

Au travers de l'accueil de migrants primo-arrivants ayant fui des violences multiples, le chaos du monde et la violence raisonnent singulièrement dans nos lieux de soins et associatifs. Les politiques migratoires de nos pays laissent ces personnes sans statut administratif, en errance, dans une situation de vulnérabilité. Pour les soigner et les accueillir au mieux, il faut penser ces situations dans leur spécificité traumatique et précaire. Il sera question ici plus particulièrement de femmes enceintes, de jeunes mamans avec leur bébé et des incidences possibles de ces situations sur la maternité et la construction des premiers liens. Sans oublier les effets sur les soignants, qui auront à relever le défi de continuer à faire lieu d'accueil pour ceux qui se retrouvent dans un « hors-lieu ».

MÈRES ET BÉBÉS EN ERRANCE MIGRATOIRE

LECTURES

MÈRES ET BÉBÉS EN ERRANCE MIGRATOIRE

Christine Davoudian

Médecin généraliste, Christine Davoudian travaille notamment en protection maternelle et infantile (PMI). Elle est membre de la WAIHM francophone.

Elle est l'auteure de nombreux ouvrages dont « Mères et bébés sans-papiers » - 1001bb n°127, Erès, 2012, et plusieurs films dont « Accoucher en terre étrangère », « Une terre d'avenir », « Familles en errance », « Des pères sur le fil ».

CHRISTINE DAVOUDIAN

TEMPS D'ARRÊT

yapaka.be

Coordination de la prévention
de la maltraitance
Secrétariat général
Fédération Wallonie-Bruxelles
de Belgique
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be




FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

115 yapaka.be

yapaka.be

Mères et bébés en errance migratoire

Christine Davoudian

Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes. – 8 parutions par an.

Directrice de collection : Claire-Anne Sevrin assistée de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Laurane Beaudelot, Philippe Dufromont, Audrey Heine et Habiba Mekrom.

Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'Enseignement, Administration générale de l'Aide à la Jeunesse, Administration générale des Maisons de Justice, Administration générale du Sport, Administration générale de la Culture et ONE), la collection « Temps d'Arrêt / Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

Comité de projets : Stephane Albessard, Mathieu Blairon, Nicole Bruhwylter, Olivier Courtin, Deborah Cuignet, Marie Darat, Marieine Dupuis, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Pascale Gustin, Françoise Hoornaert, Farah Merzguioui, François Moors, Raphaël Noiset, Marie Thonon, Nathalie Van Cauwenbergh, Françoise Verheyen.

Comité directeur : Frédéric Delcor, Liliane Baudart, Annie Devos, Stephan Durviaux, Lise-Anne Hanse, Alain Laitat, Benoit Parmentier, André-Marie Poncelet.

Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.
Mars 2020

La migration féminine actuelle	9
Caractéristiques des nouvelles figures de la migration	13
Migrations antérieures	13
Deuils et effondrement du lieu d'origine	14
Ruptures et désaffiliations	14
Errance	16
Violences cumulatives	17
La question statutaire : exclusion et « hors-lieu »	17
Incidences sur la vie psychique de la future mère et sur la construction des premiers liens avec l'enfant	19
Une clinique complexe	19
Une clinique de l'errance et de la survie	20
Solitude et isolement	22
Ruptures et désaffiliations	24
Quelle filiation : où est passé le père ?	26
Une clinique traumatique	28
Reconnaître le trauma : une clinique qui avance masquée	28
A propos du trauma : vignettes en illustration de ce propos	33
Blessures narcissiques	35
Le cas de la grossesse : une situation paradoxale	37
Désobjectivation	38
Honte et culpabilité : le lit de la dépression	39
La vie malgré tout	41
Du côté des professionnels et accueillants	43
Revoir nos paradigmes : l'approche transculturelle à discuter et à nuancer	43
Un peu plus de géopolitique ? Savoir et faire savoir	48
Travailler avec et autour de la question « des papiers »	49
Portée symbolique de nos lieux et objets	53
Un lieu pour commencer le travail d'exil	56
Ecueils et risques	57
Construire une éthique	60
Bibliographie	62

« Nous les migrants nous n'aimons pas beaucoup que l'on nous appelle ainsi, nous préférons être appelés 'nouveaux arrivants' ». Voilà ce que confiait Hannah Arendt sur le chemin de son exil fuyant l'Allemagne nazie. Si la référence à cette philosophe allemande nous rappelle que l'exil dans un contexte violent pour « sauver sa peau » n'est pas un fait nouveau, ce qui est énoncé ici avec une belle concision, ce sont les attentes des exilés en matière d'accueil et d'intégration. Il faut bien un lieu d'accueil solide et accueillant pour s'arrimer et entamer le travail de l'exil afin de ne pas rester un éternel étranger. L'exil est sûrement le mot qui rend le mieux compte de la dimension individuelle du choix de partir et du vécu intime (après tout nous ne sommes pas des oiseaux). Les causes des exils sont multiples. Une vaste littérature savante et littéraire en rend compte. Il s'agit toujours d'une histoire intime mais prise aussi dans l'Histoire. Départs choisis par des personnes portées par un imaginaire et rêve d'un ailleurs. Départs avec le souhait d'un destin meilleur pour soi et pour le groupe familial. La décision peut être aussi collective avec l'élection d'une personne désignée pour entreprendre l'aventure. Mais il existe des exils forcés suite à des violences de toutes sortes.

Nous nous y intéresserons dans ce livre car l'actualité en rend compte dans des proportions inédites dans nos pays européens, modifiant les figures traditionnelles de la migration en Europe. Comme le constatait déjà en 2009 le HCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés), les mouvements migratoires

en rapport avec un exil forcé de populations fuyant les guerres, les violences étatiques sont en constante et inquiétante augmentation, avec pour la majorité d'entre eux aucune perspective de retour à moyen terme.

Depuis, ce phénomène n'a fait que s'accroître. Le HCR indiquait en juin 2019 que chaque jour 37 000 personnes sont contraintes de fuir leur maison à cause des conflits et persécutions. Toutefois, seule une petite proportion d'entre elles viendra en Europe. Mais celles souhaitant bénéficier du droit d'asile ou autres statuts rencontrent de plus en plus difficilement une réponse favorable. Il faut bien le reconnaître, l'idéal d'un pays protecteur se fracasse souvent avec la rencontre d'un pays doté de politiques migratoires de plus en plus restrictives.

De plus, les exilés actuels tendent à occuper le devant de la scène médiatique et politique comme « un problème », avec des effets certains sur les subjectivités collectives et individuelles. Ce que l'on a appelé en 2015 « la crise des migrants » se révèle surtout comme une crise de l'accueil. L'Europe, frileuse, en proie à ses propres insécurités économiques et sociales, ferme ses portes. Que cela soit dans le constat navré « de ne pas pouvoir accueillir toute la misère du monde » ou avec la virulence haineuse qui réduit le migrant à un improductif ou à cet Autre inassimilable par nos démocraties, voilà le retour de l'étranger comme « de trop » et indésirable.

L'exilé d'aujourd'hui va donc avoir toutes les peines à obtenir une régularisation de sa situation. Quels que soient les termes employés : migrants, exilés, réfugiés, la plupart finiront par se retrouver amalgamés sous l'appellation de « sans-papiers ». Appellation massifiante qui ne dit rien de la personne, de son sexe, de son pays d'origine, de sa culture, ni de son histoire mais pointe seulement ce qui fait défaut à lui donner la légitimité d'être parmi nous. Une appellation qui ne

renvoie qu'à un manque et établit comme une « carte de non-identité ». « On se croyait avec un destin singulier et on se réveille avec un destin de masse ». Cette phrase d'une auteure au destin tragique à une époque noire de notre Histoire trouve une singulière résonance dans le contexte actuel. La question de la massification et de l'exclusion des sujets migrants (sous l'appellation « sans-papiers » mais aussi « étrangers ») constitue un des fils rouges de ce texte, à tisser avec d'autres fils essentiels que sont les questions des ruptures et l'existence de traumatismes cumulatifs.

Aussi les problématiques concernant les figures actuelles de la migration seront-elles abordées avec d'autres approches que celles qui prenaient en compte essentiellement les difficultés inhérentes à la rencontre d'un pays culturellement différent et à la douleur nostalgique du pays d'origine. Sans faire des amalgames inadéquats avec le contexte historique tragique de notre philosophe, qu'il soit permis ici de rappeler les disparus en mer anonymes à jamais, les perdus en route et tous ceux en errance, pour certains sans nom ni empreintes digitales. Ceux enfermés ou expulsés. Tous ceux non admis comme « nouveaux arrivants » qui vont constituer la masse des « sans ». Ils vivent aux marges de nos villes, dans les interstices de nos institutions, entre invisibilité et survisibilité. Une invisibilité qui les « anonymise » ou efface les traces de leur présence et une survisibilité dans les discours médiatico-politiques et les consignes policières qui les surexposent.

Nous les rencontrons de plus en plus nombreux dans nos lieux d'accueil et de soins et dans nos lieux associatifs. Ils se présentent avec des caractéristiques bien différentes des migrants que nous connaissions jusqu'à encore ces vingt dernières années. Il sera question ici de pertes mais aussi de gains escomptés. Ceux-ci semblent considérables tant les attentes de protection et les espérances de reconstruction dans des États stables et démocratiques sont immenses.

Ces nouvelles réalités viennent bouleverser nos paradigmes de travail en matière d'accueil et d'accompagnement des migrants. Il y a nécessité à penser cette clinique actuelle car elle s'invite amplement dans les institutions, lieux de soins, de prévention et associations, non sans affecter et déstabiliser les professionnels et bénévoles qui y travaillent. Il y a urgence à la penser car elle nous confronte peut-être à une dimension de catastrophe humanitaire inédite jusque-là pour nous. Nous nous intéresserons ici spécifiquement aux futures mères mais aussi aux femmes avec leurs bébés. À ce moment de vulnérabilité particulière du passage de la maternité, on devine combien ces réalités peuvent avoir d'incidences sur la vie psychique, la construction des premiers liens et venir affecter les processus de transmission d'affiliations et de filiations.

La migration féminine actuelle

Si les figures de la migration sont plurielles et la migration est toujours au final l'aboutissement d'un destin singulier, on peut toutefois dégager des traits communs pour les figures actuelles de la migration féminine. Le plus souvent il s'agit de femmes seules.

Voilà un fait nouveau, qui questionne sur ce qui a pu jeter des femmes seules sur les routes dangereuses de l'exil. Une majorité de celles que nous rencontrons viennent d'Afrique subsaharienne. Certaines sont parties précipitamment, laissant parfois des enfants derrière elles. Les raisons du départ sont diverses mais le plus souvent liées à des violences subies dans les pays d'origine, voire des menaces de mort. Violences plurielles aussi. Violences de guerre ou persécutions du régime politique en place. La femme peut être directement menacée mais aussi de manière indirecte si elle faisait partie de l'entourage d'un militant « indésirable ». Les violences peuvent endeuiller l'épouse, la contraignant à trouver refuge avec ses enfants en Europe. Mais le plus souvent il est question d'autres types de violences : des violences intrafamiliales ou conjugales, de moins en moins supportées par de nouvelles générations de femmes. La violence peut aussi prendre la forme d'exclusion ou de bannissement par le groupe familial et communautaire pour des motifs divers : séropositivité, liaison interdite avec un membre d'un autre groupe ethnique ou autres actes jugés transgressifs. Enfin certaines seront écartées du fait de leur remise en cause et refus des places traditionnellement assignées au sein de leur communauté. Il faut prendre en compte que les sociétés non occidentales sont traversées aussi par d'importantes mutations. La mondialisation internet, les mutations économiques et structurelles de ces pays contribuent à bousculer les modèles traditionnels. Certaines remises en question

sont portées par les femmes qui revendiquent une autre place que celle traditionnellement assignée.

Nous voyons alors se dessiner de nouvelles figures du féminin qui refusent que l'on marchandise leur corps pour fonder les alliances et exigent une autre place comme sujet social dans la structure familiale et dans le couple. Des associations commencent à se constituer pour soutenir ces revendications et dans certains cas accueillir des femmes en fuite, mais elles restent insuffisantes. Beaucoup traverseront alors les frontières et les mers pour se construire un avenir meilleur. « Je ne veux pas que ma seconde fille meure suite à l'excision comme la première. J'ai dû m'enfuir avec elle » (Fatoumata, malienne). « On m'a dit de partir, que je faisais honte à ma famille », nous confiait l'une d'entre elles qui avait refusé un mariage polygamique (Mariam, ivoirienne). « Ma mère m'a dit d'accepter car c'est le destin des femmes, mais je ne peux pas » nous dit Assaitou, qui a fui des violences conjugales. Des femmes revendiquent et affirment une subjectivité pas toujours reconnue par le groupe : « Ma famille musulmane m'a reniée car je suis la seule chrétienne », nous confie Léonie. Une migration féminine émancipatrice mais aussi salvatrice donc, qui peut les conduire loin de chez elles avec désespoir mais aussi de grands projets et espérances. « Je voulais être infirmière mais ce n'est pas ce que ma famille voulait pour moi et chez moi on ne peut pas ». Si les lois évoluent et leur sont plus favorables, les mentalités et les organisations des groupes d'appartenance ne suivent pas toujours. Il n'est pas rare qu'elles aient à payer le prix fort pour ce qui apparaît alors comme transgressif.

Les États et leurs instances ne se révèlent pas toujours protecteurs : « Je préfère être sans droit en France qu'avec des droits en Afrique ». Voilà une affirmation forte qui indique que certaines n'auraient rien à perdre.

Nous rencontrons aussi une migration féminine économique venant toujours d'Afrique et d'autres pays

du monde : d'Europe de l'Est, de Chine ou d'ailleurs. Il s'agit le plus souvent de femmes qui à la suite de décès du père, des frères ou du mari vont se retrouver en position de soutien de famille et doivent aller chercher des ressources ailleurs. Elles confient leurs enfants à leur famille, le plus souvent aux grands parents. Enfin, le départ peut prolonger une longue errance déjà entamée dans le pays d'origine dès l'adolescence suite à des abandons ou maltraitements précoces. « On part quand personne ne vous attend », quand « on est de trop ».

Quel que soit le motif des départs, le chemin d'exil peut se révéler très violent. Actuellement, seul un petit nombre de ces femmes arrive directement en avion, avec un visa provisoire de tourisme ou autre. La majorité va emprunter des chemins longs et dangereux qui peuvent traverser des pays « sans foi ni loi » où elles risquent de se retrouver captives d'un système esclavagiste ou subir les pires abus. Le passage se monnaie aussi et au prix fort pour les femmes. Certaines décideront de rentrer chez elles mais la plus part poursuivront leur route vers l'Europe. Un voyage très coûteux, pas seulement financièrement, pour une liberté ou un Eldorado qui se révèle souvent illusoire. À l'arrivée, les espérances de protection, de « nouveau départ » ou d'amélioration de la situation économique se heurtent aux réalités de politiques migratoires. Les violences familiales et intracommunautaires ne sont pas retenues comme recevables pour une demande d'asile. Beaucoup de ces femmes ont peu de chances de régularisation en dehors des situations de guerres ou de risques d'excision pour la fille qui les accompagne. Le plus souvent elles vont se retrouver isolées, sans réseau solidaire. Elles bénéficient au mieux d'hébergements précaires toujours fragiles, au pire de séjours à la rue ou dans les salles d'attente des gares ou d'hôpitaux. Elles sont alors précipitées dans un parcours d'errance. Beaucoup d'entre elles peuvent subir des maltraitements de la part d'hébergeurs inconnus

rencontrés par hasard ou sujets de la communauté d'origine.

Nous voilà loin de l'inclusion sociale et de la protection communautaire offertes lors du regroupement familial au cours des vagues migratoires antérieures. Elles trouveront accueil et soutien le plus souvent auprès d'associations qui opèrent toutefois avec une faible marge de manœuvre dans le contexte législatif actuel.

Caractéristiques des nouvelles figures de la migration

Les migrants actuels présentent des spécificités et caractéristiques bien différentes de celles des vagues antérieures. Rappelons ici brièvement ce qui caractérisait les vagues migratoires plus anciennes, qui nous étaient plus familières.

Migrations antérieures

Il y a encore vingt ans nous rencontrions de manière prédominante des populations issues des vagues migratoires débutées dans les années soixante. Ces personnes venaient majoritairement de pays pacifiés (souvent des ex-colonies) mais économiquement faibles et de zones rurales encore bien ancrées dans les traditions. Il s'agissait le plus souvent d'une immigration économique acceptée à la faveur d'une relative croissance et prospérité dans nos pays, avec des besoins en main d'œuvre. Toute une population masculine trouvait à s'insérer dans le monde du travail et bénéficiait d'une carte de séjour. L'épouse et les enfants, à la faveur du regroupement familial, venaient rejoindre un conjoint stabilisé avec un emploi et un logement. La plupart du temps elle ne parlait pas la langue mais l'époux la maniait sans difficulté et maîtrisait les codes du pays d'accueil. La famille pouvait s'appuyer sur une communauté fiable et organisée.

Les conditions sociales étaient certes loin d'être optimales et l'accueil était plus ou moins bienveillant mais les politiques migratoires autorisaient une inscription légale qui permettait des allers-retours au pays d'origine et les visites de la famille. Les conditions objec-

tives et subjectives permettant la mise en route d'un travail d'exil, aussi douloureux soit-il, se trouvaient réunies. De nombreux travaux ont été écrits sur ce sujet spécifique.

Deuils et effondrement du lieu d'origine

Les exilés d'aujourd'hui peuvent venir des villes, avec pour certains des formations supérieures et des diplômes. Leur départ précipité les a souvent contraints à laisser derrière eux une situation socialement implantée et parfois une famille. Ils nous diront qu'ils ont « tout perdu » y compris, pour certains, des proches. Ces départs font souvent suite à des événements violents - guerres, conflits inter-ethniques et persécutions de toutes sortes.

Dans ce contexte vont arriver un grand nombre de personnes endeuillées, encombrées de leurs morts. L'arbre généalogique familial peut avoir été amputé de ses branches vives et soutenantes. Le pays d'origine se révèle alors comme le point de catastrophe et d'effondrement. Il devient comme un pays fantomatique peuplé d'âmes errantes, inhabitable aussi psychologiquement. Le retour (ou aller-retour) au pays peut s'avérer impossible quand trop de morts tapissent le sol. « Je ne pourrais plus marcher dans mon village ni dans mon pays » nous disait une patiente ivoirienne suite à des massacres. Ces situations endeuillées vont être difficiles à porter et à traverser quand les personnes ou les corps ont disparu, mais aussi en l'absence de l'entourage et des rituels qui accompagnent ces événements.

Ruptures et désaffiliations

La migration actuelle se caractérise par une répétition de ruptures violentes et de désaffiliations survenues déjà dans le pays d'origine. Ruptures avec le lieu, nous l'avons vu, mais aussi ruptures des liens familiaux et des

liens sociaux à la suite de divers processus d'exclusion, de bannissement ou d'auto-exclusion. Les ruptures se répètent aussi à l'arrivée, quand les personnes peinent à trouver une chaîne de solidarité familiale ou communautaire et une stabilité géographique. La solidarité n'est pas toujours au rendez-vous car ce que la violence a défait là-bas ne se reconstruit pas facilement ici. Les personnes peuvent rencontrer une communauté devenue ici peu fiable et dont les membres se sont repliés dans un « chacun pour soi » de la lutte pour survivre. Des proches ou compatriotes qui avaient accepté de les recevoir finissent souvent par les expulser, notamment à l'annonce d'une grossesse. Les femmes peuvent être particulièrement exposées à des abus de toutes sortes ou nouvelles dépendances de la part des hébergeurs (qui peuvent être des membres de la famille). Certains, en échange d'un toit, exigent soumission et travail et mettent en place des rapports humiliants de domination. Un prix élevé pour des femmes qui justement ont cherché à s'autonomiser des tutelles familiales ou communautaires. Ces situations sont souvent tuées et portées en silence dans la honte. Certaines se rebellent. Mariam a fini par quitter son hébergement et a préféré la rue avec ses enfants, ne supportant pas « d'être insultée devant ses enfants ». Enfin, certaines, pleines de honte ou de méfiance, ne chercheront pas à rejoindre leur communauté.

Les femmes enceintes vont le plus souvent vivre leur grossesse seules et dans la clandestinité. Une clandestinité non seulement statutaire mais aussi due à l'impossibilité de partage avec le groupe d'origine, soit que la femme a rompu avec lui lors du départ, soit que celui-ci doit être tenu à l'écart de l'annonce de la naissance d'un bébé conçu hors mariage sans filiation paternelle. Le modèle biparental de la conjugalité ne peut pas non plus être investi car le plus souvent le « compagnon » met fin à la relation dès l'annonce de la grossesse.

Au final la femme va être comme dés-inscrite de son système de filiation et d'affiliations originaires par des-

truction du groupe ou par rejet du groupe et va rencontrer des difficultés à en créer un autre, notamment du fait de sa situation administrative.

Errance

L'absence de droit de séjour exclut la personne de tout dispositif d'assistance et de propositions sociales pérennes. Cela concerne en premier lieu l'accès à un logement stable et instaure un quotidien soumis à des ruptures géographiques répétées. Il en va de même avec l'insuffisance de places dans les centres dédiés aux demandeurs d'asile. Les personnes sont donc contraintes de faire appel à un hébergement d'urgence (au Samu Social) sans toutefois avoir la garantie de trouver une place pour la nuit ou les nuits suivantes. Les places offertes ne sont pas stables.

Ces hommes, ces femmes et ces familles seront alors précipités dans une errance sans fin entraînant des ruptures institutionnelles mais aussi avec les fragiles liens amicaux ou solidaires qu'ils avaient pu créer. Cette errance géographique, épuisante physiquement et psychologiquement, va produire de la discontinuité dans les prises en charge médico-psychosociales.

Une étude récente¹ en Île-de-France indiquait que certaines femmes enceintes avaient rencontré jusqu'à sept maternités pendant leur grossesse et que des enfants ne pouvaient poursuivre une scolarité ni un suivi médico-psychologique réguliers. Une autre étude² met en évidence la surincidence de complications obstétricales et de prématurité chez ces femmes. Elle met également en cause un accueil mal adapté à ces situations dans les services de soins.

Violences cumulatives

La clinique actuelle des migrants, et particulièrement celle des femmes, est marquée par des violences répétées. Aux violences intentionnelles individuelles ou collectives dans les pays d'origine s'ajoutent les violences sur les routes de l'exil et celles possibles dans le pays d'arrivée. Celles-ci se distinguent mais se cumulent avec ce que certains auteurs ont décrit comme le « traumatisme de l'exil » suite à l'arrachement d'avec le milieu et l'entourage familial.

À l'arrivée, la violence peut être à nouveau au rendez-vous sous la forme de maltraitements. Celles décrites plus haut chez les hébergeurs, mais aussi celles vécues aux différents guichets des services administratifs au sein des services sociaux ou hospitaliers, à travers des mots, attitudes ou rejets successifs. Enfin se surajoute la violence de la situation de survie, de la vie réduite à la recherche d'objets de première nécessité et à la mise à l'abri sous un toit. Ces violences peuvent générer des traumatismes qui vont laisser de lourdes empreintes sur ceux et celles qui les subissent.

La question statutaire : exclusion et « hors-lieu »

Le statut administratif désigné le plus souvent sous le terme vulgarisé et souvent méprisant de « sans-papiers » concerne dans leur grande majorité les migrants actuels et devient un élément incontournable. Il y sera sans cesse fait référence. Toutefois ce terme reste bien discutable car outre son caractère massifiant et souvent péjoratif, il est faux.

Dans la valise du migrant il y a beaucoup de « papiers » : extraits de naissance, diplômes, permis de conduire, attestations diverses mais inutiles, car le document régularisant leur statut fait défaut. La personne se retrouve alors exclue des dispositifs d'affilia-

1. Rapport ENFAMS Enfants et Familles sans logement en Ile de France Observatoire du Samu Social en Ile de France 2013
2. REMI EPOPé INSERM Réduction de la mortalité infantile et périnatale 2016

tions sociales et processus d'inscription permettant de se construire un avenir. Absence de visibilité du futur proche dans l'attente d'une possible régularisation mais aussi menace d'une arrestation ou d'expulsion habitent le quotidien des personnes.

Par ailleurs les migrants actuels font souvent l'objet de suspicions. Suspects de mensonges sur la réalité de leur départ, sur leur âge, suspects d'abus de nos prestations sociales, de « faire des enfants pour les papiers », etc. Tout un imaginaire peut se développer avec des représentations souvent construites à travers les discours médiatico-politiques qui circulent abondamment. Cela peut venir infiltrer la rencontre et altérer l'accueil. Enfin, la situation statutaire complique retour et allers-retours au pays. L'exilé politique reconnu comme tel ne peut plus rentrer chez lui sous peine de perdre son statut. Difficile retour aussi pour un « sans-papiers » quand cela prend la forme d'expulsion et reconduite forcée dans le pays d'origine avec toute la honte que cela peut infliger mais aussi les dangers auxquels cela expose à nouveau. Ces personnes ne peuvent envisager de retour à moyen terme et peinent à trouver une place ici. Les migrants se retrouvent dans une sorte de « hors-lieu ».

Incidences sur la vie psychique de la future mère et sur la construction des premiers liens avec l'enfant

Une clinique complexe

Nous aurons donc à penser les incidences possibles de ces situations sur la vie psychique des personnes, en particulier celles des femmes enceintes et les répercussions sur la dyade mère-bébé. Nous aurons à prendre en compte ce qui vient à manquer comme enveloppes affective, culturelle et sociale à ce moment sensible de la maternité. Le tissage des liens (y compris symboliques) entre une mère et son enfant est toujours une histoire relationnelle complexe. Elle se fonde sur des événements singuliers, individuels mais aussi collectifs. Cependant il s'agit ici d'un collectif excluant et qui a pu l'être aussi dans le pays d'origine.

Comment vont donc se trouver ces mères et ces bébés ? Car le bébé, qui comme le souligne Winnicott n'existe pas seul, va vivre ces premières expériences en lien avec le vécu de sa mère dans ce bain excluant dans lequel ils sera immergé.

Un quotidien jalonné de « sans » - « sans-papiers », « sans-abri » « sans famille » « sans droit » - interroge les effets sur le « devenir parent » mais aussi les conséquences sur le développement de l'enfant. Il n'est pas toujours aisé de déterminer si les troubles ou dysfonctionnements rencontrés sont liés à la situation présente ou s'ils sont l'expression d'une clinique du trauma ou autre liée à des événements antérieurs. De même, la fragilité psychique propre à la mère carencée narcissiquement traumatisée ou psychotique va se

trouver envahie et souvent recouverte par la précarité sociale et administrative. Cette clinique se présente avec de nombreux facteurs pathogènes intriqués qui s'additionnent. Enfin, la situation d'attente et d'incertitude sur un avenir possible dans notre pays laisse les patientes et les professionnels dans une zone opaque, un « no man's land ». Difficile d'inscrire un projet thérapeutique dans la temporalité nécessaire quand le temps semble arrêté, suspendu à une hypothétique régularisation ou stabilisation ou au contraire pris dans l'urgence quotidienne de protection et mise à l'abri.

C'est donc en toute conscience de cette complexité que nous allons tenter de déplier cette clinique et d'en présenter certains des aspects les plus saillants, sachant toutefois que nous n'avons pas suffisamment de recul pour en évaluer les effets à moyen et long terme.

Une clinique de l'errance et de la survie

Nous savons que le narcissisme, c'est-à-dire l'estime de soi, de l'enfant se construit aussi en lien avec celui de sa mère et cela dès le prénatal. Peu à peu, en cours de grossesse, la future mère se décentre d'elle-même après la phase autocentrée narcissique du début de grossesse pour investir progressivement le futur enfant comme la chose la plus précieuse d'elle. Puis elle commence à le penser comme différent d'elle et appartenant au monde. Elle va le rêver et le projeter dans le monde. Ce bébé imaginaire ou rêvé (encore fœtus) commence à avoir une forme et un nom, ce qui contribue à l'humaniser. L'écart entre le bébé rêvé et le bébé réel en chair et en os après la naissance perdure et doit perdurer de manière acceptable pour permettre à la mère d'investir son enfant.

Comment ce processus peut-il se dérouler harmonieusement pendant la grossesse dans ces conditions de précarité sociale ? Ce quotidien qui confine à la survie,

la vie réduite à la recherche des objets de première nécessité et à la mise à l'abri expose la personne, sujet de désirs et de projets, à une forme de réduction à un être de besoins. Cela peut constituer comme une amputation en la privant à plus ou moins long terme de toute capacité de se projeter dans un futur et de rêver. Comment rêver son bébé si on se demande où l'on va dormir le soir et ce qui nous attend demain ? Comment être attentive à ses mouvements à l'intérieur de son corps quand on cherche à se mettre à l'abri ? Comment le rêve-t-on quand l'angoisse du futur peu lisible n'est pas favorable à des constructions d'images d'avenir permettant à la mère de s'y projeter avec son enfant ? Si le « berceau psychique » ne s'est pas mis en place pendant la grossesse, ces mères peuvent se retrouver en grande difficulté pour accueillir leur bébé.

À l'arrivée de l'enfant, l'absence d'un toit et l'errance vont générer de l'épuisement et instaurer un climat d'insécurité qui n'est pas que matériel pour la dyade. L'absence de lieu d'arrimage et de stabilisation instaure un climat peu propice à la mère pour maintenir une attention à l'enfant, le sécuriser et lui transmettre la confiance nécessaire dans l'environnement pour se construire psychiquement. La capacité de « rêverie maternelle » peut se trouver affectée. Nous faisons référence ici à ce que le psychiatre W. Bion a décrit (1962) et nommé comme « la capacité de rêverie maternelle ». Cela consiste à recevoir les besoins du bébé, ses émotions et ses détresses et y apporter une réponse apaisante à l'aide d'une fonction psychique particulière s'opérant dans l'espace psychique de la mère qui transforme des éléments négatifs venant du bébé et les lui renvoie en éléments positifs. Ce concept complexe renvoie à un processus de transformation opérée par la capacité psychique de la mère. Comment cela va-t-il être possible si la mère est absorbée par sa propre détresse et des impératifs vitaux ? De plus, la mère peut se trouver aussi en dif-

ficulté dans sa capacité de ressentir les éprouvés de son bébé et d'y répondre d'une manière adaptée. Ce que le pédopsychiatre D. Stern appelle l'accordage affectif, c'est-à-dire une transaction émotionnelle entre la mère et le nourrisson où celle-ci entre en quelque sorte à l'intérieur de l'expérience subjective du bébé et le lui fait savoir sans le recours des mots, à travers des expressions non verbales affectives.

Ces situations précaires sont à risque d'altérer ces fonctions en captant la mère dans une préoccupation matérielle au détriment d'une attention au bébé. Enfin, l'errance aura aussi des effets sur le bébé lui-même. Quels vont être les repères d'un bébé en transit de lieu en lieu mais aussi à toute heure, au mépris de ses rythmes internes ?

Solitude et isolement

Ces femmes très isolées sont particulièrement à risque, risque aggravé aussi par la situation monoparentale. L'expérience de la périnatalité nécessite un entourage soutenant des proches, souvent la propre mère, le père ou d'autres familiers. Il semble que cela soit universel.

De plus, l'isolement peut se révéler particulièrement pathogène pour des femmes qui viennent de pays où le groupe et la communauté font partie intégrante des valeurs et du fonctionnement de la société. Beaucoup de ces femmes nous ont fait part de ce manque douloureux d'un entourage féminin groupal et initiateur qui leur permettrait de devenir mère. Certaines femmes peuvent donc être confrontées à la difficulté d'investir la fonction maternelle, qui ne peut plus s'inscrire dans un fonctionnement social perdu. De plus, nous le savons, l'adaptation physique et psychique de la mère à son enfant nécessite plusieurs semaines après la naissance. Si ce processus n'est pas soutenu dès l'arrivée de l'enfant par un environnement capable de

prendre en compte cette dimension indispensable à la formation du lien, la mère peut épuiser ses ressources physiques et émotionnelles. Les ruptures géographiques répétées ne favorisent pas l'établissement et l'investissement de nouveaux liens sociaux et amicaux indispensables dans ce contexte de perte de figures tutélaires et des alliances avec le groupe d'origine. Il y a donc absence d'un toit qui construit comme une enveloppe protectrice, mais aussi absence d'un entourage affectif stable qui tisse une autre enveloppe psychique nécessaire lors de la grossesse et autour de la dyade mère-bébé.

On peut légitimement se poser la question des conséquences de cette grave défaillance environnementale. Winnicott attachait beaucoup d'importance à l'environnement qui porte les parents et l'enfant. Un entourage qui pourrait aussi avoir une fonction de « holding » (portage psychique) pour une mère en difficulté pour lui permettre à son tour de « porter » l'enfant. Il peut aussi manquer une ou des personnes relais pour assurer un continuum d'attention à l'enfant quand la mère vient à se présenter défaillante ou en relation discontinuée avec son bébé. Ces situations de femmes isolées le plus souvent en situation monoparentale sont inquiétantes aussi de par leurs possibles effets délétères d'un tête-à-tête exclusif mère-bébé (mère-enfant).

L'absence d'une personne (père et/ou autre) autour de la mère n'offre pas à l'enfant d'autres figures d'identification pourtant nécessaires à sa construction psychique. Spitz parlait du sourire social qui constitue un mode de communication entre un nourrisson et ses congénères. Le bébé est à même dans les premiers mois de différencier le visage de sa mère des autres et cela lui permettra la construction d'une altérité nécessaire.

Dans le cas qui nous occupe, on peut craindre des dérives possibles vers le repli de la dyade, mais aussi l'installation d'une psychose toujours possible chez

un bébé maintenu de manière prolongée dans un état fusionnel sans une personne (pas nécessairement le père) pour exercer une fonction séparatrice et créer l'écart nécessaire pour la construction de sa propre individualité.

Par ailleurs, la relation peut se trouver aussi perturbée par des attentes inadaptées et « impossibles » envers le bébé de mères carencées qui ne vont avoir « que le bébé pour les aimer ». Dans des situations d'exclusion, ce phénomène s'aggrave. L'enfant peut se retrouver à être le seul à faire Monde pour la mère : « il est le seul qui me regarde », confiait aux soignants Mme H, qui gardait son bébé collé à elle et les yeux sans cesse fixés sur lui. Les professionnels veilleront donc à mettre en place de la *tiércité* et de l'altérité dans leurs lieux d'accueil. Mais ces dyades peuvent difficilement y accéder du fait de leur errance et dans certains cas de leur situation statutaire qui peut fermer certaines portes.

Ruptures et désaffiliations

Les ruptures et exclusions, survenues déjà dans le pays d'origine, mettent à mal les affiliations familiales et sociales. Les affiliations familiales sont essentielles : un enfant ne fait pas que s'inscrire dans un désir de couple mais il vient aussi poursuivre une filiation transgénérationnelle qui lui donne une place dans sa famille, avec des attentes à son égard, explicites mais aussi inconscientes.

Par ailleurs, nous le savons, la dimension d'inscription dans le groupe est essentielle pour l'accueil et la construction psychique du bébé. « Il faut tout un village pour faire un bébé ». La psychiatre Piera Aulagnier a conceptualisé le « contrat narcissique », une sorte de pacte qui va lier l'enfant au groupe. Dès sa venue au monde, le groupe investit le petit enfant en tant que voix future à laquelle il demandera de garantir la per-

manence qualitative et quantitative du corps collectif groupal. Cela peut se faire dans une répétition des modèles produits par le groupe. Quant à l'enfant, il peut attendre en contrepartie qu'on lui assure le droit d'occuper une place indépendante inscrite dans le collectif. Il y a aura donc un double engagement, avec une garantie pour l'enfant d'avoir une place reconnue et un destin dans le collectif. Cela participe aussi de la construction du sujet.

Ce concept est d'autant plus pertinent dans le cas de cultures traditionnelles où le groupe a une grande prégnance dans la vie des individus et où l'enfant n'appartient pas qu'aux géniteurs. On peut craindre alors que les situations d'effondrement du groupe, bannissement ou exclusion, entraînent une rupture du contrat qui peut laisser l'enfant sans modèle ni appui, comme « sans destin »³ et venir le fragiliser. Trouver de nouvelles affiliations sera alors nécessaire et pourrait constituer une issue. Mais comment le faire en l'absence d'inscription et reconnaissance dans le corps social du pays d'arrivée ? L'enfant et sa mère peuvent alors se trouver comme suspendus dans le vide et sans protection. Ni de là-bas, ni d'ici.

La parentalité en exil pose aussi la question de la transmission culturelle et transgénérationnelle. Cela peut faire problème quand la continuité a été empêchée par toutes sortes de violences. Une famille, une communauté, un pays ont pu faire mal. Comment alors gérer cette tension délicate entre fidélité au pays d'origine et nécessité de rupture avec lui. Et dans ces conditions que transmettre à son enfant en termes d'héritage culturel ?

Certaines femmes qui ont été violemment exclues ou qui ont vécu des violences au sein de leur groupe peuvent avoir une tentation d'auto-engendrement de lignage. C'est à dire de débiter à partir d'elle et leur bébé la filiation sans l'inscrire dans la continuité trans-

3. Imre Kertesz, "Etre sans destin"

générationnelle. Elles se veulent dans une négation de leur propre origine « Je construirai un nouveau lignage et mon enfant sera le premier de la lignée ». Voilà ce que l'on entend souvent. Elles peuvent aussi avoir gommé leur patrimoine culturel en voulant « fabriquer un français cent pour cent français » (je cite). Certains enfants recevront des prénoms en cours dans le pays d'accueil (ceux d'un soignant aidant, d'un héros de série télévisée...) et seront privés des noms qui feraient références à leur origine ou à des familiers comme ils perdront la langue maternelle. Il peut y avoir une tentation, un rêve ou un fantasme de nouveau départ « gommant » radicalement le passé, les ascendants, mais aussi tout un héritage culturel ainsi que son histoire.

Or « Le bébé a besoin d'une histoire » nous rappelle le psychiatre Bernard Golse. Les non-dits sur les origines, les silences sur les absents vont constituer comme des « trous » dans la psyché de l'enfant et peuvent faire retour à l'adolescence ou à l'âge adulte avec des manifestations hétéro- ou auto-agressives.

Quelle filiation : où est passé le père ?

L'absence de père auprès de la mère et du bébé ou du géniteur ayant reconnu et inscrit le bébé dans une filiation paternelle est très fréquente dans cette clinique. Bien souvent le géniteur va s'éclipser à l'annonce de la grossesse. La femme découvrira alors que la relation affective reposait sur un leurre ou un mensonge. Elle en sera d'autant plus affectée que cela peut venir résonner avec des abandons antérieurs.

En effet, dans un grand nombre de cas, le père se révèle comme la pièce manquante dans la propre histoire de la femme. Nous avons souvent retrouvé dans les histoires d'enfance des pères absents ou qui se sont absentés souvent précocement après leur naissance. Il existe comme un défaut dans la filiation

paternelle (aussi au sens large de la famille : le lignage paternel) - abandon, non reconnaissance, exclusion du lignage paternel lors du décès prématuré du père. Il arrive que l'absence du père comme la filiation paternelle restent comme une énigme pour la femme. Elle a été élevée par une mère ou une grand-mère silencieuse mais parfois avec un beau-père qui a pu se révéler « dangereux ». Mais il est d'autres figures de pères (celles-ci plus symboliques) qui peuvent avoir été manquantes dans leur fonction sociale d'autorité et de protection : des figures représentées par des Institutions : un État solide, des juges fiables et une police protectrice. Bien souvent, ces figures n'ont pas tenu ni protégé, quand elles n'ont pas été elles-mêmes à l'origine de violences.

Aussi, beaucoup de ces femmes vont souhaiter poursuivre leur grossesse seules. Peut-être n'y a-t-il pas de figure de père représentable si ce n'est comme non fiable ou dangereuse ? Les grossesses vont alors se répéter avec des géniteurs différents sans qu'une alliance conjugale soit possible. On peut rencontrer aussi des femmes qui écartent d'emblée la possibilité d'une alliance avec un homme. « Je n'ai pas besoin d'un homme, il me suffit d'avoir les papiers pour m'occuper de mes enfants ». « Cela va m'aggraver côté cœur, je n'ai pas besoin de ça. » « L'enfant lui au moins va m'aimer ». De même, des expériences violentes antérieures vont générer méfiance et évitement. Cela n'est pas sans susciter des inquiétudes concernant des enfants dont la figure du père est d'emblée exclue. Il est certains courants théoriques qui stipulent que la présence physique du père ne s'impose pas quand la figure du père est bien présente dans la psyché et dans le discours maternels. Mais dans ces situations, le père peut être doublement absent car gommé par la mère.

L'absence d'une figure d'identification, essentielle aussi bien pour le petit garçon que pour la petite fille, qui se construisent avec le regard du parent de l'autre sexe, peut avoir un coût pour l'enfant. Il y a

également, nous l'avons vu, des risques et dérives vers des troubles psychotiques en l'absence d'une tiercité assurant une fonction séparatrice. L'adolescent plus tard pourra mettre en acte ce manque et ce silence sur son père sous la forme de conduites à risques.

Une clinique traumatique

La dimension traumatique de cette clinique n'est pas à sous-estimer et peut constituer l'élément clinique majeur. Certaines femmes (et enfants) auront subi ou vu l'innommable et porteront en silence les effets de ces violences. Certaines femmes veuves seront plongées dans la dépression d'un deuil difficile voire impossible loin du groupe. Deuil aussi de familiers, pères, mères, fratries perdus dans les conflits. Deuils impossibles quand les personnes sont portées disparues, les corps introuvables et non enterrées selon les rituels. Certaines femmes arriveront enceintes de leur conjoint mort ou disparu, mais aussi avec des bébés issus de viols. Cela peut venir assombrir la rencontre avec le bébé, dont le visage peut rappeler celui du mari défunt ou celui du violeur dans la réalité ou le fantasme. Quelle que soit la nature des violences qui ont généré un traumatisme, une mère traumatisée peut se trouver en difficulté dans la rencontre avec son bébé.

Reconnaître le trauma : une clinique qui avance masquée

Nous l'avons dit, le trauma c'est-à-dire ce que le traumatisme a laissé comme marque psychique chez la personne, s'invite largement dans nos lieux, mais il n'est pas toujours facile à reconnaître. Cette clinique se présente souvent masquée et silencieuse dans son expression psychique. Silencieuse car marquée par la honte. La honte est un élément important dans cette clinique. Elle envahit celle qui a été abusée parfois devant sa communauté, celle qui a été traitée comme

un objet ou humiliée. Un silence renforcé par la crainte de tomber en morceaux si on se risque à un récit. La personne « cherche à oublier » même si les violences font irruption au sein de cauchemars comme un scénario répétitif. Enfin, le partage du traumatisme peut se penser impossible avec ceux qui se tiennent de l'autre côté, à l'abri.

Il y aurait comme un fossé infranchissable entre ceux qui ont vu ou vécu le pire et les autres. Il faudra donc être attentifs à certains indices. En premier lieu l'origine géographique de nos patientes. Certains pays sont notoirement le théâtre de conflits armés ou violences endémiques : Congo, Tchétchénie, Syrie, Guinée, Rwanda...

Nous devons aussi nous intéresser aux trajets d'exil : longs, chaotiques avec passage dans des pays dangereux (Libye) ou directs en avion.

Les premiers sont des plus inquiétants. En second lieu nous pouvons être alertés par nos ressentis en présence de ces personnes : sensation d'oppression, de malaise, avec une atmosphère devenant pesante, comme « plombée », suscitant un désir d'en finir au plus vite. Autant de signes qui indiquent une circulation inconsciente du trauma qui vient se manifester à notre insu en nous et dans la relation. Enfin, en dernier lieu, la présentation des personnes peut faire signe : silencieuse, lisse, glacée le plus souvent ou au contraire agressive, sur la défensive, voire comme hostile. Si les manifestations d'une souffrance psychique dans une parole ou un récit peuvent faire défaut, par contre son expression somatique peut être bruyante : douleurs, insomnies, cauchemars qui témoignent de la reviviscence d'un traumatisme toujours actif seront les troubles habituels pour lesquels la personne viendra consulter. La grossesse est une période particulière sensible au cours de laquelle le vécu traumatique peut faire retour. Ce moment de la vie psychique de la femme est marqué par une « transparence psy-

chique », décrite par la psychiatre Monique Bydlowski, qui se caractérise par une baisse des protections ou défenses inconscientes et le retour possible d'éléments de l'histoire de la femme (en particulier son histoire infantile) qui avaient fait problème mais qui avaient été refoulés ou enfouis. Il s'agit donc d'une période sensible de la vie de la femme qui l'expose à une certaine vulnérabilité.

Ici le vécu traumatique peut refaire surface. Encore une fois de manière discrète cliniquement mais tout de même intrigante. La femme se pliera docilement aux exigences des consultations médicales sans manifester ni curiosité, ni inquiétude particulière. Elle nous amènera un corps qui semble comme déshabité ou désaffecté. Dans d'autres cas par contre le corps peut se révéler bruisant de symptômes. Il y a tout lieu pour le clinicien d'être attentif à la dimension corporelle de la psyché et aussi à la place de la douleur. La douleur peut en effet nous informer sur l'histoire violente quand elle a fixé comme tatouée dans le corps la marque de la violence qui lui a été faite. Douleur sur lieu de l'impact mais aussi de manière indirecte. Louise, une patiente congolaise, se présentait lors des visites prénatales quasi mutique, comme indifférente en dehors de plaintes douloureuses répétées et insistantes, douleurs provoquées par les mouvements du fœtus. Ce qui avait particulièrement alerté fut la précocité inhabituelle de ce symptôme au quatrième mois de la grossesse. Un fœtus « qui faisait mal ». Nous saurons plus tard que l'enfant était le fruit d'un viol. La douleur est un symptôme clinique de grand intérêt aussi pour d'autres motifs. Il se peut que le sujet dans la plus vive des solitudes et après avoir subi de grandes violences ne sache plus s'il est vivant ou mort. Il nous présentera alors souvent un corps douloureux qui seul pourra attester qu'il est encore capable d'éprouver un ressenti. Nous aurons alors à éviter l'erreur (si fréquente) de réduire ces troubles à des manifestations pathologiques inquiétantes et devons bien les entendre comme

d'authentiques signes de vie, comme un langage du corps qui se manifeste vivant même sous une forme douloureuse.

Il est d'autres situations en clinique prénatale où l'écho du traumatisme antérieur peut se donner à entendre. Cela concerne des annonces inquiétantes lors du suivi obstétrical. Certaines de ces femmes peuvent être très ébranlées lors d'annonces même bénignes ou de simples inquiétudes concernant leur santé ou celle du fœtus. Elles vont présenter alors des angoisses massives souvent perçues comme disproportionnées par les professionnels, n'arriveront pas toujours à en saisir l'origine et encore moins à l'apaiser. Les patientes restent comme collées au problème médical. Elles cherchent en fait une réassurance sans fin et inopérante dans la répétition des visites ou examens médicaux. Nous sommes alors en présence d'une « angoisse traumatique automatique » qui fait suspecter une histoire traumatique et son impact toujours présent.

Enfin les violences vécues peuvent venir affecter l'héritage culturel, qui peut être comme contaminé par la violence. Les violences collectives avec le projet d'éradication comme dans le cas de génocide ou d'épurations ethniques constituent aussi un « génocide culturel ». L'héritage culturel peut être alors comme enfoui et non utilisable. De même, les violences subies au sein de la famille ou du groupe d'appartenance peuvent susciter un rejet plus ou moins conscient du patrimoine culturel ainsi que de la langue maternelle, qui peut être celle du bourreau ou des persécuteurs. Ne pas vouloir parler sa langue et avoir « oublié » certains pans de sa culture peuvent être évocateurs d'une clinique traumatique. Cela peut affecter la transmission du patrimoine culturel. Cette question est sensible en situation périnatale où vont se trouver mobilisés tout un savoir-faire et des rituels autour de la grossesse et autour du bébé qui baigne dans un bain de mots et de culture.

On le devine, s'il y a eu des traumatismes, la rencontre avec le bébé peut en être bien perturbée. Les troubles du lien sont variés et déjà bien décrits dans toute une littérature spécifique. Si le bébé est le bienvenu ou annoncé comme tel, il se peut que sa mère, captée par ses propres fantômes, sa propre souffrance, le regard tourné vers l'intérieur, ne soit pas véritablement disponible. Elle peut se montrer opérante et adaptée dans les soins mais ne pas y être psychologiquement. Elle sera comme absente à la relation, ou présente de manière discontinuée. Les soins semblent alors dispensés mécaniquement par une mère sans véritable présence affective, voire dans certains cas par une mère gelée émotionnellement. Si l'enfant est celui du mari mort ou disparu, il peut être source d'une tristesse mélancolique qui peut susciter une grande ambivalence avec des mouvements contraires. Un attachement excessif pathologique avec une confusion avec la figure du disparu peut alterner avec le rejet du fait de la douleur qu'il vient provoquer. En revanche si le bébé est issu du viol, il risque d'être d'emblée rejeté. Dans des cas de violences subies par la mère (et pas seulement avec un bébé fruit d'un viol), le bébé peut être perçu comme un persécuteur incarnant la figure du bourreau - « Je crois que mon bébé me veut du mal ». Nous pouvons alors rencontrer ici les signes pseudo-paranoïaques classiques (piégeants) de la clinique du trauma en dehors de toute psychose délirante. Dans ces cas, la mère peut se présenter hostile, assez brutale dans les soins au bébé dont les exigences primaires seront vécues comme insupportables. Une prise en charge par des équipes spécialisées dans les pathologies du lien mère-bébé est nécessaire, en prenant en compte le trauma maternel et la souffrance du bébé. Mais la question des temporalités vient ici fortement préoccuper les équipes car le travail autour du trauma peut être long et le bébé lui n'attend pas.

A propos du trauma : vignettes en illustration de ce propos

Mme M, Originaire du Congo

Cette patiente se présente aux consultations prénatales comme « anesthésiée », avec un corps insensible. Ce qui inquiète le médecin est le fait qu'elle ne souhaite ni péridurale, ni césarienne qui pourtant peut se révéler nécessaire dans sa situation obstétricale. Elle demeure intraitable à ce sujet. Le médecin, qui a connaissance du vécu de violences physiques, finit par la convaincre de rencontrer la psychologue de la maternité. L'équipe de psychiatrie périnatale s'inquiète à son tour de ce qui lui apparaît comme une répétition masochiste des violences et une surexposition mortifère au risque d'accident obstétrical. Mais Mme M reste obstinément décidée à accoucher par voie basse et sans analgésie. Elle finit par dire qu'elle veut « sentir quelque chose ». L'accouchement dans les conditions exigées par la patiente se passe bien, sans les complications et décompensations attendues en per- ou post-partum. C'est une mère bien apaisée et heureuse qui accueille son bébé. Cette femme ne témoignait-elle pas dans son corps qu'elle était encore vivante en voulant vivre l'accouchement avec des sensations douloureuses, et cela au service de la procréation de la vie ? Plutôt qu'un corps vaincu s'abandonnant à la torture de l'enfantement, ne s'agissait-il pas d'un corps résistant qui témoigne que le sujet est bien vivant ?

Mme A, originaire du Cameroun

Mme A avait débuté sa grossesse sereinement sans inquiétude particulière mais s'est trouvée sidérée à l'annonce d'un diabète au cours du premier trimestre. Elle en est restée « sans voix ». Elle poursuivra sa grossesse comme dans un état second, ayant perdu jusqu'à la possibilité de formulation de phrases articulées. Elle était alors comme « une zombie » (selon ses propres termes plus tard), obsédée par les chiffres de

glycémie et persuadée du pire. Elle avait alors refusé toute prise en charge psychologique. En postnatal, elle se présentait en souffrance et en difficulté avec son bébé : une hypervigilance des angoisses sans substrats objectifs, des consultations répétées avec un bébé aux pleurs incoercibles. Elle se trouvait tout à fait débordée, sollicitant à tout moment les puéricultrices.

Ce sera lors d'entretiens dans le cadre d'une consultation spécifique qu'elle pourra reprendre le récit de sa grossesse et élaborer ce qui n'avait pu l'être en prénatal. Elle associera cette angoisse majeure qui l'avait paralysée avec un vécu traumatique de son histoire d'exil. Elle dira comment l'annonce de ce diabète lui avait donné la certitude que ni le fœtus ni elle ne survivraient et que « la mort l'avait finalement rattrapée ». Elle pourra alors raconter une histoire traumatique qu'elle mettra en mots pour la première fois.

Mme D ou « l'oubli » de sa culture

Mme D, qui venait de Sierra Leone, avait clairement indiqué aux puéricultrices après la naissance de son premier bébé qu'elle avait oublié les berceuses de son enfance et aussi le mode de portage traditionnel de son pays. Assez évasive à ce sujet, elle indiquait simplement qu'elle n'avait pas pu voir les gestes de ses aînées car « elle était trop petite ». Par contre elle semblait bien avide de s'approprier nos comptines et se montrait reconnaissante envers les professionnels pour lui avoir enseigné « comment faire avec le bébé ». La grossesse avait été vécue comme difficile et avait occasionné beaucoup de passages en Protection Maternelle et Infantile suite à des angoisses sans cause objective. Nous connaissions le contexte particulièrement violent de son pays d'origine bien qu'elle ne l'ait jamais évoqué. Après la naissance et du fait des difficultés d'instaurer des liens harmonieux avec son bébé, elle avait finalement accepté la proposition d'un suivi psychologique, suivi qu'elle investira avec des retours bénéfiques pour le bébé. Elle reviendra trois ans plus tard pour

une nouvelle grossesse pour laquelle elle se montrera apaisée et confiante. Sa situation administrative avait évolué favorablement et elle bénéficiait enfin d'un titre de séjour. Quelle n'a pas été la surprise de l'équipe de PMI⁴ quand après la naissance de ce deuxième enfant, elle s'est présentée portant le bébé sur son dos (portage traditionnel) mais aussi le berçant dans sa langue avec des comptines traditionnelles ! Tout un héritage culturel « retrouvé » et réinvesti à la suite d'un travail psychothérapeutique, travail qui a permis de renouer avec son lieu d'origine, sa culture et d'accrocher l'enfant à l'arbre transgénérationnel endeillé de nombreux morts.

Blessures narcissiques

« On n'existe pour personne »

La situation administrative irrégulière peut faire résonner « délit » d'existence avec déni d'existence et déstabiliser les fondements narcissiques de personnes souvent déjà fragilisées. Ce socle d'estime de soi constitué dans la petite enfance au tout début par le regard maternel puis ensuite par le regard et l'accueil d'un entourage bienveillant donne au sujet une place dans la famille et le corps social. De nombreuses femmes enceintes, mais aussi des jeunes mères nous ont fait part de cette douleur vertigineuse provoquée par l'invisibilité ou le rejet qui résonne avec des blessures infantiles non élaborées et vient réouvrir une blessure ancienne. Ainsi Sidonie qui n'avait pas pu s'inscrire dans une maternité où il était demandé une « pièce d'identité avec photo ». Elle n'avait en sa possession qu'un extrait de naissance qui n'avait pas été accepté. Elle martelait avec des sanglots désespérés « Mais on existe bien puisque on est nées ! » Ce qui chez elle se voulait comme une évidence n'était au fond qu'une pseudo-affirmation désespérée de celle qui sait bien que naître ne suffit pas. Sidonie avait été confiée bébé à une tante par une mère qui était partie tenter sa chance à la ville et qui

4. Centre de Protection Materno Infantile équivalent à l'ONE en Belgique

n'en était jamais revenue. « Si on accueille mon bébé pourquoi pas moi ? » nous disait l'une d'elle à qui une assistante sociale promettait l'assistance de Aide Social à L'Enfance (ASE) pour son bébé mais aucune solution pour elle. La parole légitime d'une femme, d'une mère exclue d'un dispositif d'aide mais aussi peut-être l'attente éperdue de l'enfant à l'intérieur de l'adulte sont à la recherche, elles aussi, d'un berceau.

Voilà donc des bébés internes qui se présentent à nous et réclament notre attention et notre regard pour leur donner une existence. L'obtention du titre de séjour pourrait se présenter pour certaines femmes comme un extrait de naissance dans une nouvelle terre justement quand on croit que l'on n'a pas eu d'existence ou de vraie naissance chez soi. La terre d'accueil comme nouveau berceau ? Mais le sujet doit ensuite aussi pouvoir s'inscrire dans le groupe social et y être reconnu. La rencontre du sujet avec le collectif est bien mise à mal quand la personne s'expose aux rejets successifs. Rejets qui sont aussi à l'origine de blessures narcissiques redoublées quand la personne est déjà en possession de nombreux documents prouvant sa participation comme sujet-acteur dans son propre pays. Je pense à Nouria qui était si révoltée que son permis de conduire n'ait pas été considéré comme une pièce d'identité dans un établissement de soins alors qu'il représentait justement « son identité plus que tout le reste », document chèrement obtenu dans un pays où les femmes restent à la maison. La même chose pour Hadidjata, fière de son diplôme de comptable (« C'est difficile pour une femme chez nous un diplôme comme ça ») qui pourtant ne peut pas lui tenir lieu de pièce d'identité. Autant de documents inutiles pour une reconnaissance ici. « Tu ne comptes pas, tu es inutile ». Pas de place ni de fonction dans le collectif. Or on ne peut penser le sujet sans penser aussi le nouage de l'individu avec le collectif comme support de reconnaissance, le miroir que le social tend au sujet pour lui donner aussi une existence et une légitimité.

Le cas de la grossesse : une situation paradoxale

La grossesse présente une situation paradoxale. Le corps de la femme enceinte peut devenir comme un corps protecteur, une surface d'interpellation susceptible de susciter sollicitude, empathie et mobilisation des professionnels. Dans certains cas il se présente comme un corps précieux et protecteur contre la menace d'expulsion. Mais le paradoxe de la situation de grossesse est qu'elle permet à la femme d'être (transitoirement) incluse mais à la faveur d'un autre inclus dans son corps. Cela pourra avoir à nouveau des effets négatifs pour les plus fragiles narcissiquement. « Je suis indéportable et intransportable », nous disait pleine de tristesse l'une d'elle qui vivait cachée avant sa grossesse et qui avait pu échapper à une expulsion du fait de son état de grossesse avancée.

Même tristesse de la part de celle qui confiait que « quelqu'un s'était levé dans le métro pour lui laisser une place » alors qu'elle évitait de prendre les transports de peur d'être contrôlée. « J'ai l'impression d'être transparente. Seul ce qu'il y a à l'intérieur les intéresse ». Si ces propos peuvent avoir été tenus aussi par d'autres femmes enceintes autochtones, ils résonnent avec une singulière réalité pour ces migrantes. Mme X s'était vue refuser l'admission dans une maternité faute de documents prouvant son identité. La situation s'est dénouée lors de la découverte à l'échographie d'une anomalie fœtale qui a permis son admission en urgence. Cela peut venir alors accentuer l'ambivalence maternelle vis-à-vis du fœtus et la tirer du côté de la haine. Une ambivalence normale bien connue (et décrite) qui est au travail dans la construction de ce que l'on appelle la « maternalité ». Autre paradoxe : quand, à l'opposé de la sollicitude et l'empathie, la grossesse peut se présenter comme suspecte, générant une forme d'hostilité à l'égard de ces femmes qui persistent à faire des enfants dans ces conditions ou qui instrumentaliserait leur corps

à des fins de régularisation - le fameux « enfant pour les papiers » qui trainent dans nos têtes. Même non verbalisées, ces représentations peuvent être perçues par ces femmes et leurs effets peuvent être désastreux dans la relation de soins ou d'autres situations d'accueil et venir infliger de nouvelles blessures.

Désobjectivation

« Je finis par douter que j'existe »

Blessures narcissiques, mais aussi risque de désobjectivation, sentiment de perte d'existence comme sujet pour celles qui vont se trouver assignées à se reconnaître sous ce terme massifiant de « sans-papiers » et vont être reçues comme telles. Pas le moindre des paradoxes pour ces femmes qui justement sont parties pour exister comme sujets. Enfin, l'indifférence aussi peut blesser ou « tuer » le sujet et y survivre semble constituer un nouveau défi pour le migrant actuel. « On est ici, on souffre et tout le monde passe devant ». Pour certaines cela peut aller jusqu'à questionner leur appartenance à ce que Robert Antelme appelait « l'espèce humaine ». Surtout quand cela se cumule avec des expériences antérieures violentes et déshumanisantes. « On est pas des animaux » nous dit Annette, qui raconte comment à la énième visite à la préfecture pour l'obtention de son titre de séjour, face à un interlocuteur invisible derrière son guichet, elle « a pété un câble » et s'est brutalement mise nue devant tous les fonctionnaires « aveugles » en hurlant qu'elle existait bien et qu'elle était « faite de chair et d'os comme eux ». Il ne restait là qu'un corps hurlant pour imposer l'existence du sujet. « Sans-papiers, ce n'est pas quand même être en papier ? » me disait l'une d'entre elles qui se déprimait de plus en plus dans les méandres kafkaïens de l'administration qui lui renvoyait régulièrement une fin de non-recevoir. Elle semblait perdre matière et consistance. Risque aussi dans ce contexte de perdre son histoire singulière qui est aussi l'expression du sujet.

En effet, la question de la vérité d'une histoire de vie et d'un parcours migratoire peut se trouver ici dévoyée du fait du contexte de politiques migratoires qui mettent sous conditions très précises l'obtention d'une régularisation. Dans ce contexte restrictif, la personne peut être amenée à trafiquer son histoire. La question ici n'est pas morale. Nous devons nous garder de porter un jugement sur ces « mensonges » et en penser les conséquences sur les personnes. Les histoires « bricolées » et de multiples fois réinventées participent aussi du risque de perte, de confusion ou d'effacement de l'identité. « Je ne sais plus où j'en suis ni quel âge j'ai », nous disait Fatou qui s'était présentée comme mineure isolée. « J'ai perdu le fil de mon histoire, qu'est-ce que j'ai dit à vous ? » Ils ne sont pas nombreux, les lieux avec des personnes de confiance permettant d'être reçu dans sa vérité et dans le respect de sa légitimité pour les personnes de leurs choix quels qu'ils soient.

Honte et culpabilité : le lit de la dépression

Le risque de dépression est bien réel chez des mères ayant subi des traumatismes mais aussi du fait de leur situation précaire.

Ne pas rêver ou ne pas « penser à son bébé » peut générer aussi de la culpabilité. De nombreuses femmes enceintes aux prises avec une réalité concrète anxiogène ont exprimé une culpabilité de ne « penser qu'à elles et pas au bébé ». « Vous devez penser que je suis un monstre, je ne parle jamais du bébé » me disait Mme A, qui venait de passer sa troisième nuit à la rue.

Après la naissance, la culpabilité vient à nouveau teinter les relations avec le bébé. La culpabilité de mettre au monde un enfant sans le minimum de sécurité qu'une mère est supposée assurer. Ces propos reviennent souvent et nous rencontrons beaucoup de mères accablées face à la défaillance de leur fonction protectrice mais aussi nourricière. Une culpabilité aggravée

quand la situation fait suite à leur « choix » (ou non-choix) de « partir et tout quitter ». Culpabilité aussi suite au « mauvais choix » du compagnon, qui se révélera peu fiable et ne sera que le géniteur. La culpabilité peut se doubler de honte d'avoir été rejetée de son groupe, trahie par l'homme, mais aussi d'avoir subi toutes sortes d'humiliations. Se vivre comme indésirable ici peut créer aussi un ressenti d'indignité. Honte et culpabilité constituent les deux axes de la dépression, aggravée ici par la solitude et l'isolement. Dépression et désespoir peuvent secondairement s'installer suite à des séparations de la dyade proposées ou imposées par les instances de Protection de l'Enfance quand la dyade se trouve en trop grande détresse sociale. La mère peut y consentir pour protéger son enfant, avec un coût psychique pour la dyade qui se retrouve alors en situation de discontinuité du lien.

La violence de ces situations de séparation est souvent mésestimée par les institutions, qui brandissent leurs obligations envers les mineurs en danger. Il arrive toutefois que la dépression maternelle soit telle (risques suicidaires, carences sévères dans le soin) qu'elle oblige à recourir à une mise à l'abri judiciaire. Une décision prise par des acteurs bien conscients qu'il y aurait lieu de proposer d'autres types de mise à l'abri et de soins pour la dyade mais que la situation de « sans-papiers » ne le permet pas. Les professionnels auront alors la tâche de soutenir la mère et de renforcer les dispositifs permettant la rencontre de cette mère avec son bébé dans les meilleures conditions.

Comment va se trouver ce bébé face à sa mère dépressive ? Nous savons que le bébé a les capacités de capter les ressentis et les émotions de sa mère. Toutes ses perceptions s'orientent prioritairement vers la mère : sa voix, son regard, son toucher. Il va donc percevoir, ressentir sa douleur et sa dépression et que va-t-il en faire ? Nous retrouvons des bébés passifs, trop calmes, silencieux (déprimés ou épargnant la mère en se faisant oublier ?) comme au contraire des

bébés très vivants et peut-être alors trop vivants, en interaction constante avec la mère, comme cherchant à la réanimer. Ces derniers bébés « exceptionnels » ne manqueront pas de nous questionner sur les effets à moyen et long termes de cette fonction de soutien, de réanimation psychique qu'ils assurent déjà.

Il y a donc une urgence de proposer des espaces dits transitionnels pour dégager le bébé de cette position et lui permettre de vivre d'autres expériences relationnelles avec également des expériences de jeu dont Winnicott nous rappelait l'importance.

L'exclusion et le rejet des parents peuvent aussi générer de la honte chez les enfants qui assistent à ces humiliations ou les vivent à travers eux. Ils peuvent être affectés à leur tour dans leur construction narcissique et l'estime de soi comme en miroir avec ce qui vient affecter le parent. Par ailleurs cela pourra être vécu par les enfants très jeunes (qui accordent par principe une toute-puissance à leur parent) en termes de faute de la part du parent à priori infaillible. Une faute qui pourra leur faire honte à leur tour. Une trace brûlante qui pourra faire retour plus tard. Honte et colère pour lutter contre l'effondrement dépressif pourraient marquer une génération d'adolescents à venir. Honte qui pourra se transmettre de manière inconsciente aux générations suivantes. N'assistons-nous pas à ce que le psychiatre Bernard Golse désigne comme un désastre transgénérationnel ?

La vie malgré tout

Ces personnes qui ont tenu et sont arrivées jusqu'à nous sont peut-être des survivants mais aussi des sur-vivants. Ils témoignent de forces à ne pas sous-estimer. De même celles qui persistent à donner la vie dans de telles conditions. Ce corps enceint vient témoigner de beaucoup de choses qu'il nous faut entendre. Il témoigne d'une sexualité et souvent d'une

rencontre désirante (même fugace) qui a permis la fabrication de l'embryon. Car bien plus souvent que l'on ne le pense, le bébé est le fruit d'un acte sexuel librement consenti, souvent le premier que va s'autoriser la femme affranchie des tutelles. Même un bébé issu d'un viol représente « la gueule ouverte de la vie ».

Malgré les aléas d'une histoire émaillée de violences, le corps triomphe dans l'affirmation de la vie avec la possibilité de fabriquer du vivant et de continuer une transmission là où justement l'agresseur a voulu l'interrompre. « Mes enfants sont ma seule richesse », nous disait Mme B, violemment brutalisée au Congo. Il n'est pas inutile de préciser que si nous témoignons ici des difficultés rencontrées par certaines de nos patientes et rendons compte des conséquences observées, nous nous garderons de toute prédiction négative à court, moyen et long terme.

La prédiction négative est toujours dangereuse car elle génère un empêchement, une fermeture à la pensée et à la créativité chez les professionnels et piège les patientes dans un scénario catastrophe. De plus elle ne tient pas compte de la singularité de chaque personne, de sa créativité face aux situations et des possibles sur son chemin de vie. Des femmes feront preuve de capacités inouïes à résister et à investir de manière « suffisamment bonne » leur enfant. Elles sauront les protéger et tenir dans les pires situations. Nous aurons à reconnaître et soutenir ces forces. Nous en retrouverons certaines des années plus tard avec des parcours surprenants qui viendront déjouer les prédictions. Elles auront fait de bonnes et constructives rencontres. Des régularisations administratives ouvriront des portes et un futur pourra être investi de façon active. De cela aussi nous aurons à rendre compte.

Du côté des professionnels et accueillants

S'il y a une « crise de la migration » ou désignée comme telle, les déplacements migratoires et les politiques d'accueil mettent également « en crise » les professionnels, bénévoles, acteurs institutionnels et associatifs qui rencontrent ces migrants. Comment se tenir face à ces situations « extrêmes » et souvent dans des temporalités traversées par l'urgence ? Comment faire avec des réponses sociales réduites ou inexistantes ? Qu'est-ce que cela vient mobiliser dans la réalité de notre travail comme du côté de nos imaginaires ? Comment va-t-on être personnellement affecté ? Autant d'interrogations à mettre au travail face à ces nouvelles réalités d'exil qui ne vont pas manquer de nous mobiliser au risque de nous écarter de nos places habituelles.

Il est certain en premier lieu que ces nouvelles figures de la migration vont nous contraindre à revoir certains paradigmes et à en construire de nouveaux. De même, nous aurons à questionner nos modalités d'interventions et reconsidérer nos places, qui peuvent prendre des fonctions inédites dans ce contexte spécifique.

Revoir nos paradigmes : l'approche transculturelle à discuter et à nuancer

L'approche de la clinique des migrants dans la théorisation transculturelle a été conceptualisée et développée en France dans les années soixante par Tobie Nathan (en s'appuyant en partie sur les travaux de Georges Devereux) puis poursuivie par la psychiatre Marie Rose Moro, avec toutefois des nuances et remaniements. Cette approche s'est peu à peu imposée comme une référence incontournable dans la clinique

du migrant. Je renvoie ici à la lecture des travaux de ces auteurs car je ne pourrais ici les développer dans leur complexité. Toutefois, rappelons ici que ce corpus théorique repose sur l'approche de la personne migrante en tant que sujet culturel (il est question aussi d'inconscient culturel). L'expression de sa souffrance marquée culturellement est à décrypter avec des outils spécifiques de connaissance des cultures en question. De même ces auteurs insistaient sur ce qu'ils nommaient « traumatisme de l'exil ». Aller vers un ailleurs inconnu était douloureux et pouvait s'avérer problématique du fait de difficultés inhérentes à la rupture avec le milieu d'origine, la perte des repères culturels et de la langue. Il était davantage question de pertes que de gains. Le pays et la culture d'origine étaient présentés sous un jour positif et comme supports essentiels du sujet. On ne doutait pas alors que la culture constituait comme « une enveloppe protectrice ». Les cultures des populations concernées dans ces travaux étaient décrites comme assez « pures », peu métissées et stables. Cette approche présente la culture comme un élément déterminant du sujet, tout comme les propositions de soins. L'approche transculturelle a eu le mérite d'encourager les soignants à se décentrer et à prendre en compte d'autres modèles culturels et de représentations, évitant ainsi des malentendus et permettant un dialogue. Des propositions de prises en charge spécifiques se sont mises en place sous le nom de consultations transculturelles. Le milieu scolaire a été sensibilisé, tout comme le milieu hospitalier. Certaines maternités ont proposé aux jeunes parturientes des groupes de parole autour des pratiques culturelles et des rituels accompagnant la naissance. Une proposition particulièrement pertinente à ce moment sensible de passage où sont convoquées les questions des origines de la filiation et des affiliations mais aussi mobilisés les rituels qui accompagnaient la mise au monde d'un enfant. Les professionnels avaient à cœur d'accompagner au mieux leurs patientes comme de reconnaître et respecter les formes culturelles de maternage,

de portage ou d'éducation des enfants. On ne peut que se féliciter de cette ouverture à l'altérité culturelle et de ce respect de ce qui fait repères et appuis pour les personnes. Mais cette approche semble avoir oublié que le sujet n'est pas qu'un sujet culturel et la dimension du « tout culturel » de cette approche peut s'avérer réductrice, ce qui lui a valu des critiques et la production d'autres théorisations présentées sous le terme large de cliniques interculturelles. De même certains auteurs ont interrogé l'absence de la prise en compte de la dimension politique et économique, d'autant plus quand il est question de migrants. Une donnée essentielle que le migrant d'aujourd'hui vient rappeler avec une particulière acuité est le fait qu'on migre le plus souvent pour des motifs politico-économiques et qu'on est reçu-e sous certaines conditions établies par les politiques migratoires, ce qui fait aussi du migrant un sujet politique à ne pas gommer.

Mais il est vrai que le contexte d'alors n'exposait pas de manière aussi violente la dimension politique. Les populations venaient majoritairement de zones rurales pacifiques et de groupes souvent bien ancrés dans les traditions qui donnaient à voir une altérité culturelle à décrypter et à prendre en compte. De plus, les conditions d'accueil étaient plus favorables et permettaient une inscription sociale. Il est possible que le contexte de l'époque ait participé à laisser hors du champ de la réflexion certains points aveugles que le contexte migratoire actuel va nous obliger à prendre en compte en sus de la problématique spécifique de l'exil. Il n'est donc pas question de remettre en question des postures professionnelles respectueuses de la culture de l'Autre mais de considérer ce qui se trouve ici questionné, voire déconstruit, face aux figures actuelles de la migration. On peut mettre au crédit des migrations actuelles de nous rappeler de manière aiguë que le migrant (c'est vrai aussi pour les autochtones) n'est pas qu'un sujet culturel ou sensé en être le représentant mais qu'il est avant tout un sujet doté d'une

subjectivité en dialogue avec sa culture. Ce dialogue est souvent polémique et peut même se trouver ici interrompu pour toutes sortes de raisons. De plus, les cultures dites « traditionnelles » sont souvent présentées comme stables alors qu'elles ont elles aussi subi au fil du temps des mutations et divers processus d'acculturation. Les sujets ont aussi circulé, se sont métissés à l'instar des représentations culturelles en cours dans les pays d'origine. Il se peut que nos représentations soient obsolètes et figées. Quoiqu'il en soit, il serait bien réducteur voire inadéquat de renvoyer « l'étranger » systématiquement à sa culture quand certains justement se débattent pour s'en dégager et nous affirment qu'ils sont faits de bien d'autres choses. De même il nous faut nous garder d'une vision idéalisée de ladite culture, présentée souvent comme « une enveloppe protectrice » pourtant bien questionnable quand ce sont les exigences de cette culture qui ont fait fuir les personnes ou qu'elles ont souhaité se dégager de certains idéaux culturels ou sociétaux pour en investir d'autres. L'assignation du sujet par principe à sa culture peut être alors contre-productive quand elle a aussi comme conséquence fâcheuse de le faire taire et de ne pas lui laisser la possibilité de nous dire ce qui fait point de repère pour lui et ce qui ne le fait plus. Aussi serait-il plus juste pour permettre le dialogue de substituer à l'habituelle et bienveillante question « Comment fait-on chez vous ? » celle de « Comment est-ce pour vous ? », qui redonne la parole au sujet. Sans compter que la question du « chez vous » est toujours plus compliquée que l'on ne le croit. Qu'est un « chez vous » pour une personne persécutée, malmenée dans son pays ou déplacée, ou encore venant d'un pays détruit par la guerre ? Se pose alors la question de la place d'un traducteur ou médiateur culturel. Le médiateur est un élément fondamental de l'approche transculturelle en ce qu'il permet une forme de traduction pour le soignant de ce qui est essentiel dans la culture du sujet et donc par extension implicitement pour le sujet. Ce qui constitue pour certaines situations

un apport précieux peut se révéler dans certains cas un empêchement à une parole libre ou libérée. Une prudence est requise avec les nouveaux migrants qui ont vécu des ruptures diverses et souvent violentes avec leur communauté. Ces situations peuvent générer de la méfiance envers la présence d'un interprète, qui n'est pas toujours souhaitée ni souhaitable. Pas toujours souhaitée aussi par ceux et celles qui ne veulent plus s'exprimer dans leur langue maternelle. Une langue peut être abimée par la violence et devenir un temps inutilisable quand elle est aussi la langue de l'agresseur qui a blessé ou du groupe qui a banni. La personne souhaitera alors avoir recours à une autre langue comme langue-refuge. Ne pas vouloir parler sa langue maternelle peut être un indicateur d'une souffrance qui doit nous interroger et demande à être respecté. Aussi les dispositifs thérapeutiques transculturels ne semblent-ils pas toujours adaptés. Ces dispositifs groupaux se constituent sur le modèle traditionnel groupal villageois et convoquent des thérapeutes et certains représentants de la culture d'origine du patient. Ceux-ci invitent le patient à s'exprimer dans sa langue maternelle. Certains patients ont pu les vivre comme persécutants et n'ont pas souhaité poursuivre. On a pu voir jusqu'à des décompensations au lieu des réparations attendues.

Cela nous amène à repenser la place du clinicien ou de l'accueillant « autochtone ». L'approche transculturelle encourageait la rencontre avec un clinicien de la même culture ou avec la médiation de celui-ci. La clinique actuelle et notre propre expérience nous invitent à questionner ce postulat. Nous avons très souvent constaté chez ces exilés une appétence à rencontrer « ceux d'ici ». Peut-être que ceux qui ont été un jour exclus de chez eux vont justement chercher du familier en l'« autochtone », quelque chose de commun et partageable. Mais aussi avec le souhait (pas toujours conscient) de partager avec l'étranger sa part d'« étrangeté » qu'a constitué le fait de se démarquer

de son groupe ou sa culture. Mme M, originaire de Côte d'Ivoire, transgressive aux idéaux de sa communauté, a pu confier à une soignante « blanche » son désir et amour pour un homme d'un autre groupe ethnico-religieux et son souhait d'un enfant de cette union interdite à l'origine de son exclusion. Voilà bien des constats cliniques qui bousculent ce que nous tenions pour intangible en matière de « clinique du migrant ». Cela nous invite à nous rapprocher d'associations et de professionnels qui ont une longue expérience clinique avec ces situations spécifiques et forgent de nouveaux outils théoriques⁵. Cela nous invite aussi à nous enrichir de lectures et formations en particulier autour de la clinique du trauma. Toutefois il n'est pas seulement question ici de manque de formation, mais aussi d'un défaut de représentations : nos guerres sont lointaines et le vécu de ces personnes peut s'avérer difficilement représentable. Difficile aussi à entendre du fait de la violence des images qu'il va imposer. Nous pourrions être tentés de regarder ailleurs même devant un corps marqué ou face au mutisme et au repli de la personne, qui souvent en disent long.

Un peu plus de géopolitique ? Savoir et faire savoir

Face à cette nouvelle clinique, nous aurions alors besoin peut-être de moins d'« anthropologie » (en tout cas celle qui s'intéresse à la connaissance des éléments traditionnels de la culture) et d'un peu plus de géopolitique (qui est aussi prise en compte par certains anthropologues). Savoir quelque chose de ce qui a pu constituer un point d'effondrement dans le pays d'origine, ce qui n'a pas tenu ou protégé, mais aussi le faire savoir peut s'avérer cliniquement opérant. En effet, indiquer aux personnes qu'elles peuvent rencontrer dans notre espace psychique autre chose qu'« un blanc de représentations » pourrait constituer une ouverture propice à la rencontre. Je pense par-

5. Centre Primo Levi à Paris et Porte d'Ulysse à Bruxelles

ticulièrement aux patientes congolaises qui viennent d'une contrée ravagée par la violence. La première rencontre avec les Congolaises peut être comme une non-rencontre. Elles se présentent souvent le visage fermé, quasi mutiques, souvent sur la défensive. Nous croyons y voir de l'hostilité ou de la méfiance. Leur pas est pesant, elles soufflent en s'asseyant, soupirent en se levant. Nous pensons qu'elles portent leur poids de chair (elles sont souvent corpulentes), mais elles portent le poids de leur histoire dans ce corps compact dissimulé derrière ce visage fermé. Le dialogue s'avère souvent difficile et nous restons souvent avec la désagréable impression d'une rencontre ratée. Mais une sortie de l'impasse a été possible avec Josephine, jeune femme congolaise, le jour où j'ai mentionné que j'avais vu à la télévision des informations concernant son pays. J'ai indiqué alors qu'il existait sur ma carte géopolitique interne un pays nommé Congo baigné d'un fleuve rouge de sang. Josephine a vivement relevé la tête et s'est alors animée. Nous avons consulté ensemble une carte de géographie où elle a pu me montrer du doigt son lieu de naissance et sa trajectoire pour venir jusqu'ici. Elle ne m'en a pas dit plus sur son vécu personnel et je n'ai pas cherché à extirper un récit. Mais le seul fait que le professionnel ait pu produire un dire sur un destin collectif tragique, un savoir sur le pays des origines et inscrire un lieu sur une carte lui a sans doute permis de sortir d'un no man's land et de l'effacement produit par la non (re)connaissance de ce qui a bien eu lieu. Il m'a semblé que ce jour-là nous avons pu construire une alliance pour cheminer ensemble et accueillir le bébé à venir.

Travailler avec et autour de la question « des papiers »

La question statutaire vient envahir la « tête » des patientes comme elle s'engouffre massivement dans les lieux de soins et d'accueil, dans les consultations ou lors d'entretiens singuliers. Rien de surprenant car

il s'agit ici d'un enjeu essentiel pour l'avenir et lourd de conséquences au quotidien. Nous pouvons être tentés de l'écarter et d'orienter très vite les personnes vers des professionnels dans des associations dédiées. Si ceux-ci sont bien sûr plus compétents (quoique avec des marges de manœuvre réduites), ne pas prendre le temps d'écouter la personne et sa problématique peut nous exposer à une rupture du dialogue. Si la dimension politico- sociale peut nous dépasser comme nous déborder, elle peut parfois constituer l'unique porte d'entrée pour initier une relation, créer une confiance et une alliance permettant ensuite de poursuivre notre travail. C'est un temps incontournable qui va requérir toute notre écoute. Au-delà d'une écoute empathique avec des orientations utiles, il s'agit d'accueillir ce qui vient s'affirmer du sujet comme sujet légitime. C'est-à-dire ce qui est légitime pour lui, ce qui a engagé sa personne. La question « des papiers », quand on peut l'entendre, permet aussi dans certains cas d'appréhender une souffrance sous-jacente. Il est toutefois des situations plus surprenantes quand cette question s'invite dans le travail comme outil thérapeutique. La vignette clinique suivante vient utilement l'illustrer.

Fatoumata ou la petite fille invisible

Fatoumata, âgée de dix-neuf ans, vient consulter pour le suivi de sa première grossesse. Elle est arrivée de Côte d'Ivoire à l'âge de huit ans pour habiter chez ses grands-parents. Elle les a quittés il y a un an pour vivre avec son compagnon dans un squat. Lors de cette première rencontre nous n'en saurons pas plus. Elle ne mentionne aucun symptôme physique particulier et reste très à distance, sans question particulière. La grossesse ne semble pas investie et la relation avec le soignant et l'équipe est difficile. Elle ne s'animera que lorsque je m'intéresserai à sa situation administrative. Elle ne bénéficie d'aucune couverture médicale, ni d'une domiciliation, ni d'un titre de séjour légal. Elle m'exprime des inquiétudes à ce sujet. Je la rassure et établis des attestations permettant d'entamer des

démarches concernant les deux premiers problèmes. Je m'intéresse aussi à la question de la régularisation administrative, à laquelle elle pourrait prétendre car elle réside déjà depuis plus de dix ans sur notre territoire. Elle n'a rien fait mais se déclare prête à le faire. Je l'adresse donc à l'organisme juridique compétent. À partir de ce moment, mes rencontres avec Fatoumata prendront une coloration particulière mais vivante. Elle vient très souvent me voir, y compris en dehors du temps de consultation. Malgré les orientations proposées, elle s'obstine à revenir vers moi pour m'informer de l'évolution de son dossier et me demander d'établir moult attestations. Elle arrive toujours sans rendez-vous ou très en retard, mettant régulièrement à l'épreuve ma capacité à la recevoir et tenir le lien. Au fil de ces rencontres (et retards !) je la vois construire une relation vivante et confiante avec moi, qui s'organise toutefois autour de mon intérêt et du temps consacré à sa situation administrative, et non autour de la consultation prénatale. La grossesse restera toujours en retrait, ce qui nous fait soucier. C'est au sixième mois de grossesse, avant son départ pour la maternité, que Fatoumata me raconte enfin son histoire. Elle est arrivée à l'âge de huit ans en France pour rejoindre ses grands-parents avec la promesse d'une scolarisation et d'un avenir meilleur. Mais elle n'a pas été mise à l'école, pour « s'occuper » de son grand-père malade. Elle me confie qu'elle a été « cachée » et que lorsqu'elle était malade on l'amenait aux urgences avec la pièce d'identité d'une cousine. À l'annonce de sa grossesse, sa famille l'expulsera. Elle me dit enfin que l'obstacle actuel à sa régularisation est l'absence de preuves de présence ancienne sur le territoire français. Fatoumata est une petite fille invisible, sans trace de son existence chez nous, mais chez elle aussi. Elle a commencé à exister dans le corps social mais aussi pour quelqu'un dans sa relation avec le soignant lors de sa première venue dans notre structure. Elle y est vue, reconnue, son nom figure sur les dossiers et elle est aussi écoutée. Je devine la souffrance derrière

son amertume et combien peut-être cette situation doit résonner avec une histoire infantile douloureuse marquée par des ruptures et peut-être des abandons. Ce qu'elle me confirmera et évoquera en pointillé sans souhaiter en dire plus. C'est donc autour et au travers des preuves matérielles d'existence obtenues par les différents certificats établis à son nom (attestation de grossesse, domiciliation dans la ville, attestation de suivi en PMI, etc.) que l'histoire de cette patiente va être comme « réhabilitée ». Elle pourra commencer à se raconter et apparaître comme sujet. Du futur bébé, il n'en sera pas beaucoup question tant la « petite fille » Fatoumata veut capter toute notre attention et notre regard. Ce qui ne manquera pas de nous préoccuper. Mais il y a un sujet à faire naître avant qu'il puisse à son tour accéder à la maternité et en accueillir un autre. Nous avons alors un travail de « holding du holding maternel » c'est-à-dire le portage du portage maternel. Cela peut prendre du temps. Fatoumata accouchera d'une petite fille. La relation mère-bébé se présente d'emblée comme difficile. Le bébé refuse d'être alimenté par sa mère mais accepte le biberon donné par son père. Le père est très présent auprès de son bébé, comme le sont aussi les puéricultrices. Fatoumata viendra me présenter sa petite fille. Je note une grande ambivalence dans la relation, avec une nette discontinuité de l'attention. Plusieurs fois elle interrompra les entretiens avec moi pour sortir confier le bébé à la puéricultrice. Manifestement le « bébé » Fatoumata réclame encore toute mon attention et se présente en conflit avec l'autre. Toutefois elle dira aussi combien elle s'attriste du fait que sa petite fille n'accepte pas d'être nourrie par elle : « Elle ne voit que son père ». Toujours invisible, Fatoumata ? Le travail autour du bébé et de la dyade se poursuivra avec les équipes et la pédiatre. Je ne le développerai pas plus avant. Mais Fatoumata continuera à venir me voir seule pour me donner des nouvelles de son dossier de régularisation. Elle parle peu du bébé spontanément mais m'en donne des nouvelles à ma demande. De

ce bébé, elle me dit qu'elle n'est pas contente qu'il s'agisse d'une fille car « les petites filles sont destinées à souffrir et n'existent pour personne » et elle enchaîne en revenant sur les blocages de la procédure pour l'obtention du titre de séjour car toujours pas de preuve d'existence antérieure à 2009. Je devine combien il est essentiel de faire sortir Fatoumata de cette impasse et pas seulement dans le réel. Ensemble nous finirons par trouver un document attestant de son existence ancienne, véritable sésame qui dénouera sa situation. Fatoumata existait bien et un titre de séjour va lui donner comme une deuxième naissance. Je reverrai un peu plus tard Fatoumata transformée. La nouvelle situation lui permet de s'envisager un avenir en retrouvant son existence passée. Les relations avec sa petite fille se sont améliorées, Fatoumata faisant preuve de plus de tendresse et d'attention à son égard. La petite se présente vive et très active avec sa mère. Ce qui paraît intéressant pour notre sujet est de rendre compte comment une certaine réparation a été possible autour de la question « des papiers », qui n'était pas à entendre comme un évitement ou simplement comme un déplacement mais bien comme l'expression ou comme une forme de traduction de la problématique d'un sujet pour qui naître n'a pas suffi à donner une existence. C'est peut-être pour cela que ce travail un peu inhabituel autour des papiers a pu produire des effets positifs. Un autre travail d'élaboration sera peut-être nécessaire et envisageable un jour par elle. Mais peut-être que son inclusion dans le corps social et l'étayage des soignants suffiront pour l'établissement d'une relation harmonieuse chez une jeune femme qui n'a jamais lâché son désir d'exister pleinement aussi avec des projets professionnels.

Portée symbolique de nos lieux et objets

Dans nos sociétés postmodernes, certains futurs parents et parents peuvent se retrouver isolés sans l'entourage familial ou social proche qui permet d'ac-

compagner les grands moments de passage de l'existence. Les cultures ont proposé des rituels pour instaurer ces moments dans le collectif. S'il existe dans nos sociétés modernes un déclin du religieux, se créent en parallèle de nouveaux rituels séculiers. Dans le champ de la périnatalité, Sylvain Missonnier, psychologue, a fait l'hypothèse que le suivi médical de la grossesse dans les lieux collectifs que sont les maternités pourrait constituer un nouveau rituel séculier sous certaines conditions permettant des équivalents symboliques. De même amener le bébé pour des consultations et des soins dans les structures dédiées pourrait être à l'image des formes ritualisées de présentation du bébé au social. Si on peut douter que les maternités-usines actuelles puissent en remplir les conditions, cela pourrait être néanmoins possible dans de petites structures (PMI, ONE et autres).

On voit là combien cette hypothèse peut se révéler pertinente concernant le public qui nous intéresse ici. Des dispositifs de soins ou d'accueil au travers des dispositifs collectifs mais aussi individualisés qui ne « massifient » pas permettraient en premier lieu l'intégration au grand corps des femmes enceintes et des jeunes mères mais aussi une forme d'inscription dans le social. Il semble bien que cela ait vraiment cet effet pour celles-ci qui pour rien au monde ne ratent une consultation prénatale, même au prix de longs trajets. Il en est de même pour la dyade lors des consultations pédiatriques, les pesées et autres soins de puériculture qu'elles observent avec attention. Elles n'hésiteront pas à s'approprier nos savoir-faire et usages, en particulier en matière de puériculture. À propos d'« appropriation », il y aurait peut-être une erreur à penser qu'elles se soumettent toutes docilement à nos coutumes et usages par souci d'assimilation ou par gratitude pour les accueillants. Dans le contexte de ruptures violentes avec le milieu d'origine, certains auteurs ont fait l'hypothèse que les espaces institutionnels du pays d'accueil auraient un rôle fonamen-

tal à jouer dans la transmission en offrant en partage leurs patrimoine culturel et valeurs démocratiques justement pour ceux dont les violences ont mis à mal l'héritage culturel. Ce peut être vrai pour l'école et se révéler également pertinent pour les institutions de soins. Ces mères (et ces enfants plus tard) violemment malmenées auront peut-être besoin de s'appuyer sur les référentiels culturels du pays d'accueil pour pouvoir plus tard renouer avec leur propre héritage. Nous en avons donné précédemment un exemple clinique avec le cas de Mme D et l'« oubli » de sa culture. Nous serons alors amenés à proposer nos savoirs et savoir-faire non comme supérieurs et dominants mais plutôt comme des biens *séculiers* et partagés par tous.

Des objets peuvent aussi se révéler précieux. Il est toutes sortes d'objets qui vont en effet faire sens pour ces femmes et leur bébé. Nos certificats et autres documents comme le carnet de maternité, la déclaration de grossesse, le carnet de santé de l'enfant où les noms inscrits sont perçus comme des actes de reconnaissance ou d'affiliation au groupe social, documents à haute valeur symbolique aussi dans ce contexte d'anomie et d'effacement des traces du sujet. Une toute jeune maman ivoirienne montrait à son bébé le carnet de santé remis à la maternité et lui disait « Tu vois toi aussi tu en as un comme les autres et ton nom est inscrit là-dedans ». Ces objets permettent une forme d'inscription d'affiliation mais aussi tissent des liens avec les structures et les professionnels comme un fil d'Ariane dans un monde où les personnes sont toujours menacées de se perdre. Ils ne sont certes pas très « exotiques », on est loin des « gris-gris » protecteurs qu'elles ont ou pas conservés, mais il se peut que les objets culturels ne suffisent plus à ceux et celles pour qui la terre d'avenir sera la nôtre. Il ne s'agit pas à mon sens de vrais objets rituels mais peut-être d'« objets signature » qui permettraient à la personne d'organiser les traces et signifier sa présence chez nous. Nous pouvons faire confiance aux patientes

dans leur capacité à se saisir d'objets qui vont faire sens pour elles.

Un lieu pour commencer le travail d'exil

Nos lieux institutionnels et associatifs peuvent être investis comme des lieux permettant d'entamer le travail d'exil. À ce titre ils auront alors à assumer d'être un temps lieux d'arrimage, d'inscription, d'abri psychique mais aussi lieux à partir desquels le récit ou les questionnements sur l'exil peuvent se penser. Il ne s'agit pas d'aider ces personnes à s'adapter aux conditions inacceptables de vie ici ou à les accepter. Il s'agit de leur permettre de vivre cet exil en le rendant racontable, accessible à l'échange de paroles vraies dans un espace réel. Que cela soit dans la rencontre intersubjective, dans un cabinet de consultation, un espace d'accueil, un bureau d'aide sociale ou juridique mais aussi dans les échanges et les interactions qui impliquent plusieurs personnes dans un espace collectif ou un dispositif groupal.

Plus que jamais il nous faudra nous mettre à l'écoute de la personne mais aussi mettre en place des espaces et dispositifs ouvrant les possibilités d'une narrativité particulièrement nécessaire pour ces « invisibles ». Le dispositif de groupes de parole se révèle pertinent et opérant. « Vous ne pouvez pas nous donner des papiers ni un toit mais vous nous avez donné une voix et c'est l'essentiel ». Voilà ce que nous disait Malika dans le groupe de parole de femmes enceintes que nous avons animé avec une sage-femme en PMI (Protection Maternelle Infantile) et dans lequel se retrouvaient des femmes originaires de pays différents mais qui avaient en commun d'avoir été des transgressives, des bannies ou victimes de violences et qui sont ici « sans-papiers. » À la faveur de processus d'identification, une dynamique de mise en récit de l'exil a été possible. Cela a permis aussi l'expression de l'ambivalence vis-à-vis du pays d'origine, à la fois

doux berceau des origines mais aussi celui qui a fait mal. De même ont pu s'exprimer toutes les attentes vis-à-vis du pays d'accueil et la douleur de ne pas y trouver sa place. Au cours de ces rencontres très prisées, il a été contre toute attente peu question des difficiles conditions sociales et les femmes ne se sont pas présentées comme victimes mais comme des personnes assumant leur choix (ou nonchoix). Ce groupe a été précieux aussi pour les professionnelles en constituant un espace tiers permettant d'absorber ce qui peut venir déborder le professionnel dans le colloque singulier.

Écueils et risques

Cette clinique complexe expose à de nombreux écueils et risques à ne pas méconnaître. Les professionnels des services publics ou autres institutions vont se trouver dans une situation paradoxale : accueillir comme les autres ceux qui ne sont pas comme les autres. Offrir un accueil incluant et partagé avec les autochtones et aussi un accueil qui tienne compte de la spécificité de la situation administrative et de ses retombées dans le quotidien. Les professionnels ont à bricoler et inventer ce qui n'était pas prévu dans leurs formations ni rencontré dans leurs expériences professionnelles antérieures. Ils auront à le faire souvent sans l'appui de leurs institutions, qui n'offrent pas toujours un espace pour penser et s'adapter à ces situations. De même ils se trouveront confrontés à des situations sociales extrêmes souvent sans pouvoir avoir recours aux services sociaux eux-mêmes démunis. Cette grande exclusion administrative et sociale constitue comme « une butée du réel » et peut faire trébucher. Sidération, découragement mais aussi épuisement menacent constamment les acteurs exposés en première ligne et peuvent conduire à des constructions défensives pas toujours favorables à l'accueil des personnes. Le rejet, le lâchage en cours d'accompagnement est toujours à craindre. Ne pas voir mais aussi ne

pas chercher à savoir peut être une solution pour se protéger. « Je ne demande plus à ces personnes comment elles vont car je ne peux plus entendre la réponse 'je ne peux rien faire' » me disait une sage-femme par ailleurs excellente professionnelle. La « toute puissance » du soignant, du travailleur social, de l'aidant est ici rudement mise à l'épreuve. A contrario, le professionnel ou l'accueillant plein de bonne volonté peut être envahi, happé comme en miroir par ces réalités concrètes au risque de ne plus être attentif aux difficultés psychiques et de perdre son attention et sa finesse dans l'observation de ce qui se joue pour la personne et pour la dyade mère-bébé. Par ailleurs, les situations d'extrême précarité peuvent, nous l'avons dit, conduire à prendre des mesures de protection du bébé, mettant alors les professionnels face à des choix douloureux, des choix « en désespoir de cause » pour mettre à l'abri un bébé SDF (sans domicile fixe). L'ambivalence peut être alors à son comble pour des professionnels partagés entre protection du bébé et préservation de la dyade. Ambivalence mais aussi culpabilité d'être accusés à un tel choix dans les cas où la mère ne présente aucun risque de maltraitance mais est juste pénalisée par sa situation sociale. Quelle lourde responsabilité alors pour des équipes, des professionnels partagés entre le poids de l'angoisse d'un péril pour un enfant dans l'immédiat et les conséquences à plus long terme d'une situation de séparation (même provisoire) dont l'enfant portera peut-être définitivement les cicatrices dans sa vie affective et psychique.

Ces situations éprouvantes restent heureusement rares, mais plus fréquente et aussi éprouvante est la rencontre avec les violences amenées par nos patientes. Violences inouïes et inédites, racontées ou pas, qui vont se diffuser dans notre espace psychique, débordant nos capacités d'intégration, suscitant alors angoisse et malaise.

Le désarroi et la difficulté de penser des équipes témoignent aussi des effets contre-transférentiels

d'une clinique traumatique. La charge transférentielle est forte que l'on soit thérapeute ou pas. Le professionnel, l'accueillant court toujours le risque d'incarner à lui seul la « personne secourable ». Comme il peut être le premier dans les suites d'un parcours violent à figurer une altérité humanisante, il peut de même incarner dans sa personne le lieu d'exil. L'identification de la personne au lieu, si elle demeure impensée, est porteuse de danger pour le professionnel comme pour la patiente dont la dépendance risque d'être exacerbée.

Aussi cette clinique nécessite-t-elle d'être travaillée et pensée en équipe. Elle implique la reconnaissance et l'acceptation par l'institution de cette fonction de lieu d'exil mais aussi la prise en compte des effets possiblement délétères sur les professionnels. Cette reconnaissance se traduit par la mise en place de dispositifs soutenant comme les supervisions. Si cela s'avère impossible, le risque est de manquer de « garants » sur lesquels s'adosser pour travailler et accueillir correctement les personnes. Garants qu'offrent une institution saine et attentive mais aussi une justice qui fonctionne, des lois et systèmes qui assurent une cohésion sociale. Sommes-nous en train de les perdre face à des institutions pour certaines défailtantes, y compris l'État dans sa fonction protectrice ? Il me semble qu'il s'agit bien de cela quand nous pouvons avoir l'obscur et indéfinissable sensation de travailler nous aussi comme suspendus dans le vide. Il nous faudra alors mettre en place de nouveaux partenariats plus présents à ces questions comme certaines associations qui ont développé expertise et compétences. Une pratique qui n'est pas dans la culture professionnelle des acteurs des services publics.

Construire une éthique

Nous intervenons dans un contexte à l'épreuve du Politique qui est ici plus prégnant que pour d'autres situations de difficultés sociales (qui relèvent aussi du Politique). Cette clinique vient inévitablement convoquer la citoyenneté de chacun, les positionnements politiques ou idéologiques, avec le risque de mettre à l'épreuve la cohésion d'équipe et les liens partenariaux. Cela peut aller jusqu'à générer affrontements et clivages.

Si nous n'y prenons pas garde, nous pouvons prendre des libertés avec nos codes déontologiques et sortir de nos postures de soignants et d'accueillants. Nous ne sommes pas à l'abri de la contamination des discours ambiants infiltrant nos représentations mais aussi de la construction de défenses délétères pour nos patients. Peuvent alors s'opérer certains glissements insidieux et inquiétants : passer d'une posture de soignant ou d'accueillant à celle de contrôleur de vérité, de vérificateur de légalité ou de gestionnaire du budget. Nous pouvons participer à cette clinique de la suspicion que nous avons décrite. Nous avons donc à travailler sans cesse sur nos représentations et à construire une éthique commune de l'humain. Éthique qui ne peut être basée que sur l'inconditionnalité de notre accueil et de notre offre de soins, sans jugement avec le respect des choix (ou non-choix) des personnes migrantes. Un accueil qui permettra peut-être de déjouer le scénario de la honte qui menace l'illégitime et ses conséquences transgénérationnelles.

Nous avons aussi un rôle fondamental à jouer auprès de ces « invisibles ». Les lieux de soins et d'accueil restent les derniers lieux autorisés avec l'école dans le service public. Ils ont d'autant plus de valeur symbolique pour ces personnes comme lieux institutionnels

représentant (incarnant ?) un pays, un État qui par ailleurs les exclut. Les bénévoles des Associations sont à une autre place. Ils sont peut-être plus protégés par leur engagement militant partagé par le groupe comme par la contenance de leur structure. L'Association peut alors jouer son rôle de garant et soutenir la place de lieu d'exil. Mais ne sommes-nous pas tous, quels que soient nos lieux de travail, nos places, en passe de devenir « des passeurs de solidarité » ? Ce n'était pas vraiment prévu dans nos formations et fonctions professionnelles...

Quoi qu'il en soit nous nous retrouvons tous en place de témoins. Nous voyons s'accomplir sous nos yeux une destruction des personnes et des liens familiaux mais sommes aussi témoins de la résilience, de la résistance et de l'obstination des personnes à rester debout. De cela nous aurons aussi à rendre compte dans nos écrits et constats cliniques.

Nous n'avons pas de recul suffisant pour répondre à la question aiguë pour tous du devenir de ces femmes, de ces familles, de ces enfants mais il importe déjà de constituer pour eux au fil des jours un point d'ancrage sécurisant. On ne peut que souhaiter que ces familles sauront en tirer profit en espérant que tout cela fera trace et ouvrira la voie à d'autres rencontres soutenant et constructives.

Bibliographie

- Altounian J., « Une arménienne à l'école », in *Ouvrez moi seulement le chemin de l'Arménie* (38-53), Paris, Confluents psychanalytique, Les Belles Lettres, 2003.
- Agier M., *Le couloir des exilés : Etre étranger dans un monde commun*, Paris, Edt Le croquant, 2011.
- Benhaim M., « Vivre est plus difficile que survivre ? », in Douville (dir.) *Clinique psychanalytique de l'exclusion* (p.56-78), Paris, Dunod, 2012.
- Capogna-Bardet (dir), *Clinique du Trauma*, Toulouse, Erès, 2014.
- Davoudian. C.(dir.), *Mères et bébés sans papiers*, Toulouse,1001BB, Erès, 2012.
- Douville O. « L'exil soupçonné. Incidences subjectives », In *Revue Maux d'exil* (N°36, p.7-8), Paris, 2012.
- Douville O. « Identité, altérité », In Kaes. (dir.) *Différences culturelles et souffrance de l'identité*, p 46-65, Paris Dunod, 1998.
- Fassin D., Morice A., Quiminal C, *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des « sans papiers »*, La Découverte/essais, 1997.
- Galitzine-Loumpet, A. Saglio- Yatzimirsky M.C., « Subjectivités face à l'exil », in *Journal des anthropologues*, N° hors série, Paris, 2018.
- Golse B. « Enfants cachés, enfants expulsés, enfants sacrifiés ou la honte d'être soi », in Davoudian. (dir.) *Mères et bébés sans papiers*, 219-223, Toulouse, 1001BB, Erès, 2012.
- Jamouille P., *Par-delà les silences : on-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*, Paris, La Découverte, 2013.
- Lhuillier D., Pestre E. (dir.), *Migrants, réfugiés, exilés : résistances et créativité*, in *Nouvelle revue de psychosociologie*, N° 25, 2018.
- Mestre C., *Bébés d'ici, mères d'exil*, Toulouse, Erès, 2016.
- Missonnier S., « Dans le temple moderne de la fécondité », in Missonnier, *Devenir parents, naître humain*, 17 -21, Paris, PUF, Le fil rouge, 2009.
- Moro M.R, Neuman, D, Real I. *Maternités en exil : Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*, Paris, La pensée sauvage, 2008.
- Villain M.J., « Prendre le risque de la rencontre », in C. Davoudian (dir.), *Mères et bébés sans papiers*, 152-156, Toulouse,1001BB, Erès, 2012.
- Virole L., *Grossesse et reconnaissance du sujet, Parcours de soins des femmes enceintes primo arrivantes en France*, Thèse de doctorat, EHESS N° 286, Paris, 2018.

Pour approfondir le sujet



- Mère et bébé sans papier : quelles identités en devenir ?, avec Christine Davoudian
- Construction du lien mère - bébé en contexte de migration forcée, avec Christine Davoudian
- Mère « sans papier » : quand seule la grossesse ouvre un espace d'accueil, avec Christine Davoudian
- Grossesse et maternité « sans papier » : le rôle des professionnels de l'aide, avec Christine Davoudian
- Les enfants migrants, passer d'une culture à l'autre, avec Marie Rose Moro
- Diversité culturelle et éducation de l'enfant, avec Marie Rose Moro
- Comment devenir parent en contexte d'exil ?, avec Abdessalem Yahyaoui
- Construction du lien parent enfant dans un contexte de déracinement, avec Abdessalem Yahyaoui
- ...
- Être porté pour grandir, Pierre Delion
- La violence envers les enfants, approche transculturelle, Marie Rose Moro
- L'attachement, un lien vital, Nicole Guedeney
- Grandir en situation transculturelle, Marie Rose Moro
- ...
- L'art d'accommoder les différences
- L'accueil des enfants migrants en collectivité
- ...

sur yapaka.be

Temps d'Arrêt / Lectures

Dernier parus

85. Introduire l'enfant au social.

Marie Masson

86. Peut-on encore toucher les enfants aujourd'hui ?

Pierre Delion

87. Corps et adolescence.

David Le Breton

88. La violence conjugale frappe les enfants.

Christine Frisch-Desmarez

89. La violence de jeunes : punir ou éduquer ?

Véronique Le Goaziou

90. L'évolution des savoirs sur la parentalité. Gérard Neyrand

91. Les risques d'une éducation sans peine

Jean-Pierre Lebrun

92. La vitalité relationnelle du bébé. Graciela C. Crespin

93. Prendre soin du bébé placé.

Geneviève Bruwier*

94. Les trésors de l'ennui.

Sophie Marinopoulos

95. Prévenir la violence par la discussion à visée philosophique.

Michel Tozzi

96. Coopérer autour des écrans.

Pascal Minotte

97. Les jeunes, la sexualité et la violence. Véronique Le Goaziou

98. Evolution du traitement des ruptures familiales.

Benoit Bastard

99. L'attachement, un lien revisité à l'adolescence.

Lauriane Vulliez-Coady, Frédéric Atger et Claire Lamas

100. Prévenir la maltraitance.

Vincent Magos

101. Du déclin au réveil de l'intérêt général.

Dany-Robert Dufour

102. La parentalité aujourd'hui fragilisée.

Gérard Neyrand

103. L'attention à l'autre.

Denis Mellier*

104. Jeunes et radicalisations.

David Le Breton

105. Le harcèlement virtuel.

Angélique Gozlan

106. Le deuil prénatal.

Marie-José Soubieux, Jessica Shulz

107. Prévenir la négligence.

Claire Meersseman

108. A l'adolescence, s'engager pour exister. Marie Rose Moro

109. Le secret professionnel, fondement de la relation d'aide et d'écoute. Claire Meersseman,

André Donnet, Françoise Dubois,

Cécile Guilbau

110. La portée du langage.

Véronique Rey, Christina Romain,

Sonia DeMartino, Jean-Louis

Deveze

111. Etre porté pour grandir.

Pierre Delion

112. Le travail social animé par la « volonté artistique ».

David Puaud

113. Quand la violence se joue au féminin. Véronique Le Goaziou

114. Résister à l'algocratie - Rester humain dans nos métiers et dans nos vies. Vincent Magos

* Ouvrage épuisé.

Découvrez toute la collection Temps d'Arrêt et retrouvez nos auteurs sur yapaka.be pour des entretiens vidéo, conférences en ligne, ...