



RECHERCHES
UNIVERSITAIRES
ET MIGRATIONS

**PSYCHOLOGIE
CLINIQUE
ET
INTERROGATIONS
CULTURELLES**

**Sous la direction de
MICHELINE REY-VON ALLMEN**

PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET INTERROGATIONS CULTURELLES

Quel est le soutien psychologique et thérapeutique que les psychologues travaillant dans le champ éducatif peuvent offrir aux enfants, aux jeunes et aux familles de cultures différentes ?

Comment dépasser les malentendus qui peuvent s'installer dans la relation si les représentations du monde, les attentes, les valeurs, les réseaux sociaux privilégiés, les loyautés, les modes d'expression des clients divergent de ceux des thérapeutes ou de la société dans laquelle ils vivent ?

Et que faut-il penser des tests psychopédagogiques, des diverses formes et des critères d'évaluation des connaissances, lorsqu'on s'adresse à des élèves dont les compétences linguistiques et culturelles de même que les rapports à l'école, à l'apprentissage et à la connaissance peuvent être différents de ceux de la communauté de référence ?

C'est pour approfondir de telles questions que le GRAΨIC (Groupe de recherches actions de psychologues pour une éducation interculturelle) a développé son activité dans le cadre du programme d'« Expériences d'éducation interculturelle » du Conseil de l'Europe.

Le présent ouvrage est un écho de ces travaux, notamment du colloque international organisé en mars 1991. A travers ses trois parties (Questionnements à partir d'ancrages théoriques différents – Références culturelles et stratégies identitaires – Soutien psychologique et psychopédagogique en milieu pluriculturel et perspectives interculturelles), il offre au lecteur plusieurs regards et souligne la dynamique du champ, la place fondatrice et potentiellement créatrice de l'altérité et l'interdépendance des acteurs. Il invite chacun à entrer dans le dialogue.

Sous la direction de Micheline Rey-von Allmen

Tshinyingunyingu Mukuna – Geneviève Vermes – Marie-Rose Moro – Olivier Douville – Jocelyne Huguet – Claude Schauder – Pierre Dasen – Carmel Camilleri – Altan Gokalp – Claude Clanet – Félix Neto – Jean-Rahind Masumbuku – Dao Tu Khuong – Marie-Cécile Ortigues – Sylvie Mansour – Claudine Amstutz – Frédéric Rey – Arnaud Riom – Christine Othenin-Girard – Bernadette Vial – Michel Croisier – Sylvie Crotti – Ivana Mantese Curapil – Nino Rizzo – Miriam Fridman-Wenger – Rodolfo Rodriguez – Claude-Pierrette Béal – Sibilla Schuh



RECHERCHES
UNIVERSITAIRES
ET MIGRATIONS

ISBN : 2-7384-1833-3

Patients et psychothérapeutes face aux questions identitaires

Ivana MANTESE CURAPIL et Nino RIZZO *

Nous vous présenterons ici notre expérience de psychologues d'origine italienne dans le Service psychologique italien de Genève.

Nous nous occupons d'enfants et adolescents italiens des deuxième et troisième générations nés pour la plupart à Genève ou arrivés en bas âge, et, à l'occasion, de leurs parents.

Les enfants nous sont envoyés, le plus souvent, par leurs enseignants suisses ou italiens et par les inspecteurs scolaires (1).

* Psychologues-psychothérapeutes au service psychologique italien de Genève.

(1) Dans l'enseignement primaire genevois les enfants italiens qui désirent maintenir et développer les liens avec leur langue et culture d'origine ont la possibilité de suivre des cours d'italien, partiellement pendant l'horaire scolaire. L'organisation et la gestion de ces cours facultatifs sont de la responsabilité des autorités consulaires italiennes.

Par ailleurs les responsables pédagogiques italiens, sensibles aux difficultés scolaires qu'une bonne partie de leurs jeunes élèves rencontraient à l'intérieur de ces cours parallèles, ont ouvert en 1987 un service de consultations et de traitements à l'intention de cette population. Les psychologues qui y travaillent sont par principe de langue maternelle italienne, voire même italiens.

A l'heure actuelle, suite à de récentes et importantes coupures budgé-

La raison de la demande de consultations est souvent un mauvais rendement scolaire et/ou des troubles du comportement.

Il est important de souligner que l'école constitue pour beaucoup d'enfants le premier contact avec la langue du milieu qui, souvent, ne correspond pas à celle parlée à la maison.

L'enfant entend et parle avec ses parents l'italien, souvent même le dialecte, et dans le contact avec l'extérieur le français. En grandissant, il domine toujours plus le français, son vocabulaire devient de plus en plus complexe et riche, tandis que la langue maternelle reste souvent limitée aux besoins et habitudes de chaque jour. Seules les vacances et les cours d'italien, une à deux fois par semaine, permettent à l'enfant d'approfondir sa connaissance de la langue et du pays d'origine.

Lors du premier entretien avec l'enfant, lorsque nous lui demandons dans quelle langue il veut s'exprimer, il choisit tantôt l'italien, tantôt le français, alors qu'avec les parents nous ne parlons qu'en italien, et parfois même en dialecte, lorsque nos connaissances nous le permettent.

Il est pour nous primordial qu'il y ait d'emblée de la part des parents un transfert positif sur nous-mêmes.

Nous devons tout d'abord créer avec les parents une alliance thérapeutique si nous voulons, par la suite, commencer une thérapie avec l'enfant et la poursuivre. Notre expérience nous a montré que sans ce transfert et cette alliance, notre travail avec l'enfant ne durerait pas longtemps.

Dans la quasi-totalité des situations professionnelles rencontrées, les patients sont issus de milieux socio-écono-

taires, notre service s'est réorganisé de manière indépendante du Consulat d'Italie de Genève, mais garde les mêmes objectifs de base, à savoir : venir en aide aux enfants et aux adolescents d'origine italienne et, de manière ponctuelle, à leurs familles, pour ce qui concerne leurs difficultés d'ordre scolaire, comportemental, familial et affectif en général. Actuellement nous sommes deux thérapeutes et consacrons à cette tâche environ dix heures chacun par semaine.

miques et culturels défavorisés. Même lorsqu'il s'agit de parents se trouvant en Suisse depuis fort longtemps, et maintenant bien intégrés économiquement, leur culture d'origine est en général de type paysan ou ouvrier simple ; elle continue donc d'organiser leurs représentations sociales et par là même leur vie affective et familiale. Dans leur conception de la vie, il n'y a guère de place pour le psychothérapeute ; d'autres figures sociales viendront plutôt hanter leurs fantaisies ou apporter la promesse d'un secours incertain : ce sont le psychiatre avec sa panoplie pharmaceutique ou le bon médecin généraliste, le jeteur de sorts (« fattucchiere ») ou le curé de la paroisse voisine.

Le psychologue-psychothérapeute, figure hybride s'il en est, doit être d'abord introduit dans le monde des représentations du parent. Celui-ci doit pouvoir lui faire une place en lui-même, lui faire confiance, pour pouvoir ensuite lui confier son enfant ; il doit pouvoir « transférer » chez le thérapeute suffisamment de représentations mentales et d'affects positifs liés à celles-ci, pour que toutes ces « bonnes choses » (dans l'acception du « bon sein » kleinien) constituent la trame sur laquelle va pouvoir se tisser la rencontre entre l'enfant et son thérapeute.

La découverte que le parent fait du psychothérapeute et la rencontre qui s'ensuit entre ces deux acteurs, prennent les détours les plus fantaisistes — en tout cas pour les esprits formés à la pure psychanalyse freudienne que nous sommes : de la visite dans le lieu d'habitation familiale aux échanges préliminaires sur la région d'origine, de la bouteille de vin « fait-maison » que l'on vous offre comme pour vous faire partager quelque chose d'intimement exquis, aux derniers commentaires sur le Mondiale.

La relation transférentielle de la part du parent se nourrit d'abord de ces éléments ; ensuite d'autres éléments peuvent et doivent être projetés sur le thérapeute, afin que ce transfert soit suffisamment solide pour soutenir et accompagner le transfert que l'enfant fera par la suite.

Notre culture d'origine commune nous permet aussi, en tant que psychothérapeutes, une compréhension plus articulée de la pathologie exprimée, par rapport à des collègues d'autres cultures. Certaines pathologies nous sont plus

familiales, car les normes de comportement à l'intérieur de la société italienne nous sont proches. Une femme romaine nous disait se sentir une femme brillante lorsqu'elle se trouvait en société dans sa ville natale, alors qu'à Genève elle se sentait plutôt regardée et traitée en hystérique.

Par ailleurs, il nous semble inévitable que, de notre part, il y ait aussi un mouvement d'identification vers les figures parentales de nos patients.

Tout cela nous conduit au cœur de notre sujet : « En quoi nos origines culturelles communes permettent-elles à nos patients un meilleur transfert, tel qu'il est entendu en psychanalyse ? »

Nous pensons qu'un transfert positif de nos patients sur nous, en tant que psychothérapeutes, est possible si l'enfant nous perçoit assez proches de ses parents — proches mais pas identiques ! Nous considérons que, dans ce transfert, il faut que l'enfant ait intériorisé un consensus parental et cela est possible seulement si, aux yeux de ses parents, nous sommes de bons modèles d'identification pour leur enfant. Ce n'est qu'à ces conditions que nos petits patients pourront nous investir, dans le cas contraire nous ne serons pas investis par l'enfant.

Proches mais pas identiques, disions-nous. Si d'un côté le jeune patient a besoin de nous sentir proches de ses parents, pour pouvoir à son tour « transférer » sur nous assez d'éléments fantasmatiques inconscients et donc vivre un transfert riche — garant d'un bon déroulement psychothérapeutique — par ailleurs, il a besoin de nous sentir suffisamment différenciés et autres par rapport à ses parents. Car l'enfant en thérapie est fondamentalement à la recherche de cet autre qui est en lui et qu'il voit d'abord en nous.

L'enfant immigré de la deuxième ou troisième génération porte en lui le sceau d'une double identité sociale, la nécessité d'élaborer une identité (dans le sens psychanalytique du terme) à l'intérieur de laquelle des éléments d'identification en provenance de la culture d'origine puissent harmonieusement coexister avec d'autres éléments fournis, eux,

par la culture d'accueil. Or, nous représentons aux yeux de ces enfants et de ces adolescents les dépositaires d'éléments d'identification parentale et, à la fois, d'éléments d'identification « autre » ; ici l'« autre » traduit l'idée d'être suisse, d'être adulte, d'être en somme autre que le père ou la mère, tout en restant dans une certaine continuité culturelle parentale.

C'est pour cette raison que nos jeunes patients adoptent avec nous, parfois en début de traitement, parfois même au bout d'un an, la langue française comme moyen privilégié d'expression, laissant de côté l'italien.

Ce choix traduit clairement le besoin de définir avec le thérapeute un espace transférentiel neutre, dégagé de la présence parentale ; c'est enfin à l'intérieur de cet espace que le patient pourra élaborer au fil des mois les éléments nécessaires à son identité.

Pour que cette alchimie de l'esprit advienne, nous le répétons, il aura fallu que le psychothérapeute soit perçu par l'enfant comme étant à la fois assez proche de sa culture d'origine et assez éloigné de celle-ci, sorte de passeur du monde de l'enfance au monde de l'adulte, du modèle culturel italien au modèle culturel suisse — non pas, bien sûr, parce qu'un modèle serait moins bon que l'autre, mais parce que l'un est lié chronologiquement et fantasmatiquement à l'univers enfantin et l'autre à l'univers adulte.

Si cet équilibre n'est pas atteint dans l'image que l'enfant perçoit de son thérapeute, la psychothérapie se révèle tôt ou tard impraticable.

Voici un cas que l'un de nous a suivi pendant une année et qui illustre ce que nous venons de dire : Maria nous avait été envoyée par l'inspectrice de son école, car elle n'y allait plus, et le contact avec les parents avait été impossible à cause de leur méconnaissance du français. C'était une jeune adolescente de treize ans et demi, mais physiquement, elle semblait de quelques années plus âgée.

Arrivée en Suisse à l'âge de huit ans, elle était la cadette de trois sœurs et d'un frère, et avait un petit frère de six ans ayant des difficultés d'apprentissage scolaire.

Tout en étant une fille d'une vive intelligence, Maria se trouvait dans une classe primaire spéciale (où se trouvent habituellement les enfants ayant des difficultés à suivre le programme scolaire au rythme exigé). La raison de ce placement était en réalité une scolarité morcelée due aux fréquents changements de domicile de ses parents liés à des problèmes de permis de séjour en Suisse.

Les parents, les deux d'origine sicilienne, acceptèrent que l'on prenne en traitement leurs deux enfants cadets, tout en décrétant que Maria serait suivie par la psychothérapeute femme et le petit garçon par le psychothérapeute homme.

Maria se sentait complexée par son peu de connaissances scolaires et par son aspect physique (elle était la plus grande de sa classe). Elle ne participait presque jamais aux cours de gymnastique et de natation puisqu'elle devait exhiber son corps aux regards des garçons et de son enseignant, ce à quoi les parents s'opposaient farouchement.

Le père avait peu fréquenté l'école, la mère analphabète ne s'exprimait qu'en dialecte sicilien, donc la communication avec nous passait à travers le mari et parfois elle se faisait même en dialecte. Maria ne ressentait la fréquentation de l'école que comme une exigence du milieu, puisque, comme disait le père, « elle suivrait l'exemple de ses sœurs qui se sont mariées à seize ans et sont restées à la maison comme leur mère ». Donc pourquoi la forcer à fréquenter l'école si, de toute façon, la fin de l'obligation scolaire est fixée par la loi à quinze ans ?

Avec le soutien psychothérapeutique, Maria se remit à fréquenter l'école, et même, lorsqu'elle quitta l'école primaire pour une école préprofessionnelle, elle annonça un jour que son père lui offrirait un salon de coiffure si elle obtenait un diplôme dans cette profession !

La reprise d'une nouvelle année scolaire s'annonçait bien et Maria investissait ses connaissances scolaires et le nouveau cadre ; de plus elle était tombée amoureuse d'un garçon de son école. Mais cette relation amoureuse se termina quelque temps après ; Maria en fut très déçue d'autant plus que la sœur aînée se maria et quitta la mai-

son. Sa mère commença à demander à Maria de l'accompagner chez le physiothérapeute ou de s'occuper de certaines tâches qu'elle était incapable d'effectuer ; elle ne sortait qu'accompagnée par Maria ou par son mari. En remerciement pour ses services, elle offrait à Maria des cadeaux.

C'est ainsi que Maria commença à manquer de plus en plus l'école et les séances de psychothérapie. Si on lui en demandait la raison, elle avait été « malade ».

Lors d'une réunion entre sa psychothérapeute, son enseignant et ses parents, le père exprima son manque d'arguments pour convaincre sa fille de fréquenter régulièrement l'école.

Pour Maria il y avait un choix d'identification à faire entre, d'un côté, son école, sa psychothérapeute et un avenir professionnel (le milieu genevois) et, de l'autre côté, sa maison, sa mère et ses origines (un monde connu et affectivement gratifiant au présent). Entre progresser et régresser.

Ainsi Maria reprit encore pour quelques semaines l'école et la psychothérapie, mais lorsqu'elle manqua à nouveau les séances et que la thérapeute l'appela au téléphone, la mère répondit que sa fille était absente. Même le courrier resta sans réponse. Nous comprîmes que Maria avait choisi de rester « fidèle » à sa mère et au modèle d'identification qu'elle lui transmettait.

En tant que psychologues d'origine italienne nous avons fait le choix de l'intégration dans le milieu genevois ; dans nos contacts avec des immigrants italiens nous nous sentons intermédiaires entre deux milieux et deux cultures.

Aux yeux de certains parents nous sommes perçus comme ceux qui, immigrants comme eux, ont réussi l'intégration sociale et économique qu'ils souhaiteraient pour leurs enfants, alors qu'eux ont réussi, tout au plus, une certaine intégration économique.

Dès lors, l'échec scolaire de l'enfant représente pour ces parents une blessure narcissique importante.

Le réveil de la problématique de l'intégration sociale, les

difficultés rencontrées dans leur tentative d'intégration au milieu et, parfois, un sentiment de marginalisation, sont réactualisés et peuvent être abordés de manière ponctuelle avec nous.

L'enfant immigré cristallise alors sur lui une pathologie appartenant à l'ensemble de la famille et il en devient, pour ainsi dire, « le porte-parole ».

L'enfant qui va mal représente ainsi l'échec de l'intégration familiale dans le tissu social suisse.

En nous occupant de l'enfant, nous ne pouvons donc pas ignorer sa famille.

Ici nous arrivons aux confins de nos compétences de thérapeutes psychanalytiques, voire aux limites de nos possibilités d'intervention, indépendamment de notre formation spécifique. Puisque le dysfonctionnement de l'enfant est si intimement lié à la problématique migratoire familiale, comment pouvons-nous prétendre mobiliser les forces évolutives de l'enfant sans mobiliser le milieu familial dans son ensemble ?

Mais, par ailleurs, comment arriver à sensibiliser un milieu familial plus ou moins imperméable à la psychothérapie et au changement, et qui ne demande qu'à ce qu'on aide l'enfant à réussir et, dirions-nous, à « réussir la famille » — car il s'agit bel et bien de cela, faire réussir, c'est-à-dire faire « ri-uscire », « sortir à nouveau » la famille ? Et sortir à nouveau d'où, si ce n'est de ce lieu réel et imaginaire à la fois, le pays mythique, d'où la première sortie fut vécue dramatiquement ?

C'est bien de cette mission impossible que l'enfant de migrants est chargé par ses parents, mission de laquelle il ne peut que sortir écrasé, à moins qu'il ne s'en échappe — partiellement — pour rester, tout de même, toujours vivant et relié à la famille, pour se trouver une trajectoire bien à lui.

C'est là précisément que notre aide se situe.