	Individual	7[17,18,29,32,35,37,41]	2667	Risk (for internalising or emotional problems, but not post-traumatic stress disorder)
Settlement in refugee camp	Societal	4[20,26,28,39]	4742	Risk
Male sex	Individual	3[17,24,29]	1678	Risk (for externalising or behavioural problems)
Repatriation‡	Societal	3[22,24,27]	1101	Protective
Internal displacement (within country of origin)	Societal	2[16,37]	1574	Risk

Only factors that were validated in at least two studies, resulting in the same direction of effect, were included in the table, an approach used elsewhere[114] to provide an indication of the consistency and strength of findings with predictor variables. *Reported as one study if the same sample was used in more than one reported study. †Includes forcibly displaced children and comparator groups, hence high numbers of participants. ‡Refers to individuals who sought asylum in a different country and then returned to their country of origin, and were compared with those who had remained in their country of origin, who typically had longer exposure to conflict than did those who had migrated.

Tableau 4. Facteurs de risques et facteurs protecteurs pour la santé mentale des enfants réfugiés et déplacés dans les pays en voie de développement, selon Fazel *et al.*, The Lancet, 2012.

Il apparait que les enfants déplacés de force doivent remplir le double challenge d'avoir eu à affronter des évènements difficiles dans le passé tout en construisant une part importante de leur développement psychologique, émotionnel, intellectuel et social dans un nouveau contexte. Dans une étude réalisée chez des enfants déplacés en Afghanistan par Panter-Brick *et al.* (2009), le déplacement forcé était considéré comme l'un des évènements les plus stressants par 8,6% des enfants. Certains pays en voie de développement connaissent une stabilité politique fragile, sont en prise avec des conflits inter-ethniques frémissants, et disposent d'infrastructures et de systèmes de santé fragiles. Certains n'ont pas les structures légales régissant le statut de réfugié. Cela complique encore le devenir des familles.

Dans plusieurs études il apparait que la difficulté des conditions de vie matérielles, dans les camps de réfugiés notamment, est porteuse d'une dégradation des relations intrafamiliales qui constitue un facteur de risque important pour la santé mentale des enfants.

Ainsi, les enfants réfugiés traversent une double rupture de la continuité développementale et culturelle. Ils font par ailleurs l'épreuve de modifications de la dynamique familiale les amenant parfois à assumer le rôle de soignant pour des frères et sœurs plus jeunes ou pour des parents blessés physiquement et psychologiquement (Eisenbruch, 1988).

I.3.2 Les traumatismes psychiques

Historiquement, l'état de stress post-traumatique a d'abord été défini chez l'adulte en 1980, dans le DSM-III, pour décrire les tableaux présentés par les vétérans de la guerre du Vietnam.

Freud (1920) s'était intéressé à la question traumatique et théorisait le traumatisme comme le dépassement des capacités adaptatives et défensives d'un sujet exposé à un évènement traumatogène, du fait d'une « effraction du pare-excitation avec une mise hors-jeu du principe de plaisir, contraignant l'appareil psychique à une compulsion de répétition ». Chez l'enfant, Anna Freud et Dorothy Burlingham ont été les premières à s'intéresser aux syndromes traumatiques des enfants soumis aux bombardements de Londres pendant la Seconde Guerre Mondiale et elles ont fourni les premières descriptions du jeu post-traumatique.

Les études à plus grande échelle débutent dans les années 1970 et 1980 et concernent des enfants rescapés de catastrophes naturelles et accidentelles et d'agressions, Terr (1979) aux États-Unis mène par exemple une recherche sur des enfants pris en otage dans leur autobus scolaire.

La notion de traumatisme psychique chez l'enfant apparait dans le DSM III-R en 1987 et dans la CIM-9 en 1989. En effet, la souffrance post- traumatique des enfants et des bébés a été longtemps minimisée et les travaux récents dans le champ humanitaire notamment, ont permis son approche.

Concernant l'évènement déclencheur, pour être traumatogène il doit selon Lebigot (2002) confronter le sujet au réel de sa propre mort. Il est couramment admis que l'irréversibilité de la mort est acquise chez l'enfant à partir de 6-7 ans. Pour Bailly (2003), en plus de l'effroi perçu par l'enfant, un évènement peut se révéler traumatogène du fait de la destruction brutale de sa croyance en l'invulnérabilité et la toute-puissance de ses parents et en l'infaillibilité de leur protection, «l'adulte qu'il croyait omnipotent et porteur de sagesse se trouve soudain impuissant et sans ressource» (Bailly, 2003).

La nature de l'évènement a sans doute une influence sur les différences cliniques. En effet les violences interhumaines intentionnelles, ou bien la contrainte à réaliser des actes de violence (enfants-soldats), viennent questionner les lois, l'éthique et les croyances fondamentales du sujet, et par la transgression des tabous inconscients c'est son humanité, son identité et son rapport au monde qui sont attaqués. Ils ont certainement d'autres répercussions sur l'enfant que les situations de catastrophes naturelles, où l'arbitraire est au premier plan. Dans les traumatismes intentionnels il est important de prendre en compte la nature des liens entre l'enfant et l'agresseur, ainsi que les effets de l'influence et de l'emprise (Romano *et al*, 2008). Quoiqu'il en soit l'enfant se trouve face à un évènement qui « ne fait pas sens, il lui est impossible de se le représenter et [il] se trouve soumis à une exclusion au sein même de sa personne et de ses représentations » (Romano *et al,* 2008).

Alors que dans les DSM III-R et IV des notes étaient ajoutées aux critères diagnostiques de l'adulte, le DSM-V introduit un nouveau sous-type : l'état de stress post-traumatique chez les enfants d'âge préscolaire (« Post-traumatic Stress Disorder in preschool children »), âgés de 6 ans et moins. Dans le DSM-III et IV il est précisé au niveau au critère B1 (souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement provoquant un sentiment de détresse) que les symptômes peuvent prendre chez l'enfant la forme de jeux répétitifs dans lequel des thèmes ou éléments de l'évènement traumatogène apparaissent. Dans le DSM-III R, il est précisé que le critère C4 (diminution nette de l'intérêt pour les activités principales) peut prendre la forme chez l'enfant de régression sur le plan développemental de compétences récemment acquises telles que la propreté ou le langage. Dans le DSM-IV le critère A2 (la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur) peut chez l'enfant s'exprimer par un comportement désorganisé ou agité ; le critère B2 (rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse) peut contenir chez l'enfant des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ; et le critère B3 (Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire, incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) peut prendre chez les jeunes enfants de reconstitutions spécifiques du traumatisme.

La nouvelle sous-classe introduite par le DSM-V comprend :

A. Exposition à la mort ou à des menaces de mort, à des blessures graves ou à des violences sexuelles :
    1. Directement
    2. En tant que témoin (ce qui n'inclue pas les images visionnées sur internet ou à la télévision)
    3. Indirectement, en apprenant qu'un parent ou caregiver a été victime
B. Au moins un critère du syndrome intrusif, associé à l'évènement traumatique et débutant après :

1. Souvenirs répétitifs, survenant de manière imprévisible, répétitive et intrusive (et qui peuvent s'exprimer dans le jeu)
2. Cauchemars traumatiques dont le contenu peut-être en lien ou pas avec l'évènement traumatique (il n'est pas toujours possible de rattacher le contenu effrayant du cauchemar à l'évènement traumatique)
3. Réactions dissociatives (flash-backs : l'enfant semble brusquement revivre l'événement sans facteur déclenchant, comme si son comportement était dissocié de sa finalité ou de son intentionnalité), reconstitutions traumatique dans le jeu
4. Sentiment de détresse intense et prolongée face à des éléments rappelant l'évènement traumatique
5. Réactions physiques importantes déclenchées par des stimuli en lien avec l'évènement traumatique

Un signe au moins des critères C ou D :

C. Efforts persistants pour éviter les facteurs pouvant rappeler l'évènement traumatique, représentant un changement par rapport à l'état habituel :
    1. Evitement des activités, lieux ou situations qui rappelleraient l'évènement
    2. Evitement des personnes, des conversations ou des relations interpersonnelles
D. Altérations cognitives ou émotionnelles persistantes, ayant débuté ou s'étant aggravées après l'évènement traumatique :
    1. Etat émotionnel négatif (peur, culpabilité, honte, tristesse)
    2. Diminution marqué pour les activités habituelles, incluant une réduction des activités de jeu (imaginatif)
    3. Retrait social
    4. Expression réduite des émotions positives, émoussement des affects
E. Au moins 2 signes d'altérations de la vigilance et de la réactivité associées à l'évènement traumatique :
    1. Irritabilité et accès de colère, incluant des crises de colère intenses
    2. Hyper-vigilance
    3. Réactions de sursaut exagérées
    4. Diminution des capacités d'attention et de concentration
    5. Troubles du sommeil (terreurs nocturnes, réveils nocturnes)

Les critères de la CIM-10 utilisé chez les enfants âgés de plus de 6 ans et les adolescents sont très proches de ceux-ci et s'articulent autour du syndrome de répétition ou syndrome intrusif, du syndrome d'évitement et d'émoussement affectif et enfin de l'hyperactivité neurovégétative.

Terr (1979) distinguait deux sous-types de syndromes post-traumatiques : le type I, secondaire à un unique événement soudain et massif, et le type II, dû à des événements répétés ou durables pouvant alors être anticipables. Le type 1 comprend les symptômes décrits dans le DSM-5 ainsi qu'une perte de confiance en soi ; un certain pessimisme concernant l'avenir ; des défauts de perception de la

réalité initialement telles que des fausses reconnaissances, des hallucinations visuelles, des illusions et des distorsions temporelles ; une recherche compulsive d'explications par rapport à l'événement. Dans le type 2 peuvent se rencontrer des réactions de défense face à la répétition des événements, comme un déni important, une anesthésie affective ; des symptômes d'évitement plus sévères, une amnésie de pans entiers de souvenirs ; des réactions de dépersonnalisation et de dissociation ; et des manifestations de colère, d'auto- ou d'hétéroagressivité par identification à l'agresseur et par retournement de l'agression contre soi-même (Taïeb *et al*, 2004). Naturellement cette classification a ses limites et il existe nombres de formes mixtes.

Les formes cliniques diffèrent également selon l'âge et le développement du bébé et de l'enfant. Le niveau de développement des organes sensoriels, de développement psychomoteur (l'acquisition de la marche conditionne par exemple la capacité à fuir) ; de développement du langage expressif qui permet la verbalisation et l'appel à l'aide, et réceptif assurant la compréhension de ce qui est dit. Ainsi avant 18 à 24 mois, les syndromes de stress post-traumatiques comportent principalement des troubles du développement psychomoteur, la perte d'acquisitions, des états d'apathie avec passivité, ou à l'inverse d'agitation avec pleurs et cris incessants, une irritabilité, des peurs, des troubles du sommeil et de l'alimentation, des manifestations psychosomatiques (notamment dermatologiques), des difficultés de séparation (Baubet *et al*, 2003). Ces manifestations chez l'enfant s'accompagnent de perturbations des interactions avec son entourage et notamment de la relation parent-enfant.

Bailly (2003) distingue quatre grandes périodes du développement modifiant l'impact et l'expression du traumatique :

- Lorsque l'enfant n'a pas encore accès au langage les expériences de séparation brutale d'avec les parents s'accompagnent d'un chaos sensoriel et peuvent être considérées comme un équivalent d'expériences de mort chez l'adulte, Winnicott (1975) évoquait des sensations d' « agonies primitives ».
- Plus tard, l'enfant utilise le langage mais n'a pas acquis la permanence de l'objet. Il n'est pas en mesure de garder vivante en lui la représentation d'une personne si elle n'est pas présente physiquement à côté de lui et c'est un peu comme si elle était morte pour lui. La permanence de l'objet est généralement acquise entre 18 et 24 mois.
- Au fur et à mesure de leur développement les enfants accèdent à la pensée abstraite, ils ont également recours à la pensée magique et investissent parfois le monde l'imaginaire au dépend de la réalité. Vers 6-7 ans la compréhension du concept de mort est de plus en plus nette, mais l'impact d'un traumatisme peut être minoré par le recours à la pensée magique qui évite d'affronter l'irréversibilité de la mort.
- La quatrième période correspond à l'adolescence, les parents font alors moins écran entre l'évènement et leur enfant. Les adolescents sont parfois plus sensibles à l'aspect transgressif de l'évènement qu'à l'horreur qu'il suscite.

Un certains nombres de pédopsychiatres ayant soulevé que les critères diagnostiques du DSM-IV n'étaient pas adaptés au jeune enfant, la classification CD 0-3[8] adaptée aux spécificités de la petite enfance a été publiée aux Etats-Unis en 1994 et révisée en 2005 (Guedeney & Dubois de Bodinat, 2009). En effet, l'impossibilité pour les jeunes enfants de rendre compte verbalement de leur expérience subjective complique particulièrement l'utilisation des critères diagnostiques utilisés chez l'adulte et les grands enfants. La CD 0-3 définit l'état de stress post-traumatique comme :

> « Un continuum de symptômes liés à un seul événement, une série d'événements traumatiques connexes ou un stress chronique et durable ».

Le diagnostic est établit si au moins un signe de chaque cluster est présent pendant une durée supérieure à un mois.

A. Reviviscence du traumatisme, qui se révèle par :
    1. Jeu post-traumatique.
    2. Souvenirs fréquents de l'événement traumatique en dehors du jeu.
    3. Cauchemars répétés.
    4. Détresse aux rappels du traumatisme.
    5. Reviviscence ou conscience dissociée.
B. Engourdissement de la sensibilité ou interférence avec l'élan du développement :
    1. Retrait social accru.
    2. Registre émotionnel limité.
    3. Perte momentanée de capacités développementales acquises auparavant.
    4. Diminution du jeu.
C. Symptômes d'éveil augmentés
    1. Terreurs nocturnes.
    2. Refus d'aller au lit, protestations et difficultés d'endormissement.
    3. Réveils nocturnes répétés.
    4. Troubles significatifs de l'attention.
    5. Hyper-vigilance.
    6. Réaction de sursaut exagérée.
D. Symptômes non présents antérieurement :
    1. Agressivité envers les pairs, les adultes ou les animaux.
    2. Angoisse de séparation, réactions d'agrippement
    3. Peur d'aller seul aux toilettes.
    4. Peur du noir.
    5. Autres peurs nouvelles.
    6. Comportement défaitiste ou provocation masochiste (appelant des réponses violentes ou de rejet).
    7. Comportements de nature sexuelle et agressive, inappropriés pour l'âge.

[8] Voir annexes

8. Autres réactions non verbales, par exemple symptômes somatiques, reviviscences motrices, stigmates cutanés, souffrance ou maintien de positions douloureuses.

Le jeu post-traumatique est l'un des signes du syndrome de répétition fréquemment observé. Certains auteurs lui préfèrent le terme de « jeu traumatique » dans le sens où à travers cette activité l'enfant est encore dans le trauma plus qu'il n'a pu s'en dégager. De la même manière que les jeux des autres enfants, ceux des enfants exposés à des évènements traumatogènes « délimite un cadre qui signifie que les choses qui s'y inscrivent ne doivent pas être traitées comme celles qui sont à l'extérieur » (Romano *et al,* 2008).

Cependant, le jeu des enfants traumatisés est marqué par l'absence de plaisir et de créativité, les enfants rient peu, ne sourient pas et paraissent au contraire porter « un masque de tristesse et de douleur infinie que rien ne semble pouvoir apaiser » (Romano *et al,* 2008). Ferenczi (1931), à propos de l'hyper-maturité perçue chez ces enfants évoquait l'image « de fruits qui deviennent trop vite mûrs […] quand le bec d'un oiseau les a meurtris ». L'enfant semble enfermé dans une production automatique, monotone, et mortifère, il répète la scène traumatique sans aucun apaisement ni aucune métabolisation de l'angoisse, de l'excitation et des pulsions destructrices. Il est dans un état de « pétrification émotionnelle » et son jeu est une sorte de jeu en « blanc », une projection brute du trauma. De plus, l'enfant est isolé dans cette activité, ne permettant que peu d'interaction et de partage avec l'entourage, « c'est un espace à un sens unique, une impasse intersubjective » (Romano *et al,* 2008). Les témoins réagissent alors souvent de deux manières opposées : le rejet, plus souvent manifesté par les adultes ; ou bien la fascination devant la violence de la mise en scène, entraînent d'autres enfants dans le jeu sans en comprendre le scenario.

A un degré moindre, le « jeu abréactif » témoigne d'une atteinte plus modérée du psychisme. Il comporte également la mise en scène d'éléments traumatiques mais l'enfant peut faire varier le scenario, en imaginant par exemple une issue moins tragique. Par la remise en jeu de ses capacités de représentation et de symbolisation il permet à l'enfant une assimilation et une élaboration de l'évènement. En rejouant ce qu'il a vécu de manière passive et en y figurant dans un rôle plus actif l'enfant restaure ses capacités défensives. Il lui est possible de se dégager des sensations physiques, des émotions et des pensées vécues lors du traumatisme à travers ce jeu à valeur de « décharge émotionnelle et d'exorcisation de sa souffrance » (Romano *et al,* 2008), et il s'écarte ainsi de la fascination de la scène traumatique. Dans leur publication, Romano *et al.* (2008) citent l'exemple du jeu abréactif d'enfants pris en charge par la CUMP[9] 94 suite à l'incendie de l'hôtel dans lequel ils logeaient, après avoir reconstitué l'évènement dans leur jeu collectif les enfants avaient mis en scène une cérémonie commémorative au cours de laquelle ils plantaient des fleurs au pied du bâtiment puis le repeignaient.

Enfin, les reconstitutions traumatiques par le jeu, figurant dans le DSM-5, sont décrites par Romano *et al.* (2008) comme la répétition, non pas de l'évènement traumatique en entier mais de certains de ses

[9] Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

aspects, et de manière parfois différée, lorsque l'enfant a retrouvé un certain équilibre psychique. Elles témoignent d'une « activité séquellaire du traumatisme », d'éléments qui seraient restés « en souffrance de symbolisation » (Grappe, 2003).

Une fois encore ces différentes manifestations traumatiques ne sont pas toujours bien distinctes dans la réalité clinique.

Chez les enfants petits et les nourrissons, la réaction parentale suite à l'évènement traumatique dont a été victime l'enfant ou auquel ils ont été également exposés peut, selon Baubet *et al* (2003), avoir différents effets sur l'enfant :

- minimal : l'enfant n'est pas affecté de manière notable par l'événement ;
- médiateur : l'enfant ne ressent pas l'effet direct de l'événement mais plutôt les conséquences de l'impact traumatique de l'événement sur le parent ;
- modérateur : les réponses du parent affectent l'évolution de l'état de l'enfant ;
- combiné : les deux partenaires sont traumatisés et leurs manifestations émotionnelles s'exacerbent mutuellement.

A. Freud en son temps avait relevé l'importance de la réaction parentale et décrivait une majoration des symptômes post-traumatiques chez les enfants dont les parents « manifestaient bruyamment leur angoisse » (*cité par* Baubet *et al,* 2003). Des travaux plus récents chez l'enfant plus grand en contexte de guerre ont montré que l'état psychologique parental et le niveau d'exposition traumatique étaient des facteurs prédictifs primordiaux des capacités d'ajustement de l'enfant (Panter-Brick *el al*, 2014).

Au sujet des dyades mère-bébé exposées à un même évènement traumatogène (guerre, catastrophe etc.) Scheeringa *et al* (2001) ont proposé le concept d' « état de stress post-traumatique relationnel » pour qualifier :

> « Les situations de cooccurrence d'une symptomatologie psychotraumatique chez le bébé et l'adulte qui en prend soin, au cours desquelles la symptomatologie de l'un des deux partenaires exacerbe celle du second. Ils précisent que les parents peuvent avoir été absents au moment de l'événement traumatique, et décrivent trois modalités d'état de stress post-traumatique relationnel :
>
> - retrait/non-réceptivité/indisponibilité : les parents sont psychiquement indisponibles pour l'enfant, cette situation est souvent rencontrée lorsque les parents ont eux-mêmes subis des traumas antérieurs ;
> - surprotection/constriction : les parents sont préoccupés par la peur de voir un nouveau trauma survenir et par la culpabilité de ne pas avoir su protéger leur enfant du traumatisme ;
> - reconstitution de la scène traumatique/mise en danger/effroi : le trauma de l'enfant est réactivé par des questions incessantes sur l'événement ou des allusions répétées à

celui-ci, l'enfant est placé dans des situations où de nouveaux traumas peuvent survenir. »

Certains auteurs ont cherché à identifier les facteurs pouvant influencer le développement d'un état de stress post-traumatique, et notamment les facteurs favorisant la résilience, approchée ici comme «processus de négociation du risque » (Taïeb *et al,* 2004). En effet, face à un évènement donné tous les individus ne réagissent pas de la même façon, la subjectivité et les facteurs individuels sont à considérer bien qu'ils ne soient pas clairement établis à ce jour. Sur le plan familial, la réaction des parents, leur disponibilité, leur fonctionnement psychique, leurs éventuels antécédents psychopathologiques et la qualité des interactions entre les différents membres de la famille, paraissent jouer un rôle majeur. Certains parents peuvent ainsi amortir l'impact psychique de l'événement et protéger leur enfant d'un psycho-traumatisme, à l'inverse, une réaction de détresse importante de leur part semble être défavorable à l'enfant (Taïeb *et al*, 2004). Les travaux sur la résilience ont également montré que face à un événement traumatique, l'enfant est en mesure de mobiliser ses ressources internes en fonction de la qualité antérieure des interactions avec son entourage et de celle faisant suite à l'événement (Cichetti *et al.*, 1997).

Le contexte social et culturel a été également étudié, Rousseau (2001) souligne l'effet des violences organisées sur les familles, les groupes, les communautés, qui au-delà de leurs effets sur les individus s'accompagne d'une dissolution du lien social (Taïeb *et al,* 2004). A l'inverse lorsque la cohésion du groupe et le soutien mutuel de ses membres persiste, cela constituerait un facteur protecteur (Fazel *et al*, 2012).

I.3.3 Mutisme électif

Le mutisme électif consiste en l'impossibilité chez l'enfant de s'adresser à des personnes étrangères alors qu'il s'exprime normalement avec les membres de sa famille. Classiquement, l'enfant parle à la maison alors qu'il reste silencieux à l'école. Au début du 19ème siècle Kussmaul en faisait la description et le nommait «aphasia voluntaria» (*cite par* Joubaud, 2008).

La prévalence est comprise entre 0,18 et 1,90% selon les études, multipliée par trois chez les enfants grandissant dans un contexte bilingue, et il existe un retard diagnostic estimé à 3 ans après le début des symptômes (Di Meo *et al*, 2015). Les pics d'apparition situés à trois et six ans correspondent à l'entrée à l'école maternelle et primaire. Ce tableau présente la particularité d'être plus fréquent chez les filles, à l'inverse des retards de langage qui touchent majoritairement les garçons en population générale.

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA R-12) différencie le mutisme électif primaire dans lequel le trouble est présent dès le développement du langage, du mutisme électif secondaire qui apparait chez un enfant s'exprimant auparavant sans

difficulté quelques soit le contexte. Cette classification conçoit le mutisme primaire dans une perspective développementale et le mutisme secondaire lié à un traumatisme.

Il s'agit d'un concept trans-nosographique qui regroupe des réalités cliniques différentes et qui peut apparaître chez les enfants migrants. Les soubassements psychopathologiques n'en sont pas clairement établis. Il semble que les mécanismes psychiques décrits chez les enfants de migrants (principalement clivage et inhibition) soient à l'œuvre dans ces situations, ainsi que l'impact de la migration vécue. Pour Mirsky (1991), l'apprentissage d'une nouvelle langue dans la migration s'accompagne de l'acquisition de nouveaux objets internes et de nouvelles représentations de soi. Cela représente un enjeu important de séparation et d'individuation, qui vient interroger la sécurité du lien et peut s'avérer compliqué lorsque les séparations ne sont pas vécues de manière sereine. De plus l'entrée à l'école est elle aussi porteuse d'autonomisation pour l'enfant (Roussillon, 2007) et dans les familles migrantes c'est parfois la première occasion d'entendre une autre langue que la langue maternelle. Dahoun (1995) voit dans le mutisme électif des enfants migrants « une façon de se mettre à l'abri et de rétablir une frontière visible entre les deux territoires », l'expression « se mettre à l'abri » renvoyant ici à la mise à l'écart de conflits psychiques inconscients tels qu'un conflit de loyauté.

Selon Douville et Galap :

> « Les enfants se taisent pour dire l'épuisement qu'ils éprouvent à être écartelés entre les exigences de la famille et celles de l'école. […] Il s'agit d'un silence qui n'a de sens que pour l'économie œdipienne du sujet. C'est un repli qui a pour but de maintenir l'amour qu'un des deux parents porte à l'origine. Le mutisme met en échec des jeux de translations et de traductions entre l'origine et l'accueil. […] comme une forme de phobie, c'est-à-dire comme une réponse à l'angoisse de séparation » (Douville & Galap, 1999).

En effet le mutisme électif est aussi rapproché de la sphère des troubles anxieux et des phobies spécifiques et certains auteurs en proposent le traitement par antidépresseur.

II. Parents migrants, traumatismes et transmissions

II.1 La migration et ses effets sur les parents

II.1.1 Migration et psychopathologie

> *« Il n'y a pas une tête lucide entre deux termes d'un choix. Il y a une nature étrange, en détresse de n'être pas deux »* (Kane, 1961, *L'aventure ambiguë, cité par* Barry, 2001).

Nous aborderons ici les remaniements et processus psychiques contemporains de l'évènement migratoire, décrits par différents auteurs.

Les motifs et circonstances ayant conduit à la migration peuvent être multiples : raisons politiques ou juridiques, économiques, soif de liberté individuelle, d'aventure ou d'exotisme. Ainsi, le contexte historique, politique et l'histoire singulière et individuelle colorent le vécu de la migration et ses éventuelles répercussions. Moro (1994) la considère comme « un phénomène dynamique […] un acte complexe qui ne peut être réduit aux catégories du hasard ou de la nécessité ».

Nathan (1986) a proposé le concept de « culture vécue », articulée à la « culture externe ». La culture vécue concerne « les modalités d'inscriptions du sujet dans son univers culturel, la manière dont [il] le perçoit, le sent, l'habite » et constitue « un cadre culturel interne de nature psychique » (*Ibid*., p78). Pour pouvoir fonctionner comme un processus souple, Nathan (1986) postule que ce cadre culturel interne doit « continuer à s'appuyer sur un cadre culturel externe dans un rapport d'homothétie avec la structure intériorisée ». Cet auteur attribue un caractère « potentiellement traumatique » à la migration du fait de la rupture et du changement de cadre culturel externe qu'elle implique (perte d'une langue, d'un système de références, d'un système de codage des perceptions, des sensations et des représentations). En effet, les anciennes références « ne sont plus portées par le groupe qui les vivifie par des allers-retours continuels » et « cette rupture entraînera de manière plus ou moins transitoire, parfois durable, une insécurité, un sentiment de contingence, de labilité kaléidoscopique du monde extérieur », de même que « tout ce qui était naturel ne l'est plus » (Moro & Nathan, 1989).

> « Tout doit ensuite être reconstruit de manière nouvelle et forcément syncrétique » (Moro, 1994).

Chapellon (2008) a proposé l'existence d'un « état psychique de migration » correspondant à une crise subjective et découlant de « l'écart entre la représentation que le migrant se forge de lui-même et celle que lui renvoie son nouvel environnement ». Mettant en tension identifications passées et étayage social présent, le contexte migratoire contraindrait le sujet à « repenser ce qu'il est, à la

lumière du processus socioculturel sur lequel il s'étaye ». La société n'étant d'autre part plus apte à traduire ses actes et à « les investir d'une signification collective », l'altérité interne « déborde les frontières du Moi » et le rapport aux autres devenant « intrinsèquement porteur « d'inquiétante étrangeté », induit un brouillage dans la capacité à s'auto-représenter ». Dans ces conditions, « la vie psychique moins conciliable avec le fait social rencontre un désarroi majeur » (Chapellon, 2011).

Les travaux de Sayad (1999) mettent en lumière un point fondamental pour Desplechin (2015) :

> « L'immigré, de par sa place, se trouve être dans la position de celui dont le vécu et la subjectivité ne sont qualifiés ni par la société d'accueil, ni par la société d'origine » (Sayad, 1999).

Pour Grinberg & Grinberg (1986) également :

> « La migration expose à […] des états de désorganisation qui exigent une réorganisation ultérieure qui ne réussit pas toujours ».

Ces auteurs décrivent chez les personnes ayant migré un mécanisme inconscient qu'ils nomment « dissociation » et qui consiste à maintenir fondamentalement séparés, dans le psychisme, univers du pays d'origine et univers du pays d'accueil et qui permettrait « d'éviter le deuil, le remord et les angoisses dépressives […] accentuées du fait de la migration elle-même, surtout quand il s'agit d'une migration volontaire » (*Ibid*., p 20). Il serait également un rempart contre le surgissement de « l'angoisse confusionnelle […] avec toutes ses conséquences redoutées : on ne sait plus qui est l'ami, qui est l'ennemi, où l'on peut triompher ni où l'on peut échouer, ni comment différencier l'utile du préjudiciable, l'amour de la haine » (*Ibid*., p 21). Ils considèrent la migration comme une situation de « crise » dans le sens des « crises, […] de développement [ou survenant] pour différentes raisons externes ou internes, [qui] sont des périodes de transition [et] représente pour l'individu à la fois une occasion de croissance et un danger de vulnérabilité accrue face à la maladie mentale » (*Ibid*., p 27). Reprenant les théories winnicottiennes, ils développent l'idée que :

> « L'immigrant a besoin d'un « espace potentiel » qui lui serve de « lieu de transition » et de « temps de transition », entre le pays-objet maternel et le nouveau monde externe : « espace potentiel » qui offre la possibilité de vivre la migration comme un « jeu », avec tout le sérieux et les implications que cela représente pour les enfants. Si la création de cet « espace potentiel » échoue, il se produit une rupture dans la relation de continuité entre l'entourage et le self. Cette rupture peut être comparée aux absences prolongées de l'objet nécessaire à l'enfant, pour qui cette absence a pour conséquence la perte des capacités de symbolisation et la nécessité de recourir à des défenses plus primitives. […]La possibilité de récupérer [ces] capacités dépendra de son habileté à élaborer cet isolement et à le surmonter. » (*Ibid*., p 27).

Enfin, la possibilité ou l'impossibilité de retour au pays d'origine a pour Grinberg & Grinberg une influence primordiale sur l'évolution du processus migratoire.

Dans une méta-analyse réalisée en 2009 (incluant 35 études publiées entre 1990 et 2007), Lindert *et al.* ont comparé les taux de prévalence des troubles dépressifs et anxieux dans un groupe de migrants dits « économiques » et dans un autre constitué de réfugiés. Ils se sont intéressés particulièrement à l'influence du niveau socio-économique (PIB du pays d'origine) sur la prévalence de ces troubles. Ils mettent en évidence une influence dans le groupe de migrants « économiques » mais qui ne se retrouve pas dans le groupe de réfugiés, où quel que soit le PIB du pays d'origine les taux de troubles anxieux et dépressifs sont similaires. D'autre part, la prévalence combinée des troubles dépressifs chez les migrants « économiques » étaient de 20% (9 études) et celle des troubles anxieux (incluant l'état de stress post-traumatique) était de 21% (9 études). Ces taux étaient multipliés par deux dans le groupe de réfugiés.

Pour Douville & Galap (1999) :

> « Ce que créent précisément les situations de migrations et d'exil [ce sont] des façons nouvelles de vivre et d'exprimer l'angoisse et la dépression ».

Les migrants sont également pour ces auteurs « des sujets qui sont dans un parcours de perte de références afin d'en gagner peut-être d'autres ». Cette situation peut nécessiter « qu'ils élaborent un travail de remaniement psychique leur permettant de dépasser un clivage, entre une origine tenue pour perdue ou trahie et un lieu de vie rendu opaque ou potentiellement menaçant ». La situation d'exil étant « toujours connotée comme une rupture » peut donner lieu à des « mécanismes de défense spécifiques visant à annuler la perte et à maîtriser l'angoisse de séparation ». L'hypothèse de ces auteurs est que d'avantage qu'un défaut d'enveloppe culturelle, ce qui fait souffrir dans la migration réside dans « la relation d'incomplétude entre le réel de chaque vie et l'imaginarisation du symbolique propre à telle culture». Ils rapportent plusieurs positions subjectives pouvant être adoptées face à « un monde nouveau dont les codes sont inconnus » : le repli sur une origine mise en nostalgie, la volonté d'assimilation par identification au majoritaire, et la possibilité d'articuler des éléments issus de plusieurs systèmes culturels. Les modalités d'acculturation sont considérées par Douville & Galap (1999) comme un déterminant important de la santé mentale des migrants.

L'acculturation était définie par Linton & Herskovits (1938) comme « l'ensemble des phénomènes qui résultent du contact direct et continu entre des groupes d'individus de cultures différentes avec des changements subséquents dans les types culturels de l'un ou des autres groupes » (*cite par* Stork, 1995).

Le modèle d'acculturation le plus cité est celui développé par Berry et Sam (1997) qui différencient quatre stratégies : l'assimilation (adhésion exclusive à la culture d'accueil), la séparation (adhésion exclusive à la culture d'origine), la marginalisation (aucune adhésion, ni à l'une ni à l'autre des cultures) et l'intégration (position d'équilibre entre les deux cultures). Ces conceptions ont été critiquées (Hermans & Kempen, 1998 ; Hermans, 2003; Bhatia & Ram, 2001) du fait de leur vision « universelle, catégorielle et statique ». A l'inverse, ces auteurs conçoivent la construction identitaire «influencée par les relations souvent asymétriques entre pays d'accueil et d'origine (inscrites dans un passé colonial par exemple) ainsi que par les expériences de racisme, de discrimination […] Ils

conceptualisent les négociations identitaires comme fluides, dynamiques et instables. Un changement, un mouvement permanent entre identités multiples et contradictoires est supposé » (Bouche-Florin, 2007).

Denoux (2007) ajoute aux « trois ordres de déterminations généralement invoqués pour expliquer la psychopathologie spécifique du migrant : troubles antérieurs à la migration, trauma de la migration et adaptation post-migratoire », la notion de « trajectoire ». Il entend par cela l'articulation entre choix familiaux et migration, et la définit comme :

> « Une construction interculturelle singulière opérée par chaque migrant pour tenter d'articuler un passé à deux présents et un présent à deux lieux.»

En effet, l'auteur insiste sur le fait que l'immigré est d'abord un émigré qui a « un passé antérieur à la migration et […] un futur antérieur dans le sens où son présent se mesure à l'aulne d'un futur qu'il avait imaginé ». Cela le contraindrait en permanence à un « double positionnement affectif qui lui fait prendre par exemple des décisions ici, en tenant compte, […] de contextes […] là-bas ». Ainsi, le degré d'inscription de la migration dans un projet familial en ce qu'il « garantit une stabilisation ou entraîne une rupture d'équilibre compromettant la santé mentale », est pour cet auteur un moyen de négocier la « rupture de filiation symbolique imposée par la migration » (Denoux, 2007).

Dans une perspective systémicienne, Daure (2010) souligne également « l'importance de comprendre l'histoire de la migration, la place des échanges entre les ascendants restés au pays et les descendants nés en terre d'accueil, et la manière dont les rôles au sein du système familial vont être distribués », et redistribués. La migration s'accompagnant nécessairement de remaniements dans la dynamique familiale, « l'orientation du processus de changement [dépend] du mode de transmission entre les générations de l'histoire de la migration ». Daure (2010) décrit différentes stratégies d'adaptation du système familial visant à « diminuer les tensions, modérer les conflits et le dysfonctionnement généré par les différences culturelles » : rigidification avec perception d'un extérieur menaçant, tentative de se dissocier totalement des représentations du pays d'origine, alternance des codes entre sphères publique et privée, articulation souple du nouveau et de l'ancien dans une perméabilité sélective évitant le sentiment de rupture. Ces aménagements, éventail de réponses aussi variées qu'il y a de familles migrantes, ne se font « pas sans souffrance, sans oscillations, sans ratés, sans heurts, sans conflits intra et interpersonnels » (Guerraoui, 2011).

II.1.2 A propos de l'exil

Historiquement, le terme « exil » concernait le bannissement définitif d'un membre de la société. Chez les athéniens notamment cela était considéré comme une condamnation et une peine grave, généralement imposée pour des motifs politiques (Grinberg & Grinberg, 1986).

Pour Benslama (2001), « l'exil est la maladie psychique de l'homme déplacé », en ce sens qu'il peut provoquer des désorientations psychiques profondes semblant « associées à la problématique d'une culpabilité inconsciente intense ».

La culpabilité est par ailleurs consciente et écrasante chez certains rescapés ayant perdu des proches, des compagnons lors de guerre ou de torture. Elle rappelle en cela le « syndrome du survivant » (Niederland, 1981) décrit chez ceux ayant réchappé des camps de concentrations et peut également s'accompagner « de scepticisme, de désillusion, de désespoir » (Grinberg & Grinberg, 1986).

Certains processus semblent atteindre le sentiment d'identité du sujet en ce qu'ils « engagent le sujet dans un rapport au monde […] si altéré qu'il pourrait mettre en péril jusqu'à la représentation qu'il a de lui-même » (Desplechin, 2015). La représentation et la reconnaissance de soi paraissent alors en cause, au-delà du déracinement.

Le sociologue A.Sayad (1999) voit dans la phénoménologie particulière de l'exil « l'exposition imperceptible de l'individu à l'angoisse indicible de l'oubli, […] qui pourra se trouver articulée ou métabolisée dans le drame d'un fantasme inconscient de trahison ».

Douville & Galap (1999) soulignent la potentialité anxiogène générée par la nécessité de rejoindre une « terre étrangère » pour continuer à vivre et qui s'accompagne volontiers de «culpabilité, déni, nostalgie, idéalisation d'un ou de l'autre pôle du trajet migratoire ». Dans ces contextes disent-ils, « l'asile a valeur d'interprétation, dans la réalité vécue, du fait que l'origine ne peut plus accueillir et qu'il faut la recréer, la déplacer, la traduire ».

D'autre part, Grinberg & Grinberg (1986) expliquent qu'« il manque en général aux exilés ce rite protecteur des adieux ». Le départ est souvent brutal et précipité et aux angoisses décrites plus haut s'ajoute celle de « ne plus jamais revoir » les êtres aimés dont ils n'ont pu prendre congé correctement. Les réfugiés racontent et expriment parfois leur départ « comme s'ils traversaient la frontière entre le royaume des morts et celui des vivants ». Ceux auxquels ils n'ont pu faire leur adieux se transforment inconsciemment « en morts dont ils ne peuvent pas se séparer de manière satisfaisante. Et ils ont aussi le sentiment qu'eux-mêmes demeurent comme des « morts » pour les autres ». Ces auteurs reprennent ici les conceptions de Ferlosio (1983) selon lesquelles «les adieux sont un acte rituel qui sert à la protection de la limite ».

Le rite quant à lui est théorisé comme :

> « L'appareil de marquage qui, entre autre chose, délimite avec une grande netteté ce que, depuis les temps immémoriaux, on appelle le monde des vivants et le monde des morts. Le rite met des marques virtuelles à ce qui n'est pas appréhendable : ces marques sont des indices localisateurs et orientateurs qui ébauchent un horizon à chaque mauvais moment, parce que ce dont a besoin en premier la conscience c'est de savoir où elle va et où elle est » (Grinberg & Grinberg, 1986).

Dans le cas des réfugiés, le départ peut être assimilé à :

> « La limite qui sépare l'état d'union de l'état de séparation entre celui qui part et celui qui reste, entre la présence et l'absence. Dans cette limite il se crée l'attente tendue et confiante de « se revoir », liée à la peur de ne pas « se revoir ». Le voyageur qui part sans dire adieu ne cesse d'être aiguillonné par un état fait d'impatience, d'inquiétude et d'appréhension. Les adieux mettent un cadre protecteur aux limites qui sont transpercées par le départ. » (Grinberg & Grinberg, 1986).

Les conditions de vie dans le pays d'accueil sont par ailleurs pourvoyeuses de souffrance psychiques en ce qu'elles sont fréquemment marquées par les difficultés sociales. Du fait des réglementations juridiques, les demandeurs d'asile sont dépourvu du droit de travailler et lorsque certains obtiennent le statut de réfugié politique il n'est pas rare que leur diplômes n'aient pas d'équivalence reconnue. Il s'agit alors d'élaborer le véritable deuil d'un statut social. Lachal (2015) évoque le terme d' « agency » en anglais, qui n'a pas réellement d'équivalent en français, et renvoie à « une reconnaissance implicite et parfois explicite du Sujet, du Soi identifié comme cause de ce qu'il produit » (Lachal, 2015, p 80), cela se rapproche du désir, de la motivation, de la volonté. L' « agency » est notamment éprouvée lorsqu'elle fait défaut : elle est « paralysée au moment d'un traumatisme psychique, ce qui se traduit par des sentiments d'impuissance, de détresse et de honte, voire, par la suite de perte d'espoir et de sens du futur (sentiment de futilité, de contingence absolue). […] Heidenreich (2003) a décrit cette perte d' « agency » chez les demandeurs d'asile en attente de régularisation éventuelle dans les foyers d'accueil, alors qu'ils sont privés de toute possibilité de travail, d'activité, d'action sur leur situation administrative » (*cité par* Lachal, 2015).

De même, selon le rapport d'activité du Comede[10] (2008) le syndrome dépressif est l'affection la plus répandue chez les personnes « sans-papiers » depuis plusieurs années.

II.1.3 Parentalité et migration

Nous traiterons ici de ce que peut représenter, d'un point de vue clinique, le fait de devenir parent en contexte migratoire et transculturel.

Il faut tout d'abord rappeler l'évidence :

> « Devenir parent n'est pas inné. […] C'est en lien direct avec l'enfant qu'il a été que chacun apprend à devenir père ou mère » (Mansouri, 2012).

[10] Comité médical pour les éxilés

Pour Douville & Galap (1999) cela implique également d'être « identifié différemment par le groupe social qui exige de l'individu devenu parent qu'il agisse comme tel, c'est-à-dire qu'il soit à même d'élever son enfant suffisamment bien pour que, plus tard, l'enfant devenu adulte, puisse à son tour prendre inscription dans la société ».

La grossesse est pour toute femme une période particulière sur le plan psychique qui a été théorisée par Bydlowski (1991) au travers du concept de « transparence psychique »[11]. Elle s'accompagne au niveau de l'Inconscient de mouvements de régression, de reviviscence des conflits infantiles et de questionnements sur la filiation. Les pères également traversent des remaniements psychiques du même ordre (reviviscence des conflits infantiles, remise en jeu de leur position de fils) au moment de l'accession à la paternité (Moro *et al*, 2008).

La première grossesse, faisant passer du statut de femme à celui de mère, est un moment de fragilité particulière. Elle constitue un passage à connotation initiatique et en cela s'accompagne de rituels et de paroles particulières. Dans les sociétés traditionnelles la grossesse s'apparente à « une période liminaire » dans laquelle la femme appartient au monde des vivants mais est également « très sensible au monde de l'invisible et au monde des morts » (Moro *et al*, 2008). C'est un moment où la mère est portée, entourée, et de nombreux travaux en périnatalité rapportent la souffrance particulière que représente la solitude en Occident pour les femmes migrantes ayant grandi dans des sociétés dites traditionnelles. Moro a insisté sur l'absence douloureuse des « commères » qu'expérimentent certaines. Elle entend par « commères » les femmes de l'entourage qui s'occupent de la parturiente et du nouveau-né, accompagnent la rencontre de la mère avec son bébé à travers la transmission de pratiques de maternage notamment :

> « On prend soin d'elle, on la guide, on lui montre comment nourrir l'enfant, le laver, le masser. On la porte pour qu'elle ne s'effraie pas devant l'altérité de l'enfant qui arrive dans le monde des humains, pour qu'elle puisse s'adapter à lui, à ses demandes, à sa personnalité » (Moro *et al.*, 2008).

Bydlowski (1997) accorde une place fondamentale à la mère de la future mère, naturellement « toutes les femmes en migration ne réagissent pas de la même façon à cette absence », mais parfois « accoucher loin de sa mère peut engendrer […] des affects de détresse gênant les premières relations au bébé » (Moro, Mestre, Réal 2008). De plus, il arrive que « la naissance réactive le trauma de l'exil et de la séparation d'avec sa propre mère » (Moro, 2003) et plusieurs auteurs ont souligné la singularité du premier enfant né dans le pays d'émigration.

Les travaux de Moro nous enseignent que la grossesse et l'accouchement peuvent constituer « des moments d'effraction de l'enveloppe psychique de la mère migrante ». En situation transculturelle, celle-ci ne trouvant plus les étayages externes nécessaires pour apaiser le désordre interne inhérent à

[11] On entend par transparence le fait qu'en période périnatale, le fonctionnement psychique de la mère est plus lisible, plus facile à percevoir que d'habitude. C'est un état qui se caractérise par la faiblesse du refoulement et l'accès de la femme enceinte à des éléments inconscients de son psychisme (Bydlowski, 1991).

la maternité, l'exil potentialise les mécanismes de confusion et expose les femmes migrantes à la pathologie du post-partum (Moro, 1994).

Cette auteure conçoit par ailleurs que le phénomène de transparence psychique puisse également « s'appliquer aux représentations culturelles, […] pratiques, conceptions que l'on croyait appartenir aux générations précédentes [mais qui] sont alors réactivées, deviennent valables et font référence » (Moro, 2014).

Les représentations culturelles réalisent l'un des quatre axes des interactions précoces mère-enfant telles que Moro (1994) les a présentés :

- Les interactions comportementales (aux niveaux sensoriel, visuel, vocal, acoustique, corporelles, tactile, kinesthésique, gestuel, ajustements corporels) évaluées selon les modes interactifs utilisés et la richesse des interactions selon des critères qualitatifs (harmonieux/dysharmonieux).
- Les interactions affectives (adaptation réciproque des affects du bébé et de ceux de sa mère) renvoient au concept d'accordage affectif développé par Stern (1985) et sont en partie déterminées par des codes culturels qui structurent l'expression et la circulation des affects.
- Les interactions fantasmatiques, repérables dans le discours maternel à travers ses fantaisies, ses fantasmes, l'énoncé de ses conflits, de ses doutes et de ses inquiétudes (Lebovici & Mazet, 1989).
- Les interactions culturelles se nourrissent des représentations culturelles concernant la place de mère, de père, d'enfant dans une culture donnée, la nature de l'enfant, de ses besoins, et de leurs expressions (image que les mères ont de l'enfant et qu'elles mettent en acte dans la relation avec lui). Ces interactions culturelles influent sur la matérialité des interactions, les modalités de nourrissage, d'endormissement etc.

La mise en place d'interactions harmonieuses selon ces quatre dimensions demande d'avantage de souplesse et de disponibilité psychique à la mère migrante et son bébé.

De même, les représentations culturelles donnent une coloration à la « rêverie maternelle » : face à un bébé qui pleure alors que ses besoins vitaux sont satisfaits, la mère élaborera différents scenarii selon sa culture (« qu'il est en lien avec le monde des ancêtres ou que son père lui manque » par exemple) (Guerraoui *et al*, 2011). Dans un contexte où elle se sent « dépaysée, désétayée, contredite, elle va se trouver privée de ses ressources et enrayée dans sa capacité de se sentir capable d'avoir des intuitions sur les éprouvés de son bébé » (Lebreton, 2011).

Les anthropologues nomment « l'art d'avoir de beaux bébés » la callipédie et affirment que cette préoccupation est présente dans toutes les sociétés. Elle est basée sur « un ensemble de règles, faites de prescriptions, de tabous, de manière d'être et de faire » qui s'applique aux parents et à leur entourage. L'exil vient compliquer cette tâche en imposant de « faire grandir cet enfant loin de son monde d'appartenance initiale », et renforce ce qui pour tous futurs parents est « source d'intranquilité et d'espoir » (Moro *et al*, 2008).

L'anthropologie s'est également intéressée aux différentes théories sociétales en lien avec la nature du bébé, qui visent à « cerner l'altérité du bébé en le fixant dans des représentations ontologiques spécifiques à chaque groupe culturel. Car le bébé est avant tout un étranger qu'il s'agira d'identifier » (Moro *et al*, 2008). Dans certaines sociétés dites traditionnelles le bébé est considéré comme appartenant au monde de l'invisible (être non-humain, être intermédiaire, ancêtre, ange etc.) pendant les premiers jours de vie. La nature de l'enfant est définie par le groupe, de même que la nature de ses dysfonctionnements et les soins à lui prodiguer. L'humanisation « désigne le processus d'agrégation du bébé à la communauté humaine dans laquelle il naît et constitue la première étape de la socialisation » (Réal & Moro, 1998), elle se fait par la mère et le groupe. La première étape en est la nomination de l'enfant. L'enculturation du bébé, définie par Mead (1963) comme l'incarnation de la culture dans l'individu, passe par des modalités interactives spécifiques (voix, regard, toucher, stimulations kinesthésiques mettant en jeu le corps, les soins, le maternage, l'éducation, la parole, les implicites du discours) et elle s'ancre dans les perceptions et les sensations au fil du développement de l'enfant. Elle est vraisemblablement moins aisée lorsqu'elle a lieu dans un univers culturel différent de celui dans lequel les parents ont grandi. Il semble que la mère dans ces cas-là soit plus encline à « des états de confusion, voire de perplexité qui rendront plus difficiles sa fonctions « d'objet-presenting » au bébé (Winnicott, 1979). [Elle] transmet sa propre perception du monde – perception kaléidoscopique et parfois empreinte d'inquiétude. Sa fonction classique de pare-excitation [du] bébé est fragilisée » (Moro *et al*, 2008).

A propos des pratiques de maternage, Stork (1995) a mené plusieurs études de terrain et fait état de différentes tendances selon la façon dont les mères articulent les gestes pratiqués dans leur pays d'origine et ceux rencontrés dans le pays d'accueil. Selon cette auteure, il existe un éventail de cas de figure allant de l'articulation harmonieuse entre ces deux références (situations qui correspondaient à des mères ayant été « initiées au maternage » dans leur pays d'origine et entretenant des contacts réguliers avec leur famille) à la « déculturation » (situations dans lesquelles les mères assez isolées, et « manquant des repères traditionnels sur lesquels s'appuyer, ne trouvent pas en elles-mêmes les ressources nécessaires pour s'adapter à un pays étranger »). De même, les pères incarnent leur rôle de père en articulant chacun à leur façon et selon de multiples facteurs, les modèles en vigueur dans le pays d'origine et dans le pays d'accueil.

En guise de conclusion, on peut affirmer que « la question de la transmission culturelle et de l'histoire familiale prend une acuité particulière en exil. Elle surgit dès les premiers moments où les parents sont confrontés aux particularités culturelles et éducatives du pays d'accueil » (Daure 2011).

II.2 Cas particulier des réfugiés

II.2.1 Traumatismes

Nous ne reviendrons pas ici sur les différentes notions de la clinique traumatique mais nous attacherons à aborder certaines spécificités des traumatismes auxquels ont pu être exposés les parents et familles réfugiés.

En effet, certains migrent après avoir quitté un pays en proie à « une destructivité massive, meurtrière ou à un désastre généalogique sans précédent par meurtres massifs de la population » (Douville & Galap, 1999). Il semble alors qu'au déplacement, à la séparation et à la perte s'ajoutent l'effet traumatisant «d'avoir été soumis à la menace de destruction au lieu même du foyer de l'ancêtre » (Douville & Galap, 1999).

Sironi (1999, 2007) postule qu'Histoire collective et histoire singulière sont dans un rapport de complémentarité, à travers les « émotions crées par le politique, chez chacun d'entre nous ». En cela, l'Histoire collective façonne « des destins singuliers et collectifs avec une efficacité des fois bien supérieure à la trace des événements de vie relevant de la sphère individuelle ».

Les études épidémiologiques concernant les réfugiés mettent en évidence une augmentation de prévalence de l'état de stress post-traumatique, de troubles dépressifs et anxieux (Vostanis, 2014).

Les populations de réfugiés exposées à la guerre et à d'autres types d'exactions ont des taux d'ESPT très variables selon les études et les pays d'origine.

En 2005, Fazel *et al* ont publié une méta-analyse (22 études réalisées entre 1966 et 2002) traitant de la santé mentale de réfugiés établis dans différents pays occidentaux. Dans les études dont l'échantillon comportait au moins 200 sujets, la prévalence était de l'état de stress post-traumatique était de 9,3% en moyenne (variant de 3 à 18% selon les études), celle de l'épisode dépressif majeur était de 5,6% en moyenne (variant de 2 à 10%) et celle du trouble anxiété généralisée était comprise entre 3 et 6%. Les publications étudiant la comorbidité (N=4) retrouvée une comorbidité importante entre ESPT et épisode dépressif majeur.

Steel *et al.* (2009) dans leur méta-analyse retrouvent des taux de prévalence d'ESPT autour de 12,9% et 27,7% pour la dépression. Les traumatismes qui avaient la plus forte association avec l'ESPT étaient la torture, l'accumulation des traumas, la durée du conflit et la terreur politique. Pour la dépression il s'agissait de l'accumulation de traumatismes, de la durée du conflit, la torture et le statut résidentiel.

Hollifield *et al* (2002) soulignaient cependant l'hétérogénéité méthodologique des études épidémiologiques explorant la santé mentale des réfugiés, notamment sur le plan de la symptomatologie traumatique.

Par ailleurs, les femmes semblent particulièrement exposées aux violences (notamment à l'exploitation sexuelle), qu'elles subissent sans conteste d'avantage que les hommes dans certains pays. De même, elles rapportent très fréquemment des traumatismes répétés et accumulatifs (violences conjugales, faits de guerre, prostitution, éloignement de leur famille, disparition de leurs enfants), «il n'y a pas un fait qui les a fait fuir mais plutôt une conjoncture violente où soudain un évènement […], une menace, va emporter leur décision de partir » (Mestre *et al*, 2012).

Les mécanismes psychopathologiques sous-jacents au traumatisme et à son empreinte sur le psychisme ont été explorés par de nombreux auteurs. Le rôle de l'effroi[12], de la confrontation au réel de la mort, l'angoisse de néantisation, le vécu de solitude radicale et l'effraction psychique sont classiquement évoqués.

Barrois (1998) écrit à propos de l'effroi et de la sidération qui accompagne le traumatisme qu'ils résideraient dans : l'absence de réponse à l'énigmatique de l'homme ; l'appel aux totalités protectrices dans ce temps d'annonce de la fin des temps (collectivité, culture, grand groupe, famille, corps propre); le fait que rien ne sera plus comme avant ; le fait que quelque chose de fascinant et d'horrible se dévoile et apparaît (apocalypse), puis s'avance (épiphanie) ; le *kérygme* : prophétie, oracle du destin, venant dire l'indicible, c'est-à-dire la mort de soi comme ultime vérité (*cité par* Baubet, 2008) .

Lachal (2015) insiste sur l'importance majeure du vécu de dissociation lors de l'évènement :

> « Le fait que l'expérience traumatique, l'effraction, s'est accompagnée d'un vécu de perte de la sensation de réalité et d'une rupture relationnelle temporaire qui peut être revécue dans le soin, avec pour le patient, le sentiment de ne pas être compris, d'être rejeté vers son isolement ».

La dissociation péri-traumatique est l'un des deux principaux facteurs de vulnérabilité exposant à l'installation d'un état de stress post-traumatique, retrouvés dans les méta-analyses de Brewin *et al.* (2000) et Ozier *et al.* (2003), synthétisées par Prieto et Rouillon (2012), le deuxième étant le défaut de support social.

Selon Ricœur (1990), «la narration réintroduit l'événement, l'expérience imprévue, dans la continuité de l'histoire personnelle » (Quatton & Mestre, 2008). L'évènement traumatique vient enrayer les capacités narratives du sujet. La narration étant bloquée, anéantie, le traumatisme a tendance à se répéter à l'identique, « comme en dehors de l'histoire personnelle » (Lachal, 2006). De plus, le vécu traumatique se caractérise par une certaine irreprésentabilité. Lors de la rencontre avec ces patients, « seul le silence, vide, est le signe de ce blanc de la pensée » (Mouchenik *et al*, 2012). D'autres évoquent le sentiment d'une modification profonde de leur personne.

[12] D'après Laplanche et Pontalis (1967), l'effroi est la « réaction à une situation de danger ou à des stimulations externes très intenses qui surprennent le sujet dans un état de non-préparation, tel qu'il n'est pas à même de s'en protéger ou de les maîtriser ».

II.2.2 Les victimes de torture

De son expérience clinique auprès des patients victimes de torture, Sironi (2007) rapporte que le « changement de personnalité », attesté par le patient aussi bien que par son entourage, est un symptôme majeur, voire pathognomonique, des souffrances psychiques faisant suite à la torture.

Cet auteur a proposé l'introduction d'un nouveau champ théorique pour penser, accompagner, et soigner les victimes de violences collectives : la psychologie géopolitique clinique. Cette approche rend compte de l'articulation, en chacun, de l'Histoire collective et l'histoire singulière et « donne une existence visible aux composantes politiques, culturelles, sociales et spirituelles de la vie psychique des sujets ».

D'un point de vue historique et phénoménologique, Sironi (2007) affirme d'une part que, dans les nombreux pays où elle est pratiquée la torture emploie les mêmes méthodes et d'autre part que, sa finalité n'est pas, celle généralement invoquée, de recherche de renseignements. Elle s'appuie pour cela sur des travaux récents d'historiens (Branche, 2001) ayant eu par exemple accès aux archives militaires concernant la guerre d'Algérie, et dans lesquelles les résultats d'une enquête militaire au sujet des méthodes de renseignement les plus efficaces concluait à l'infériorité de la torture par rapport à l'infiltration.

Ainsi, Sironi le formule tel un constat :

> « À travers une personne singulière que l'on torture, c'est le point d'articulation entre histoire singulière et Histoire collective en chacun de nous, qui est visé par les systèmes tortionnaires. […] Ce sont en fait les groupes d'appartenance ou les attachements collectifs (groupes culturels, politiques, sociaux, religieux, sexuels de genre etc.) que l'on veut atteindre par la torture individuelle » (Sironi, 2012).

D'autre part, l'objectif de ces pratiques, qu'elles soient le fait de systèmes étatiques ou bien de groupes d'opposition politique, est de « produire de la déculturation ». En effet, par l'attaque des corps, les humiliations culturelles, l'attaque des objets culturels, des contenus et contenants de pensée, du psychisme individuel c'est la part collective de l'individu qui est visée, « celle qui le rattache à un groupe désigné comme cible par l'agresseur » (*Ibid*., p 74), et l'intention est « de fabriquer des peurs collectives » (*Ibid*., p 74). Ainsi, les méthodes de torture, remarquablement similaires de par le monde, « ne sont pas le fait de fantasmes individuels que les tortionnaires mettent en acte. Elles font partie d'un système de production délibérée de la frayeur, de la terreur, de la déculturation et de l'anéantissement identitaire. Ce sont d'authentiques techniques de marquages traumatiques […] » (Ibid., p 81).

En cela, la torture est :

> « Un exemple princeps du lien le plus direct unissant un acte intentionnel cruel, et les conséquences psychiques [qu'il] produit […]. Elle nous oblige à prendre en compte les pensées, les intentions, les théories qui sous-tendent les actes de ceux qui ont pour fonction de déshumaniser » (Sironi, 2012).

C'est une expérience qui peut potentiellement opérer « une véritable transformation de l'être » et les victimes témoignent d'une certaine contrainte intérieure à se penser, inconsciemment, « tel qu'un autre, le tortionnaire, le système persécuteur, les a pensé » (*Ibid*., p 82).

Dans la rencontre thérapeutique, le fait même de l'évoquer nécessite du patient qu'il « s'autorise à transgresser un fantasme tenace et sournois : la peur de contaminer l'autre, […] par le récit des tortures subies » (*Ibid*., p 71).

Sironi (2012) dégage cinq catégories principales de méthodes de torture qui ont une action psychologique destructrice :

- Les privations (sensorielles, alimentaires ou inversement la contrainte à l'ingestion de nourriture impropre à la consommation).
- La fabrication de la frayeur (menaces de mort, simulacres d'exécution, obligation d'assister ou de participer à la torture des membres de sa famille).
- L'utilisation de la douleur.
- La sophistication de la mise en scène (modes de suspensions humiliants, administration forcée de substances psycho-agissantes etc.).
- La violation des tabous et les humiliations (moqueries, suggestion de l'agression sexuelle d'un proche etc.), viol et sévices sexuels.

Les symptômes qui en découlent ont un sens précis selon l'auteure :

- Symptômes liés à l'effraction psychique : sidération, perte de contrôles des émotions, symptômes psychosomatiques.
- Symptômes attestant de la présence intériorisée d'un tiers malveillant (effrayeur) : auto-dévalorisation accentuée, doutes, indécision, tristesse, fatigue, agressivité incontrôlée.
- Symptômes relevant de la lutte du patient contre l'influence de l'agresseur intériorisé : méfiance, hypervigilance, réapparition d'une agressivité défensive et de colères fécondes contre les agresseurs, jusqu'alors intériorisées.

D'autre part, il semble que les paroles prononcées par les tortionnaires sous la torture deviennent « de vrais objets actifs » dans le psychisme, continuant d'agir longtemps après la torture (Sironi, 2012, p 85).

Enfin, l'expérience extrême dont reviennent les victimes de la torture leurs a fait entrevoir de manière irrémédiable ce que Primo Levi appelait « les zones grises », troubles et paradoxales, du psychisme humain et « la leçon de vie est définitive » (*Ibid*., p 86).

II.2.3 Classifications psychiatriques

Dans le cadre de violences intentionnelles et de traumatismes répétés le tableau clinique prend volontiers la forme d'un état de stress post-traumatique complexe (Hermann, 1992). Celui-ci associe :

- Altérations de la régulation affective et émotionnelle
    - Impulsivité, agressivité, difficultés de modulation de la colère
    - Comportements auto-agressifs et suicidaires
    - Comportements à risques (mésusage alcool/drogue)
    - Difficultés d'ordres sexuels
- Altérations cognitives et attentionnelles
    - Amnésie
    - Episodes dissociatifs transitoires (dépersonnalisation, déréalisation)
    - Somatisations

Braakman *et al.* (2009) ont décrit chez environ un tiers des vétérans américains l'état de stress post-traumatique avec symptômes psychotiques secondaires. Ce tableau comprenait en plus des critères diagnostiques du DSM-IV :

- Symptômes psychotiques positifs dont hallucinations et/ou illusions
- Manifestations psychotiques chroniques, y compris hors flash-backs
- Symptomatologie post-traumatique antérieure aux symptômes psychotiques
- En dehors d'un trouble cognitif, d'un épisode psychotique bref, et d'antécédents de symptômes psychotiques

Les formes avec manifestations psychotiques et somatisations importantes (céphalées, sensation de rampement sur/sous cuir chevelu, sensations de chaleur dans le corps et la tête, impressions de trouble du rythme cardiaque) sont fréquentes chez les patients migrants.

Dans le DSM-V l'état de stress post-traumatique ne fait plus partie des troubles anxieux mais est classé dans les « Trauma and Stress-Related Disorders ». Cette nouvelle catégorie comprend également : l'état de stress aigu, le trouble réactif de l'attachement, le trouble d'engagement social désinhibé, le trouble d'adaptation, le trouble lié aux traumatismes et au stress spécifié et le trouble lié aux traumatismes et au stress non spécifié.

Les critères diagnostiques ont été remaniés et l'on est passé de trois à quatre clusters comptabilisant un total de 20 signes cliniques :

- Critère A : il était dans le DSM-IV impératif que la personne ait été exposée à un événement adverse, la nouvelle version admet qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe (famille et amis proches) ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses

activités professionnelles. De plus, il est ajouté aux événements traumatisants présents dans le DSM-IV (mort ou menace de mort, blessures graves ou menace de telles blessures ou menace pour l'intégrité physique), une circonstance spécifique : l'agression sexuelle ou la menace d'une telle agression. Enfin, dans le DSM-V le sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur face à l'événement n'est plus indispensable au diagnostic.

- Critère B : pas de modification
- Critère C : symptômes d'évitement des stimuli associés au traumatisme.
- Critère D : les symptômes d'engourdissement émotionnel auxquels ont été adjoints deux nouveaux symptômes. Le blâme persistant par rapport à soi (auto-accusation) ou à autrui (accusations de l'entourage) et les émotions négatives persistantes de l'humeur (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
- Critère E : les signes témoignant de l'hyperactivation neurovégétative et de l'hyperréactivité, ainsi qu'un nouvel item, le comportement autodestructeur ou imprudent.

- Un critère supplémentaire, le critère H, a été ajouté et précise que les troubles ne peuvent être attribués à la prise d'une médication, à un abus de substance psychotrope ou à une maladie.

- Changement important encore : l'élimination de la spécification liée à l'évolution de l'affection. Pour rappel, le DSM-IV établissait une distinction entre le PTSD aigu (durée des symptômes entre 1 et de 3 mois) et le PTSD chronique (persistance des symptômes au-delà de 3 mois).

Il est par ailleurs demandé au clinicien de rechercher et de spécifier si le sujet présente des symptômes dissociatifs :

- Dépersonnalisation : sentiment d'être détaché, à l'extérieur de soi (ex : impression du type « cela n'est pas en train de m'arriver à moi » ou bien de rêver).
- Déréalisation : impression d'irréalité, de distance, de distorsion (ex : « les choses ne sont pas réelles »)

Un certain nombre d'études a montré que les patients souffrant du état de stress post-traumatique de type « dissociatif » présentaient des comorbidités psychiatriques plus importantes (phobie spécifique, troubles de la personnalité de type borderline et évitante chez les femmes), impact plus important sur le fonctionnement, comportements suicidaires.

D'autre part, depuis le DSM-IV cette classification a vu l'introduction d'un Guide de Formulation Culturelle afin de rendre compte des difficultés d'application des critères diagnostiques sans tenir compte du contexte socio-culturel.

En effet, le concept d'erreur catégorielle ou category fallacy proposé par Kleinman (1977) est défini comme l'application à un groupe culturel de critères diagnostiques élaborés au sein d'une autre culture et dont la validité transculturelle n'est pas établie. Cette notion s'appuie sur le fait socio-anthropologique que selon sa culture le sujet aura des modes d'expression symptomatiques ainsi que des représentations de la maladie et du soin différentes. Kleinman (1988) formulait les choses de la façon suivante : « le diagnostic psychiatrique est « l'interprétation d'une interprétation » : le patient interprète son expérience et nous la communique, nous interprétons à notre tour un ensemble de données, et chacun de ces processus est enraciné dans des matrices culturelles » (*cité par* Baubet *et al,* 2005). Le Guide de Formulation Culturelle permet « d'ajouter à la démarche diagnostique une démarche complémentaire d'évaluation de l'expérience du trouble telle que le patient la décrit avec ses propres références : ce que les anthropologues de la santé de langue anglaise nomment illness (l'expérience de la maladie telle qu'elle est vécue et comprise par le patient), en opposition avec le terme disease qui désigne la maladie telle que les professionnels la décrivent ». Afin de parvenir à une « formulation culturelle » du trouble ce guide recommande la prise en compte de cinq dimensions :

- L'identité culturelle de l'individu : groupe(s) culturel(s) auxquels le patient s'identifie ou au contraire qu'il ne reconnaît pas comme affiliation ; position par rapport au sentiment religieux ; langues (maternelle, parlée dans la petite enfance et la période des apprentissages. Acquisition de nouvelles langues. Langue(s) parlée(s) au travail, à la maison par le patient et sa famille, langue utilisée pour les soins, langues dans lesquelles le patient lit et écrit) ; relation avec la culture d'origine (maintien de liens affectifs avec des personnes restées au pays, implication dans des associations communautaires, religieuses, de loisir, politique regroupant des migrants de même origine. Place des pairs de même origine dans la socialisation, contacts avec la famille étendue. Positionnement du patient vis-à-vis de sa culture d'origine) ; relation avec la culture du pays hôte (engagement dans des activités, de loisir, communautaires, religieuses, relations amicales, socialisation. Perception de la culture du pays hôte. Expérience du racisme).
- Modèle étiologique des troubles : dénomination du problème et principales manifestations (sens des troubles et sévérité perçue en référence à la culture d'origine et à la culture du pays d'accueil. Modèles explicatifs (Kleinman, 1988): cause, évolution, mécanisme, évolution attendue, traitement souhaitable) ; itinéraire thérapeutique (système de soin du pays d'accueil, guérisseurs traditionnels, médecines alternatives, etc., raisons de ces choix et sens de la demande actuelle).
- Facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial et au niveau de fonctionnement : facteurs de stress (situation politique dans le pays d'origine et le pays d'accueil, stresseur principal selon l'individu, sa famille) ; facteurs de protection et de support ; niveau de fonctionnement et de handicap (à la maison, au travail, dans la famille nucléaire et étendue, avec les pairs de même origine, avec les membres de la société d'accueil).
- Éléments culturels de la relation entre le sujet et le clinicien : identité culturelle du clinicien ; langue parlée par le clinicien ; connaissances spécifiques au sujet de la culture du patient ;

histoire des relations entre les groupes culturels du patient et du clinicien (colonisation, conflit, guerre, racisme etc.) ; existence de conflits de valeur entre le clinicien et le patient.

Dans le DSM-V le Guide de Formulation Culturelle prend la forme d'un entretien semi-structuré (Interview/Entrevue de Formulation Culturelle[13]) qui consiste en un ensemble de seize questions que les cliniciens peuvent utiliser lors d'une évaluation de santé mentale afin de recueillir de l'information quant à l'impact de la culture sur les principaux aspects de la présentation clinique d'une personne et de ses soins. Elle met l'accent sur quatre domaines d'évaluation :

- Définition culturelle du problème
- Perceptions culturelles de la cause, du contexte et du soutien
- Facteurs culturels influençant l'auto-adaptation et les antécédents de recherche d'aide
- Facteurs culturels ayant une incidence sur la recherche d'aide actuelle

II.3 L'hypothèse d'une transmission du traumatisme psychique

« Ce que tu as enterré dans ton jardin ressortira dans celui ton fils. »

Proverbe arabe

La question de la transmission d'un traumatisme psychique, survenu avant la naissance, de la mère au bébé fait l'objet de réflexions depuis quelques décennies. Il fût à l'origine d'un groupe de travail crée en 2003 autour du professeur M-R Moro constitué de cliniciens ayant pour la plupart une expérience du terrain humanitaire.

II.3.1 Clinique et épidémiologie des enfants de survivants

Plusieurs auteurs ayant côtoyé le terrain humanitaire rapportent des situations cliniques ou la relation parents-enfants apparait durement affectée par les expériences traumatiques. Ouss-Ryngaert (2002) témoigne par exemple au retour d'une mission humanitaire en Ingouchie, dans les camps de réfugiés tchéchènes, qu'un certain nombre de mères présentaient des « troubles de l'allaitement s'inscrivant dans un cadre général de troubles de la relation en lien avec une histoire traumatique ».

[13] Voir annexes

Lachal (2000) a décrit le « comportement de privation hostile » dans les situations où la mère « fait le choix de ne pas nourrir l'enfant », il indique que ce comportement n'est pas spécifique à la présence d'une pathologie ni à un trouble en particulier, mais « ce qui conditionne l'acte est un vécu d'hostilité, que le bébé soit ressenti comme hostile à la mère (du fait de sa morphologie, de son attitude dans l'interaction ou d'autres facteurs), ou que la mère ressente de l'hostilité vis-à-vis de lui ». Ce qui semble déterminant également est que « la mère a perdu sa capacité de s'adapter de façon souple au bébé ; il semble que de vivre en permanence dans une situation de guerre, de conflit, altère dangereusement cette capacité, qui nécessite pour se manifester, un minimum de sentiment de sécurité personnelle » (Lachal, 2000). Enfin, dans ces tableaux il faut également prendre en compte la réalité extérieure : lorsqu'il le décrit chez les femmes palestiniennes, Lachal établit un lien avec les situations de privations multiples qu'elles vivent (privation d'espace, de terres, de libertés, privation de travail et de débouchés économiques), ayant pour conséquences une privation de nourriture et une malnutrition.

De nombreux travaux ont interrogé la santé psychique des enfants de survivants. Barocas & Barocas (1980) notaient en 1980 chez ces enfants une grande vulnérabilité dans les situations de stress, des réactions de panique, un sentiment intense de culpabilité, ainsi qu'une tendance à l'anxiété et à la dépression (*cité par* Zadge, 1995).

Ullmann *et al.* ont mené en 2013 une étude sur des petits-enfants de migrants juifs originaires d'ex-URSS et s'étant installés en Allemagne après 1992. Les auteurs interrogeaient ici l'influence de la migration et l'exposition au traumatisme de la Shoah. Ils mesuraient la symptomatologie anxieuse et dépressive et les manifestations psychosomatiques. Les descendants de survivants souffraient d'avantage de dépression et d'anxiété que les sujets contrôles (allemands natifs). Ils étaient également plus enclins aux symptômes psychosomatiques, particulièrement sous la forme de palpitations/douleur thoracique/douleur des membres/fatigue pour les femmes et fatigue/douleur des membres chez les hommes.

Dans leur publication Muhtz *et al.* (2014) rapportent les résultats en termes de santé mentale (évaluée par la SCL-90 R) et de qualité de vie (évaluée par la Short-form Health Survey) d'un échantillon de cinquante sujets dont les parents étaient des réfugiés originaires de territoires annexés par le IIIème Reich. Les parents des sujets inclus avaient vécu dans l'enfance (entre 5 et 12 ans) des expériences particulièrement douloureuses pendant la seconde guerre mondiale. La moitié des parents avaient reçu le diagnostic d'ESPT et l'autre moitié en était indemne. Après appareillage sur l'âge et le sexe des enfants et des parents, l'existence d'un ESPT chez un parent n'était pas associé à des niveaux pathologiques sur le plan de l'état psychique des enfants ni sur celui de la qualité de vie. Cependant, le fait d'avoir un parent avec une histoire personnelle de fuite était corrélé à des scores plus élevé à la SCL-90 R, de manière significative dans presque toutes les échelles (somatisations, symptômes obsessionnel-compulsif, symptômes dépressifs, idéation paranoïaque, symptômes phobiques) et dans certaines échelles de qualité de vie (émotions, fonctionnement social).

Dans une étude prospective menée sur des adolescents en Afghanistan, pays marqué par l'instabilité politique et les conflits armés, Panter-Brick *et al.* (2014) ont exploré l'association entre l'état psychique du caregiver et celui de l'enfant. Premièrement, les enfants dont les caregivers avaient des scores moyens SRQ plus élevés avaient eux des scores plus élevés aux échelles CRIES, DSRS, TDS et Impact score, et corrélativement des scores prosocial plus faibles. Deuxièmement, concernant la symptomatologie post-traumatique : une dégradation de la santé mentale du caregiver avaient un effet comparable à l'exposition d'un à deux évènements traumatiques. Cet effet était inférieur à l'exposition à trois évènements traumatiques (résultat obtenu après ajustement sur les autres facteurs de risques tels que le sexe féminin et l'existence d'un conflit familial majeur dans l'année passée). Les auteurs concluent que même en contexte de guerre il ne faut pas négliger l'évaluation de la dynamique familiale d'une part et que d'autre part afin d'être d'efficaces sur la santé psychique des enfants, les mesures de prévention doivent s'adresser également à l'entourage familial, notamment si il souffre d'état post-traumatique.

En 2013, Leen-Feldner *et al.* ont réalisé une méta-analyse de 105 études portant sur la santé des enfants de parents traumatisés. Ils n'ont inclus que des publications dans lesquelles au moins l'un des parents avaient reçu le diagnostic d'état de stress post-traumatique selon les critères diagnostiques du DSM-IV. Ils ont également distingué les situations dans lesquelles les parents et l'enfant avaient été soumis à un même évènement traumatogène de celles où seuls les parents y avaient été exposés (études « top-down »). Ce deuxième groupe comportait 28 études, dont la moitié environ portait sur des enfants de vétérans. Les études à grandes échelles mettent en évidence une augmentation globale de la prévalence des troubles internalisés et externalisés chez les enfants de vétérans ayant développé un ESPT, hommes et femmes (Jordan *et al*, 1992; Rosenheck & Fontana, 1998; Ahmadzadeh & Malekian, 2004; Gold *et al*, 2007; Al-Turkait & Ohaeri, 2008).

Yehuda *et al.* (1998) avaient démontré que les adultes enfants de survivants de l'Holocauste présentaient une prévalence plus élevée, vie entière, d'ESPT et de manifestations psychopathologiques que d'autres personnes ayant également été exposées à des évènements de vie traumatogènes. De même, la prévalence d'ESPT chez les enfants était associée à l'existence d'un ESPT chez les parents mais pas à celle d'autres types de troubles.

Parmi les études ne traitant pas d'enfants de vétérans, Hairston *et al.* (2011), relèvent une augmentation de la prévalence des difficultés d'endormissement de nature anxieuse et de troubles du sommeil chez les enfants de mère traumatisée. Bosquet Enlow *et al*. (2011) remarquent que l'intensité de la symptomatologie post-traumatique maternelle est corrélée à une dysrégulation affective et comportementale chez les enfants.

Vaage *et al.* (2011) ont mené une étude longitudinale prospective sur des enfants de réfugiés vietnamiens arrivés en Norvège en 1982 et suivis pendant 23 ans. Il apparait que l'existence d'un ESPT chez le père à l'arrivée dans le pays d'accueil est associée à une moins bonne santé psychique chez les enfants.

En conclusion de cette méta-analyse les auteurs soulignent la vulnérabilité des enfants de parents souffrant d'état de stress post-traumatique et l'association entre intensité de la symptomatologie post-traumatique parentale et manifestations psychopathologiques chez les enfants. L'influence des comorbidités, dépressive notamment, est également à prendre en compte.

Ils formulent des hypothèses quant à la transmission du traumatisme : les altérations émotionnelles, cognitives (par exemple un sentiment de menace extérieure exagéré) et une dysrégulation de l'humeur fréquente chez les parents souffrant d'ESPT expose les enfants à une certaine détresse affective au cours de leur développement et joue certainement un rôle important dans la transmission intergénérationnelle du traumatisme. Ces processus sont en jeu dans certaines familles de vétérans atteints d'ESPT où il semble exister une "conspiration du silence" (Danieli, 1998). Plusieurs études relèvent d'avantage de conflits intrafamiliaux, d'hostilité, d'irritabilité et de colères de la part des parents traumatisés. Les travaux empiriques de McFarlane (1987) ont relevé une tendance au désinvestissement de l'enfant chez certaines mères traumatisées, de plus les personnes souffrant d'ESPT ont une difficulté reconnue à établir et à maintenir des relations interpersonnelles stables (Charuvastra & Cloitre, 2008) ce qui n'est pas sans conséquences sur la dynamique familiale (Gold, 2007). Cependant, un modèle unidirectionnel est insuffisant pour appréhender la transmission intergénérationnelle du traumatisme, il semble que les enfants aient aussi une possibilité de réagir et d'influencer cette transmission. Certains facteurs individuels tels que le sexe, le tempérament et le comportement jouent probablement un rôle dans la variabilité symptomatologique.

II.3.2 Approches psychodynamiques de la transmission intergénérationnelle

Les situations cliniques suggérant une « transmission de la vie psychique entre génération » ont été à l'origine de nombreux écrits et Freud formulait en 1914, que l'individu était à la fois « à soi-même sa propre fin » et « le maillon d'une chaîne à laquelle il est assujetti sans la participation de sa volonté ». De même, selon Kaës :

> « Le sujet du groupe se constitue comme sujet de l'inconscient selon deux déterminations convergentes : la première est tributaire du fonctionnement propre de l'inconscient dans l'espace intrapsychique. [La seconde est] l'exigence de travail psychique imposée à la psyché du fait de sa liaison avec l'intersubjectif, du fait de son assujettissement aux ensembles dont procède le sujet - famille, groupes, institutions, masses. Il est hautement probable qu'à cette occasion des formations de l'inconscient se transmettent par la chaîne des générations […] » (Kaës, 1993).

Ainsi pour Kaës, l'inéluctable du sujet humain est sa condition intersubjective :

> « l'inéluctable est que nous sommes mis au monde par plus d'un autre, par plus d'un sexe, et que notre préhistoire fait de chacun de nous, bien avant le déliement de la naissance, le sujet de l'ensemble intersubjectif dont les sujets nous tiennent et nous entretiennent comme les serviteurs et les héritiers de leurs « rêves de désirs irréalisés », de leurs refoulements et de leurs renoncements, dans le maillage de leurs discours, de leurs fantasmes et de leurs histoires » (Kaës , 1993).

De ses travaux sur la psychologie des groupes humains, cet auteur dégage également l'idée que :

> « Le groupe qui nous précède [...] nous soutient et nous maintient dans une matrice d'investissements et de soins, il prédispose des signes de reconnaissance et d'appel, il assigne des emplacements, présente des objets, offre des moyens de protection et d'attaque, trace des voies d'accomplissement, signale des limites, énonces des interdits » (Kaës, 1993).

Il rejoint en cela l'idée de Freud d'une modalité de transmission passant par la culture et la tradition, dont le support serait l'appareil culturel et social qui assure la continuité de génération en génération, et réalise ainsi « l'extension psychique de la culture et l'inclusion du social dans la psyché ».

Ainsi, l'enfant qui naît est d'emblée inscrit dans une filiation et au cours de son développement il tendra à la fois à s'individuer, se constituer comme sujet avec sa personnalité, et à épouser la culture familiale (manières de penser, de sentir, de se comporter et d'interagir) afin d'en être porteur. Aulagnier (1975) nomme « contrat narcissique » le pacte implicite qui lie les membres d'une famille et permet la transmission du modèle familial. De même, dans certaines familles il semble exister un « pacte dénégatif » imposant le respect et la transmission d'un non-dit (Calicis, 2014).

A partir du matériel rétrospectif de cures psychanalytiques, Faimberg s'est intéressée particulièrement aux identifications inconscientes et théorise sous le concept de « télescopage des générations » le fait que certains patients semblent soumis et aliénés par « l'intrusion tyrannique [d'une] histoire qui ne leur appartient pas » et qui « empêche le sujet de disposer de son désir » (Faimberg, 1987).

En 1987, Abraham et Torok élaborent le concept de « crypte » pour désigner la formation dans l'inconscient d'un espace séparé dans lequel se trouvent intactes des images, sentiments, émotions, pensées à propos d'une souffrance traumatique ou d'un évènement condamné au secret. Ce « monde fantasmatique inconscient qui mène une vie séparée et occulte » peut occasionner chez le sujet « des actes insolites, en lui infligeant des sensations inattendues » (Abraham et Torok, 1987, p 266). Ces sujets connaissent un fonctionnement psychique marqué par le clivage et l'enfant au contact d'un parent porteur d'une crypte peut être affecté par « le travail d'un fantôme au sein de l'inconscient ».

> « Le fantôme est le travail dans l'inconscient du secret inavouable d'un autre. Sa loi est l'obligation de nescience » (*Ibid.,* p 389).

Il est :

> « Une formation de l'inconscient qui a pour particularité de n'avoir jamais été consciente […] et de résulter du passage – dont le mode reste à déterminer – de l'inconscient d'un parent à l'inconscient d'un enfant. […] [Il] indiquerait les effets sur le descendant de ce qui avait eu, pour le parent, valeur de blessure, voire de catastrophe narcissique » (*ibid*, p 429-430).

Ces auteurs suggèrent que « l'inconscient d'un être peut réagir sur l'inconscient d'un autre être en éludant la conscience. […] Du fait d'une empathie directe du contenu inconscient ou renié d'un objet parental » (*ibid*, p 436-439). Selon cette théorie, des évènements indicibles vécus par les parents deviennent innommables puis impensables pour les enfants, chez qui ils font le lit de certains symptômes et mal-être.

Tisseron (2007) postule pour sa part que cette transmission ne se fait pas par « communication d'inconscient à inconscient » mais plutôt par les canaux gestuels, verbaux, émotionnels et les mimiques « ambigus » des parents. Pour qu'un évènement soit transmis d'une génération à une autre il est, selon cet auteur, nécessaire qu'il soit symbolisé par des mots, des récits, des images partagées et/ou des rites. Cependant lorsque cette symbolisation est entravée et qu'elle ne passe de façon partielle que par des gestes, mimiques, attitudes et états émotionnels imprévisibles et sans traduction verbale explicite, cela constitue pour les enfants des « messages énigmatiques ».

> « Les émotions éprouvées en empathie avec le parent sont si intenses et angoissantes qu'il est bien difficile à l'enfant de prendre de la distance par rapport à elles. […] L'enfant qui confond les émotions d'un autre avec les siennes n'a pas d'autre issue que de tenter de trouver un sens à ce qu'il éprouve […], il s'invente diverses histoires auxquelles il peut finir par croire, et qui peuvent influencer durablement sa vie, même lorsqu'il les a oubliées » (Tisseron, 2007).

Le descendant entreprend en quelque sorte une symbolisation à partir des éléments qu'il perçoit. Reprenant le terme de « fantôme », Tisseron le décrit comme une construction qui « devient un véritable corps étranger dans [le] psychisme, un corps étranger qui pourra, plus tard, orienter une partie de [la] vie [du sujet] à son insu sans qu'il ait le souvenir des situations autour desquelles il l'a constitué » (Tisseron, 2007). Enfin, pour cet auteur il s'agit d'avantage de « ricochets » et d'une l'influence d'une génération à une autre des traumatismes, plutôt qu'une transmission à proprement parler.

Dans son article « Fantômes dans la chambre d'enfants », Fraiberg *et al.* développent l'idée que certains parents ayant une histoire infantile traumatique semblent « possédés par leurs fantômes […] comme si le parent était condamné à répéter avec son bébé la tragédie de sa propre enfance. […] »

> « Le parent et l'enfant se retrouvent alors en train de rejouer un moment ou une scène d'une autre époque où figuraient d'autres personnages » (Fraiberg, 1983, p 58).

De leur expérience clinique les auteurs dégagent que ni « la morbidité de l'histoire parentale », ni le degré de pathologie de leur entourage ne semble prédictifs « d'une répétition de la tragédie familiale ». Il s'agit pour Fraiberg de parents ayant eu recours à un « mécanisme défensif

« d'identification à l'agresseur ». […] Au moment où ils vivaient une extrême terreur pendant leur enfance, [ils] ont fait une identification pathologique à ceux qui [les] agressaient et [les] menaçaient » (*ibid,* p 96). La douleur et la souffrance vécues enfant ayant été parallèlement refoulées, ces parents seraient comme privés de la capacité de se souvenir de leurs affects d'enfant et ainsi de les percevoir chez leurs propres enfants. Au contraire, selon cette théorie, d'autres parents « parce qu'ils se souviennent, […] sont à l'abri d'une répétition aveugle de ce passé morbide » (*ibid*, p 97).

Une partie de la littérature sur la transmission du traumatisme est constituée par les travaux sur les enfants de survivants de l'Holocauste. En 1992, Solkoff reproche à ces études une faiblesse méthodologique du fait que la majorité portent sur des enfants de plus de sept ans ou bien des adultes et construisent des hypothèses *a posteriori* concernant les modalités de transmission (*cité par* Ouss-Ryngaert, 2006).

Dans une perspective psychodynamique, Kestenberg (1982) relate le cas d'une patiente dont le père avait survécu à la déportation et qui souffrait de ce que l'auteur appelle une « transposition transgénérationnelle du trauma » (*cité par* Fonagy, 1999). Il ne s'agit pas là d'identification mais d'un équivalent d'immersion dans la réalité d'un autre. Kestenberg interprète le repli social et l'isolement de sa patiente comme le fait de vivre dans la réalité passé de son père, se cachant comme il l'avait fait pour s'échapper du camp de concentration. De même, cette patiente qui avait développé une insensibilité aux signaux corporels et affectifs semblait pour l'analyste s'être retirée dans un narcissisme primaire massif qui aurait permis de supporter la torture et les persécutions. Le mécanisme de « transposition » ressuscite dans le psychisme de la seconde génération les objets que le survivant n'a pas pu pleurer correctement. Le descendant aurait tendance à s'accaparer les faits passés et à les revivre dans l'actuel, à travers un fonctionnement psychique prenant valeur de « pont historique ».

Howard B. Levine (1982) formule au sujet des enfants de survivants de l'Holocauste le « complexe de l'enfant de survivant », syndrome qui n'est pas spécifique à ces enfants chez qui il ne se retrouve pas systématiquement, et qui comporte des difficultés de séparation-individuation, de gestion de l'agressivité et une identification aux traits parentaux. Il indique que ce syndrome peut exister chez tous les enfants de parents exposés à des traumatismes extrêmes (*cité par* Fonagy, 1999).

En 1995, Zajde menant un travail sur des enfants de rescapés de la Shoah, formule que :

> « L'enfant de survivant est un enfant mandaté qui ne peut, au risque de réveiller gravement sa culpabilité, se soustraire à la fonction de réparation et d'annulation de deuil que lui confèrent ses parents ».

Prince (1985) suggère une approche psycho-historique des conséquences de la survie. La symbolique de la destruction imprégnerait tout le fonctionnement psychique des survivants, l'orientant principalement vers la survie, y compris dans le temps post-traumatique. Cet auteur cherche à saisir la place de l'évènement historique dans la psyché à défaut de trouver des pathologies spécifiques.

Plus récemment, Mansouri (2013) a publié à partir de son travail de thèse en psychologie un ouvrage reprenant ses travaux de recherches sur des adolescents d'origine algérienne ayant participé aux « émeutes de 2005 » dans les banlieues parisiennes. Articulant clinique psychanalytique et histoire, elle souligne le peu de connaissances de ces adolescents quant à l'histoire franco-algérienne, et notamment les violences ayant accompagnées la colonisation et la décolonisation, traversées par leurs ascendants. Le silence autour de cette histoire collective, autant dans les familles que dans l'enseignement scolaire relève pour l'auteur d'un « déni collectif », « d'une amnésie officielle ».

> « Le défaut de représentations verbales en circulation dans le social a empêché l'élaboration des violences du colonial […]. Une souffrance enkystée, entretenue par le silence et qui passe de génération en génération » (Mansouri, 2013, p 171).

Ainsi, en parallèle des vicissitudes du « pubertaire » (Gutton, 1998) et de la dureté des conditions socioéconomiques, ces adolescents souffriraient dans leur « révolte intime » de « la violence de l'histoire qui a frappé leurs parents d'inexistence, dans une sorte de collusion avec un réel leur faisant côtoyer cette inexistence pour eux-mêmes [et réalisant] le trou de subjectivation» (Mansouri, 2013). L'auteure s'appuie sur les thèses de Cherki et de son travail sur l'articulation entre le déni du politique et ses incidences subjectives :

> « Ce que l'on nomme traumas historiques ne sont-ils pas des catastrophes dans le réel qui, non élaborées, sont maintenues dans le suspens traumatique parce qu'elles ont été occultées, « silenciées » pourrait-on dire, dans l'après-coup de la catastrophe ? Il s'agit là d'un véritable retournement de la fonction de garant symbolique que les instances de la culture sont censées fournir. En lieu et place de représentations possibles, universalisables et partageables de la catastrophe, s'impose la censure de celle-ci, déni, silence : ce qui a eu lieu n'a pas eu lieu » (Cherki, 2005).

En effet, certaines violences et souffrances collectives, dont « le souvenir est à peine esquissé » (Giraud, 2010) et n'ayant pas reçue de reconnaissance publique, n'ont ainsi pas vu se créer de « lieux de métaphorisation » (Cherki *cité par* Mansouri, 2013) au sens d'un espace transitionnel winnicottien qui permettrait à ces « héritiers de l'indicible » de se dégager de « l'impensable […] marqué par le clivage des parents et sous-tendant un traumatisme non-élaboré » (*Ibid*, p 178).

Zajde (1995) rappelle que dans l'immédiate après-guerre il n'y eu ni deuil officiel ni prise en charge psychiatrique particulière et que le *Mémorial de la déportation des juifs de France* « a eu valeur de reconnaissance de la mort de parents [et] en quelque sorte fonction de sépulture ».

Fille de rescapé du génocide arménien, Altounian[14] traduit son vécu d'enfant de survivant à travers l'oxymore « l'amour particulier d'un trésor terrifiant », faisant référence au « lien paradoxal [qui] affecte une transmission chargée de la terreur que [les parents] ont vécue ». Au sujet de ses parents, « ces apatrides demeurés en vie », elle raconte :

[14] Essayiste et traductrice de Freud

> « Leurs gestes, leurs voix, leurs plaintes ressassées ou leur silence pesant élevaient un rempart entre l'inouï des terreurs auxquelles ils avaient survécu et nos efforts pour nous distancer, nous séparer d'eux, nous éloigner des échos de leurs vécus terrifiants. […] Afin de rester fidèles à leur entreprise de sauvetage il fallait la poursuivre en nous faisant une place au pays d'accueil où, défiant la mort qui les habitait, ils nous avaient donné vie » (Altounian, 2006).

Elle cite un autre enfant de survivant de ce génocide, Kéhayan[15] :

> «Nos parents, pénétrés par la mort, inspiraient naturellement le silence. Surtout pas de questions […] nos jours et nos nuits se teintaient toujours de noir. Des récits de terreur à n'en plus finir. L'impossible à transmettre que ces litanies de peur et de souffrances devant lesquelles nous n'avions pas le droit de nous révolter. […] Nous ne nous sentions pas étrangers mais plutôt d'étranges inconnus. Porteurs d'un secret intransmissible » (Kéhayan, 1997 *cité par* Althounian, 2006).

Reprenant les écrits d'Altounian, Pestre (2006) propose que l'enfant venant comme « un objet réparateur » semble supporter l'adulte afin qu'il continue à vivre. Il peut alors être à la fois pris dans un investissement massif et paradoxalement écarté, car « radicalement étranger à la terre originaire perdue » et inassimilable par les siens. De plus, les affects générés par les violences et l'exil, transmis comme un « impensé » pour le descendant pourrait entraver la mentalisation des conflits psychiques : « comment peuvent cheminer les problématiques d'ambivalence œdipiennes quand l'écrasement psychique lié au contexte d'envahissement de la mort est omniprésent ? » (Pestre, 2006).

II.3.3 Interactions précoces et apports de la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement telle qu'elle a été développée par Bowlby et ses successeurs est rappelée en annexe.

Les premières théorisations décrivent une transmission des caractéristiques de l'attachement entre parents et enfant. En effet, dans son article princeps Main (1985) propose que les représentations maternelles (la mère étant très souvent le caregiver principal) relatives à l'attachement étant prédictives de la sensibilité des soins parentaux, influencent la qualité de l'attachement de l'enfant. Ces représentations relatives à l'attachement précoce sont explorées par l'Adult Attachment Interview qui définit un « état d'esprit quant à l'attachement » chez l'adulte (voir annexes). Il apparait aujourd'hui que cette transmission est plus complexe et soumise notamment aux influences contextuelles. La théorie de l'attachement permet d'explorer la transmission d'un traumatisme infantile du parent à l'enfant.

[15] Ecrivain et journaliste français.

L'attachement désorganisé est considéré comme un « traumatisme de l'attachement » (Solomon, 1999) et l'étude de sa transmission est l'un des axes de recherche de la transmission du traumatisme. Les auteurs l'ayant décrit ont caractérisé ce type d'attachement comme « un état de peur sans solution » (Guedeney *et al,* 2012) qui place l'enfant dans un « dilemme motivationnel » face à sa figure d'attachement qui est à la fois source de sécurité et d'alarme. Hesse *et al.* (2003) évoquent à ce sujet un « paradoxe biologique dans lequel sont activés simultanément des propensions à approcher et à fuir le parent, [que l'enfant] ne peut pas réguler ». Ce type d'attachement est considéré comme un facteur de risque d'installations de troubles psychiques.

L'évaluation des parents par le biais de l'AAI puis la détermination du style d'attachement de l'enfant a montré une corrélation entre état d'esprit de type « non résolu » chez les parents et attachement désorganisé chez l'enfant (Main *et al,* 1990 ; Hesse *et al*, 2003). Les différents auteurs repéraient chez ces parents des ruptures du discours ou du raisonnement lors de l'évocation d'une perte ou d'un traumatisme et il semblerait que Bowlby (1978) en son temps l'aie noté également. Le discours contient des indices de relâchement et d'intrusion du traumatisme tels que des lapsus, confusions entre passé et présent, confusions d'identité, barrages, changements soudains dans le registre du discours. Sur le plan du raisonnement Hesse *et al* (2003) ont rapporté différentes manifestations : déclaration simultanée d'avoir été présent puis absent lors de la mort d'un proche, sentiment de responsabilité dans la mort d'un proche sans élément en faveur, le fait de donner plusieurs dates concernant la mort d'un proche, indications simultanées qu'une personne décédée est considérée morte et vivante. Ces signes témoigneraient d'un échec de l'intégration mentale, de la « métabolisation » chez le parent d'un traumatisme infantile et ils peuvent s'accompagner d'une désorganisation comportementale sporadique. Ces manifestations peuvent se révéler effrayante pour l'enfant, notamment par leur caractère imprévisible. D'autre part, en prise avec un traumatisme irrésolu, le parent peut traverser des moments de dissociation et laisser alors l'enfant « sans stratégie de maintien de l'organisation comportementale, émotionnelle et attentionnelle » (Ouss-Ryngaert, 2006). Ainsi, il semble que d'avantage que le traumatisme en lui-même, ce soit sa non résolution qui, à travers l'interaction avec « un parent dont le comportement reflète sa propre expérience et l'idéation traumatique originale » (*Ibid*, p 118), soit associé à la désorganisation de l'attachement de l'enfant.

Fonagy relate en 1999 l'analyse d'un enfant de troisième génération dont la grand-mère maternelle avait survécu à l'Holocauste. Il reprend les propositions de Liotti (1995) selon lesquelles lorsqu'un enfant a à faire à un caregiver dont les réponses à ses besoins sont imprévisibles, qui est tour à tour absent, indisponible ou effrayant, il expérimente ses propres états et sa réalité interne comme dangereux car ils l'exposent à une perte de contact émotionnel avec le caregiver, qui elle-même exacerbe ses besoins de réassurance. Il peut alors avoir recours lui aussi à la dissociation, comme fragmentation de son état de conscience afin de s'absenter mentalement d'une situation de laquelle il ne peut se soustraire. Ce type d'attachement « dissociatif » favoriserait ensuite des réponses dissociatives face au stress dans l'enfance et l'adolescence.

Fonagy (1999) y voit par ailleurs un risque que l'enfant se construise des modèles internes opérants contenant une représentation de soi menaçante, impuissante, hors de contrôle, désintégrante ou bien,

de manière défensive, grandiose et toute-puissante. Il ajoute que face à un parent effrayé ou effrayant, l'enfant intègre comme une partie de lui-même le sentiment de rage, de haine ou de peur du parent et sa propre image d'enfant effrayant ou difficile. Winnicott (1971) à travers le concept de « rôle de miroir de la mère et de la famille », suggérait que l'enfant qui ne retrouve pas ses états mentaux reflétés dans le regard du parent internalise l'état psychique et émotionnel actuel de celui-ci comme une partie de son propre self. L'enfant intègre alors dans sa structuration une représentation d'un autre (Fonagy, 1999). Il ne se perçoit pas comme un être intentionné dans l'esprit du caregiver et intériorise l'absence de représentation à l'œuvre chez son parent, qui se trouve dans un état de dissociation temporaire.

Chez les parents ayant un état d'esprit quant à l'attachement de type « traumatisme non résolu », le bébé peut jouer le rôle de « stresseur » lorsqu'il exprime ses besoins dans une certaine détresse qui vient rappeler au parent sa propre détresse passée, entraîne de la peur et réveille le traumatisme. Selon Schetchter (2003) le parent est en proie à la remémoration de l'évènement violent ou bien à celle de sa propre « helpleness » (incapacité à être aidé) liée au traumatisme. Cela peut se traduire par des états de dissociation, des réactions de figement ou des attaques agressives évoquant un quasi état de stress post-traumatique (Hesse *et al*, 2003), et constitue les interactions effrayants/effrayés/dissociés mises en évidence dès 1990 par Main & Hesse. Le nourrisson n'est quant à lui pas capable « d'associer de manière causale la perte ou le trauma et l'effroi des parents » (Ouss-Ryngaert, 2006).

Un autre type d'état d'esprit parental quant à l'attachement a été associé à une désorganisation de l'attachement chez l'enfant, il s'agit de l'état d'esprit «impuissant/hostile » décrit par Lyons Ruth *et al.* (2003) et dans lequel on retrouve d'une part la constellation psychologique « hostile » : le parent se représente les figures d'attachement en termes malveillants et montre une identification persistante à une figure d'attachement hostile ou punitive sans exprimer aucun sentiment douloureux ; et d'autre part une constellation «impuissant » : le parent présente un état d'esprit globalement passif et craintif, il s'identifie à un parent dont il prend souvent la charge, il est globalement dévalorisé, vécu comme impuissant ou abdiquant dans son rôle parental (Guedeney *et al.*, 2012).

Ainsi, lorsque le parent a expérimenté dans son enfance la « peur sans solution » c'est-à-dire un « traumatisme de l'attachement », il s'est créé des modèles internes opérants dits « ségrégés multiples » (*Ibid*, p 364). Pour Liotti (2004) ces schémas contiennent « une multiplicité d'attentes contradictoires et dramatisées à propos de la même figure d'attachement » ainsi que « l'attente de conséquences négatives dans le fait de demander de l'aide et du réconfort ». Dans l'interaction l'enfant active les modèles ségrégés multiples du parent qui montre en retour des stratégies de caregiving contradictoires ou en compétition, faisant partie d'une constellation non intégrée de comportements parentaux. On peut y retrouver une confusion des rôles, une désorientation, des comportements dits négatifs intrusifs et de retrait. Ainsi, la transmission peut se faire à travers ce tableau de rupture de la communication émotionnelle du parent.

Fonagy (1999) interroge la désorganisation du comportement d'attachement de l'enfant et ses réactions tyranniques, autoritaires et contrôlantes comme des tentatives rudimentaires d'effacer des aspects inacceptables de la représentation de soi. En effet, en acquérant de nouvelles compétences au fur et à mesure de son développement, le bébé cherche à reprendre le contrôle. Solomon et George (1999) décrivent, à partir de l'âge de quatre à cinq ans, trois types principaux de comportements dits contrôlant : les comportements contrôlant de «caregiving» (équivalent de «parentification»), les comportements contrôlant punitifs (recherche d'attention négative) et les comportements de sexualisation (*Ibid*, p 364).

En conclusion, ces altérations globales du système d'attachement entravent la « capacité du parent à réguler la peur du bébé et, en particulier, le niveau de déclenchement de la peur chez l'enfant » (Guedeney *et al*, 2012).

En 2010, De Haene *et al* (2010) ont cherché à déterminer l'état d'esprit quant à l'attachement de onze parents réfugiés établis en Belgique. L'utilisation de l'AAI dans cette population est critiquable car les expériences traumatogènes ayant occasionné la fuite n'impliquent pas forcément les figures d'attachement, les auteurs indiquent donc que cette échelle n'est pas particulièrement adaptée pour repérer des cognitions désorganisées dans ces cas où les expériences traumatiques récentes prédominent. Plusieurs récits étaient marqués par une désorganisation du discours au sujet de la migration elle-même et d'expériences de pertes. La désorientation au sujet des évènements de vie extrêmes (guerre, violence organisée) était majeure : discours confus, attention importante aux détails, images visuo-sensorielles, confusion entre soi et les autres, perte de contact, impossibilité de nommer les évènements traumatiques, réactions dépressives ou d'hyperréactivité prolongées. L'évocation des pertes précoces sans rapport avec les violences organisées et étant survenues durant l'enfance et l'adolescence des sujets apparaissait déclencher la désorientation du discours au sujet des évènements liés aux violences pré-migratoires ou aux séparations familiales. Ce discours suspendu apparaissait comme la répétition invasive du traumatisme, affichant une expérience accablante et soulignant l'état d'insécurité interne majeur de ces sujets. Certains participants avaient présenté une désorganisation du discours après avoir évoqué la perte d'une figure d'attachement décédée à un âge avancé peu de temps avant ou bien après leur départ. Même si ce décès n'avait pas de lien avec les conditions dans le pays d'origine avant et après leur départ, les sujets considéraient cette perte comme faisant partie de leur parcours migratoire et ils rapportaient un sentiment de culpabilité, de regret et de responsabilité dans la mort de ce parent. Ces résultats, bien qu'ils ne soient pas généralisables, témoignent du caractère confusiogène et accablant de la séparation soudaine, brutale et involontaire des figures d'attachement et du manque de contact avec elles. Ainsi, les traumatismes de guerre et les séparations qu'ils impliquent entravent la disponibilité psychique des parents et leurs réponses, et affectent les liens intrafamiliaux. Les sujets de cette étude présentaient des manifestations comparables à celle retrouvées dans l'état d'esprit quant à l'attachement de type « non résolu ».

L'étude des interactions précoces est au centre de la compréhension de l'influence que le psychisme maternel peut avoir sur l'enfant. En effet, ces échanges s'accompagnent d'une mise en acte des

représentations maternelles (son passé, ses souvenirs, ses bonheurs et ses traumatismes). Au travers des gestes quotidiens et de leur répétition, et font revivre à la mère des émotions passées. Le langage verbal et non verbal (intonations, sourires, expressions) constitue « une sémiotique déchiffrable par le nourrisson qui est capable dès la naissance de saisir les intentions de l'adulte soignant au travers de ses actes » (Quattoni & Mestre, 2008) et renvoie à ce que Stern (1985) a appelé « l'accordage affectif ».

Dans son travail de thèse en psychiatrie, Broder (2004) a réalisé une étude qualitative exploratoire dans laquelle elle a étudié les représentations maternelles de femmes enceintes ayant vécu un événement traumatique antérieurement à leur grossesse. La définition des représentations utilisée dans ce travail s'appuie sur celle de Stern : « toutes les fantaisies de la mère, ses peurs, ses désirs, ses distorsions, ses perceptions sélectives et attributions» (Stern 1985). Afin d'explorer les représentations de soi et du bébé de ces mères l'auteure a examiné sept sphères différentes :

- la richesse des perceptions,
- l'ouverture au changement (capacité de la mère à modifier, à faire évoluer les représentations qu'elle a d'elle-même et de son enfant en fonction de nouvelles informations, de nouveaux points de vue et du processus même de grossesse),
- l'intensité de l'investissement (reflet de l'investissement émotionnel de la femme enceinte en ce qui concerne l'expérience de la grossesse, de l'enfant et de sa relation à lui),
- la cohérence du récit que peut faire la femme sur elle en tant que mère et sur l'enfant. Elle se réfère à la plausibilité, à la crédibilité de la description du récit et au fait que les généralisations et les souvenirs plus abstraits sont soutenus par le récit et par le souvenir d'événements, d'épisodes illustratifs (concordance entre les mémoires sémantique et épisodique). La cohérence était étudiée selon les quatre maximes de Grice (1975) : qualité, quantité, pertinence et mode de récit (*cité par* Broder, 2006).
- la différenciation (conscience qu'a la mère de son identité personnelle et de la reconnaissance de l'enfant comme ayant des caractéristiques propres),
- la dépendance sociale (influence de la famille d'origine, du partenaire, des amis et du groupe social sur les représentations),
- la dominance des fantaisies qui met en évidence la dimension fantasmatique de la représentation de soi en tant que mère et de la représentation de l'enfant (essentiellement les fantaisies conscientes : images, métaphores, analogies, rêveries diurnes ou nocturnes, attentes, craintes et désirs qui caractérisent dans l'imagination de la femme l'expérience de la grossesse, les représentations de soi en tant que mère et celles de l'enfant). Les rêves donnent eux quelques indices sur les fantaisies inconscientes.

Une catégorie générale était ensuite attribuée aux représentations maternelles : intégrées, désinvesties ou ambivalentes. Parmi les cinq femmes enceintes de l'échantillon, la catégorie de représentations majoritairement retrouvée était celle « désinvestie avec peur » ce qui correspondait à

une grossesse peu investie : « le récit est pauvre, peu coloré émotionnellement et affectivement. La place de l'enfant est peu différenciée. Les représentations de soi et de l'enfant sont figées et peu modulables. Cela donne une platitude représentative » (Broder, 2006). Etant donné que ces femmes étaient toutes originaires d'Afrique, il faut également prendre en compte le fait que culturellement ne pas évoquer l'enfant pendant la grossesse est une façon de le protéger contre des attaques extérieures (mauvais esprits, sorcellerie). Par ailleurs, l'auteure souligne que le récit d'elles-mêmes en tant que mère et celui concernant l'enfant n'étaient pas construits de la même manière, marquant un clivage dans les modalités d'organisation de la narration qui pouvait être un signe de l'empreinte traumatique. La cohérence et la structure du récit apparaissaient fragmentées et perturbées sur le plan de l'organisation, des éléments en lien avec le vécu traumatique faisaient brutalement intrusion dans le discours. La tonalité des fantaisies était plutôt négative : peurs concernant l'accouchement, le bien-être de l'enfant, angoisses de mort ou de perte, culpabilité et sentiment d'impuissance, et étaient rattachées par l'auteure à l'exposition traumatique et à ses tentatives d'élaboration.

> « L'enfant se présente souvent comme menaçant et menacé, réactivant le matériel traumatique » (Broder, 2006).

De même, la prépondérance de la dimension affectivo-imaginative des représentations maternelles laissait penser que « le facteur cognitif [n'assurait] plus une fonction de pare-excitations et de contenance face à l'intensité des affects et des fantaisies concernant les représentations de soi et surtout de l'enfant ».

L'enjeu de l'évolution de ces représentations après l'accouchement est majeur par la coloration qu'elles donnent à la rencontre avec l'enfant et l'impact sur sa construction, notamment sur le plan de l'attachement (Fonagy, 1991).

H.Klein (1981) notait la particularité des fantasmes rencontrés pendant la grossesse chez les mères survivantes : « il s'agit là d'une référence à un vécu réel et d'une intériorisation de l'image négative que leurs persécuteurs ont essayé de projeter en elles. Pendant la grossesse [...] elles disent qu'elles ont perdu leur capacité à être des bonnes mères » (*cité par* Zajde, 1995). Elle rapportait une certaine indisponibilité affective durant les premiers mois de l'enfant, ces mères pouvant osciller entre « inhibition émotionnelle » et « comportement "surprotecteur" avec l'enfant motivé par des craintes permanentes à son sujet » (*cité par* Zajde, 1995). La venue de l'enfant prend parfois le sens d'une « réparation et/ou d'une annulation du passé, […] de la mort des êtres chers », elle peut par ailleurs rappeler les morts en même temps qu'elle prouve aux parents leur propre existence et Klein formule qu'elle « place [alors] les parents dans un cadre psychique de double blind » (*Ibid*., p139).

Giraud (2010) décrit également un retrait affectif chez certaines mères traumatisées par rapport au bébé, il y voit une mise à l'abri de la régression infantile liée à la « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1969) car elle s'assimilerait pour elles à la passivité de la victime (Kestenberg, 1983).

D'autre part, les capacités de « détoxication[16] » et de « rêverie[17] » (Bion, 1962) de la mère sont dans certains cas abrasées et empêchées par la symptomatologie post-traumatique, ce qui complique les interactions précoces (Mestre *et al*, 2012).

Rappelons à ce propos l'hypothèse formulée par Diatkine (1979) selon laquelle « le premier temps des traumatismes précoces [est] constitué par l'insuffisante « capacité de rêverie » de la mère qui rend potentiellement traumatique toute rencontre de l'enfant avec des évènements ultérieurs porteurs de rupture et de discontinuité, du fait, précisément de l'absence d'intériorisation d'une activité de liaison suffisamment efficace, ce qui semble […] fréquent en situation de catastrophe » (*cité par* Golse, 2006).

D'autre part, la symptomatologie post-traumatique de par les troubles de la concentration qu'elle entraîne, l'irritabilité, les reviviscences sensorielles lors des soins au bébé, les sentiments persécutoires etc., entrave les relations du nourrisson avec ses parents.

En conclusion, il semble que « les liens infantiles prennent une valeur inestimable sous l'impact du traumatisme : le vécu précoce avec leur mère entre en résonnance avec l'état traumatique ; pour [certains], il sera une ressource précieuse, pour d'autres les carences redoubleront les difficultés » (Mestre *et al*, 2012).

II.3.4 Contre-transfert avec les patients traumatisés et transmissions

Lachal (2006) établit que la rencontre avec le patient traumatisé affecte de façon particulière le thérapeute et propose la notion de « transfert traumatique ». Les particularités de ces transferts et contre-transferts sont contenues pour l'auteur dans « le contact avec le patient, le récit de ce qui lui est arrivé, la dynamique relationnelle dans la durée de la consultation, les affects, les représentations, les moments suspensifs (silences, émotions trop fortes, vide de la pensée…) et les moments productifs (pleurs, réactions émotionnelles de détresse, etc.) ». Selon cet auteur l'étude du contre-transfert peut permettre de mieux comprendre comment le traumatisme pourrait se transmettre de la mère à l'enfant.

Plusieurs syndromes ont été décrits chez les soignants intervenant auprès de personnes traumatisées (Lachal, 2015) :

[16] Selon la théorie de Bion (1962) : transformation des éléments bêta d'origine sensorielle en éléments pensables (alpha).

[17] Selon Bion toujours : la rêverie, quel que soit le contenu, est un état d'esprit réceptif à tout objet provenant de l'objet aimé, un état d'esprit capable, autrement dit, d'accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises. La rêverie est un facteur de la fonction alpha de la mère.

- Le « secondary traumatic stress disorder » (Figley, 1995) et la « fatigue compassionnelle » (Figley, 2002), aussi appelés « états traumatoïdes », consistent en des réplications de l'ESPT et seraient liés à « un investissement trop fort du soignant vis-à-vis de son patient ».
- Le « traumatisme vicariant » (Pearlman, 1995) dans lequel « le soignant est touché dans son intimité et ressent un bouleversement de ses capacités personnelles, mais aussi de ses croyances, des modifications de ses modes relationnels, de sa vision du monde et de sa vie spirituelle ». Wilson & Thomas (2004) en ont décrit les grands symptômes : des réactions émotionnelles non modulées lors des récits des patients, des plaintes somatiques, des symptômes d'ESPT ou d'autres tableaux qui lui sont fréquemment associés (stress aigu, anxiété, dépression), un impact sur le cadre personnel de référence.
- Wilson & Lind (1994) proposent le terme de « tension empathique » pour rendre compte du caractère de tension intérieure ressentie par le thérapeute et différencient deux types de contre-transfert : de type intrusif (perte des repères relationnels, surinvestissement, dépendance réciproque, création d'un lien pathologique) et de type évitant (tendance au retrait, engourdissement affectif, intellectualisation, déni).

Lachal s'appuie sur la notion d'empathie pour développer le concept de « scenario émergent ». Il s'agit du correspondant chez le clinicien du vécu, intransmissible et non représentable, de la menace d'anéantissement expérimentée par le patient lors du traumatisme, et qu'il retranscrit dans son récit. Le scénario émergent comprend une variété de réponses spontanées au récit de l'expérience traumatique, il est une sorte de reconstitution, un ensemble de représentations mentales[18] qui émergent et s'imposent dans le champ de conscience du thérapeute. Il est « le résultat des capacités créatives du thérapeute dans un moment de forte empathie avec le patient » (*cité par* Quattoni & Mestre, 2008).

L'empathie est généralement définie comme la capacité de se mettre à la place de l'autre, sans perdre son propre point de vue. Rogers (1999) la décrivait ainsi :

> « Une façon de sentir le monde intérieur de l'autre comme si il était le nôtre, sans jamais oublier que ce n'est pas le nôtre » (*cité par* Lachal, 2015, p 63).

Lachal précise que ce processus est possible en l'absence de sympathie pour l'autre, en effet il semble que les bourreaux par exemple y aient recours pour nuire (Lachal, 2015).

P.L Jackson et J.Decety (2006) voient dans l'empathie « une forme complexe d'inférence psychologique dans laquelle l'observation, la mémoire, la connaissance, incluant les expériences personnelles antérieures et le raisonnement se conjuguent pour se projeter dans les pensées et les affects des autres. Elle se décompose en trois processus distincts et associés :

[18] Pour Lachal, « la représentation mentale est au confluent de l'action, de la perception et de la mémoire. Ce n'est pas une image de la réalité, mais une construction à laquelle participent des processus cognitifs (extraction de pattern, interprétation du perçu), symboliques et langagiers, sociaux (préconceptions collectives) et culturels, mnésiques (conscients et inconscients) » (Lachal, 2012).

1) ressentir ce que ressent l'autre (réponse affective à autrui amenant à partager l'état émotionnel perçu),

2) comprendre ce que pense l'autre (capacité cognitive à se décentrer pour adopter le point de vue d'autrui, un certain degré de flexibilité mentale est nécessaire),

3) faire appel à des mécanismes de régulation qui permettent de localiser d'où s'originent les sentiments, en soi-même ou en l'autre (capacité à distinguer, différencier ce qui vient de soi et ce qui vient d'autrui).

L'empathie implique donc à la fois un partage et une différenciation, un versant émotionnel et un versant cognitif » (*Ibid.*, p 71, 85). L'association des mécanismes de partage/distinction/flexibilité serait indispensable aux processus d'empathie.

Le versant cognitif de l'empathie a été richement exploré à travers les approches phénoménologique, neuropsychologique puis l'imagerie cérébrale. L'idée centrale des chercheurs, « que la perception d'un comportement donné chez autrui active de façon automatique nos propres représentations de ce comportement » (Hochmann, 2012 *cité par* Lachal, 2015), fait intervenir la notion de couplage action-perception. L'exploration du fonctionnement des neurones miroirs est au cœur de travaux actuels en neurosciences qui concourent à l'approfondissement de la compréhension des phénomènes d'empathie.

Dans le domaine du développement de l'enfant, les recherches récentes montrent que le bébé possède très précocement la capacité à discriminer les émotions à partir de l'expression faciale. Elle lui permet d'initier avec son entourage des interactions autorisant un partage d'émotions, de motifs d'intérêt (attention conjointe) et d'activités, sans qu'il ne se confonde avec l'autre. Les bébés, en effet, distinguent leur activité de celle de l'autre (Rochat, 1999 *cité par* Lachal, 2015).

Le nourrisson acquiert également « la capacité à se représenter les idées, les sentiments et les états mentaux de son partenaire » (*Ibid.*, p 73) grâce à ce que Fonagy a nommé la fonction réflexive et qui est cette « disposition du nourrisson à comprendre l'autre, à être avec l'autre en miroir, à le prendre pour modèle et à « s'accorder » (selon le terme de Stern) avec [lui] en permanence ». Il devient ainsi capable d'anticiper et de prévoir les actions de l'autre en fonction du dépistage de ses intentions. Très proche de la mentalisation, la fonction réflexive est également mitoyenne avec la théorie de l'esprit car elle renvoie à « la capacité des nourrissons d'interpréter leur propres comportements et [ceux] de leurs parents comme résultant de, liés à des états mentaux » (*Ibid*, p 73). Elle permet, selon la formule de Baron-Cohen[19] (1994), de « lire dans l'esprit des autres ». Pour Fonagy et Target (1997) le développement conjoint de cette fonction chez le bébé et le parent dépend de la capacité de celui-ci à manifester, communiquer à l'enfant qu'il comprend son point de vue. Il est cependant difficile de déterminer qui de la mère ou de l'enfant est à l'origine de « la première compréhension » (Lachal, 2015). Elle semble de plus être d'abord implicite avant d'être explicite et se construit

[19] Professeur de psychopathologie du développement, département de psychologie expérimentale, université de Cambridge. Auteur ayant développé la théorie de l'esprit.

fondamentalement dans les interactions. Tout comme l'empathie, elle s'articule autour de la capacité à tenir compte du point de vue de l'autre. Une échelle de mesure de cette fonction réflexive (Child Reflective Functioning Scale) est en cours de validation (Ensink *et al*, 2015).

Poursuivant son développement, l'enfant acquiert entre six et dix-huit mois la capacité d'attention conjointe. La communication avec ses parents devient de plus en plus précise et pertinente et lui permet progressivement d'apparier « ses initiatives et celles de sa mère, ses états émotionnels et ceux de sa mère » (*Ibid.,* p 75). Le partage de l'attention et de certaines cognitions telles que les croyances ou les intentions, est sous-tendu par la coordination permanente des représentations de soi et de l'autre. Fonagy et Target (1997) prennent l'exemple de l'anxiété :

> « L'enfant éprouve un sentiment, expérience psychosomatique qu'il ressent et exprime. La mère lui renvoie en miroir la représentation qu'elle a de ce qu'éprouve son bébé. La représentation que le bébé se fait de la représentation de la mère se connecte alors à la représentation de son propre vécu. Mais il y a un écart entre les deux représentations connectées et cet écart est, pour l'enfant, un organisateur de son état interne et donc de son self dans la mesure où la représentation en miroir de la mère est plus élaborée que la représentation du bébé » (*Ibid.,* p 76).

On considère que l'empathie émerge dans la deuxième année de vie, la construction de ce processus se poursuivant au cours de la suite du développement.

Il serait possible de résumer les concepts théoriques développés par Lachal comme suit :

> « Un agresseur ou une catastrophe traumatise la mère ; la mère traumatise le bébé ; le bébé traumatise le thérapeute. Le premier traumatisme est au « premier degré », le second est dû à la modification des affects et des relations à l'égard de l'enfant […] par altération de l'empathie, le troisième est ce qui se vit dans les effets transfert/contre-transfert » (Quattoni & Mestre, 2008).

II.3.5 Eléments de neurobiologie et d'épigénétique

II.3.5.1 Eléments de neurobiologie

Les enfants de survivants de la Shoah ayant été identifiés par Yehuda *et al.* (2002) comme un groupe à risque concernant le développement d'un état de stress post-traumatique, ces auteurs ont mené des explorations biologiques dans cette population (adulte). Ils ont rapporté que les taux urinaires de cortisol sur 24h étaient abaissés chez les sujets présentant un ESPT et chez les sujets dont les parents présentaient un ESPT, y compris chez ceux qui ne présentaient pas d'ESPT eux-mêmes en

comparaison à un groupe contrôle (Yehuda *et al*, 2000). Les sujets étant des adultes, l'existence d'un ESPT chez les parents étaient évalué par les participants à travers la « Parental PTSD Scale », élaborée par les auteurs. Cet outil ne permet pas une mesure exacte de la symptomatologie des parents, il permet d'avoir un indice de la perception par les enfants des symptômes des parents. Dans onze cas (sur 39 descendants de survivants) les données de questionnaire ont pu être comparé à l'évaluation directe des parents, qui avaient pu être rencontrés et avait répondu à la CAPS[20] et les résultats concordaient. En 2002 les auteurs réalisent les mêmes mesures sur le même échantillon auquel ils ont inclus quatre sujets supplémentaires. Cette fois-ci les taux de cortisol urinaire sur 24h dans le groupe « enfants de survivants » n'étaient pas inférieurs à ceux du groupe contrôle, cependant trois des quatre nouveaux sujets avaient reçu un diagnostic de dépression dans laquelle la sécrétion du cortisol suit la tendance inverse (Holsboer, 2000; Catalan *et al*, 1998). D'autre part, dans cette seconde étude, la présence d'un ESPT chez un parent était associée à des taux de cortisol plus faibles et de manière plus marquée si les deux parents avaient souffert d'ESPT, le fait qu'il s'agisse de la mère ou du père ne faisait pas de différence significative.

Solomon (1988) a développé la notion de « vulnérabilité à une traumatisation secondaire » des enfants de survivants de l'Holocauste, il avait pu observer en effet que ceux ayant vécu la guerre du Liban présentaient d'avantage de manifestations secondaires au combat et semblaient récupérer plus lentement. Il semblerait ainsi qu'il existe une vulnérabilité biologiquement transmise au stress, qui ne s'exprimerait qu'en cas de traumatisme secondaire (Ouss-Ryngaert, 2012).

En 2005, Yehuda *et al.* ont étudié un échantillon de bébés dont les mères avaient vécu les évènements du 11 septembre 2001 alors qu'elles étaient enceintes. Des taux abaissés de cortisol salivaires étaient retrouvés chez les bébés dont les mères avaient présenté un ESPT au cours du deuxième ou troisième trimestre de la grossesse. Les auteurs interrogent des mécanismes de transmission in utero sous-tendant ces résultats.

Les théories autour du lien entre fonctionnement hypothalamo-hypophyso-surrénalien et ESPT suggèrent que l'hypocorticisme joue de manière négative sur les réponses endocriniennes et neurologiques aux facteurs de stress aigu. Cela peut augmenter la vulnérabilité d'une personne à un évènement de vie stressant important et la sous-activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien semble entraîner une hypervigilance et une difficulté à réguler des images ou des pensées intrusives (réminiscences, reviviscences).

L'abaissement des taux de cortisol urinaire sur 24h et l'augmentation de la sensibilité de l'axe hypothalomo-hypophyso-surrénalien apparait associé à un risque plus élevé de développement d'un ESPT dans une étude prospective récente sur un échantillon de militaires (Van Zuiden *et al*., 2012).

Dans leur méta-analyse réalisée en 2013, Leen-Feldner *et al.* dénombrent cinq études ayant rapporté des taux abaissés de cortisol urinaire sur 24h chez les enfants de parents traumatisés ainsi qu'un

[20] Clinical administered PTSD scale, gold standard pour l'évaluation de l'ESPT

effet-dose : les enfants dont les deux parents sont traumatisés avaient les taux de cortisol les plus bas.

En 2014, Lehrner *et al.* ont cherché à déterminé l'influence sur la sensibilité aux glucocorticoïdes de la présence d'un ESPT chez la mère ou chez le père, dans un groupe de 80 descendants de survivants de l'Holocauste et comparaison à un groupe contrôle. En 2007, Yehuda *et al.* avaient montré que les descendants de survivants de l'Holocauste présentaient une hyper-suppression de la sécrétion de cortisol, au test à la dexaméthasone, plus importante que les sujets témoins. Dans l'étude de Lehrner *et al.* (2014) le Lysosome Stimulation Test était utilisé. Il apparaissait que les sujets dont seule la mère avait souffert d'ESPT présentaient une concentration IC50-DEX[21] significativement inférieure, à celle des sujets dont seul le père avait présenté un état de stress post-traumatique. C'est-à-dire une sensibilité plus élevée des récepteurs du cortisol et en termes clinique une sensibilité accrue aux stimuli stresseurs externes.

Danielson *et al.* ont mesuré en laboratoire la réponse au stress d'enfants dont les mères souffraient d'ESPT. L'évènement traumatique rapporté par les mères était la mort d'un membre de la famille ou d'un ami proche pour 36%, un viol ou un abus sexuel 28%, le fait d'avoir été témoin de violence familiale pour 18%, et victime d'un accident de la route pour 18%. D'autre part, 72% des mères avec ESPT avaient une comorbidité dépressive alors que 21% des mères sans ESPT avaient pu recevoir un diagnostic de trouble dépressif dans leur vie. Après contrôle de l'existence d'une dépression maternelle, de l'évènement traumatique déclenchant, des symptômes anxieux et dépressifs des enfants, les enfants de mères avec un diagnostic d'ESPT ne présentaient pas le pic de cortisol attendu et secondaire à la situation stressante (en laboratoire), alors que c'était le cas dans le groupe contrôle. Aucun enfant ne présentait un ESPT, cette réponse cortisolémique atténuée ne pouvait donc pas être imputée à un éventuel ESPT chez l'enfant. Ces résultats sont contraires à ceux des études présentées précédemment et témoignent de l'hétérogénéité des données de la littérature.

Chez les enfants directement exposés à un traumatisme, les données de la littérature sont contradictoires et il semble que la nature du traumatisme, l'âge de sa survenue et la durée écoulée depuis, aient, entres autres, une influence. Il semble que les enfants ayant été exposés à des « traumatismes par carence » présentent des taux de cortisol plutôt bas (Gunnar *et al.*, 2008) et qu'à l'inverse chez les enfants victimes d'abus ou d'autres types de traumatismes on retrouve des taux de cortisol plus élevés (Schore, 2002). D'autre part, Yehuda *et al.* suggèrent que plus le trauma est survenu tôt dans le développement, plus il existe des changements dans le métabolisme du cortisol, ce qui signerait une vulnérabilité à un évènement ultérieur potentiellement stressant (*cité par* Ouss-Ryngaert, 2006, 2012).

[21] La concentration pour laquelle l'activité lysozyme est diminuée de 50% (IC50-DEX) est corrélée au freinage cortisolémique mesuré par le test à la dexaméthasone (Yehuda et al., 2003), et un abaissement de cette concentration correspondant à l'augmentation de la sensibilité aux glucocorticoïdes été associée à la présence d'un ESPT chez les vétérans (Yehuda et al., 2004).

Schore (2002) postule que les comportements effrayant/effrayé de la mère réalise des « patterns d'embrasement des régions cortico-limbiques du cerveau de l'enfant sensibles au stress, notamment en période critique de développement. Cette empreinte spatio-temporale d'altérations chaotiques d'états dérégulés de la mère facilite l'enregistrement de programmes de pathogenèse, et produit un contexte possible de transmission intergénérationnelle du trauma ».

II.3.5.2 Eléments d'épigénétique

On entend par épigénétique l'ensemble des modifications structurelles de l'expression des gènes sans modification de la séquence d'ADN. De plus les modifications épigénétiques se caractérisent par leur réversibilité. Les mécanismes épigénétiques les plus étudiés en psychiatrie sont la méthylation de l'ADN[22], les modifications post-traductionnelles des histones[23] et la fonction des petits ARN non codants[24] (Monhonval & Lostra, 2014).

Différentes études ont exploré l'effet du stress sur ces processus, notamment d'un stress précoce. Weaver *et al.* (2004) ont mis en évidence chez des ratons stressés en laboratoire (séparations répétées et imprédictibles de la mère) une plus grande méthylation du promoteur du gène impliqué dans la production des récepteurs aux glucocorticoïdes au niveau de l'hippocampe. Ils en déduisent que les récepteurs aux glucocorticoïdes se trouvant en moins grand nombre dans l'hippocampe cela diminuerait le rétrocontrôle négatif de la sécrétion des corticoïdes en périphérie et serait associé à une moindre résistance au stress. De plus, les auteurs repèrent que la même manipulation effectuée après huit jours de vie n'entraîne plus ces modifications, ce qui indiquerait l'existence d'une période de vulnérabilité particulière au stress : celle des premiers jours.

Ces résultats vont dans le sens de ceux de Meaney (1985) qui retrouvait une plus grande sensibilité et réactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien au feed-back négatif des glucocorticoïdes chez les ratons ayant bénéficié de soins maternels primaires de qualité (« handling », « licking and grooming »[25]). Il a été proposé dans ce cas que l'expression plus importante des gènes codant pour les récepteurs aux glucocorticoïdes augmente la densité de ses récepteurs. Les taux périphériques de cortisol étant plus faibles, ces ratons seraient moins sensibles aux évènements stressants.

[22] Une méthylation importante de la partie promotrice d'un gène a pour effet de condenser la chromatine (car les groupements méthyls se lient à des groupements de protéines) et rend le promoteur inaccessible à la machinerie transcriptionnelle. Le gène reste donc silencieux.
[23] La liaison de certains groupements (acétyl, méthyl, phosphore) sur ces protéines modifie la structure de la chromatine qui se trouve autour, permettant ou empêchant l'accès de la machinerie transcriptionnelle.
[24] MicroARNs, petits ARNs interférents, ARNs interagissant avec les protéines Piwi, et petits ARNs nucléolaires issus de la transcription de l'ADN mais non destinés à être traduits en protéines, ils régulent des processus transcriptionnels ou traductionnels. Ex : les microARNs régulent l'expression génique par destruction des ARNs messagers dont ils sont complémentaires.
[25] Léchage et toilettage

Des mécanismes comparables ont été mis en évidence chez l'homme par Mc Gowan *et al.* (2009). Cette équipe a étudié en post-mortem les cerveaux de deux groupes de sujets suicidés : les uns ayant subis des abus dans l'enfance, les autres non. L'étude de la méthylation du promoteur d'un gène des récepteurs aux glucocorticoïdes (NR3C1) révèle qu'elle est augmentée chez les sujets ayant une histoire infantile traumatique par rapport aux sujets suicidés n'ayant pas subi d'abus ($p = 0,05$) et par rapport aux sujets contrôles ($p<0,05$) (Mc Gowan *et al,* 2009). Les effets sur la régulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et la vulnérabilité ultérieure au stress seraient ensuite comparables à ceux décrits plus haut.

Oberlander *et al.* (2008), ont également montré que la dépression et l'anxiété maternelle durant la grossesse avaient le même type d'effet sur ce récepteur NR3C1 chez l'enfant à naître (*cité par* Lambert, 2014). Cela suggère une hérédité intergénérationnelle.

Ces travaux confirment l'hypothèse épigénétique d'une influence environnementale sur l'expression du génome. Certains auteurs parlent de « transmission comportementale » car elle n'est pas permanente et nécessite d'être ré-instituée à chaque génération.

Weaver *et al.* (2007) ont montré sur des modèles animaux que la qualité des soins maternels précoces avait un impact persistant à l'âge adulte, aux travers de modifications épigénétiques. Les femelles ayant reçu des soins inadéquats présentaient des comportements anxieux. Ils ont également observé que celles ayant reçu de « bons soins » en période post-natale avaient tendance à reproduire ces comportements et leur progéniture présentait un profil de méthylation réduite. Si ces ratons étaient confiés à une mère anxieuse (méthode du « cross fostering ») on observait une hyperméthylation du gène codant pour le récepteur aux glucocorticoïdes de l'hippocampe. Ceci sous-tend l'existence d'une période précoce critique pour l'apparition de marques épigénétiques (*cité par* Monhonval & Lostra, 2014).

La transmission germinale de modifications épigénétiques, à l'heure actuelle principalement étudiée sur des modèles animaux mâles, ne nécessiterait pas d'être réinstallée à chaque génération par l'exposition à un comportement. Expérimentalement il est très difficile de prouver une contribution isolée des cellules germinales, en effet sur les modèles animaux les interactions mâle, femelle et progéniture peuvent affecter indirectement l'élevage, de même que le stress ou les conditions in utero. Il faudrait une combinaison précise de manipulations pré et post-natale pour minimiser ce biais. Saavedra-Rodriguez & Feig (2013) ont montré chez la souris que les mâles exposés au stress transmettaient de l'anxiété aux générations suivantes sans qu'elles aient été elles-mêmes exposées à un stress. Il semblerait qu'ici il s'agisse d'une contribution des cellules germinales, et en l'occurrence des cellules spermatiques, par le biais de modifications épigénétiques (méthylation de l'ADN).

En conclusion, certains auteurs formulent l'hypothèse d'une transmission épigénétique biologique, qui correspondrait à une transmission intergénérationnelle épigénétique de l'expérience. Les données actuelles de la littérature ne permettent pas de l'établir avec certitude.

III. Partie expérimentale : étude de la population d'un CMPI

III.1 Objectif et hypothèse

A partir des données de la littérature présentées plus haut, notre hypothèse était que les enfants de migrants, ainsi que ceux ayant vécus eux-mêmes la migration, présentent des taux de prévalence de troubles internalisés supérieurs à ceux retrouvés chez les enfants de parents non migrants.

L'objectif de notre étude était de réaliser une étude épidémiologique observationnelle descriptive et rétrospective à partir des dossiers médicaux des patients d'un CMPI[26], afin de tester notre hypothèse.

III.2 Méthodologie

III.2.1 Population et terrain d'étude

Nous avons réalisé notre étude sur la population d'un CMPI du secteur de Bordeaux centre, le CMPI BORDEAUX OREAG[27], qui fait partie du Pôle de Pédopsychiatrie Universitaire du Centre Hospitalier Charles Perrens. Il s'agit d'un centre de consultation pédopsychiatrique pluridisciplinaire et sectorisé qui accueille les enfants de 0 à 18 ans.

Le premier temps de l'accueil consiste en un entretien infirmier d'évaluation. L'objectif de cet entretien est de caractériser l'urgence de la situation afin de définir dans quels délais aura lieu la consultation médicale. La consultation pédopsychiatrique qui suit concerne l'enfant ou l'adolescent et sa famille ou personne accompagnante. Tout patient consultant pour la première fois bénéficie d'une période d'évaluation, lors duquel des bilans psychologiques, orthophoniques et psychomoteurs peuvent être proposés afin de définir au mieux le tableau clinique.

Suite à ce premier temps d'évaluation, une réunion de synthèse a lieu entre les différents professionnels ayant rencontré l'enfant et sa famille, et c'est généralement au terme de la synthèse qu'est posé un diagnostic médical selon la classification CIM-10. Il déterminé par le ou la pédopsychiatre et consigné dans le dossier médical.

III.2.2. Déroulement de l'étude

Pour cette étude épidémiologique observationnelle descriptive et rétrospective, nous avons consulté les dossiers des patients ayant consulté au CMPI BORDEAUX OREAG entre le 1er janvier 2010 et le 31 mai 2015, soit une période de cinq ans et cinq mois. Nous avons collecté différentes informations

[26] Centre Médico-Psychologique Infantile
[27] Association Orientation et Rééducation des Enfants et des Adolescents de la Gironde

issues du dossier médical : l'année de consultation, l'année de naissance, le sexe de l'enfant, le diagnostic médical CIM-10, le lieu de naissance de l'enfant, le lieu de naissance de la mère, le lieu de naissance du père, la profession de la mère, la profession du père.

Cela nous a permis de constituer différents groupes :

1) Les familles migrantes dans lesquelles l'enfant est né à l'étranger ou dans les DOM-TOM, et les parents est tous deux nés à l'étranger ou dans les DOM-TOM. Nous avons appelé ce groupe « enfants migrants ».
2) Les enfants nés en France de parents tous deux nés à l'étranger, ou dans les DOM-TOM. Nous avons appelé ce groupe « enfants de migrants ».
3) Les enfants nés en France de parents tous deux nés en France. Nous avons appelé ce groupe « groupe témoins ».
4) Les enfants nés en France dont un seul des parents est né à l'étranger ou dans les DOM-TOM, l'autre étant né en France. La migration n'a concerné qu'un seul parent, nous avons appelé ce groupe « enfants métis ».
5) Les enfants adoptés dans le cadre d'adoptions internationales : nés à l'étranger dont les parents sont nés en France.

Parmi les enfants migrants, nous avons également constitué un sous-groupe d'enfants migrants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques. Les enfants nés en France de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques étaient au nombre de quatre, nous les avons donc exclus.

Les analyses ont portées sur les trois premiers groupes, les enfants métis et les enfants adoptés ayant été exclus de la population étudiée. Nous avons calculé la moyenne d'âge dans les différents groupes et avons attribué une catégorie socioprofessionnelle à chaque dossier, selon la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles Insee 2003[28]. Pour cela nous avons pris en considération la profession du père ou bien celle de la mère lorsque celle du père n'était pas disponible.

III.2.3 Matériels

La période déterminée concernait 584 dossiers, dont 453 étaient exploitables. En effet, dans 131 dossiers ne figuraient pas toutes les informations nécessaires à l'attribution d'un groupe (lieux de naissance de l'enfant ou d'un des parents), nous les avons donc exclus de l'échantillon.

Les caractéristiques de la population totale de l'étude sont représentées dans les figures 2 et 3.

[28] Cf annexes

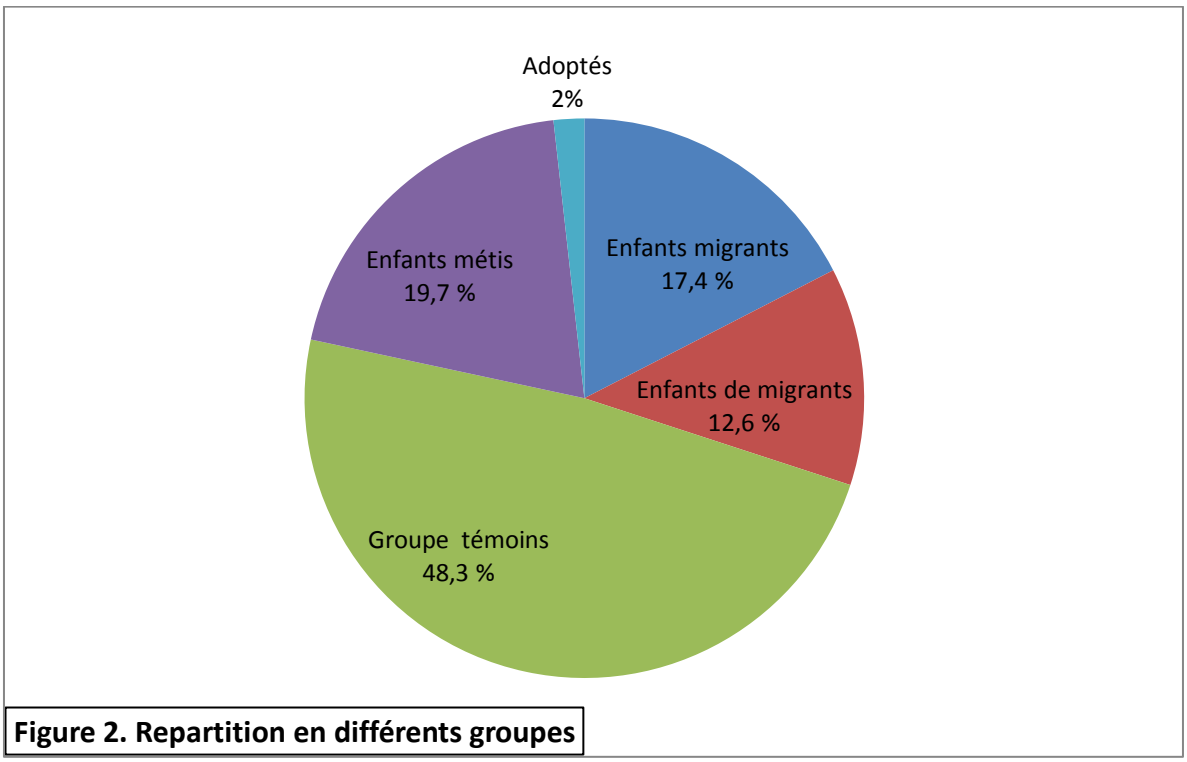


Figure 2. Repartition en différents groupes

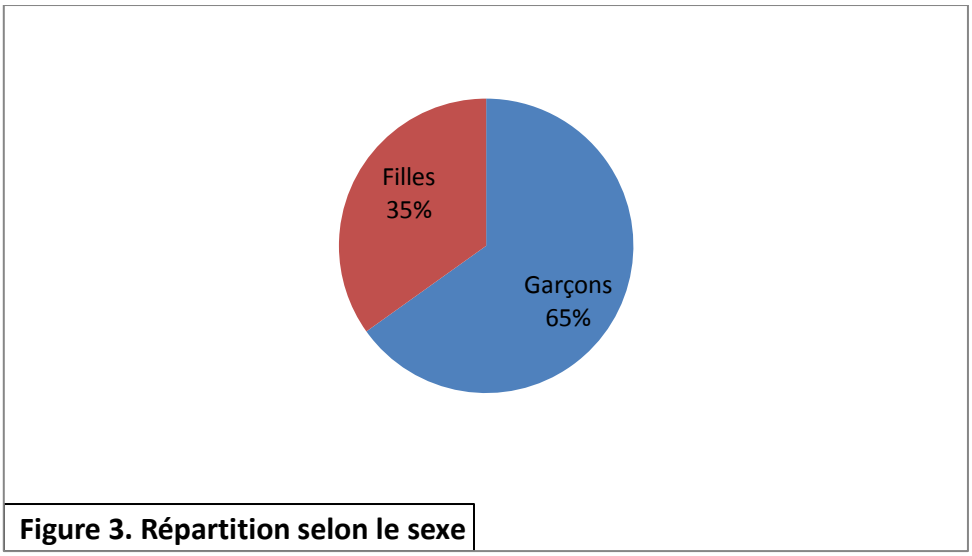


Figure 3. Répartition selon le sexe

Nous allons maintenant détailler les caractéristiques de chaque groupe.

III.2.3.1 Les enfants migrants (N=79)

La moyenne d'âge dans ce groupe était de 9 ans.

Les figures 4 et 5 représentent respectivement la répartition selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle des parents.

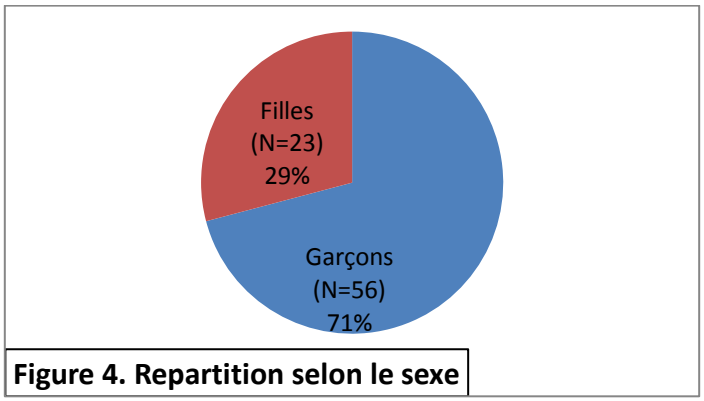


Figure 4. Repartition selon le sexe

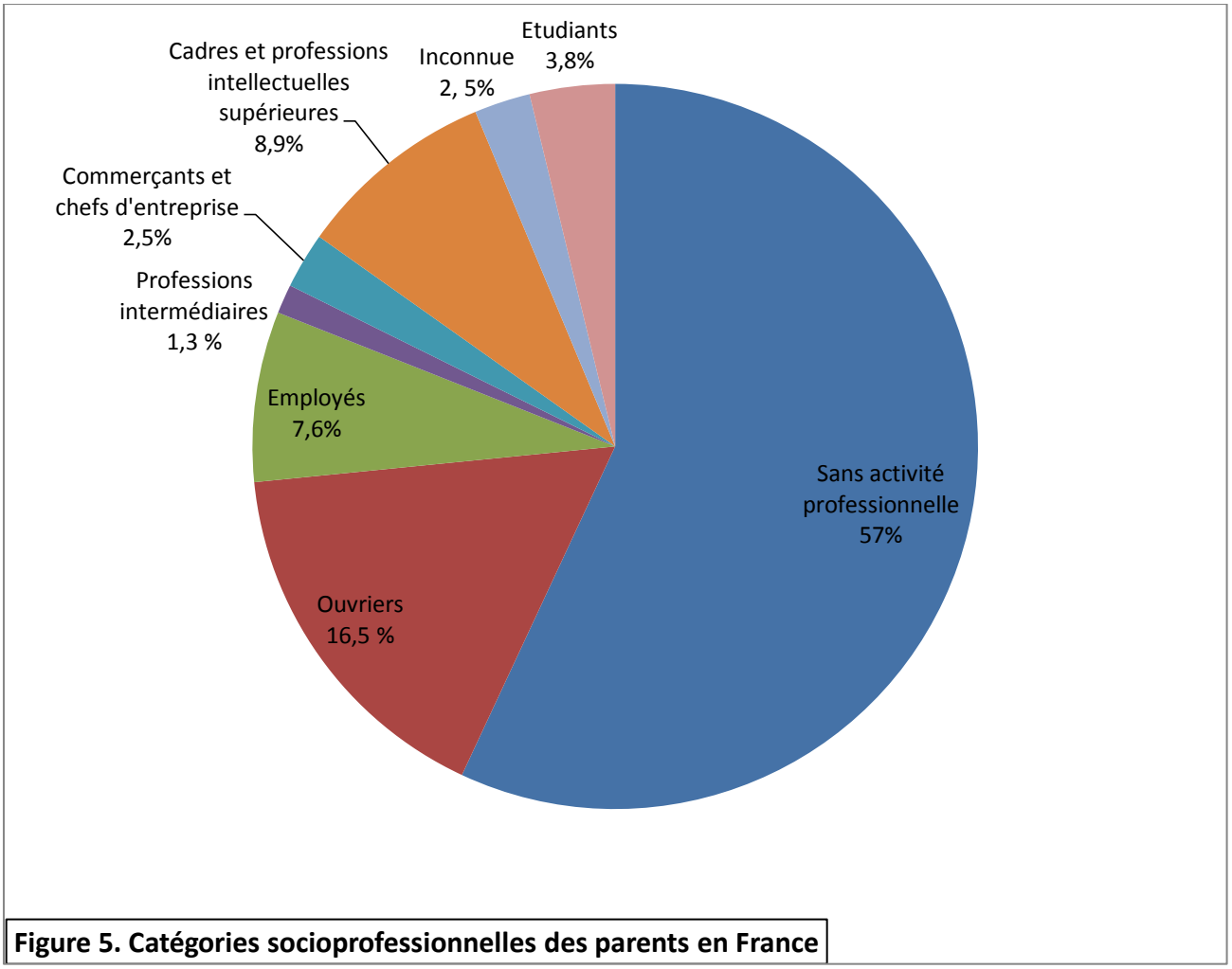


Figure 5. Catégories socioprofessionnelles des parents en France

Pour un certain nombre de parents nous avions notion de la catégorie socioprofessionnelle dans le pays d'origine. Celles-ci sont représentées dans la figure 6.

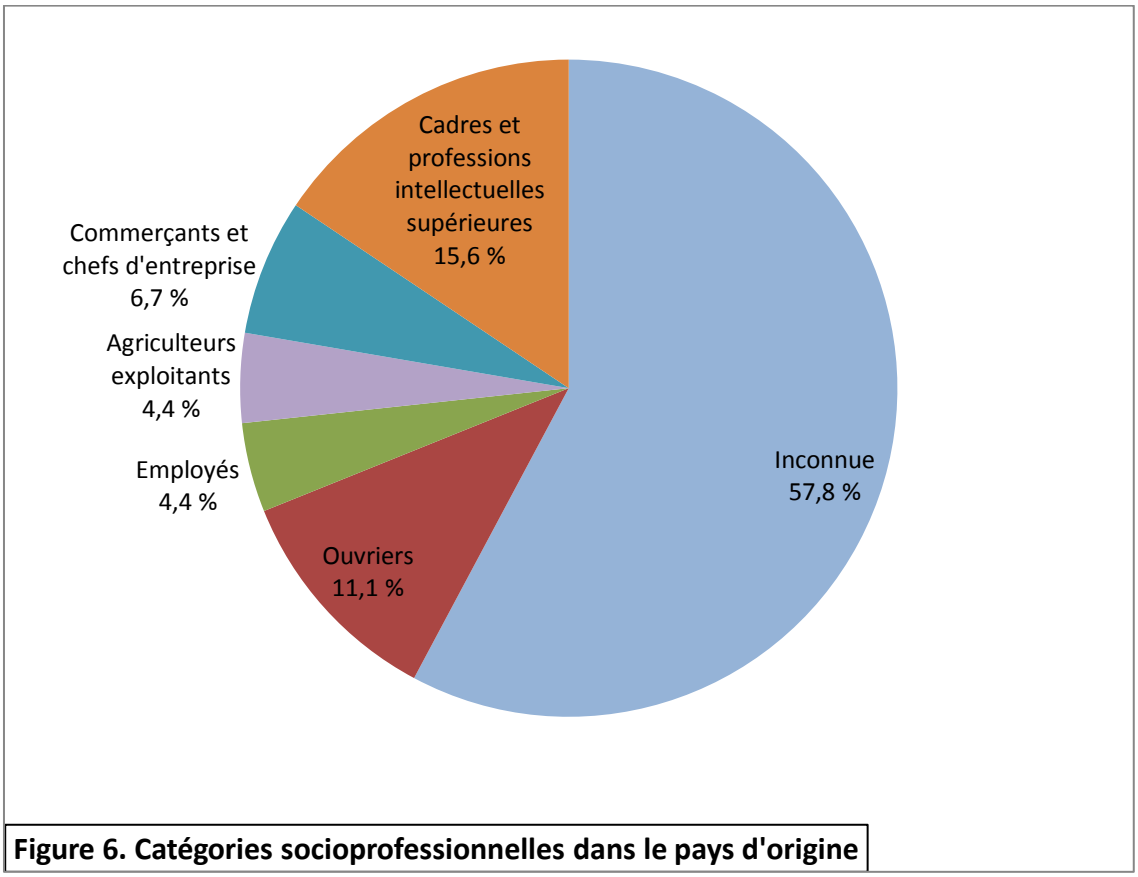


Figure 6. Catégories socioprofessionnelles dans le pays d'origine

Les enfants migrants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques, représentaient 36.7 % des enfants migrants.

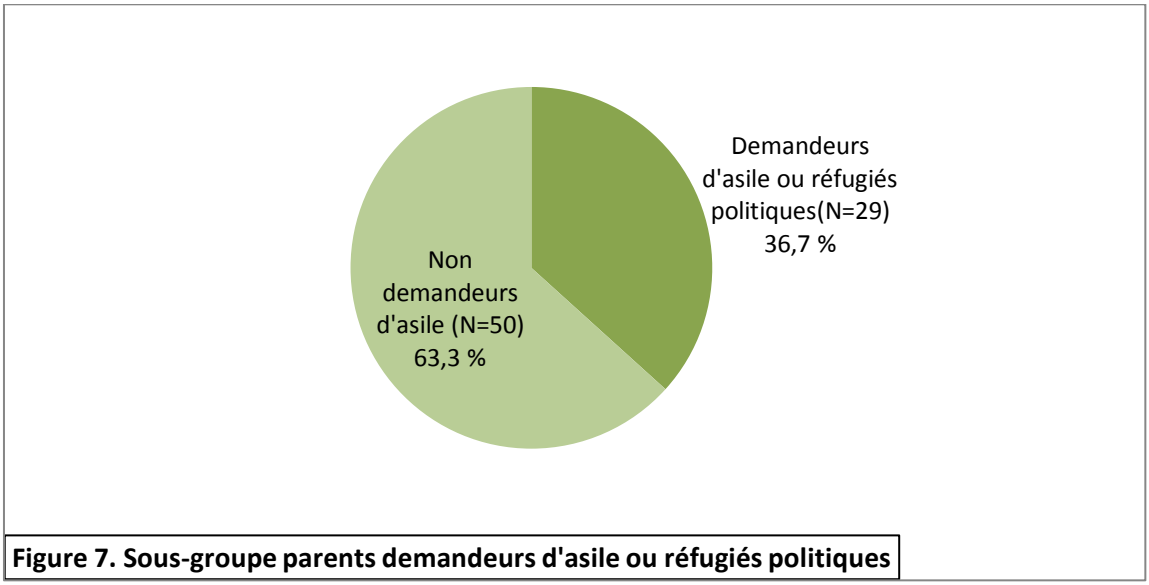


Figure 7. Sous-groupe parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques

La moyenne d'âge dans ce sous-groupe était de 8,2 ans.

La répartition selon le sexe est représentée dans la figure 8.

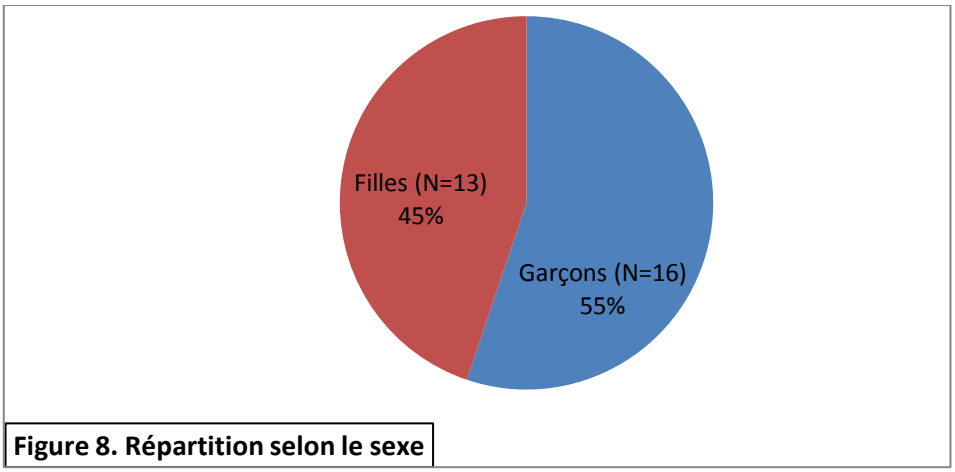


Figure 8. Répartition selon le sexe

Les catégories socioprofessionnelles des parents en France et dans le pays d'origine sont représentées dans les figures 9 et 10.

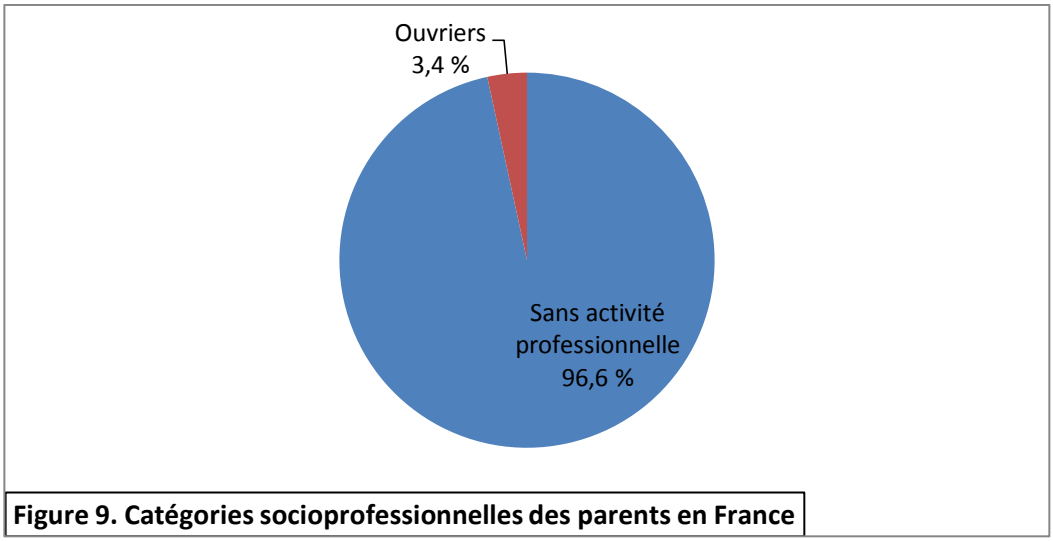


Figure 9. Catégories socioprofessionnelles des parents en France

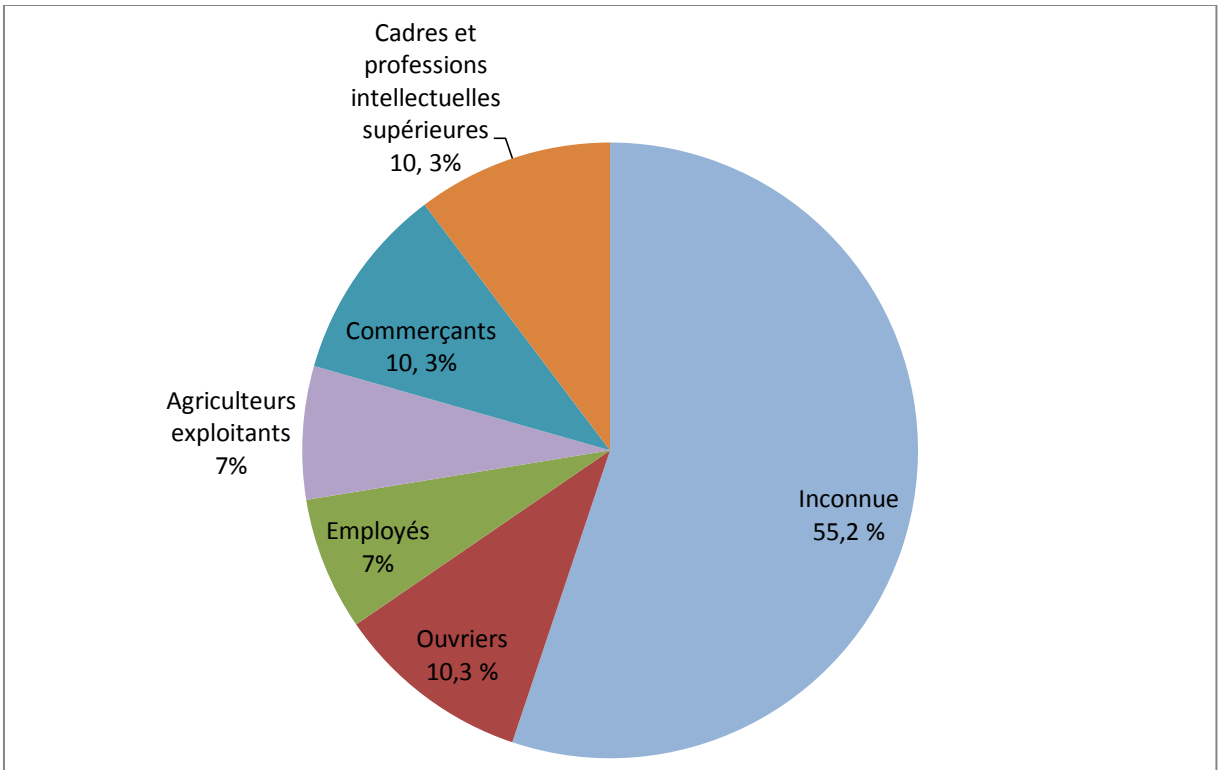


Figure 10. Catégories socioprofessionnelles des parents dans le pays d'origine

Les différentes zones géographiques d'origine des enfants migrants sont représentées dans la figure 11.

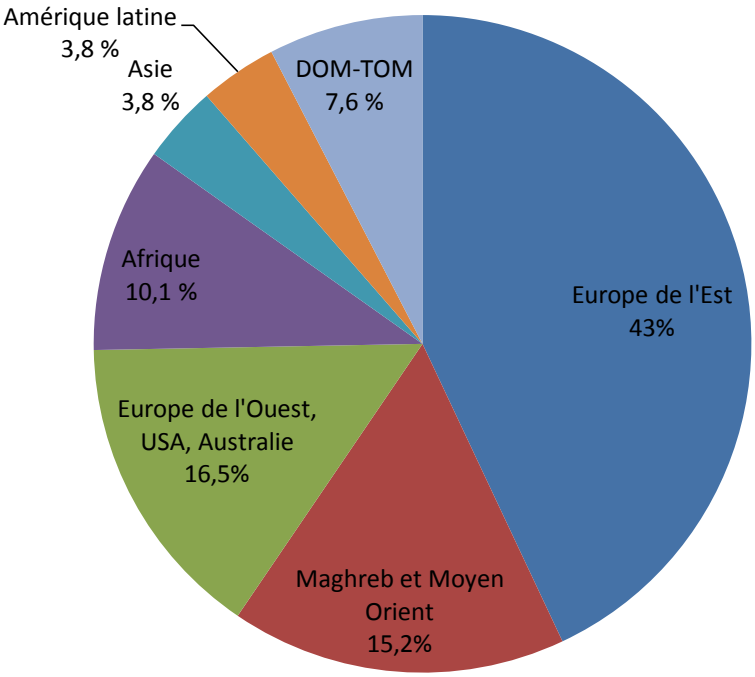


Figure 11. Zones géographiques d'origine des enfants migrants et leurs familles

III.2.3.2 Les enfants de migrants (N=57)

La moyenne d'âge était de 7,2 ans.

La répartition selon le sexe est représentée dans la figure 12.

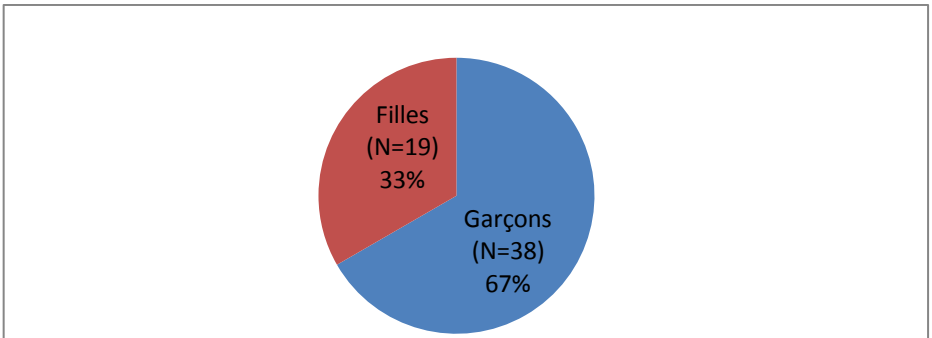


Figure 12. Répartition selon le sexe

Les catégories socioprofessionnelles des parents sont représentées dans la figure 13.

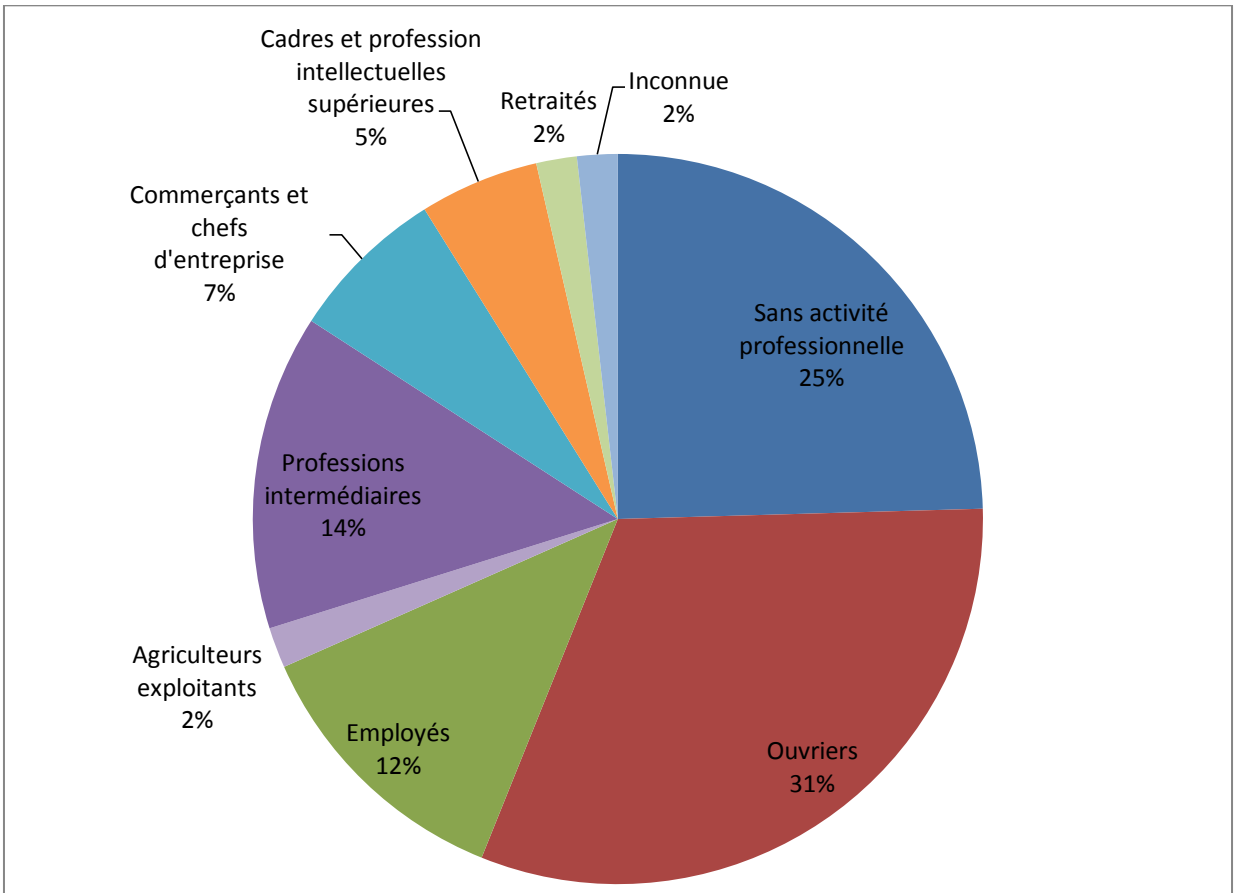


Figure 13. Catégories socioprofessionnelles des parents

III.2.3.3 Le groupe témoins (N=219)

La moyenne d'âge dans ce groupe était de 7,7 ans.

La répartition selon le sexe est représentée dans la figure 14.

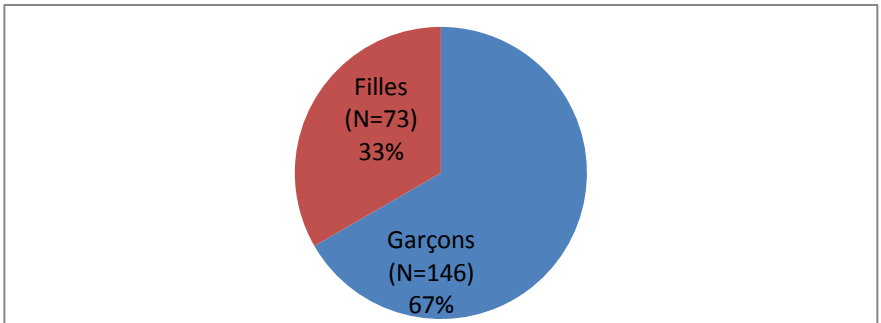


Figure 14. Répartition selon le sexe

Les catégories socioprofessionnelles des parents sont représentées dans la figure 15.

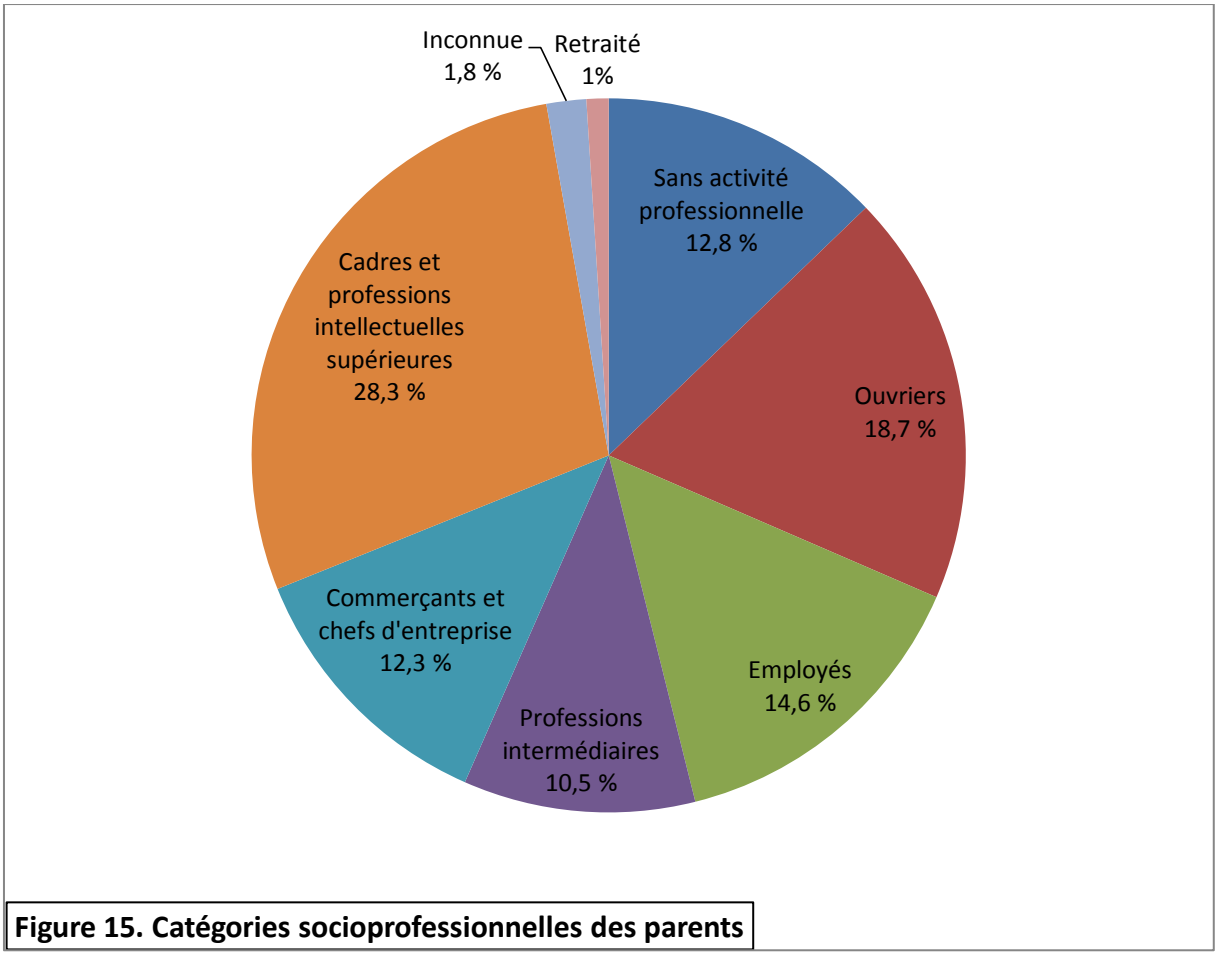


Figure 15. Catégories socioprofessionnelles des parents

III.4 Analyses statistiques

Afin de réaliser une étude épidémiologique observationnelle et descriptive, nous avons déterminé les taux de prévalence de différents troubles mentaux et du comportement dans chacun des groupes, correspondant aux diagnostics médicaux posés par les médecins selon la classification CIM-10. Nous les avons regroupés en différents ensembles nosographiques[29].

Etant donnée la fréquence de la comorbidité, nous indiquons également dans les résultats le pourcentage de diagnostics multiples.

Nous avons ensuite comparé, pour les troubles principaux, les taux de prévalence entre les différents groupes. Pour cela nous avons appliqué un test statistique du type Chi-2.

Dans le cas de certains diagnostics, nous avons séparé le groupe enfants migrants en deux sous-groupes : « enfants migrants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques » et « autres enfants migrants ».

III.3 Résultats

Le tableau 5 présente l'ensemble des résultats.

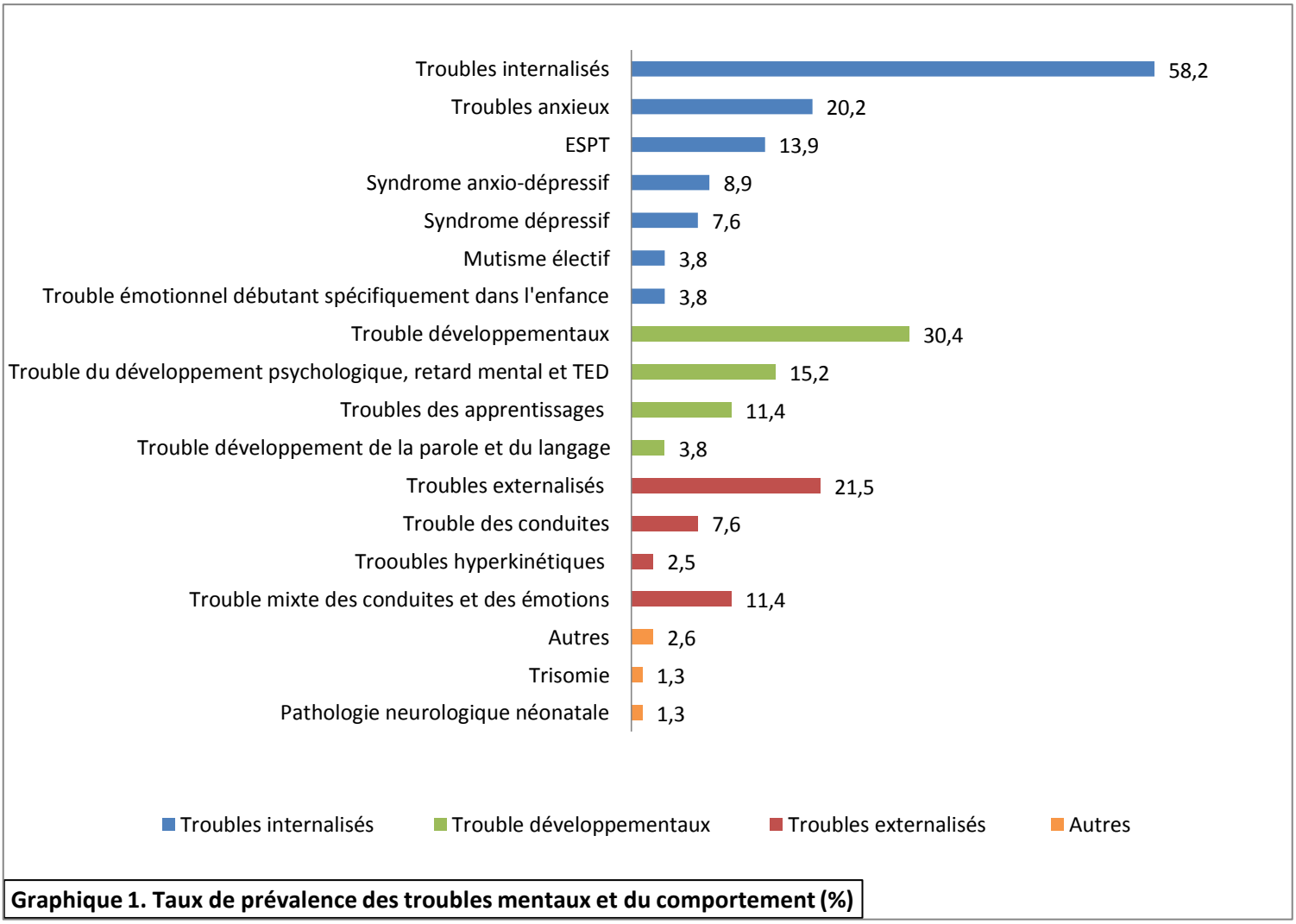
[29] Cf annexes pour le détail des diagnostics constituant les ensembles nosographiques

Tableau 5. Ensemble des résultats

	Enfants migrants (N = 79)		Enfants migrants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques (N=29)		Autres enfants migrants (N=50)		Enfants de migrants (N=57)		Groupe témoins (N = 219)	
Diagnostic CIM-10	**%**	N	%	N	%	N	%	N	**%**	N
Troubles internalisés	**58,2**	46	**79,3**	23	**46**	23	**56,1**	32	**45,2**	99
Troubles anxieux	**20,2**	16	**24,1**	7	**18**	9	**35,1**	20	**20,5**	45
ESPT	**13,9**	11	**37,9**	11	**0**	0	**0**	0	**1,3**	3
Syndrome anxio-dépressif	**8,9**	7	**3,5**	1	**12**	6	**7**	4	**5,5**	12
Syndrome dépressif	**7,6**	6	**3,5**	1	**10**	5	**3,5**	2	**3,2**	7
Mutisme électif	**3,8**	3	**10,3**	3	**0**	0	**3,5**	2	**0**	0
Trouble émotionnel	**3,8**	3	**0**	0	**6**	3	**7**	4	**13,7**	31
Trouble bipolaire de l'humeur	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**0,5**	1
Trouble développementaux	**30,4**	24	**17,2**	5	**38**	19	**31,6**	18	**18,2**	40
Trouble développement psychologique, retard mental, TED	**15,2**	12	**13,8**	4	**16**	8	**8,7**	5	**12,8**	28
Troubles des apprentissages	**11,4**	9	**0**	0	**18**	9	**12,3**	7	**3,6**	8
Trouble développement de la parole et du langage	**3,8**	3	**3,5**	1	**4**	2	**10,5**	6	**1,8**	4
Troubles externalisés	**21,5**	17	**17,2**	5	**24**	12	**15,8**	9	**26,9**	59
Trouble des conduites	**7,6**	6	**3,5**	1	**10**	5	**8,7**	5	**9,1**	20
Troubles hyperkinétiques	**2,5**	2	**3,5**	1	**2**	1	**3,5**	2	**9,1**	20
Trouble mixte des conduites et des émotions	**11,4**	9	**10,3**	3	**12**	6	**3,5**	2	**8,7**	19
Autres	**2,5**	2	**0**	0	**4**	2	**14**	8	**8,2**	18
Enurésie	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**5,3**	3	**1,8**	4
Encoprésie	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**0,5**	1
Trouble de l'attachement	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**5,3**	3	**5**	11
Trouble de l'alimentation	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**0,5**	1
Trouble du sommeil	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**3,5**	2	**0**	0
Trouble de la personnalité	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**0,5**	1
Trisomie	**1,3**	1	**0**	0	**2**	1	**0**	0	**0**	0
Pathologie neurologique néonatale	**1,3**	1	**0**	0	**2**	1	**0**	0	**0**	0
Absence de trouble	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**3,5**	2	**1,4**	3
Comorbidité										
1 diagnostic	**53,2**	42	**58,6**	17	**50**	25	**49,1**	28	**71,7**	157
2 diagnostics	**38**	30	**31**	9	**42**	21	**33,3**	19	**23,3**	51
≥ 3 diagnostics	**8,9**	7	**10,3**	3	**8**	4	**17,5**	10	**5**	11

III.3.1 Les enfants migrants (N=79)

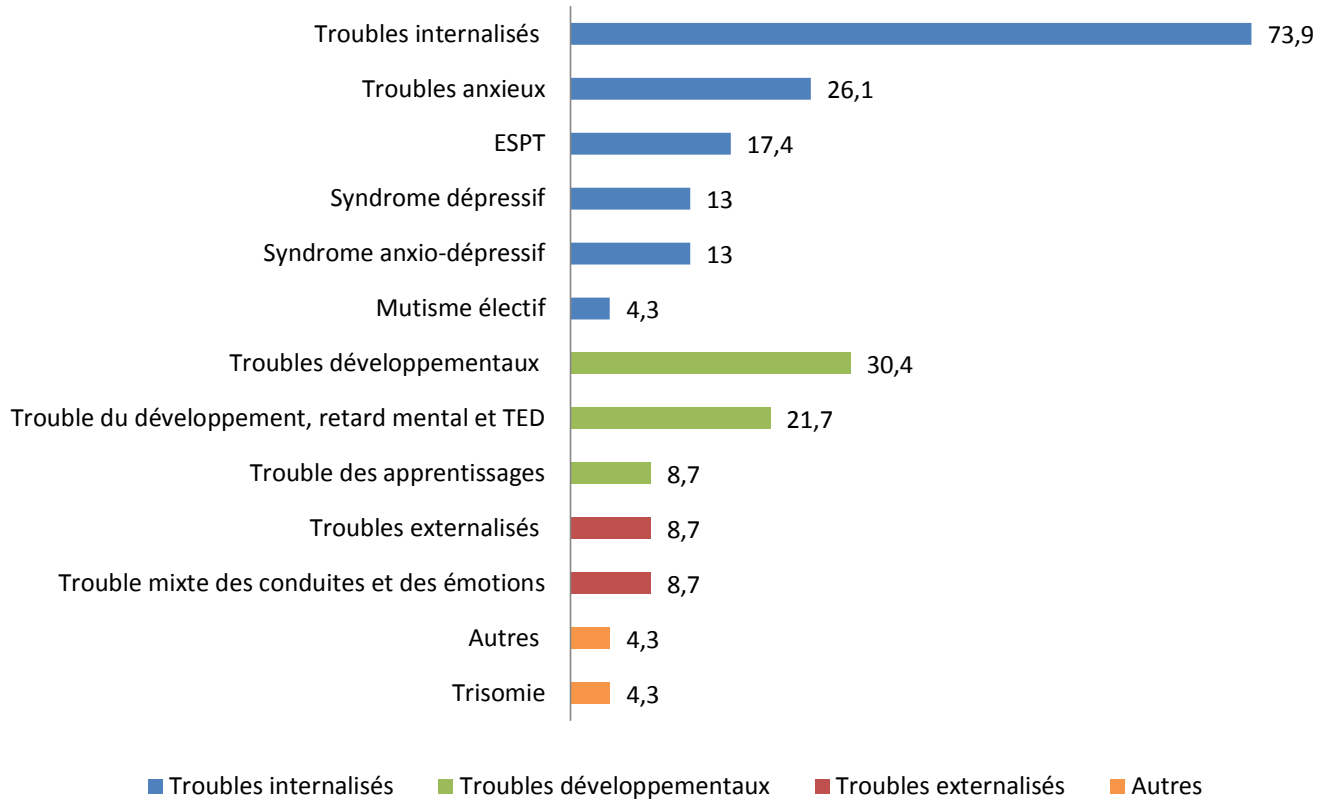
Le graphique 1 représente la prévalence des troubles mentaux et du comportement retrouvés dans ce groupe.



Graphique 1. Taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement (%)

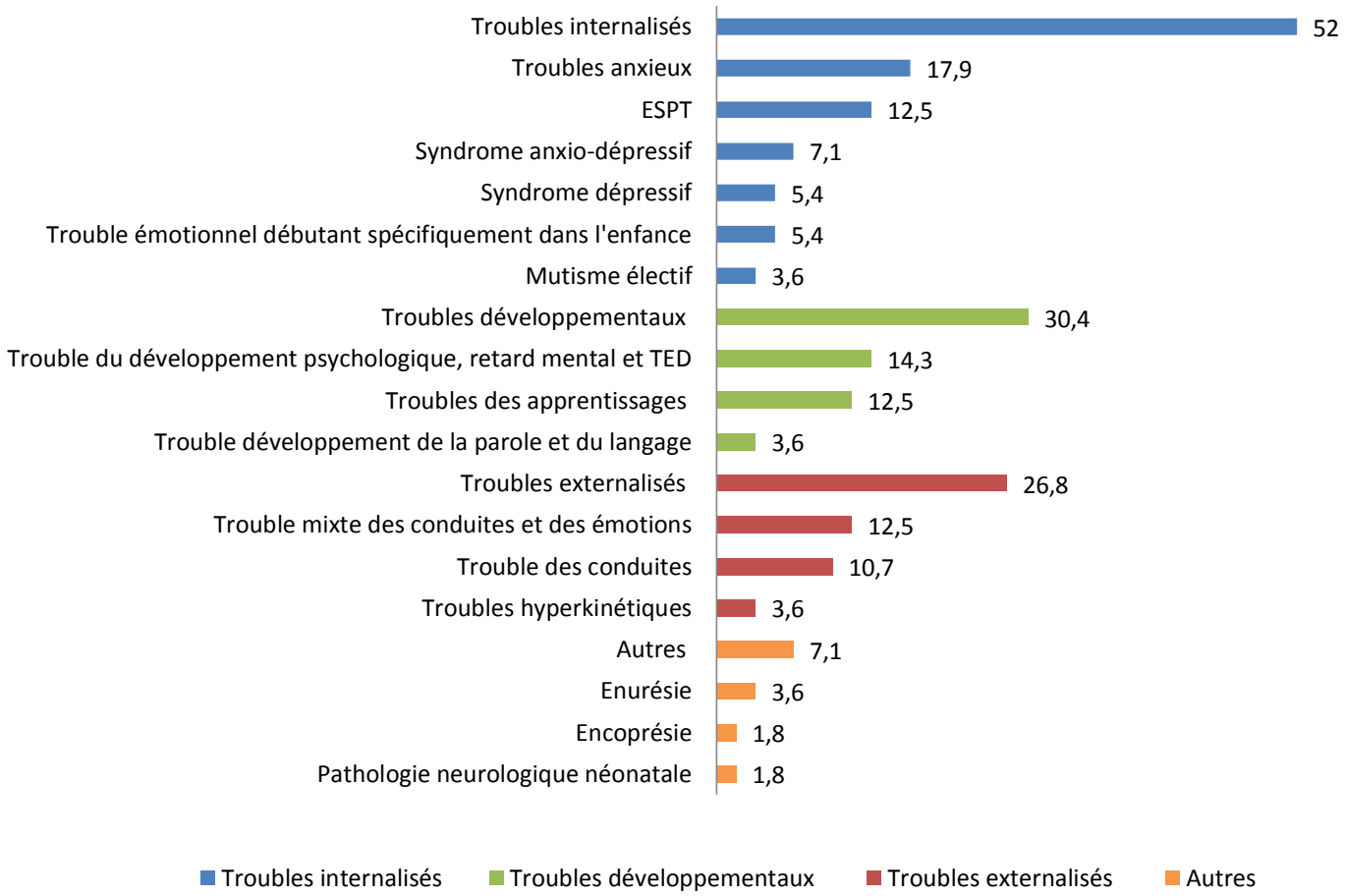
	Nb	%
1 Diagnostic	42	53,2
2 Diagnostics	30	38
≥ 3 Diagnostics	7	8,9

Les graphiques 2 et 3 représentent respectivement les taux prévalence chez les filles (N=23) et chez les garçons (N=56).



Graphique 2. Taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement chez les filles (%)

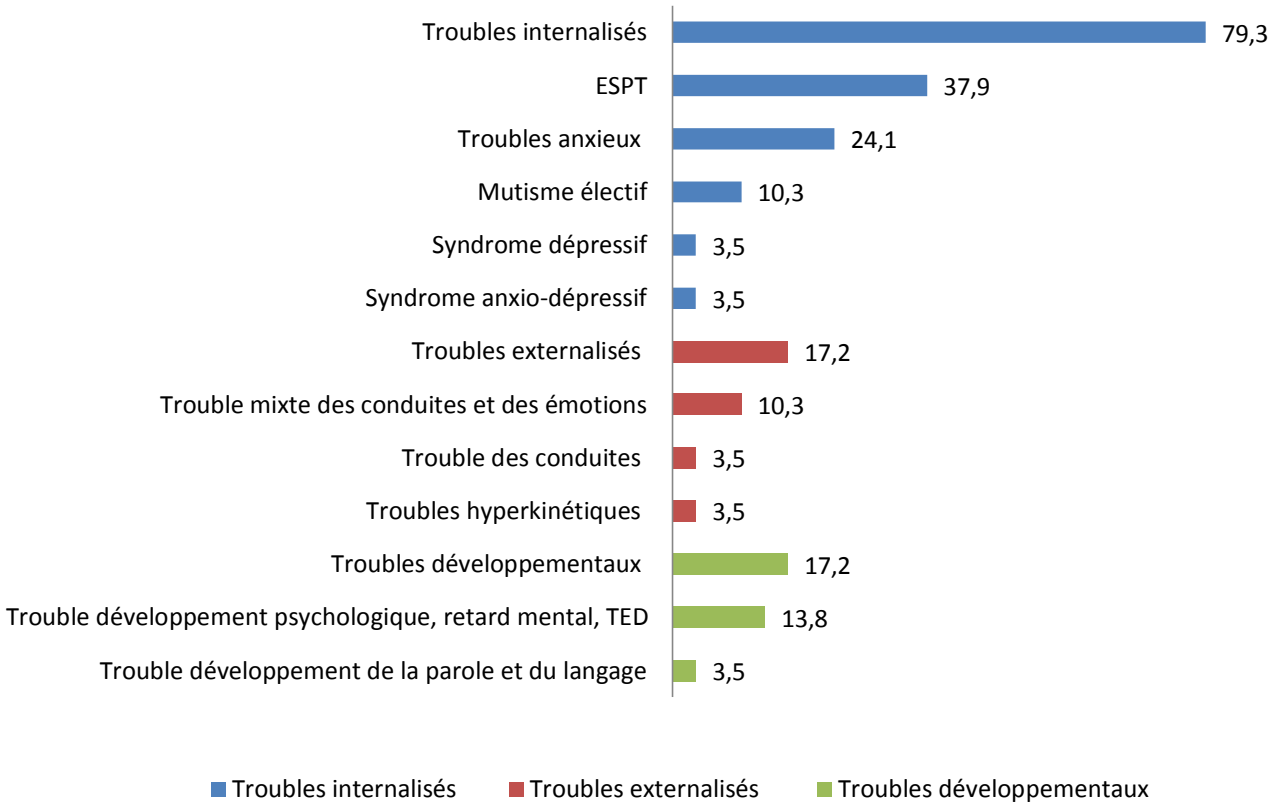
	Nb	%
1 Diagnostic	12	52,2
2 Diagnostics	8	35,8
≥ 3 Diagnostics	3	13



Graphique 3. Taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement chez les garçons (%)

	Nb	%
1 Diagnostic	32	57,1
2 Diagnostics	22	39,3
≥ 3 Diagnostics	2	3,6

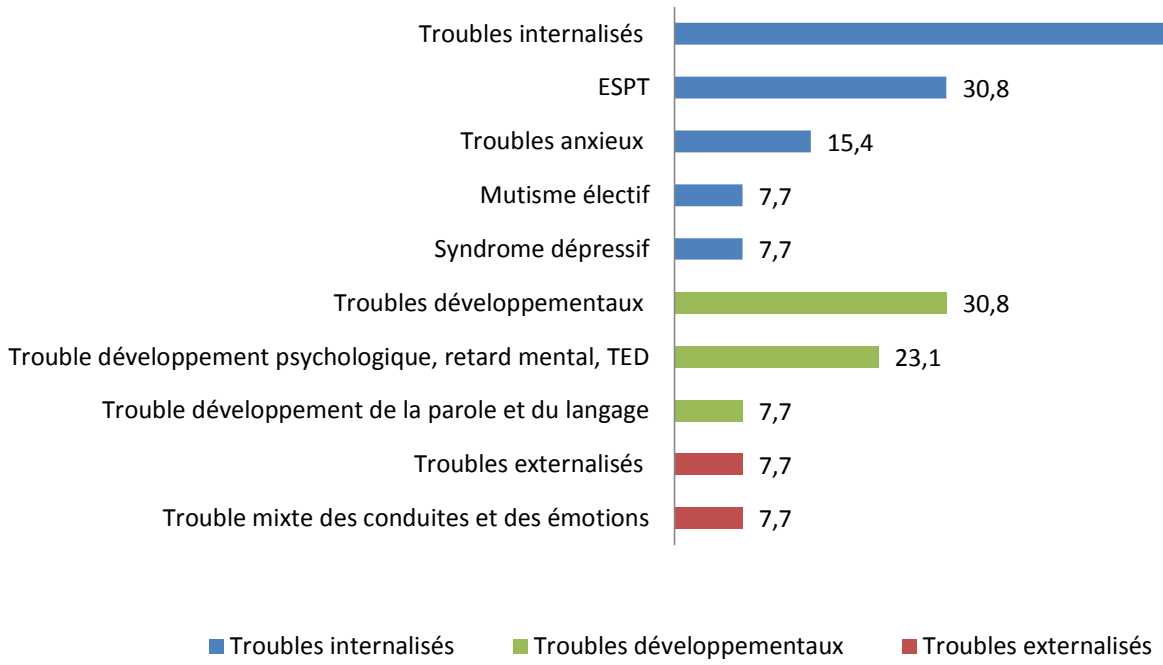
Le graphique 4 représente le taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement dans le sous-groupe des enfants migrants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques (N=29).



Graphique 4. Taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement (%)

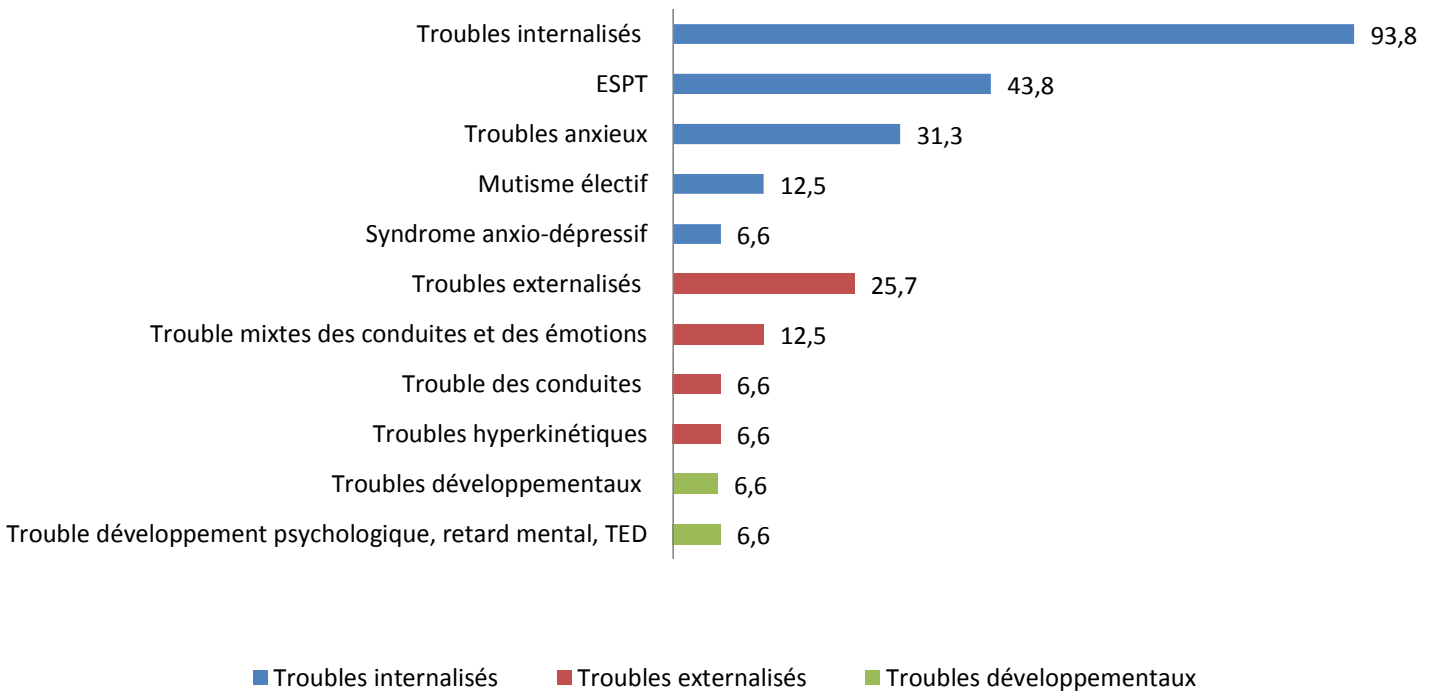
	Nb	%
1 Diagnostic	17	58,6
2 Diagnostics	9	31
≥ 3 Diagnostics	3	10,3

Les graphiques 5 et 6 représentent respectivement les taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement chez les filles (N=13) et chez les garçons (N=16).



Graphique 5. Taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement chez les filles (%)

	Nb	%
1 Diagnostic	7	53,8
2 Diagnostics	4	30,8
≥ 3 Diagnostics	2	15,4

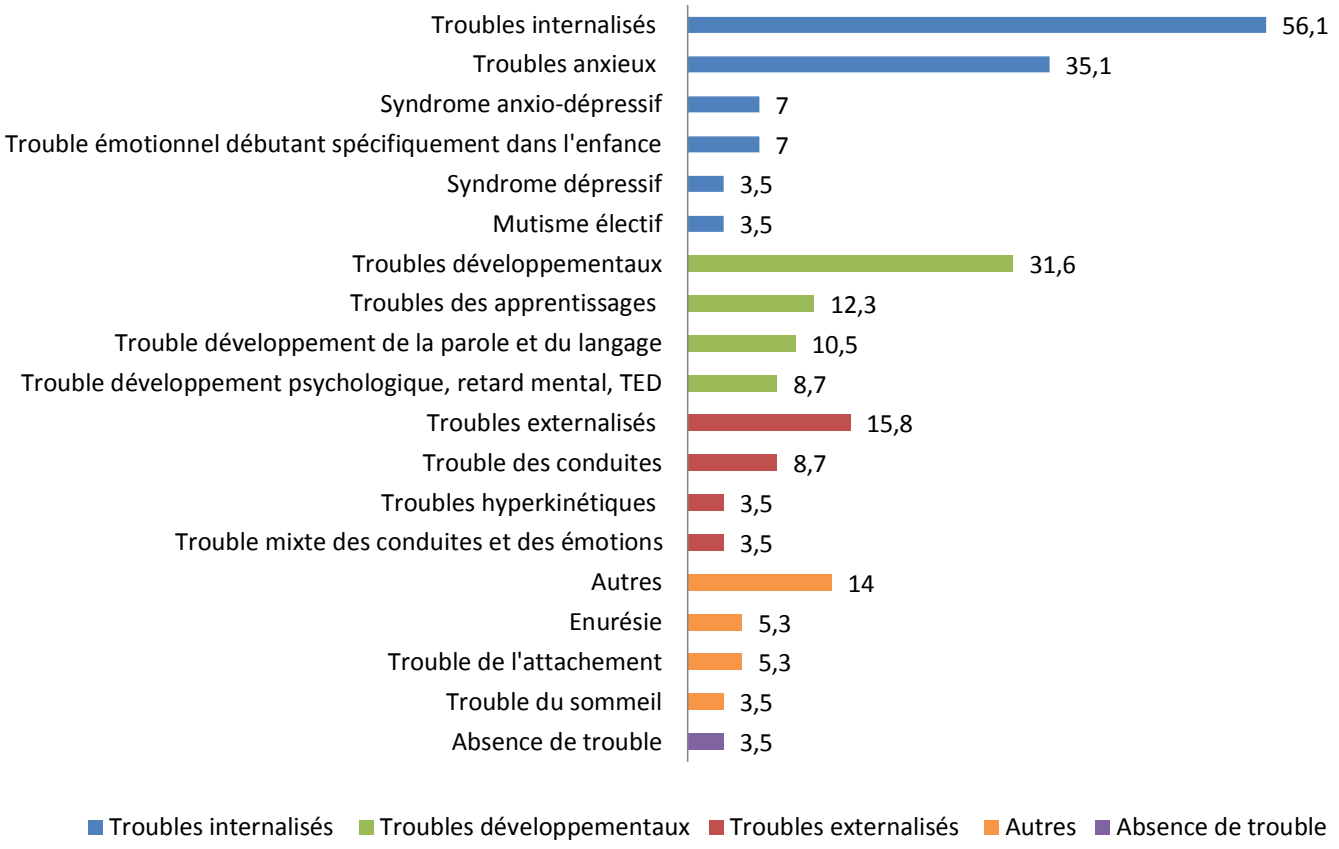


Graphique 6. Taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement chez les garçons (%)

	Nb	%
1 Diagnostic	10	62,5
2 Diagnostics	5	31,2
≥ 3 Diagnostics	1	6,2

III.3.2 Les enfants de migrants (N=57)

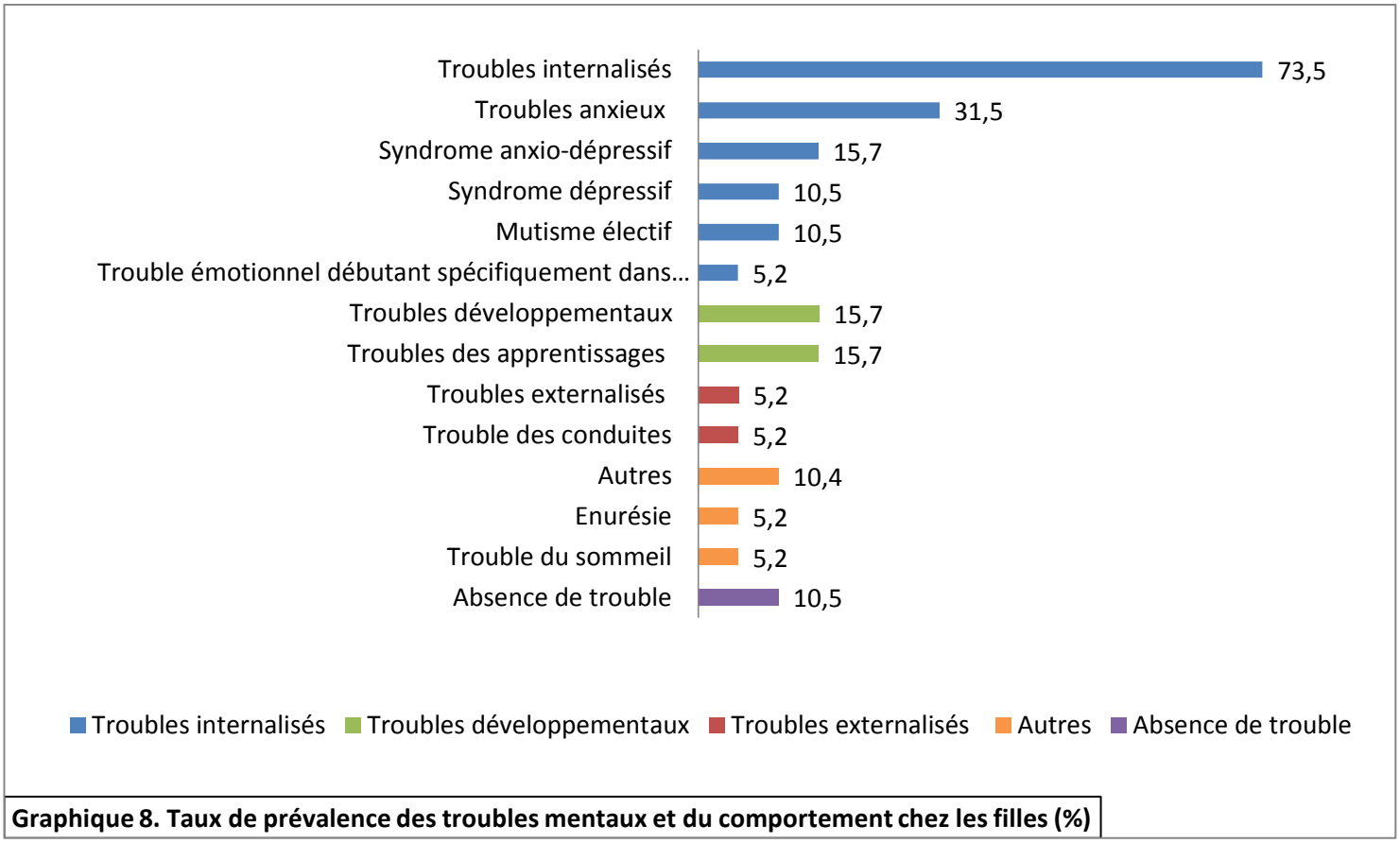
Le graphique 7 représente les taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement de ce groupe.



Graphique 7. Taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement (%)

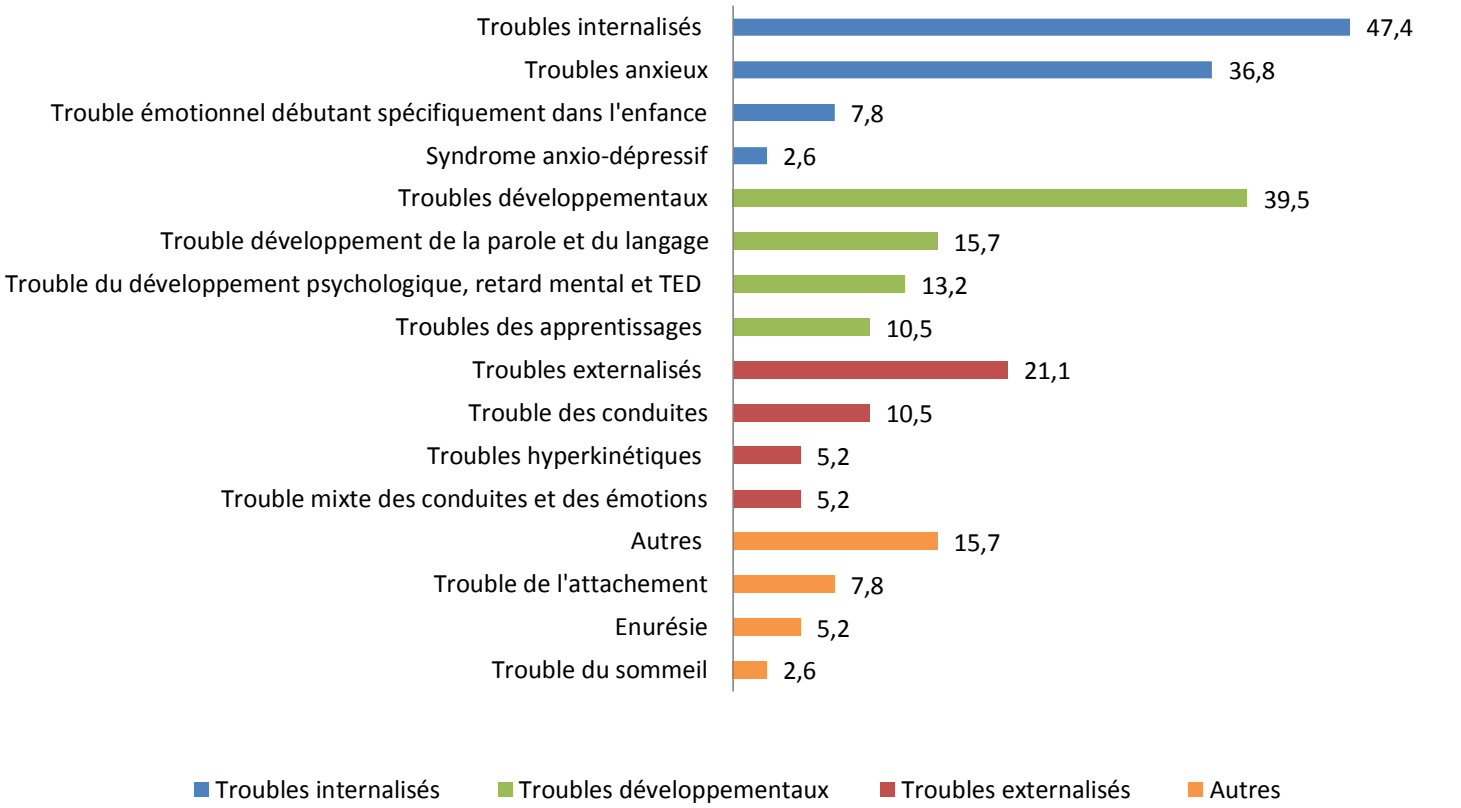
	Nb	%
1 Diagnostic	28	49,1
2 Diagnostics	19	33,3
≥ 3 Diagnostics	10	17,5

Les graphiques 8 et 9 représentent respectivement les taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement chez les filles (N=19) et chez les garçons (N=38).



Graphique 8. Taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement chez les filles (%)

	Nb	%
1 Diagnostic	11	57,9
2 Diagnostics	5	26,3
≥ 3 Diagnostics	3	15,8

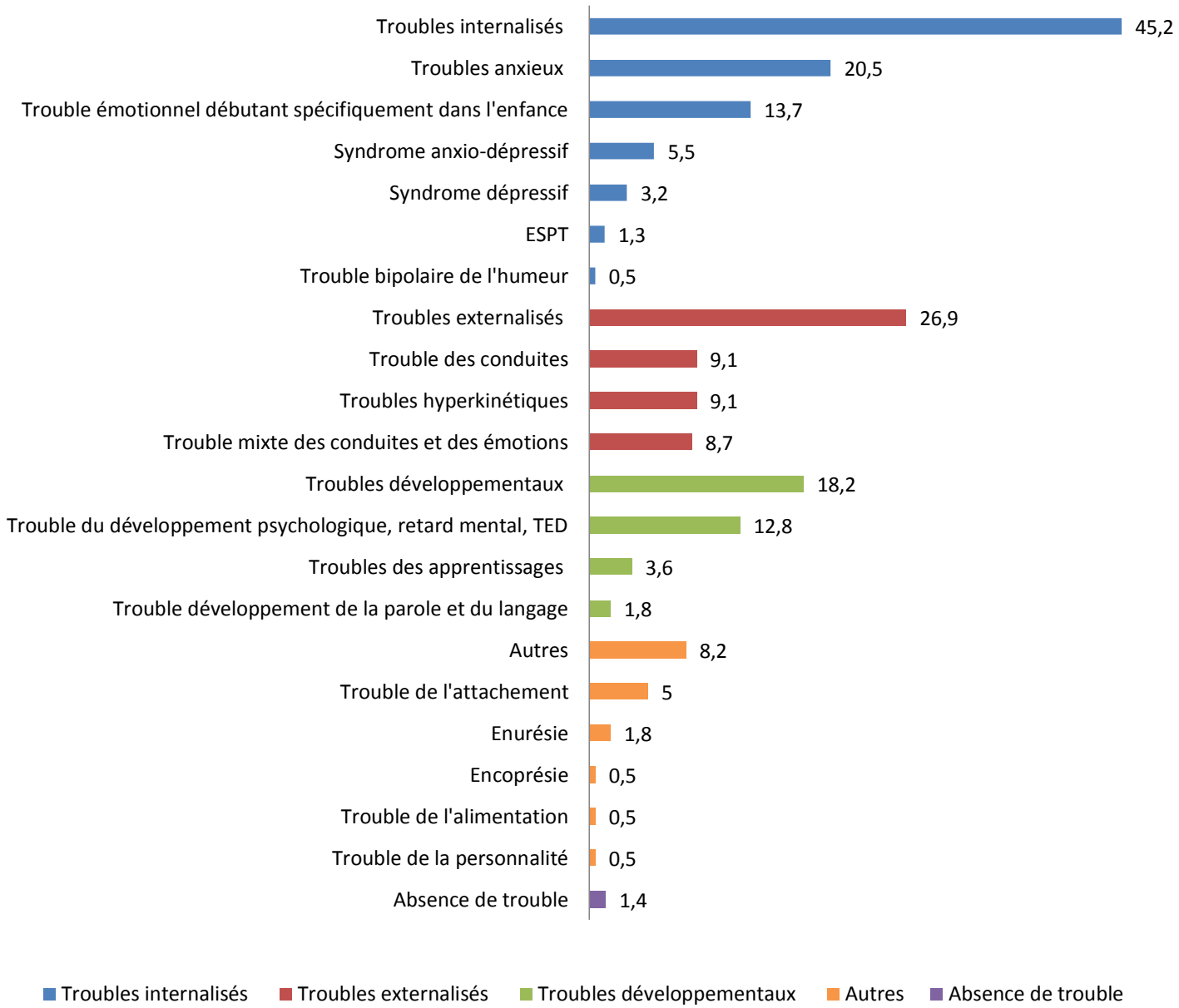


Graphique 9. Taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement chez les garçons (%)

	Nb	%
1 Diagnostic	17	44,7
2 Diagnostics	14	36,8
≥ 3 Diagnostics	7	18,4

III.3.3 Le groupe témoins (N=219)

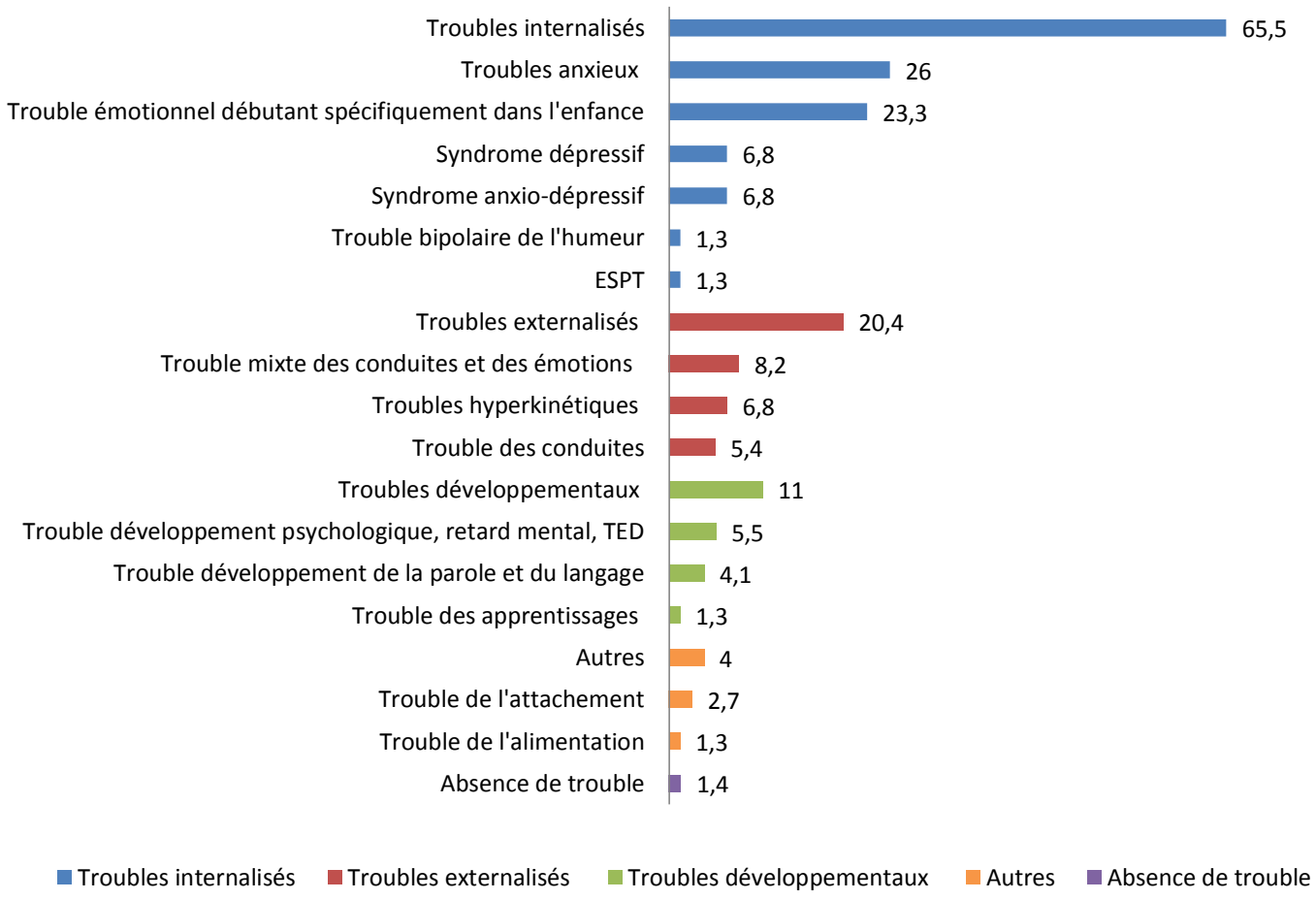
La prévalence des troubles dans ce groupe est représentée dans le graphique 10.



Graphique 10. Taux de prévalences des troubles mentaux et du comportement (%)

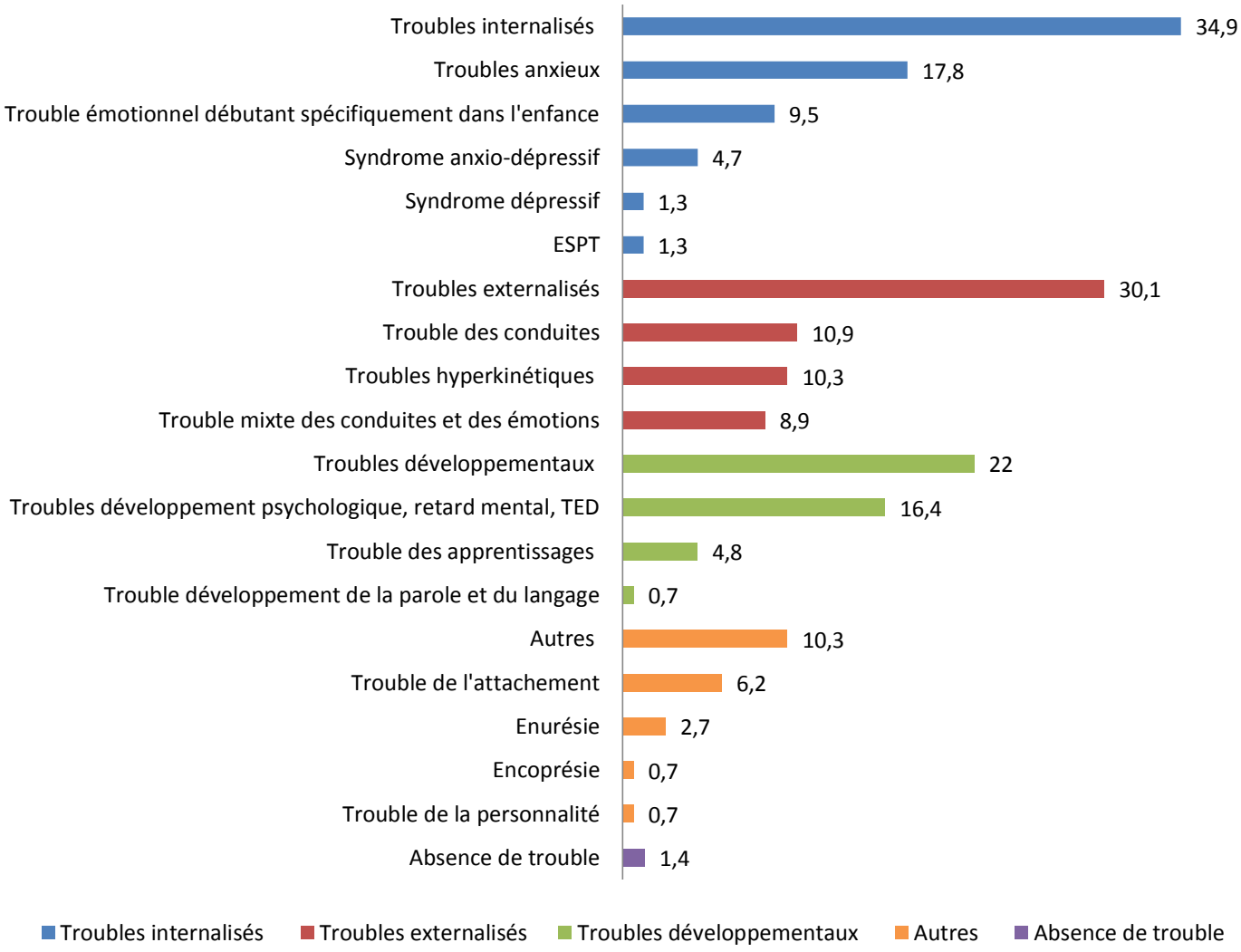
	Nb	%
1 Diagnostic	157	71,7
2 Diagnostics	51	23,3
≥ 3 Diagnostics	11	5

Les graphiques 11 et 12 représentent respectivement les taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement chez les filles (N=73) et chez les garçons (N=146).



Graphique 11. Taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement chez les filles (%)

	Nb	%
1 Diagnostic	57	78,1
2 Diagnostics	13	17,8
≥ 3 Diagnostics	3	4,1



Graphique 12. Taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement chez les garçons (%)

	Nb	%
1 Diagnostic	100	68,5
2 Diagnostics	38	26
≥ 3 Diagnostics	8	5,5

III.3.4 Comparaisons entre les groupes

Tableau 6. Comparaison enfants migrants / groupe témoins

	Enfants migrants (N=79)		Groupe témoins (N=219)		
Diagnostic CIM-10	**%**	N	**%**	N	*p*
Troubles internalisés	**58,2***	46	**45,2***	99	***0,048***
Troubles anxieux	**20,2**	16	**20,5**	45	*1*
ESPT	**13,9***	11	**1,3***	3	***0,0001***
Syndrome anxio-dépressif	**8,9**	7	**5,5**	12	*0,27*
Syndrome dépressif	**7,6**	6	**3,2**	7	*0,09*
Mutisme électif	**3,8***	3	**0***	0	***0,004***
Trouble émotionnel débutant spécifiquement dans l'enfance	**3,8***	3	**13,7***	31	***0,001***
Trouble bipolaire de l'humeur	**0**	0	**0,5**	1	*0,52*
Trouble développementaux	**30,4**	24	**18,2**	40	*0,25*
Trouble développement psychologique, retard mental, TED	**15,2**	12	**12,8**	28	*0,58*
Troubles des apprentissages	**11,4***	9	**3,6***	8	***0,001***
Trouble développement de la parole et du langage	**3,8**	3	**1,8**	4	*0,37*
Troubles externalisés	**21,5**	17	**26,9**	59	*0,31*
Trouble des conduites	**7,6**	6	**9,1**	20	*0,75*
Troubles hyperkinétiques	**2,5**	2	**9,1**	20	*0,05*
Trouble mixte des conduites et des émotions	**11,4**	9	**8,7**	19	*0,52*
Autres	**2,5**	2	**8,2**	18	*0,08*
Enurésie	**0**	0	**1,8**	4	
Encoprésie	**0**	0	**0,5**	1	
Trouble de l'attachement	**0**	0	**5**	11	
Trouble de l'alimentation	**0**	0	**0,5**	1	
Trouble de la personnalité	**0**	0	**0,5**	1	
Trisomie	**1,3**	1	**0**	0	
Pathologie neurologique néonatale	**1,3**	1	**0**	0	
Absence de trouble	**0**	0	**1,4**	3	*0,29*
Comorbidité					
1 diagnostic	**53,2***	42	**71,7***	157	***0,002***
2 diagnostics	**38***	30	**23,3***	51	***0,01***
≥ 3 diagnostics	**8,9***	7	**5***	11	***0,01***

* $p < 0,05$

Tableau 7. Comparaison enfants migrants de parents demandeurs d'asile / groupe témoins

	Enfants migrants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques (N=29)		Groupe témoins (N = 219)		
Diagnostic CIM-10	**%**	N	**%**	N	*p*
Troubles internalisés	**79,3***	23	**45,2***	99	***0,0005***
Troubles anxieux	**24,1**	7	**20,5**	45	*0,75*
ESPT	**37,9***	11	**1,3***	3	***0,0001***
Syndrome anxio-dépressif	**3,5**	1	**5,5**	12	*0,65*
Syndrome dépressif	**3,5**	1	**3,2**	7	*1*
Mutisme électif	**10,3***	3	**0***	0	***0,001***
Trouble émotionnel débutant spécifiquement dans l'enfance	**0***	0	**13,7***	31	***0,03***
Trouble bipolaire de l'humeur	**0**	0	**0,5**	1	*0,75*
Trouble développementaux	**17,2**	5	**18,2**	40	*1*
Trouble développement psychologique, retard mental, TED	**13,8**	4	**12,8**	28	
Troubles des apprentissages	**0**	0	**3,6**	8	
Trouble développement de la parole et du langage	**3,5**	1	**1,8**	4	
Troubles externalisés	**17,2**	5	**26,9**	59	*0,27*
Trouble des conduites	**3,5**	1	**9,1**	20	
Troubles hyperkinétiques	**3,5**	1	**9,1**	20	
Trouble mixte des conduites et des émotions	**10,3**	3	**8,7**	19	
Autres	**0**	0	**8,2**	18	*0,1*
Enurésie	**0**	0	**1,8**	4	
Encoprésie	**0**	0	**0,5**	1	
Trouble de l'attachement	**0**	0	**5**	11	
Trouble de l'alimentation	**0**	0	**0,5**	1	
Trouble de la personnalité	**0**	0	**0,5**	1	
Absence de trouble	**0**	0	**1,4**	3	*0,47*
Comorbidité					
1 diagnostic	**58,6**	17	**71,7**	157	*0,14*
2 diagnostics	**31**	9	**23,3**	51	*0,34*
≥ 3 diagnostics	**10,3**	3	**5**	11	*0,22*

* $p < 0,05$

Tableau 8. Comparaison enfants migrants de parents non demandeurs d'asile ou réfugiés politiques (autres enfants migrants) / groupe témoins

	Autres enfants migrants (N= 50)		Groupe témoins (N = 219)		
Diagnostic CIM-10	**%**	N	**%**	N	*p*
Troubles internalisés	**46**	23	**45,2**	99	*1*
Troubles anxieux	**18**	9	**20,5**	45	*0,75*
ESPT	**0**	0	**1,3**	3	*0,37*
Syndrome anxio-dépressif	**12**	6	**5,5**	12	*0,08*
Syndrome dépressif	**10***	5	**3,2***	7	***0,03***
Trouble émotionnel débutant spécifiquement dans l'enfance	**6**	3	**13,7**	31	*0,12*
Trouble bipolaire de l'humeur	**0**	0	**0,5**	1	
Trouble développementaux	**38***	19	**18,2***	40	***0,002***
Trouble développement psychologique, retard mental, TED	**16**	8	**12,8**	28	*0,52*
Troubles des apprentissages	**18***	9	**3,6***	8	***0,0002***
Trouble développement de la parole et du langage	**4**	2	**1,8**	4	*0,34*
Troubles externalisés	**24**	12	**26,9**	59	*0,75*
Trouble des conduites	**10**	5	**9,1**	20	
Troubles hyperkinétiques	**2**	1	**9,1**	20	*0,08*
Trouble mixte des conduites et des émotions	**12**	6	**8,7**	19	
Autres	**4**	2	**8,2**	18	*0,29*
Enurésie	**0**	0	**1,8**	4	
Encoprésie	**0**	0	**0,5**	1	
Trouble de l'attachement	**0**	0	**5**	11	
Trouble de l'alimentation	**0**	0	**0,5**	1	
Trouble de la personnalité	**0**	0	**0,5**	1	
Trisomie	**2**	1	**0**	0	
Pathologie neurologique néonatale	**2**	1	**0**	0	
Absence de trouble	**0**	0	**1,4**	3	*0,37*
Comorbidité					
1 diagnostic	**50***	25	**71,7***	157	***0,003***
2 diagnostics	**42***	21	**23,3***	51	***0,007***
≥ 3 diagnostics	**8**	4	**5**	11	*0,43*

* $p < 0,05$

Tableau 9. Comparaison enfants de migrants / groupe témoins

	Enfants de migrants (N=57)		Groupe témoins (N = 219)		
Diagnostic CIM-10	**%**	N	**%**	N	*p*
Troubles internalisés	**56,1**	32	**45,2**	99	*0,15*
Troubles anxieux	**35,1***	20	**20,5***	45	***0,02***
ESPT	**0**	0	**1,3**	3	*0,37*
Syndrome anxio-dépressif	**7**	4	**5,5**	12	*0,75*
Syndrome dépressif	**3,5**	2	**3,2**	7	*1*
Mutisme électif	**3,5***	2	**0***	0	***0,005***
Trouble émotionnel débutant spécifiquement dans l'enfance	**7**	4	**13,7**	31	*0,14*
Trouble bipolaire de l'humeur	**0**	0	**0,5**	1	
Trouble développementaux	**31,6***	18	**18,2***	40	***0,03***
Trouble développement psychologique, retard mental, TED	**8,7**	5	**12,8**	28	*0,4*
Troubles des apprentissages	**12,3***	7	**3,6***	8	***0,01***
Trouble développement de la parole et du langage	**10,5***	6	**1,8***	4	***0,002***
Troubles externalisés	**15,8**	9	**26,9**	59	*0,078*
Trouble des conduites	**8,7**	5	**9,1**	20	
Troubles hyperkinétiques	**3,5**	2	**9,1**	20	
Trouble mixte des conduites et des émotions	**3,5**	2	**8,7**	19	
Autres	**14**	8	**8,2**	18	*0,19*
Enurésie	**5,3**	3	**1,8**	4	
Encoprésie	**0**	0	**0,5**	1	
Trouble de l'attachement	**5,3**	3	**5**	11	
Trouble de l'alimentation	**0**	0	**0,5**	1	
Trouble du sommeil	**3,5**	2	**0**	0	
Trouble de la personnalité	**0**	0	**0,5**	1	
Absence de trouble	**3,5**	2	**1,4**	3	
Comorbidité					
1 diagnostic	**49,1***	28	**71,7***	157	***0,001***
2 diagnostics	**33,3**	19	**23,3**	51	*0,12*
≥ 3 diagnostics	**17,5***	10	**5***	11	***0,001***

* $p < 0,05$

Tableau 10. Comparaison enfants migrants / enfants de migrants

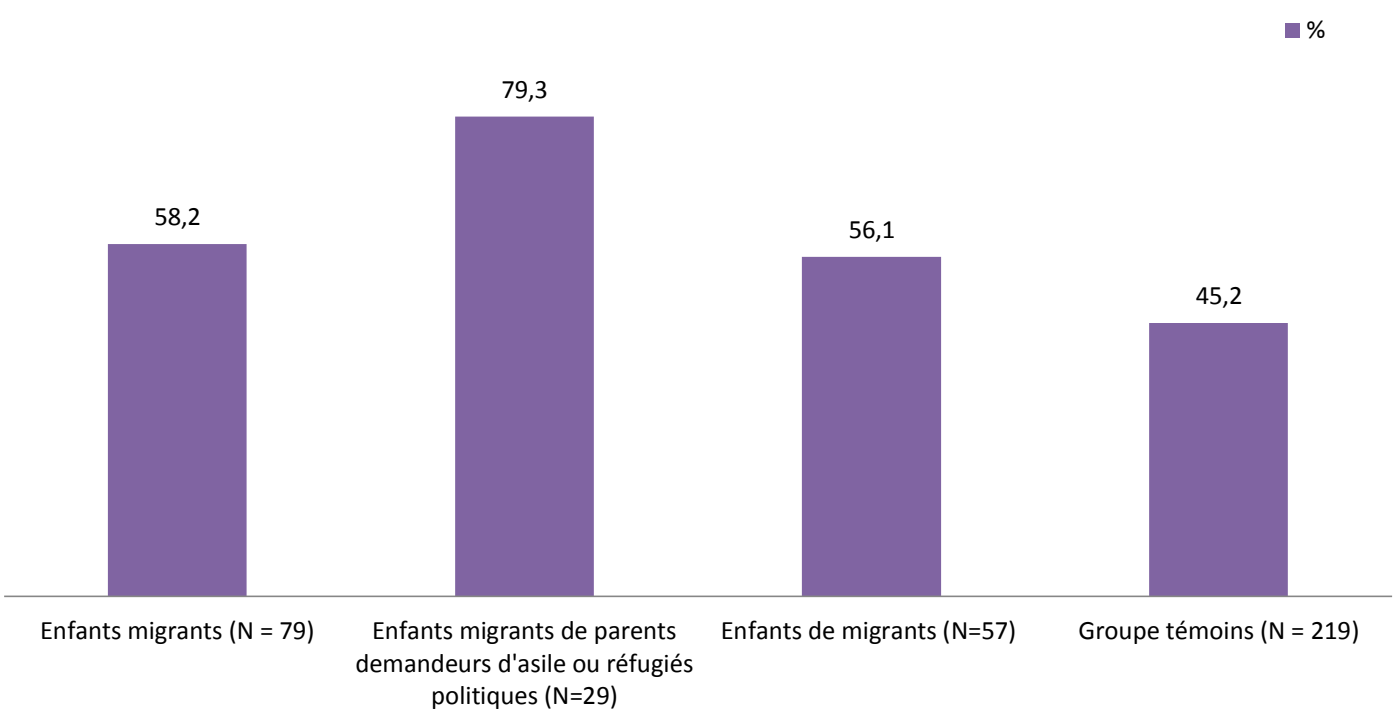
	Enfants migrants (N = 79)		Enfants de migrants (N=57)		
Diagnostic CIM-10	**%**	N	**%**	N	*p*
Troubles internalisés	**58,2**	46	**56,1**	32	*1*
Troubles anxieux	**20,2**	16	**35,1**	20	*0,05*
ESPT	**13,9***	11	**0***	0	***0,003***
Syndrome anxio-dépressif	**8,9**	7	**7**	4	*0,65*
Syndrome dépressif	**7,6**	6	**3,5**	2	*0,31*
Mutisme électif	**3,8**	3	**3,5**	2	*1*
Trouble émotionnel débutant spécifiquement dans l'enfance	**3,8**	3	**7**	4	*0,4*
Trouble développementaux	**30,4**	24	**31,6**	18	*1*
Trouble développement psychologique, retard mental, TED	**15,2**	12	**8,7**	5	
Troubles des apprentissages	**11,4**	9	**12,3**	7	
Trouble développement de la parole et du langage	**3,8**	3	**10,5**	6	
Troubles externalisés	**21,5**	17	**15,8**	9	*0,4*
Trouble des conduites	**7,6**	6	**8,7**	5	
Troubles hyperkinétiques	**2,5**	2	**3,5**	2	
Trouble mixte des conduites et des émotions	**11,4**	9	**3,5**	2	
Autres	**2,5***	2	**14***	8	***0,01***
Enurésie	**0***	0	**5,3***	3	***0,046***
Trouble de l'attachement	**0***	0	**5,3***	3	***0,046***
Trouble du sommeil	**0**	0	**3,5**	2	*0,08*
Trisomie	**1,3**	1	**0**	0	
Pathologie neurologique néonatale	**1,3**	1	**0**	0	
Absence de trouble	**0**	0	**3,5**	2	*0,08*
Comorbidité					
1 diagnostic	**53,2**	42	**49,1**	28	*0,65*
2 diagnostics	**38**	30	**33,3**	19	*0,58*
≥ 3 diagnostics	**8,9**	7	**17,5**	10	*0,12*

* $p < 0,05$

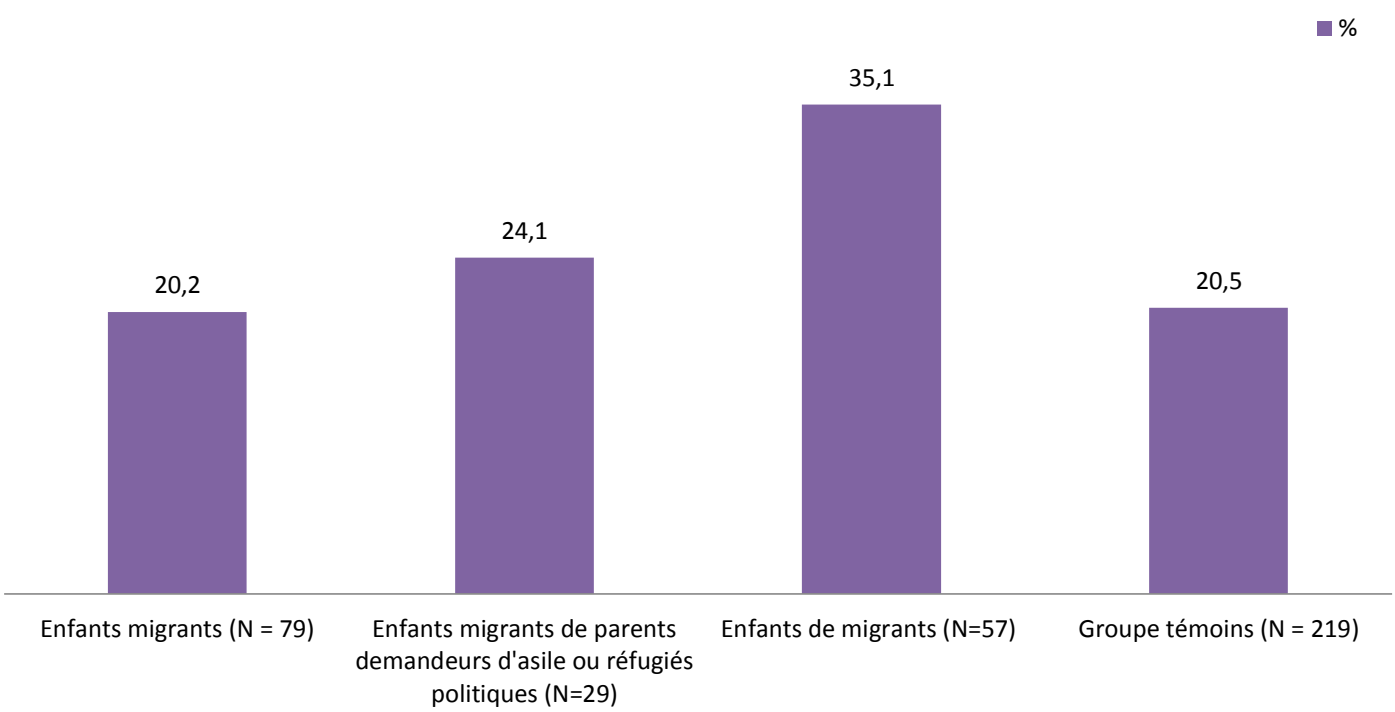
Tableau 11. Comparaison enfants migrants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques / autres enfants migrants

	Enfants migrants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques (N=29)		Autres enfants migrants (N=50)		
Diagnostic CIM-10	%	N	**%**	N	*p*
Troubles internalisés	**79,3***	23	**46***	23	***0,004***
Troubles anxieux	**24,1**	7	**18**	9	*0,52*
ESPT	**37,9***	11	**0***	0	***0,0001***
Syndrome anxio-dépressif	**3,5**	1	**12**	6	*0,18*
Syndrome dépressif	**3,5**	1	**10**	5	*0,27*
Mutisme électif	**10,3***	3	**0***	0	***0,02***
Trouble émotionnel débutant spécifiquement dans l'enfance	**0**	0	**6**	3	0,19
Trouble développementaux	**17,2**	5	**38**	19	*0,05*
Trouble développement psychologique, retard mental, TED	**13,8**	4	**16**	8	
Troubles des apprentissages	**0***	0	**18***	9	***0,02***
Trouble développement de la parole et du langage	**3,5**	1	**4**	2	
Troubles externalisés	**17,2**	5	**24**	12	*0,052*
Trouble des conduites	**3,5**	1	**10**	5	
Troubles hyperkinétiques	**3,5**	1	**2**	1	
Trouble mixte des conduites et des émotions	**10,3**	3	**12**	6	
Autres	**0**	0	**4**	2	*0,29*
Trisomie	**0**	0	**2**	1	
Pathologie neurologique néonatale	**0**	0	**2**	1	
Comorbidité					
1 diagnostic	**58,6**	17	**50**	25	*0,43*
2 diagnostics	**31**	9	**42**	21	*0,34*
≥ 3 diagnostics	**10,3**	3	**8**	4	*0,75*

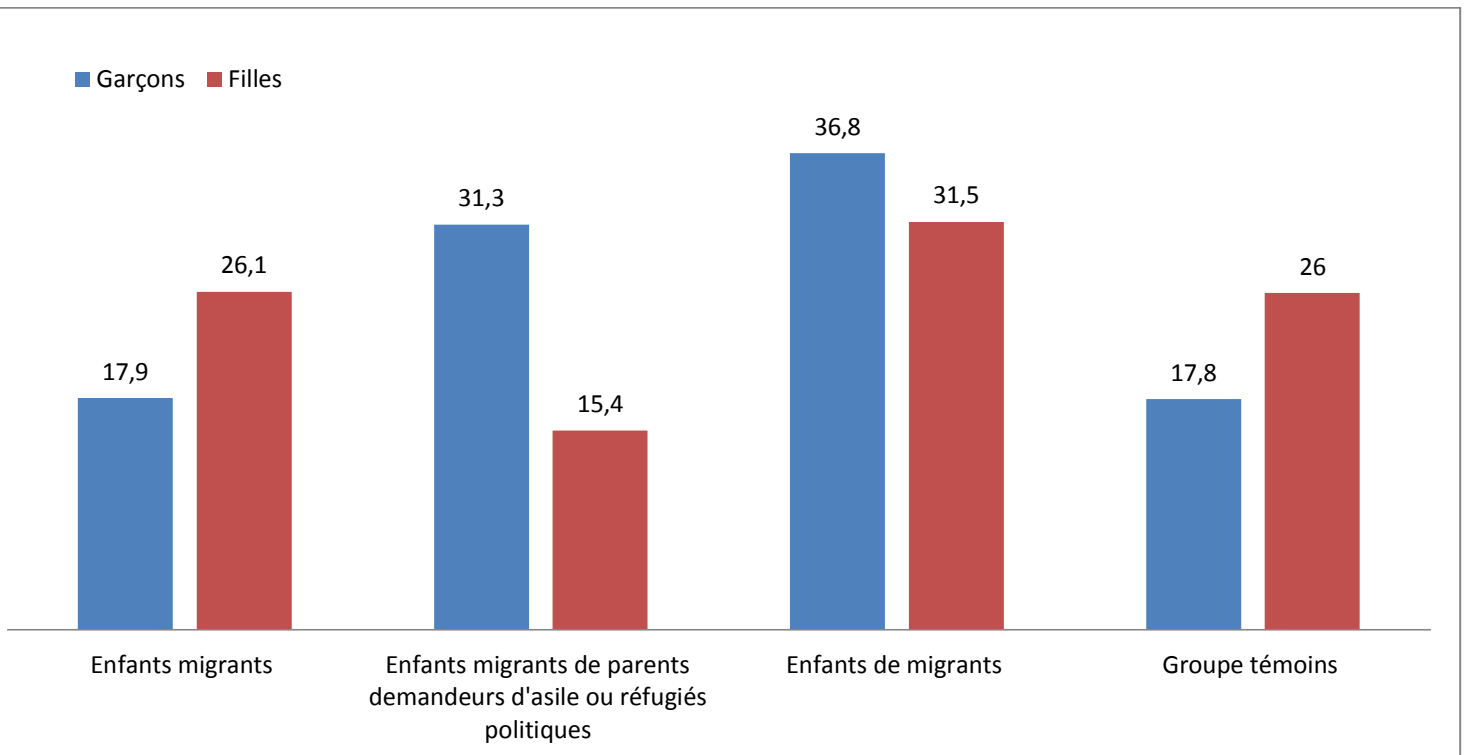
* $p < 0,05$



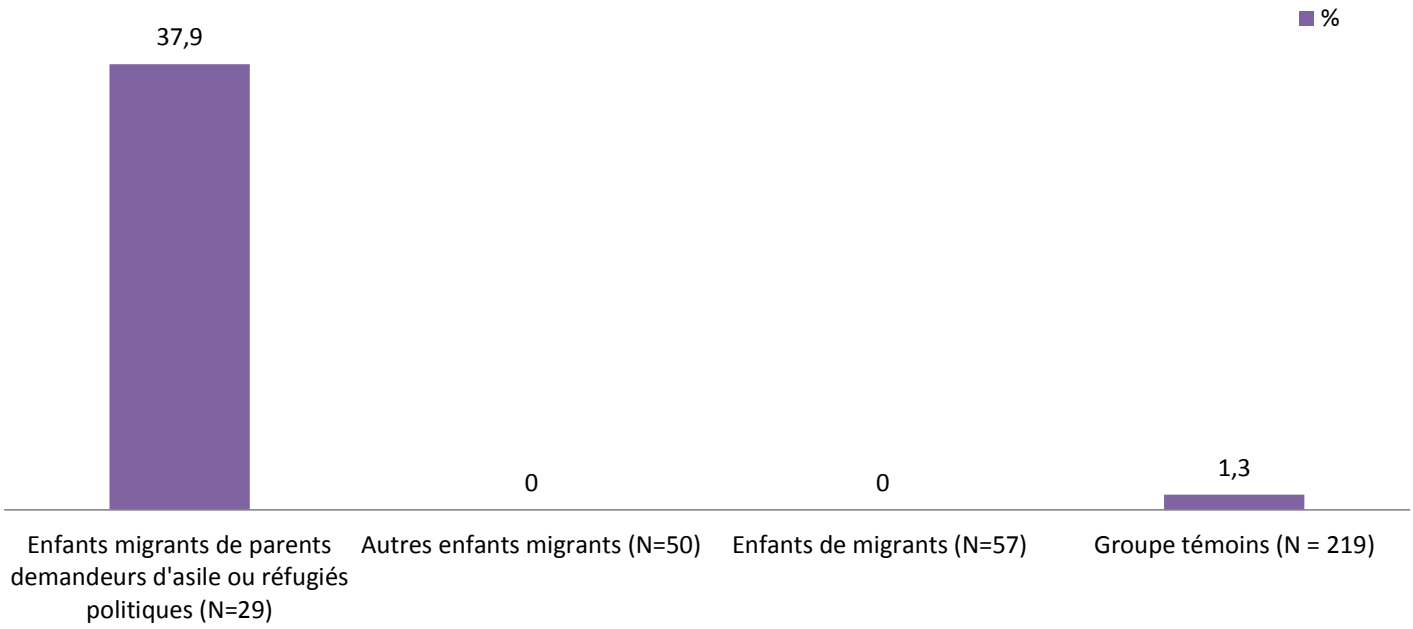
Graphique 12. Comparaison de la prévalence des troubles internalisés



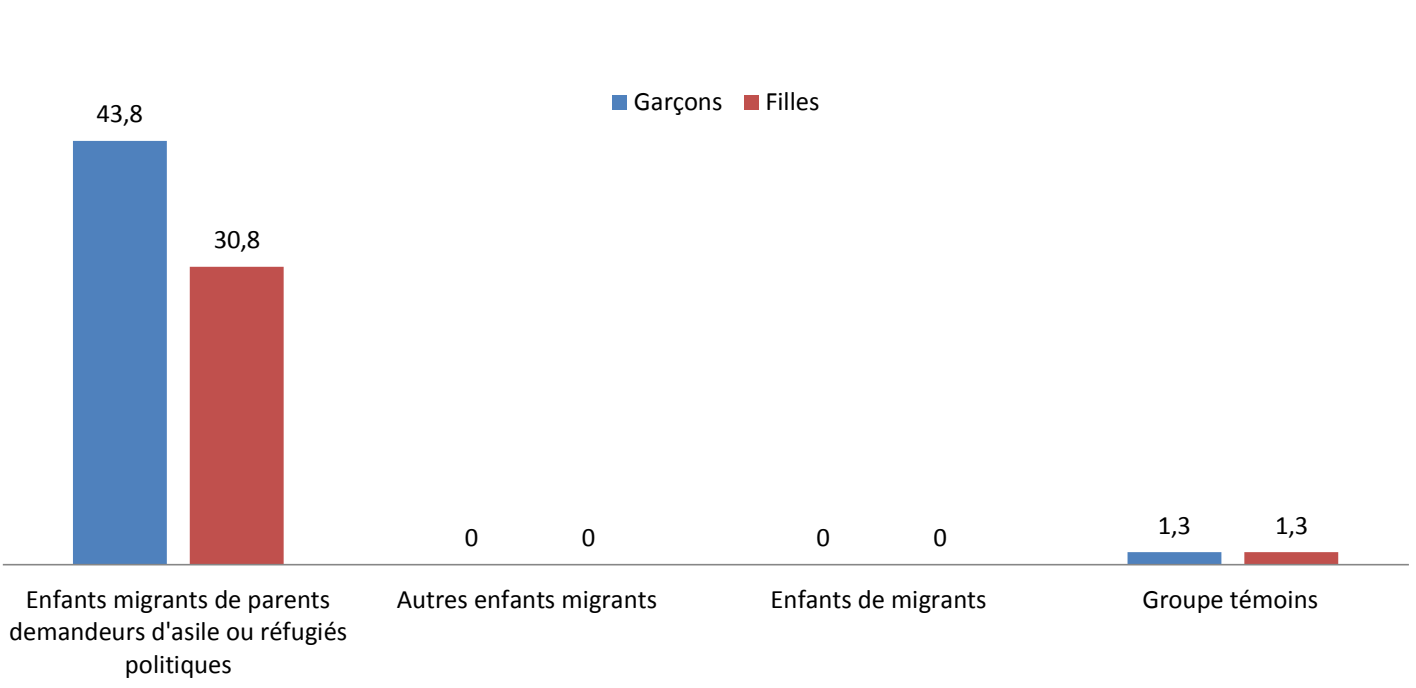
Graphique 13. Comparaison de la prévalence des troubles anxieux



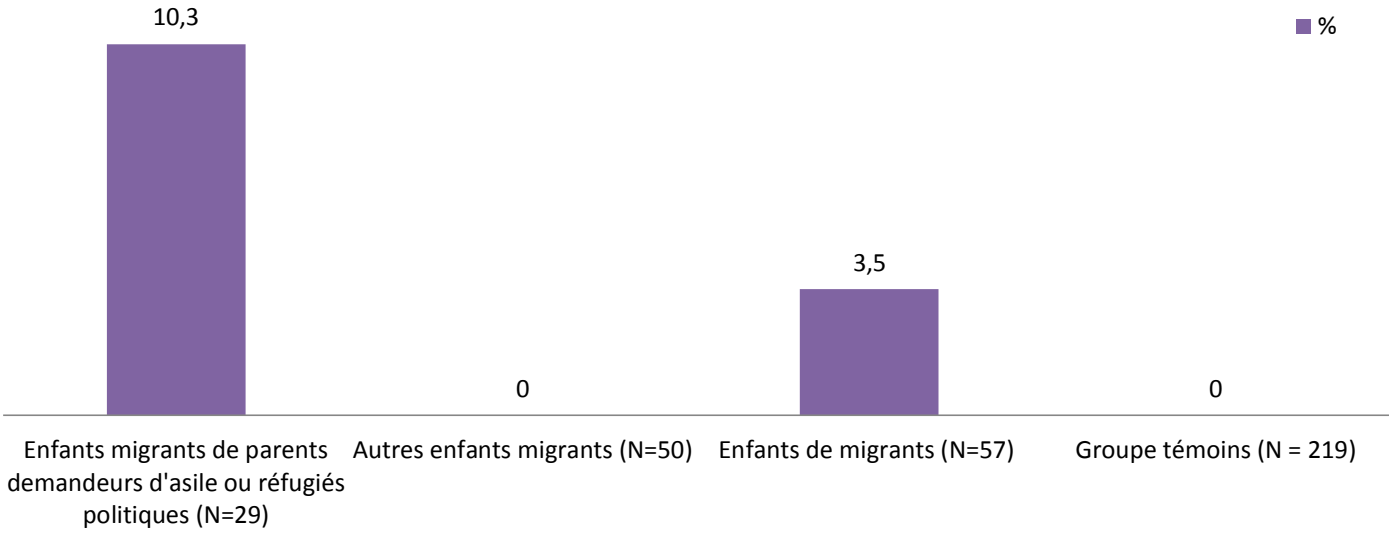
Graphique 14. Comparaison de la prévalence des troubles anxieux selon le sexe (%)



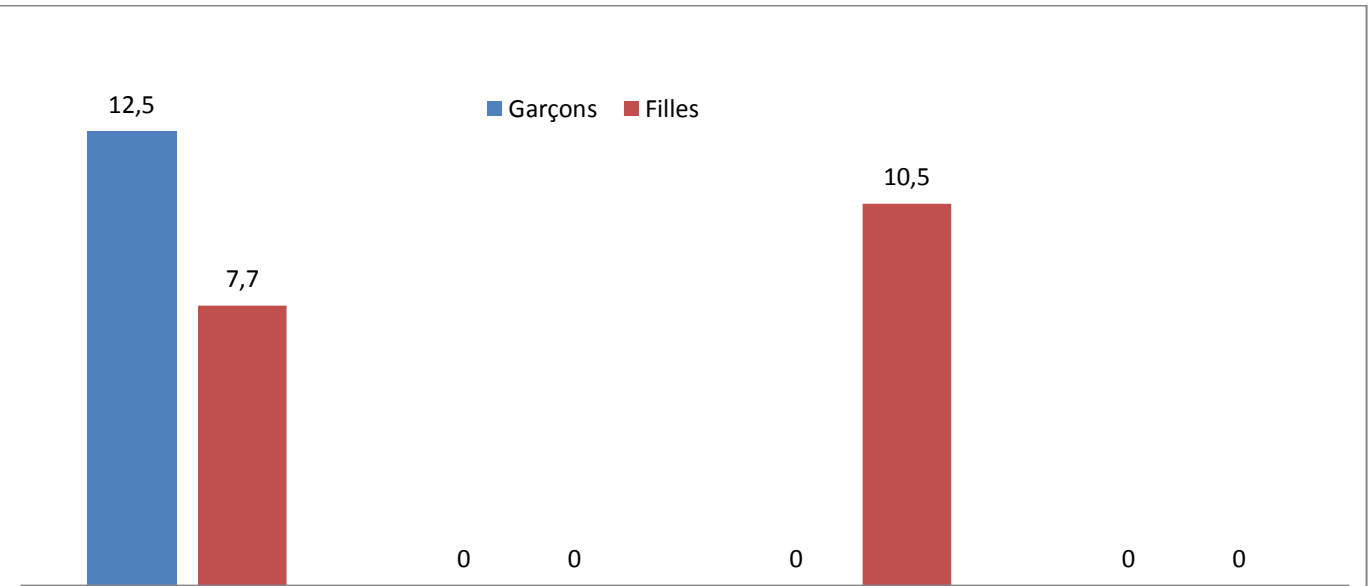
Graphique 15. Comparaison de la prévalence de l'ESPT



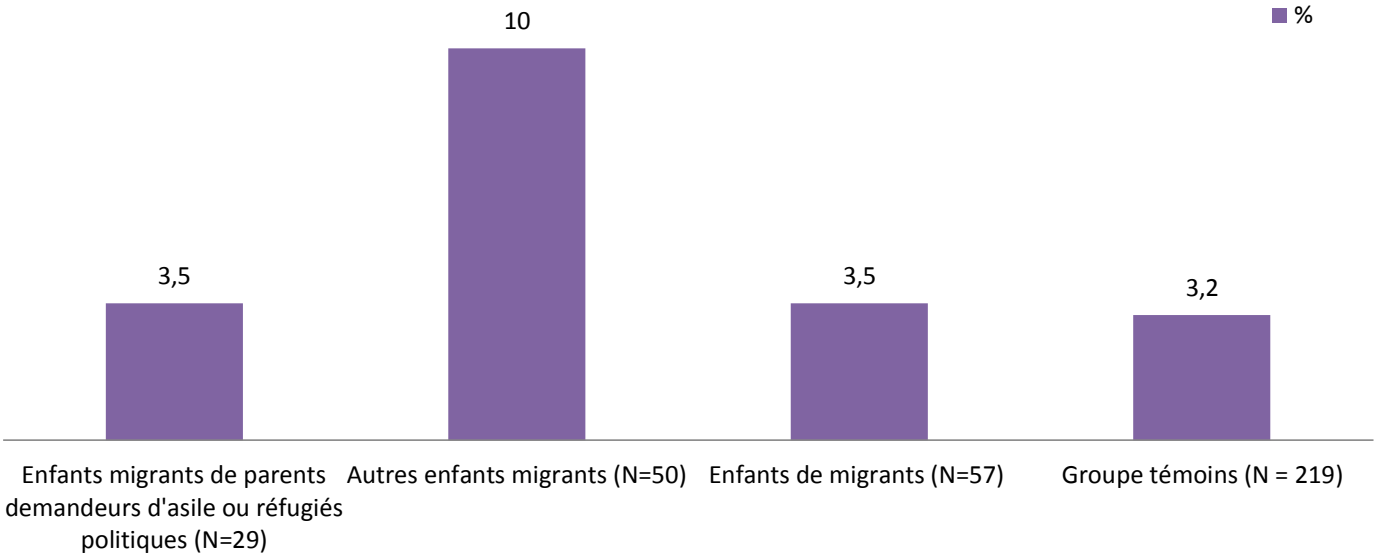
Graphique 16. Comparaison de la prévalence de l'ESPT seon le sexe (%)



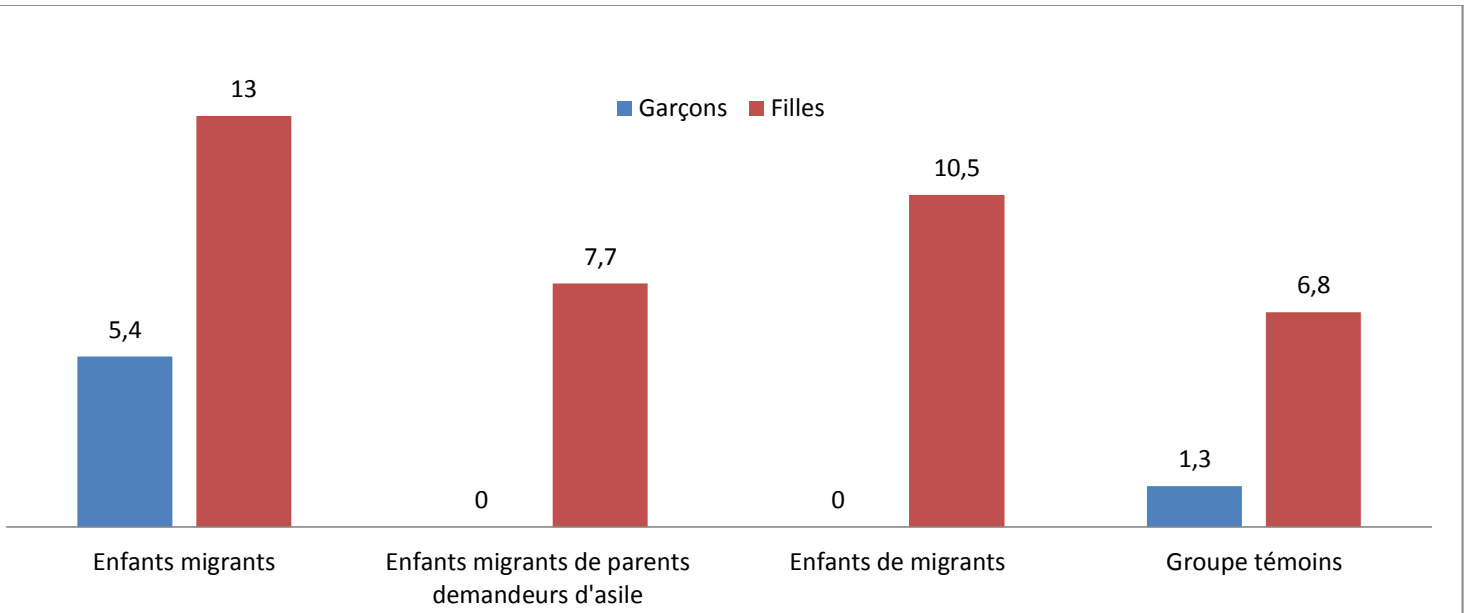
Graphique 17. Compraison de la prévalence du mutisme électif



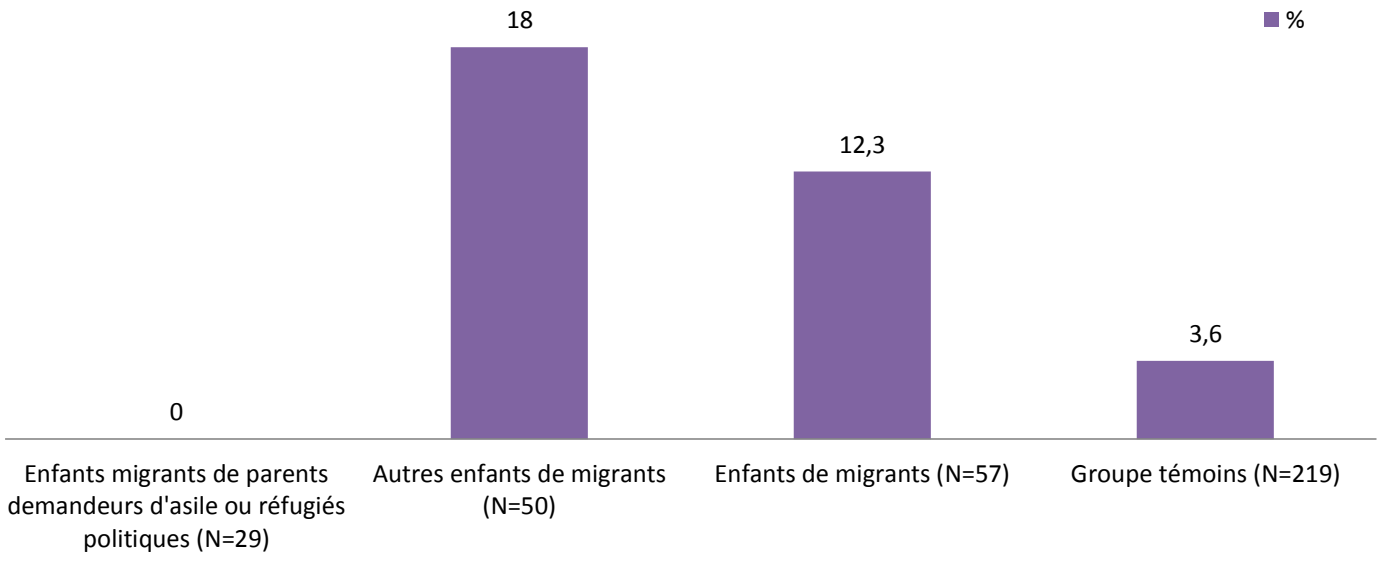
Graphique 18. Comparaison de la prévelence du mutisme électif selon le sexe (%)



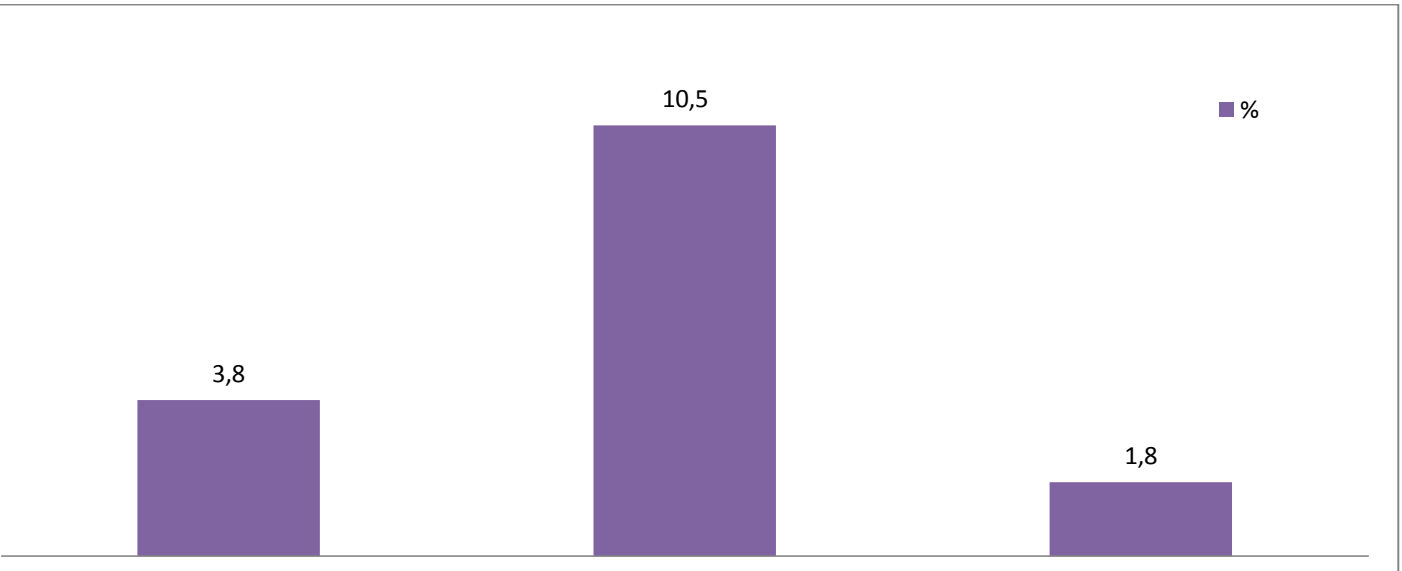
Graphique 19. Comparaison de la prévalence du syndrome dépressif



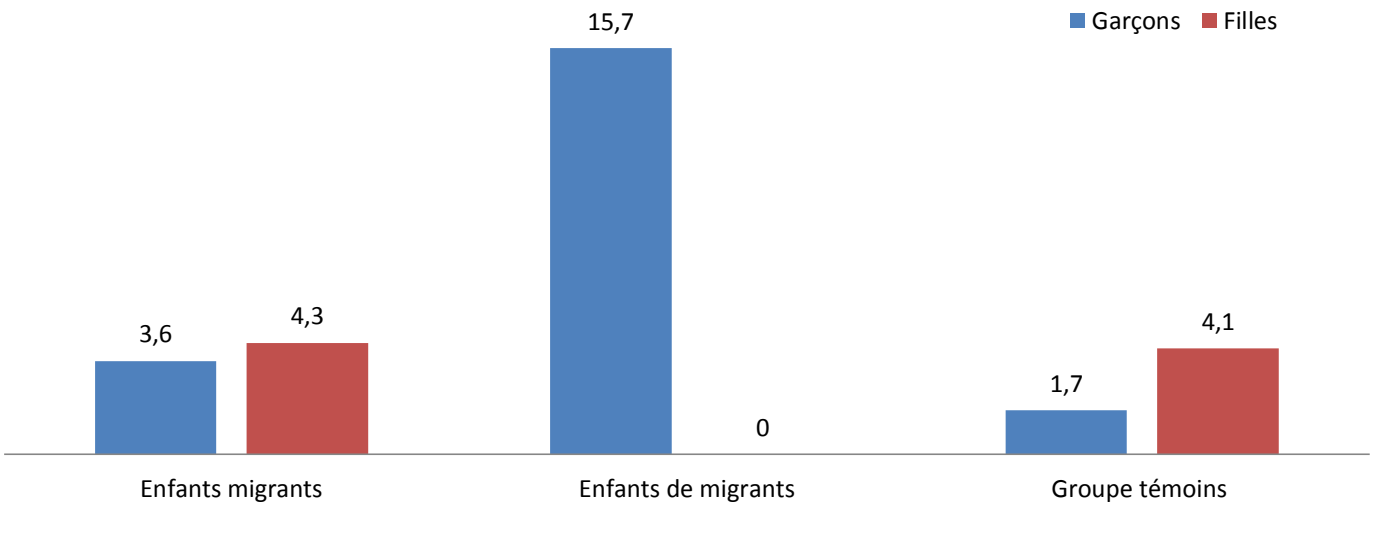
Graphique 20. Comparaison de la prévalence du syndrome dépressif selon le sexe (%)



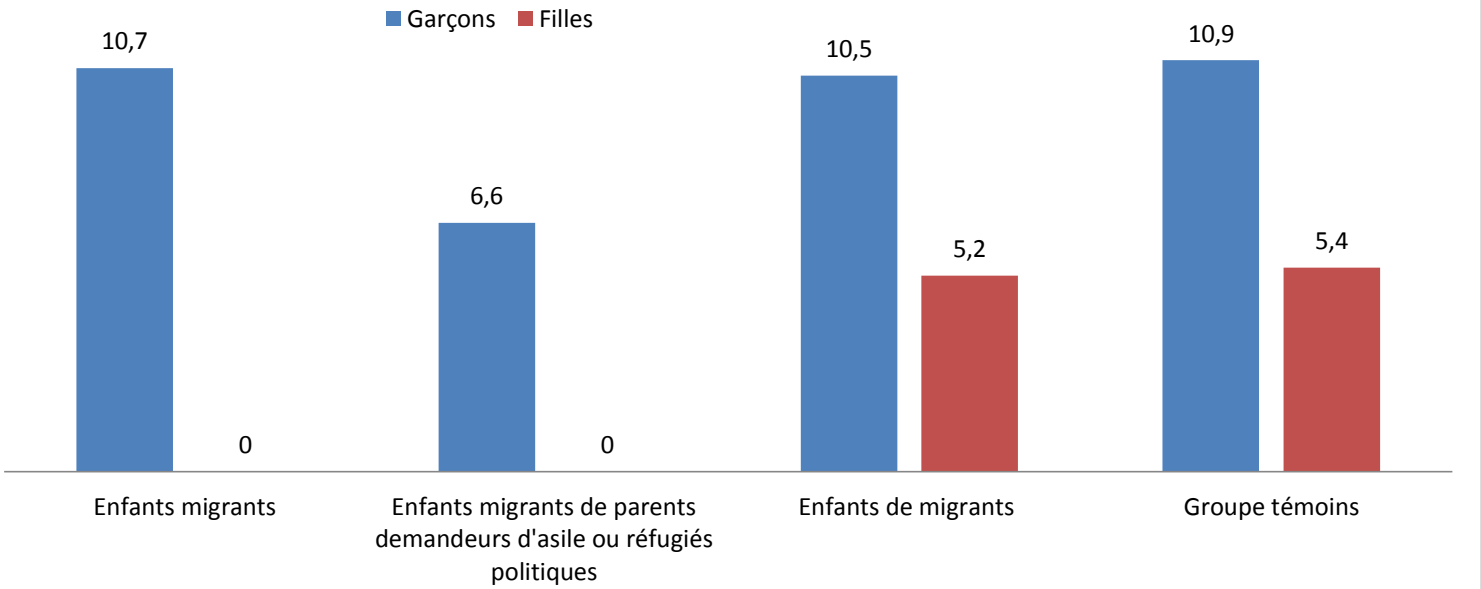
Graphique 21. Comparaison de la prévalence des troubles des apprentissages



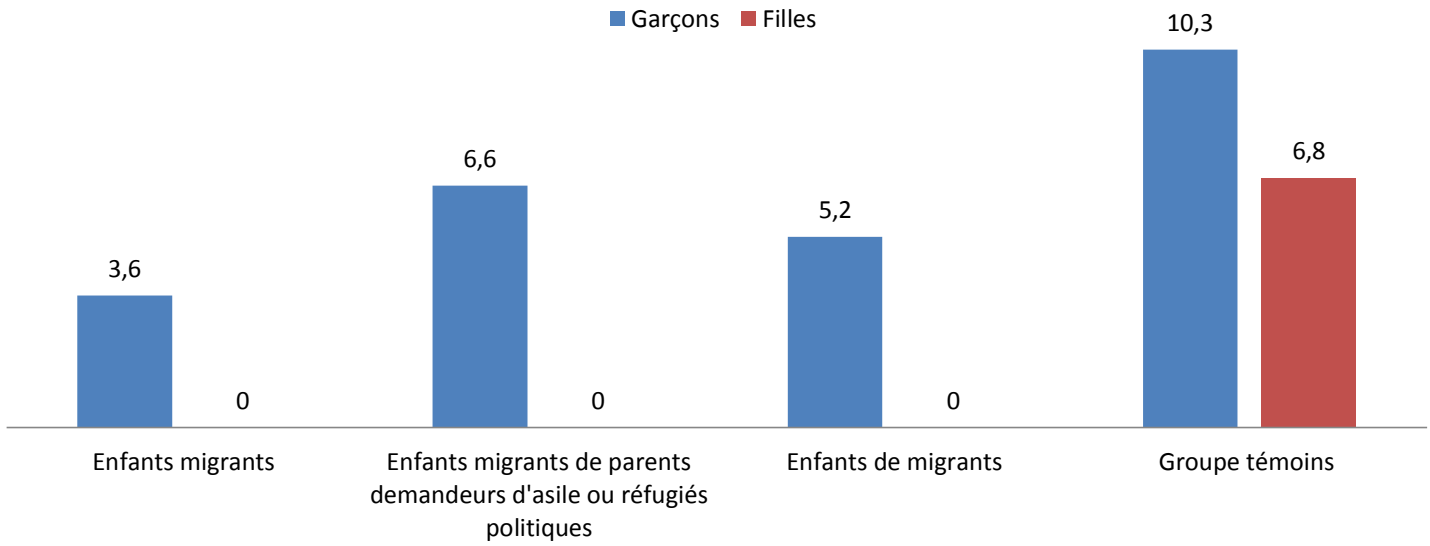
Graphique 22. Comparaison de la prévalence des troubles développement de la parole et du langage



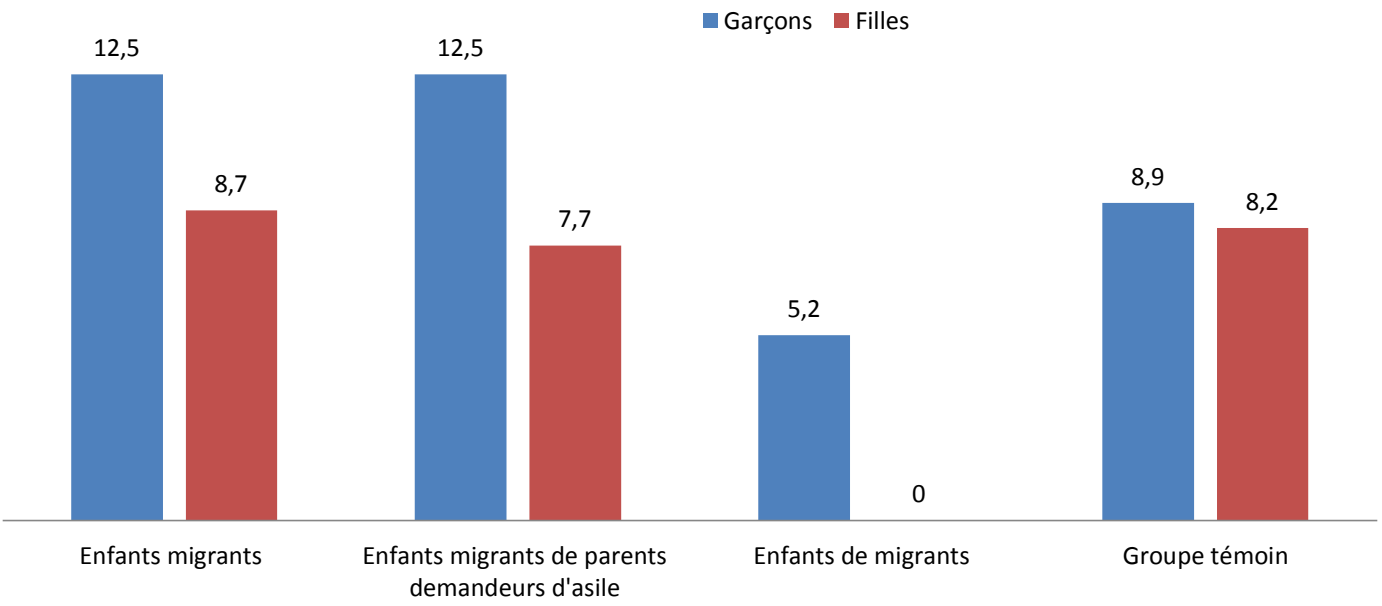
Graphique 23. Comparaison de la prévalence des troubles développement de la parole et du langage selon le sexe (%)



Graphique 24. Comparaison de la prévalence du trouble des conduites selon le sexe (%)



Graphique 25. Comparaison de la prévalence des trouble hyperkinétiques selon le sexe (%)



Graphique 26. Compraison de la prévalence du trouble mixte des conduites et des émotions selon le sexe (%)

III.4 Discussion

III.4.1. Synthèse des résultats

Les différents groupes étaient similaires en ce qui concerne le sex-ratio : il y avait environ 35% de filles et 65% de garçons.

La moyenne d'âge était également comparable dans les différents groupes, elle variait de 7,2 à 9 ans.

Le niveau socio-économique des familles était le plus bas dans le groupe « enfants migrants », en effet c'est dans ce groupe qu'il y avait la proportion la plus élevée de parents sans activité professionnelle. Cela peut en partie s'expliquer par des raisons administratives et juridiques, dans le cas des parents demandeurs d'asile notamment. Dans le groupe témoins il y avait une plus grande proportion de parents cadres et professions intellectuelles supérieures.

La comparaison des diagnostics posés dans chacun des groupes a mis en évidence un certain nombre de différences significatives :

- La prévalence des troubles internalisés était significativement plus élevée dans le groupe « enfants migrants » que dans le groupe témoins (p=0,048). Elle était également plus élevée dans le groupe « enfants de migrants » mais de manière non significative (p=0,15).

- Dans le groupe « enfants de migrants » la prévalence des troubles anxieux était significativement plus élevée que dans le groupe témoins (p=0,02).

- La prévalence de l'ESPT était significativement plus élevée dans le groupe « enfant migrants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques » que dans le groupe témoins (p=0,0001). Elle était également significativement plus élevée dans ce groupe que dans les groupes « enfants de migrants » (p=0,003) et « autres enfants migrants » (p=0,001).

- La prévalence du mutisme électif était significativement plus élevée dans les groupes « enfants migrants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques» (p=0,001) et « enfants de migrants » (p= 0,005) que dans le groupe témoins.

- Les enfants migrants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques présentaient un taux de prévalence d'ESPT et de mutisme électif significativement plus élevés que les « autres enfants migrants » (p=0,0001 et p=0,002).

- Parmi les enfants migrants, ceux dont les parents n'étaient pas demandeurs d'asile ou réfugiés politiques (« autres enfants migrants ») présentaient un taux de prévalence du syndrome dépressif significativement plus élevé que celui du groupe témoins (p=0,03).

- Le groupe « autres enfants migrants » présentait une prévalence significativement plus élevée de troubles des apprentissages que le groupe témoins (p=0,0002).

- La prévalence des troubles du développement de la parole et du langage était significativement plus élevée dans le groupe « enfants de migrants » que dans le groupe témoins (p=0,002).

- La comparaison entre « enfants migrants » et « enfants de migrants » retrouve une prévalence significativement plus élevée d'énurésie et de trouble de l'attachement chez les enfants n'ayant pas vécu la migration (p=0,04).

- Les groupes « enfants migrants » et « enfants de migrants » étaient significativement plus comorbides que le groupe témoins.

En ce qui concerne les troubles externalisés et les troubles du développement psychologique, retard mental et TED la prévalence était sensiblement la même dans les différents groupes, du moins les différences n'étaient pas significatives.

La répartition des troubles en fonction du sexe était celle retrouvée habituellement en population générale.

III.4.2. Analyse des résultats

L'évaluation de la santé mentale et du développement des enfants de migrants est à interpréter en prenant en considération le niveau socioéconomique des familles. Nous l'avons à nouveau constaté dans notre échantillon, les niveaux socioéconomiques des familles migrantes étaient inférieurs à ceux du groupe témoin. Des analyses au sein de chaque catégorie socioéconomique seraient intéressantes.

Selon Stevens & Vollebergh, la méthodologie de notre étude permet d'explorer l'effet de la migration parentale, et de celle de l'enfant dans le cas des « enfants migrants », mais sans se départir de « l'effet de minorité ethnique ».

Cependant, la distinction des enfants migrants de ceux nés en France et la constitution du sous-groupe « enfants migrants de parents demandeurs d'asile » sont intéressantes, notamment par l'exploration particulière de la symptomatologie des migrations « traumatiques ».

Les résultats de notre étude vont dans le sens de ceux relayés par la littérature sur le sujet. En effet, la prévalence des troubles internalisés était plus élevée dans le groupe « enfants migrants » avec une surreprésentation de l'ESPT et du mutisme électif chez les enfants migrants de parents demandeurs d'asile et une augmentation du syndrome dépressif et des troubles des apprentissages chez les enfants migrants de parents non demandeurs d'asile.

La prévalence de l'ESPT chez les enfants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques était de 37,9% (vs 1,3%, p=0,0001) et nous semble à mettre en lien avec les parcours particulièrement difficile de ces familles, souvent confrontées à une série d'évènements graves : persécutions sur la communauté et/ou la famille en lien avec un conflit politique, religieux, ou un règlement de compte à caractère « mafieux » comme cela arrive souvent dans une société en reconstruction au sortir d'une guerre. En effet, un certain nombre de facteurs de risques exposant les enfant réfugiés au développement d'un ESPT ont été déterminés (Fazel *et al.*, 2012), parmi lesquels : l'exposition à la violence pré et post-migratoire, l'isolement familial, la perception de discriminations, les déplacements forcés et les déménagement multiples dans le pays d'origine, l'exposition des parents à la violence, les difficultés financières, la configuration monoparentale de la famille et l'existence d'un ESPT chez un parent. Nous avons développé précédemment les différentes approches suggérant une transmission traumatique intergénérationnelle.

Le mutisme électif touchait 10,3% (vs 0%, p=0,001) de ces enfants et concernait d'avantage de garçons, ce qui n'est pas classique. Ce tableau peut se comprendre de notre point de vue à la fois comme un symptôme post-traumatique et d'autre part comme l'expression d'une forme de clivage chez l'enfant, résultant de la situation migratoire et transculturelle (Moro, 1994).

Les enfants migrants de parents non demandeurs d'asile présentaient quant à eux une élévation de la prévalence du syndrome dépressif à 10% (vs 3,2%, p=0,03). Ainsi, dans ce groupe également les troubles internalisés étaient au premier plan. Nous faisons pour notre part le lien avec le vécu de la migration, et les différentes pertes qui l'accompagne et sont à élaborer pour l'enfant, l'impact de cette migration sur la dynamique familiale et les conditions socioéconomiques en France.

Ces enfants présentaient d'avantage de troubles des apprentissages (18%) que les enfants de parents demandeurs d'asile ou réfugiés politiques (0%, p = 0,02). Si par le passé les réfugiés politiques en France étaient pour partie des intellectuels fuyant des systèmes totalitaires, il nous semble qu'aujourd'hui nombre de conflits jettent sur les routes des tranches entières d'une population sans réelle distinction de classe. Ainsi, nous aurions pu postuler que les enfants de parents demandeurs d'asile étaient issus de classes sociales élevées, dans lesquelles le rapport au savoir et à l'enseignement aurait été valorisé mais cela ne nous semble pas correspondre à la réalité de cette population. De plus, les politiques d'immigration actuelles encouragent nombre de migrants à entamer

une demande d'asile tellement les autres possibilités d'obtenir un titre de séjour sont restreintes. Certains auteurs formulent l'hypothèse d'un lien avec la situation de demande d'asile : « Les parcours administratifs de la demande d'asile sont caractérisés par leurs longueurs, leurs complexités, leurs issues souvent ressenties comme injustes et arbitraires. Ils occupent une place centrale dans la vie psychique des grands enfants et des adolescents, auxquels ne peuvent échapper les enjeux d'un refus. […] dans une volonté d'intégration parfaite pour « mériter » l'asile, les investissements scolaires sont souvent spectaculaires » (Asensi, 2014). Des études à plus grande échelles seraient intéressantes afin d'éclaircir cette question.

Le groupe des enfants de migrants, nés en France, se caractérisait par une augmentation de la prévalence des troubles anxieux (35,1% vs 20,5%, *p*=0,02), des troubles des apprentissages (12,3% vs 3,6%, *p*=0,01), du mutisme électif (3,5% vs 0%, *p*=0,005) et des troubles du développement de la parole et du langage (10,5% vs 1,8%, *p*=0,02). Nous comprenons ces résultats à la lumière des théories de M.R Moro, exposées précédemment, selon lesquelles clivage et inhibition peuvent s'exprimer par ces différents symptômes. Ce groupe était également plus comorbide que le groupe témoin et les troubles anxieux étaient fréquemment associés aux autres troubles.

En comparant les enfants nés en France et ceux nés à l'étranger, nous avons tenté d'explorer plus finement l'effet de la migration. Les enfants migrants présentaient significativement plus d'ESPT, cela est dû à l'effet du groupe « enfants de migrants de parents demandeurs d'asile » dont nous avons discuté précédemment. Chez les enfants migrants on retrouvait d'avantage de syndrome dépressif et nous avons exprimé plus haut notre interprétation de cette différence, en lien avec le vécu de la migration, elle n'était pas significative ici (*p*=0,31) et des études à plus grande échelle seraient nécessaires afin d'éclaircir la question.

Par ailleurs, les enfants nés en France montraient une augmentation de la prévalence de trouble de l'attachement (5,3% vs 0%, *p*=0,046) et nous faisons ici le lien avec la tonalité particulière que peuvent les interactions précoces entre des parents migrants et leur bébé né en France, particulièrement s'il agit du premier enfant né en France, dont plusieurs auteurs ont souligné la fragilité.

Enfin, dans notre échantillon des analyses par classe d'âge seraient intéressantes et mettraient peut-être mis en évidence des périodes sensibles, telles que Moro (1994) les a décrites comme périodes critiques d'expression de la vulnérabilité psychologique des enfants de migrants.

Conclusion

Les enfants de migrants sont, selon M-R Moro et ses collaborateurs, « exposés » à un risque particulier : « le risque transculturel ». La situation transculturelle, porteuse de potentialités dynamiques et créatrices, peut aussi impacter leur développement psychologique lorsque clivage et inhibition sont au-devant de la scène. En effet, elle est vectrice d'ouverture aux autres et au monde, et nous l'avons vu à travers l'exemple du bilinguisme, elle peut enrichir l'enfant de compétences particulières lorsqu'il lui est possible d'en tirer tous les profits. Dans d'autres cas, elle semble s'avérer confusionnante, source d'anxiété et de révélation d'une vulnérabilité spécifique aux enfants de migrants.

La situation des familles réfugiées et de leurs enfants est marquée par des parcours traumatiques, occasionnant chez les enfants des tableaux d'état de stress post-traumatiques, des troubles anxieux, des syndromes dépressifs, des troubles de l'attachement, un mutisme électif etc. Autant d'expressions cliniques que nous avons observées dans notre échantillon d'étude au sein de la population du CMPI Bordeaux OREAG. Dans ce travail en effet, les enfants migrants présentaient une prévalence nettement supérieure d'état de stress post-traumatique, ainsi que de mutisme électif et de syndrome dépressif. De même, les enfants de migrants étaient d'avantages sujets aux manifestations anxieuses et aux troubles de l'attachement. Ces résultats soutiennent l'existence du risque transculturel décrit par M.R Moro et dont les processus en jeu, mal connus, font l'objet de réflexions et de travaux multiples.

Pour les migrants ayant traversé des parcours traumatiques à plus d'un niveau, devenir parents en France est un enjeu de taille et les mères traumatisées sont particulièrement vulnérables, tant sur le plan social que psychique. A l'occasion de l'arrivée d'un enfant, il arrive que « les vulnérabilités se potentialisent jusqu'à mettre en péril leur santé psychique et par ricochet celle de leur bébé » (Mestre *et al*, 2012). Traumatismes passés et trauma migratoire entrent en résonance et différentes approches nourrissent l'hypothèse d'une transmission du traumatisme psychique du parent à l'enfant.

Les services de soins, l'école, et la société au sens large du pays d'émigration ont un rôle à jouer dans l'accueil de ces familles et l'évolution des enfants. En effet, des études ont montré l'effet protecteur chez les enfants d'expériences positives et soutenantes à l'école, de dispositifs de soutien à la parentalité et d'accompagnement de leurs parents (Fazel *et al,* 2012) , ainsi que la préservation d'un lien vivant à la culture d'origine et l'élaboration des traumatismes pré, per et post-migratoires (Goguikian, 2007).

Pour cela, des approches thérapeutiques basées sur l'articulation et la mise en jeu, au sens propre, des différentes cultures nous paraissent intéressantes. A titre d'exemple nous ferons référence à des initiatives originales telles que :

- La pratique d'ateliers contes bilingues, alternant conte issu de la culture occidentale et conte amené par les parents, racontés dans leur langue[30].
- L'alliance de médiation à type d'activités d'éveil aux langues en classe et de groupes parents/enfants en CMP, tel que Leclaire *et al* (2015) l'ont expérimenté. Ce dispositif avait permis à la famille « de se positionner comme expert de ses langues et de réinscrire celles-ci dans un récit. Les enfants se sont retrouvés ainsi placés au cœur d'un bain linguistique, bénéficiant de l'étayage parental et découvrant que ces langues pouvaient s'approcher de façon non-conflictuelle, complémentaire ».
- Les ateliers mère-bébé « accueil du nouveau-né »[31] permettant à un groupe de mère d'échanger autour de leur maternité en migration, et de partager les pratiques de maternage d'ici et d'ailleurs, afin de soutenir et réhabiliter leurs capacités et leurs intuitions maternelles, mises à mal par bien des facteurs.
- L'investigation particulière de l'histoire migratoire parentale, de son vécu et de ses modalités de transmission intrafamiliale, tel que l'envisagent Moro et son équipe dans l'ELAL d'Avicenne (voir annexe).

L'un des axes clé de ces pratiques est le travail avec interprète. Il est en effet primordial que parents et enfants puissent s'exprimer sans limitation, comme le prévoit le droit des usagers de la santé. D'autre part, l'accueil et la reconnaissance de l'altérité ainsi que le traitement de la langue maternelle à l'égal du français sont structurants pour les enfants.

Ainsi il nous semble incontournable d'inventer, d'imaginer avec et pour les enfants de notre époque mondialisée et multiculturelle, des dispositifs de soins, d'éducation, de loisirs et de vivre ensemble à leur image : métissés. Afin qu'ils continuent à bâtir des « ponts entre les mondes » (Moro, 2010).

[30] Pratiqués dans différents service de pédopsychiatrie (Bobigny, CSMI d'Eysines)
[31] Proposés par l'association Mana à Bordeaux

ANNEXES

Réfugiés et demandeurs d'asile : statuts juridiques.

Le statut de réfugié est régi par la Convention de Genève du 28 juillet 1951, complétée par le protocole de New York (dit aussi de Bellagio) du 31 janvier 1967 et par les articles L 713-1 à L 713-3 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda).

Il s'applique à :

« Toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité, et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels évènements, ne peut, ou en raison de la dite crainte, ne veut y retourner ».

Il peut également être reconnu à :

« Toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté », sur la base de l'alinéa 4 du préambule de la Constitution de 1946, mis en œuvre par l'article L.711 -1 du Ceseda.

Un demandeur d'asile est une personne qui dit être réfugié mais dont la demande d'asile est en cours d'examen. L'octroi du statut de réfugié donne accès à une carte de résident valable 10 ans et renouvelable. Durant la procédure d'examen de la demande d'asile, le demandeur ne bénéficie pas du droit de travailler et ne peut être expulsé.

La protection subsidiaire est accordée à :

« Toute personne qui ne remplit pas les conditions d'octroi du statut de réfugié […] et qui établit qu'elle est exposée dans son pays à l'une des menaces suivantes : la peine de mort ; la torture ou des peines et traitements inhumains ou dégradants ; s'agissant d'un civil, une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international. »

L'octroi de la protection subsidiaire donne accès à une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » valable un an et renouvelable.

L'ELAL d'Avicenne

FEUILLE DE PASSATION DU TEST ELAL (Evaluation Langagière pour Allophones et Primo Arrivants) d'Avicenne

Enfant :

Age : Date de naissance :

Langue utilisée : Interprète :

Chercheur :

Date de passation : Lieu de passation : Temps de passation :

Source : École / Service / Entourage

Résultats

Echelle de Production

1.1. Dénomination des couleurs _ /4pts

3.2. Dénombrement _ /2pts

5.3. Localisation spatiale _ /4pts

8.4.a. Lexique (images) _ /11pts

9.4.b. Lexique (objets) _ /11pts

Total EP **_ _ /32pts**

Echelle de Compréhension

2.1. Désignation des couleurs _ /8pts

4.2. Qualification d'états ou de formes _ /5pts

6.3. Localisation spatiale _ /4pts

7.5. Compréhension d'énoncés _ /3ts

11.5.c. Lexique (images) _ /12pts

Total EC **_ _ /32pts**

Echelle de Production de récit

10. Récit 1 _ _ /12pts

10. Récit 2 _ _ /12pts

10. Récit 3 _ _ /12pts

Total EP **_ _ /36pts**

Total EC + EP+EPR = _ _ /100pts

Commentaires sur la qualité de la langue et sur la passation : - - - - - - - - - - - - - -

1 - Production/ 1. Dénomination de couleurs

Base conceptuelle : reconnaître des couleurs et les nommer.

Conseil au chercheur : Préparez la planche et assistez l'interprète en montrant vous-même la planche. Vous devez vous-même noter les bonnes et mauvaises réponses au fur et à mesure. N'hésitez pas à aussi noter des remarques sur la passation.

Passation :

Prendre la planche avec les 10 couleurs

1. Montrez la couleur ROUGE
   Consigne : **« C'est quelle couleur? »**
2. Montrez la couleur JAUNE
   Consigne : **« C'est quelle couleur? »**
3. Montrez la couleur BLEUE
   Consigne : **« C'est quelle couleur? »**
4. Montrez la couleur NOIRE
   Consigne : **« C'est quelle couleur? »**

Attention : Il ne faut pas demander toutes les couleurs de la planche ! Seules quatre couleurs doivent être montrées et six avec l'utilisation de toute la besace.

BESACE :

5. Montrez la couleur VERTE
   Consigne : **« C'est quelle couleur? »**
6. Montrez la couleur ORANGE
   Consigne : **« C'est quelle couleur? »**

La besace est utilisée quand l'enfant a fait des erreurs.

Elle permet de lui donner d'autres chances.

Elle permet aussi un recours à d'autres items lorsque d'autres n'ont pas été traduisibles.

Notez les couleurs nommées par l'enfant.

Rouge => _ /1point
Jaune => _ /1point
Bleue => _ /1point
Noir => _ /1point

Besace :
Vert => _ /1point
Orange => _ /1point

1point par item réussi
si un ou deux des items sont échoués, comptez respectivement 1point pour chaque item besace réussi

4 points maximum au total

— / **4pts**

2 - Compréhension/ 1. Désignation de couleurs

Principe conceptuel : reconnaître des couleurs et les désigner.

Conseil au chercheur : Préparez la planche et assistez l'interprète en montrant vous-même la planche.

Passation :

Montrez à l'enfant la planche avec les 10 couleurs.

Consigne :

Regarde ces couleurs et

1. **Montre-moi : rouge**
2. **Montre-moi : bleu**
3. **Montre-moi : vert**
4. **Montre-moi : noir**
5. **Montre-moi : orange**
6. **Montre-moi : jaune**
7. **Montre-moi : blanc**
8. **Montre-moi : marron**

Attention!!!
L'interprète ne doit pas dire
« Montre-moi **le** rouge »
Ou « Montre-moi **du** rouge »
Bien dire la couleur seule

Notez les couleurs désignées par l'enfant.

Rouge => _ /1 point
Bleu => _ /1 point
Vert => _ /1 point
Noir => _ /1 point
Orange => _ /1 point
Jaune => _ /1 point
Blanc => _ /1 point
Marron => _ /1 point

_ / **8**pts

1 point par item réussi

8 points maximum au total

3 - Production/ 2. Dénombrement

Base conceptuelle : dénombrer dans une langue

Conseil au chercheur : Préparez les planches et assistez l'interprète en montrant vous-même les planches.

Passation :

L'interprète ne doit pas hésiter à prendre un instant pour rappeler à l'enfant que l'on essaye de savoir ce qu'il sait faire dans sa langue maternelle.

1. Montrez à l'enfant la planche n°1 (avec les 5 lapins)

   Consigne :
   « Combien y a-t-il de lapins ?
   Tu peux les compter avec ton doigt »

L'interprète ne peut répéter la consigne qu'une seule fois.

2. Si l'enfant réussit, montrez la planche n°2 (avec les 12 oiseaux)

   Consigne :
   « Combien y a-t-il d'oiseaux ?
   Tu peux les compter avec ton doigt »

L'interprète ne peut répéter la consigne qu'une seule fois.

---

cinq lapins => _ /1 point
douze oiseaux => _ /1 point

— / **2pts**

1 point par item réussi

2 points maximum au total

4 - Compréhension/ 2. Qualifications d'états ou de formes

Base conceptuelle : désigner les particularités simples telles que la taille ou l'état d'un objet.

Conseil au chercheur : Préparez les planches et assistez l'interprète en montrant vous-même les planches.

Passation :

Rappel : On ne peut répéter la consigne qu'une seule fois.

1. Montrez l'image avec le petit et le grand monsieur
   Consigne :
   Montre-moi « le grand monsieur » — Grand => _ /1 point

2. Montrez l'image avec le petit et le grand arbre
   Consigne :
   Montre-moi « le petit arbre » — Petit => _ /1 point

3. Montrez l'image avec les verres vide et plein
   Consigne :
   Montre-moi « le verre vide» — Vide => _ /1 point

4. Montrez l'image avec les chemises propre et sale
   Consigne :
   Montre-moi « la chemise sale » — Sale => _ /1 point

5. Montrez l'image avec les chats mouillé et sec
   Consigne :
   Montre-moi « le chat mouillé » — Mouillé => _ /1 point

Besace : si l'un des items précédents est échoué, faire passer l'item suivant : — Besace :

6. Montrez l'image avec les parapluies ouvert et fermé
   Consigne :
   Montre-moi « le parapluie ouvert » — Ouvert => _ /1point

1 point par item réussi si l'un des items est échoué, comptez 1 point pour l'item besace s'il est réussi 5 points maximum au total

_ / **5pts**

5 - Production/ 3. Localisation spatiale

Base conceptuelle : Localiser un objet, situer sa position par rapport à un objet servant de référence.

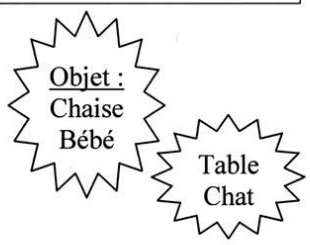
Conseil au chercheur : Préparez les objets : boîte, chaise, table, chat, bébé et maison, et assistez l'interprète en lui présentant les objets nécessaires.

Passation :

Consigne: **« Nous allons d'abord faire un exemple »**
Prenez la chaise et l'interprète dit :
« Regarde bien la chaise »
Mettez le chat derrière la chaise et l'interprète dit :
« Dis-moi où est le chat ? »

bonne réponse de l'enfant	**Réponse de l'interprète : « Oui, le chat est derrière la chaise »**
l'enfant pointe du doigt le chat et/ou dit : « il est là »	**« Oui, le chat est bien là mais je ne veux pas que tu me le montres, je voudrais que tu me le dises. Dis-moi où est le chat ? »**
Autre réponse	**« On peut dire aussi le chat est derrière la chaise »**

1. Prenez la chaise et l'interprète dit : **« Regarde bien la chaise »**
   Mettez le bébé sur la chaise et l'interprète dit :**« Dis-moi où est le bébé ? »**



2. Prenez la table et l'interprète dit : **« Regarde bien la table »**
   Mettez le chat sous la table et l'interprète dit : **« Dis-moi où est le chat ? »**

3. Prenez la maison et l'interprète dit : **« Regarde bien la maison »**
   Mettez le chat à côté de la maison et l'interprète dit : **« Dis-moi où est le chat ? »**

4. Prenez la boîte et l'interprète dit : **« Regarde bien la boite »**
   Mettez le chat dans la boîte et l'interprète dit : **« Dis-moi où est le chat ? »**

Sur => _ /1 point
Sous, Dessous => _ /1 point
A côté => _ /1 point
Dans => _ /1 point

— / **4pts**

1 point par item réussi

4 points maximum au total

6 - Compréhension/ 3. Localisation spatiale

Base conceptuelle : Localiser un objet, situer sa position par rapport à un objet servant de référence.

Conseil au chercheur : Préparez les planches et assistez l'interprète en montrant vous-même les planches.

Passation :

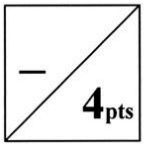
1. Montrez l'image n°1 (le chien et la niche)
   Consigne : **Montre-moi : « le chien est dans la niche »**

2. Montrez l'image n°2 (la chaussure et le lit)
   Consigne : **Montre-moi : « la chaussure est sous le lit »**

3. Montrez l'image n°3 (le chat et la chaise)
   Consigne : **Montre-moi : « le chat est sur la chaise »**

4. Montrez l'image n°4 (la voiture et le bus)
   Consigne : **Montre-moi : « la voiture est à côté du bus »**

Dans => _ /1 point
Sous => _ /1 point
Sur => _ /1 point
A côté => _ /1 point



1 point par item réussi

4 points maximum au total

7 - Compréhension/ 5. D'énoncés à thème et prédicat

Base conceptuelle : identifier une action et la dénommer, interpréter un énoncé à thème et prédicat.

Conseil au chercheur : Préparez les planches et assistez l'interprète en montrant vous-même les planches.

Passation :

1. Montrez la planche n°1 (quatre situations dont celle de la fille pleure)
   Consigne : **Montre-moi : « la fille pleure »**

2. Montrez la planche n°2 (quatre situations dont celle du garçon dort)
   Consigne : **Montre-moi : « le garçon dort »**

3. Montrez la planche n°3 (quatre situations dont celle de la fille mange)
   Consigne : **Montre-moi : « la fille mange »**

Attention!!!
Évitez de compliquer la consigne comme : "la fille **qui** pleure", cette remarque est à partager avec l'interprète.

Besace : si l'un des items précédents est échoué, faire passer l'item suivant :

4. Montrez la planche n°4 (quatre situations dont celle du garçon s'habille)
   Consigne : **Montre-moi : « le garçon s'habille »**

---

1 point par item réussi

si l'un des items est échoué, comptez 1 point pour l'item besace s'il est réussi

3 points maximum au total

la fille pleure => _ /1 point
le garçon dort => _ /1 point
la fille mange => _ /1 point

Besace :
le garçon s'habille => _ /1 point

_ / 3 pts

8 - Production/ 4. Lexique/ a. Sur images

Base conceptuelle : Désigner ou dénommer des images représentant des objets concrets.

Conseil au chercheur : Préparez les planches et assistez l'interprète en montrant vous-même les planches.

Passation :

Montrez l'image

Consigne : **« Dis-moi qu'est-ce que c'est ? »**

1. Maison
2. Table
3. Train
4. Cadeau
5. Arbre
6. Ciseau
7. Banane
8. Bonbon
9. Crayon
10. Ballon
11. Maïs (épi de maïs)

Besace : si l'un des items précédents est échoué, ou si une image ne peut être traduite dans la langue maternelle, faire passer l'item suivant :

12. Chocolat

Maison => _ /1 point
Table => _ /1 point
Train => _ /1 point
Cadeau => _ /1 point
Arbre => _ /1 point
Ciseau => _ /1 point
Banane => _ /1 point
Bonbon => _ /1 point
Crayon => _ /1 point (Stylo => 0 point)
Ballon => _ /1 point
Maïs => _ /1 point
Besace :
Chocolat=> _ /1 point

1 point par item réussi

si l'un des items est échoué, comptez un point pour l'item besace s'il est réussi

11 points maximum au total

_ / 11 pts

9 - Production/ 4. Lexique/ b. Sur objets

Base conceptuelle : désigner et dénommer des objets concrets.

Conseil au chercheur : Préparez les objets et assistez l'interprète en montrant vous-même les objets.

Passation :

Montrez l'objet

Consigne : **« Dis-moi qu'est-ce que c'est ? »**

1. Téléphone
2. Lunettes
3. Chaussures
4. Verre
5. Cuillère
6. Poule
7. Lapin
8. Montre
9. Mouton
10. Voiture
11. Riz

Besace : si l'un des items précédents est échoué, ou si un objet ne peut être désigné dans la langue maternelle, faire passer l'item suivant :

12. Assiette

Téléphone => _ /1 point (Portable => 1 point)
Lunettes => _ /1 point
Chaussures => _ /1 point
Verre => _ /1 point
Cuillère => _ /1 point
Poule => _ /1 point (Coq => 1 point)
Lapin => _ /1 point
Montre => _ /1 point
Mouton => _ /1 point
Voiture => _ /1 point
Riz => _ /1 point

1 point par item réussi

si l'un des items est échoué, comptez un point pour l'item besace s'il est réussi

11 points maximum au total

_ / 11 pts

Besace :

Assiette => _ /1 point

10 - Production/ 5. Récits

Base conceptuelle : identifier un actant, lier entre eux des événements simples et rendre compte de leur déroulement par un récit minimal.

> Mise en garde : ne pas dénommer le personnage, ni l'action qui se produit. Ne pas évoquer ce qui s'y passe dans la partie spontanée du récit.

Conseil au chercheur : Préparez les planches et assistez l'interprète en montrant vous-même les planches.
Assurez-vous que l'interprète a de quoi noter le récit de l'enfant. Vous pouvez enregistrer le récit avec un magnétophone si vous le souhaitez. Il faut que le récit spontané et celui produit à l'aide des questions soient différentiables. L'interprète doit noter le récit exact de l'enfant (avec toutes ses fautes) dans la langue de son choix.

Passation :

1. La pêche :
Montrez la série d'images.

Consigne : **« Regarde, ces images racontent une histoire. Est-ce que tu veux bien me la dire ? »**

Après la production spontanée de l'enfant, si les réponses aux questions suivantes ne font pas partie du récit spontané, l'interprète lui pose les questions correspondantes :
1.a. Montrez la première image et l'interprète demande **« Où sont les gens ? »**
1.b. Montrez la troisième image et l'interprète demande **« Que fait-il ? »**
1.c. Montrez la quatrième image et l'interprète demande **« Qu'est-ce qu'il se passe ? »**

2. Le football :
Montrez la série d'images.

Consigne : **« Regarde, ces images racontent une histoire. Est-ce que tu veux bien me la dire ? »**

Après la production spontanée de l'enfant, si les réponses aux questions suivantes ne font pas partie du récit spontané, l'interprète lui pose les questions correspondantes :
2.a. Montrez la première image et l'interprète demande **« Qu'est-ce qu'il se passe ? »**
2.b. Montrez la troisième image et l'interprète demande **« Pourquoi pleure-t-il ? »**
2.c. Montrez la quatrième image et l'interprète demande **« Que fait la maman ? »**

3. La dame qui oublie son sac
Montrez la série d'images.

Consigne : **« Regarde, ces images racontent une histoire. Est-ce que tu veux bien me la dire ? »**

Après la production spontanée de l'enfant, si les réponses aux questions suivantes ne font pas partie du récit spontané, l'interprète lui pose les questions correspondantes :
3.a. Montrez la deuxième image et l'interprète demande **« A qui est le sac ? »**
3.b. Montrez la troisième image et l'interprète demande **« Que fait la petite fille ? »**
3.c. Montrez la quatrième image et l'interprète demande **« Pourquoi la dame donne-t-elle une sucette à la petite fille ? »**

4 points par récit comprenant :

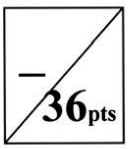
A 3 en spontané ou 1 avec l'aide des questions pour l'identification du protagoniste principal ou des acteurs

B 3 en spontané ou 1 avec l'aide des questions pour l'action principale

C 3 en spontané ou 1 avec l'aide des questions pour une des actions qui fondent l'évolution du récit

D 3 en spontané ou 1 avec l'aide des questions pour l'expression du dénouement de l'histoire (chute) ou pour tout autre élément de chronologie

	1	1a	1b	1c	2	2a	2b	2c	3	3a	3b	3c
A												
B												
C												
D												
Total	/12 pts				/12 pts				/12 pts			



11 - Compréhension/ 5. Lexique/ c. Sur images

Base conceptuelle : désigner ou dénommer des images représentants des objets concrets.

Conseil au chercheur : Préparez les planches et assistez l'interprète en montrant vous-même les planches.

Passation :

1. Montrez la planche d'images n°1
   Consigne : **Montre-moi : « chapeau »**
   Montre-moi : « bouteille »
   Montre-moi : « poisson »
   Montre-moi : « roue »

2. Montrez la planche d'images n°2
   Consigne : **Montre-moi : « cheval »**
   Montre-moi : « tracteur »
   Montre-moi : « œuf »
   Montre-moi : « robinet »

3. Montrez la planche d'images n°3
   Consigne : **Montre-moi : « pomme »**
   Montre-moi : « poule »
   Montre-moi : « clé »
   Montre-moi : « fleur »

Chapeau => _ /1 point
Bouteille => _ /1 point
Poisson => _ /1 point
Roue => _ /1 point
Cheval => _ /1 point
Tracteur => _ /1 point
Œuf => _ /1 point
Robinet => _ /1 point
Pomme => _ /1 point
Poule => _ /1 point
Clé => _ /1 point
Fleur => _ /1 point

1 point par item réussi
12 points maximum au total

_ / 12pts

Classification DC 0-3 R

- **Axe 1. Troubles cliniques**

- 100. Etat de stress posttraumatique
- 150. Trouble réactionnel aux situations de carence ou de maltraitance
- 200. Troubles des affects
- 210. Deuil Prolongé / Réaction à la perte
- 220. Troubles anxieux de la première et de la petite enfance

    22 1. Anxiété de séparation

    222. Phobie spécifique

    223. Anxiété sociale (Phobie sociale)

    224. Anxiété généralisée

    225. Trouble anxieux non spécifié

- 230 .Dépression de la première et de la petite enfance

    231. Type 1: *Dépression majeure*

    232. Type 2: *Dépression non spécifiée*

- 240 .Trouble mixte de l'expression émotionnelle
- 300. Trouble de l'ajustement
- 400 .Troubles de la régulation du traitement sensoriel
- 410. Hypersensible

    411. Type A: Craintif 1 Prudent

    412. Type B : *Opposant 1 Provoquant*

- 420 .Hyposensible / Sous-Réactif
- 430 .En recherche de stimulation sensorielle / Impulsif
- 500 .Troubles du comportement du sommeil
- 510. Troubles de l'endormissement
- 520. Troubles de la durée du sommeil
- 600. Troubles du comportement alimentaire

    601. Trouble alimentaire lié à *la régulation des états d'éveil*

    602. Trouble alimentaire lié à *la réciprocité parent-bébé*

    603. Anorexie du bébé et du jeune enfant

604. Aversions sensorielles pour la nourriture

605. Trouble alimentaire associé à *un trouble somatique*

606. Troubles alimentaires liés à *une atteinte de l'appareil gastro-intestinal*

- 700. Troubles de la relation et de la communication
- 710. Trouble du développement multi-système
- 800. Autres diagnostics (DSM-IV-TR ou CIM 10)

- **Axe II. Classification des Troubles de la relation**

- Le PIR-GAS et le RPCL
- L'échelle d'évaluation des relations parents-enfant (PIR-GAS)
- L'inventaire des difficultés relationnelles (RPC)

Description des caractéristiques relationnelles

- **Axe III. Affections médicales et Troubles du développement**

- **Axe IV. Facteurs de stress psychosociaux**

- Inventaire des facteurs de stress psychosociaux

- **Axe V. Fonctionnement émotionnel et social**

- Evaluer les compétences dans le domaine du fonctionnement social et émotionnel

Echelle d'évaluation du fonctionnement social et émotionnel

La théorie de l'attachement (selon Guedeney, 2012)

La théorie de l'attachement définit l'attachement comme un système de régulation du stress et de la peur, à travers la recherche de proximité et de sécurité du bébé auprès d'une personne spécifique, le caregiver, en situation de détresse ou d'alarme. Le système motivationnel du « caregiving » est le système qui déclenche la dimension des soins parentaux qui répondent aux besoins d'attachement. Il pousse le parent à répondre en donnant la proximité, la protection et le réconfort à son bébé qui est en détresse ou en proie à l'alarme. Ils se sont construits à partir des interactions réelles entre l'enfant et chacune de ses figures d'attachement, lorsque l'enfant a été en situation de détresse et/ou d'alarme. Ces représentations sont donc éveillées chaque fois que l'enfant est dans un contexte qui active son attachement.

À partir de l'étude des effets des séparations précoces, et de modèles théoriques issus de l'éthologie et de la cybernétique, Bowlby propose que l'attachement soit un instinct primaire, qu'il ne soit pas lié à la satisfaction des besoins. Le bébé cherche la proximité de sa mère, par besoin de sécurité, et pour augmenter ses chances de survie. Le bébé marque progressivement une préférence pour sa mère, son père et pour ses quelques proches qui est nette à partir de l'âge de 7 mois, avec une angoisse vis-à-vis de l'étranger et une peur de la séparation. Dans les situations stressantes, de séparation, de douleur, d'anxiété, l'enfant se retourne vers sa mère comme vers une « base de sécurité ». La socialisation se constitue par l'exploration du bébé « sécure », à partir de cette base de sécurité. À partir de 3 ans, la recherche de proximité s'efface au profit de la coopération dans le jeu, l'apprentissage, et les tâches en général. Dès l'âge de 1 an, l'enfant est capable de généraliser ses expériences de relations affectives ; il a construit un modèle interne qui guide ses attentes, le modèle interne opérant de ses relations. Si l'on s'est occupé de lui avec sensibilité, il s'attend à ce que l'on réponde rapidement et efficacement à ses demandes. Il développe alors le sentiment de sa propre valeur, et il peut avec confiance rechercher le contact avec l'autre. C'est l'attachement dit « sécure », de type B, qui concerne 60 % des enfants dans une population non clinique. En revanche, si la réponse a été imprévisible, l'enfant développe les stratégies dans lesquelles il réagit avec colère (attachement dit résistant, type C). Si la réponse que reçoit l'enfant indique qu'il vaudrait mieux qu'il se débrouille seul, sans faire appel, il aura tendance à minimiser ses propres besoins affectifs (attachement dit évitant, type A). La fréquence globale des attachements insécures (C et A) est d'environ 30 % en population tout-venant. Enfin, si l'enfant est soumis à des relations violentes, sous forme d'effroi et d'abus ou bien s'il est exposé à des parents figés dans un deuil ou une dépression majeure, ou encore absorbés dans leur propre imagerie mentale, sans lien avec lui, alors l'enfant ne peut plus élaborer de stratégie, coincé entre sa peur et l'activation de son besoin d'attachement, sans possibilité de terminaison de l'activation du comportement d'attachement, et son attachement se désorganise (attachement désorganisé, type D, 10 à 15 %).

Adult Attachment Interview (AAI) (selon Ouss-Ryngaert, 2006)

Entretien semi-structuré destiné aux adultes, qui porte sur l'état d'esprit actuel vis-à-vis de l'attachement de la personne interrogée. Il porte sur la relation du sujet avec chacun de ses parents, sur ses propres expériences de séparation, abus, rejet et deuil, l'évolution des relations avec ses figures d'attachement, puis sur les expériences qu'il a avec ses propres enfants. La cotation se porte sur la structure plus que sur le contenu de l'entretien, en examinant la cohérence du discours, notamment entre adjectifs donnés pour chacun des parents (mémoire sémantique) et les exemples fournis pour les illustrer (mémoire épisodique). L'AAI permet ainsi de déterminer les catégories d'attachement selon quatre catégories : sécure, détaché, préoccupé et non résolu/désorganisé.

Main M, Goldwyn R. Adult Attachment Interview scoring classification system. Scoring manual. Berkeley: University of California – Department of Psychology, 1985-1994, non publié.

Situation Etrange d'Ainsworth (selon Ouss-Ryngaert, 2006)

Situation expérimentale, mise au point pour les enfants à partir de 12 mois, visant à rendre compte de la manière dont l'enfant organise son comportement envers la figure d'attachement. Le phénomène de la base de la sécurité y est observé par la réduction du jeu et de l'exploration en présence de l'étranger. L'observateur note la réaction de l'enfant devant 8 épisodes de trois minutes impliquant des séparations et retrouvailles entre la mère et l'enfant, ainsi que l'introduction d'une personne non familière à l'enfant. La situation est enregistrée en vidéo. La cotation s'organise selon deux systèmes :

- Catégorie en termes de patterns d'attachement : A = attachement insécure évitant ; B = attachement sécure ; C = attachement insécure ambivalent ; D = attachement insécure désorganisé, désorienté. Cette catégorisation est stable de 12 à 18 mois.
- Selon 6 échelles dites « interactives », prenant en compte le comportement de l'adulte en même temps que celui de l'enfant : recherche de proximité et contact, du maintien du contact, de la résistance au contact, de l'évitement, de l'interaction à distance, de la recherche de la personne disparue.

Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS 2003)

Niveau 2- Liste des catégories socioprofessionnelles de publication courante

Code	Libellé
1	**Agriculteurs exploitants**
10	Agriculteurs exploitants
2	**Artisans, commerçants et chefs d'entreprise**
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3	**Cadres et professions intellectuelles supérieures**
31	Professions libérales et assimilés
33	Cadres de la fonction publique
34	Professeurs, profession scientifique (médecins)
35	Profession de l'information, des arts et des spectacle
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
38	Ingénieur et cadre techniques d'entreprise
4	**Professions Intermédiaires**
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
43	Profession intermédiaire de la santé et du travail social
46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
47	Techniciens
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
5	**Employés**
51	Employés civils et agents de service de la fonction publique
53	Policiers et militaires
54	Employés administratifs d'entreprise
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers
6	**Ouvriers**
62	Ouvriers qualifiés de type industriel
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
64	Chauffeur
65	Ouvriers qualifies de la manutention, du magasinage et du transport
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
69	Ouvriers agricoles
7	**Retraités**
71	Anciens agriculteurs exploitants
72	Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
73	Anciens cadres et professions intermédiaires
76	Anciens employés et ouvriers
8	**Autres personnes sans activité professionnelle**
84	Elèves étudiants
85	Personnes sans activité professionnelle de moins de 60 ans (autres que retraités)

Diagnostics CIM-10 et ensembles nosographiques dans l'étude

Troubles internalisés :

- Troubles anxieux :
  - F40.0 Agoraphobie

    .00 sans trouble panique

    .01 avec trouble panique

  - F40.1 Phobies sociales
  - F40.2 Phobies spécifiques (isolées)
  - F40.8 Autres troubles anxieux phobiques
  - F40.9 Troubles anxieux phobique, sans précision
  - F41.0 Trouble panique
  - F41.1 Anxiété généralisée
  - F41.8 Autres troubles anxieux spécifiés
  - F41.9 Troubles anxieux, sans précision
  - F42.9 Trouble obsessionnel-compulsif, sans précision
  - F43.20 Réaction aiguë à un facteur de stress
    - .00 léger
    - .01 moyen
    - .02 sévère
    - F93.0 Angoisse de séparation de l'enfance
    - F93.1 Trouble anxieux phobique de l'enfance
    - F93.2 Anxiété sociale de l'enfance
    - F93.80 Anxiété généralisée de l'enfance
- ESPT : F43.1 Etat de stress post-traumatique
- Syndrome dépressif :
  - F32.0 Episode dépressif léger
  - F32.1 Episode dépressif moyen
  - F43.2 Trouble de l'adaptation

    .20 réaction dépressive brève

    .21 réaction dépressive prolongée

- Syndrome anxio-dépressif :
  - F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte
  - F43.2 Trouble de l'adaptation

    .22 réaction mixte, anxieuse et dépressive

- Mutisme électif : F94.0 Mutisme électif
- Trouble émotionnel débutant spécifiquement dans l'enfance :
    - F93.3 Rivalité dans la fratrie
    - F93.8 Autres troubles émotionnels de l'enfance
    - F93.9 Trouble émotionnel de l'enfance, sans précision
    - F98.8 Autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfanc ou l'adolescence
    - F98.9 Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement pendant l'enfance ou l'adolescence, sans précision

Troubles externalisés :

- Trouble hyperkinétique
    - F90.0 Perturbation de l'activité et de l'attention
    - F90.1 Trouble hyperkinétique et trouble des conduites
    - F90.8 Autres troubles hyperkinétiques
    - F90.9 Trouble hyperkinétique, sans précision
- Troubles des conduites :
    - F91.0 Trouble des conduites limité au milieu familial
    - F91.1 Trouble des conduites, type mal socialisé
    - F91.2 Trouble des conduites, type socialisé
    - F91.3 Trouble oppositionnel avec provocation
    - F91.8 Autres troubles des conduites
    - F91.9 Trouble des conduites, sans précision
- Troubles mixtes des conduites et des émotions :
    - F92.0 Troubles des conduites avec dépression
    - F92.8 Autres troubles des conduites et des émotions
    - F92.9 Trouble mixte des conduites et des émotions, sans précision

Troubles développementaux :

- Trouble du développement psychologique, retard mental et TED :
    - F29.0 Psychose non organique, sans précision
    - F70 Retard mental léger
    - F71 Retard mental moyen
    - F79 Retard mental, sans précision
    - F83 Troubles spécifiques mixtes du développement
    - F84 Troubles envahissants du développement
    - F84.0 Autisme infantile
    - F84.1 Autisme atypique

- F84.4 Trouble hyperkinétique associé à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
- F84.5 Syndrome d'Asperger
- F84.8 Autres troubles envahissants du développement
- F84.9 Trouble envahissant du développement, sans précision
- F88 Autres troubles du développement psychologique
- F89 Trouble du développement psychologique, sans précision

- Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage :
  - F80.0 Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation
  - F80.1 Trouble de l'acquisition du langage, type expressif
  - F80.2 Trouble de l'acquisition du langage, type réceptif
  - F80.9 Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision
- Troubles des apprentissages :
  - F81 Troubles spécifiques des acquisitions scolaires
  - F81.0 Trouble spécifique de la lecture
  - F81.1 Trouble spécifique de l'orthographe
  - F81.2 Trouble spécifique de l'arithmétique
  - F81.3 Trouble mixte des acquisitions scolaires
  - F81.8 Autres troubles des acquisitions scolaires
  - F81.9 Troubles des acquisitions scolaires, sans précision

Autres :

- Enurésie : F98.0 Enurésie non organique
- Encoprésie : F98.1 Encoprésie non organique
- Troubles de l'alimentation :
  - F50.0 Anorexie mentale
  - F50.9 Trouble de l'alimentation, sans précision
- Troubles du sommeil :
  - F51.0 Insomnie non organique
  - F51.4 Terreurs nocturnes
  - F51.9 Trouble du sommeil non organique, sans précision
- Troubles de l'attachement :
  - F94.1 Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance
  - F94.2 Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance, avec désinhibition
  - F94.8 Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance
  - F94.9 Trouble du fonctionnement social de l'enfance, sans précision
- Trouble de la personnalité : F60.9 Trouble de la personnalité, sans précision

Absence de trouble : Z004 : examen psychiatrique général

« Car il est évident que, toujours on part mais que jamais, on ne revient. »

(Grinberg & Grinberg, 1986)

BIBLIOGRAPHIE

Abdelilah-Baer, B., & Abdelilah, M. (2002). Vous avez dit bilingue ? Le gakie schot et le pinichon... Médecine et enfance, p. 291‑295.

Abraham, N., & Torok, M. (1987). L'écorce et le noyau (Flammarion).

Altounian, C. (2001). " La survivance, traduire le trauma collectif ? de Janine Altounian. Revue française de psychanalyse, 65(3),

Altounian, J. (1995). Traduire les restes: La langue des survivants. Lignes, 26(3), 59.

Altounian, J. (2005). Événements traumatiques et transmission psychique: La survivance. Traduire le trauma collectif. Dialogue, 168(2), 55.

Altounian, J. (2009). L'amour particulier d'un trésor terrifiant. In M. Sassolas, Transmissions et soins psychiques (p. 75). ERES.

Altounian, J. (2014). L'intraduisible entre les échos chaleureux et meurtriers d'une même langue. Cliniques méditerranéennes,

Altounian, Janine. (1996). Ce que transmettent pères sans patrie et mères sans ailleurs. Revue Française de psychanalyse, (60), 199‑210.

Al-Turkait, F. A., & Ohaeri, J. U. (2008). Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2(12), 12.

Anthony, J.L, Chiland, C., & Koupernik, C. (1982). L'enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable (Presses Universitaires de France). Paris.

Asensi, Hélène. (2014). Les effets de la situation d'exil sur le développement de l'enfant : les enfants réfugiés. In Devenir des traumas d'enfance (La Pensée Sauvage, p. 229‑249). France.

Attias-Donfut, Claudine, & Wolff, François-Charles. (2009). Le destin des enfants d'immigrés, un désenchaînement des générations (Stock).

Aulagnier, P. (1975). La violence de l'interprétation - du pictogramme à l'énoncé (PUF). Paris.

Bailly, Lionel. (2003). Les syndromes psychotraumatiques chez l'enfant. In Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire (Dunod, p. 193‑202). Paris.

Barac, R., & Bialystok, E. (2012). Bilingual Effects on Cognitive and Linguistic Development: Role of Language, Cultural Background, and Education: Language, Culture, Education, and Bilingualism. Child Development

Bar-On, D., Eland, J., Kleber, R. J., Krell, R., Moore, Y., Sagi, A., … van IJzendoorn, M. H. (1998). Multigenerational perspectives on coping with the Holocaust experience: An attachment perspective for understanding the developmental sequelae of trauma across generations. International Journal of Behavioral Development, 22(2), 315–338.

Barrois, C. (1998). Les névroses traumatiques (Dunod). France.

Barry, A. (2001). La double inscription du migrant. Essaim, 8(2), 71.

Bathia, S, & Ram, A. (2001). Rethinking « acculturation » in relation to diasporic cultures and postcolonial identities. Human Development, 44, 1‑17.

Baubet, T. (2005). Culture et diagnostic psychique : l'utilisation du « guide de formulation culturelle » du DSM-IV en clinique. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 163(1), 38‑44.

Baubet, Thierry. (2008). Effroi et métamorphose, psychothérapie transculturelle des névroses traumatiques en situation d'impasse thérapeutique (Psychologie). Paris 13, Paris.

Baubet, T., Lachal, C., Ouss-Ryngaert, L., & Moro, M. R. (2006). Bébés et traumas. La pensée sauvage.

Baubet, T., Taïeb, O., Pradère, J., & Moro, M.-R. (2003). Traumatismes psychiques dans la première enfance. Sémiologie, diagnostic et traitement. In EMC-Psychiatrie (Vol. 1, p. 15–22).

Baudouin, J.-Y., & Tiberghien, G. (2007). Psychologie cognitive, Tome 1. Bréal.

Becker, D. (1994). Échec scolaire ou école en échec ? Têtes dures, têtes vides : l'échec scolaire des Portugais en France (L'Harmattan). Paris.

Beiser, Morton. (1995). Immigrant and refugee children in Canada. Canadian journal of psychiatry, 40(2), 67 ‑ 72.

Belhadj Kouider, E., Koglin, U., & Petermann, F. (2014). Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. European Child & Adolescent Psychiatry, 23(6), 373‑391.

Belhadj Kouider, E., Koglin, U., & Petermann, F. (2015). Emotional and Behavioral Problems in Migrant Children and Adolescents in American Countries: A Systematic Review. Journal of Immigrant and Minority Health, 17(4), 1240‑1258.

Ben Rejeb, R. (2001). Intelligence, test et culture, le contexte tunisien. (L'Harmattan). Paris.

Benslama, F. (1997). Les transfuges. In Quelle identité dans l'exil ? (L'Harmattan, p. 21‑36). Paris.

Berry, J.W, & Sam, D. (1997). Acculturation and adaptation. In Handbook of cross-cultural psychology, Vol. 3, Social behavior and applications (Allyn and Bacon, p. 291‑326). Boston.

Bialystok, E., & Barac, R. (2012). Emerging bilingualism: Dissociating advantages for metalinguistic awareness and executive control. Cognition, 122(1), 67‑73.

Bibeau, Gilles. (1997). Cultural Psychiatry in a Creolizing World : Questions for a New Research Agenda. Transcultural Psychiatry, 34(1), 9‑41.

Bion, WR. (1962). Aux source de l'expérience (PUF). Paris.

Bosquet Enlow, M., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M., & Wright, R. J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. Infant Behavior and Development, 34(4), 487‑503.

Bouche-Florin, L., & Mercadante, A. (2010). Approche psychosociale et transculturelle des processus de construction de « l'être-mère » dans un groupe de parole. Enfances & Psy, 48(3), 75.

Bouche-Florin, L., Skandrani, S. M., & Moro, M. R. (2007). La construction identitaire chez l'adolescent de parents migrants. Analyse croisée du processus identitaire. Santé mentale au Québec, 32(1), 213.

Bowlby J. (1978). Attachment and loss. Paris: PUF.

Boyle, M. H., & Lipman, E. L. (2002). Do places matter? Socioeconomic disadvantage and behavioral problems of children in Canada. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70(2), 378‑389. http://doi.org/10.1037//0022-006X.70.2.378

Braakman, M. H., Kortmann, F. A. M., & van den Brink, W. (2009). Validity of post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features: a review of the evidence. Acta Psychiatrica Scandinavica, 119(1), 15‑24.

Branche, Raphaëlle. (2001). La torture et l'armée pendant la guerre d'Algérie (1954-1962) (Gallimard). France.

Broder, G. (2006). Représentations maternelles pendant la grossesse et événement traumatique. L'Autre, 7(1), 151.

Broder, Gaëlle. (2004). Représentation maternelles pendant la grossesse et événement traumatique : analyse de cinq situations cliniques (Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine). Aix-Marseille II.

Brody, G. H., Conger, R., Gibbons, F. X., Ge, X., McBride Murry, V., Gerrard, M., & Simons, R. L. (2001). The influence of neighborhood disadvantage, collective socialization, and parenting on African American children's affiliation with deviant peers. Child development, 72(4), 1231–1246.

Bydlowski, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. Etudes freudiennes, 32, 2‑9.

Bydlowski, M. (1997). La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité (Presses Universitaires de France). Paris.

Bydlowski, M. (2001). Le « mandat transgénérationnel » selon Serge Lebovici. Spirale, 17(1), 23.

Calicis, F. (2014). Les héritages familiaux : comment faire avec nos loyautés ? Cahiers de psychologie clinique, 43(2), 81.

Camara, H. (2015). Pourquoi faut-il défendre le bilinguisme des enfants de migrants ?: L'exemple du bilinguisme soninké-français. Le Carnet PSY, 188(3), 31. http://doi.org/10.3917/lcp.188.0031

Camilieri, C. (1990). Stratégies identitaires (Presses Universitaires de France). Paris.

Catalán, R., Gallart, J. M., Castellanos, J. M., & Galard, R. (1998). Plasma corticotropin-releasing factor in depressive disorders. Biological psychiatry, 44(1), 15–20.

Chapellon, S. (2011). L'enfant de migrant est-il soluble dans l'école? Réflexion autour des effets trans-familiaux de la migration. Nouvelle revue de psychosociologie, (1), 207–220.

Chapellon, Sebastien. (2008). Pathologie de migrants ? Réflexions sur la dynamique psychique des sujets émigrés autour de la nouvelle Amok. Psychologie & éducation, 1, 11‑29.

Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social Bonds and Posttraumatic Stress Disorder. Annual Review of Psychology, 59(1), 301‑328.

Chen X. Tse. (2010). HCH: social and psychological adjustment of Chinese Canadian children. Int J Beh Dev, 34, 330‑8.

Cherki, Alice. (2005). Colonies la lettre en souffrances. In La chose traumatique (L'Harmattan, p. 71‑8). Paris.

Chiland, C. (1971). L'enfant de six ans et son avenir (PUF). Paris.

Child/Adolescent Behavioral and Emotional Problems: Implications of Cross-Informant Correlations for Situational Specificity. (1987). Psychological Bulletin, 101(2), 213‑232.

Cicchetti, D, & Rogosch, FA. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. Development and psychopathology, 9(4).

Ciccone, A. (2014). Transmission psychique et fantasme de transmission. La parentalité à l'épreuve. Cahiers de psychologie clinique, 43(2), 59. http://doi.org/10.3917/cpc.043.0059

Couëtoux-Jungman, F., Wendland, J., Aidane, E., Rabain, D., Plaza, M., & Lécuyer, R. (2010). Bilinguisme, plurilinguisme et petite enfance: Intérêt de la prise en compte du contexte linguistique de l'enfant dans l'évaluation et le soin des difficultés de développement précoce. Devenir, 22(4), 293.

Cyrulnik, B. (2002). Un merveilleux malheur (Odile Jacob).

Daglar, M., Melhuish, E., & Barnes, J. (2011). Parenting and preschool child behaviour among Turkish immigrant, migrant

and nonmigrant families. European Journal fo Developmental Psychology, 8, 261‑279.
Dahoun, Z. (1995). Les Couleurs du silence. Le mutisme des enfants de migrants (Calmann Lévy). Paris.
Danieli, Y. (1998). International handbook of multigenerational legacies of trauma (Plenum Press). New York.
Danielson, C. K., Hankin, B. L., & Badanes, L. S. (2015). Youth offspring of mothers with posttraumatic stress disorder have altered stress reactivity in response to a laboratory stressor. Psychoneuroendocrinology, 53, 170‑178.
Das-Munshi, J., Clark, C., Dewey, M. E., Leavey, G., Stansfeld, S. A., & Prince, M. J. (2014). Born into adversity: psychological distress in two birth cohorts of second-generation Irish children growing up in Britain. Journal of Public Health, 36(1), 92‑103.
Daure, I. (2010). Familles entre deux cultures. Dynamiques relationnelles et prise en charge systémique (Fabert). Paris.
Daure, Ivy. (2011). Transmettre pour une migration réussie. In Transmission familiale et interculturelle. Ruptures, aménagements, créations (In Press). France.
De Haene, L., Grietens, H., & Verschueren, K. (2010). Adult attachment in the context of refugee traumatisation: the impact of organized violence and forced separation on parental states of mind regarding attachment. Attachment & Human Development, 12(3), 249‑264.
Denoux, P. (2007). La trajectoire comme facteur associé à l'étiopathogénie des troubles mentaux dans la migration. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 165(7), 492‑502. http://doi.org/10.1016/j.amp.2005.01.010
Desplechin, F. (2015). L'identité dans l'exil: entre crainte de l'oubli et fantasme inconscient de trahison. Le travail clinique auprès de demandeurs d'asile. L'information psychiatrique, 91(1), 45–52.
Devereux, G. (1970). Essais d'ethnopsychiatrie générale (Gallimard). Paris.
Devereux, G. (1985). L'image de l'enfant dans deux tribus : Mohave et Sedang. Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie, (4), 109‑120.
Di Meo, S., van den Hove, C., Serre-Pradère, G., Simon, A., Moro, M. R., & Baubet, T. (2015). Le mutisme extra-familial chez les enfants de migrants. Le silence de Sandia. L'information psychiatrique, 91(3), 217.
Douville, O. (2001). Clinique de la filiation à l'épreuve de l'exil : l'enfant-symptôme aux lieux de sa mère. Cliniques méditerranéennes, 64(2), 41.
Douville, O., & Galap, J. (1999). Santé mentale des migrants et réfugiés en France. Encyclopédie médico-chirurgicale, 37–880.
Duarte, C. S., Bird, H. R., Shrout, P. E., Wu, P., Lewis-Fernandéz, R., Shen, S., & Canino, G. (2008). Culture and psychiatric symptoms in Puerto Rican children: longitudinal results from one ethnic group in two contexts. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49(5), 563‑572.
Duncan, G. J., & Brooks-Gunn, J. (2000). Family poverty, welfare reform, and child development. Child development, 71(1), 188–196.
Eisenbruch, M. (1988). The mental health of refugee children and their cultural development. International Migration Revue, 22, 282‑300.
Engel, S. M., Berkowitz, G. S., Wolff, M. S., & Yehuda, R. (2005). Psychological trauma associated with the World Trade Center attacks and its effect on pregnancy outcome. Paediatric and perinatal epidemiology, 19(5), 334–341.
Ensink, Karin K, Normandin, L, Target, M, Fonagy, P, Sabourin, S, & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. The British journal of developmental psychology, 33(2), 203 ‑ 217.
Faimberg, H. (1993). Le télescopage des générations. In Transmission de la vie psychique entre générations (Dunod).
Fazel, Mina, Wheeler, Jeremy, & Danesh, John. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. The Lancet, 365, 1309‑14.
Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. The Lancet. http://doi.org/10.1016/S0140- 6736(11)60051-2
Fazel, M., & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. Archives of disease in childhood, 87(5), 366–370.
Fazel, M., Stein, A., & others. (2003). Mental health of refugee children: comparative study. BMJ, 327(7407), 134.
Ferenczi, Sandor. (1990). Psychanalyse IV, Œuvres complètes 1927-1933 (Payot, Vol. 1). Paris.
Fonagy, P. (1999). The transgenerational transmission of holocaust trauma. Lesons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. Attachment & Human Development, 1(1), 92‑114.
Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. Child development, 62(5), 891–905.
Fraiberg, Selma, Adelson, Edna, & Shapiro, Vivian. (1983). Fantômes dans la chambre d'enfant. Une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson. Psychiatrie de l'enfant, XXVI(1).
Franklin, T. B., Russig, H., Weiss, I. C., Gräff, J., Linder, N., Michalon, A., … Mansuy, I. M. (2010). Epigenetic Transmission of the Impact of Early Stress Across Generations. Biological Psychiatry, 68(5), 408‑415.
Freud, Anna. (1982). Avant-Propos. In L'enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable (Presses Universitaires de France). Paris.

Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir (PUF, Vol. Tome XV). Paris.
Freud, S. (1985). Pour introduire le narcissisme. In La vie sexuelle (PUF). Paris.
Fumeaux, P., Revol, O., & Hunziker, B. (2013). Candidat à l'échec scolaire incompris et ignoré : l'enfant de migrants. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 61(4), 243‑249. http://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.03.006
Gaber, T. J., Bouyrakhen, S., Herpertz-Dahlmann, B., Hagenah, U., Holtmann, M., Freitag, C. M., … Zepf, F. D. (2013). Migration background and juvenile mental health: a descriptive retrospective analysis of diagnostic rates of psychiatric disorders in young people. Global Health Action, 6(0).
Georgiades, K., Boyle, M. H., & Duku, E. (2007). Contextual influences on children's mental health and school performance: The moderating effects of family immigrant status. Child development, 78(5), 1572–1591.
Gérard, C.-L. (2006). Troubles non spécifiques du langage chez l'enfant. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence,
Gibello, Bernard. (1984). L'enfant à l'intelligence troublée (Le Centurion). Paris.
Gibello, Bernard. (1988). Contenants de pensée, contenants culturels. La dimension créative de l'échec scolaire. In Troubles du langage et de la filiation chez le Maghrebin de la deuxième génération. Grenoble: La Pensée Sauvage.
Gioan, E., & Mestre, C. (2010). Parentalité en danger : la situation des mères gravement traumatisées. Enfances & Psy, 48(3), 33. http://doi.org/10.3917/ep.048.0033
Giraud, F. (2010a). Jacques ou le passé barré. Mémoire traumatique et reconquête de l'identité chez un adolescent fils de réfugiés. L'Autre, 11(1), 61. http://doi.org/10.3917/lautr.031.0061
Giraud, F. (2010b). Les fantômes invisibles : silence parental et transmission traumatique. Enfances & Psy, 48(3), 64. http://doi.org/10.3917/ep.048.0064
Goguikian Ratcliff, B. (2009). L'enfant réfugié en consultation : quelques considérations cliniques sur l'évaluation interculturelle. Pratiques Psychologiques, 15(4), 493‑502.
Goguikian Ratcliff, Betty. (2007). Traumatismes et résilence chez l'enfant migrant : le rôle de l'ancrage culturel et familial. L'Autre, 8(2), 249‑256.
Gold, J. I., Taft, C. T., Keehn, M. G., King, D. W., King, L. A., & Samper, R. E. (2007). PTSD symptom severity and family adjustment among female Vietnam veterans. Military Psychology, 19(2), 71.
Golse, B. (2006). Préface. In Bébés et traumas (La Pensée Sauvage). France.
Golse, B., Lazaratou, H., & et al. (2012). De l'inhibition à l'hyperactivité. (Presses Universitatires de France). Paris.
Gottfredson, L.S. (1997). Mainstream science on intelligence an editorial with 52 signatures, history and biography. Intelligence, (24), 13‑23.
Grappe, M. (2003). Le soutien psychologique aux enfants et adolescents dans les actions humanitaires. In Soigner malgré tout. Bébés, enfants et adolescents dans la violence (La Pensée Sauvage, p. 59‑76). France.
Grinberg, Leon. (1986). Psychanalyse du migrant et de l'exilé.
Grosjean, François. (1982). Life with Two Languages: An Introduction to Bilingualism. Cambridge: Harvard University Press.
Guarnaccia, Peter J. (1998). The mental health and adjustment of immigrant and refugee children. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 7(3), 537 ‑ 553.
Guedeney, A., & Dubois de Bodinat, L. (2009). Classification diagnostique 0-3 ans (DC 0-3, 1994) et sa révision (DC 0-3R, 2005). In EMC.
Guedeney, A., Isnard, P., Dor, E., Beddok, P., & Tanguy, F. (2003). Déficiences intellectuelles du jeune enfant. In Encyclopédie médico-chirurgicale (Elsevier). Paris.
Guédeney, N., Tereno, S., Tissier, J., Guédeney, A., Greacen, T., Saïas, T., … Welniarz, B. (2012). Transmission du traumatisme. La question de l'attachement désorganisé : de la théorie à la pratique. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 60(5), 362‑
Guerraoui, Z, & Reveyrand-Coulon, O. (2011). Transmission familiale et interculturelle. Ruptures, aménagements, créations (In Press). France.
Gunnar, M. R., Frenn, K., Wewerka, S. S., & Van Ryzin, M. J. (2009). Moderate versus severe early life stress: Associations with stress reactivity and regulation in 10–12-year-old children. Psychoneuroendocrinology, 34(1), 62‑75. http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.08.013
Gutton, Ph. (1998). Dieu, l'adolescent et le psychanalyste (L'Harmattan). Paris.
Hairston, I. S., Waxler, E., Seng, J. S., Fezzey, A. G., Rosenblum, K. L., & Muzik, M. (2011). The Role of Infant Sleep in Intergenerational Transmission of Trauma. SLEEP. http://doi.org/10.5665/sleep.1282
Hallyday Michael, A.K. (1978). Langage as Social Semiotic. The social interpretation of langage and meaning. University Park Press.
Hamad, Nazir. (2004). La Langue et la Frontière. Double culture et polyglottisme (Denoël). Liban.
Hamers, J-F, & Blanc, C. (1984). Bilingualité et bilinguisme. Bruxelles: Mardaga.
Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of traumatic

stress, 5(3), 377–391.
Hermans, H.J.M. (2003). The construction and reconstruction of a dialogical self. Journal of Constructivist Psychology, 16, 89‑130.
Hermans, H.J.M, & Kempen, H.J.G. (1998). Moving cultures : The perilous problems of cultural dichotomies in a globalizing society. American Psychologist, 53, 1111 – 1120.
Hesse, E., Main, M., Yost Abrams, K., & Rifkin, A. (2003). Unresolved states regarding loss or abuse can have « second generation » effects : Disorganization, role inversion, and frightening ideation in the offspring of traumatized, non-maltreating parents. In Healing trauma (Norton & Co). New York.
Hollifield, Michael, Warner, Teddy D, Lian, Nityamo, Krakow, Barry, Jenkins, Janis H., Kesler, James, … Westermeyer, Joseph. (2002). Measuring trauma and health status in refugees : a critical review. JAMA, 288(5).
Jackson, M. I., Kiernan, K., & McLanahan, S. (2012). Immigrant-Native Differences in Child Health: Does Maternal Education Narrow or Widen the Gap?: Nativity, Maternal Education, and Child Health. Child Development, 83(5), 1501‑1509. http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01811.x
Jackson, P. L., Brunet, E., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2006). Empathy examined through the neural mechanisms involved in imagining how I feel versus how you feel pain. Neuropsychologia, 44(5), 752‑761. http://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2005.07.015
Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L., & Weiss, D. S. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. Journal of consulting and clinical psychology, 60(6), 916.
Joubaud, C. (2008). Mutisme sélectif chez les enfants de migrants : l'impact de l'isolement maternel. Le Journal des psychologues, 255(2), 63. http://doi.org/10.3917/jdp.255.0063
Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M., & Baranes, J.-J. (1993). Transmission de la vie psychique entre générations. (Dunod). Paris.
Kant, E. (1981). Traité de pédagogie (Hachette). Paris.
Kleinmann, Arthur M. (1977). Depression, somatization and the « new cross-cultural psychiatry ». Social Science & Medicine, 11(1), 3‑9.
Kohl, M., Beauquier-Maccotta, B., Bourgeois, M., Clouard, C., Donde, S., Mosser, A., … Robel, L. (2008). Bilinguisme et troubles du langage chez l'enfant : étude rétrospective. La psychiatrie de l'enfant, 51(2), 577. http://doi.org/10.3917/psye.512.0577
Lachal, C. (2015). Comment se transmettent les traumas ? Traumas, contre-transfert, empathie et scénarios émergents (La Pensée Sauvage).
Lachal, Christian. (2006). Le partage du traumatisme (La Pensée Sauvage). France.
Lachal, Christian. (2006). Le petit Rambino. Transmissions et contre-transfert dans les thérapies mères-bébés traumatisés. In Bébés et traumas (La pensée sauvage, p. 197‑206). Grenoble: La pensée sauvage.
Lachal, Christian. (2000). Le comportement de privation hostile. L'Autre, 1(1), 77‑89.
Lambert, N. (2014). Génétique et transmission transgénérationnelle. Cahiers de psychologie clinique, 43(2), 11. http://doi.org/10.3917/cpc.043.0011
Laplantine, F. (2007). Ethnopsychiatrie psychanalytique (Beauchesne). Paris.
Lazaratou, Hélène. (2012). De l'angoisse de la séparation à l'inhibition. Théorie de l'attachement et psychanalyse. In De l'inhibition à l'hyperactivité (Presses Univesitaires de France). Paris.
Lebigot, F. (2002). L'effroi du traumatisme psychique : le regarder en face ou s'en protéger. Stress & Trauma, 2(3), 139‑46.
Lebovici, S., Diatkine, R., & Soulé, M. (1985). Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Presses Universitaires de France). Paris.
Lebovici, S., & Mazet, Ph. (1989). A propos de l'évalutation de interactions fantasmatiques. In Evaluations des interactions précoces (Eshel, p. 217‑236). Paris.
Lebreton, Maryse. (2011). Défaut dans la transmission et trouble des liens premiers en situation de migration. In Transmission familiale et interculturelle. Ruptures, aménagements, créations (In Press, p. 177‑188). France.
Leclaire, F., Lemattre B., Bodineau D. (2015) Transmission culturelle et troubles de la relation chez les enfants de migrants : un dispositif expérimental pour une co-construction des liens. L'Autre, 16 (1), p 38-47.
Le Du, C. (2003). Tests psychologiques et facteurs culturels. In Psychiatrie et migrations (Masson, p. 98‑112). Paris.
Leen-Feldner, E. W., Feldner, M. T., Knapp, A., Bunaciu, L., Blumenthal, H., & Amstadter, A. B. (2013). Offspring psychological and biological correlates of parental posttraumatic stress: Review of the literature and research agenda. Clinical Psychology Review, 33(8), 1106‑1133.
Lehrner, A., Bierer, L. M., Passarelli, V., Pratchett, L. C., Flory, J. D., Bader, H. N., … Yehuda, R. (2014). Maternal PTSD associates with greater glucocorticoid sensitivity in offspring of Holocaust survivors. Psychoneuroendocrinology, 40, 213‑220.

Le Loher, P., & Puybaret-Bataille, C. (2012). Troubles psychiques des enfants de parents sans papiers. Bulletin de la Société de pathologie exotique, 105(2), 103‑108.
Lemhöfer, Kristin, Dijkstra, Tron, & Michel, Marije. (2004). Three languages, one ECHO: Cognate effects in trilingual word recognition. Language and cognitive processes, 19(5), 585‑611.
Lemhöfer, K., Schriefers, H., & Hanique, I. (2010). Native language effects in learning second-language grammatical gender: A training study. Acta Psychologica, 135(2), 150‑158.
Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine, 69(2), 246‑257.
Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: three strands of a single braid. Psychother Theory Res Pract Train, 41, 472‑86.
Lutz, A. (2009). Why do bilingual boys get better grades in English-only America ? The impacts of gender, language and family interaction on academic achievment of Lantino children of immigrants. Ethnic and Racial Studies, 32, 346‑68.
Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and hostile-helpless states of mind on the AAI. Attachment & Human Development, 5(4), 330–352.
Mackey, W-F. (1977). Bilinguisme et contact des langues (Klincksieck). France.
Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism ? In Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention (University of Chicago Press, p. 161‑182). Chicago.
Main, M., Kaplan, N, & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, chillhood and adulthood: A move to the level of representation. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50(209).
Manciaux, M., Lebovici, S., Jeanneret, O., Sand, E.A, & Tomkiewicz, S. (1987). L'enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux (Doin). Paris.
Mansouri, M. (2013). Révoltes postcoloniales au coeur de l'Hexagone, voix d'adolescents (Presses Universitaires de France). Paris.
Mansouri, Malika. (2012). Clinique de la relation mère-bébé au regard des traumatismes individuels et collectifs. In Manuel des psychotraumatismes (La Pensée Sauvage). France.
McFarlane, A. C. (1987). Family functioning and overprotection following a natural disaster: The longitudinal effects of post-traumatic morbidity. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 21(2), 210–218.
McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., … Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. Nature Neuroscience, 12(3), 342‑348.
Mead, M. (1963). Moeurs et sexualité en Océanie (Plon). Paris.
Meaney, M. J., Aitken, D. H., Bodnoff, S. R., Iny, L. J., Tatarewicz, J. E., & Sapolsky, R. M. (2013). Early postnatal handling alters glucocorticoid receptor concentrations in selected brain regions. Behavioral Neuroscience, 127(5), 637‑641.
Measham, T., & Rousseau, C. (2010). Family disclosure of war trauma to children. Traumatology, 16(4), 85‑96.
Mesmin, Claude. (1993). Les enfants de migrants à l'école : réussite, échec (La Pensée Sauvage).
Mestre, Claire. (2008). Partir, migrer. L'éloge du détour (La Pensée Sauvage). France.
Mestre, Claire. (2014). Le roman des origines. In Devenir des traumas d'enfance (La Pensée Sauvage). France.
Mestre, Claire, Quattoni, Berenice, & Gioan, Estelle. (2012). Face aux traumatismes maternels : soin et protection de la mère et de l'enfant. In Manuel des psychotraumatismes (La Pensée sauvage). France.
Mestre, C., & Quattoni, B. (2007). Mères traumatisées en exil: que transmettent-elles à leur enfant? À propos d'un cas. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 20(7), 281‑284. http://doi.org/10.1016/j.jpp.2007.09.001
Mirsky, J. (1991). Language in migration: Separation individuation conflicts in relation to the mother tongue and the new language. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28, 618‑24.
Misès, R. (1995). Etudes psychopathologiques des déficiences intellectuelles. In Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Presses Universitaitres de France). Paris.
Monhonval, P., & Lotstra, F. (2014). Transmission transgénérationnelle des traits acquis par l'épigénétique. Cahiers de psychologie clinique, 43(2), 29.
Montazer, S., & Wheaton, B. (2011). The Impact of Generation and Country of Origin on the Mental Health of Children of Immigrants. Journal of Health and Social Behavior, 52(1), 23‑42.
Moro, M-R. (1988). Introduction à l'étude de la vulnérabilité spécifique de l'enfant de migrants ; analyse d'une étude longitudinale des interactions mère-enfant et du développement de l'enfant de 0 à 8 ans (Thèse pour le Doctorat en Médecine). Paris VII, Faculté de Bichat.

Moro, M-R. & Nathan, T. (1989). Le bébé migrateur, spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. In Précis de psychopathologie du bébé (PUF). Paris.
Moro, M-R. (1994). Les femmes migrantes abandonnent-elles leurs commères pour des chimères ? Destins de femmes entre identité et métamorphoses. In Destins de femmes , réalités de l'exil. Interactions mère-enfants (La Pensée Sauvage). France.
Moro, M-R. (1994). Parents en exil : Psychopathologie et migrations (Presses Universitaires de France-PUF).
Moro, M. R. (1998). Aspects psychiatriques transculturels chez l'enfant. In Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris: Elsevier.
Moro, M-R, Aïn, Joyce, & Carrefours & Médiations (Association). (2003). Transmissions: liens et filiations, secrets et répétitions. Ramonville Saint-Agne: Erès.
Moro, M-R. (2007). Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles (Odile Jacob). Paris.
Moro, M-R, Neuman, Dominique, & Réal, Isabelle. (2008). Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle (La Pensée Sauvage). France.
Moro, M. R. (2003). Parents and infants in changing cultural context: Immigration, trauma, and risk. Infant Mental Health Journal, 24(3), 240‑264.
Moro, M. R. (2009). Vivre plusieurs vies. La prise en charge transculturelle des parents migrants et de leurs enfants. Santé mentale au Québec, 34(1), 273.
Moro, M.-R. (2010). Construire ensemble un berceau pour l'enfant. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 23(1), 55‑60.
Moro, M. R. (2010). Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent (Dunod). Paris
Moro, M. R. (2012). Enfants de l'immigration, une chance pour l'école. (Bayard). Montrouge.
Moro, M-R, Asensi, Hélène, & Feldman, Marion. (2014). Devenir des traumas d'enfance (La Pensée Sauvage).
Moro, M. R. (2014). Parenthood in Migration: How to Face Vulnerability. Culture, Medicine, and Psychiatry, 38(1), 13‑27.
Moro, M.-R. (2015). La nécessité transculturelle aujourd'hui pour une société « bonne » pour tous. Le Carnet PSY, 188(3), 18.
Moro, M. R., & Mestre, C. (2011). Les enfants de migrants à l'école : une chance ! L'Autre, 12(3), 254.
Moro, M. R., Riand, R., & Plard, V. (2010). Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille (La pensée sauvage). Grenoble.
Mouchenik, Y., Baubet, T., Moro, M. R., & Eds. (2012). Manuel des psychotraumatismes. Cliniques et recherche contemporaines. La pensée sauvage.
Mouchenik, Yoram. (2011). La transmission du désastre, trauma, culture et créativité. In Transmission familiale et interculturelle. Ruptures, aménagements, créations (In Press). France.
Mouchenik, Y., Shehadeh, S., Sicard, S., de Montclos, M.-O. P., & Moro, M.-R. (2010). Une clinique de l'accueil et de l'accompagnement. La prise en charge d'une famille demandeur d'asile politique réfugiée en France. In Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique (Vol. 168, p. 733–739). Elsevier. Consulté à l'adresse
Muhtz, C., Wittekind, C., Godemann, K., Von Alm, C., Jelinek, L., Yassouridis, A., & Kellner, M. (2014). Mental Health in Offspring of Traumatized Refugees with and without Post-traumatic Stress Disorder: Mental Health in Offspring of Refugees. Stress and Health
Munroe-Blum, Heather, Boyle, Michael H., Offord, David R., & Kates, Nicholas. (1989). Immigrant children: psychiatric disorder, school performance, and service utilization. American Journal of Orthopsychiatry, 59(4).
Nantes, V. (2011). Il y a bilinguisme et bilinguisme. Représentations du bilinguisme dans un échantillon d'enseignants de la région grenobloise. Mémoire master 2 recherche, UFR Sciences du langage. Grenoble.
Nathan, Tobie. (1986). La folie des autres: Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Dunod.
Nathan, Tobie. (2001). Nous ne sommes pas seuls au monde (Le Seuil).
Niederland, William. (1981). The survivor syndrome : further observations and dimensions. Journal of American Psychoanalytic Association, p. 413‑425.
Oppenheim-Gluckman, H., & Oppenheim, D. (2008). Transmission de l'histoire familiale et des références identitaires dans les familles qui ont connu l'exil et la Shoah. L'Évolution Psychiatrique, 73(1), 145‑157.
Ouss-Ryngaert, Lisa. (2006). « Transmissions des traumatismes psychiques de la mère au bébé ». In Bébés et traumas (p. 99‑135). Grenoble: La pensée sauvage.
Ouss-Ryngaert, Lisa. (2012). Ce que les neurosciences nous apprennent sur le traumatisme. In Manuel des psychotraumatismes (La Pensée Sauvage). France.
Panter-Brick,Catherine, Eggerman, Mark, Gonzalez, Viani, & Safdar, Sarah. (2009). Violence, suffering, and mental health in Afghanistan: a school-based survey. The Lancet, 374, 807‑16.
Panter-Brick, C., Grimon, M.-P., & Eggerman, M. (2014). Caregiver-child mental health: a prospective study in conflict and refugee settings. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55(4), 313‑327. http://doi.org/10.1111/jcpp.12167
Pawliuk, Nicole, Grizenko, Nathalie, Chan-Yip, Alice, Gantous, Peter, Mathew, Jane, & Nguyen, Diem. (1996).

Acculturation style and psychological functionning in children of immigrants. American Journal of Orthopsychiatry, 66(1).
Pestre, E. (2006). Le maillage infini des restes en souffrance dans les transmissions traumatiques. À propos de… « L'intraduisible : deuil, mémoire, transmission » de Janine Altounian. L'Évolution Psychiatrique, 71(3), 586‑591.
Pestre, É. (2015). Déplacements et subjectivités dans le monde globalisé. Quand le «migrant clandestin» brûle ses attaches premières. L'information psychiatrique, 91(1), 15–20.
Pestre Elise. (2010). La vie psychique des réfugiés. Payot.
Prieto, N. (2012). Epidémiologie des troubles psychotraumatiques. Confrontations Psychiatriques, 51.
Prince, R. (1985). Second generation effects of historical trauma. Psychoanalytic Review, 72, 9‑29.
Quattoni, B., & Mestre, C. (2008a). Contre-transfert et scénario émergent dans les psychothérapies de mères traumatisées : à propos d'un cas. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 56(4-5), 206‑210.
Rank, O. (1983). Le mythe de la naissance du héros suivi de La légende de Lohengrin (Payot). Paris.
Reed, R. V., Fazel, M., Jones, L., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. The Lancet, 379(9812), 250–265.
Reveyrand-Coulon, O., & Diop-Ben Gelloune, A. (2006). Désir de langue, désir de mère : la transmission dans la migration. Cahiers de l'Infantile, p. 87‑102. Paris.
Rezzoug, Dalila. (2010). Langue maternelle, migration et développement précoce. In Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille (La Pensée Sauvage, p. 233‑242). Grenoble.
Rezzoug, D., Baubet, T., Broder, G., Taïeb, O., & Moro, M-R. (2008). Addressing the Mother-Infant Relationship in Displaced Communities. Chil and Adolescent Psychiatric Clinincs of North America, (17).
Ricoeur, P. (1990). Soi-même comme un autre. Paris: Le Seuil.
Roberts, A. L., Galea, S., Austin, S. B., Cerda, M., Wright, R. J., Rich-Edwards, J. W., & Koenen, K. C. (2012). Posttraumatic Stress Disorder Across Two Generations: Concordance and Mechanisms in a Population-Based Sample. Biological Psychiatry, 72(6), 505‑511.
Rocher, J. (2010). Les processus de l'intégration psychologique chez un enfant migrant. Pratiques Psychologiques, 16(3), 303‑
Roheim, Géza. (1967). Psychanalyse et anthropologie (Gallimard).
Romano, H., Baubet, T., Moro, M.-R., & Sturm, G. (2008). Le jeu chez l'enfant victime d'événements traumatiques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 166(9), 702‑710.
Romano, H., Marty, J., Baubet, T., & Moro, M-R. (2011). Bébés en deuil et processus psychiques dans la prime enfance (zéro-deux ans). Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, (171), 135‑140.
Rosenheck, R., & Fontana, A. (1998). Transgenerational effects of abusive violence on the children of Vietnam combat veterans. Journal of Traumatic Stress, 11(4), 731–742.
Rousseau, C., Gauthier, M.-F., Benoît, M., Lacroix, L., Moran, A., Viger Rojas, M., & Bourassa, D. (2006). Du jeu des identités à la transformation de réalités partagées : un programme d'ateliers d'expression théâtrale pour adolescents immigrants et réfugiés. Santé mentale au Québec, 31(2), 135.
Rousseau, C., Morales, M., & Foxen, P. (2001). Going home: Giving voice to memory strategies of young Mayan refugees who returned to Guatemala as a community. Culture, Medicine and Psychiatry, 25(2), 135–168.
Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience - clinical implications: Resilience: clinical implications. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54(4), 474‑487.
Saavedra-Rodríguez, L., & Feig, L. A. (2013). Chronic Social Instability Induces Anxiety and Defective Social Interactions Across Generations. Biological Psychiatry, 73(1), 44‑53. http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.06.035
Sanson, C. (2010). Troubles du langage, particularités liées aux situations de bilinguisme. Enfances & Psy, 48(3), 45.
Sayad, Abdelmalek. (1999). La double absence. Des illusions de l'emigré aux souffrances de l'immigré (Ediltions du Seuil).
Schechter, DS. (2003). Intergenerational communication of maternal violent trauma. Understanding the interplay of reflective functioning and posttraumatic psychopathology. In September 11. Trauma and human bonds. (The Analytic Press, p. 115‑142). London.
Scheeringa, MS, & Zeanah, CH. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. Journal of Trauma Stress, 14, 799–815.
Scheeringa, MS, Zeanah, CH, Myers, L, & Putnam, FW. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 561–570.
Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36(1), 9–30.
Serre, G, V, P., Pradère, J, Baubet, T, Le Du, C., & Moro, M-R. (2005). Aspects transculturels des retard intellectuels chez l'enfant. In Encyclopédie médico-chirurgicale (Elsevier).

Sirin, SR, Ryce, P, Gupta, T, & Rogers-Sirin, L. (2013). The role of acculturative stress on mental health symptoms for immigrant adolescents: a longitudinal investigation. Developmental psychology, 49(4), 736 – 748.
Sironi, Françoise. (1999). Bourreaux et victimes. Psychopathologie de la torture. Paris: Odile Jacob.
Sironi, Françoise. (2007). Psychopathologie des violences collectives (Odile Jacob). Paris.
Sironi, Françoise. (2012). La psychothérapie des victimes de torture, antidote contre les bourreaux. In Manuel des psychotraumatismes (La Pensée Sauvage, p. 71‑88). France.
Skandrani, S. (2011). Les mille et une voix de Sahrazade. Construction identitaire des adolescentes d'origine maghrébine en France (La Pensée Sauvage). Grenoble.
Steel, Zachary, Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R.A, & van Ommeren, N. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement : a systematic review and reta-analysis. JAMA, 302(5), 537‑49.
Stern, Daniel. (1985). Le monde interpersonnel du nourrisson (PUF). Paris.
Stevens, G. W. J. M., & Vollebergh, W. A. M. (2008). Mental health in migrant children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49(3), 276‑294.
Stork, H.E. (1995). Gestes du maternage et situation d'immigration. Enculturation, transmission, acculturation. Bulletin de Psychologie, XLVIII(419), 45‑52.
Taieb, O., Baubet, T., Pradère, J., Levy, K., Revah-Levy, A., Serre, G., & Moro, M.-R. (2004). Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. In Encyclopédie médico-chirurgicale.
Taïeb, O., & Moro, M. R. (2012). Enjeux transculturels à l'adolescence. In É. Bouyssière-Catusse & J.-P. Raynaud, Adolescents difficiles : penser et construire des partenariats (p. 61). ERES. Consulté à l'adresse
Taly, V., Salaün, O., Serre, G., & Moro, M.-R. (2008). Bilan psychologique de l'enfant aux multiples appartenances culturelles. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 56(4-5), 299‑304.
Terr, L-C. (1979). Children of Chowchilla. Psychoanalytic Study Child, 34, 547‑623.
Tisseron, S. (2007). La transmission troublée par les revenants et les fantômes. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 38(1), 29. http://doi.org/10.3917/ctf.038.0029
Tournaire Bacchini, B. (2015). Rapport inaugural. L'information psychiatrique, 91(1), 9–14.
Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In Organization of memory (Academic Press). New York.
Ullmann, E., Barthel, A., Licinio, J., Petrowski, K., Bornstein, S. R., & Strauß, B. (2013). Increased rate of depression and psychosomatic symptoms in Jewish migrants from the post-Soviet-Union to Germany in the 3rd generation after the Shoa. Translational Psychiatry, 3(3), e241.
UNHCR, The UN Refugee Agency. (2015a). Asylum Trends 2014, Levels and Trends in Industrialiser Countries.
UNHCR, The UN Refugee Agency. (2015b). Global Trends, Forced Displacement in 2014.
Vaage, A. B., Thomsen, P. H., Rousseau, C., Wentzel-Larsen, T., Ta, T. V., & Hauff, E. (2011). Paternal predictors of the mental health of children of Vietnamese refugees. Child and adolescent psychiatry and mental health, 5(2).
Vaage, A. B., Thomsen, P. H., Silove, D., Wentzel-Larsen, T., Van Ta, T., & Hauff, E. (2010). Long-term mental health of Vietnamese refugees in the aftermath of trauma. The British Journal of Psychiatry, 196(2), 122‑125.
Van de Vijver, F.J. (1997). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview. Revue of European Psychologie Applications, (47).
van Zuiden, M., Heijnen, C. J., Maas, M., Amarouchi, K., Vermetten, E., Geuze, E., & Kavelaars, A. (2012). Glucocorticoid sensitivity of leukocytes predicts PTSD, depressive and fatigue symptoms after military deployment: A prospective study. Psychoneuroendocrinology, 37(11), 1822‑1836.
Virta, E., Sam, D. L., & Westin, C. (2004). Adolescents with Turkish background in Norway and Sweden: A comparative study of their psychological adaptation. Scandinavian journal of psychology, 45(1), 15–25.
Vostanis, P. (2014). Meeting the mental health needs of refugees and asylum seekers. The British Journal of Psychiatry, 204(3), 176‑177.
Wallon, E., Rezzoug, D., Bennabi-Bensekhar, M., Sanson, C., Serre, G., Yapo, M., … Moro, M. R. (2008). Évaluation langagière en langue maternelle pour les enfants allophones et les primo-arrivants.: Un nouvel instrument : l'ELAL d'Avicenne. La psychiatrie de l'enfant, 51(2), 597.
Washbrook, E., Waldfogel, J., Bradbury, B., Corak, M., & Ghanghro, A. A. (2012). The Development of Young Children of Immigrants in Australia, Canada, the United Kingdom, and the United States: The Development of Young Children of Immigrants. Child Development, 83(5), 1591‑1607.
Weaver, I. C. G., Diorio, J., Seckl, J. R., Szyf, M., & Meaney, M. J. (2004). Early Environmental Regulation of Hippocampal Glucocorticoid Receptor Gene Expression: Characterization of Intracellular Mediators and Potential Genomic Target Sites. Annals of the New York Academy of Sciences, 1024(1), 182‑212. http://doi.org/10.1196/annals.1321.099
Winnicott, D.W. (1971). Jeu et réalité. L'espace potentiel. (Gallimard).

Winnicott, D.W. (1975). La crainte de l'effondrement. Nouvelle Revue de Psychanalyse, 11, 35‑44.
Winnicott, D.W. (1979). Le monde a petites doses. In L'enfant et sa famille (Payot). Paris.
Yehuda, R., Bierer, L. M., Schmeidler, J., Aferiat, D. H., Breslau, I., & Dolan, S. (2014). Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of holocaust survivors. American Journal of Psychiatry. Consulté à l'adresse
Yehuda, R., Halligan, S. L., & Bierer, L. M. (2002). Cortisol levels in adult offspring of Holocaust survivors: relation to PTSD symptom severity in the parent and child. Psychoneuroendocrinology, 27(1), 171–180.
Zajde, Natahlie. (1995). Enfants de survivants (Odile Jacob).
Zajde, N., & Nathan, T. (2015). Traumatisme sans métamorphose n'est que suspension du temps. Nouvelle revue de psychosociologie, 19(1), 151.