

Étude de la place de la migration parmi les facteurs de vulnérabilité aux troubles autistiques

Natacha Augereau et Sylvie Tordjman

Résumé

Les recherches actuelles invitent à penser l'origine de l'autisme comme plurifactorielle. Facteurs environnementaux et génétiques seraient intriqués et interagiraient dans le développement du Trouble du Spectre Autistique. Plusieurs études suggèrent l'existence de relations entre migration et autisme et amènent à s'interroger sur la place de la migration parmi les facteurs de vulnérabilité environnementaux à l'émergence des troubles autistiques. Les chercheurs identifient trois temps dans l'expérience migratoire associés à une possible souffrance psychique, voire à un traumatisme : le vécu pré-migratoire, le « voyage » en soi, et le vécu post-migratoire. Nous proposons ici une revue de la littérature autour des liens possibles entre migration parentale et autisme chez l'enfant (deuxième génération). L'analyse de cet état actuel de la question souligne l'importance d'inscrire la migration dans une trajectoire de vie qui inclut le vécu pré-migratoire, et

Natacha Augereau, pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PHUPEA), université de Rennes 1 et centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR), Rennes, France.

Sylvie Tordjman, PHUPEA, université de Rennes 1 et CHGR, Rennes, France, Laboratoire psychologie de la perception (LPP), université Paris Descartes et CNRS UMR 8158, Paris, France.

notamment la possible adversité sociale alors rencontrée, dont les effets pourraient être transmis aux générations suivantes tant sur le plan psychologique (héritage familial passant par la narration et s'inscrivant dans une filiation symbolique) que biologique (héritage génétique passant par des mécanismes d'épigénétique).

Mots-clés

Migration, autisme, Trouble du Spectre Autistique, transculturel, bilinguisme, vécu pré-migratoire, adversité sociale, stress.

Il apparaît à ce jour un consensus sur une origine plurifactorielle de l'autisme, l'hypothèse actuelle étant celle d'une intrication de facteurs environnementaux et génétiques interagissant à divers degrés dans l'expression et le développement de la pathologie autistique. Parmi les facteurs environnementaux qui ont été étudiés, certains ont été retrouvés associés à une plus grande incidence/prévalence de troubles autistiques. Ils pourraient potentiellement interagir à divers degrés, ou être repérés comme des facteurs indépendants dans le développement des troubles autistiques ; tel est l'un des enjeux des études qui se sont intéressées aux facteurs de risque. Certaines de ces études ont été limitées par l'absence d'analyses multivariées.

Les méta-analyses de Kolvezon et coll. (2007) et Gardener et coll. (2009) avancent comme facteurs de vulnérabilité associés à une plus grande fréquence de troubles autistiques les facteurs environnementaux suivants : un âge maternel et paternel avancé (soit plus de 35 ans pour la méta-analyse de Kolvezon, et soit plus de 30 ans pour celle de Gardener), des situations d'hypoxie fœtale, un diabète gestationnel ou encore le fait que la mère soit née à l'étranger (notamment en dehors de l'Europe et des États-Unis). Ce dernier facteur d'environnement nous amène à nous interroger sur la migration parentale en tant que possible facteur de vulnérabilité associé au développement des troubles autistiques. Plusieurs études ont fait le lien entre les changements épigénétiques et des modifications environnementales ou sociales, incluant l'effet de la migration. Les chercheurs émettent l'hypothèse selon laquelle l'augmentation du risque de développer un trouble autistique pourrait être due à des modifications épigénétiques au sein de communautés migratoires (Crafa et Warfa, 2015). Des études suggèrent en

effet que le stress possiblement ressenti lors du processus migratoire chez la mère pourrait être à l'origine de tels changements épigénétiques et ainsi majorer le risque de développer chez l'enfant un trouble du spectre autistique ; cela est à l'origine de « la théorie migratoire de l'autisme » développée par certains auteurs (Gardener et coll., 2009 ; Keen et coll., 2010 ; Magnusson et coll., 2012).

Nous cheminons vers la question de la place de la migration parmi les facteurs de vulnérabilité associés à la pathologie autistique... Wing (1980) ainsi que Andersson et Wadensio (1981) ont été les premiers à émettre l'hypothèse d'une possible relation entre le statut d'immigré chez les parents et la prévalence de l'autisme chez leur enfant (Gillberg et Gillberg, 1996). Avant de nous centrer sur cette possible association entre migration et autisme et d'émettre des hypothèses concernant les mécanismes psychopathologiques potentiellement à l'œuvre, intéressons-nous dans un premier temps à la question de la santé mentale des migrants, et notamment au développement du langage chez les enfants de parents immigrés.

Migration et santé mentale

« La première phase du travail de ce souvenir, du souvenir de l'exil, c'est de conduire à leur terme tous les dangers de la comparaison, toutes les menaces issues du fantasme de l'étranger, jusqu'à ce que nous nous sentions autre parmi les autres », Paul Ricœur (2006).

Définitions

Qu'est-ce que migrer, qu'est-ce qu'un migrant, un émigré, un immigré ? Les termes sont parfois employés l'un pour l'autre, il peut exister une confusion qu'il convient d'explicitier. Selon l'Organisation internationale des migrations (OIM) il n'existe pas, au niveau international, de définition universellement acceptée du terme « migrant ». Ce terme s'applique habituellement lorsque la décision d'émigrer est prise librement par l'individu concerné, pour des raisons « de convenance personnelle » et sans intervention d'un facteur contraignant externe. Ce terme

s'applique donc aux personnes se déplaçant vers un autre pays ou une autre région aux fins d'améliorer leurs conditions matérielles et sociales, leurs perspectives d'avenir ou celles de leur famille (OIM, 2011). Cependant, les limites peuvent être parfois plus floues, car il peut y avoir absence de facteur contraignant externe objectivé, mais nécessité de « migrer » pour des raisons essentielles de « survie psychique » (pour des problèmes, par exemple, d'entrave à la liberté d'expression).

La migration correspond à un déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit entre pays, soit dans un pays entre deux lieux situés sur un même territoire. La notion de migration englobe tous les types de mouvements de population impliquant un changement du lieu de résidence habituelle, quelles que soient sa cause ou durée, incluant ainsi notamment les mouvements des travailleurs, des réfugiés, des personnes déplacées ou déracinées.

Émigrer, c'est quitter son État de résidence pour s'installer dans un État étranger. Le droit international reconnaît à chacun le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et n'admet sa restriction que dans des circonstances exceptionnelles. Ce droit au départ ne s'accompagne d'aucun droit d'entrer sur le territoire d'un État autre que l'État d'origine. Immigrer, c'est se rendre dans un État dont on ne possède pas la nationalité avec l'intention de s'y installer. En 1999, le sociologue Abdelmalek Sayad a dénoncé la tendance à oublier « l'émigré » derrière la figure de « l'immigré » (Sayad, 1999).

Il convient également de faire le distinguo entre migration et exil. La migration a pu être précédée d'une phase d'élaboration du processus migratoire, et s'accompagner d'un fantasme de retour. Dans l'exil, le départ est synonyme de fuite du pays d'origine, plus qu'un départ vers l'ailleurs ; la rupture est précipitée et définitive (Baubet et Moro, 2013). Trois moments de vulnérabilité particulièrement sensibles ont été décrits chez les réfugiés : les traumatismes subis dans le pays d'origine, souvent à l'origine du départ précipité, de la fuite de ce pays ; le voyage en lui-même, qui peut être source importante de stress ; enfin, l'arrivée dans le pays d'accueil, moment parfois de désillusion et d'adversité sociale majeure.

Quelques repères chiffrés

En 2015, ont immigré en France plus de 7,5 millions de personnes, les immigrés constituant 12,09 % de la population résidente totale. Pour ce qui est du mouvement inverse, près de 2 millions de personnes ont quitté la France pour aller s'installer dans un autre pays la même année ; 2,91 % de citoyens français vivaient ainsi en dehors de leur pays d'origine (sources d'après l'OIM, 2011).

Quel est le moteur de la migration ?

Selon Moussaoui et Ferrey (1985), la décision de migrer, acte hautement solitaire, est l'aboutissement d'un rêve à plusieurs, où le pays d'accueil est idéalisé, les difficultés minimisées, dans un climat de véritable contagion psychologique : « Le départ d'un migrant est autant une quête de soi-même qu'une tentative de reconquête de sa dignité par le travail et l'argent. » Parfois, l'acte migratoire est motivé par la volonté d'échapper à un contexte mortifère : emprise parentale, refus du système de valeurs familiales... Migrer, c'est aussi se séparer afin de mieux « s'individuer » pour se réapproprier un processus d'individuation (notion chère à Margaret Mahler) ; migrer, c'est aussi parfois rompre avec la tradition familiale, s'émanciper. La migration constitue une rupture de filiation symbolique.

Quels impacts psychiques la migration peut-elle provoquer ?

La migration n'est pas sans rappeler le deuil : elle implique en effet pertes et renoncements. Quitter son pays, c'est laisser derrière soi famille, réseau amical, statut social et métier. C'est quitter la terre des ancêtres. La migration porte en elle des potentialités traumatiques. Par rupture avec le cadre externe, l'environnement habituel de la personne, ou encore son enveloppe culturelle, la migration entraîne en résonance une rupture du cadre culturel intériorisé du migrant qui se retrouve sans repères, déraciné (Nathan, 1986). Cette rupture touche à la question de l'identité même de la personne. Comment en

effet peut persister le sentiment de continuité de soi lorsque la réalité externe n'est émaillée que de ruptures ? Comme tout trauma, celui-ci peut avoir une valeur structurante et être la source d'une créativité émergente. Face à cette rupture du cadre externe, différentes stratégies d'adaptation et de *coping* s'observent (Lin et coll., 1982).

Un clivage entre la culture d'origine et celle du pays d'accueil peut s'observer, tel un mécanisme de défense face à une souffrance dépressive masquée, sous-jacente. Si celle-ci est reconnue, si le deuil est élaboré, alors le clivage peut laisser place au métissage, et il devient envisageable et possible pour la personne de fonctionner dans plusieurs logiques culturelles sans avoir à renoncer à l'une d'elles, ce qui est en général source d'équilibre psychique et de bien-être. La migration, perçue ici non seulement comme un « acte physique » mais aussi comme un « acte psychique », engage la descendance ; cet acte est ainsi transmis aux enfants.

Précisons qu'il n'existe pas de pathologie spécifique liée à la migration. Le travail d'élaboration nécessaire peut s'accompagner de points d'achoppement, « qui alors s'exprimeront dans tout le registre de la psychopathologie, l'expression clinique étant conditionnée par des facteurs individuels, culturels, et dans un contexte social déterminé » (Baubet et Moro, 2013, p. 79). La migration n'ayant pas ainsi une valeur étiopathogénique, pour autant, les migrants ne souffrent-ils pas d'une vulnérabilité accrue au développement de troubles psychiques ou de pathologies psychiatriques ? Si oui, quels seraient les mécanismes psychopathologiques associés ? En effet, les migrants pourraient constituer une population vulnérable quant à l'émergence de pathologies mentales, nécessitant qu'une attention particulière leur soit portée.

Une méta-analyse réalisée en 2005, à partir d'études menées en Europe du Nord, incluant essentiellement des pays scandinaves (Cantor-Grace et Selten, 2005), retrouve un risque accru de développer une schizophrénie en population migrante de première et deuxième génération, comparé à la population native du pays d'accueil, surtout si les migrants arrivent de pays en voie de développement. De plus, une

étude prospective de cohorte menée en 2011 a comparé les risques de développer un trouble schizophrénique en population migrante, population réfugiée *versus* non réfugiée arrivant de la même région du globe, *versus* population du pays d'accueil (ici la Suède). Les migrants de l'étude arrivaient de quatre grandes « régions » mondiales, à savoir le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, l'Afrique sub-saharienne, l'Asie, et l'Europe de l'Est. Cette étude met en évidence des taux bruts d'émergence de troubles psychotiques de 38,5/100 000 (Intervalle de confiance [IC] de 95 % : 37,2 à 39,9) personnes années en population suédoise, de 80,4/100 000 (IC 95 % 72,7 à 88,9) personnes années en population migrante non réfugiée, et enfin de 126,4/100 000 (IC 95 % 103,1 à 154,8) personnes années en population migrante réfugiée (à noter, les « personnes années » correspondent à une mesure du taux d'incidence ; une personne année correspond à la durée de suivi d'une personne non malade pendant un an, ou encore de deux personnes non malades pendant six mois). Les migrants réfugiés étaient les plus à risque de développer un trouble psychotique, comparés à la population suédoise (Risque relatif [RR] ajusté de 2,9 avec un IC 95 % 2,3 à 3,6) et aux migrants non réfugiés (RR ajusté de 1,7 avec un IC 95 % 1,3 à 2,1) arrivant de la même région du globe, après ajustement sur les potentielles variables confondantes (Hollander et coll., 2016).

Une étude de Denoux (2007) apporte un éclairage explicatif sur cette vulnérabilité accrue aux troubles mentaux chez les migrants : ce ne serait pas tant la migration qui constituerait en soi un facteur de risque de développer un trouble mental, ce serait plutôt « la trajectoire, définie comme l'ensemble des modalités spatiotemporelles d'intégration de la migration dans un projet familial » qui pourrait être facteur de vulnérabilité. En effet, si la migration n'est pas inscrite dans un projet familial, cela peut entraîner une rupture et majorer une pression acculturative. Il convient d'explicitier le terme d'acculturation. En 1938, Meyers Herskowits propose une définition, devenue classique : « L'acculturation comprend les phénomènes qui résultent du contact continu et direct des groupes d'individus ayant différentes cultures, ainsi que les changements dans les cultures originales des

deux groupes ou de l'un d'entre eux » (Herskowits, 1938). L'acculturation serait un processus pouvant comprendre différents stades. Aujourd'hui, les recherches s'attachent à étudier les phénomènes de déperdition de culture ou « déculturation » ainsi que de transformation ou « transculturation », corollaires du processus d'acculturation. En outre, à partir d'une définition mettant l'accent sur la domination possible d'une culture sur l'autre, les études actuelles incluent les processus affectifs de regret à l'égard de la culture antérieure. Elles analysent ainsi les essais de retour à une culture ressentie comme authentique qui interviennent en fin de processus acculturatifs. C'est dans ce contexte que le terme d'acculturation, alors fortement contaminé par une vision coloniale et raciste, devient si connoté qu'on lui préfère maintenant le terme d'« interactions culturelles ». Par un glissement, sémantique, le préfixe *ad* a pris le sens d'un *a* privatif : le processus d'acculturation devient synonyme de déstabilisation d'une culture par l'adjonction d'éléments étrangers. Il est alors plus perçu comme une déculturation (Courbot, 2000).

La pathologie dite d'état de stress post-traumatique (ESPT), ou en anglais *post-traumatic stress disorder* (PTSD) est retrouvée fréquemment, mais pas toujours, en population migrante, particulièrement chez les réfugiés et les demandeurs d'asile. Pour ces derniers, on parle plutôt d'états de stress post-traumatique dits « complexes » (Herman, 1992). L'expérience traumatique peut être associée au vécu prémigratoire, à l'expérience de la migration en soi (« le voyage »), et/ou au contexte socio-politique et culturel de l'accueil, soit le vécu postmigratoire. Ce dernier est parfois marqué par un déni du vécu des réfugiés par le pays d'accueil (Asensi et Le Du, 2003). Chez les demandeurs d'asile et les réfugiés (mais pas seulement), le traumatisme peut venir des violences subies avant la fuite du pays d'origine, violences le plus souvent extrêmes, intentionnelles, répétées et organisées. Ce qui fonde l'humanité même est alors touché. Les propos de Rousseau (2003) résument bien cette idée : « Les liens sont rompus, la loi attaquée, l'ordre symbolique bouleversé, les tabous fondamentaux brisés. La révélation de la nature potentiellement monstrueuse de tout être humain surgit. » Cliniquement,

des états de transes, des hallucinations et des conduites de somatisation peuvent masquer la symptomatologie post-traumatique sous-jacente. Cette dernière s'exprimerait très fréquemment sous deux formes : la douleur chronique invalidante et la douleur aiguë, répétitive, agissant comme une reviviscence du trauma.

À la lumière de ces réflexions autour de l'impact psychique de l'épreuve migratoire, qu'en est-il pour la deuxième génération, ces enfants nés ici, mais dont les parents ont connu une expérience migratoire ? Nous nous intéressons ici à la question du bilinguisme précoce et de son impact potentiel sur le développement du langage chez l'enfant.

Grandir au pluriel, baigner dans des langues et des cultures métissées

Évoquons la question du bilinguisme précoce et son impact potentiel dans le développement du langage chez l'enfant. Transmettre la langue maternelle aux enfants de migrants à une période de la vie où se développe normalement le langage peut-il être délétère, ou au contraire bénéfique ? Il est également question, en filigrane, du potentiel sentiment de dévalorisation des langues dites « d'origine » par les familles migrantes. Pour tenter d'apporter des éléments de réponse à cette question, définissons tout d'abord le terme « bilingue ». Un sujet est dit bilingue, lorsque « placé dans une configuration familiale ou sociale l'incitant à développer et entretenir des compétences linguistiques doubles, il possède des compétences minimales dans les deux langues qui lui sont données à apprendre » (Hamers et Blanc, 1983 ; Bialystock et coll., 2004 ; Grosjean, 1982). La maîtrise des deux langues est toujours inégale, il est difficile de préciser à partir de quel seuil on peut parler de bilinguisme effectif. Selon Baubet et Moro (2013), le bilinguisme se vit de façon singulière d'un sujet à l'autre, et pour un même individu, cette expérience prend des formes différentes selon les âges de la vie. Qu'en est-il chez l'enfant ?

Avec la langue, se transmettent une culture et une identité. La transmission de la langue influe sur la construction de la personnalité et

des affiliations de l'enfant (Bensekhar-Bennabi et Serre, 2005). Quels seraient les effets sur les plans cognitif et affectif du bilinguisme précoce chez l'enfant ? La sensibilité auditive du bébé à la naissance est telle qu'il pourrait distinguer les phonèmes de toutes les langues. La palette du système phonologique se réduit petit à petit pour ne retenir que les phonèmes parlés autour de l'enfant (Boysson-Bardies, 2004). En période prélinguistique (soit avant 1 an), l'enfant qui évolue en milieu bilingue a la capacité de distinguer sa langue maternelle d'une autre langue (Bijeljac-Babie, 2000). La plasticité cérébrale est telle chez l'enfant que, plus l'exposition à une langue est précoce, plus son apprentissage est facile. Ainsi, il serait préférable de mettre en place un système de langage double dans la période où l'enfant structure son langage. Le plurilinguisme précoce peut être considéré comme un levier de développement chez l'enfant, à l'inverse des croyances parfois véhiculées sur le sujet, dont les familles sont parfois victimes. Les études d'Epstein et coll. (2003), Vuorenkoski et coll. (2000), Chien et coll. (2002), Chen et coll. (2000), Gfroerer et Tan (2003), ainsi que celle de Moro (2007) soulignent les effets positifs sur les plans cognitif et psychopathologique du bilinguisme.

En ce qui concerne la pathologie autistique, aucune étude ne révèle à ce jour d'effets négatifs du bilinguisme chez les enfants autistes (Rezzoug et coll., 2013). L'étude d'Ijalba (2016) s'est intéressée aux représentations et au vécu de mères hispaniques d'enfants autistes aux États-Unis. Concernant l'usage de deux langues à la maison (espagnol et anglais en l'occurrence), les mères y étaient en général réticentes, avec l'idée que le bilinguisme pourrait avoir un impact négatif sur le développement du langage de leur enfant, vecteur de confusion pour ce dernier, et pourrait également retarder son entrée dans le langage. Ces idées reçues et croyances autour de l'impact négatif du bilinguisme sur les enfants avec autisme étaient parfois relayées et appuyées par les professionnels entourant l'enfant (enseignants, psychologues, orthophonistes). Sur les 22 mères ayant participé à l'étude, 13 s'étaient vues recevoir comme conseil explicite par des professionnels de ne parler qu'anglais avec leur enfant. Suite à ces conseils, certaines mères ne

parlaient plus que la langue du pays d'accueil à la maison, réduisant ainsi les interactions avec leur enfant (elles parlaient moins, utilisaient un langage moins étoffé car elles-mêmes parfois maîtrisaient peu l'anglais et avaient recours au pointage pour communiquer avec leur enfant). Cela peut être dommageable. En effet, on sait l'importance d'une stabilité et d'une continuité dans les interactions parents-enfant pour encourager le développement du petit, interactions nourries par un langage fluide pour le parent, partageant avec l'enfant des activités de lecture, de jeux, dans la langue avec laquelle il se sent le plus à l'aise (Bronfenbrenner, 2005).

Quels sont les liens potentiels entre migration et autisme ? Nous nous intéresserons d'abord aux représentations de la pathologie autistique en situation transculturelle, puis à la littérature qui a tenté d'appréhender les potentiels liens entre migration et autisme, à l'instar de celle portant sur les liens entre migration et schizophrénie.

Représentation de la pathologie autistique en situation transculturelle

Il apparaît important d'introduire notre propos en évoquant dans un premier temps ce que l'on entend par situation clinique transculturelle. La clinique transculturelle s'est construite à partir de deux postulats, celui de l'universalité du psychisme, et celui du bain culturel dans lequel, depuis sa naissance, l'individu évolue. Elle repose sur le principe du complémentarisme, élaboré par Georges Devereux (1970). Il s'agit de l'utilisation, complémentaire et non simultanée, d'un regard anthropologique et psychanalytique autour d'un même objet d'étude, en l'occurrence le sujet migrant, pour mieux comprendre son expérience et sa possible souffrance. La clinique transculturelle milite pour une pluralité des regards autour du patient, pour mieux le comprendre.

La culture ne résume pas l'individu, il convient de ne pas « essentialiser » la culture, l'individu peut s'en émanciper, prendre de la distance avec sa culture d'origine. Le symptôme s'exprime toujours « habillé »

d'une culture. De même, il n'y a pas d'être humain sans culture, et la culture va influencer sur notre représentation de tel ou tel état morbide, telle ou telle maladie.

Revenons sur l'étude d'Ijalba (2016) qui a porté sur la représentation de la pathologie autistique chez des mères d'enfants autistes, hispaniques, immigrées et vivant aux États-Unis. Cette étude porte sur 22 mères, selon une méthodologie qualitative de recueils des données. Il en ressort que les mères pensent le plus souvent que l'autisme est une situation temporaire, que le langage va advenir avec le temps, au rythme de l'enfant. Les difficultés langagières de l'enfant sont reliées à des événements traumatiques, une frayeur intense (*susto* en Amérique latine), la propre tristesse des mères, comme éléments explicatifs. Parfois, l'enfant a régressé au niveau du développement du langage, après que le père a été contraint de quitter le pays d'accueil, faute de papiers en règle.

Tobie Nathan (2000), dans son ouvrage *L'enfant ancêtre*, a comparé les représentations de l'autisme modelées par la culture dans laquelle baigne et grandit l'enfant. « Autisme » en Occident, « enfant bizarre », « enfant ancêtre » selon certaines conceptions traditionnelles sur le continent africain... Les hypothèses étiologiques peuvent diverger. Le silence de ces enfants serait alors dans ce cas interprété comme une conversation avec les « invisibles ». Il porterait en lui un message du monde des invisibles. Pour répondre à ce message, une intervention dite traditionnelle pourrait par exemple consister en des scarifications, un changement de nom de l'enfant, une mise en scène d'abandon. Tobie Nathan fait la remarque suivante : « Chaque théorie opère un découpage de la réalité et il est probable que les faits que l'une attrape dans son filet ne sont pas identiques aux faits revendiqués par l'autre. [...] Construits par des théories différentes, les faits sont aussi différents ; encore une fois, les théories ne se contentent pas de décrire le monde, elles le peuplent de nouveaux êtres » (Nathan, 2000, p. 21). Il lui apparaît compliqué et possiblement erroné d'établir une analogie entre « l'enfant ancêtre » et l'enfant autiste. Ces enfants ne seraient pas comparables, à l'inverse des théories étiologiques qui, elles, pourraient

être comparées. Les thérapies africaines traditionnelles seraient davantage sensibles aux interactions de l'enfant avec le groupe social dans lequel il évolue, alors que la théorie psychanalytique, prise ici comme référence occidentale dans l'ouvrage de Nathan, s'attacherait davantage au conflit interne habitant l'enfant, plutôt qu'aux interactions (ou alors comme conséquences du conflit intérieur).

En évoquant son expérience clinique au sein de l'équipe du Centre Georges Devereux à Paris, Tobie Nathan constate qu'une large majorité des enfants de parents migrants ayant été amenés à consulter évoluaient dans des familles pour lesquelles il existait au moins trois langues « conflictuelles ». Par langues « conflictuelles », il entend des langues qui peuvent rendre difficile la communication entre plusieurs générations, quand par exemple, la mère parle une langue différente de ses enfants. On se demande alors « quelle langue l'enfant ne parle pas ». Le trouble du langage est ici rattaché au syndrome autistique.

En écho à cette réflexion, citons un dialogue entre Iréna Talaban (ici I.T.), psychologue clinicienne, et Tobie Nathan (ici T.N.), à propos d'un enfant ne parlant pas à plus de 3 ans, que M^{me} Talaban reçoit avec ses parents en psychothérapie :

« I.T. : Au fond, pourquoi les autistes ne parlent pas ?

– T.N. : Les autistes refusent de se fixer dans le monde qu'on leur propose... une langue, cela attache à un monde, or les autistes refusent ce contrat... les parents des autistes n'ont pas la même langue maternelle...

– I.T. : Est-ce qu'on peut formuler les choses de la façon suivante : la langue des ancêtres de monsieur A. est le fon et la langue des ancêtres de madame A. est l'arabe... la langue qu'on propose à leur fils est uniquement le français... comme si on lui proposait un faux contrat... en refusant de parler, ces enfants voyagent dans plusieurs mondes, ils errent d'un monde à l'autre... » (Nathan, 2000, p. 197).

Dans une conception traditionnelle africaine, Tobie Nathan nous relate que « l'enfant autiste » peut être considéré comme « un « vieux » venant rappeler aux jeunes parents leurs devoirs traditionnels.

L'enfant, devant une situation d'incohérence culturelle, remonte aux générations précédentes pour trouver une solution englobant les incohérences dans une logique unitaire. Un bébé constatant que ses parents parlent une langue comme s'ils en étaient les « inventeurs » – c'est-à-dire une langue ne renvoyant pas au constat d'évidence qu'elle constitue un legs des générations précédentes – un tel bébé n'a pour seule solution que de rechercher une cohérence transgénérationnelle (*ibid.*, p. 212).

La migration en tant que facteur de vulnérabilité à l'autisme

L'hypothèse est de penser la migration comme facteur de vulnérabilité à la pathologie autistique et de s'attacher à mieux comprendre les mécanismes physio/psychopathologiques potentiellement à l'œuvre qui constitueraient un soubassement au développement de la pathologie autistique en situation migratoire. La population migrante serait perçue comme vulnérable au développement d'une pathologie autistique chez l'enfant issu d'une mère et/ou d'un père ayant migré. La finalité est de s'interroger sur les mesures de santé publique, de prévention et de prise en charge qui pourraient être proposées pour ces populations, en associant singularité et bain culturel qui module l'expression des symptômes et représentations de la maladie, tant du côté des parents que des soignants. Il conviendrait de former les soignants à la dimension culturelle de l'autisme (comme pour les autres pathologies psychiatriques), afin de pouvoir l'intégrer dans la prise en charge du patient, mais aussi de limiter les risques de *misdiagnosis*.

L'écueil à éviter, précisons-le, serait celui d'une dérive « essentialisatrice » de la culture, le sujet ne pouvant se réduire à sa seule dimension culturelle. Chaque être, rappelons-le, est singulier, mais il se développe dans un cadre culturel qui n'est pas sans influencer l'expression de sa souffrance psychique, le regard qu'une société porte sur cette souffrance et les solutions qu'elle peut proposer. Ce cadre étant posé, intéressons-nous aux études qui se sont penchées sur la question de l'autisme en population migrante.

Une revue de la littérature actuelle a été réalisée sur le sujet, à partir d'une recherche menée *via* Pubmed, ascodocpsy, Cairn, en utilisant les mots clefs « autisme et migration », « autisme et immigration », « autism and migration », et enfin « autism and immigration ». Il est apparu d'emblée que la littérature est encore assez récente et relativement peu fournie sur cette question. Les études ultérieures à celles de Wing (1980) ou Andersson et Wadensio (1981), précédemment mentionnées, se sont principalement attachées à comparer la fréquence d'enfants autistes en population migrante et population non migrante, ou ont cherché, pour un moindre nombre d'entre elles, à comparer la fréquence de parents immigrés entre des enfants avec autisme et des sujets témoins non autistes en population générale, sans pathologie psychiatrique comorbide. Les études étaient principalement basées sur des registres de population générale. Aucune étude n'a comparé cette fréquence entre des parents d'enfants avec autisme et de sujets contrôles souffrant d'une pathologie psychiatrique ou ayant un trouble du langage, mais non autistes. Peu d'études se sont également intéressées aux facteurs potentiellement explicatifs et aux mécanismes physio/psychopathologiques à l'œuvre. D'un point de vue qualitatif, l'expérience migratoire est peu étudiée, notamment le vécu de la migration et les potentiels traumatismes associés, les raisons et motivations du départ, l'arrivée dans le pays, le processus d'acculturation...

Des biais ont pu également être retrouvés dans ces études. Les échantillons sont en effet le plus souvent de petite taille, ce qui peut être expliqué par le fait que la pathologie autistique soit une pathologie qui demeure rare (Barnevik-Olsson et coll., 2010 ; Gardener et coll., 2009 ; Gillberg et coll., 1995 ; Kolevzon et coll., 2007). Ainsi, Gillberg et coll. (1995) se sont intéressés à trois garçons nés en Suède entre 1985 et 1987, dont les mères étaient nées en Ouganda, et diagnostiqués comme souffrant d'un trouble autistique en 1991 (sur un échantillon de 20 enfants nés de mères ougandaises et habitant la même région, appariés sur l'âge et le sexe). Les profils cliniques de ces patients étaient hétérogènes concernant leur niveau de quotient

intellectuel (ou QI) (profil haut *versus* bas niveau de fonctionnement intellectuel). Dans cette population, la fréquence du trouble autistique était de 15 %, contre 0,08 % en population générale, mettant ainsi en évidence une différence significative du taux de troubles autistiques pour les enfants suédois nés de mère elle-même née en Ouganda, comparés aux enfants nés d'une mère née en Suède. Par ailleurs, les analyses statistiques réalisées sont souvent univariées (Gardener et coll., 2009 ; Keen et coll., 2010 ; Kolevzon et coll., 2007 ; Schieve et coll., 2012) ; les potentielles variables confondantes explicatives ne sont ainsi pas prises en compte. La migration paternelle n'est pas toujours étudiée (Keen et coll., 2010). Seule l'étude de Magnusson et coll. (2012) a porté sur le moment de la migration maternelle en regard de la naissance de l'enfant. Les auteurs identifient que la période de grossesse serait celle d'une vulnérabilité accrue et émettent l'hypothèse d'un impact *in utero* du stress de l'expérience migratoire, si la migration a lieu pendant la grossesse (potentiels liens avec l'épigénétique). Il n'est en revanche pas précisé dans cette étude si la vulnérabilité fœtale au stress maternel varie selon le trimestre de la grossesse. D'après les études de Beversdorf et coll. (2005) et Previc (2007), le troisième trimestre de grossesse serait celui où la vulnérabilité fœtale au stress serait la plus importante concernant le risque de développer un trouble autistique.

Les principales études portant sur la relation entre migration et autisme sont développées ci-dessous et résumées dans le tableau 1. Dans son étude de suivi longitudinal chez des enfants d'origine somalienne vivant à Stockholm, Barnevik-Olsson et coll. (2010) ont étudié la prévalence de l'autisme dans cette population d'immigrés de deuxième génération. Ainsi, la prévalence de l'autisme et des troubles envahissants du développement non spécifiés (avec des difficultés d'apprentissage) dans cette population d'enfants d'origine somalienne était de 0,98 % contre 0,21 % de prévalence chez les enfants non somaliens ($p < 0,001$), soit littéralement, une prévalence 4,7 fois plus élevée chez les enfants d'origine somalienne. Dans leur étude menée en Angleterre, Keen et coll. (2010) ont également

retrouvé une augmentation significative du risque de développer un trouble du spectre autistique chez les enfants nés de mère ayant migré d'Afrique, des Caraïbes et d'Asie, comparés aux enfants nés d'une mère elle-même née en Grande-Bretagne. Par contre, le risque n'était pas majoré pour les femmes ayant migré à partir d'un pays européen, ni si l'on considérait seulement l'origine ethnique de la mère, en l'absence de migration. Cela corrobore l'idée selon laquelle ce serait l'immigration et non pas l'origine ethnique, qui serait un facteur de vulnérabilité au développement d'un trouble autistique. De même, l'étude de Becerra et coll. (2014) menée aux États-Unis a identifié un risque accru d'autisme, en particulier de bas niveau, chez des enfants nés de mère originaire des Philippines et du Vietnam. Dans l'étude de Lauritsen et coll. (2005) réalisée au Danemark, le risque d'autisme était significativement supérieur quand la mère était née en dehors du continent européen, comparé aux mères nées au Danemark.

Le risque d'autisme était également corrélé au degré d'urbanisation de l'enfant index. Globalement, le risque d'autisme était deux fois plus important chez les enfants nés dans la capitale ou en banlieue, comparativement à ceux nés en milieu rural. Cela soulève la question des liens potentiels entre migration, degré d'urbanisation et autisme qui ont été explorés dans les études de Gillberg et coll. (1987) et Keen et coll. (2010). Enfin, Magnusson et coll. (2012) observent un risque majoré d'autisme avec déficience intellectuelle chez des enfants de parents immigrés, comparés à une population d'enfants de parents non immigrés. Le risque était plus élevé lorsque la migration avait eu lieu autour de la période de grossesse (soit l'année avant la naissance de l'enfant selon l'étude de Magnusson et coll., 2012) et lorsque les parents avaient immigré de régions où l'indice de développement humain était bas. L'indice de développement humain (IDH) est une mesure sommaire du niveau moyen atteint dans des dimensions clés du développement humain : vivre une vie longue et en bonne santé, acquérir des connaissances et jouir d'un niveau de vie décent. L'IDH simplifie le développement humain et ne permet d'appréhender qu'une partie de ce qui le compose. Il ne reflète pas les inégalités, la

pauvreté, l'insécurité humaine ou les problèmes d'autonomie. Pour aller plus loin, on utilise l'IDHI (indice de développement humain ajusté sur les inégalités), qui conjugue les acquis moyens d'un pays en matière de santé, d'éducation et de revenu, et la façon dont ces acquis sont répartis entre la population. Ainsi, l'IDHI est un niveau moyen de développement humain sensible à cette répartition (Jahan et coll., 2016). La différence entre l'IDHI et l'IDH correspond au coût de l'inégalité du développement humain, que l'on appelle aussi la perte de développement humain due à l'inégalité.

Cependant, certaines études ne dupliquent pas ces résultats (voir tableau 1). En effet, dans une étude menée aux États-Unis en Californie, Schieve et coll. (2012) ont retrouvé chez des enfants d'origine hispanique, dont les deux parents étaient nés à l'étranger, une prévalence significativement diminuée du trouble du spectre autistique comparé à des enfants nés de parents non hispaniques, eux-mêmes nés aux États-Unis. Certains auteurs parlent ainsi du « paradoxe latino ». Ce résultat nécessite d'être nuancé. En effet, les migrants souffrent souvent d'un moindre accès aux soins comparés à la population originaire du pays d'accueil, en raison de barrières culturelles et linguistiques, incluant une moindre connaissance de la part des soignants de la culture du pays d'origine. Une étude mêlant sociologie et épidémiologie a été menée par Fountain et Bearman (2011) pour tenter de comprendre ce « paradoxe latino ». Les auteurs mettent en évidence que l'autisme serait sous-diagnostiqué dans cette population d'enfants hispaniques nés dans les années 1990 en Californie, cette sous-estimation de la prévalence serait en partie due à une politique antimigratoire et à la conséquence du vote de la proposition 187 en 1994 aux États-Unis. Cette proposition 187 aurait eu comme effet une diminution de l'accès aux soins pour les immigrés sans papiers. Les auteurs observent également en 1994 une explosion dans l'incidence du trouble du spectre autistique (TSA), au cours de la publication du DSM-IV (élargissement des critères diagnostiques), augmentation de l'incidence ayant été retardée en population hispanique, en raison du vote de la proposition 187 selon l'auteur. Ces résultats pourraient

expliquer en partie la faible prévalence du TSA en population hispanique et remettraient en cause le « paradoxe latino ». L'originalité de cette étude est de créer des ponts entre prévalence de l'autisme à un moment donné et contexte sociopolitique alors à l'œuvre, qu'il convient de prendre en compte afin de mieux comprendre cette prévalence paradoxalement basse en population migrante hispanique. Enfin, dans une étude épidémiologique de cohorte suédoise, Gillberg et Gillberg (1996) n'ont pas non plus retrouvé de différence significative entre le pourcentage de parents immigrés chez des enfants autistes et des enfants témoins non autistes.

Conclusion et perspectives

À la lumière de cette revue de la littérature, il apparaît que la question des relations entre migration parentale et développement du trouble du spectre autistique chez l'enfant bénéficie d'un intérêt croissant dans le domaine tant de la recherche que de la pratique clinique. Elle nécessite actuellement d'être développée afin de soutenir l'hypothèse d'une augmentation possible de la prévalence des TSA en population migrante (deuxième génération), et de pouvoir dès lors apporter un soutien avec des mesures de prévention et de prises en charge plus adaptées à ces populations qui parfois souffrent d'un manque d'accès aux soins. La prise en compte d'une dimension culturelle, sans effacer la singularité de chaque situation clinique, constitue également un enjeu important.

Suite à cet état de la question, on constate qu'il n'existe à ce jour aucune étude comparant des enfants souffrant de TSA à un groupe contrôle pathologique. Nous nous proposons ainsi de mener une recherche dont l'objectif principal est d'étudier les fréquences de migration chez les parents et grands-parents d'enfants avec autisme comparées à celles observées dans un groupe contrôle pathologique d'enfants non autistes présentant des troubles du langage verbal. L'objectif secondaire est de mieux comprendre le rôle éventuel de la migration dans le développement des troubles du spectre autistique, en essayant de mieux appréhender les possibles mécanismes

physio/psychopathologiques sous-jacents et en étudiant les potentiels facteurs pouvant être des acteurs majeurs dans la relation entre migration et autisme, dont notamment les indices de développement humain (IDH/IDHI) permettant d'avoir un indicateur de l'adversité sociale vécue dans le pays d'origine. Il nous semble en effet important d'inscrire la migration dans une trajectoire ne se limitant pas à l'expérience du voyage et au vécu postmigratoire, mais incluant aussi le vécu prémigratoire. Le stress éprouvé par les parents et/ou les grands-parents, possiblement à chacune des trois étapes de l'expérience migratoire (prémigratoire, le voyage, postmigratoire), pourrait entraîner des modifications psychologiques et biologiques contribuant au développement de troubles autistiques dans la descendance et se transmettant sur plusieurs générations, tant avec un héritage génétique (mécanismes d'épigénétique), qu'avec un héritage familial passant par la narration et s'inscrivant dans une filiation symbolique.

Tableau 1. Études des relations entre migration et autisme

Auteur (année)	Population(s)	Taille de l'échantillon	Résultats principaux
Barnevik-Olsson et coll. (2010)	Étude épidémiologique basée sur un registre de population suédois étudiant la prévalence de l'autisme en population somalienne (avec groupe contrôle)	250 enfants autistes (dont 232 non somaliens et 18 somaliens) pour 113 391 enfants en population générale (dont 111 555 non somaliens et 1 836 somaliens non autistes)	Prévalence autisme supérieure chez les enfants somaliens comparée aux enfants du GC (groupe contrôle) ($p < 0.001$)
Becerra et coll. (2014)	Étude épidémiologique basée sur un registre de population aux États-Unis comparant la prévalence de l'autisme selon le pays d'origine de la mère	7 540 enfants autistes à partir d'une cohorte de 1 626 354 enfants appariés sur l'âge en population générale	OR (odds ratio) = 1.23 (1.08-1.40) pour les mères nées aux Philippines, OR = 1.45 (1.24-1.70) pour les mères nées au Vietnam (comparés aux mères nées aux États-Unis)

Auteur (année)	Population(s)	Taille de l'échantillon	Résultats principaux
Gillberg et coll. (1987)	Étude épidémiologique basée sur un registre de population suédois comparant la fréquence de parents migrants entre un groupe autiste et un groupe contrôle	35 autistes, dont 20 vivant en milieu urbain et 15 vivant en milieu rural pour 42 886 enfants en population générale issus de la même région appariés selon l'âge	30 % autistes « urbains » nés de parents migrants ; 0 % autistes « ruraux » n'avaient de parents migrants ; différence non significative concernant la fréquence de parents migrants dans le GA urbain comparé au GC ; différence significative concernant la fréquence de parents migrants dans le GA rural comparé au GC, $p < 0.001$
Gillberg et coll. (1995)	Étude clinique portant sur les caractéristiques cliniques et l'environnement d'enfants autistes nés en Suède de mères nées en Ouganda ; étude de la prévalence de l'autisme dans cette population	3 enfants autistes nés en Suède de mères nées en Ouganda	Prévalence autisme chez les enfants nés en Suède de mères nées en Ouganda calculée à 15 % (comparée à la prévalence en population générale évaluée à 0.08 %)
Gillberg et Gillberg (1996)	Étude épidémiologique basée sur un registre de population suédois comparant la fréquence de parents migrants entre un groupe autiste et un groupe contrôle	55 autistes pour 78 106 enfants en population générale	27 % enfants autistes contre 26,2 % enfants contrôles avaient au moins un parent migrant (non significatif)
Keen et coll. (2010)	Étude rétrospective basée sur un registre de population anglais comparant la prévalence du TSA selon le pays d'origine de la mère et son ethnicité	428 enfants autistes	Risque relatif majoré pour les mères nées aux Caraïbes (OR = 10.01 IC 95 % 5.53-18.1), en Asie (OR = 3.97 IC 95 % 2.01-7.84), en Afrique (OR = 7.92 IC 95 % 5.39-11.6)

Auteur (année)	Population(s)	Taille de l'échantillon	Résultats principaux
Lauritsen et coll. (2005)	Étude épidémiologique basée sur un registre de population danois comparant la fréquence de parents migrants entre un groupe autiste et un groupe contrôle	818 enfants autistes nés au Danemark à partir d'une cohorte de 943 664 enfants en population générale	Risque relatif de développer un trouble autistique calculé à 1.42 quand les mères sont nées en dehors du continent européen, comparé aux mères nées au Danemark. Le pays de naissance du père n'influe pas sur ce risque relatif.
Magnusson et coll. (2012)	Étude cas-témoins basée sur des registres de population (<i>Stockholm youth cohort</i>) comparant la fréquence de parents migrants entre un groupe autiste et un groupe contrôle	3 918 autistes (soit 2 269 haut niveau de fonctionnement et 1 649 bas niveau) pour 589 114 enfants en population générale	Risque relatif d'autisme de bas niveau majoré en population migrante (si les 2 parents sont migrants) OR = 1.5 IC 95 % 1.3-1.7, surtout si les parents avaient migré de pays où l'IDH était bas.
Schieve et coll. (2012)	Étude basée sur un registre de population aux États-Unis comparant la prévalence du TSA selon l'origine ethnique (ici hispanique) et le pays d'origine des parents ; GC (enfants nés de parents nés eux-mêmes aux États-Unis d'origine non hispanique)	GC constitué de 34 996 enfants ;	Prévalence du TSA de 1.19 % dans le GC, <i>versus</i> prévalence de 0.31 % chez les enfants d'origine hispanique nés aux EU dont les 2 parents étaient nés à l'étranger (différence significative)

GA : groupe autiste, GC : groupe contrôle, TSA : trouble du spectre autistique

Bibliographie

- ANDERSSON, L. ; WADENSIO, K. 1981. « Early Childhood psychoses in Malmöhus län, a descriptive study. Research report, social welfare authorities, county of Malmöhus län » (en suédois).
- ASENSI, H. ; LE DU, C. 2003. « Savons-nous accueillir les réfugiés en France ? », dans T. Baubet, K. Le Roch, D. Bitar, M.R. Moro (sous la direction de), *Soigner malgré tout*, vol 1 : *Trauma, cultures et soins*, Grenoble, La pensée sauvage, p. 71-95.

BARNEVIK-OLSSON, M. ; GILLBERG, C. ; FERNELL, E. 2010. « Prevalence of autism in children of Somali origin living in Stockholm: Brief report of an at-risk population », *Dev. Med. Child. Neurol.*, 52, p. 1167-1168.

BAUBET, T ; MORO, M.R. 2013. *Psychopathologie transculturelle*, 2^e édition, Paris, Masson.

BAUBET, T. ; MORO, M.R. 2013. « Migration et exil », dans *Psychopathologie transculturelle*, 2^e édition, Paris, Masson, p. 79.

BECERRA, T.A. ; VON EHRENSTEIN, O.S. ; HECK, J.E. ; OLSEN, J. ; ARAH, O.A. ; JESTE, S.S. et coll. 2014. « Autism spectrum disorders and race, ethnicity and nativity: A population-based study », *Pediatrics*, 134, p. 63-71.

BENSEKHAR-BENNABI, M. ; SERRE, G. 2005. « L'univers du bilingue et la réalité des familles bilingues », *Entretiens de la petite enfance*.

BEVERSDORF, D.Q. ; MANNING, S.E. ; HILLIER, A. ; ANDERSON, S.L. ; NORDGREN, R.E. ; WALTERS, S.E. et coll. 2005. « Timing of prenatal stressors and autism », *J. Autism Dev. Disord.*, 35, p. 471-478.

BIALYSTOK, E. ; CRAIK, F.I.M. ; KLEIN, R. ; VISWANATHAN, M. 2004. « Bilingualism, aging, and cognitive control: Evidence from the Simon task », *Psychol. and Aging*, 19, p. 290-303.

BIJELJAC-BABIC, R. 2000. « Acquisition de la phonologie et bilinguisme précoce », dans M. Kail, M. Fayol (sous la direction de), *L'acquisition du langage*, Paris, Puf, p. 161-192.

BOYSSON-BARDIES, B. DE. 2004. *Comment la parole vient aux enfants*, Paris, Odile Jacob.

BRONFENBRENNER, U. ; MORRIS, P.A. 2005. « The bioecological theory of human development », dans U. Bronfenbrenner (sous la direction de), *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*, Thousand Oaks, Sage, p. 3-15.

CANTOR-GRAAE, E. ; SELTEN, J.-P. 2005. « Schizophrenia and migration, a meta analysis and review », *Am. J. Psychiatry*, 162, p. 12-24.

CHEN, J. ; BAUMAN, A. ; RISSEL, C. ; TANG, K.C. ; FORERO, R. ; FLAHERTY, B. 2000. « Substance use in high school students in New South Wales, Australia, in relation to language spoken at home », *J. Adolesc. Health*, 26, p. 53-63.

CHIEN, L.Y. ; GEORGE, M.A. ; ARMSTRONG, R.W. 2002. « Country of birth and language spoken at home in relation to illicit substance use », *Can. J. Public Health*, 93, p. 188-192.

COURBOT, C. 2000. « De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire, petite histoire d'un terme connoté », *Hypothèses*, 1, p. 121-129.

CRAFA, D. ; WARFA, N. 2015. « Maternal migration and autism risk: Systematic analysis », *Int. Rev. Psychiatry*, 27, p. 64-71.

DENOUX, P. 2007. « La trajectoire comme facteur associé à l'étiopathogénie des troubles mentaux dans la migration [mémoire] », *Annales médico psychologiques*, 165, p. 492-502.

DEVEREUX, G. 1970. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.

EPSTEIN, J.A. ; DOYLE, M. ; BOTVIN, G.J. 2003. « Mediation model of the relationship between linguistic acculturation and polydrug use among Hispanic adolescents », *Psychol. Rep.*, 93, p. 859-866.

FOUNTAIN, C. ; BEARMAN, P. 2011. « Risk as social context: Immigration policy and autism in California », *Sociological Forum*, 26, p. 215-240.

GARDENER, H. ; SPIEGELMAN, D. ; BUKA, S.L. 2009. « Prenatal risk factors for autism: Comprehensive meta-analysis », *Br. J. Psychiatry*, 195, p. 7-14.

GFROERER, J.C. ; TAN, L.L. 2003. « Substance use among foreign-born youths in the United States: Does the length of residence matter ? », *Am. J. Public Health*, 93, p. 1892-1895.

GILLBERG, C. ; STEFFENBURG, S. ; BÖRJESSON, B. ; ANDERSSON, L. 1987. « Infantile autism in children of immigrant parents. A population-based study from Goteborg, Sweden », *Br. J. Psychiatry*, 150, p. 856-858.

GILLBERG, C. ; SCHAUMANN, H. ; GILLBERG, I.C. 1995. « Autism in immigrants: Children born in Sweden to mothers born in Uganda », *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, p. 141-144.

GILLBERG, I.C. ; GILLBERG, C. 1996. « Autism in immigrants: A population-based study from Swedish rural and urban areas », *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, p. 24-31.

GROSJEAN, F. 1982. « Life with two languages », dans *An Introduction to Bilingualism*, Cambridge, Harvard University Press.

HAMERS, J.-F. ; BLANC, M. 1983. *Bilinguisme et bilinguisme*, Sprimont (Belgique), Pierre Mardaga.

HERMAN, J.L. 1992. « Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma », *J. Trauma. Stress*, 5, p. 377-391.

HERSKOWITS, M. 1938. *Acculturation, the Study of Culture Contact*, J.J. Augustin Publisher, New York.

HOLLANDER, A.-C. ; DAL, H. ; LEWIS, G. ; MAGNUSSON, C. ; KIRKBRIDE, J. ; DALMAN, C. 2016. « Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses cohort study of 1.3 million people in Sweden », *BMJ*, 352, i1030.

IJALBA, E. 2016. « Hispanic immigrant mothers of young children with autism spectrum disorders: How do they understand and cope with autism ? », *American Journal of Speech Language Pathology*, 25, p. 200-213.

JAHAN, S. et coll. 2016. *Rapport sur le développement humain 2016 : Le développement humain pour tous*, PNUD.

KEEN, D.V. ; REID, F.D. ; ARNONE, D. 2010. « Autism, ethnicity and maternal immigration », *Br. J. Psychiatry*, 196, p. 274-281.

KOLEVZON, A. ; GROSS, R. ; REICHENBERG, A. 2007. « Prenatal and perinatal risk factors for autism: A review and integration of findings », *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 161, p. 326-333.

LAURITSEN, M.B. ; PEDERSEN, C.B. ; MORTENSEN, P.B. 2005. « Effects of familial risk factors and place of birth on the risk of autism: A nationwide register-based study », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, p. 963-971.

LIN, K.M. ; MASUDA, M. ; TAZUMA, L. 1982. « Adaptation problems of vietnamese refugees, III: Case studies in field adaptative and maladaptative », *Psychiatr. J. Univ. Ottawa*, 7, p. 173-183.

MAGNUSSON, C. ; RAI, D. ; GOODMAN, A. ; LUNDBERG, M. ; IDRING, S. ; SVENSSON, A. et coll. 2012. « Migration and autism spectrum disorder: Population-based study », *Br. J. Psychiatry*, 201, p. 109-115.

MAHLER, M. 1952. « On child psychosis and schizophrenia. Autistic and symbiotic infantile psychoses », *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7, p. 286-305.

MORO, M.R. 2007. *Aimer ses enfants ici et ailleurs*, Paris, Odile Jacob.

MOUSSAOUI, D. ; FERREY, G. 1985. *Psychopathologie des migrants*, Paris, Puf.

NATHAN, T. 1986. *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.

NATHAN, T. 2000. *L'enfant ancêtre*, Grenoble, La pensée sauvage.

ORGANISATION INTERNATIONALE DES MIGRATIONS, OIM ou INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. www.iom.int.

PREVIC, F.H. 2007. « Prenatal influences on brain dopamine and their relevance to the rising incidence of autism », *Med. Hypotheses*, 68, p. 46-60.

REZZOUG, D. ; BENNABI-BENSEKHAR, M. ; MORO, M.R. 2013. « Étude du bilinguisme précoce, une recherche transculturelle », dans T. Baubet et M.R. Moro (sous la direction de), *Psychopathologie transculturelle*, 2^e édition, Paris, Masson, p. 352-362.

RICŒUR, P. 2006. « La condition d'étranger », *Esprit (La pensée Ricœur)*, mars-avril, p. 264-275.

ROUSSEAU, C. ; NADEAU, L. 2003. *Migration, exil et santé mentale*, Paris, Masson.

SAYAD, A. 1999. *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Le Seuil.

SCHIEVE, L.A. ; BOULET, S.L. ; BLUMBERG, S.J. ; KOGAN, M.D. ; YEARGIN-ALLSOPP, M. ; BOYLE, C.A. et coll. 2012. « Association between parental nativity and autism spectrum disorder among US-born non-Hispanic white and Hispanic children, 2007 national survey of children's health », *Disability and Health Journal*, 5, p. 18-25.

VUORENKOSKI, L. ; KUURE, O. ; MOILANEN, I. ; PENNINKILAMPI, V. ; MYHRMAN, A. 2000. « Bilingualism, school achievement, and mental well-being: A follow-up study of return migrant children », *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 41, p. 261-266.

WING, L. 1980. « Childhood autism and social class: A question of selection », *Br. J. Psychiatry*, 137, p. 410-417.