Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

#### **ANNEE 2016**

 $N^{\circ}$ 

# ASPECTS DE PERINATALITE CHEZ DES FEMMES MIGRANTES EXPOSEES AUX TRAUMATISMES PSYCHIQUES

#### **THESE**

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le

29 avril 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Camille Delahousse Née le 6 mai 1985 A Lyon (IIIème)

#### UNIVERSITE DE BOURGOGNE

UFR des Sciences de Santé

#### au 20 Octobre 2015

Doyen: M. Frédéric HUET 1er Assesseur: M. Yves ARTUR

Assesseurs : Mme Laurence DUVILLARD

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

M. Marc MAYNADIE

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEIOT	Neurologie
M.	Charles	BENAIM	Médecine physique et réadaptation
141.	Chanes		pour convenances personnelles jusqu'au 31/10/2016)
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
Mme	Claire	BONITHON-KOPP	Thérapeutique
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M. M	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
М.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale.
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nudéaire
M.	Patrick	CALUER	Génétique
M.	Philippe	CAMUS	Pneumologie
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OUVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Maurice	GIROUD	Neurologie – reanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	
M. M.	Vincent Patrick	HILLON	Médecine physique et réadaptation
			Thérapeutique
М.	Frédéric	HUET	Pédiatrie

HUET M. Frédéric JOUANNY Pierre M. KRAUSE M. Denis LAURENT M. Gabriel M. Côme LEPAGE M. Romaric LOFFROY LORGIS MAILLEFERT M. Luc

Radiologie et imagerie médicale Cardiologie Gastroentérologie et hépatologie Radiologie et imagerie médicale Cardiologie

Gériatrie

M. Luc LORGIS Cardiologie
M. Jean-Francis MAILLEFERT Rhumatologie
M. Philippe MAINGON Cancérologie-radiothérapie

M. Cyriaque Patrick MANCKOUNDIA Gériatrie

M. Laurent MARTIN Anatomie et cytologie pathologiques

M. David MASSON Biochimie et biologie moléculaire
M. Marc MAYNADIE Hématologie - transfusion

Neurologie м Thibault MOREAU MOURIER Neurochirurgie м Klaus Luc Mme Christiane MOUSSON Néphrologie Paul ORNETTI Rhumatologie M. ORTEGA-DEBALLON м Pablo Chirurgie Générale

M. Jean-Michel PETIT Endocrinologie, diabète et maladies métabolique

M. Lionel PIROTH Maladies infectieuses

Mme Catherine QUANTIN Biostatistiques, informatique médicale

M. Patrick RAT Chirurgie générale M. Jean-Michel REBIBOU Néphrologie

Frédéric RICOLFI Radiologie et imagerie médicale M. SAGOT Paul Gynécologie-obstétrique M. Emmanuel SAPIN Chirurgie Infantile SMOLIK м Henri-Jacques Médecine et santé au travail STEINMETZ М. Eric Chirurgie vasculaire Jean-Raymond TEYSSIER Génétique moléculaire

Mme Christel THAUVIN Génétique

M. Pierre VABRES Dermato-vénéréologie

M. Bruno VERGES Endocrinologie, diabète et maladies métabolique M. Narcisse ZWETYENGA Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

#### PROFESSEURS EN SURNOMBRE

 M.
 Frédéric
 MICHEL
 (surnombre du 20/10/2015 au 31/08/2019)

 M.
 Roger
 BRENOT
 (surnombre jusqu'au 31/08/2018)

 Mme
 Monique
 DUMAS-MARION
 (surnombre jusqu'au 31/08/2018)

 M.
 Marc
 FREYSZ
 (surnombre jusqu'au 31/08/2016)

M. Philippe ROMANET (surnombre du 10/07/2013 au 31/08/2016)
M. Pierre TROUILLOUD (surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

#### Discipline Universitaire

M. Sylvain AUDIA Médecine interne

Mme Shaliha BECHOUA Biologie et médecine du développement
Mme Marie-Claude BRINDISI Nutrition

M. Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER Psychiatrie, psychologie médicale
M. Alexis DE ROUGEMONT Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière

M. Olivier FACY Chirurgie générale

Mme Ségolène GAMBERT-NICOT Biochimie et biologie moléculaire
Mme Françoise GOIRAND Pharmacologie fondamentale

Mme Agnés JACQUIN Physiologie
M. Sylvain LADOIRE Histologie

M. Alain LALANDE Biophysique et médecine nucléaire
M. Louis LEGRAND Biostatistiques, informatique médicale
Mme Stéphanie LEMAIRE-EWING Biochimie et biologie moléculaire

M. André PECHINOT Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière

M Maxime SAMSON Médecine interne

M. Benoît TROJAK Psychiatrie d'adultes ; addictologie M. Paul-Mickaël WALKER Biophysique et médecine nucléaire

# PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/09/2011 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	François	MARTIN	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M. Jean-Noël BEIS Médecine Générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

 Mme
 Patricia
 MERCIER
 Médecine Générale

 M.
 Gilles
 MOREL
 Médecine Générale

#### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

AUBRY Catherine Médecine Générale Mme CANNET Didier Médecine Générale CHARRA M. Clément Médecine Générale GOUGET м Arnaud Médecine Générale François MORLON Médecine Générale

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

 M.
 Didier
 CARNET
 Anglais

 M.
 Jean-Pierre
 CHARPY
 Anglais

Mme Catherine LEJEUNE Pôle Epidémiologie M. Gaëtan JEGO Biologie Cellulaire

Mme France MOUREY Sciences et techniques des activités

physiques et sportives

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Marianne ZELLER Physiologie

#### PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme Marceline EVRARD Anglais
Mme Lucie MAILLARD Anglais

#### PROFESSEURS CERTIFIES

 Mme
 Anaïs
 CARNET
 Anglais

 M.
 Philippe
 DE LA GRANGE
 Anglais

Mme Virginie ROUXEL Anglais (Pharmacie)

# PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Evelyne KOHLI Immunologie

M. François GIRODON Sciences biologiques, fondamentales et

cliniques

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M. Mathieu BOULIN Pharmacie clinique
M. Philippe FAGNONI Pharmacie clinique
M. Frédéric LIRUSSI Toxicologie

M. Marc SAUTOUR Botanique et cryptogamie

M. Antonin SCHMITT Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

#### **COMPOSITION DU JURY**

Président: Professeur Bernard Bonin

Membres: Docteur Benoît Trojak

Docteur Jean-Christophe Chauvet-Gelinier

Docteur Marie-Claude Vincent

# Remerciements

A Monsieur le Professeur Bonin, d'avoir accepté de présider au jury de cette thèse. Merci pour ces années de formation et votre bienveillance.

A Madame le Docteur Marie-Claude Vincent, d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre aide particulièrement efficace. Merci pour cette année de formation et de travail dans votre service auprès d'un public singulier. Merci pour votre ouverture d'esprit et votre enthousiasme au travail. A titre personnel, merci pour la personne que vous êtes et vos sages conseils de vie.

Aux Docteurs Trojak et Chauvet-Gelinier, d'avoir accepté d'êtres membres du jury de cette thèse.

A Mme Annie Bufnoir et au Docteur Annick Calvera, d'avoir accepté de relire ce travail et de m'avoir apporté vos éclairages.

Au Docteur Pierre Besse, qui me fait l'honneur de m'accueillir dans son service. Merci pour votre confiance, vos encouragements et votre enthousiasme.

Au Docteur Cécile Jacob, dont l'approche humaine et professionnelle force mon admiration et soulève mon enthousiasme. Merci pour nos échanges si riches. Puisse l'avenir nous permettre de nous rencontrer plus souvent.

Aux médecins et collègues qui ont pris du temps pour me transmettre leur savoir.

A l'équipe du Centre de jour Arlequin qui a accompagné mes premiers pas d'interne.

A mes amis et collègues de l'unité Jacques Schotte et du CMP de Chenôve. Merci à Séverine, Jean-Baptiste et Mme Pierre de m'avoir fait découvrir la psychiatrie adulte et ses richesses humaines et cliniques. Merci à Marie-Laure, Nathalie et Blandine pour leur amitié et leur soutien de ces dernières années.

A mes amis et collègues de l'unité Elipses. Merci à chacun de vous pour cette année intense passée parmi vous. Merci à Noémie, Sylvie, Gaby et Emile. Marie-Claude, Audrey et Thomas, merci tout particulièrement d'avoir été si bienveillants lors des moments difficiles. Maintenant, je propose une soirée au coin du feu : MCF, si tu veux on écoutera même du Maître Gims.

A mes collègues de l'unité Upsilon, pour la richesse de nos échanges cliniques et leur goût de la célébration. A Dominique et Françoise pour leurs encouragements. A mon amie Dominique pour son incroyable bienveillance. Je suis heureuse de pouvoir continuer à travailler avec vous.

Aux équipes de jour et de nuit de l'UMAO pour leur sympathie et leur bienveillance.

A Josette, précieuse confidente à prédominance nocturne! Merci pour ces coupes de champagne partagées, pour ton amitié et ta bienveillance. Merci pour tous ces moments que j'espère encore nombreux.

A Evelyne, pour ton rire éclatant, ton écoute et ton amitié. En souvenir d'une mémorable séance d'hypnose anti-rides!

Aux collègues de nuit avec qui j'ai passé de très bons moments, et tout particulièrement Manue, Nathalie, Sébastien, Yann et Quentin.

Aux patients et à leurs familles pour leur confiance accordée. Merci de m'apprendre mon métier chaque jour.

A mes enfants, Bosco et Agnès, d'avoir supporté avec patience les heures d'absence nécessaires à l'élaboration de ce travail. Ne vous sentez jamais obligés de lire « le livre du travail de Maman ». Vous êtes extraordinaires, souvenez vous-en.

A mon filleul Timousse dont la présence me réjouit, ainsi que celle de Doud&Doudette!

A Guillaume, pour ton soutien pendant toutes ces années. Merci pour ton écoute et tes conseils. Merci à ta famille. Merci tout particulièrement à JB et Marie-Yo de m'aider à célébrer cet affranchissement du système éducatif!

A mes chers parents, de m'avoir offert la possibilité d'aller au bout de ces études médicales. Merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces années. Papa, j'espère que tu aurais été fier de moi.

A mon frère Antoine, de m'avoir transmis le goût de la remise en cause et de l'exigence intellectuelle. Pas d'inquiétude, ma médiocrité ne se hissera jamais plus haut que ta grandeur!

A mes frères Baudoin, Cyril et Alexis, à mes belles-sœurs Marie et Sarah, pour votre soutien et vos encouragements pendant toutes ces années. Merci d'avoir cru en moi...et de m'avoir supportée.

A mes amis de toujours, Fleur, Nicolas, Thibault et Benoît, d'avoir transfiguré mon externat et enrichi ma vie, mes GammaGT et mon cholestérol. (Nico et Benoît, ça veut dire merci pour les apéros gargantuesques). Avec vous, la névrose me paraît séduisante.

Fleur, je ne serais peut-être pas là aujourd'hui sans toi. Merci pour ces heures lyonnaises passées à tenter de réviser à la bibliothèque de Saint Jean et à refaire la vie et le monde au café d'en face, merci d'avoir écouté et partagé mon enthousiasme irrationnel, mes lamentations, commencé ma psychanalyse, et pour tout le reste.

A mes précieux amis et collègues rencontrés au cours de mon internat. Merci à chacun pour votre présence à mes côtés, aujourd'hui, ces dernières années et encore plus ces dernières semaines.

A Chaïma, merci pour ta présence discrète et bienveillante.

A Lucie, la fille au renard sur la tête te remercie pour ton amitié et ton soutien! A quand le prochain cocktail passoa-Céline Dion?

A Emilie, ma collègue! Merci pour tes blagues, ta douceur, ton amitié et ta présence. Et tes paillettes!

A Amandine, Solenne et Chaban, les exilés du CHU que je regrette de ne pas voir plus souvent.

A David, élu sans hésitation le plus gentil de l'internat. Merci pour ta bonne humeur, ta disponibilité, ta serviabilité. On aurait presque envie d'être grec! Enfin...

A Marie F., pour ton amitié et tes paroles rassurantes. Merci pour ton franc-parler et ton authenticité. A bientôt pour des soirées bière, chips, bonbons et décompensation !

A Olivier, « mon nouvel ami » ! Merci pour ton amitié et la belle découverte de Manu Larcenet. Maintenant que thèse et mémoire sont derrière moi, je vais me plonger dans Hemingway !

A William, merci pour ton enthousiasme et ton appétit de vivre. J'espère que ton exil à Dole ne nous privera pas de ta présence.

A Mélanie, merci pour ton écoute et ces si bonnes soirées passées ensemble.

A Marie A., la belle rencontre de l'année! Merci pour ta fraîcheur, ta simplicité, ton entrain, ton écoute, ton amitié, tes encouragements, tes œuvres complètes de Zweig, tes DVD de Star Wars...et pour tout le reste.

A Justin, merci pour ton amitié, ton soutien indéfectible et d'avoir suppléé à mes défaillances de ces derniers mois! Merci d'avoir été là dans les moments difficiles.

A Ophélie, les mots me manquent pour te dire ma reconnaissance infinie pour ton soutien de ces dernières années et plus encore (mais était-ce possible ?) de ces dernières semaines. Mille mercis pour ton écoute bienveillante, ton amitié si précieuse et ton accueil inconditionnel.

Merci à tous ceux que j'ai pu oublier par mégarde et qui ont enrichi mon parcours humain et professionnel ces dernières années.

#### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

# **Sommaire**

Introduction		
I. Quelques définitions autour de l'exil et de la migration	3	
A. Migration, exil, asile	3	
B. La demande d'asile	4	
II. Le traumatisme psychique	7	
A. Historique	7	
B. Définitions et aspects psychodynamiques	7	
C. Symptômes du traumatisme psychique	10	
D. Critères diagnostiques de l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT)	14	
a. Dans le DSM IV-TR (F43.1)	14	
b. Les troubles de stress aigu et de stress post-traumatique dans le DSM-5 :	16	
c. Incidences sur le fonctionnement cérébral	18	
E. Comorbidités	18	
a. La dépression	18	
b. Douleurs physiques et somatisations	20	
F. La dissociation traumatique	24	
G. Perspectives thérapeutiques de l'ESPT	29	
III. Psychiatrie en exil : trauma psychique et culture	36	
A. Limites du concept d'état de stress post-traumatique	36	
B. Psychiatrie et culture	37	
C. Ethnopsychiatrie	38	
D. La quête de sens	39	
E. Migration, culture et traumatisme de l'exil	40	
a. Notion de traumatisme second	41	

b. Exils traumatiques	41
F. Naissance en exil : portage culturel et symbolique	42
IV. Périnatalité en exil et traumatismes psychiques en partage	46
A. Le traumatisme ou l'effroi en partage, liens mère-bébé en situation de trauma	ntisme 47
a. Grossesse en exil	50
b. Accouchement en exil	55
c. Quand le métissage culturel est compromis	56
d. Premières interactions	58
e. Du côté du bébé	62
f. Résilience maternelle ; résilience du bébé	65
g. Le cas de la précarité extrême de certaines patientes: sans papiers, sans abrifamille, sans droit	*
h. Que représente pour ces mères l'enfant à venir ?	70
B. Prévention	73
a. Pour une prévention précoce des problématiques de la parentalité	73
b. La prévention par un réseau solide	74
c. Exemple d'un dispositif français de prise en charge des patientes souffrant or psychotraumatisme en situation transculturelle : le dispositif du Dr C. Mestre Bordeaux	MANA à
C. Un exemple de levier thérapeutique : la dimension groupale	80
D. Le père migrant	83
V. Une spécificité des femmes migrantes rencontrées : le contexte de précarit	t <b>é 84</b>
A. Précarité : définitions	84
B. Précarité et morbidités périnatales	87
C. Le Syndrome d'auto-exclusion	89
D. Relations médecin-patient dans un contexte de précarité	91
a. La posture de « proximité »	91
h L'éthique de la proximité	92

Bibliographie				
Conclusion			. 102	
	i.	L'établissement du lien de confiance	. 100	
	h. rép	Difficultés rencontrées lors des rencontres avec ces patientes et éléments de ponse	99	
	g.	En tant que médecin, la place délicate de rédacteur de certificat	97	
	f.	Gérer l'impuissance et la peur	96	
	e.	« L'aller-vers » des équipes mobiles de psychiatrie-précarité	96	
	d.	Malaise des soignants	94	
	c.	La déontologie du rapprochement	93	

#### Introduction

Durant notre cursus d'internat, nous avons pu rencontrer de nombreuses femmes migrantes en demande de soins psychiatriques dans le cadre d'une année passée au sein de l'équipe mobile de psychiatrie précarité du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon. Par ailleurs, nous avons également assuré pendant un semestre les consultations psychiatriques au sein de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins) du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon qui accueille les patients qui ne bénéficient pas de couverture sociale. C'est dans ce cadre que nous avons également rencontré cette population qui a vivement suscité notre intérêt. La totalité de ces femmes en migration portaient des symptômes d'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) et la plupart avait des enfants. Elles étaient toutes en démarche de demande d'asile en France, ou bien déboutées de ce droit d'asile. Nous avons initialement cherché à percevoir les conséquences périnatales du traumatisme psychique faisant suite aux violences subies dans les pays d'origine de ces patientes. Très vite, nous nous sommes heurtée à l'étroitesse de notre point de vue considérant le « traumatisme premier » comme unique facteur explicatif de la souffrance de ces patientes. En effet, l'exil en lui-même et ses conséquences en terme de déracinement, d'isolement, de pertes de repères culturels viennent surajouter du « traumatisme » au traumatisme et peuvent menacer la maternalité de ces jeunes mères.

Ce travail tente donc de dresser un aperçu non exhaustif des enjeux de périnatalité pour ces patientes. Il rappelle quelques définitions préalables et entame une réflexion autour du traumatisme psychique, en termes de symptomatologie, de comorbidités et de perspectives thérapeutiques. La psychiatrie en situation transculturelle est abordée ainsi que certains aspects spécifiques de périnatalité pour ces patientes et leurs bébés. L'accompagnement de ces dyades mères-bébés en souffrance est illustré par quelques exemples de prises en charge.

Par ailleurs, la souffrance psychique d'origine sociale relative à la précarité dans laquelle sont plongées ces patientes nous a semblé un axe incontournable de travail.

« La culture de la parentalité est au sens des psychanalystes, des psychologues, des psychiatres ou neuropsychiatres mais aussi des philosophes, des enseignants, des éducateurs, des politiques aussi, le défi du vingt-et-unième siècle. C'est pourtant le plus vieux métier du monde, le plus universel, le plus complexe sans doute, peut-être même le plus impossible mais aussi le plus multiple. L'important serait-on tenter de dire c'est de trouver sa propre manière d'être parent, de transmettre le lien la tendresse, la protection de soi et des autres, la vie ». [95]

# I. Quelques définitions autour de l'exil et de la migration

# A. Migration, exil, asile

Il convient de ne pas confondre migration et demande d'asile. La **migration**, du latin *migrare* évoque un déplacement dans l'espace, souvent sans esprit de retour. Bien qu'impliquant étymologiquement un déplacement géographique, la migration appelle les notions de changements de situation familiale, professionnelle, sociale, culturelle. De ce fait, la migration implique toujours un bouleversement psychique pour le sujet. [103] La migration peut être d'origine socio-économique ou consécutive d'une catastrophe écologique, climatique, ou d'un état de guerre, de persécution d'ordre politique, religieux, ethnique.

L'exil est la « situation de quelqu'un qui est expulsé ou obligé de vivre hors de sa patrie » ou le « lieu où cette personne réside à l'étranger. Etre condamné à l'exil ». En effet, l'exil est également associé à une peine qui condamne quelqu'un à quitter son pays avec interdiction d'y revenir, soit définitivement, soit temporairement. Historiquement, cette peine est connue pour être capitale, de l'ordre du bannissement de la société, portant une atteinte grave à la dignité humaine.

L'asile est la protection qu'accorde un Etat d'accueil à un étranger qui ne peut bénéficier de la protection des autorités de son pays d'origine. Selon les sources de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), 73499 premières demandes d'asile auraient été déposées en France en 2015.

L'asile fait donc suite à l'exil qui est une migration bien spécifique entraînant les troubles sociaux et psychologiques propres à la migration ainsi que ceux liés à la violence du vécu prémigratoire. Les traumatismes précédant l'exil ont souvent conduit à une décision brutale du sujet de fuir pour échapper à une menace vitale le concernant et/ou concernant ses enfants.

# B. La demande d'asile

L'ensemble des femmes rencontrées au cours de notre année de travail ont été « condamnées à l'exil », fuyant des menaces prenant racine dans des conflits politiques, parfois religieux et ethnique. Ces femmes avaient toutes eu recours à la demande d'asile. Certaines amorçaient cette démarche, d'autres étaient dans l'attente d'une réponse de statut, certaines étaient déboutées et d'autres venaient d'accéder au statut de réfugié. La demande d'asile est une procédure juridique établie par la Convention de Genève de 1951. Elle offre la possibilité d'accueil et d'accès à une vie libre en société. Néanmoins cette démarche est lourde et complexe et s'apparente à un véritable labyrinthe de Dédale. [72]

La personne dispose d'un délai n'excédant pas 21 jours pour déposer sa demande d'asile, rédigé en français et comportant un résumé précis des faits motivant la demande comme le demande l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides). Or, cette première démarche peut être entravée et compromise par la barrière de la langue et la précarité (la plupart des demandeurs d'asile n'ont pas d'accès aux centres d'hébergement dans les premières semaines et ont recours au Samu social - le 115 -).

L'état de stress post-traumatique vient compliquer cette démarche, entraînant troubles de mémoire, dissociation traumatique et symptômes d'évitement qui peuvent rendre certains récits lacunaires. Ce manque de précision peut être interprété par l'OFPRA comme une démarche mensongère du sujet. Un décalage important peut advenir entre les attentes des services administratifs et les capacités psychologiques du sujet. Le « devoir de vérité » requit par l'OFPRA demande un effort de mémoire et une confrontation aux événements traumatiques rendus difficiles par les symptômes post-traumatiques. [201]

Le demandeur d'asile doit fournir de plus des preuves de la véracité de son récit. Leur parole peut être mise en doute, ce qui ne peut que réactiver la déshumanisation du traumatisme initial.

L'attente d'une réponse pendant des mois, voire des années, suspend le sujet hors du temps, le maintient dans une forme d'invisibilité sociale juridiquement instituée. La catégorie juridique du demandeur d'asile définit un espace-temps où le sujet n'est plus citoyen de l'Etat qu'il a fui et ne bénéficie pas encore de la protection d'un autre Etat. Il n'a pas le droit de travailler durant ce temps d'attente et ne peut qu'avoir le sentiment d'être écarté de la vie sociale, économique et politique du pays d'accueil. Cette attente est vécue le plus souvent comme une épée de Damoclès qui fait écho aux expériences traumatiques passées. [62]

La convocation à l'OFPRA après des mois d'attente fait resurgir le traumatisme, majore l'angoisse du sujet dans la crainte d'un refus et d'une non-reconnaissance de son statut de victime. « Cette situation peut être considérée comme traumatisante dans la mesure où l'individu est placé dans des circonstances exigeant un potentiel intense ou réclamant de lui une réponse adaptative qu'il vit comme dépassant ses moyens ». [98][1]

L'accompagnement par des bénévoles, des travailleurs sociaux, et des juristes est indispensable pour mener à bien la demande d'asile. Le récit de vie examiné par les instances décisionnelles de l'OFPRA est décisif dans la façon dont il pourra convaincre, dans la restriction des incohérences de la mémoire et dans la production d'arguments voire de preuves. [84] Il faut savoir que moins de 20% des demandeurs d'asile accèdent au statut de réfugiés.

En cas de refus de l'OFPRA, le demandeur d'asile peut avoir recours à la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) pour faire entendre sa demande ; dans ce cas, les délais d'attente sont

encore allongés et dans certains cas, les personnes peuvent perdre leurs statut et leurs droits humanitaires de demandeurs d'asile (perte d'accès au logement, à l'Allocation Temporaire d'Attente). D'autres aspects peuvent encore complexifier les démarches comme les accords de Dublin, les Obligations de Quitter le Territoire Français. La précarisation du statut et des conditions de vie majorent les difficultés psychiques de ces patients et sont souvent à l'origine d'une recrudescence suicidaire importante, conduite qui être pensée comme une tentative de rompre le temps figé et de s'inscrire à nouveau comme acteur de son destin, fût-il funeste. Dans ce temps suspendu, l'inscription dans les soins est très difficile, l'expérience traumatique menaçant à chaque instant d'être ravivée et exacerbée par une audience, un refus de statut, une expulsion. Le refus de statut les confronte à l'impossible retour, au danger de mort qu'ils ont fui dans le pays d'origine et à l'inutilité des sacrifices consentis pour arriver jusqu'ici. [62]

# II. Le traumatisme psychique

# A. Historique

Pinel en 1809 est le précurseur du concept de névrose traumatique. Il s'agit pour lui d'une pathologie liée à l'effroi, conséquence des actes de guerre. Barrois et al. [6] évoquent des observations remarquables apportées par des chirurgiens des armées napoléoniennes tel Percy en 1804, Chirurgien en chef de la grande Armée qui décrit des états anxieux à la suite de scènes de guerre ; Dupuytren en 1819 cite le « délire nerveux des blessés ». En 1863, Legouest, Professeur de la Clinique chirurgicale du Val-de-Grâce a eu l'immense mérite d'apprendre aux psychiatres qu'il y avait même des blessures psychiques sans atteinte somatique. C'est en 1889 qu'Oppenheim emploie le premier le terme de névrose traumatique tout en considérant que c'est l'action mécanique du choc qui est responsable des troubles observés. [44]

En 1920, Freud dans *au-delà du principe de plaisir* [47] émet l'idée que les instances psychiques restent fixées au traumatisme et que cette fixation se traduit dans les rêves répétitifs. Cette fixation prendrait racine dans une tentative de maîtrise de l'excitation traumatique. Freud décrit dans *Inhibition, symptôme et angoisse* deux formes d'angoisse :

- un signal d'angoisse, anticipatrice du danger
- une angoisse automatique qui correspond à la véritable situation traumatique.

# B. Définitions et aspects psychodynamiques

Selon Barrois et al. [6], les névroses traumatiques sont des états névrotiques durables qui s'organisent dans les suites et à cause d'une agression violente et brutale ayant provoqué un traumatisme psychologique. Une ambiguïté naît parfois du fait que le traumatisme psychologique peut parfaitement s'accompagner d'une atteinte corporelle. Crocq affirme que

« les névroses traumatiques sont des états névrotiques organisés et durables provoqués par un traumatisme psychique —qu'il pourra nommer plus tard « psycho-traumatisme »- ou expérience de débordements des défenses psychiques de l'individu par un afflux soudain d'excitations violentes qu'il ne peut maîtriser ». [24] Louis Crocq énonce encore que le psychotraumatisme est un « phénomène d'effraction du psychisme et de débordements de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement menaçant pour la vie ou pour l'intégrité d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur ».

Afin d'illustrer le psychotraumatisme, la théorie des enveloppes de D. Anzieu [2] nous apparaît également intéressante. Il rapporte que « les enveloppes psychiques sont des types particuliers de représentations résultant non plus du destin des pulsions, mais des jeux de place dans l'espace et des degrés et des formes de constitution d'un territoire psychique [...] Ils sont constitutifs du sujet dans ses rapports avec l'environnement en tant qu'espace externeinterne ». Lors d'un traumatisme psychique, il s'opère une fissure, un déchirement voire un éclatement de toutes les enveloppes protectrices du Moi amenant un effondrement psychique et des symptômes rappelant bien la notion d'effraction et d'insécurité décrite par d'autres auteurs. Par sa force et sa violence, l'événement vient faire effraction dans l'appareil psychique; cette effraction et la violence du réel vont ainsi perturber durablement le fonctionnement psychique. [16] Chahraoui et al. [21] ajoutent que le traumatisme psychique et son souvenir agissent alors à la manière « d'un corps étranger » [45] et continuent à jouer un rôle actif, longtemps après l'incident douloureux. En effet, Freud écrit que le traumatisme peut être comparé à un corps étranger « qui aurait pénétré par effraction dans cette espèce de vésicule vivante constituée par l'organisme, inégalement protégée selon les cas et les circonstances par une couche superficielle de défenses pare-excitations ». [48] Le syndrome de répétition illustrerait les efforts infructueux de l'organisme pour assimiler ou expulser ce « corps étranger ».

Laplanche et al. [74] donnent une autre définition du traumatisme psychique comme un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. Ils ajoutent qu'en termes économiques, « le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations ».

#### • L'effondrement du narcissime

Crocq [26] constate l'effondrement du narcissisme et le sentiment d'impuissance du sujet exposé à un traumatisme psychique. Pour lui, l'effondrement du narcissisme est triple :

- L'effondrement de l'illusion d'invulnérabilité que chacun entretient en soi tant qu'il n'est pas en danger. La révélation brutale de la mort qui frappe juste à côté de soi et qui vous menace explicitement détruit cette illusion narcissique.
- L'effondrement de la croyance que l'environnement physique est solide et protecteur.
- L'effondrement de la conviction que l'humanité est bonne et que quiconque est prêt à secourir son prochain. En effet, cet effondrement peut être consécutif d'appels à l'aide restés sans réponse ou de violences (bombardements, torture, viols, séquestrations)
   reçues de personnes « à qui nous n'avons rien fait ».

Du fait de ce triple effondrement, le sujet vit des sentiments d'abandon, de terreur extrême, de grande vulnérabilité, de commerce intime et insolite avec la mort, le néant et le chaos. [7] [27]

Pour Lebigot [75], la mort n'est pas inscrite dans l'inconscient de l'homme qui se maintient dans une illusion d'immortalité; parlant de la mort, ce dernier peut écrire « au fond, personne n'y croit tout à fait ». Au cours de l'événement traumatique, il y a rencontre avec le réel de la mort. Les cauchemars répétés illustrent le fait que l'événement traumatique ne peut pas s'inclure dans les représentations usuelles. Freud, cité par Lebigot [75] explique que « la scène traumatique ne se comporte pas comme un souvenir. Elle est un corps étranger interne, qui ne se lie à aucune représentation ». L'inclusion de la scène traumatique dans le réseau des représentations, producteur de réalité et de sens est compromise.

# C. Symptômes du traumatisme psychique

Les traumatismes psychiques engendrent un large éventail de symptômes.

#### Réactions immédiates

Au sein des réactions précoces après un psychotraumatisme, [119] il convient de distinguer le stress « adapté » qui pousse à une action rapide et cohérente du stress « dépassé » qui comporte une agitation stérile, ou une inhibition psychomotrice, des états confusionnels et délirants.

Dans l'immédiateté de l'événement traumatique, certains sujets d'après L. Crocq [26], indépendamment des manifestations physiologiques et comportementales de stress dépassé (stupeur, agitation, fuite ou activité automatique) et conjointement à elles, éprouvent sur le plan psychologique des phénomènes tels qu'une frayeur subite intense, une véritable peur de mourir sans y être préparé et parfois, dans les suites, une terreur prolongée entretenue par les données de la situation. D'une manière générale, ces sujets rapportent ensuite qu'ils se sont sentis brutalement envahis par des éléments d'un univers qui leur était totalement étranger, ne

comprenant pas la situation, étant incapables d'en interpréter les signes et indices, de la situer, de la relativiser. Souvent ils relatent s'être sentis au centre de la catastrophe alors qu'ils en étaient à la périphérie, vivant la situation sur le mode de l'irréalité et de l'étrangeté. Démunis de moyens de défense et incapables d'en improviser, ils disent ressentir une totale impression de vulnérabilité. L'émotion violente ressentie est une vive frayeur entraînant un état de sidération sur le plan psychique que l'on peut retrouver chez des sujets très à distance de l'événement traumatique, y compris des années après. [21] Charhaoui et al. affirment que les réactions immédiates et durables à la situation traumatique sont le désarroi, le sentiment de solitude infinie et la détresse psychique.

Par ailleurs, un événement peut entraîner un traumatisme psychique chez un sujet de façon directe ou indirecte (victime, sauveteur, témoins, personnes ayant vu des images impressionnantes à la télévision...) C'est le fait, pour l'individu, de se percevoir, consciemment ou inconsciemment comme directement concerné par l'événement, qui est sans doute à l'origine du traumatisme psychique. [44]

#### • Tableaux cliniques des névroses traumatiques

Les réactions tardives après un psychotraumatisme comportent l'état de stress posttraumatique, les troubles anxieux, l'effondrement dépressif, les conduites addictives, la décompensation de troubles psychotiques. Pour tous ces cas de figure, il est important de rappeler qu'un risque suicidaire est présent.

Si les tableaux cliniques varient, il existe des invariants de la clinique traumatique. Crocq [25] et Briole et al. [16] citent deux éléments pathognomoniques : le syndrome de répétition et la réorganisation de la personnalité. Chahraoui et al. [21] précisent qu'à « ces deux éléments sont associés des troubles émotionnels, comme par exemple une diminution à ressentir les

émotions (intimité, tendresse, sexualité), des réactions anxieuses et d'hypervigilance et un comportement d'évitement de tout stimulus susceptible de lui rappeler la scène traumatique initiale ».

Dans le champ de la réorganisation de la personnalité, L. Crocq [25] regroupe différents symptômes en plusieurs rubriques :

- Les symptômes à type d'asthénie psychique et physique, d'anxiété, voire des symptômes phobiques ou obsessionnels. Cette catégorie de symptômes « psychonévrotiques » est attribuée généralement à une prédisposition névrotique antérieure.
- Les troubles psycho-somatiques. Il ne s'agit pas de simples symptômes « fonctionnels ». Ces affections sont provoquées et entretenues par des causes psychiques, elles touchent des appareils précis et selon Crocq [25] sont « produites par des mécanismes physiopathologiques déterminés, liés à la réaction bio-psychophysiologique de stress », comme si la seule réponse accessible à la menace était « l'archaïque réponse auto-plastique de l'organe ». [25]
- Les troubles caractériels se manifestent par des conduites impulsives qui reproduisent l'atmosphère violente du trauma initial : crises de larmes, excito-motrices, clastiques ou agressives, accès de colère, fugues, conduites suicidaires, mais également boulimie, tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, conduites antisociales, marginalité et délinquance.
- Les autres séquelles
- Les cas atypiques

Selon Crocq [25], certains cas sont « dysharmonieux », c'est-à-dire qu'un symptôme domine le tableau et occulte les autres. Il cite par exemple des cas où les troubles psycho-somatiques prennent la place de tout autre mode d'expression, seule extériorisation d'une névrose traumatique sous-jacente.

#### - Les séquelles psychotiques

Pour Crocq, « dans bien des cas il s'agit de psychoses endogènes dont l'éclosion a été seulement facilitée par une conjoncture psycho-traumatique, quand il ne s'agit pas d'une pure coïncidence ». [25] Certains cas très rares semblent déterminés par une étiopathogénie psycho-traumatique et laissent poser la question du pouvoir générateur de psychose de l'événement traumatique. Dans le même article, Crocq l'explique ainsi : « par le bouleversement brutal qu'il introduit dans l'environnement et la coupure qu'il provoque dans le continuum de signification de cet environnement, l'événement traumatisant provoque une rupture entre le moi et la réalité et laisse la place à la mise en œuvre de mécanismes psychotiques d'urgence restituant un minimum d'adaptation pour combler le vide laissé par la faillite des mécanismes adaptatifs habituels ».

#### • Le retentissement social, relationnel et professionnel

Le traumatisme psychique ne se réduit pas aux séquelles psychopathologiques, il entraîne à long terme un véritable bouleversement de l'équilibre général du sujet (familial, social, professionnel) en engendrant une logique traumatique où toute interaction avec l'environnement a pour effet de réactiver le traumatisme initial. [10][21]

- D. Critères diagnostiques de l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT)
- a. Dans le DSM IV-TR (F43.1)
- Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents (critères A):
- Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
- La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Note : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes (critères B):

- Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ; Note : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
- Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse : Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
- Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours

d'une intoxication) ; Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

- Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
- Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
  - Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes (critères C);
- Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;
- Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
- Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
- Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;
- Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

- Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes (critères D):
- Difficulté d'endormissement au sommeil interrompu ;
- Irritabilité ou accès de colère ;
- Difficulté de concentration ;
- Hypervigilance;
- Réaction de sursaut exagérée.

La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois (critère E).

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère F)

Le trouble est défini comme aigu si la durée des symptômes est de moins de trois mois, et chronique si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Il s'agit également de spécifier si la survenue du trouble est différée, c'est-à-dire si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress. [33]

b. Les troubles de stress aigu et de stress post-traumatique dans le DSM-5 :

Les principales différences concernant ces troubles par rapport au DSM-IV ont récemment été décrites par l'*American Psychiatric Association* (APA). [43]

Les états de stress aigu et de stress post-traumatique appartiennent à la catégorie des troubles anxieux dans le DSM-IV. La nouvelle catégorie vise à mettre en évidence des caractéristiques qui distinguent ces troubles des autres troubles anxieux.

Ces deux troubles se développent en réaction à un événement traumatique. Un changement important est l'abolition du critère diagnostique du DSM-IV concernant la réaction subjective à l'événement traumatique : "la réponse de la personne a impliqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur".

En ce qui concerne le trouble de stress aigu, l'accent mis par le DSM-IV sur les symptômes dissociatifs est jugé trop restrictif. Le nouveau critère est que 9 symptômes sur 14 listés dans les catégories suivantes soient présents: pensées et images intrusives, humeur négative, dissociation, évitement et hyper-réactivité.

En ce qui concerne le stress post-traumatique, alors qu'il y a trois ensembles de symptômes dans le DSM-IV (la reviviscence, l'évitement et l'engourdissement émotionnel ainsi que l'hyper-réactivité), il y en a quatre dans le DSM-5 car l'ensemble évitement/engourdissement émotionnel est divisé en deux: l'évitement et les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur.

Cette dernière catégorie, qui retient la plupart des symptômes d'engourdissement émotionnel, inclut également des symptômes nouveaux ou reconceptualisés tels que des états émotionnels négatifs persistants.

L'ensemble d'altérations dans l'activation et la réactivité (hyper-réactivité) retient la plupart des symptômes de cette catégorie du DSM-IV. Il inclut aussi le comportement irritable ou agressif et le comportement imprudent et auto-destructeur.

Le diagnostic tient maintenant compte de l'aspect développemental par l'abaissement des seuils diagnostiques pour les enfants et les adolescents. Des critères spécifiques ont aussi été ajoutés pour les enfants de 6 ans ou moins.

#### c. Incidences sur le fonctionnement cérébral

Neuroanatomiquement, cela concerne les amygdales, l'hippocampe et le cortex préfrontal. Neurobiologiquement, le psychotraumatisme implique les circuits noradrénergiques, sérotoninergiques, dopaminergiques et celui du GABA et du glutamate.

# E. Comorbidités

# a. La dépression

La totalité des patientes rencontrées souffraient de troubles dépressifs, réactionnels aux différents niveaux de souffrance rencontrés :

- Celle relative aux traumas précédant l'exil (violences individuelles ou collectives, violence d'avoir été spectatrice impuissante d'exactions sur ses proches).
- Celle liée au traumatisme propre à l'exil impliquant ruptures familiales, professionnelles, sociales, culturelles, clandestinité, insécurité et incertitude.
- Celle liée au vécu post-migratoire, impliquant les difficultés liées aux conditions d'accueil en France, d'ordre matériel et humain. Cela implique le « choc culturel », la précarité et la souffrance psychique qui en découle, les difficultés administratives, l'insécurité liée au fait d'un possible refus de la demande d'asile.

Dimensions personnelles et environnementales interagissent, provoquant un climat interne et externe d'extrême insécurité.

La dépression est la comorbidité la plus fréquente à l'ESPT. L'enquête de la National Comorbidity Survey montre que la dépression est secondaire à l'ESPT dans 78,4% des cas. [69]

Lebigot [76] a décrit quatre formes cliniques de la dépression post-traumatique :

- La forme asthénique qui correspond au « syndrome de Targowla » observé chez les victimes de la déportation. L'asthénie physique et psychique est aux premières loges de la symptomatologie, accompagnée d'un sentiment d'isolement massif, d'hostilité du monde, d'incapacité et d'impuissance conduisant parfois au suicide.
- La forme caractérielle qui prédomine chez les jeunes gens après avoir quitté l'armée. Cette forme clinique est marquée par l'impulsivité et la violence, souvent majorées par des abus d'alcool ou de toxiques. L'insertion sociale est toujours précaire et les passages à l'acte à incidence médico-légale ne sont pas rares.
- La forme mélancolique, observée préférentiellement chez les militaires ou anciens militaires, qui est une mélancolie délirante à thème de persécution.
- La forme à expression somatique dans laquelle les plaintes physiques sont au centre du tableau clinique. Ce qui fait sa particularité est l'état de stress permanent dans lequel sont les patients et la difficulté qu'il y a à leur faire évoquer le moment traumatique.
- C. Barrois, de même qu'il évoque la notion de « traumatisme second » pour évoquer la question de l'exil traumatique, souligne la notion de dépression psycho-traumatique secondaire, rappelant les notions de déréliction et l'écart incommensurable entre la blessure

narcissique de l'individu causée par les violences subies et les réactions de son entourage, jugées toujours insuffisantes, provoquant déceptions répétées, amertume, agressivité et repli.

# b. Douleurs physiques et somatisations

Elles sont parfois au premier plan dans la demande de soins des patientes rencontrées, jusqu'à masquer l'expression des souffrances psychiques. Elles sont pour nous dignes d'un grand intérêt et à ne jamais négliger. Il convient tout d'abord de s'enquérir de la réalisation d'un examen somatique complet ainsi que des bilans biologiques et d'imageries nécessaires. Les violences subies laissent parfois de profondes séquelles physiques, et ces dernières, bien que rappelant sans cesse le traumatisme passé, peuvent parfois paradoxalement aider à la reconnaissance du statut de victime, qui est une étape première dans la reconstruction psychique et sociale du sujet. Ce rôle de réorientation voire de coordination des soins nous a parfois été donné du fait de situation d'errance de ces patientes qui peinent parfois, du fait de leurs problématiques psychique, sociale et culturelle, à s'inscrire dans des dispositifs de soins de droit commun. Bien qu'un effort de clarté de notre rôle auprès de ces patientes soit souvent rappelé, il n'est pas rare que des demandes de soins somatiques nous soient adressées de manière récurrente. Il s'agit de ne pas les repousser. En effet, les victimes de traumatisme et de torture sont particulièrement sujettes aux douleurs physiques prenant souvent une place principale et s'exprimant par des maux de tête, des douleurs diffuses, des articulations douloureuses. « Le patient est dans ce cas très angoissé par l'atteinte de son intégrité physique. Il convient de calmer douleurs et insomnies, d'effectuer des bilans sanguins et d'agir au mieux en attendant qu'apparaissent les premiers effets de la psychothérapie ». [3]

Les symptômes fréquemment retrouvés sont :

- Les douleurs diverses au premier rang desquelles les céphalées, les douleurs lombaires, articulaires, les myalgies, les névralgies.
- Les troubles digestifs tels le reflux gastro-œsophagien, les ulcères, les gastrites, les douleurs abdominales diffuses, les troubles de l'alimentation.
- Les troubles hormonaux, le diabète, les déséquilibres thyroïdiens.
- Les troubles dermatologiques.
- L'hypertension artérielle.
- Les troubles de la sexualité, de façon plus prégnante chez les victimes de violences sexuelles.
- Les troubles du sommeil souvent très graves et résistants aux traitements. [98]

On peut également, dans un autre registre, s'interroger sur les conséquences physiques de l'activation répétée et durable des systèmes adrénergiques et cortisoliens mis en jeu lors des accès de stress intense et chronique que subissent ces patients en état de stress post-traumatique.

L'approche psychobiologique nous semble intéressante car elle tente d'établir des interactions entre système nerveux, système endocrinien, système immunitaire, comportements, émotions, produisant des changements d'ordre physiologique et biochimique dans les organismes vivants.

• Pourquoi ces patientes nous interpellent-elles sur le plan somatique ?

Premièrement, dans de nombreuses cultures non-occidentales, il n'y a pas de distinction faite entre les maladies du corps et de l'âme. Corps, psyché, culture et spiritualité sont intimement

liés. Deuxièmement, cela peut rejoindre le signe paradoxal d'inversion sémiologique des demandes du syndrome d'auto-exclusion décrit par Jean Furtos. Il s'agit par exemple d'un travailleur social qui reçoit les confidences intimes d'une personne en grande difficulté. Le travailleur social, impressionné par ce dépôt qu'il reçoit dans sa propre chair psychique, sans y être préparé, a tendance à orienter immédiatement la personne vers un psychiatre, à qui sera exprimée une demande de logement et de travail, qui lui fera réorienter la personne vers un intervenant social, mettant parfois en difficulté le travail en réseau. « L'inversion de la demande est en effet à comprendre et à accepter : il est logique, si l'on a congelé (clivé) ses affects et ses représentations psychiques, de ne pas souhaiter qu'un psy travaille à les réchauffer, ce qui ferait souffrir au-delà du supportable. Il est préférable de les donner en dépôt à la psyché d'un travailleur social qui pourra les porter, en souffrir (d'où son malaise), en parler et peut-être orienter ultérieurement sur un travail psychique quand le temps sera venu. A l'inverse, il est important qu'un psychiatre puisse comprendre que lorsqu'un sujet en grande difficulté psychosociale demande un logement, il s'agit de sa manière de dire sa disparition et d'interroger comment habiter son corps, sa sexualité, les éléments transgénérationnels de sa vie, comment habiter son voisinage, etc... Il faut en tous cas admettre que, lorsque des vécus psychiques intimes sont dits à un travailleur social, à un nonpsy, la chose est peut-être dite au bon endroit, à charge pour la personne qui la reçoit de savoir comment porter ce dépôt psychique et comment poursuivre sa relation professionnelle en transformant sa pratique sans changer de métier pour autant, tout en reconnaissant ses limites ». [53]

# • Quels pourraient être les rôles de ces douleurs physiques ?

Nous pensons par ailleurs que le lieu d'expression de la souffrance physique a quelque chose à voir avec l'histoire traumatique du sujet et nous nous interrogeons sur la fonction de ses somatisations. Devant une douleur psychique souvent indicible, le corps peut permettre de raconter un récit violent non représentable, ou inénarrable par le sujet, ou bien chargé massivement de honte, voire en partie oublié tant il revêt un caractère mortifère et insupportable. La douleur du traumatisé psychique possède un sens utilisant inconsciemment les symptômes douloureux comme un appel à l'autre voire comme un mode de premier contact avec le système de soins. [4] En ce sens, René Kaës souligne le rôle du corps qui devient le lieu de représentation pathogène à travers les multiples plaintes somatiques. Le corps fait signe à défaut de faire sens et prend valeur de rappel traumatique. [40][83]

De plus, il nous semble intéressant de proposer à ces patientes aux corps et aux mémoires meurtris de retrouver une intégrité psychique et sociale par le biais des soins du corps. Durant notre pratique clinique auprès de ces patientes, nous avons par exemple fait le constat que les douleurs physiques étaient rarement apaisées par une prescription médicamenteuse antalgique. En revanche, ces mêmes patientes ont souvent été soulagées par des séances de kinésithérapie. Tout se passe comme si l'atteinte et le soulagement devaient s'opérer au même niveau, celui du corps. Cela pourrait participer au travail de réparation de la mémoire corporelle en facilitant concrètement une reprise progressive de « confiance en l'autre ».

#### • Quand le corps prend la relève

Les symptômes que nous avons le plus souvent répertoriés au cours de notre année de travail sont les douleurs physiques, notamment les céphalées. « *J'ai la tête qui chauffe* » disent fréquemment ces patientes, nous rappelant les interactions constantes entre corps et psyché. D'autant que pour ces patientes ayant pour la plupart subi des violences physiques, le corps est aux premières loges de la violence subie, il n'est donc pas surprenant qu'il le soit également dans l'expression de la souffrance. L'être humain nous semble profondément inséré dans trois dimensions inséparables : une dimension somatique, une dimension

psychique, une dimension socioculturelle. Pierre Marty, quant à lui, tenait à penser que l'être humain était *psychosomatique par définition*. Jean-Benjamin Stora, dans un ouvrage intitulé *Quand le corps prend la relève : stress, traumatismes et maladies somatiques* [114], aborde de façon approfondie ces notions. Il se défend d'aborder la maladie en termes de causalité somatique lésionnelle ou de causalité psychique mais rappelle la pluricausalité et les interactions constantes modifiant corps et psyché. Il énonce que les tensions et frustrations de la vie quotidienne sont à l'origine de quantités d'excitations sensorielles externes et internes qui créent, selon le modèle freudien, une exigence de travail à l'appareil psychique, qui, dans le meilleur des cas, absorbe sans déséquilibre cette quantité. Dans le cas où surgissent des accidents de fonctionnement, l'appareil psychique est débordé par les quantités d'excitations, les troubles somatiques surviennent. « Lorsque le psychisme, qui joue le rôle primordial de gestion des excitations est défaillant, c'est le corps qui prend la relève ». L'idée de la transmission de ces mouvements de la sphère psychique à la sphère somatique, déséquilibrant progressivement l'homéostasie des fonctions et des organes s'est progressivement imposée.

Au sein de la symptomatologie variée de l'état de stress post-traumatique, un approfondissement de la symptomatologie dissociative traumatique nous paraît particulièrement éclairant pour l'étude de notre public de femmes migrantes exposées aux traumatismes psychiques.

#### F. La dissociation traumatique

La dissociation est un concept complexe qui correspond à un état de conscience modifié qui permet au sujet de se protéger dans les situations de tension auxquelles il ne peut plus faire face. En fonction de l'intensité de ce processus, on distingue trois types de dissociations : [36]

la dissociation « quotidienne » qui correspond aux capacités naturelles d'absorption dont disposent les sujets. Cette dissociation « normale » recouvre la possibilité de se protéger d'une situation perçue comme menaçante en se « coupant » de ses sensations douloureuses. Au quotidien, les individus traversent différents états de conscience pour s'adapter à des rôles et des situations variés qui traduisent leurs ressources et leurs limites. C'est un processus dynamique de dissociation/association permettant de compartimenter des expériences distinctes de la vie, et en particulier d'écarter stress ou tracas de façon plus ou moins durable. Cette capacité naturelle implique des comportements réflexes et automatiques et reflète la capacité à s'intérioriser par le recours à l'imaginaire, l'esprit s'affranchissant des contraintes du réel. « C'est ce savoir-faire paradoxal d'altération de l'état de sa propre conscience qui est utilisé lors de l'hypnose de façon contrôlée et thérapeutique ». [36]

#### - La dissociation traumatique

Lorsque cette faculté défensive perdure au-delà du danger, de façon rigide et perturbante pour le sujet, c'est le signe d'une dissociation pathologique induisant des symptômes traumatiques. La dissociation traumatique a été décrite comme étant un processus de séparation mentale structurée affectant les perceptions, les émotions, la mémoire et l'identité qui sont normalement intégrées et accessibles à la conscience. Ce moyen de défense face à une situation traumatique devient donc pathologique lorsqu'il perdure audelà du danger et désorganise le sujet. En raison même de cette « protection » qu'elle offre, la dissociation induit un syndrome de répétition invalidant qui définit l'ESPT. Selon Louboff [81] la dissociation « représente le processus primordial permettant d'expliquer l'ensemble des symptômes » de l'ESPT. Cela ferait de la dissociation traumatique la cible privilégiée de la prise en charge d'un ESPT.

## - La fragmentation du Moi

Il s'agit d'un type de dissociation évoquant ce qui est généralement connu parmi les troubles psychiatriques dits « dissociatifs ». Janet [66] évoque la notion d'une rupture d'unité personnelle : lorsqu'un trop grand nombre de sensations est isolé en dehors de la perception consciente, un nouveau type de perception se forme, et l'on peut parler alors de division du Moi, d'un Moi dissocié. D'après Janet, la rencontre avec la mort crée des émotions si fortes que la capacité ordinaire de synthèse psychique est perturbée et ne permet pas de traiter les souvenirs traumatiques, stockés dès lors dans le subconscient.

On peut observer différents niveaux d'expression de la dissociation traumatique, tels que :

- La dissociation sensori-motrice, qui peut concerner l'altération des sensations de douleur, de paralysie, symptômes identifiés depuis longtemps comme pouvant relever de l'hystérie. [66]
- La dissociation cognitive, au cours de laquelle le sujet peut présenter un arrêt de la pensée, du fait d'un état de sidération. Le fil du dialogue intérieur est alors rompu. Les sujets manifestent des difficultés d'élaboration à l'égard de ce qui paraît impensable, irréel. Les informations entrent dans la mémoire sans les explications qui devraient les accompagner.
- La dissociation mnésique est fréquente : un tiers des sujets présentant un ESPT sont amnésiques, totalement ou partiellement à propos de l'événement. [19] Le traumatisme provoque des troubles mnésiques de divers ordres : perturbation de l'encodage, amnésie partielle voire totale, souvenirs décontextualisés de l'événement, remémoration impersonnelle de l'événement, ou même confusion. Les souvenirs traumatiques sont souvent oubliés ou non directement accessibles car ils sont encodés

dans une forme d'état « dépendant », à savoir un état de conscience modifié. Cependant, le souvenir, même oublié, reste dynamique et actif en dehors de la conscience en exerçant une influence sur les pensées et les comportements.

- La dissociation des affects. Il s'agit d'une réaction défensive de détachement paradoxal face aux affects présents lors de la rencontre avec la mort. La souffrance émotionnelle et la signification associée à l'expérience traumatique sont alors isolées. Certains souvenirs liés à l'expérience traumatique sont conservés hors du champ de conscience.
- La dissociation temporelle et spatiale équivaut à une perte de repères. Les flash-backs replongent le sujet dans le traumatisme comme s'il le revivait et l'isolent du moment présent et de ses ressources, induisant également une distorsion de la perception du lieu. La distorsion de l'appréciation temporelle vécue lors de l'événement traumatique est également un élément perturbateur dans la mémorisation car, pour traiter un souvenir, il faut pouvoir l'intégrer dans son histoire personnelle, le situer dans le temps, définir un début et une fin. Ainsi la perception biaisée du temps contribue à l'altération des souvenirs qui ne peuvent pas être classés comme des souvenirs autobiographiques « normaux ». [36]
- La dissociation de l'identité recouvre les notions de déréalisation (être dans un rêve ou dans le brouillard) et de dépersonnalisation (sentiment de ne plus être dans son corps, de se voir de l'extérieur) et affecte souvent les patients traumatisés. Le patient peut avoir le sentiment d'être différent ou changé, que ses pensées ne sont plus les siennes.
- La dissociation de la volonté s'illustre par le fait que lors d'un événement traumatique, le sujet peut se retrouver paralysé, sidéré, incapable de bouger, crier ou fuir : on parle

alors de stupeur dissociative. Le patient est aphone, figé, immobilisé, ses possibilités de réagir ne répondent plus à son contrôle. Seul le mouvement oculaire est conservé. Cet état de « gel » cataleptique crée un sentiment d'impuissance très fort qui risque de perdurer sous la forme de manque de confiance en soi ou de vulnérabilité. La réaction comportementale est inhibée, ou bien les comportements peuvent être automatiques, coordonnées mais incongrus, comme dans les fuites à l'aveugle. Ce vécu peut être à l'origine de sentiments de culpabilité et de responsabilité du sujet liés au fait de ne pas avoir pu réagir comme il aurait souhaité le faire lors du traumatisme.

#### Dans le DSM-IV, on retrouve cinq troubles dissociatifs [33]:

#### L'amnésie dissociative

Elle est caractérisée par l'incapacité de se souvenir d'informations personnelles importantes, généralement de nature traumatique, incapacité non attribuable à une perte de mémoire ordinaire. Ces amnésies peuvent être de différents types et survenir à tous les âges.

#### - La fugue dissociative

Il s'agit d'un voyage soudain et inattendu, associé à une impossibilité de se souvenir de son passé, une confusion d'identité, ou, dans différentes mesures, la présentation d'une nouvelle identité (généralement plus désinhibée que l'identité initiale). Il peut s'agir d'un voyage de quelques heures jusqu'à un périple de plusieurs mois, durant lequel la personne montre un comportement apparemment normal, et pouvant donner lieu dans certains cas à une nouvelle vie et à de nouveaux liens sociaux.

#### - Le trouble dissociatif de l'identité

Il se caractérise par la présence d'au moins deux « identités » ou « états de personnalités distincts » ayant leurs propres modalités de fonctionnement, et prenant alternativement le contrôle de la personne et de son comportement. A cela s'ajoute une « amnésie dissociative ». « Il s'agit à peu de choses près de l'ancien « trouble de personnalité multiple », cependant plusieurs points ont été nuancés, et certaines mises en garde ont été faites, sans doute pour limiter l'inflation du diagnostic à une certaine époque. Il est notamment précisé qu'il s'agit davantage d'une « fragmentation » de l'identité qu'une multiplication d'identités distinctes. Notons la similarité importante avec le trouble dissociatif de type possession ». [35]

### - Le trouble de dépersonnalisation

Il se caractérise par une impression persistante ou récurrente de se sentir détaché de soimême, de devenir observateur de son propre fonctionnement mental ou physique. Le sens de la réalité est préservé.

#### - Les troubles non spécifiés

Il est dit qu'il s'agit de syndromes « liés à certaines cultures ou régions ». A titre d'exemples sont cités les « syndromes liés à la culture » suivants : *Amok* et *Bebainan* (Indonésie), *Possession* (Inde), *Ataque de nervios* (Amérique latine).

## G. Perspectives thérapeutiques de l'ESPT

On distingue deux modèles complémentaires du traitement de l'ESPT :

- Le modèle psycho-dynamique qui tente de renouer le patient avec son histoire, ses affects et ses représentations et d'y trouver un sens.

- Le modèle du stress qui développe une approche transactionnelle entre le sujet et son environnement dont l'objectif est de rétablir l'homéostasie sujet-milieu. Plusieurs outils thérapeutiques sont dérivés de cette approche : les thérapies cognitivo-comportementales, l'hypnose, la désensibilisation par mouvements oculaires et reprogrammation (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) - EMDR -.

Nous rappellerons les différentes approches proposées dans l'ESPT :

• Les approches thérapeutiques recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le traitement de l'Etat de Stress Post-Traumatique [59]:

Le traitement de choix est la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme ou la désensibilisation avec mouvements oculaires (EMDR, contre-indiquée en cas de pathologie psychotique). Les techniques d'hypnose peuvent être bénéfiques sur certains symptômes comme les douleurs, l'anxiété, les cauchemars. Le traitement psychothérapique, en entretien individuel, est proposé quel que soit le délai écoulé depuis le traumatisme.

En l'absence d'amélioration ou en cas d'amélioration limitée, une réévaluation du diagnostic est nécessaire. Un changement de thérapie ou une intensification de la thérapie associée à un traitement médicamenteux peuvent être proposées.

Le traitement médicamenteux est indiqué dans les formes chroniques évoluant depuis plus d'un an. La paroxétine est la seule molécule ayant une autorisation de mise sur le marché dans cette indication. La durée initiale de traitement doit être de douze semaines avant d'envisager un changement de traitement. Si les problèmes de sommeil sont importants, un traitement hypnotique de courte durée peut être proposé. [41]

#### • L'approche thérapeutique psychanalytique du traumatisme psychique

Elle a comme objectif de comprendre l'impact du traumatisme en le restituant dans le contexte de la vie et de l'histoire personnelle du sujet en s'intéressant également à la vie infantile. Son action vise à sonder la qualité des objets internes et externes du sujet. Cette qualité des objets internes pourra être éprouvée par le transfert, à la manière dont le patient perçoit la personne du thérapeute et en fonction des mouvements de son interaction avec lui.

Lors de la première consultation un thérapeute peut être « accroché » par le récit d'un patient. Il convient dans cette démarche d'offrir une écoute active qui permettra d'offrir au patient une sorte de contenu mental, à l'image de ce que Bion rapporte concernant les interactions mèreenfant : la mère contient les sensations primaires de son bébé en les prenant en elle, alors le bébé devient capable d'introjecter sa mère et d'acquérir la capacité de contenir sa propre expérience et celle de sa mère. Cette représentation interne qui contient et qui protège contre l'envahissement est ce que les psychanalystes appellent le bon objet interne.

Le patient traumatisé perd la confiance élémentaire qu'il avait peu à peu acquise dans ses bons objets internes et qui lui servaient de protection. Le traumatisme constitue donc un ébranlement interne dû à une catastrophe externe. Le monde interne du patient est pour ainsi dire envahi de mauvais objets, constituant une sorte de « trahison du bon objet ». Cette approche souligne les mouvements entre réalité externe et interne, et tente de donner du sens, de faire en sorte que ne soit pas oubliée la notion qu'un événement extérieur objectivable influe chacun différemment selon la singularité de son histoire. [60]

## • L'approche par les thérapies cognitivo-comportementales

Elles sont adoptées en faisant l'hypothèse que l'état de stress post-traumatique est proche des états phobiques et des deuils pathologiques ; en effet, dans les trois cas, les réactions d'anxiété se maintiennent par l'évitement de l'angoisse déclenchée par le traumatisme et des stimuli associés à l'événement.

Les thérapeutes comportementalistes partent des difficultés concrètes et spécifiques des patients et proposent une réponse adaptative par l'utilisation de différentes techniques comme l'exposition, la désensibilisation systématique, la restructuration cognitive, la gestion de l'anxiété –suspension de la pensée, relaxation-, l'affirmation de soi. [111]

## • EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocesing)

Il s'agit d'une thérapie cognitive des troubles psychotraumatiques, basée sur une exposition en imagination au souvenir douloureux couplée à des mouvements oculaires réguliers et visant une désensibilisation émotionnelle. Elle est composée de trois éléments :

- L'exposition en imagination à des images évoquant les événements traumatiques.
- Des aspects cognitifs où le patient remplace les pensées négatives associées aux images par des pensées positives.
- La pratique de mouvements oculaires saccadés que l'on demande au patient d'effectuer en suivant les mouvements rapides de gauche à droite de l'index du thérapeute. [41]

L'hypothèse neurobiologique avancée est que cette technique réactiverait des réseaux neuronaux contenant l'information bloquée sous l'effet du trauma. Cela permettrait aux fonctions des deux hémisphères cérébraux de se rééquilibrer et de poursuivre le travail de retraitement d'informations. L'action neurophysiologique produite par les mouvements oculaires est comparable aux effets des mouvements oculaires rapides de la phase de sommeil paradoxal. Il est demandé au patient de rendre compte par les mots de ce qui se passe en lui

lorsqu'il imagine à nouveau l'événement traumatique (sentiments et niveau de stress associés). Cette expérience répétée a l'avantage de diminuer les réactions d'évitement habituelles. [102] L'efficacité de cette thérapie dépend également de la faculté du patient à se saisir de cet outil.

## Hypnose

Selon le Dr H. Erickson, père de l'hypnose dite « ericksonnienne » qui est largement pratiquée actuellement, l'hypnose est un état naturel, physiologique et spontané. On parle également de transe quotidienne spontanée, sorte de « dissociation normale » qui recouvre la possibilité de se protéger d'une situation perçue comme menaçante en se « coupant » de ses sensations douloureuses. [36] C'est ce savoir-faire paradoxal d'altération de l'état de sa propre conscience qui est utilisé lors de l'hypnose de façon contrôlée et thérapeutique. L'expérience traumatique ne se situe pas dans l'intellect mais dans le perçu et le sensoriel. L'hypnose, approche psycho-corporelle, permet d'exploiter la même voie que celle empruntée par le traumatisme, ouvrant ainsi une porte d'accès au matériel traumatique. [118] « L'état dissociatif traumatique et l'état dissociatif hypnotique ont ainsi en commun une altération de la perception des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience, du contrôle des mouvements corporels et de l'identité ». [36] Janet indique que l'état hypnotique et l'état dissociatif traumatique recouvrent les mêmes mécanismes et se différencient uniquement au niveau de l'élément déclencheur, celui-ci étant artificiel dans un cas, spontané dans l'autre. [66] Cependant, dans l'état hypnotique, l'état de conscience modifié est levé par le biais d'une réassociation obtenue en fin de séance qui permet au sujet de retrouver son fonctionnement habituel tout en bénéficiant des nouvelles informations intégrées. Cette réassociation offre des perspectives thérapeutiques pour l'ESPT. Cela permet une « reprise » contrôlée de la situation traumatogène et un travail sur le matériel traumatique tout en maintenant une distance émotionnelle favorisant l'intégration de l'événement. [36] L'hypnose peut être préconisée pour apprendre aux sujets vivant les phénomènes dissociatifs de façon négative à contrôler leurs ressentis et à les « transformer » par une auto-hypnose positive. L'hypnothérapie permet au sujet de récupérer ses souvenirs traumatiques tout en structurant l'expression des réactions et émotions associées afin d'éviter une « retraumatisation ». En effet, « chaque retour non structuré du trauma (cauchemars, flash-backs etc.) est un risque d'abréaction non contrôlée ». [36] Le patient apprend à contrôler son état physiologique et mental pour sortir de son sentiment d'impuissance et de vulnérabilité.

L'hypnothérapie induit une reprogrammation du souvenir traumatique. Un des objectifs est de réapprendre à vivre le présent en achevant ce qui est resté en suspens : « inviter le sujet à changer de scénario, à partir de la même peur initiale, lui ouvre un choix à partir de ce qu'il ressent ». Le fait d'imaginer sous hypnose une action sollicite des efforts physiologiques, les mêmes zones du cerveau étant concernées quand l'action est exécutée dans la réalité. Virtualité et réalité se mêlent pour le sujet sous hypnose, d'où l'intérêt de ce levier pour modifier les empreintes sensorielles et émotionnelles douloureuses en représentations plus acceptables. [36] L'hypnothérapie permet donc un recadrage de l'événement mortifère, le retour d'une unité en donnant du sens à une expérience initialement incompréhensible.

#### • Traitements pharmacologiques

Ils sont prescrits pour amoindrir la symptomatologie traumatique et pour idéalement permettre un travail psychothérapique structuré. C'est en 1992 que la classe des antidépresseurs a été pointée comme la plus efficace dans la prise en charge médicamenteuse des états de stress post-traumatique. L'efficacité des antidépresseurs est souvent double puisque la comorbidité

la plus fréquente est le trouble anxiodépressif. L'amélioration de la symptomatologie traumatique n'est effective qu'après huit semaines de traitement.

La paroxétine a une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) pour cette indication. Certaines études ont également montré l'efficacité de la fluoxétine. [29][28][116] La sertraline est également indiquée dans les états de stress post-traumatiques aux Etats-Unis.

La composante symptomatologique anxieuse est souvent manifeste. En pratique, l'hydroxyzine et la cyamémazine sont souvent prescrites à visée anxiolytique et sédative, rarement les benzodiazépines, qui n'ont pas fait la preuve de leur utilité dans les ESPT chroniques [82] et qui doivent être prescrites avec prudence de par leur caractère addictogène. En dehors de la cyamémazine utilisée pour apaiser l'angoisse et l'agitation, les autres neuroleptiques ne semblent pas avoir d'efficacité spécifique sur l'ESPT. [34][112]

S'il existe des invariants de la clinique traumatique et de ses perspectives thérapeutiques, il n'en reste pas moins que la culture colore la maladie et son étude. La prise en compte de la dimension culturelle dans la symptomatologie et le traitement des patientes migrantes exposées au traumatisme psychique est primordiale. Par ailleurs, la perte de repères culturels consécutive à l'exil constitue un « traumatisme » second dont la prise en compte est déterminante pour proposer des soins adéquats à ces patientes.

## III. Psychiatrie en exil : trauma psychique et culture

## A. Limites du concept d'état de stress post-traumatique

Des critiques ont été émises très tôt sur la présentation clinique du traumatisme du Manuel Diagnostique et Statistique (DSM) des troubles mentaux, cette dernière étant jugée trop restrictive. Définie par trois groupes de symptômes (répétition, évitement et hyperactivité neurovégétative) survenant après un épisode traumatique, l'ESPT demeure loin de regrouper toutes les variations cliniques des traumatismes psychiques.

Par ailleurs, il a été démontré que la culture des concepteurs de classifications psychiatriques, comme celle des utilisateurs de cette même classification, pourrait constituer un biais dont il est difficile de se déprendre. Pourtant, le DSM ambitionne de pouvoir décrire des troubles d'ordre universel. En effet, la genèse et l'organisation d'une classification psychiatrique, audelà de sa nécessité, peut interroger. Les principales classifications utilisées en psychiatrie proposent un cadre référentiel commun. L'ambition de ces classifications serait à la fois de faciliter l'exercice clinique - en particulier l'étape du diagnostic - grâce à des définitions standardisées, la communication nationale et internationale, l'enseignement et la recherche, et aussi de répondre aux exigences administratives de la santé publique. Cette ambition n'est pas chose aisée, peut-être encore moins dans le champ de la psychiatrie. Ce qui nous interroge par ailleurs est la prévalence de la terminologie « troubles » et non de « maladies » dans ces classifications. Le trouble est défini par la « perturbation dans l'accomplissement d'une fonction physique ou psychique », par un « état d'agitation, d'inquiétude, de confusion ou d'émotion dans lequel se trouve quelqu'un » ou, dans une dimension plus collective par « une altération des rapports entre les personnes, manifestée par un état d'agitation, de désarroi ». Ce concept de « trouble », apparu dès le DSM-I (1952), ne correspond ni à la maladie, ni au syndrome. Ces troubles, à condition qu'ils s'organisent en ensemble cohérent de symptômes,

ne réalisent que rarement de véritables syndromes, encore moins des maladies. Or, des confusions peuvent naître de l'utilisation de cette terminologie, comme le risque de confondre les troubles et les maladies, ces dernières exigeant plus de critères et couvrant plus de niveaux de significations que les premiers; ou celui d'une subdivision croissante de ce qui peut constituer des entités cohérentes en de multiples troubles, entraînant l'augmentation artificielle de la comorbidité. [63] Nous nous demandons si la prévalence desdits troubles renvoie à une clinique des comportements, et de manière plus générale, à une inquiétude sociétale envers les écarts jugés toujours plus nombreux à une norme comportementale toujours plus étroite. « La nécessité d'organiser le savoir a généré à chaque époque une nosologie particulière, qui traduit l'état de la connaissance à un moment donné, basées sur des observations cliniques supposées pathologiques, mais aussi renvoyant aux préoccupations les plus aiguës d'une société donnée ». [35] Nous voyons l'importance d'articuler exercice clinique, mouvements sociétaux, anthropologie et philosophie du soin. Il nous paraît donc pertinent de s'intéresser au concept « d'utilité diagnostique » de Jablensky et Kendell [64]. L'utilité d'un diagnostic réside dans sa capacité à produire une information importante en pratique: information quant au pronostic, à la réponse au traitement, ou encore aux implications biologiques ou sociales d'un trouble. La notion d'utilité est étroitement liée à l'exercice clinique de la psychiatrie et vise à rendre cet exercice à la fois plus aisé et plus efficace.

## B. Psychiatrie et culture

« The last thing a fish would ever notice would be the water. The last creature in the world to discover water would be the fish, precisely because he is always immersed in it! » R. Linton (1893-1953), anthroloplogue américain.

En effet, les déterminants et les effets liés à notre propre culture sont difficiles à mettre en exergue. L'anthropologue Kleinman évoque la culture comme étant « constituée et constitutive des mondes locaux de l'expérience quotidienne, avec ses schémas routiniers d'activité, ses façons de communiquer, ses rites communautaires, son sens commun, reflétant tout un appareil symbolique sous-jacent et partagé, saisi dans le langage et ses métaphores, des valeurs fondamentales, ainsi qu'une sensibilité esthétique commune». Marie-Rose Moro [89] définit la culture comme un système « constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire (la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soins, les techniques de maternage...). Tous ces éléments épars étant structurés de manière cohérente par des manières de penser : les représentations ».

La notion de culture et ses attributions sont sans cesse en redéfinition. Le patient migrant, quittant son groupe culturel et en découvrant un autre, est soumis au processus d'acculturation (du préfixe latin *ad*-, qui signifie –aller- *vers*). Ce processus a à voir avec le métissage culturel s'opérant pendant la migration. L'articulation entre psychiatrie et culture doit prendre en compte ce processus. Il s'agit de faire coopérer les niveaux culturels et psychiatriques puisque patients et thérapeutes, pour des raisons différentes, n'ont pas toujours recours à la communauté d'origine. En effet, le thérapeute, par ignorance, et le patient, par inaccessibilité à ses représentations culturelles du fait du ou des traumas psychiques et de l'exil, peuvent se retrouver en difficulté pour faire advenir cette dimension culturelle aux soins.

## C. Ethnopsychiatrie

L'ethnopsychiatrie tente de combiner les niveaux de savoir psychiatrique et culturel. Elle permet d'articuler l'influence de phénomènes culturels qui relèvent de l'anthropologie, et dont on ne s'occupe pas de savoir s'ils sont normaux ou non, sur un certain type d'expériences de la souffrance, qui relèvent de la psychiatrie. L'ethnopsychiatrie consiste à connaître les

mécanismes généraux qui déterminent l'usage normal ou anormal que l'homme peut faire de sa culture. G. Devereux, père de l'ethnopsychiatrie, définit l'intervention de l'ethnopsychiatre comme « indispensable dans tout travail diagnostique, car sa formation spécifique le rend capable de juger de la normalité ou de l'anormalité culturelles des manipulations ou réinterprétations que le patient fait subir aux matériaux culturels et de la façon dont il les utilise ». [30]

## L'ethnopsychiatrie repose sur deux principes :

- l'universalité psychique : ce qui définirait l'être humain serait son fonctionnement psychique, qui serait le même pour tous. De ce point de vue, tous les êtres humains ont le même statut, de même que leurs productions psychiques et culturelles.
- Le particulier : chacun tendrait vers cet universel par le particulier de sa culture d'appartenance. Ce codage s'inscrirait dans la langue, dans le corps, dans les représentations, le rapport au monde, la construction du sens. De ce point de vue, la maladie fait aussi l'objet d'un codage culturel.

Marie-Rose Moro souligne que « le passage par le culturel a pour but d'accéder à l'universel en chacun de nous, à l'universel incarné dans le particulier et non pas à l'universel ou ce qui est décrété comme tel par celui qui est désigné comme le donneur de sens : l'universel du sujet ». [92]

## D. La quête de sens

Dans les sociétés traditionnelles, la maladie, son identification et sa classification ne sont pas fondées sur la symptomatologie présentée mais sur le sens de cette dernière : l'élucidation du sens est une étape déterminante qui constitue le premier temps de la prise en charge. [39]

L'ambition est de trouver le « sens » de la symptomatologie, nécessitant un dispositif particulier. Cette quête de sens pour les patients en situation transculturelle pourrait rencontrer certaines impasses à commencer par notre ignorance de thérapeute quant à la nécessité et la façon de mobiliser des matériaux culturels, de surcroît si ces derniers sont effacés ou rendus inaccessibles dans le psychisme du patient. Les troubles présentés par les patients suite à la migration peuvent ne pas trouver d'écho dans les représentations « habituelles » des proches. Les individus migrent avec des versions individuelles de la culture. Par ailleurs, ces représentations peuvent être soumises aux phénomènes d'acculturation, de rigidification voire d'effacement total dans le cas du traumatisme. Pour toutes ces raisons, il est parfois impossible pour le patient comme pour son entourage familial, étant donné la perte d'accès aux représentations culturelles normalement opérantes, de partir sans aide dans cette quête de sens qui constitue le cœur du traitement. Le dispositif de la consultation d'ethnopsychiatrie est alors nécessaire. Enfin, « la cause n'épuise pas le sens ». Cette formulation proposée par Marie-Roso Moro [90] empêche la confusion de ces deux concepts, qui se situent à des niveaux logiques différents. La cause peut être facilement identifiable. Le sens, lui, nécessite une construction de la part du patient, mettant en jeu des réseaux de significations et de symboles, puisant dans les différents univers culturels et dans sa propre généalogie. Le sens apparaît à mesure que le patient élabore et réalise des associations symboliques à partir du matériel clinique qu'il présente. Il le fait à la lumière de sa propre histoire, en construisant un récit qui va idéalement pouvoir intégrer et éclairer les zones d'ombres et les turbulences.

## E. Migration, culture et traumatisme de l'exil

#### a. Notion de traumatisme second

La notion de traumatismes répétés ou de traumatisme qui dure est prégnante chez ces patients, opprimés et menacés dans leur pays puis parfois arrêtés et torturés, exilés dans la précipitation et enfin demandeurs d'asile en France dans une situation sociale précaire. On pense alors à la notion de « traumatisme second » comme le décrit Barrois. [8] En effet, Barrois décrit cette notion comme la répétition de la solitude, de la détresse et de la déréliction du sujet, sans caractère soudain, au sein même de sa collectivité. Ce traumatisme second diffère du traumatisme initial renvoyant à la solitude absolue devant la perspective terrifiante de sa propre mort ou de son équivalent. Ce traumatisme second est majoré et très prégnant dans la population que nous avons rencontrée, arrivée brutalement dans une communauté dont la langue et les coutumes leur sont étrangères.

L'intensité de ce traumatisme second, ou traumatisme lié à l'exil, est telle que ce traumatisme se loge parfois au premier plan dans la symptomatologie constatée.

Il nous paraît essentiel de comprendre comment s'articulent, avec l'émergence du trouble, les problématiques liées à la migration, avec le statut de migrant et l'acculturation.

#### b. Exils traumatiques

L'exil constitue un bouleversement psychologique par la rupture de la continuité de l'espace psychique qu'il entraîne. L'exil est souvent empreint de soudaineté, de violence, de rupture. De plus, l'exil implique souvent d'abandonner ses proches à un sort incertain ou dangereux, à l'origine de forts sentiments de culpabilité et d'angoisse. Le voyage migratoire est souvent clandestin, coûteux, peu sûr. Dans ce contexte d'exils particulièrement douloureux liés aux guerres, aux persécutions politiques, ethniques, ou encore aux catastrophes humanitaires se

surajoute un traumatisme migratoire. En effet, la migration peut être traumatique dans la mesure où elle place l'individu dans une enveloppe culturelle externe qui n'est plus congruente avec son enveloppe culturelle interne. [96][91] L'exil s'inscrit donc dans une double perte : celle du dedans et celle du dehors. En effet, le traumatisme psychique provoque un sentiment d'être étranger à soi-même, en cas de dissociation traumatique par exemple. De plus, les fondements identitaires (celui d'appartenir au genre humain, à un peuple, à une famille) sont ébranlés et le sujet se retrouve en situation d'étranger dans le pays d'accueil.

L'exil peut devenir particulièrement douloureux pour les femmes migrantes dont les enfants naissent dans ce contexte précaire, loin des repères familiaux, culturels et sociaux qui portent cet événement.

## E. Naissance en exil: portage culturel et symbolique

R. Kaës [67] suggère que « ce n'est jamais une femme seule qui accouche, c'est le groupe, la parentèle et le voisinage. C'est le groupe (la mère de la mère) qui contient, expulse, reçoit le nouveau-né qui vient « au monde », dès l'origine dans-un-groupe ». Il précise également en associant l'événement naissance à une crise, que « toute crise implique non une logique de l'individu mais une logique relationnelle : du couple et du groupe ». Il note aussi que « ce passage est mobilisateur d'angoisses profondes que les rites ont pour fonction de réduire et d'ordonner vers l'appropriation de l'état adulte selon les normes sociales en vigueur. La naissance implique le retour et le recours à l'ancien, le remaniement des identifications et des relations d'objets projetées comme l'à-venir du sujet. [...] Une caractéristique de notre temps est que ces ruptures ne sont plus socialement réglées ». Nous sommes donc devant une difficulté double face à la population des femmes migrantes qui viennent d'accoucher. D'une part, privées de leurs groupes familiaux, sociaux, culturels, nous peinons parfois à leur fournir une enveloppe culturelle dans laquelle elles peuvent se loger, et manquons de rites dans

lesquels elles pourraient s'inscrire et inscrire leur bébé. D'autre part, la société occidentale et son évolution vers une structure familiale très nucléaire au détriment du groupe familial élargi et intergénérationnel fait de la naissance et du post-partum des événements très privés. Cela plonge parfois la dyade mère-bébé dans une solitude difficile, solitude décuplée et insécurisante pour des femmes en situation d'exil et de précarité. En effet, le groupe social a une place fondamentale dans l'accompagnement et l'organisation du moment de la naissance. Pour Winnicott, la remise en selle après un moment de crise est assurée par l'héritage culturel. C'est la culture, avec les balises rituelles qu'elle comporte, qui articule l'individuel au général, l'individu au groupe. Winnicott emploie le terme d'expérience culturelle en y voyant une extension de l'idée de phénomènes transitionnels et de jeu : « en utilisant le mot culture, je pense à la tradition dont on hérite, je pense à quelque chose qui est le lot commun de l'humanité auquel les individus et les groupes peuvent contribuer et d'où chacun pourra tirer quelque chose si nous avons un lieu où mettre ce que nous trouvons ». [121] Il situe le « culturel » (l'art, la religion, la philosophie) dans la continuité et la lignée des phénomènes transitionnels qui ont permis au petit enfant de faire le lien et la distinction entre dedans et dehors, entre soi et l'autre. Joëlle Rochette, [107] dans un article précarité et périnatalité précoce évoque cette tâche de distinction comme n'étant pas réservée à l'enfance et écrit que l'individu aura à l'accomplir tout au long de son existence. Dans ces expériences culturelles, rituelles, mythiques les tensions sont relâchées, grâce aux expériences communes qui ne sont pas mises en questions. L'auteur énonce également que dans la période du post-partum, les sociétés traditionnelles proposent de multiples expériences communes où les objets culturels ne sont pas mis en question. Elle évoque qu'à travers « les dispositifs rituels soutenus par des récits mythiques, l'individu confronté à une crise développementale telle que l'accession à la parentalité pouvait faire fonctionner le champ de l'illusion, dans un processus de trouvécréé ».

Articuler le code psychique personnel et le code social, telle est la mission du mythe et de sa concrétisation dans les offres rituelles. En effet, Freud souligne [46] que ce qui se passe en dehors par le mythe ou le rite parle de ce qui se vit au-dedans de l'individu. La naissance et la mort, bornage de l'existence humaine, vont engendrer nombre de mythes qui serviront selon Legendre [79] à faire « tenir la société et celle-ci (à faire) tenir les individus qui passent ». Le groupe social permet donc d'encadrer et de faciliter, voire de porter le travail psychique individuel autour du devenir bébé et du devenir parent. Le groupe social peut proposer et porter ce temps nécessaire pour symboliser, pour « devenir mère de ce bébé-là et dans ce groupe-là ». [107]

Il existe différents aspects spécifiques concernent la mise au monde en situation d'exil. Ferradji souligne : « dans son dialogue affectif privilégié avec son bébé intra-utérin, puis dans les premiers mois et les premières années, la mère migrante, peut-être plus que toute autre mère, induit et transmet une émotionnalité, reflet pour une part non négligeable des enjeux et des angoisses dont elle est elle-même l'objet et l'enjeu ». [39]

Les changements induits par la migration interagissent avec l'histoire individuelle et familiale de manière précoce et profonde.

L'arrivée d'un enfant va réactiver chez les mères et pères migrants des dimensions anciennes, enfouies, dormantes voire complètement oubliées d'eux.

Au plan culturel et anthropologique, la maternité apparaît traditionnellement comme l'expression privilégiée de l'affirmation de l'appartenance au groupe par le biais de la structuration de la filiation. Naissance, vie et mort sont vécues et acceptées dans une dimension où l'appartenance au groupe, « moi collectif », est la donnée de base.

La dyade mère-bébé constitue une sorte de microcosme du milieu et de la culture ambiante. Sexe, âge, lignage conditionnent le statut social, quand la structure du groupe est basée sur la concordance entre engendrement biologique et généalogie familiale. Le statut de l'homme adulte et *a fortiori* de la femme est lié à l'autorité du groupe [38].

Comment pouvons-nous donc accueillir la solitude de ces femmes qui se voient parfois en difficulté voire en impossibilité d'accéder aux rituels qui entourent la naissance d'un bébé dans leur culture d'origine? Comment accoucher ailleurs, en dehors de son enveloppe et de son berceau culturel? Comment articuler dedans et dehors, intime et public durant la grossesse, l'accouchement et après, alors que grossesse et accouchement, à l'instar d'une initiation, remettent en mémoire et interrogent la filiation, les appartenances mythiques, culturelles et fantasmatiques de toute mère et de tout père? Comment accueillir l'enfant, lui présenter le monde? Comment l'humaniser, penser son altérité, sa souffrance? Quel devenir pour la parentalité en situation transculturelle?

D'autant que la vie psychique de ces femmes est souvent sidérée par le traumatisme. Face à la pauvreté de la ritualité dans nos sociétés modernes, comment proposer des lieux et des espaces pour que ces femmes puissent tisser une enveloppe culturelle mêlant les fils de leur culture d'origine à ceux de la culture du pays qui les accueille ?

## IV. Périnatalité en exil et traumatismes psychiques en partage

Nous avons généralement rencontré nos patientes suite à des signalements faits à notre équipe par nos partenaires sociaux ou associatifs, souvent sur des critères de renfermement, voire de mutisme, de pleurs répétés, de sidération, d'apragmatisme. Il n'est pas rare qu'à ce tableau s'ajoutent des velléités suicidaires. Le contexte d'arrivée en France est en lui-même un traumatisme : ayant souvent fui leur pays en catastrophe, parfois en y laissant des enfants, un époux mort ou torturé, porté disparu, une famille décimée parfois devant leurs yeux, ayant subi des viols avant et pendant l'exil. La précarité de leur situation sociale est également une dimension incontournable à prendre en compte : souvent sans statut, ou avec un statut provisoire pouvant prendre fin brutalement, sans ressources, parfois sans logement. Devant cette détresse humaine extrême, le soignant est confronté à un sentiment d'impuissance et se voit souvent dépassé sur le plan humain et professionnel. Nous nous sommes interrogée sur les difficultés propres de ces patientes.

Dans le film *Les arrivants*, documentaire de Claudine Bories et Patrice Chagnard de 2010, une jeune mère migrante, son nouveau-né dans les bras, dit à voix très basse qu'elle n'a rien pour porter cet enfant, son premier. L'assistante sociale de l'association répond, sans douceur, qu'il lui faut acheter une poussette, puisque l'hôtel où elle loge ne fournira rien. Le regard de la jeune femme se fige et les larmes perlent, la douleur lui fait baisser la tête.

Que veulent dire ces femmes exilées, quand elles demandent de l'aide pour porter leur bébé ? Au-delà de la question concrète et matérielle, ne peut-on pas (ne doit-on pas) entendre plus ? Qu'on ne peut être seule pour porter un enfant, que les bras souffrants d'une mère ne suffisent pas ? La parentalité, soit la position subjective de l'être-parent, peut être gravement entravée pour ces femmes qui ont subi l'exil, et accumulé deuils, traumatismes et solitude.

Comment donc porter un enfant, quand tout menace la parentalité, la maternalité d'une femme exilée, qui accouche seule dans un pays inconnu, aux prises avec la douleur de l'exil et/ou du traumatisme? Se dessinent alors les questions du traumatisme et de ses conséquences sur la mère, son bébé et leurs liens, les questions de l'isolement et de la solitude dans un contexte d'arrachement au berceau culturel dans lequel a grandi la mère, les questions de la maternité dans un contexte où la précarité est omniprésente.

Nous constatons en effet que certaines d'entre elles trop vulnérables, ou mises dans des situations difficiles voire parfois inhumaines sont tellement occupées à mettre en œuvre des stratégies de survie dans tous les sens du terme, survie psychique et survie matérielle, qu'elles sont soit en difficulté pour transmettre soit, dans l'impossibilité de transmettre autre chose que la précarité du monde et ses complexités. C'est pourquoi il importe d'étudier les situations de migrations qui entraînent pour les parents des transformations et parfois des ruptures qui rendent plus complexes l'établissement d'une relation parents-bébés si on ne prend pas en compte cette variable « migration ». [95]

# A. Le traumatisme ou l'effroi en partage, liens mère-bébé en situation de traumatisme

Il existe de très nombreuses études sur la transmission du trauma entre les générations ; celle sur la transmission directe de la mère à l'enfant a peu fait l'objet de publications. Selon la revue de la littérature faite par Lisa Ouss-Ryngaert [99], la théorie de l'attachement permet une piste de réflexion importante. De façon générale, l'enfant exposé à des expressions émotionnelles parentales effrayées va y répondre par des comportements d'attachements désorganisés. Selon Fonagy, les parents ayant subi, dans leur histoire, des événements traumatiques non résolus auraient des réponses inadaptées dans certaines interactions avec leur enfant, ils seraient notamment effrayés face aux moments de détresse de l'enfant [42].

Un des aspects principal d'un psychisme traumatisé est la difficulté à la narration et à l'association. Parfois, seul le silence est le signe de ce blanc de la pensée. Dans les syndromes traumatiques très graves, les sujets peuvent seulement évoquer la modification profonde de leur personne, se plaindre de maux de tête et de leurs cauchemars. Le bébé n'a pas seulement affaire avec une femme endeuillée et déprimée, nous supposons qu'il est dans les bras d'une femme dont les capacités de « détoxication » (transformation des éléments *bêta*, d'origine sensorielle, en éléments pensables grâce à sa capacité de rêverie, selon la théorie de Bion) sont abrasées et empêchées. Rappelons la fonction de la rêverie proposée par Bion : la rêverie, quel que soit le contenu, est « un état d'esprit réceptif à tout objet provenant de l'objet aimé, un état d'esprit capable, autrement dit, d'accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises. Bref, la rêverie est un facteur de la fonction-alpha de la mère ». [9]

On peut penser que bien que voulant protéger son enfant, une mère en proie à un psychotraumatisme grave lui transmet une peur. Ainsi, un enfant effrayé de manière répétitive par son parent ne vit pas seulement une expérience négative et des émotions dérangeantes ou un conflit ordinaire, il est également sujet d'un paradoxe biologique dans lequel sont activées simultanément des propensions à approcher et fuir les parents, qu'il ne peut pas « réguler ». [99].

Bar-On et coll. [5] reprennent cette hypothèse selon laquelle les parents montrent des expressions émotionnelles effrayées en présence d'un enfant incapable, alors, de faire le lien causal entre la perte ou le trauma et l'effroi des parents. Les parents ne peuvent contrôler leur discours à propos des événements traumatiques, montrent des confusions entre passé et présent, comme si le trauma était toujours présent. Les enfants s'organisent avec un type d'attachement insécure-ambivalent : ils sont préoccupés, surprotecteurs et il existe souvent un renversement des rôles, une culpabilité importante.

Dans le cadre d'une transmission du traumatisme par la mère, l'hypothèse proposée par Lachal [70] est que si la mère transmet du traumatisme, c'est à son insu. Le schéma serait alors le suivant : un agresseur ou une catastrophe traumatise la mère, la mère traumatise le bébé, le bébé traumatise le thérapeute. Le contre-transfert est alors soumis à l'auto-analyse pour mieux comprendre comment le traumatisme se transmet [104].

La psychanalyse permet de nous représenter l'état particulier dans lequel se trouve le psychisme maternel au moment de la grossesse puis lors des soins au tout-petit. La « préoccupation maternelle primaire », selon Winnicott, est un « état où la mère peut se mettre à la place de son nourrisson. Elle fait alors preuve d'une étonnante capacité d'identification à son bébé, ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux comme aucune machine ne peut le faire et comme aucun enseignement ne peut le transmettre ». [120]

Cette préoccupation maternelle primaire peut être menacée par le psychotraumatisme et ses conséquences cliniques, rendant la satisfaction des besoins élémentaires du nourrisson difficile.

Dans le cas de patientes qui sont déjà aux prises avec des difficultés relatives à leur propre enfance, notamment vis-à-vis de leur mère, l'effraction traumatique réanime un matériel infantile pathologique, qui peut être une imago maternelle traumatique menaçante, un abandon, un deuil. Le matériel infantile pathologique exacerbé par le traumatisme psychique fait le lit d'expressions maternelles effrayées, et le canal potentiel d'une transmission traumatique de la jeune mère et de son bébé. Il convient donc dans l'accompagnement de ces patientes de ne pas considérer uniquement la clinique à la seule lumière du psychotraumatisme récent (violences subies qui ont poussé la patiente à quitter précipitamment son pays) mais comme s'inscrivant dans une histoire de vie qui remonte à sa prime enfance. En effet, chaque grossesse et nouvelle maternité convoque l'histoire singulière de cette jeune mère, les liens qu'elle a pu ou n'a pas pu tisser avec sa propre mère. « On ne naît pas mère, on

le devient », permet de rappeler comme ces femmes peuvent être marquées par leur premier apprentissage du « devenir mère » : celui qu'elles ont observé, éprouvé en tant qu'enfant de leur propre mère.

Outre le psychotraumatisme au sens clinique strict du terme, le « traumatisme » migratoire peut altérer les relations mère-bébé. Ainsi, selon Marie-Rose Moro, des conflits plus actuels, et en particulier des traumas, peuvent aussi s'inscrire dans «l'arbre de vie» métaphoriquement l'équivalent, plus chargé symboliquement, de notre génogramme-. C'est le cas des traumas migratoires par exemple. Quand le poids de la transmission est trop lourd et sa traduction trop directe, la filiation se transforme pour l'enfant, en une « pathologie du destin ». Il y a alors « des fantômes dans la chambre d'enfants ». Ce sont des visiteurs qui surgissent du passé oublié des parents et qui ne sont pas « invités au baptême ». Dans des circonstances favorables, les fantômes sont chassés de la chambre d'enfants et regagnent leurs demeures souterraines. Mais, dans certains cas défavorables, ces représentations du passé dans le présent envahissent les lieux et s'y installent, affectant gravement la relation de la mère et du nourrisson. C'est là que se situe l'enjeu thérapeutique, créer, co-créer avec la mère et son entourage à partir de l'enfant partenaire actif de l'interaction, les conditions nécessaires pour identifier ces fantômes, plus que les chasser en réalité, négocier avec eux, en quelque sorte, les humaniser. Donc il s'agit de fabriquer de l'humain, même à partir du trauma quel qu'il soit, ici la rupture liée à l'exil. [95]

Il convient d'approfondir les difficultés périnatales propres à la situation de migration.

#### a. Grossesse en exil

• Transparence psychique et transparence culturelle

On le sait, en dehors de ces dimensions sociales et culturelles, cette fonction maternelle peut être touchée par les avatars du fonctionnement psychique individuel, par des souffrances anciennes mais non apaisées qui réapparaissent de manière souvent brutale au moment de la mise en œuvre de sa propre lignée. La vulnérabilité des mères, de toutes les mères, à cette période est bien connue maintenant et théorisée en particulier à partir du concept de transparence psychique.

« La grossesse est en elle-même une période de vulnérabilité, où un fonctionnement psychique prime : la transparence psychique, état qui se caractérise par la faiblesse du refoulement et l'accès de la femme enceinte à des éléments inconscients de son psychisme ».

Par transparence, on entend le fait qu'en période périnatale le fonctionnement psychique de la mère est plus lisible, plus facile à percevoir que d'habitude. En effet, les modifications de la grossesse font que nos désirs, nos conflits, nos mouvements s'expriment plus facilement et de manière plus explicite. Par ailleurs, nous revivons les conflits infantiles qui sont réactivés en particulier les résurgences œdipiennes. Ensuite, le fonctionnement s'opacifie de nouveau. Cette transparence psychique est moins reconnue pour les pères qui pourtant traversent eux aussi des turbulences multiples liées aux reviviscences de leurs propres conflits, à la remise en jeu de leur propre position de fils et au passage de fils à père. Ils les revivent et les expriment plus directement qu'habituellement. La période périnatale autorise une régression et une expression qui lui sont propres.

L'exil ne fait que potentialiser cette transparence psychique qui s'exprime chez les deux parents, de façon différente au niveau psychique et culturel. Au niveau psychique, par la reviviscence des conflits et l'expression des émotions. Au niveau culturel, par le même processus mais appliqué cette fois aux représentations culturelles, aux manières de faire et de dire propres à chaque culture. Tous ces éléments culturels que nous pensions appartenir à la génération qui précède, se réactivent, deviennent tout d'un coup importants et précieux ; ils redeviennent vivants pour nous. Marie-Rose Moro propose ici l'image de transparence

culturelle pour penser et se figurer ce que traversent les parents. Le rapport avec la culture de leurs parents se trouve modifié et par-là même avec leurs propres parents.

Même lorsqu'on croyait l'avoir oubliée, la grossesse, par son caractère initiatique, nous remet en mémoire nos appartenances mythiques, culturelles, fantasmatiques. Comment nous protéger en exil ? Comment avoir de beaux enfants ? Là, il ne faut pas annoncer sa grossesse, ailleurs, il faut éviter de manger certains poissons ou des tubercules qui ramollissent à la cuisson. Ailleurs encore, il ne faut pas que le mari mange certains types de viande pendant que sa femme est enceinte... Plus loin, il faut garder ses rêves, les interpréter et respecter les demandes qui sont faites dans le rêve car c'est l'enfant qui parle... Ces éléments de l'ordre du privé dans l'exil, non partagés par la société, vont parfois s'opposer aux logiques extérieures médicales, psychologiques, sociales et culturelles.

Dans un article [95] Une pratique irrespectueuse: La prise en charge transculturelle des parents migrants et de leurs enfants, M.R. Moro, responsable d'une unité de consultation transculturelle, évoque la situation particulière de la maternalité des femmes migrantes en situation transculturelle. Traditionnellement la grossesse est un moment initiatique où la future mère est nécessairement portée par les femmes du groupe : accompagnement, préparation aux différentes étapes, interprétation des rêves... [89] Dans certaines sociétés traditionnelles, [39] la femme, dès qu'elle est enceinte, fait l'objet d'une attention particulière et d'une protection permanente. Elle est portée durant toute sa grossesse par le groupe, notamment par les femmes qui la ménagent et la protègent. Toutes ses envies sont satisfaites afin d'éviter à l'enfant à venir de porter la trace physique de ce dont sa mère a été privée durant sa grossesse. Elle est, à chaque occasion, mise en présence de garçons, qu'on lui fait souvent porter pour que l'enfant à venir soit un garçon. Et, pendant toute la durée de cette

grossesse, elle ne doit ni coudre, ni tricoter, ni tisser, afin d'éviter que l'enfant ne naisse avec une circulaire du cordon. Elle est protégée car elle est porteuse de l'avenir, le sien, autant que celui de la famille et du groupe. La migration entraîne plusieurs ruptures dans ce processus de portage et de construction du sens. Tout d'abord, une perte de l'accompagnement par le groupe, de l'étayage familial social et culturel et une impossibilité à donner un sens culturellement acceptable aux dysfonctionnements tels que tristesse de la mère, sentiment d'incapacité, interactions mère-bébé dysharmonieuses... Perte du cadre culturel intériorisé suite à la migration, vécu d'insécurité et d'étrangeté et absence d'étayage sont exacerbés par la grossesse et structurent les premières interactions mère-bébé, renforçant la singularité de ce dernier. De plus, les femmes sont confrontées à des manières de faire médicales qui ne respectent pas les moyens de protection traditionnelle. Ces pratiques médicales occidentales sont parfois, pour ces femmes, violentes, impudiques, traumatiques voire "pornographiques" (plusieurs des patientes reçues en consultation transculturelle par Marie-Rose Moro ont utilisé ce mot). Marie-Rose Moro a perçu avec acuité l'importance de l'effraction vécue par les femmes migrantes enceintes au tout début de son travail avec elles, femmes migrantes venant de régions rurales du Maghreb, d'Afrique noire, du Sri Lanka.... Pour les femmes citadines, ces processus existent aussi de toute évidence mais sans doute de manière moins explicite. Plusieurs moments peuvent fonctionner comme de véritables effractions culturelles et psychiques pour ces femmes migrantes rurales. Mais ce qui est violent, c'est l'acte lui-même effectué sans préparation. Ces gestes techniques sont intimement liés au contexte culturel occidental, et pour ceux qui ne le partagent pas, ces actes deviennent de véritables inducteurs d'effractions psychiques. Les femmes peuvent à peine les anticiper et se les représenter. La conclusion qui s'impose ce n'est pas de les en priver, ce serait tout à fait intolérable sur le plan éthique et sur le plan de la santé publique. Les en priver serait les exclure encore une fois de notre système de soins et contribuer à leur marginalisation sociale. Au contraire, il s'agit de les faire de manière à ce que ces actes soient efficients et atteignent réellement leurs objectifs. « Pour adapter nos stratégies de prévention et de soins, nous sommes contraints de penser cette altérité pour que, loin d'être un obstacle à l'interaction, elle devienne une chance de nouvelle rencontre ». [95]

Quels sont les moments qui peuvent fonctionner comme de possibles effractions psychiques pour les femmes migrantes enceintes ? Notre propos s'appuie sur des récits cliniques de patientes reçues en consultation transculturelle par le Pr Moro.

#### • La déclaration de grossesse

Au Mali par exemple, la grossesse doit être traditionnellement cachée le plus longtemps possible ou du moins, l'on doit en parler le moins possible pour ne pas éveiller l'envie de la femme stérile, de celle qui n'a pas de garçon, de celle qui a moins d'enfants, de l'étrangère... [58]. D'où cette peur que certaines patientes peuvent ressentir au moment où elles vont voir l'assistante sociale pour qu'elle lui remplisse les formulaires de "déclaration de grossesse". Elles se sentent menacées car non protégées. Tout peut leur arriver, même être "attaquées en sorcellerie" et perdre l'enfant qu'elles portent. Cette peur peut se poursuivre tout au long de la grossesse, et même lorsque l'enfant naît: cet enfant n'est pas protégé, il peut repartir à chaque moment dans le monde des ancêtres, c'est-à-dire, mourir.

#### • L'échographie

L'échographie peut revêtir un caractère très anxiogène également. On fait des "photos" qui montrent ce qu'il y a à l'intérieur du ventre, qui "montrent ce que Dieu tient encore caché" témoigne une patiente reçue en consultation transculturelle. Si l'équipe médicale montre des images presque sans commentaires dans la mesure où les patientes comprennent très peu le français, cela majore la détresse de la jeune mère. L'échographiste peut ne pas comprendre

leur refus de voir ces images et l'interpréter comme une difficulté d'investissement du bébé. Pour d'autres femmes migrantes qui ont l'habitude de demander des actes divinatoires pendant la grossesse, ainsi les femmes *mina* ou *ewe* par exemple du Togo ou du Bénin, l'échographie est parfois assimilée à de telles pratiques et dans ce cas, elle fait partie du familier. Chaque situation individuelle et culturelle est singulière. [95]

#### b. Accouchement en exil

L'accouchement dans nos sociétés est un moment technique et public. Mais pour les femmes migrantes, on accouche à l'hôpital sans les siens. La patiente peut se sentir seule, surtout s'il n'y a pas d'interprète. La présence quasi-obligatoire du conjoint en salle d'accouchement peut renverser brutalement les codes des sociétés traditionnelles. La césarienne peut être très mal vécue et terroriser les patientes et leurs conjoints. On sait maintenant les conséquences désastreuses des césariennes sur les femmes migrantes et la nécessité de respecter chaque fois que c'est possible c'est-à-dire lorsque la vie de l'enfant et de la mère ne sont pas en jeu, la lenteur du travail physiologique des femmes d'Afrique noire. En effet, dans certaines cultures, l'effraction corporelle que représente la chirurgie peut avoir des conséquences lourdes comme la fuite d'un esprit, d'une âme. Pour certaines patientes, il y a cette idée récurrente que l'enfant qu'elles ont porté et qui est né dans ces conditions n'est pas protégé, qu'il est en danger et qu'elle l'est aussi. Ce manque de protection de la mère et de l'enfant peut induire une conséquence culturelle chez les femmes d'Afrique noire qui est la vulnérabilité à une attaque de sorcellerie.

Certaines patientes commencent à s'apaiser à partir d'actes culturels qui contribuent à reconstruire cette effraction, cette protection défaillante : les parents peuvent demander à leurs familles au pays de faire des protections rituelles pour le bébé, et ainsi introduire l'enfant dans

la chaîne des générations et dans la famille élargie. En même temps, il convient de rendre compte avec la jeune mère de sa possible tristesse et de sa perte d'étayage en rendant vivantes des représentations culturelles qui avaient perdu leur sens du fait de l'exil et de possibles deuils ou conflits familiaux; cela permet de reconstruire partiellement le portage culturel nécessaire lors de la période de vulnérabilité physique et psychique de la jeune accouchée. En intraculturel, par la grossesse et l'accouchement, la femme s'inscrit dans la filiation des mères en s'appuyant sur un étayage efficient (familial, médical, amical...). En situation transculturelle, la femme ne trouve plus les étayages externes nécessaires pour colmater son désordre interne, "d'où la potentialisation des mécanismes de confusion par l'exil" [88].

La grossesse et l'accouchement en situation migratoire réactivent la perte du cadre culturel.

Ces événements ne sont pas accompagnés par le groupe, d'où le renforcement de leur caractère traumatique. Ainsi l'accouchement, moment d'effraction de l'enveloppe maternelle — physique et psychique — se retrouve souvent comme un facteur réactivant la souffrance de l'exil.

Sur le plan préventif, on perçoit la nécessité de permettre à la femme enceinte d'avoir une représentation culturellement acceptable de ce qui lui est fait. Ainsi, peut-elle se construire une stratégie individuelle de passage d'un univers à l'autre sans renoncer à ses propres représentations en construisant une réelle stratégie de métissage.

#### c. Quand le métissage culturel est compromis

Dominique Neuman [97] s'interroge sur l'inscription du bébé à venir dans cette histoire tragique et douloureuse en favorisant l'accueil de l'enfant, son investissement par sa mère quand se cumulent trauma migratoire et traumas précédents l'exil. Il écrit : « ces femmes disent vouloir tout oublier du pays, elles ne veulent plus en parler comme si le pays était

identifié au « mauvais », aux traumas récents qu'elles ont fui. Ce clivage a certes une valeur défensive qu'il faut respecter. Mais on cherchera parfois à permettre aux femmes qui le désirent de pouvoir également se nourrir des « bonnes choses » du pays qui leur ont été transmises avant les épisodes dramatiques qu'elles viennent de traverser ». [97].

On voit parfois chez les mères d'autres attitudes qu'il faut comprendre comme liées au trauma de certains exils et à ce qu'ils réactivent de conflits antérieurs. Tout d'abord des pseudos-démissions maternelles : c'est comme si elles disaient « les compétences sont ailleurs chez l'étranger ». Elles mettent alors en œuvre une acculturation précipitée : tout ce qui vient de moi est mauvais et tout ce qui est bon vient du dehors. Ou, à l'opposé, des rigidifications culturelles : elles tendent à revenir à des pratiques parfois dépassées dans leurs familles d'origine avec surtout une perte de la souplesse adaptative de toute culture et une rigidification des pratiques mais surtout des pensées secondaires à un trauma non élaborable. [95] Pour elles, les représentations peuvent se figer et rester sur le modèle importé par les familles lors de leur départ.

En effet, si dans les communautés et les pays d'origine, les représentations connaissent une évolution dynamique et une certaine souplesse, à la mesure des changements secondaires à une acculturation massive et rapide, dans la migration, il existe parfois une sidération du fonctionnement psychique qui maintient les représentations dans leurs formes antérieures à la migration. Ce schéma est d'autant plus fragilisant qu'il survient chez des sujets (les femmes migrantes) soumis au traumatisme migratoire et dépourvus, de ce fait, d'une grille efficiente pour décoder le monde alentour, celle héritée de la culture d'origine étant inadaptée. Cette situation peut parfois s'apparenter à une véritable incapacité à interagir avec son environnement et constituer alors un authentique traumatisme. Certaines femmes peuvent être plongées dans un état de sidération, accompagné d'une absence de sentiment continu d'exister nécessaire pour affronter les discontinuités auxquelles les expose l'environnement extérieur.

Les souvenirs du pays d'origine deviennent un refuge investi sur le mode de l'idéal dont il leur est impossible de se séparer. Cet impossible deuil entrave l'investissement des lieux et des personnes qui constituent leur nouvelle vie : « elles sont perdues à mi-chemin dans un entre deux lieux, mais aussi dans un entre-deux temps d'ordre plus psychique que matériel. A travers ce recours permanent au clivage entre le pays d'origine et le pays d'accueil s'exprime leur quête identitaire maintenue inachevée par la recherche d'un lieu identifiable dans lequel exister ».[100]

#### d. Premières interactions

Les interactions affectives entre la mère et son bébé sont d'une importance capitale. Winnicott [120] a beaucoup insisté sur la façon dont la mère tient son enfant, et si le soutien « vivant et continu propre au maternage » fait défaut, cela fait le lit de l'angoisse associée à l'insécurité. L'imprévisibilité de la mère, le défaut d'une adaptation active aux besoins de l'enfant l'exposent à un « empiètement » : l'enfant se voit contraint de réagir à un environnement qui ne s'avère pas « suffisamment bon », au lieu de poursuivre son développement.

Dans un article sur les perspectives pour les équipes de maternité, de petite enfance et de psychiatrie périnatale, Marie-Rose Moro, Isabelle Réal et Christian Lachal proposent de penser les interactions mère-enfant selon quatre axes indissociablement liés : les interactions comportementales, affectives, fantasmatiques et culturelles. [93]

- Les interactions comportementales, c'est-à-dire le niveau observable d'emblée, concerne les interactions sensorielles, visuelles, vocales ou acoustiques, les interactions corporelles, tactiles, kinesthésiques, gestuelles et les ajustements corporels. Ces interactions sont analysées en termes de richesse et de pauvreté,

d'harmonie ou de dysharmonie, de contingence ou d'anticontingence. La culture code en partie les critères de ce niveau.

- Les interactions affectives qualifient l'adaptation réciproque des affects du bébé et de ceux de la mère. On peut parler alors d'accordage affectif, « forme particulière d'intersubjectivité pour rendre compte du partage des états affectifs entre une mère et son bébé ». [93] On peut appréhender ce niveau par l'analyse des comportements de la mère et du bébé qui expriment des propriétés émotionnelles partagées. Ce niveau est également empreint du culturel qui structure l'expression et la circulation des affects.
- Les interactions fantasmatiques appartiennent à un niveau inconscient, beaucoup plus difficile à repérer pour l'observateur. Elles peuvent être repérées dans le discours maternel à travers ses fantaisies, l'énoncé de ses conflits, de ses doutes, de ses inquiétudes.
- Le niveau culturel peut être défini par le niveau des interactions directement codé par les représentations culturelles, sachant que les trois premiers niveaux sont aussi colorés par la culture, infiltrés par elle. « Ces interactions culturelles partent des représentations concernant la place de mère et de père dans cette culture-là, celle de l'enfant, de sa nature, de ses besoins et leurs expressions dans l'investissement de l'enfant. [...] Les représentations culturelles codent la matérialité des interactions, les modalités de nourrissage, d'endormissement ». [93] A titre d'exemple, on remarque que dans une culture on parle beaucoup au bébé, dans une autre on les stimule beaucoup sur le plan moteur. Dans telle culture on évite de regarder les bébés ou de les porter trop longtemps pour qu'ils « s'endurcissent », dans telle autre on se doit de les porter sur le dos le plus possible pour qu'ils aient chaud, qu'ils soient rassurés et ne pleurent pas. Cet éventail de stimulations sensorielles n'est pas sans conséquence sur

le développement de l'enfant, sur son rapport à lui, aux autres et au monde. A ce codage s'ajoute l'organisation familiale qui est multiple et souvent complexe.

Ce système d'interactions complexes est rompu par la migration. La mère se retrouve seule avec son enfant, sans famille élargie, sans contexte culturel qui la contienne et sans le relais de ses commères, c'est-à-dire de celles qui sont susceptibles « d'être mères avec elle ». Lorsque le bébé va mal, qu'il ne se comporte pas comme la mère l'avait anticipé, la détresse et la confusion sont d'autant plus grandes que ses étayages et ses modèles manquent.

Désormais, il est admis que la douleur des parents retentit sur l'équilibre des bébés. En effet, toutes les perceptions du bébé s'orientent prioritairement sur l'objet que représente sa mère : l'odeur, la voix, le toucher, le regard, le *holding* (qui renvoie à la façon de porter son bébé). Le lien mère-bébé est premier. Ainsi les heurts que le bébé doit supporter au contact du monde extérieur, et notamment à travers celui de sa mère, peuvent conditionner de manière déterminante son évolution ultérieure. Une précarité des liens mère-bébé peut être observée à travers des états de tension et d'insécurité partagés entre la mère et son enfant.

Au début de la vie, il est impossible de différencier la dyade mère-enfant. « Son vécu à elle ainsi que son environnement font donc partie intégrante du petit d'homme au début de la vie. Cette première expérience de l'être humain est une période « sensible » : premières odeurs, premiers touchers, premiers contacts visuels, premiers porters ». [12] Or le traumatisme psychique peut altérer les éprouvés maternels au niveau sensori-moteur. On observe parfois des dissociations sensori-motrices (sensations de douleurs, paralysies). Les stimuli traumatiques peuvent affecter la sensibilité sensorielle des mères et entraver ces premiers échanges. De plus, l'état de sidération, d'anesthésie affective, la dissociation traumatique empêchent la disponibilité maternelle vis-à-vis de son nouveau-né. Le sentiment d'insécurité permanente de la mère en souffrance est partagé avec son nouveau né qui en reçoit les

éprouvés, les intériorise sans pouvoir les mettre en sens. Selon Boukobza, « dans un double mouvement, l'enfant reçoit les projections et investissements maternels et paternels et participe aussi activement aux métamorphoses inévitables du devenir parent ». [12]

Le narcissisme de l'enfant se constitue en lien avec celui de la mère. Celle-ci tout d'abord, pendant la grossesse, est centrée sur elle-même. M. Bydlowski parle du bébé in utero comme d'une expansion narcissique maternelle. Puis la mère doit« décentrer son narcissisme » sur l'enfant, c'est-à-dire l'investir massivement, à la fois partie d'elle-même et existant dans le monde. C'est parce qu'il est ainsi investi par la mère que l'enfant peut progressivement construire son narcissisme propre, socle de sa personnalité future. Il convient de soigner les pathologies de ce processus dans une perspective de prévention des troubles psychiques de l'enfant. Les mères déprimées, trop fragiles narcissiquement, ou exposées à des traumatismes psychiques graves entraînant dissociation traumatique, anesthésie affective, peuvent être en difficulté pour créer du lien avec leur bébé qui risque de se déprimer, de s'isoler dans un retrait parfois profond et/ou de se désorganiser. [12]

Perte du cadre culturel intériorisé suite à la migration, vécu d'insécurité et d'étrangeté et absence d'étayage sont exacerbés par la grossesse et structurent les premières interactions mère-bébé, renforçant la singularité de ce dernier. « Symboliquement porteur de la migration parentale, le bébé est l'interface entre dedans et dehors et cristallise le sentiment d'étrangeté des parents » [39]. Pour certaines mamans, leurs bébés naissent dans un univers culturel marqué du sceau de l'étrangeté et de la non-familiarité. La clinique du traumatisme psychique peut témoigner de la confusion des repères, de l'incapacité à élaborer une position maternelle solide permettant d'introduire le nouveau-né dans le monde et de lui présenter son environnement comme sécure et étayant. Selon Ferradj, [39] « elle signe l'échec de la fonction de pare-excitation de la mère et expose le bébé à une rencontre potentiellement traumatique avec le monde. En effet, si le comportement d'attachement a bien une origine

biologique et phylogénétique [13], c'est dès les premières heures que cet attachement inné se transforme en interaction. C'est dire le rôle et l'importance de la culture, dès les premiers instants de la vie du bébé ».

Ces femmes en exil ont un vécu de rupture avec leur pays d'origine et leur groupe familial ; elles sont soumises à une perte de repère due à l'expérience migratoire. Cela rend plus difficile la réorganisation psychique propre à la grossesse. Ces femmes peuvent douter de leurs capacités à devenir mère. Les événements traumatiques de leur passé qui n'ont pas pu être intégrés psychiquement ré-affleurent et réactivent des affects douloureux. L'absence du groupe familial rend difficile l'accueil de l'enfant et peut entraver l'instauration d'une relation de bonne qualité. En Afrique, les soins maternels sont prodigués par le groupe social et non seulement par les parents comme en Occident. Ces femmes doivent composer avec de nouvelles façons d'exercer leur rôle parental et risquent de ne pas être en mesure d'assurer pleinement leur fonction de contenance et de pare-excitation si elles ne se sentent pas ellesmêmes protégées par un environnement protecteur. Leurs difficultés à mettre en mots leur souffrance et le risque de s'enfermer dans le silence pour « supporter », voire anesthésier ce qui est trop douloureux, viennent symboliser la violence interne qui les traverse. Honte, culpabilité et sentiment d'impuissance s'entremêlent et peuvent entraîner l'effondrement narcissique de la patiente, le repli sur soi ou sur la relation à l'enfant. Les bébés, dépendant des personnes qui en prennent soin, sont pris dans les mécanismes de défense maternels et risquent eux aussi d'être vulnérabilisés par cette situation d'errance. [100]

#### e. Du côté du bébé

Il convient de se pencher sur les éprouvés du bébé. Bion [9] souligne que l'angoisse de mort de l'enfant non acceptée ni transformée par la mère, demeure dépouillée de toute sa

signification et est introjectée par l'enfant comme une terreur sans nom. Par ailleurs le petit, incapable encore d'employer les données de sens ni d'organiser les sensations de soi, utilise la capacité de rêverie maternelle pour trouver des formes de pensée qui organisent son expérience. Quand la mère ne peut pas accomplir cette fonction, c'est la fonction de corrélation qui se trouve compromise. La conscience rudimentaire de l'enfant est poussée à prendre en charge ces tâches que la mère ne peut assumer. L'enfant s'introduit dans la constellation traumatique des parents et pour la mère, il peut venir à la place des morts. L'enfant prend la fonction de mandataire de la réalité vécue dans le passé des parents sans que cette fonction ne puisse être organisée ni située par rapport à un passé pour l'enfant.

Dans des contextes de traumatismes psychiques maternels, on peut s'alerter des souffrances de l'enfant lorsque par exemple, un bébé est désorganisé, son corps exprimant sa souffrance psychique : pleurs, agitation, impossibilité à être porté ou consolé. Comme le dit Martine Lamour : « Nous savons bien que leur corps, à cet âge si précoce, est la voie d'expression privilégiée des souffrances affectives, relationnelles ». [73]

Les bébés de mères dont la disponibilité est empêchée par la clinique traumatique, l'instabilité ou l'absence de statut légal, les préoccupations matérielles liées à la précarité « font vraiment tout ce qu'ils peuvent pour plaire à leur mère, pour attirer leur attention. Ils sont très précoces, très vite autonomes et avides de communication, souvent hypermatures en grandissant. » Mais ils sont aussi pris dans le sentiment d'insécurité de la mère, voire dans la terreur. Leur sommeil peut être perturbé. « L'enfant se réveille en sursaut, comme s'il avait entendu un coup de feu » ; « il est comme moi, lui aussi il sursaute ». [12]

Pour se construire, le bébé a besoin d'une histoire, qui ne soit pas seulement une histoire biologique et génétique, mais aussi relationnelle : « l'être humain n'est pas prisonnier de son

génome et c'est d'ailleurs toute la question de la liberté qui se joue dans cet écart entre génome et narrativité, laquelle donne accès à une histoire des désirs et des relations ». [77]

La structure familiale a souvent explosé au moment des traumatismes subis au pays et de l'exil. L'amoindrissement des différences générationnelles propulse souvent l'enfant en tant que porteur de la détresse de ses parents. La prévalence du non-dit et du secret est lourde, les raisons de l'exil sont souvent tues aux enfants. Sironi [113] explique que le traumatisme permet la transmission de l'indicible. Le parent subit des modifications profondes de son identité. Son lien à l'enfant peut être empêché par de multiples symptômes traumatiques invalidants : dissociation traumatique, anesthésie affective, comorbidité dépressive... De son côté, l'enfant peut adopter des attitudes de parentification, d'hyperadaptabilité et de maturité excessive, d'agitation, d'effondrements, de mutisme total ou plus souvent électif.

Il convient également de prendre en compte la précarité, y compris psychique, des conditions de vie des enfants de demandeurs d'asile. D'une part, le psychotraumatisme engendré par les situations violentes vécues attaque les liens, les contenants et les processus de symbolisation de chacun [14] et précarise l'environnement. D'autre part, le psychotraumatisme a des « effets contaminants », notamment de sidération. Enfin, la demande d'asile place la famille dans une précarité multidimensionnelle : relationnelle, familiale, conditions de vie voire de survie.

Chez ces enfants, on peut constater les effets d'une précarité de la relation à l'autre, interrogeant le concept de permanence de l'objet. Dans l'histoire familiale, l'objet peut risquer de perdre son intégrité, son existence, il peut mourir, disparaître, abandonner ou se faire abandonner. Du fait du psychotraumatisme maternel, la mère peut être absente psychiquement, ou bien disparaître dans sa dimension de sujet singulier. L'enfant n'est plus dans la même relation à l'autre qu'avant l'événement traumatique. L'environnement n'est plus fiable, ni sécurisant : il risque de ne plus assurer les fonctions de contenance, de

réassurance et de pare-excitation. L'appareil psychique de l'enfant est soumis à la précarisation de celui de son entourage, pris dans des mécanismes de défense et de survie. Pour Winnicott [121], cela signifie pour l'enfant une perte dans l'aire de jeu et une perte de symboles qui aident à faire sens. L'enfant peut perdre de sa créativité, de son « vivant ».

Ce qui peut résumer cette situation et être transmis inconsciemment à ces enfants de parents traversant ce traumatisme est qu' « une structure a perdu son enveloppe ». L'impact dans les relations parents-enfants peut être tel que ces enfants courent le risque d'être « utilisés » comme une barrière entre l'extérieur et l'intérieur.

Face à des parents insécurisés sur les plans psychique, matériel, culturel, social, et en proie à la frayeur des traumatismes passés et actuels, l'enfant peut être contraint de tenir une position paradoxale. Ce paradoxe est également vécu par leurs parents : celui de porter, de protéger, dans un contexte où il se trouve lui-même en grande insécurité. Par ailleurs, du fait du silence entourant l'exil et de l'immaturité propre à l'enfant, ce dernier porte l'incompréhensible et l'indicible.

#### f. Résilience maternelle ; résilience du bébé

La question de savoir si les bébés de mères migrantes sont différents renvoie à celle, plus générale, de la vulnérabilité et de la résilience dont les mécanismes s'enracinent dans l'histoire et le vécu migratoire des parents, notamment de la mère. Pour certains bébés, cette expérience sera transmise de manière directe et frontale induisant une vulnérabilité psychologique et/ou somatique; pour d'autres elle sera médiatisée, transformée et amortie par divers facteurs qui constitueront autant de paramètres de résilience qui leur permettront de se construire de façon créative et métissée malgré tout. Dans tous les cas, l'approche

transculturelle permet de contextualiser les paroles et les pratiques savantes et profanes des professionnels et des parents et d'élaborer l'altérité de ces bébés et de leurs mères.

g. Le cas de la précarité extrême de certaines patientes: sans papiers, sans abri, sans famille, sans droit

Si la situation d'exil n'implique pas forcément une pathologie du lien mère-bébé, ces dyades en exil et de surcroît en situation de grande précarité sont néanmoins particulièrement vulnérables. Accueillir ces dyades particulières, « c'est inévitablement accueillir des individus pris dans un collectif excluant ». [12] L'impact de cette réalité d'exclusion sur la vie psychique est inévitable. Ces mères subissent un « rejet légal » lié au refus d'attribution des papiers légitimant une existence humaine dans notre pays avec l'accès aux droits qui en découlent. Cette donnée est d'autant plus importante que le tissage des liens symboliques entre une mère et son enfant se fondent sur l'ensemble des événements qui marquent la vie des humains dans la réalité sociale et politique du pays. [12] Les personnes précaires dites « sans-papiers » relèvent de l'exclusion, se caractérisant notamment par l'absence de toute possibilité de bénéficier des droits offerts aux autres citoyens. Ces mères sont souvent délégitimées dans leur droit et leur désir d'avoir un enfant, suscitant parfois rejet, indignation et jugement: « Toutes les mêmes. Cet enfant, elles l'ont fait pour avoir des papiers, ou pour avoir un secours ». [12] Le travail clinique se confronte alors aux limites des possibles du champ social.

Les changements d'hébergement subis entretiennent et renforcent l'état de fragilité de ces femmes lié à l'expérience migratoire. Durant la grossesse, on observe un état de sidération chez certaines d'entre elles qui ne parviennent plus à penser ni à se penser elles-mêmes en tant que sujets. « Il y a comme une mise en suspens des mouvements psychiques qui fige le

temps dans l'ici-maintenant ». [100] Cet état de sidération peut tout aussi bien résulter des conséquences du vécu pré-migratoire et de l'état de stress post-traumatique à proprement parlé; mais il peut également prendre sa source dans l'extrême précarité des conditions matérielles de ces femmes vivant dans la clandestinité. Lorsque l'on ne sait pas où l'on va dormir le soir même, on ne peut qu'être figé dans l'urgence de « l'ici-maintenant » ; cela renvoie à la caractéristique d'incertitude de la précarité : elle génère une impossibilité à se projeter dans l'avenir.

## • Précarité de l'hébergement

L'absence de domicile fixe, qui peut aller de la rue au squat, de l'hôtel au centre d'hébergement ou encore à l'hébergement provisoire chez des tiers, entraîne des changements répétitifs de lieux de résidence. Cette précarisation de l'hébergement n'est pas sans conséquence sur le déroulement de la grossesse et l'établissement des premiers liens avec l'enfant. Transmettre un sentiment de confiance en soi et en l'autre peut être compromis lorsque l'extérieur devient synonyme d'étrangeté et d'insécurité. [100]

L'habitat répond à un besoin primaire de protection. Il correspond à un lieu d'ancrage, « un feuillet de l'enveloppe psychique » [61] assurant stabilité et cohérence. Il s'agit d'un refuge, lieu nourricier dans lequel l'individu peut se ressourcer sur les plans narcissique et libidinal. En situation migratoire, la cadre extérieur dans lequel est amenée à s'installer la femme est nouveau et insécure. « L'habitat revêt alors une fonction protectrice nécessaire entre l'avant et l'après migration, sorte de substitut du ventre maternel assurant une stabilité interne nécessaire à l'équilibre identitaire, le temps pour elle de s'approprier de nouveaux repères ». [100] Dans un contexte de fuite de violences collectives et/ou familiales, le déplacement s'accompagne de séparations sociales et culturelles soudaines, à l'origine d'une possible errance identitaire. Souvent, ces femmes arrivent en France avec l'adresse d'un compatriote

grâce auquel elles pensent pouvoir faire évoluer leur situation et vivre dans de meilleures conditions. Elles arrivent souvent épuisées du voyage et du travail d'arrachement imposés par une lutte pour la survie. Elles n'imaginent pas la réalité des conditions de vie des demandeurs d'asile (labyrinthe administratif, difficultés d'hébergement). De plus, ces femmes sont confrontées à une société occidentale dans laquelle le groupe social intervient peu dans la vie privée et laisse chacune en proie à son lot de difficultés. Pour le compatriote qui les héberge en France, leur présence peut être l'occasion de disposer des services d'une aide à domicile pour s'occuper des tâches ménagères et des enfants. L'annonce d'une grossesse devient alors source de conflits et risque d'entraîner une rupture d'hébergement. C'est donc paradoxalement au moment où le besoin d'étayage devient fondamental que ces femmes se retrouvent livrées à elles-mêmes, sans ressource et sans hébergement. Elles trouvent parfois de l'aide auprès d'autres compatriotes, mais les ruptures d'hébergement deviennent rapidement leur lot quotidien. Pour peu que leur situation administrative soit floue, qu'elles soient « sans papiers », la précarité resserre son étau et empêche l'accès aux aides sociales pouvant favoriser la mise en place de solutions ; ce sont donc l'instabilité et la précarité de l'habitat, avec des changements quasi quotidiens d'hébergement qui caractérisent leur situation. Cette absence de domicile fixe vient réactiver le vécu de rupture avec le pays d'origine et avec leur groupe familial, ainsi que la perte de repères propre à l'expérience migratoire. Cela rend plus complexe la réorganisation psychique propre à la grossesse, introduisant du doute, voire des remises en question dans l'accès à leur statut de mère. [18].

L'isolement de ces femmes est extrême, et d'autant plus douloureux qu'elles sont issues pour la plupart de pays où la famille, la communauté portent et entourent les moments de la grossesse et du maternage de ces membres. L'isolement social, la perte de repère et d'étayage culturel sont autant de facteurs de vulnérabilité pouvant influencer l'établissement de la

relation mère-enfant. A cette solitude s'ajoute la clandestinité, liée au rejet social en France et alimentées souvent par une impossibilité de partage avec le groupe d'origine auquel il n'est pas toujours possible d'annoncer la naissance d'un bébé conçu hors mariage, sans filiation paternelle ni affiliation au groupe.

Les enjeux affectifs de ces dyades où se partagent trauma et précarité sont lourds. Ces mamans sont confrontées au décalage entre ce qu'elles imaginaient d'elles en tant que mère et ce qu'elles sont dans la réalité de la précarité. Dans les représentations maternelles abîmées par les traumatismes (violences subies, exil et extrême précarité), l'enfant peut être vécu comme menaçant et hostile, car ses demandes et besoins se heurtent et aggravent la détresse et le sentiment d'impuissance maternels; il peut être l'objet de projections maternelles mélancoliques et perçu comme un objet interne perdu et mortifié. Néanmoins, cet enfant peut constituer une ressource précieuse pour ces femmes, incarnant le désir de vivre au-delà de la souffrance et de l'avenir incertain. [100]

Ces bébés sont dans une position paradoxale : si la mère n'a pas d'existence légale en France, elle espère que l'enfant né en France les aidera à s'y faire une place légale et reconnue. On peut se poser la question du développement de ces enfants dont une des fonctions serait de protéger leur mère de la déréliction sociale.

Lorsqu'il s'agit d'une mère « sans papiers » et de son bébé, le « bain excluant » dans lequel ils sont immergés implique des chocs difficiles à entrevoir où le silence et la sidération imposent leur loi. « Cela nous confronte souvent à l'impensable et à l'indicible de la mère, mais aussi à la non-perception d'un « éprouvé » du bébé. En effet, ces douleurs ressemblent à celles dont la remémoration et le récit paraissent exclus, comme si l'expression par « le dire » ou par « l'éprouvé » était lui-même frappé d'interdit. Comme si seule l'exclusion était de

rigueur, emportant sur son passage toute parole et toute émotion, ne pouvant laisser place qu'à la sidération ». [12]

Devant de telles difficultés matérielles et psychiques, nous nous sommes interrogée sur ce que représentait l'enfant pour ces patientes en détresse.

## h. Que représente pour ces mères l'enfant à venir ?

Si la grossesse précarise leur situation, elle permet aussi à ces femmes d'envisager un avenir meilleur. La naissance d'un enfant sur le territoire français favorise l'accès à un statut socialement codifié et reconnu, celui de mère. Ce statut, elles l'espèrent parfois gage d'une facilitation de leur régularisation administrative. « Cette naissance représente donc un événement majeur dans le cheminement de ces femmes tant sur le plan subjectif, puisqu'elle contribue à son émancipation personnelle, que sur le plan collectif, puisque c'est par son intermédiaire qu'elles accèdent à une place et à une visibilité sociale. Cette émancipation était déjà recherchée à travers l'acte migratoire, puisqu'en se déplaçant vers un nouveau pays, elles tentaient de se créer une voie nouvelle pour accéder à une existence meilleure, parfois à une existence tout court ». [78]

La naissance d'un enfant en France vient symboliser le pays d'accueil, le faire exister, et en tant que mère, la fait exister elle-même dans ce lieu. En créant du lien entre passé et présent, entre terre d'origine et terre d'accueil, la naissance de l'enfant permet que se réamorce un processus de mise en sens de leur trajectoire. La naissance de l'enfant facilite l'inscription sociale, culturelle et psychique de la mère, introduisant un lien là il y avait clivage, « au sens d'une continuité là où il y a rupture ». [94]

Il nous a semblé également que dans un parcours de vie émaillé de deuils, de menaces de mort, de rencontre effective avec la mort pour soi ou pour ses proches, un enfant à naître peut venir symboliser un élan de vie chez ces patientes.

Certaines patientes, écrasées de solitude et n'ayant plus de groupe familial ressource imaginent l'enfant comme un rempart contre la solitude, comme la reconstruction d'une cellule familiale détruite.

En tant que soignant, il faut se garantir des préjugés culturels qui peuvent orienter notre réflexion. Dans les sociétés traditionnelles, la contraception et le recours à l'avortement ne sont pas envisagés et l'enfant ne s'inscrit pas toujours dans un projet prédéfini comme c'est le cas dans nos sociétés occidentales. Cela cristallise le sujet de la modernité et le sujet de la tradition, que recouvre la dualité émancipation/soumission.

De plus, il convient de replacer chaque grossesse dans une histoire particulière. Parmi les patientes que nous avons rencontrées, certaines étaient enceintes suite à des viols subis au pays ou en France, d'autres n'avaient pas gardé de liens avec le père de l'enfant, d'autres étaient en situation de couple « légitime ». Toutes ces configurations inscrivent l'enfant à venir dans une histoire singulière.

La prégnance du moi collectif est une donnée capitale, elle a un rôle majeur sur la durée de la relation symbiotique dans un maternage étroit qui ouvre, cependant, précocement l'enfant au monde extérieur.

L'enfant participe à la régulation de l'équilibre psychologique de la famille ainsi qu'à l'équilibre social du groupe. Sa place et son mode d'élevage pointent de façon privilégiée non seulement les fantasmes parentaux mais aussi et surtout l'éthique familiale et sociale. L'enfant permet à la mère d'affirmer son appartenance au groupe à travers son inscription dans la filiation. [39]

#### La nomination du bébé

De la même façon, le nom n'est pas une simple empreinte sur des papiers d'identité mais un véritable enjeu de l'être, un destin, une histoire avec ou sans histoire de la filiation. Les manières d'être parents, d'élever les enfants et de décoder le monde sont culturellement codées.

Dans certaines cultures traditionnelles, le prénom est donné par les grands-parents quand ils sont vivants, à défaut par l'entourage familial, à moins que la mère n'ait rêvé d'un prénom durant sa grossesse. Le prénom est alors celui du rêve, même si les grands-parents sont encore vivants.

Le choix du prénom peut se faire durant la grossesse, et le nouveau-né être prénommé dès sa naissance. Généralement, dans tout le Maghreb, la nomination est effectuée entre le troisième et le septième jour après la naissance. Il arrive que le nouveau-né prenne le prénom d'un parent récemment décédé qui servira alors de modèle et dont le souvenir sera évoqué à la moindre action, parole ou attitude de l'enfant et de l'adulte qu'il sera, caractérisant le premier porteur du prénom.

En Kabylie, par exemple, il est courant qu'une femme qui perd ses enfants en bas âge appelle son nouveau-né Akli si c'est un garçon et Taklit si c'est une fille, signifiant littéralement esclave, personne indigne d'attention et ne pouvant de ce fait, être l'objet de jalousie où être atteint par le mauvais œil.

Le jour de la naissance, le 7<sup>e</sup> jour et le 40<sup>e</sup> jour sont l'occasion d'un repas réunissant tous les proches, les amis et les voisins qui partagent, ainsi, « le sel et le pain » avec les parents et ne peuvent, de ce fait, nuire à l'enfant. Le lien que crée le partage du sel et du pain chez les Berbères et indéfectible. Il est comparé, dans sa force, au lien du sang, et est à l'origine d'un serment souvent inviolable. [39]

## B. Prévention

« Pour adapter nos stratégies de prévention et de soins, nous sommes contraints de penser cette altérité pour que, loin d'être un obstacle à l'interaction, elle devienne une chance de nouvelle rencontre.» [95]

Sur le plan préventif, on perçoit la nécessité de permettre à la femme enceinte d'avoir une représentation culturellement acceptable de ce qui lui est fait. Ainsi, peut-elle se construire une stratégie individuelle de passage d'un univers à l'autre sans renoncer à ses propres représentations — construire donc une réelle stratégie de métissage.

#### a. Pour une prévention précoce des problématiques de la parentalité.

Dans cette réalité où différents niveaux interagissent entre eux, la dimension psychologique a une place spécifique en termes de prévention et de soins. La prévention, en effet, commence dès la grossesse, il faut aider les mères en difficulté à penser leur bébé à naître, à l'investir, à l'accueillir malgré la solitude dans laquelle elles vivent, solitude sociale mais plus encore existentielle. La culture partagée permet d'anticiper ce qui va se passer, de le penser, de se protéger. Ainsi elle sert de support pour construire une place à l'enfant à venir. Les avatars de cette construction du lien parents-enfant trouvent dans l'expérience du groupe social des noyaux de sens qui, dans la migration, sont beaucoup plus difficiles à appréhender. Les seuls points fixes sont alors le corps et le psychisme individuel. Pour les autres, les femmes autochtones en rupture sociale, tout aussi isolées, elles se retrouvent, elles aussi, seules pour faire tout le travail d'humanisation du bébé, propre à toute naissance - l'enfant est un étranger qu'il faut apprendre à connaître et à reconnaître.

## b. La prévention par un réseau solide

La prévention précoce se situe dès le début de la vie dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les services de maternité et de pédiatrie, dans les lieux d'accueil des toutpetits, dans les cabinets des médecins de famille, dans les lieux de neuropsychiatrie infantile... Cette prévention en période périnatale est essentielle car elle est cruciale pour le développement du bébé, c'est aussi, à ce moment-là, que se construit la place de l'enfant dans la famille.

Les difficultés quotidiennes avec les parents migrants, ou les parents socialement défavorisés et leurs enfants nous contraignent à modifier notre technique de soins psychologiques et notre théorie pour les adapter à ces nouvelles situations cliniques de plus en plus complexes - nos manières de faire, mais aussi nos modes de pensée. Il s'agit alors de modifier son propre cadre pour accueillir de manière adaptée ces enfants et leurs parents ou de passer le relais à une consultation spécialisée, s'il y a lieu, dans le cadre d'un réseau qui permet des liens et des allers-retours entre des lieux de prévention et de soins dans une complémentarité nécessaire.

Les évolutions sont réelles mais lentes. À titre d'exemple, dans un texte d'orientation de 2003 concernant la périnatalité, on peut déceler une ouverture : « l'organisation des soins doit dépasser les soins purement médicaux [...]. La consultation du 4<sup>e</sup> mois (de grossesse), qui est en réalité un entretien, est un outil de dépistage majeur car il est une ouverture du dialogue, crée un climat de confiance et ainsi permet de dépister toute forme d'insécurité (couple, famille, précarité) pouvant entraîner des complications sur le "lien parent enfant" mais aussi sur la pathologie de la grossesse ». [15]

Toute personne recourant à la prévention ou aux soins éprouve, à des degrés variables, une forme de dépendance vis-à-vis du système de santé, ce d'autant plus qu'elle peut se trouver diminuée dans ses fonctions physiques, psychiques et sociales, et *a fortiori* si elle est en

situation de précarité. Difficilement en mesure d'assumer son autonomie et sa responsabilité, elle s'expose même à subir les effets d'une discrimination larvée de la part des professionnels et des institutions.

Mieux comprendre, mieux soigner, mieux accueillir les migrants et leurs enfants en Europe, tel est l'enjeu d'une prévention et d'une clinique précoce engagée dans la société telle qu'elle est. Une pratique qui accepte de prendre des risques, de remettre en cause nos certitudes et nos manières de faire. [95]

L'importance de la validation par autrui de la violence subie et des souffrances qui en découlent nous semble un *primum movens* incontournable, afin que le sujet puisse être reconnu en tant que victime, non comme une fin en soi, mais comme un point d'ancrage, un « passage obligé » pour la reconstruction, d'autant que dans la plupart des cas, les crimes subis restent impunis et le travail de justice impossible. La reconnaissance et la reconstruction du groupe social semblent des déterminants majeurs de la reconstruction individuelle en tant qu'entité sécurisante et enveloppante.

c. Exemple d'un dispositif français de prise en charge des patientes souffrant de psychotraumatisme en situation transculturelle : le dispositif du Dr C. Mestre MANA à Bordeaux

Ce travail s'inscrit dans la continuité d'une réflexion menée par Bérénice Quattoni, psychologue clinicienne, sur le soin psychothérapeutique des mères ayant subi des traumatismes psychiques graves, avant ou pendant la grossesse. En effet, sont reçues à la demande de la maternité ou d'autres structures, des femmes migrantes qui sont enceintes ou qui ont accouché et présentent des symptômes de souffrance psychique. Le cadre intègre leur langue maternelle, des éléments culturels et migratoires. L'outil ethnopsychanalytique utilisé

dans la consultation suppose, selon Devereux [31], l'utilisation d'au moins deux références: la psychanalyse et l'anthropologie. L'enjeu psychothérapeutique est alors d'articuler ces niveaux de compréhension. L'intervention proposée aux mères gravement traumatisées suppose de façon implicite deux niveaux d'attention : l'atteinte psychique maternelle causée par le traumatisme et la prévention auprès du bébé pour lequel on suppose qu'il n'est pas «imperméable» à la souffrance maternelle. Ainsi, la question clinique qui sous-tend ce travail est : quelle prévention en découle ?

Le cadre de la consultation, outre le confort qu'il offre pour manier représentations culturelles et psychiques, permet également un véritable étayage pour la mère : la mère qui porte son bébé est portée par le groupe. Il favorise l'« être-mère » car il métaphorise un groupe de « commères » (dans le sens d'« être mère avec »). Par ailleurs, le groupe aide à la pensée là où le traumatisme sidère la pensée et rend difficile toute forme de narration.

Le groupe thérapeutique tente de rétablir les capacités de rêverie de la mère, par une attention accrue à ses préoccupations, ses tentatives de mise en récit. Le partage des pensées, mais aussi des perceptions, a pour but de désenclaver la mère de sa souffrance. Elle n'est alors plus seule dans sa douleur, elle n'est plus seule face à son enfant.

Comment s'occupe-t-on d'un enfant, dans son pays d'origine ? Comment le nomme-t-on ? La jeune mère est encouragée à s'appuyer sur ses ressources culturelles propres. La consultation devient un lieu de portage, comme un «environnement suffisamment bon», un lieu attentif et contenant. À la question : « Comment se protéger quand on se sent menacé ? », les ressources culturelles de là-bas et d'ici sont utilisées, comme l'appui sur des personnes bienveillantes.

Ce travail de consultation repose ainsi sur plusieurs ingrédients : d'abord sur un cadre qui permet de porter et aussi de « penser », tout autant que de « panser » les blessures de la patiente bébé, petite fille, femme et mère. Ce travail repose également sur l'intention de

conforter le portage mis à mal par une accumulation d'obstacles que sont l'exil, la précarité, en plus des conséquences traumatiques agissant au sein des interactions.

Sur le plan psychothérapeutique, le cadre proposé peut paraître lourd. Cependant, il permet justement d'affronter plus sûrement des situations très complexes. La participation possible d'un autre professionnel institutionnel aux consultations garantit, avec l'accord de la patiente, la construction d'un cadre « à géométrie variable », perméable aux informations qui permettent un meilleur soutien à l'extérieur. Par exemple, il semble important de favoriser une aide concrète à retrouver de la famille au pays. Cette quête, parfois réussie, permet d'inscrire ces mères dans une lignée ou une communauté, valorisant les liens d'appartenance, « ce qui permet de relancer une dynamique psychique repoussant le sentiment d'abandon, voire d'anéantissement ». [86]

Une prise en charge précoce est essentielle. Dès la grossesse, des éléments inquiétants doivent pouvoir être repérés. Cela n'est possible que si des professionnels sont sensibilisés à cette clinique, ou acceptent de prendre le temps d'écouter, d'être attentifs aux mères, aux femmes prises dans une histoire de maternité particulière, « étrange étrangère ». C'est toute la question du travail en réseau.

« Le plus urgent, lorsque nous rencontrons une femme dans notre consultation, est de tisser une « toile », c'est-à-dire de repérer rapidement les possibles protagonistes dans une situation donnée afin qu'elle puisse s'inscrire dans un réseau ». [86] L'isolement, doublé du sentiment de solitude, peut mettre en péril les repères identitaires et le recours aux ressources internes, psychiques et culturelles : il doit être un signal d'alarme. Une hospitalisation, en cas de repérage de signes de souffrance aiguë mettant en péril la dyade mère-enfant, peut alors s'avérer indispensable afin de permettre une mise à l'abri, un soin et un traitement médicamenteux approprié. Signalons toutefois que, dans les situations traumatiques d'exil comme celles rencontrées, les médecins ont des difficultés à poser un diagnostic médical. [86]

Dans un second temps, cette équipe oriente vers des structures adaptées associatives ou institutionnelles, ce qui nécessite souvent un accompagnement. Ces propositions doivent dans tous les cas être « portées » par des professionnels soutenants.

Il est primordial, également, de se concentrer sur la souffrance du bébé. Une attention particulière est portée sur la relation mère-bébé. Les bébés ont certes une grande capacité à s'adapter, mais à quel prix ? [73] C'est là que le travail en réseau prend également toute son utilité : la souffrance du bébé peut être observée ou ressentie par les intervenants, avertis par la situation « à risque ». On sait combien l'identification des différents intervenants est différente, plutôt vers la mère, ou plutôt vers l'enfant, et combien elle peut être la source de malentendus ou de conflits. Les choix sont parfois difficiles et ne peuvent s'assumer sans une solide coopération.

Claire Mestre souligne cette difficulté: « notre accompagnement, intrinsèquement lié aux conditions sociales de nos patientes, surtout si elles sont précaires ou maltraitantes, peut être ébranlé. Ce contexte nécessite donc un travail en réseau avec les intervenants sociaux et juridiques ». [86]

Le travail en réseau avec les équipes de PMI et des foyers va s'articuler autour du secret partagé, il va permettre une véritable collaboration en respectant les places respectives et les limites des cadres professionnels. Chacun va se trouver acteur, dans une prise en charge pluridisciplinaire, mais avec une éthique commune. Dans les cas de situations administratives bloquées, les professionnels vont mettre leur énergie à accompagner les patientes sans papiers, en situation irrégulière, dans le respect et la dignité ; les démarches vont se transformer alors en une véritable stratégie militante face à un avenir incertain. En effet, les droits de ces femmes vulnérables ne sont pas les mêmes que les autres. Beaucoup de structures ou de professionnels rechignent à coopérer, soit parce que leur tutelle ne le veut pas, soit parce qu'ils redoutent des situations incompréhensibles et inextricables. L'attitude

militante, le plus souvent individuelle, peut amener une dissension potentielle dans les équipes, victimes à leur tour des violences institutionnelles. Il ne faut pas perdre de vue que les femmes sont en situation concrète de vivre, par ricochet, la violence institutionnelle et le rejet. Ce qui aggrave bien sûr leur vulnérabilité. Dans le cas des femmes traumatisées demandeuses d'asile, réfugiées politiques ou en attente de statut, le travail thérapeutique s'inscrit dans un contexte d'attente et d'insécurité qui aggrave la symptomatologie de la mère. Il est donc important de ne pas travailler de manière isolée, non seulement dans l'action thérapeutique mais aussi pour ce qui touche la vie en général, le devenir administratif, la prise en charge sociale. A une clinique complexe et minutieuse doit s'articuler un véritable travail en réseau, particulièrement indispensable dans la prise en charge des femmes victimes de violences.

La situation irrégulière des femmes durant la période périnatale montre les failles et les injustices générées par notre société. Si les professionnels les tolèrent, ils le font avec le risque d'écorner leur éthique. Si au contraire, ils les refusent, c'est au prix d'une énergie considérable et au risque de la désolidarisation d'avec leur hiérarchie. Travailler en réseau permettrait de marcher sur la ligne de crête reliant éthique, déontologie et engagement à l'égard des plus vulnérables.

Ce travail s'inscrit dans un souci de prévention, d'attention précoce : « Les mauvaises conditions d'accouchement par exemple, qu'elles soient techniques ou environnementales, sont autant de micro-traumatismes qui organisent d'une certaine manière les émotions parentales face à l'enfant » écrit Françoise Molénat [87]. Les professionnels de la maternité se doivent de repérer les facteurs de vulnérabilité, pour cela ils doivent pouvoir mener une réflexion pluridisciplinaire et s'appuyer sur des lieux adaptés.

Une facette importante du travail auprès des femmes migrantes est de se laisser envahir par l'empathie, base des processus d'identification. Mettre son corps en résonance avec celui

d'autrui induit les affects qui constituent un déterminant majeur de l'interprétation d'autrui ou de la situation.

Les femmes traumatisées, prises dans une « maternité abîmée », nécessitent ainsi un repérage clair et solide des professionnels, mais également une prise en charge pluridisciplinaire, en plusieurs lieux.

Malgré le potentiel destructeur des violences subies, ces femmes présentent des formes variées de dépassement. Lorsque la relation s'instaure, il s'agit de soutenir les ressources internes dont la patiente dispose, notamment ses désirs lorsqu'ils sont encore verbalisables, l'autorisant à se projeter dans le futur et à croire en elle-même, sans pour autant nier la complexité de sa situation. Un travail de mise en liens peut s'établir, lien humain, interpersonnel, thérapeutique, liens avec des éléments de son passé, de son présent mais aussi de son futur, tout autant que des liens entre sa culture d'origine et celle du pays d'accueil.

## D. Un exemple de levier thérapeutique : la dimension groupale

Dans les sociétés traditionnelles dont sont issues nos patientes, la dimension communautaire est prépondérante et la relation duelle plutôt rare, et pouvant de plus être vécue comme anxiogène, voire menaçante, surtout dans les premiers temps. Le dispositif groupal permet de reconstruire un maillage communautaire sur lequel les patientes peuvent s'appuyer. Ces rencontres peuvent autoriser un partage avec d'autres femmes concernant les éléments communs et différents de leurs parcours, et ouvrant parfois de nouvelles perspectives.

On retrouve, à titre d'exemple, différents dispositifs thérapeutiques groupaux comme:

 « La parole aux femmes », à Paris, groupe animé par une psychologue clinicienne et une travailleuse sociale. Ce groupe se réunit une fois par mois durant une heure et demie dans un lieu connu et identifié comme protecteur par l'ensemble des participantes. Toutes ont pour point commun d'avoir vécu l'expérience migratoire, celle de la maternité et celle de l'absence de domicile fixe, quels que soient leur culture, leur âge et leur avancée dans leur parcours d'insertion. Ce groupe permet, en outre, de rompre l'isolement social et culturel en développant des relations de réciprocité et de solidarité entre femmes issues de cultures différentes. [100]

L'Unité d'Accueil Mères-Enfants de Saint Denis a été créée pour répondre aux pathologies du lien mère-enfant. Pour aider les patientes « en mal d'être mères », et par ricochet, leurs enfants, cette unité propose un accueil en petits groupes (trois ou quatre mères et leurs enfants de 0 à 3 ans) à la demi-journée ou à la journée complète. Ces patientes sont entourées d'une équipe de psychologues, de puéricultrices et d'infirmières, et sont accompagnées pour tout ce qui concerne les soins maternels (tétées, repas, changes, bains, endormissement, jeux). Ce travail du « faire avec » ou « être avec », sans jamais disqualifier la mère est appelée « clinique de l'accueil » ou, en référence à Winnicott, la « clinique du holding ». Les mises en mots aident la mère à décrypter les demandes parfois énigmatiques de l'enfant et a aussi pour effet de faire tiers dans une relation mère-enfant, souvent exclusivement duelle et parfois toxique. [97] Le rapport à l'enfant peut être mortifère, ce dernier peut être vécu comme un persécuteur. La présence d'un tiers peut permettre d'assouplir ce rapport à l'enfant et laisser place à de l'altérité. Parallèlement à ce travail collectif et au cas par cas, les patientes sont suivies individuellement par un psychiatre et/ou psychanalyste. « Ces entretiens leur permettent de démêler les fils de leur propre histoire et de leurs relations à l'enfant, mais aussi au père de l'enfant et à leur propre mère, fils qui arrivent toujours emmêlés au départ. Les pères, lorsqu'ils sont présents, sont aussi invités à rencontrer un consultant ». [12]

Un « groupe de présentation de bébé » décrit par J. Rochette [107] explore l'affinité des dispositifs de soins modernes en périnatalité avec les formes de contenance groupale proposées ou imposées par les rites coutumiers qui scandaient et encadraient ce passage à haut risque du post-partum. L'auteur évoque l'utilité des groupes thérapeutiques proposés dans le post-partum immédiat, groupes dits « de présentation de bébé ». Ce dispositif présenté par cet auteur est de l'ordre de la prévention secondaire et se déroule dans les locaux de PMI et s'inspire des modalités rituelles d'accueil groupal de la dyade mère-bébé dans la période de fragilité universellement repérée par toutes les cultures dans les quarante premiers jours qui suivent l'accouchement. La naissance peut être une expérience excessive propre à déborder les seules capacités d'élaboration individuelle. Le groupe, animé une psychologue et un médecin pédiatre, est proposé aux dyades qui montrent des signes de souffrances précoces. Ces groupes de présentation de bébés sont conçus comme un sas entre la naissance biologique et la mise en représentation dans la psyché maternelle. Chaque session pour trois dyades est limitée à quatre séances consécutives réparties sur les deux premiers mois de vie. « Les modalités de cette proposition thérapeutique groupale brève d'inspiration psychanalytique s'appuient sur l'observation et le partage des éprouvés. La mise en récit de la grossesse, de l'accouchement tout proche et des premières vicissitudes du maternage suscite la richesse des chaînes associatives groupales. Les anxiétés maternelles se diffusent dans le groupe qui a pour fonction de les contenir et de les transformer en éléments représentables et partageables. La présence du bébé et l'incitation à co-observer ses compétences rapidement progrédientes catalysent le travail du lien mère-bébé ». [107] A l'issue du groupe, une prise en charge individuelle au plus long cours peut être proposée si nécessaire.

Ces prises en charge groupales constituent une pratique qui accepte de prendre des risques, de remettre en cause nos certitudes et nos manières de faire. [95]

# D. Le père migrant

Nous pouvons nous interroger sur les difficultés propres aux pères migrants, celles de devoir représenter la loi et poser des interdits d'une part, celles de devoir protéger dans un contexte où il n'a plus de travail, de revenus, de capacité d'anticipation de l'avenir.

Le crime réalisé impunément, meurtres, violences et disparitions constituent une entrave aux capacités de parentalité de ceux qui survivent, et de manière d'autant plus grande quand l'agression provient de l'Etat, censé être le garant du respect de la loi et de l'interdit de meurtre.

Ces difficultés nous semblent d'autant plus prégnantes que la fonction du chef de famille et ses déclinaisons est encore plus prépondérante dans les pays d'origine de ces pères migrants. Ces derniers subissent des attaques multiples de leur psychisme individuel, de leur identité d'homme debout, d'homme social, culturel, de mari, de père.

Il serait intéressant, voire primordial, d'intégrer davantage les pères, lorsqu'ils sont présents, dans ces dispositifs de soins et de prévention. Ces derniers pourraient constituer un étayage et un repère familial et culturel essentiel pour ces dyades mères-bébés en souffrance.

# V. Une spécificité des femmes migrantes rencontrées : le contexte de précarité

Durant notre travail auprès de ces femmes migrantes en période périnatale, nous avons été frappée par la récurrence de la souffrance psychique liée au contexte social de précarité, qui est souvent apporté en premier motif de consultation. Une de ces femmes, à la veille de son audience à la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile) dont l'issue allait conditionner son avenir (pouvoir rester en France ou devoir retourner dans le pays des violences subies) avait répondu de manière inattendue à la question suivante: « Vous sentez-vous prête pour cette audience ?», elle répondit : « Pour ce que j'ai subi au pays, je ne sais pas si je mérite de rester en France, - excision dans l'enfance, mariage forcé, persécutions, violences physiques et menaces de mort pour refus de faire exciser sa fille - , mais pour ce que j'ai vécu depuis mon arrivée en France, rien que pour cela, je peux dire que je le mérite ». Bien que derrière cette affirmation se loge l'évocation du caractère traumatique de l'exil, nous ne pouvons que constater que la souffrance psychique générée par le contexte de précarité est une donnée incontournable dans la prise en charge de ces patientes. Ces patientes nous laissent d'ailleurs souvent avec un « sentiment d'impuissance et d'inadéquation dans les pratiques » selon l'expression de Jean Furtos. [54]

## A. Précarité : définitions

La précarité est une forte incertitude de conserver ou récupérer une situation acceptable dans un avenir proche. Etymologiquement, cette notion prend racine dans la forme latine *precarius*, « obtenu par la prière ». Cela renvoie à la solitude et à la dépendance à l'autre des personnes exposées à la précarité.

J. Furtos nous rappelle aussi qu'il « n'y a pas de clinique hors contexte social. En l'occurrence, les cliniques de la précarité se comprennent dans une perspective dont le risque

majeur réside dans la perte de confiance en l'autre, en soi-même et en l'avenir, avec des effets psychiques précis ». [55]

Nous nous interrogeons sur la pauvreté de la prise en compte du lien social dans ses modalités concrètes et symboliques dans notre pratique clinique. Cela est rendu criant à la lecture de nos observations qui comportent beaucoup d'informations concernant la biographie du patient, ses rapports familiaux et trans-générationnels et peu relatives au champ social qui souvent se réduit à un niveau de séméiologie indicative, ou encore à une somme d'informations à relayer au travailleur social (travail, revenus, logement, statut).

La mouvance sociétale vient bousculer l'immobilisme de nos pratiques. Dans une « société des individus » dont nous sommes membres, le pré-requis de l'échange du plaisir individuel contre une part de sécurité assurée par la communauté [49] est mis à l'épreuve par les changements culturels, sociétaux, civilisationnels. Robert Castel [20] énonce le concept d'insécurité sociale, qu'il faut différencier du besoin de sûreté. Didier Robin précise ces distinctions et nous rappelle que nous sommes partie intégrante d'une société où l'on court davantage le risque de se tuer soi-même que d'être tué par un autre. Le besoin de sécurité n'est pas exclusivement relié à nos assises narcissiques ou à la fiabilité de nos institutions étatiques, il est besoin du moi autant que besoin social.

Il est nécessaire d'ouvrir le champ de la précarité au-delà de la question monétaire. L'exclusion sociale et la souffrance psychique qui en découle ne se réduisent par au champ de la pauvreté mais passe aussi par des habitudes et des rituels sociaux.

On confond souvent pauvreté, précarité et exclusion.

Selon J. Furtos, [56] la pauvreté tire sa racine étymologique du latin et signifie « produire peu ». Cependant, dans son usage sémantique courant, la pauvreté désigne d'avantage un état

de fait statistique, par exemple on parlera du seuil de pauvreté par rapport aux revenus dans une société donnée.

L'exclusion signifie « fermé dehors », en dehors du lien social ; selon J. Furtos encore, « la société dans laquelle nous vivons a un fort pouvoir centrifuge par ses exigences de productivité et d'excellence qui ne cessent d'augmenter. L'exclu est là, et pourtant il a l'impression que le monde tourne sans lui, et d'un certain point de vue, il a raison. Mais il convient d'être attentif à l'usage de ce terme, car l'exclusion doit être considérée comme un processus actif et non comme une entité individuelle ». [56] Il identifie la précarité comme la misère des sociétés occidentales. De ce fait, on peut vivre dans une société pauvre sans précarité, on peut vivre précaire dans une société riche. Par ailleurs, la « grande précarité » renvoie, elle, à la notion de pauvreté surajoutée, voire de misère.

Une définition intéressante de la précarité nous est donnée par J. Wresinski [122] la désignant comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Cette notion fondamentale de sécurité s'oppose à la peur de la perte des objets sociaux tels que l'emploi, l'argent, le logement, la formation, les diplômes. L'objet social, variable d'une société à l'autre, idéalisé et faisant lien donne un statut, une reconnaissance d'existence, il autorise des relations. La souffrance psychique résultant de la perte de ces objets sociaux est de nature identitaire.

J. Furtos énonce également le concept de *précarité normale* constitutive, renvoyant à l'idée de vulnérabilité propre à chaque être humain qui rend compte que personne ne peut vivre seul ; le lien social, dès l'entrée du nouveau-né dans la vie avec ses adultes tutélaires, est ancré sur une vulnérabilité de base qui en appelle à l'autre. Il explique alors que « cela fonde à la fois le lien, le plaisir du lien, et son ambivalence : car cela repose tout de même, à l'origine, sur la

détresse possible, l'impuissance et l'incomplétude, qui entraînent l'obligation d'une dépendance et d'une reconnaissance réciproque, c'est-à-dire celle d'être considérée comme digne d'exister parmi les humains ». Cette précarité constitutive engendre normalement solidarité et reconnaissance, elle ouvre à une triple confiance : confiance en l'autre, aidant en situation de détresse; confiance en soi suffisamment bon pour être aidé; et confiance en l'avenir, en cas de nouvelles détresses. Cette précarité constitutive, « normale et structurante» peut se transformer en précarité exacerbée sous la pression du contexte social actuel et selon l'histoire de chacun, risquant d'entraîner alors une triple perte de confiance : perte de confiance en l'autre qui ne reconnaît pas l'existence, perte de confiance en soi qui perd sa dignité d'exister, et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant avec « une atténuation des désirs, projets et rêves qui appellent à continuer et à transmettre. Il devient impossible de rêver l'avenir ». [56] Il s'agit d'une véritable souffrance psychique d'origine sociale, qui vient se surajouter aux souffrances liées aux traumatismes psychiques précédents l'exil et liés à l'exil. Ces femmes sont donc porteuses d'une vulnérabilité plurielle : celle qui est propre à la période périnatale, celle qui est consécutive des traumatismes, celle qui est d'ordre sociale. Toute absence de reconnaissance en période de vulnérabilité, toute forme de honte et d'humiliation peuvent devenir meurtrières et « aboutir au sentiment de ne plus avoir de place sur la scène sociale, là où le sujet apparaît par le corps, par la parole et par l'action, là où est impliquée la possibilité de sa disparition ». [56] Ces vulnérabilités ne doivent cependant pas faire oublier leurs ressources dont notre objectif sera de les mobiliser.

Par ailleurs, il nous semble intéressant de se pencher sur les conséquences périnatales possibles du contexte de précarité.

## B. Précarité et morbidités périnatales

La précarité résulte de l'association de plusieurs facteurs de risque, parmi lesquels le risque économique est prépondérant. Il existe une échelle d'évaluation validée et multifactorielle de la précarité pour étudier la relation précarité et morbidité périnatale ; il s'agit de l'index de précarité EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) qui permet d'évaluer la vulnérabilité sociale des patientes. Les études rapportent que la morbidité maternofœtale est plus fréquente dans la population précaire. Les patientes en situation de précarité bénéficient d'un moins bon suivi de grossesse (22,9 % ont moins de sept consultations obstétricales prénatales contre 5,6 % pour les non précaires). Le taux des accouchements prématurés est également plus important en cas de précarité (respectivement 20,9 % versus 6,9 %). A cela s'ajoute un allongement modéré de la durée d'hospitalisation. [23]

La précarité et la pauvreté sont donc clairement liées à un suivi médiocre des grossesses, responsable d'une augmentation de fréquence des pathologies périnatales et en particulier de la prématurité. Par ailleurs, un quart des mères reconnues précaires n'ont pas désiré leur grossesse. Selon une étude réalisée auprès des travailleurs sociaux de maternités, plus de 10% des mères en situation de précarité n'auraient pas la capacité de mobiliser des ressources suffisantes pour prendre en charge leur bébé.

Une action préventive en amont est donc nécessaire pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des femmes enceintes en situation sociale précaire. Seul un dépistage précoce, dès le début de la grossesse, peut permettre d'organiser une prise en charge globale de ces familles. Cette action peut être réalisée par la mise en place d'un Réseau Ville-Hôpital, médico-psychosocial, périnatal, faisant collaborer les intervenants en périnatalité hospitaliers et extrahospitaliers, institutionnels et associatifs. Ce réseau est un indispensable complément à la

régionalisation des soins périnataux. Il peut par ailleurs intervenir dans le dépistage précoce et la prise en charge des troubles de la relation parent-enfant. [80] [57]

# C. Le Syndrome d'auto-exclusion

Nous avons été parfois amenée à rencontrer des patientes dont la détresse, immense, était en inadéquation avec leur demande, absente. Nous nous sommes alors intéressée au syndrome d'auto-exclusion. « Le comble de la souffrance psychique d'origine sociale, celle qui empêche de souffrir, et donc de ne plus se ressentir dans la continuité de son être, aboutit à un ensemble de signes qui, dans leur forme achevée, constituent le syndrome d'auto-exclusion ». [50][51] Ce néologisme introduit une duplicité sémantique de psychogenèse et de sociogenèse simultanée. Sur le plan social, l'exclusion - étymologiquement « enfermé dehors » - consiste à être objectivement exclu du travail, du logement, de la culture, de la citoyenneté. Sur le plan psychique, le terme *auto* renvoie au fait que tout en subissant la situation d'exclusion, le sujet a la capacité d'exercer sur lui-même une activité psychique pour s'exclure de la situation, pour ne pas la souffrir ni la penser, « transformant ainsi le subir en agir ; cette activité psychique répond à l'environnement social, et simultanément à l'histoire du sujet, laquelle est toujours elle-même liée à une structuration psychosociale en construction et/ou en déconstruction ». [53] Le point de déclenchement de ce syndrome passe par une perte de courage, facilement réversible, puis s'installe par un renoncement qui peut confiner au désespoir absolu, lequel ne peut plus s'exprimer en mots ; celui-ci se définit alors comme la disparition du pouvoir d'agir sur le présent comme sur l'avenir, sinon en transformant psychiquement une situation passive (être exclu) en son contraire (s'exclure). Le désespoir implique une désubjectivation, qui se manifeste par un clivage du moi : le moi ne veut plus rien savoir de lui-même, ce qui nécessite un déni, « c'est-à-dire une déconnection du sensoriel et de la pensée, l'impossibilité de la prise en compte psychique d'une réalité affectant le corps et l'être corporel ». [53] Il s'agit d'un clivage de nature traumatique, qui fait écho à la plateforme traumatique commune : celle de ne pas être reconnu et respecté comme un humain par les humains de son groupe d'appartenance ; « et cela, que le traumatisme manifeste soit un viol, la perte de son emploi, une série de micro-traumatismes d'apparence bénigne, une situation de torture, de violence d'état ou interethnique ». [53]

J. Furtos distingue plusieurs signes évoquant ce syndrome d'auto-exclusion : l'anesthésie ou l'hypoesthésie, l'émoussement affectif ou l'hypomanie, l'inhibition de la pensée, la non-demande ou la récusation de l'aide, l'inversion sémiologique de la demande, la réaction thérapeutique négative, les ruptures, l'errance, l'incurie, l'abolition de la vergogne. Ces signes sont pour cet auteur des défenses paradoxales tentant de limiter les effets dévastateurs de la déconstruction du narcissisme, de la mise en péril du sentiment de la continuité d'existence, de la défaillance de l'environnement.

La non demande est illustrée par le fait que plus une personne va mal psychiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, ce qui peut conduire à une récusation de l'aide.

La réaction thérapeutique négative est la suivante : plus l'aidant aide la personne et plus la personne va mal ; plus la situation s'améliore sur un plan (social par exemple), plus elle se dégrade sur un autre (psychiatrique par exemple). J. Furtos nous pousse à en conclure qu'en situation d'aide vis-à-vis d'une personne en auto-exclusion, « il faut certes espérer un heureux dénouement ou une moins mauvaise situation, mais ne jamais l'attendre avec insistance ». [53] En effet, « l'obsession de l'idéal normatif du thérapeute apparaît comme un danger pour le seuil d'équilibre actuel du sujet en auto-exclusion ». [110][32]

L'inversion sémiologique des demandes a été ce que nous avons constaté le plus fréquemment chez les patientes suivies lors de notre année de travail.

La rupture active des liens, l'errance, l'incurie, l'abolition de la vergogne (ne plus avoir honte de la déchéance affichée de sa vie et de son corps) ont été nettement moins constatées chez les patientes rencontrées lors de notre année de travail auprès d'elles. A cela nous pouvons dresser l'hypothèse que les patientes les plus en souffrance échapperaient peut-être à tout dispositif de soins du fait d'une errance constante.

# D. Relations médecin-patient dans un contexte de précarité

Il y a nécessairement une posture professionnelle spécifique du travail de précarité [65] qui impose une proximité accompagnée d'une distanciation réflexive.

# a. La posture de « proximité »

Elle désigne les postures professionnelles qui permettent de se rapprocher, d'entrer en contact et de construire des relations avec des publics vulnérables et ayant des difficultés d'accès aux institutions et dispositifs de droit commun.

« Le savoir de la proximité naît de la relation avec les gens, par imprégnation. Pour pouvoir être proche, il est nécessaire d'avoir longuement fréquenté son public, de s'être mis en apprentissage de ses conditions de vie, de son histoire, de ses modes de pensée, des logiques qui guident ses conduites, de ses relations aux institutions ». [65] Il est nécessaire dans cette approche de comprendre les codes et les références des patients dans leurs différentes dimensions, qu'elles soient territoriales, sociales, familiales, culturelles et religieuses afin de découvrir ce qui a du sens pour eux. Dans un article sur la proximité, Pascale Jamouille, ethnographe, situe cette démarche dans une position d'écoute et d'apprentissage de l'intime autant que des conditions de vie, des systèmes de normes et de valeurs. Par les échanges, la relation interpersonnelle peut s'ouvrir progressivement aux différentes dimensions de

l'existence, par l'abord des conceptions de l'amour, de la mort, de la famille, de la maladie et de la guérison, des pratiques économiques, sociales et symboliques. La posture de proximité renvoie à la capacité d'être affecté, au sens double du ressenti d'affects et de l'assignation à une place. [37] Il s'agit de prendre une place dans une relation interpersonnelle, de tenir, d'analyser et de gérer cette place. L'approche de proximité favorise l'émergence de la confiance et de l'inventivité transculturelle. Les patients en situation de précarité et d'exil sont isolés par les barrières de la langue, de la culture, de la souffrance psychique. Ils « sont « trop loin » pour sortir de chez eux (quand ils en ont un), « y croire » et adresser un appel à l'extérieur ». [65] La peur éloigne des dispositifs, d'autant que ces derniers peuvent les sommer d'injonctions irréalistes au regard de leurs conditions de vie.

La posture de proximité dans les soins prend racine dans les besoins concrets des patients et dans la sensibilité des personnes. Elle s'appuie sur l'expérience de vie des patients, leurs connaissances, leurs recours, les ressources de leur groupe d'appartenance, visant également à initier ou restaurer les liens avec les institutions et faciliter l'accès aux services de soins.

## b. L'éthique de la proximité

« En intervention clinique, la proximité est une pratique souple et malléable, qui s'adapte aux styles de vie et aux règles en vigueur dans l'environnement. Par nature, elle remet en cause les cadres institutionnels trop rigides qui ne permettent pas de rencontrer les gens. Mais elle pose aussi un cadre aux échanges, elle est normée par des balises éthiques, toujours réadaptées au contexte de l'intervention ». Pascale Jamoulle

Certains publics sont mal à l'aise avec des professionnels qui cultivent la distance. [106] Cependant, le rapprochement demande une bonne gestion de la relation, nécessitant une vigilance aux signaux d'alarme et des réajustements continuels. Le travail sur la limite est

incessant. « Trop de proximité mène à l'engluement dans des complexes affectifs qu'on ne maîtrise plus. Elle peut générer des déceptions, voire tourner à la violence ». [65] Des professionnels du travail clinique et social auprès des publics précaires témoignent : « Quand tu t'es laissé entamer, tu n'arrives plus à gérer. La personne t'en demande trop et tu n'arrives plus à t'en sortir sauf dans la rupture. Tu es englué ». Il convient donc de développer des capacités réflexives de distanciation et d'interprétation des interactions, des nœuds relationnels. Les professionnels continuent : « Quand on travaille dans la proximité, on doit pouvoir gérer le transfert et le contre-transfert. On travaille avec des personnes qui traversent des angoisses, des difficultés qui ressemblent parfois aux nôtres. Si on est trop touché, la personne va le sentir. Puis elle va jouer un jeu pour ressembler à ce qui nous touche, elle va s'adapter à nous pour qu'on l'aime bien. Analyser ça, déconstruire ça, c'est un rapport à soi, c'est aussi un travail d'équipe, on se régule entre nous ». La solitude du professionnel peut vite s'accroître et rendre la réflexion et les réajustements difficiles.

Pour cela, le travail institutionnel est primordial et les consultations accompagnées d'un autre soignant peuvent constituer une aide essentielle. Le travail d'équipe et les supervisions sont des supports incontournables, « principalement en matière de gestion du contre-transfert et d'utilisation du « soi » du professionnel ». [65]

## c. La déontologie du rapprochement

L'approche de proximité doit être portée par une finalité particulière. « Cette démarche ne vise pas à piéger les populations, à les instrumentaliser, à leur imposer des styles de vie. Elle ne souhaite pas non plus en rester aux finalités techniques (diagnostiquer et prescrire, assujettir au bon régime de prestations, gérer les dossiers) ». [65] La proximité ne force pas la demande. Elle la rend éventuellement possible. La proximité facilite la rencontre par la

création d'un contact proactif. Mais cela peut s'arrêter là, soit parce que la personne n'a besoin de rien, (ou n'a pas besoin de nous) soit parce qu'elle n'y croit pas. Il s'agit d'être là, sans envahir l'intimité du patient. « On crée un espace relationnel où des questionnements, même très bruts, peuvent se décanter, se formuler et se travailler ». [65]

#### d. Malaise des soignants

L'horreur de certains récits de patients nous laisse parfois sidérés devant une telle inhumanité. Personne n'est exempt de cet ébranlement lié à l'attaque des fondements anthropologiques de l'individu qui atteint ce qui collectivement nous garantit une cohérence dans le monde des humains. [67] Le clinicien peut être traversé d'affects divers : sentiment de perte de contrôle, d'impuissance, d'angoisse, de tristesse, de colère, mais aussi de dégoût, d'indifférence, de doute, de détachement, de crainte du suicide de la patiente. Certains sentiments sont partagés entre patient et soignant : la honte, la culpabilité, qui passent de l'un à l'autre selon l'évolution de l'entretien ou de la thérapie. [71]

Il s'agit d'accueillir et d'analyser ces affects que nous partageons avec les patients : l'effondrement de la conviction que l'humanité est bonne, la fascination par l'horreur, la sidération, l'impuissance, l'incapacité à se protéger, la mobilisation difficile de nos défenses habituelles.

Par sa présence vivante, le demandeur d'asile nous confronte à un monde où la violence l'emporte. Son témoignage a un pouvoir d'effraction et cette rencontre clinique est marquée par un décalage d'expérience radicale : son existence semble régie par un code qui n'est pas celui de notre expérience ordinaire. [62]

Du fait de la confiance en l'humanité blessée de ces patients, nous sommes parfois soumis à des attaques du lien. Ces patients, très isolés, dans des situations sociales précaires, sont dans un état de quasi-totale dépendance à l'autre. Ce même autre, inconnu jusqu'alors et « à qui l'on a rien fait » qui a pu commettre des actes de violence inouïe, teintés de déshumanisation. Pour René Roussillon, il faut pouvoir soi-même survivre sans s'attendre à une véritable alliance de travail de la part de ces sujets ayant vécu des situations extrêmes. Il explique que « les « soins » sont donc régulièrement menacés voire attaqués. Survivre, c'est alors entendre ces attaques comme un moyen de nous faire partager ce qu'ils ont enduré, c'est enfin l'entendre comme mise à l'épreuve des motifs qui nous conduisent à proposer de l'aide ».

Le « retour dans l'autre », décrit par J. Furtos « correspond au malaise des intervenants qui portent la souffrance inassumable, [...] mais également les souffrances non dites qui, par des mécanismes énigmatiques, sont vécues intimement par celui qui est en position d'aide ». [53] Cela rejoint le concept de *souffrance portée* [22]. Le soignant (ou l'aidant d'une manière générale) se sent désarmé face à ce malaise, qui le renvoie aussi à lui-même et à sa difficulté professionnelle, « dans une situation infiltrée de la souffrance psychique inassumable de l'autre qui s'anesthésie, se coupe de ses affects et de sa pensée, et qui dépose dans l'être d'autrui d'une manière symboliquement concrète sa difficulté à être ». Dans ces situations de malaise, une analyse de la pratique est salutaire pour déposer et mettre en sens ces difficultés, permettant aux soignants de « revenir à leur métier sans se blinder ni se perdre dans une identification excessive ». [53]

## e. « L'aller-vers » des équipes mobiles de psychiatrie-précarité

Il s'agit donc pour les soignants de s'armer de patience, d'aller au devant de la demande – c'est « l'aller vers » des équipes mobiles de psychiatrie précarité-, parfois de la porter. Pour cela, il faut naviguer entre deux pôles : « d'une part, l'arrogance violente d'un droit d'ingérence de principe, et d'autre part, l'attente d'une demande en bonne et due forme qui, dans certains cas, constituerait une forme d'euthanasie passive ». [53]

La conduite à tenir réside dans une réflexion, voire une négociation au « cas par cas », respectant les défenses de la personne et rejoignant ses préoccupations, même si ces dernières ne nous semblent pas les plus urgentes. En tant que médecin et devant des situations cliniques graves, « une attitude plus ferme peut s'imposer au nom d'un authentique souci de santé mentale ».[53]

J. Furtos nous pousse à en conclure qu'en situation d'aide vis-à-vis d'une personne en auto-exclusion, « il faut certes espérer un heureux dénouement ou une moins mauvaise situation, mais ne jamais l'attendre avec insistance ». [53] En effet, « l'obsession de l'idéal normatif du thérapeute apparaît comme un danger pour le seuil d'équilibre actuel du sujet en auto-exclusion ». [110][32]

#### f. Gérer l'impuissance et la peur

Le travail de proximité, impliquant des postures d'empathie active, confronte le soignant à des formes d'altérité, de violence et de souffrance difficilement supportables. A la souffrance psychique se surajoutent les lourds problèmes économiques, sociaux, les contextes mouvementés, chaotiques et imprévisibles. Il faut encaisser les chocs, accueillir les crises, avec les seuls mots pour faire face. La peur d'être débordé, impuissant, dépassé devant la

violence inhérente aux conditions de vie de la grande précarité est vite envahissante. Le stress peut s'imposer, majoré par des situations d'accompagnement de mères isolées avec leurs enfants. « On a peur de passer à côté. Il y a des vies en jeu. Comme professionnel, je me dis : « J'ai fait tout ce qu'il fallait », mais comme individu, j'ai peur ». [65] L'entraide et les aménagements professionnels sont essentiels, impliquant du même coup un juste rapport à soi et aux autres, permettant d'identifier la peur et de la partager.

## g. En tant que médecin, la place délicate de rédacteur de certificat

Au cours de sa pratique clinique auprès de ce public, le médecin est régulièrement amené à rédiger des certificats médicaux afin de faire parvenir des éléments d'ordre médical aux instances étudiant le droit d'asile (OFPRA, CNDA). Cela fait peser le poids d'une responsabilité supplémentaire sur le médecin. Ces pratiques outrepassent les principes qui fondent d'ordinaire la relation d'aide. Les médecins (ou psychologues) deviennent alors coproducteurs de la procédure en même temps qu'ils restent dépendants de la manière dont les règles du jeu sont définies au niveau politique. De ce fait, ils sont pris dans une logique de la preuve de plus en plus consommatrice d'expertises et de certificats. [101] « Il est attendu, implicitement, du certificat, d'attester de la compatibilité de la pathologie avec le récit, ce qui peut être entendu comme une expertise en fiabilité, dont on connaît les aléas ». [115]

Un autre champ permet à l'expertise médicale d'intervenir plus directement sur le droit de séjour. En effet, le titre de séjour « étranger malade » permet depuis 1998 de permettre à une personne de se maintenir sur le territoire français durant le temps nécessaire aux soins (et si elle ne peut accéder à de tels soins dans son pays d'origine). L'obtention de ces titres de séjour dépend d'une décision préfectorale. Par cette démarche, c'est l'ensemble des professionnels de santé qui se trouvent impliqués dans les procédures de régularisation des

étrangers, accentuant les tensions entre politique et santé publique. [84][117] Par exemple, tout se passe comme si la patiente devait « rester malade » pour justifier de la poursuite de son autorisation de séjour ». [105] Or souvent, c'est l'insécurité du statut précaire, la possibilité d'être renvoyé au pays des violences subies qui vient assombrir le tableau clinique, avec souvent la réémergence de velléités suicidaires liées à l'impossibilité de concevoir un retour au pays, jugé souvent comme « pire que la mort elle-même ».

La rédaction de ces certificats suscite en nous plusieurs interrogations. Cette démarche peut induire une surestimation des éléments traumatiques au détriment de l'intrication avec l'histoire familiale et infantile du sujet. [105]

Alors que nous connaissons les difficultés de narration du sujet exposé au traumatisme psychique, la rédaction du certificat peut venir sommer le patient de raconter ce que la honte, la peur, la méfiance, mais aussi la dissociation, la confusion, l'oubli tentent de taire. Ce que nous tenons à respecter lors de ce travail avec ces patients peut être malmené par la rédaction d'un tel certificat. Néanmoins, la rédaction d'un certificat permet une prise en compte globale et intégrative d'une souffrance mixte : psychique, sociale et politique. [105] Ce « soin par l'acte » [108] peut avoir des effets cliniques positifs à court et moyen terme et constitue tout de même un premier pas vers une reconnaissance du statut de victime de ces patients. « Tout se passe comme si la souffrance sociale devait glisser sur la scène sanitaire, être médicalisée pour être reconnue ». [52] Certains médecins considèrent la rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile comme un acte citoyen [85] qui reconnaît les actes de déshumanisation auxquels le demandeur d'asile a pu être confronté, actes qui attaquent les fondements anthropologiques de l'individu. [83] Cet acte citoyen peut prendre racine dans les sentiments de révolte vécus par les soignants envers le dispositif d'accueil des demandeurs d'asile et ses inégalités, accompagnés du sentiment de se sentir complice de ses effets.

Le récit de situations traumatiques conduit également à des mouvements contre-transférentiels oscillant entre sidération et excitation, entre évitement massif et exclusivité étayante, qui se cristallisent, entre autres, dans le problème de la rédaction du certificat médical. [105]

Il convient de rappeler que l'efficacité des Certificats est faible pour ces publics exposés aux traumatismes psychiques.

h. Difficultés rencontrées lors des rencontres avec ces patientes et éléments de réponse En tant que médecin, mandaté comme garant de la santé d'autrui, la posture de proximité peut déstabiliser. Nous sommes sollicitée à la demande de nos partenaires du champ social ou associatif pour rencontrer des jeunes mères en souffrance psychique. Il nous est arrivé de constater des souffrances telles (avec notamment un risque suicidaire important) que l'hospitalisation nous semblait nécessaire. Néanmoins, nous sommes parfois en butte avec le refus de la patiente ou bien souvent plus simplement dans l'impossibilité d'organiser une telle prise en charge. L'isolement massif de ces patientes, souvent seules avec leurs enfants, exclues des dispositifs de droit commun (déboutées de leur demande d'asile, sans logement, ni revenus, ni possibilité de travailler), rendent l'hospitalisation impossible car ces dernières sont seules à s'occuper de la survie de leurs enfants. En tant que soignant, nous avons été confrontée aux manques de dispositifs et de moyens pour ces patientes, et à des sentiments de solitude et d'impuissance, tant sur le plan professionnel qu'humain. Nous avons pu comprendre avec plus d'acuité la nécessité du travail en équipe avec nos collègues et en réseau avec nos partenaires, afin de porter des situations très lourdes sur les plans professionnel et humain. Par ailleurs, dans un isolement et une vulnérabilité extrêmes (vulnérabilité psychique, économique, sociale), la question de la dépendance de ces patientes

nous a interrogée. En effet, cette dépendance peut tout autant nous effrayer que nous

permettre de nous imposer en tant que « personne ressource toute puissante ».[11] Il nous a paru juste de travailler en réseau afin de permettre à d'autres aidants de porter la situation et dans le même temps de toujours garder le souci de rendre le patient acteur de sa prise en charge. Pouvoir aider ces patientes à puiser dans leurs propres ressources nous est apparu de manière encore plus accrue lors de cette année de travail.

Dans un contexte où le « minimum humain » a été volontairement extirpé et annihilé par des actes de violences effroyables, nous nous sommes interrogée sur notre place de médecin, et même plus largement de citoyen et de membre de cette humanité. Nous avons interrogé les notions d'empathie, de rencontre authentique, mettant en relation dans l'ordre successif le regard, le verbe, le geste :

- Le regard, par la communion, rétablit le lien entre la victime et le reste du monde,
- Le verbe, par la formulation codifiée dans le registre traditionnel de la réalité (telles les expressions de la reconnaissance d'une souffrance), réanime le lien social,
- Le geste relance le continuum existentiel en restituant à la personne sa réalité corporelle positionnée dans l'espace-temps réel. [68]

## i. L'établissement du lien de confiance

Il s'agit d'une clinique engagée, non pas d'une clinique militante, mais celle qui appelle l'implication subjective du clinicien dans sa dimension citoyenne. « En ce sens, la rencontre avec le clinicien est à penser comme un étayage fondé sur la rencontre humaine, support narcissique qui, par effet miroir, reconnaît la femme dans sa dimension subjective ». [100] Il convient de prime abord de favoriser l'établissement progressif d'un lien de confiance avec la patiente. Le cadre doit être souple afin de faciliter la mise en place d'une relation de soutien

dans la continuité, en tenant compte des besoins particuliers de la patiente liés à l'instabilité de son quotidien. Il faut pouvoir accepter d'entendre ses préoccupations et reconnaître sa souffrance afin que s'instaure la relation de confiance, confiance en soi et confiance en l'autre dont elle a été amputée. Leurs propos se centrent parfois sur l'expression de leurs difficultés en lien avec leur situation sociale : problème d'hébergement, de statut administratif, difficultés financières, crainte des lendemains sans perspective.

## **Conclusion**

Au cours de ce travail, nous avons tenté d'approcher sous différents angles le vaste champ du traumatisme psychique, et plus particulièrement celui des jeunes mères en situation d'exil que nous avons pu rencontrer lors de notre année de travail au sein d'une équipe mobile de psychiatrie-précarité. Parmi les nombreux chemins d'expression clinique que peut emprunter le traumatisme psychique, celui de la dissociation nous a paru digne d'intérêt plus poussé du fait de ses répercussions possibles sur le lien mère-enfant.

Ce qui fait la particularité du trauma dans l'histoire du sujet est qu'à la différence des événements qui se combinent et se succèdent dans le fil de l'existence en s'assimilant sans cesse à ce qu'il advient, l'événement traumatique fait irruption brutalement, occupe toute la place et refuse de se laisser assimiler, envahissant totalement le présent, obstruant l'avenir et remodelant même le passé à son image, ce qui peut déstabiliser le travail de transmission propre à la jeune mère envers son enfant.

Par ailleurs, nous nous sommes penchée sur la place déterminante occupée par la souffrance psychique d'origine sociale des ces patientes confrontées à des situations de grande précarité. La prise en compte des déterminants psychosociaux nous apparaît primordiale dans la prise en charge de ces patientes, et le travail soutenu en réseau indispensable à un mieux-être de ces patientes et de leurs bébés.

Nous avons pu montrer que l'exil en lui-même et ses conséquences en termes de déracinement, d'isolement, de pertes de repères culturels viennent « surajouter du traumatisme au traumatisme » et peuvent étouffer les compétences maternelles de ces jeunes patientes.

Un bref aperçu a été donné de ce qui se joue pour ces patientes et leurs bébés lors des temps de la grossesse, de l'accouchement et des premières interactions et montrant ce qui peut compliquer ces jalons forts de la relation mère-enfant, mais aussi ce qui peut les soutenir et ce qui peut se dessiner en terme de prévention en utilisant entre autres les outils de la prise en charge transculturelle.

Ce travail nous a beaucoup interrogée sur la place du médecin dans le dispositif de soins à proposer à ces patientes, d'autant plus que les ajustements de posture et de cadre professionnels sont essentiels à la pratique de la psychiatrie lorsqu'elle se penche sur les questions du public en situation de précarité et de transculturalité.

Nous avons interrogé les relations entre psychiatrie et culture qui suscitent des positionnements variés; la culture sous-tend aussi bien la maladie que la théorie scientifique qui oriente son étude, étant elle-même un objet constamment redéfini par l'époque, soumis à une évolution désormais d'ordre planétaire, faisant émerger le concept de métissage. Les migrations font maintenant partie de toutes les sociétés modernes, et de ce fait doivent susciter notre intérêt clinique. D'autant qu'à partir du moment où on prend en compte cette variable, on transforme le risque en potentialités créatrices tant pour les enfants et leurs familles que pour les soignants.

C'est en effet ce potentiel créateur partagé entre médecin et patient, cette capacité de « cocréer » des moyens de puiser des ressources internes et environnementales au service d'un mieux-être du patient en souffrance qui suscite notre envie d'exercer la médecine.

Par ailleurs, ce travail nous ouvre à une réflexion sur la nécessaire reconnaissance des droits des victimes, afin d'empêcher que le déni ne vienne les terrasser une fois de plus, entretenir et aggraver le traumatisme en les amputant de leur dignité et de leur humanité. Il nous semble

juste de rappeler l'impératif de justice et le Devoir de mémoire qui constituent une barrière préventive de l'effritement de l'être social et de son sens des valeurs à une époque où la cohésion sociale est sans cesse menacée.

Le Président du jury,

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 5 Augu 2.16

Le Doyen

Pr. F. HUET

## **Bibliographie**

- **1.** Al Saad Egbariah A. Effet psychique de la demande d'asile. Dialogue, 2003 ; 4 (162) : 101-112.
- 2. Anzieu D., le Moi-Peau. Ed. Dunod; 1998.
- **3. Association Primo Levi**. Pas à pas, première consultation. In Mémoires mai-juin 2001 (14-15): 6-7.
- **4. Auxéméry Y., Houbre B., Carnio C.** Douleurs chroniques et traumatisme psychique. Données épidémiologiques, discussions cliniques et psychopathologiques. Stress et trauma 2010; 10 (2): 91-99.
- **5. Bar-On D., Eland J., Kleber R**. Multigenerational perspectives on coping with the holocaust experience: an attachment perspective for the developmental sequelae of trauma across generations, International journal of Behavioral Development, 1998/92: 315-338.
- **6. Barrois C., Pailler J.L., Brinquin L**. Traumatisme somatique et traumatisme psychique, la dialectique du tragique singulier et du biologique, Enjeux Psychiques et Humains. Agressologie, 1990; 31 (9): 579-584.
- **7. Barrois** C. Les névroses traumatiques ; Ed Dunod 2<sup>ème</sup> édition ; Liège ; 1998.
- **8. Barrois** C. Le traumatisme second : le rôle aggravant des milieux socio-professionnels, familial, médical, dans l'évolution du syndrome psychotraumatique. Annales médico-psychologiques, août-sept 1998 ; 156 (7) : 487-491.
- 9. Bion W. Aux sources de l'expérience (1962). Paris : PUF ; 1979.
- **10. Biznar-Chahraoui K**. Aspects chroniques des névroses traumatiques, logique traumatique et relation à la médecine. 1996 ; Nervure, 10 (4), 15-21.
- **11. Bon M.** Le psychiatre errant, les errances de la psychiatrie. Séminaire de recherche clinique national de l'ORSPERE ; 23-25 sept. 1999.
- **12. Boukobza C., Bernard B., Mansouri M**. Bébés précaires. Comment les accueillir ? In : Douville O. Clinique psychanalytique de l'exclusion. Dunod ; 2012.
- **13. Bowlby J.** Attachement et perte. Paris : PUF, Le fil rouge ; 1985.
- **14.** Boyet R., Garot M., Achard L. Enfance, migration et précarité : le lien à l'épreuve de l'exil. In : Furtos J. Les cliniques de la précarité. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson ; 2008.
- **15. Breart G. Puech F. Roze J.C.** Vingt propositions pour une politique périnatale. Conclusions de la Mission périnatalité. Paris : Ministère chargé de la santé ; 2003.

- **16. Briole G., Lebigot F., Lafont B**. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris : Masson ; 1994.
- **17. Byldowski M.** La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la grossesse. Paris : PUF ; 1997.
- **18. Cadart M.L**. La vulnérabilité des mères seules en situation de migration. In : Dialogue 1/2004 (163) : 60-71.
- **19.** Cardena E. The domain of dissociation. In: Lynn S.J.&Rhue J.W. (eds) Dissociation: clinical and theorical perspectives. New-York, USA: The Guilford Press, 15-31; 1994.
- **20.** Castel R. L'insécurité sociale Qu'est-ce qu'être protégé ? Le Seuil, Politique ; 2003.
- **21. Chahraoui K., Besse P.** La consultation psychologique spécialisée pour les victimes de traumatismes psychiques. Ann. Méd-Psychol., 2000; 158, 5, 379-384.
- **22.** Colin V., Furtos J. La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine. In : Joubert M., Louzoun C. éds. Répondre à la souffrance sociale. Erès ; 2005.
- **23.** Convers M., Langeron A., Sass C. Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique. In : Gynécologie, obstétrique&fertilité. 2012/40 (4) : 208-212.
- **24.** Crocq L., Saihlan M. et Barrois C. Névroses traumatiques. Névroses d'effroi. Névroses de guerre, EMC ; 1983 : 37329 A 10.
- **25.** Crocq L. Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles ; 1992. Psychologie Médicale, 24, 5, 427-432.
- **26.** Crocq L. Stress, Trauma et Syndrome Psychotraumatique. 1997 ; Soins Psychiatrie, 188, 7-13.
- **27.** Crocq L. Le trauma et ses mythes. 1993 ; Psychologie Médicale, 25 (10) 992-999 In Crocq L. (1997).
- **28.** Davidson J., Roth S., Newman E. Fluoxetin in PTSD. Journal of traumatic stress.1991; (4): 419-423.
- 29. Davidson J. Drug therapy of PTSD. British Journal of Psychiatry 1992; (160): 309-314.
- **30. Devereux G.** Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard ; 1970.
- **31. Devereux G**. Ethnopsychanalyse complémentariste (1972). Paris : Flammarion ; 1985.

- **32. Dheret J**. Le besoin d'anonymat. In : Furtos J. Les cliniques de la précarité. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson ; 2008.
- **33. DSM IV-TR**: Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association. Trad. Guelfi J.D. Paris: Masson; 2000.
- **34. Ducrocq F., Vaiva G., Cottencin O**. Approches psychopharmacologiques de l'état de stress post-traumatique. Revue francophone du Stress et du Trauma, 2001; 1 (2): 65-132.
- **35. During E**. Analyse du "trouble dissociative de type transe et possession" proposé à l'étude par le DSM-IV. Etude des aspects nosologiques, épidémiologiques, cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques liés à cette éventualité diagnostique. Th. : méd. Paris VII : 2008.
- **36. Fareng M., Plagnol A.** Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose. PSN 2014/4 (12) : 29-46.
- **37. Favret-Saada J.** Etre affecté. Gradhiva, Revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie, 1990 ; 8.
- 38. Ferradji T. Les enfants de l'aube. Fécondité et infertilité au Maghreb. Prismes, 1999 ; 28.
- **39. Ferradji T.** Enfants venus d'ailleurs : accueillir et soigner. Enfances et psy 2010/3 (48).
- **40. Ferreri M.** Psychotraumatismes majeurs. Confrontations psychiatriques, avril 2012; (51).
- **41. Foa E.B., Steketee G., Rothbaum B.O.** Behavioral cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. Behavior Therapy. 1989/(20): 155-176.
- **42. Fonagy P. Steele H.** The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment; 1991. In: Infant Mental Health Journal. 1991/12 (3); 201-220.
- **43. Forbes D., Lockwood E., Elhai J.D**. An evaluation of the DSM-5 factor structure for posttraumatic stress disorder in survivors of traumatic injury. In: Journal of Anxiety Disorders; 2015/29: 43-51.
- **44. Frenisy M.C.** Traumatisme cranien grave, traumatisme psychique et facteurs d'ajustement psychologique. Th. Psychologie clinique et psychopathologie Dijon 2001.
- **45. Freud S., Breuer J.** (1895). Etudes sur l'hystérie. PUF : Paris ; 1967.
- **46. Freud S**. Psychopathologie de la vie quotidienne (1901). Paris : Payot ; 1973.
- 47. Freud S. Au delà du principe de plaisir. (1920) Paris : Payot ; 1973.
- **48. Freud S**., cité par Crocq L. In : Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles ; 1992. Psychologie Médicale, 24 (5) 427-432.

- **49. Freud S**. Malaise dans la civilisation (1929). Paris: PUF; 1971.
- **50. Furtos J**. Quelques particularités de la clinique psychosociale. Soins psychiatrie, 1999. 204 : 11-15.
- **51.** Furtos J. Epistémologie de la clinique psychosociale. La scène sociale et la place des psy. In : Pratiques en santé mentale, 2000/1.
- **52.** Furtos J., Laval C. La santé mentale en actes. Ramonville-Sainte-Agne : Erès ; 2005.
- **53. Furtos J.** Le syndrome d'auto-exclusion. In : Furtos J. Les cliniques de la précarité. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson ; 2008.
- **54.** Furtos J. Etre dérangé par le social. In : Furtos J. Les cliniques de la précarité. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson ; 2008.
- **55. Furtos J**. Présentation. In : Furtos J. Les cliniques de la précarité. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson ; 2008.
- **56. Furtos J**. L'apparition du sujet sur la scène sociale et sa fragilité : la précarité de la confiance. In : Furtos J. Les cliniques de la précarité. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson ; 2008.
- **57. Gayral-Taminh M., Daubisse-Marliac L., Baron M.** Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Fev2005/34 (1) : 23-32.
- **58. Giami I**. Recherches ethnologiques sur les maternités de femmes africaines en milieu hospitalier parisien. Mémoire de maîtrise d'ethnologie. Paris : Université de Paris X ; 1987.
- **59. Haute Autorité de Santé**. Troubles anxieux graves. 2007.
- **60. Hernandez S**. Mise en place d'un dispositif d'accueil et de prise en charge de victimes d'événements de guerre : l'expérience dijonnaise à partir d'observations cliniques. Mém. : méd. Dijon : 2001.
- **61. Houzel D.** Les enveloppes psychiques. Paris : Dunod ; 1987.
- **62. Irago D.** Le demandeur d'asile aux prises avec le dehors et le dedans. Cliniques, 2011 ; 2 (2) : 138-162.
- **63. Jablensky A., Kendell R.E.** Criteria for assessing a classification in psychiatry, In : Maj M., Gaebel W., Lopez-Ibor J.J. Psychiatric diagnosis and classification, John Wiley&Sons, Ltd; 2002.
- **64. Jablensky A., Kendell R.E.** Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J. Psychiatry, 160: 4-12; 2003.

- **65. Jamoulle P.** La proximité. In : Furtos J. Les cliniques de la précarité. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson ; 2008.
- 66. Janet P. L'automatisme psychologique. (1889) Paris : Odile Jacob ; Rééd. 1998.
- **67.** Kaës R., Anzieu D. Une différence de troisième type. In : Différences culturelles et souffrance de l'identité. Paris : Dunod, 1998.
- **68.** Karadja F. Z., Korso Bioud N. Violences, les possibles réparations Insaniyat, 10/2000 ; 45-53.
- **69. Kessler C., Sonnega A., Bromet E**. Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 1995; 52 (12): 1048-60.
- **70.** Lachal C. Le partage du traumatisme: contre-transferts avec les patients traumatisés. Grenoble : Pensée sauvage ; 2006.
- **71.** Lachal C. Le partage du traumatisme : comment soigner les patients traumatisés. Le journal des psychologues, dec 2007-jan 2008/(253).
- **72. Lachal C**. Le Minotaure. L'Autre, 2009 ; 10 (2) : 132-136.
- **73.** Lamour M., Barraco M. Les représentations du bébé en souffrance chez les soignants : penser l'impensable. Devenir, 1997 ; 9 (1) : 33-58.
- 74. Laplanche J. et Pontalis J.B. Vocabulaire de la psychanalyse; PUF; 1967.
- **75. Lebigot F.** La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. 1997 ; Ann. Méd-Psychol. 155, 8, 522-526.
- **76.** Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques: Clinique et prise en charge. Paris : Dunod. 2005.
- 77. Lebovici S. Le bébé, le psychanalyste et la métaphore. Paris : Odile Jacob ; 2001.
- **78. Lefeuvre V**. De l'accompagnement prénatal à la naissance de l'enfant, le transculturel convoqué autour du berceau. Séminaire d'introduction à la clinique interculturelle « Périnatalité et interculturalité », Paroles sans frontières, le 19 janvier 2007.
- **79.** Legendre P. Leçon IV. L'inestimable objet de la transmission. Etude sur le principe généalogique en Occident. Paris : Fayard ; 1985.
- **80. Lejeune C.** Périnatalité et précarité : réduire les risques grâce aux réseaux ville-hôpital. Devenir 2000/12 (2) : 31-54.
- **81.** Louboff F. J'aimerais tant tourner la page. Les arènes ; 2008.
- **82.** Louville P. Psychotraumatisme et réanimation. MAPAR 2004.

- **83.** Maqueda F. L'accès au soin psychique pour le demandeur d'asile : position soignante, position citoyenne. L'Autre, 2005 ; 6 (1) : 103-111.
- **84. Mestre C., Moro M. R**. Comment sommes-nous devenus si inhospitaliers? L'Autre, 2005; 6 (3): 411-415.
- 85. Mestre C. Pour un engagement professionnel et citoyen. Rhizome, 2005 ; 21.
- **86. Mestre C., Gioan E.** Parentalité en danger : la situation des mères gravement traumatisées. Enfances&Psy 2010 (3) : 33-44.
- 87. Molénat F. Mères vulnérables. Les maternités s'interrogent. Paris : Stock ; 1998.
- **88. Moro M.R**. Des interventions psychiatriques en situation de crise : épistémologie critique. In : Moro M.R. Nathan T. Le bébé migrateur, spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. In : Lebovici S., Weil-Halpern F. (Eds) Précis de psychopathologie du bébé. Paris : PUF ; 1989.
- 89. Moro M.R. Parents en exil, psychopathologie et migration. Paris: PUF; 1994.
- **90. Moro M.R.**, Lebovici S. Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme. Paris : PUF ; 1995.
- 91. Moro M.R. Lachal C. Introduction aux psychothérapies. Paris : Nathan ; 1996.
- **92. Moro M.R.** in Baudet T. et Moro M. R., 2003 Baudet T., Moro M.R. Psychiatrie et migration. Paris: Masson; 2003.
- **93. Moro M.R., Réal I., Lachal C**. Perspectives pour les équipes de maternité, de petite enfance et de psychiatrie périnatale. In : Moro M.R., Neuman D., Réal I. Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 2008.
- **94. Moro M.R., Baubet T., H. Romano.** Le jeu chez l'enfant victime d'événements traumatiques. Ann. Méd-Psychol. Revue psychiatrique. Nov2008/166 (9): 702-710.
- **95. Moro M.R.** Une pratique irrespectueuse: la prise en charge transculturelle des parents migrants et de leurs enfants ; 2009.

http://www.marierosemoro.fr/index.php?option=com\_content&task=view&id=21&Itemid=28

- **96. Nathan T.** Trauma et mémoire. Nouv. Rev. Ethnopsychiatrie; 1986; (6): 7-18.
- **97.** Neuman D. Fabriquer du lien humain. In : Moro M.R., Neuman D., Réal I. Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 2008.

- **98.** Nugere V. Réflexions sur les soins dispensés aux demandeurs d'asile présentant des troubles psychotraumatiques : à propos d'une expérience de groupe de parole. Th. : Méd. Dijon 2013.
- 99. Ouss-Ryngaert L. Bébés et traumas. Grenoble : la pensée sauvage ; 2006.
- **100. Panaccione E.** Maternité à l'épreuve de l'errance migratoire in Le journal des psychologues ; 312/nov 2013.
- **101. Pestre E**. Anna, un sujet en quête d'asile. Les effets psychiques du système politique sur le réfugié et son thérapeute. La formation psychiatrique, juin-juillet 2008 ; 84 (6).
- **102. Plessia F**. Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires. Psychothérapie des victimes. Paris : Dunod, 1998.
- **103. Poupel A**. La prise en charge de la souffrance psychologique des demandeurs d'asile. Th. : Méd. Dijon 2006 ; 203.
- **104. Quattoni B., Mestre C.** Contre-transfert et scénario émergent dans les psychothérapies de mères traumatisées : à propos d'un cas. In Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Juin-Juillet 2008, 56 (4) : 206-210.
- **105.** Rauscher C., Miege-Monloubou C., Danet F. A propos du rôle des certificats médicaux dans la clinique auprès des demandeurs d'asile. In : Furtos J. Les cliniques de la précarité. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson ; 2008.
- **106. Rigaux N**. Des individus dans la ville. In : Santé mentale ville et violence. ERES/OBVIES/Université de Paris VIII, coll. Questions vives sur la banlieue ; 2003.
- **107. Rochette J.** Précarité et périnatalité précoce : 40 jours pour transformer le désordre aléatoire en « chaos organisé ». In : Furtos J. Les cliniques de la précarité. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson ; 2008.
- **108. Roussillon R**. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. Congrès international de l'ONSMP-ORSPERE. Lyon : La santé mentale face aux mutations sociales, 2004.
- **109.** Roussillon R. Les situations de l'extrême et la clinique de la survivance psychique. In : Furtos J., Laval C. La santé mentale en actes. Ramonville-Sainte-Agne : Erès ; 2005 : 225-235.
- **110. Roussillon R**. La loi du plus faible : les stratégies de survie. In : Furtos J. Les cliniques de la précarité. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson ; 2008.
- **111. Sabouraud-Séguin A**. Traitement cognitivo-comportemental du stress post-traumatique. Psychothérapies des victimes. Paris : Dunod, 1998.

- **112. Shalev A. Y., Freedman S., Peri T.** Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. American Journal of Psychiatry 1998: 155 (5): 630.
- **113. Sironi F**. La question de la transmission du traumatisme chez les victimes de torture. Psychologie Française. 1991; 36 (4): 371-383.
- **114. Stora J.B**. Quand le corps prend la relève : stress, traumatismes et maladies somatiques. Paris : Odile Jacob ; 1999.
- **115. Tabary J.J.** psychiatre au CPA (Ain) au cours de la 5<sup>ème</sup> journée du réseau Samdarra (Santé mentale, précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes) : Récits et paroles de migrants en quête d'asile : Quels enjeux ? Quels effets sur la santé mentale ?; 18 octobre 2012.
- **116.** Van der Kolk B., Dreyfuss D., Michaels M. Fluoxetin in PTSD. Journal of clinical psychiatry.1994; 55 (12): 517-522.
- **117. Veïsse A**. Etat actuel de l'accueil et des soins aux étrangers malades en France. L'Autre, 2009 ; 10 (2) : 146-155.
- **118.** Villien P. Sens et intérêt de l'intervention hypnotique dans les états psychotraumatiques. In : Michaux D. Hypnose et dissociation psychique. Paris : Imago ; 2006.
- **119. Vincent M.C**. Médecin responsable EMPP CH La Chartreuse, Dijon. Communication de la journée de formation autour de la précarité, avril 2016, Dijon.
- **120.** Winnicott **D.W**. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot ; 1969.
- **121.** Winnicott D.W. Jeu et réalité, l'espace potentiel. (1971) Paris : Gallimard ; 1975.
- **122. Wresinski M. J**. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport au Conseil économique et social. Journal officiel du 28 février 1987.

ASPECTS DE PERINATALITE CHEZ DES FEMMES MIGRANTES **EXPOSEES AUX TRAUMATISMES PSYCHIQUES** 

Camille DELAHOUSSE

Ce travail tente d'approcher sous différents angles le vaste champ du traumatisme psychique,

et plus particulièrement celui des jeunes mères en situation d'exil.

Nous nous sommes penchée sur la place déterminante occupée par la souffrance psychique

d'origine sociale des ces patientes confrontées à des situations de grande précarité. La prise en

compte des déterminants psychosociaux nous apparaît primordiale dans la prise en charge de

ces patientes, et le travail soutenu en réseau indispensable à un mieux-être de ces patientes et

de leurs bébés.

Nous avons pu montrer que l'exil en lui-même et ses conséquences en termes de

déracinement, d'isolement, de pertes de repères culturels viennent « surajouter du

traumatisme au traumatisme » et peuvent étouffer les compétences maternelles de ces jeunes

patientes.

Un aperçu est donné de ce qui se joue pour ces patientes et leurs bébés lors des temps de la

grossesse, de l'accouchement et des premières interactions; cette étude montre ce qui peut

compliquer ces jalons forts de la relation mère-enfant, mais aussi ce qui peut les soutenir ; les

outils de la prise en charge transculturelle peuvent permettre d'élaborer des stratégies de

prévention.

MOTS-CLES: PSYCHOTRAUMATISME - PRECARITE - MIGRATION - CULTURE - PERINATALITE -

**MATERNITE**