

mémoires

An illustration in a sketchy, painterly style. A woman with dark hair tied back is shown from the chest up, holding a young child. She is wearing a sleeveless top with a red and green floral pattern. The child is wearing a teal-colored outfit. The woman's eyes are closed, and she has a gentle expression, suggesting a moment of affection or protection. The background is a textured, light brown color.

DOSSIER

Mal de mères

La maternité
en exil

CENTRE
PRIMO LEVI
VIVRE APRÈS
LA TORTURE

REVUE D'INFORMATION

N° 71
DÉCEMBRE 2017

prix : 8 €

Édito

MARE NOSTRUM

D'abord la mer monte.
La mer c'est le désir.
Désir de vie ou de mort.
Et puis l'enfant s'annonce qui
vient d'ailleurs.
Il s'avance fragile à la frontière de
l'humanité, dans le ventre de sa mère.
Alors commence une histoire entre la
mère et l'enfant, une histoire qui, quoi
qu'il arrive, aura lieu, quelle que soit
l'histoire et quel que soit le lieu.
Alors la mère parle.
Elle parle une langue intime et
inconnue, une langue vivante, une
langue de signes et de présages; cette
langue est l'origine du monde, cette
langue est une chanson.
C'est une chanson d'accueil, c'est un
chant de bienvenue.
L'enfant l'écoute, il sait qu'il existe
aux yeux de sa mère, bientôt il pourra
exister aux yeux du monde.
Parfois cet accueil n'a pas lieu
parce qu'à cette femme, la violence a
coupé la parole.
La violence est entrée au cœur
du lien intime qui unit une femme à
son enfant. La violence est partout
chez elle.
À cette violence, une patiente du
Centre Primo Levi répond, et cette
réponse c'est la liberté.
Dans un très beau récit d'Omar
Guerrero une de nos patientes retrouve
avec l'aide des soignants du Centre
Primo Levi la liberté de choix et de
conscience et décide de parler à son
bébé, de lui chanter des comptines, de
le cajoler; il est issu de la violence mais
elle l'accueille, elle fait le pari de l'espoir
et de la paix, par et pour son enfant.

Le désir, la parole, la liberté,
l'espoir, voilà de quoi est tissé le
couffin de cet enfant, et voilà
peut-être ce qui nous guide au milieu
de toute cette violence.
Pour nous qui militons pour
un accueil inclusif des exilés venus
chercher refuge dans notre corps
social, pour nous qui affirmons que
l'exil est, comme la naissance d'un
enfant, dans la nature même de
l'humanité, ces textes sur la
maternité sont de puissants sujets de
réflexion sur le pouvoir symbolique et
concret de l'accueil.
La mer Méditerranée, enfin.
Chaque jour dans le ventre chaud de
la mer Méditerranée, dans le berceau
de notre civilisation, des hommes, des
femmes et des enfants se noient. C'est
un crime collectif dont la violence est
telle qu'elle nous aveugle, un crime qui
nous fait basculer de la civilisation
à la barbarie, sans délai ni préavis.
Une civilisation se noie dans l'eau
qui lui a donné la vie.

Nous sommes nombreux en ce
moment, dans le monde associatif, à
tenter de bâtir une union pour que
notre société, si riche, si belle, arrête
ce naufrage et mette son immense
talent collectif au service du respect et
de la protection des personnes les plus
fragiles, incarnées dans ce numéro de
Mémoires par ces mères en exil.

Amis du Centre Primo Levi, nous
connaissons votre engagement
et votre générosité; vous pouvez
continuer à nous aider, vous pouvez
contribuer à ce mouvement en
donnant, en cliquant, en relayant, en
agissant, en parlant autour de vous.
Soutenez-nous!

*Antoine Ricard,
Président du Centre Primo Levi*

Centre Primo Levi

107, avenue Parmentier
75011 Paris
www.primolevi.org

Directeur de la publication:
Antoine Ricard

Rédactrice en chef: Marie Daniès

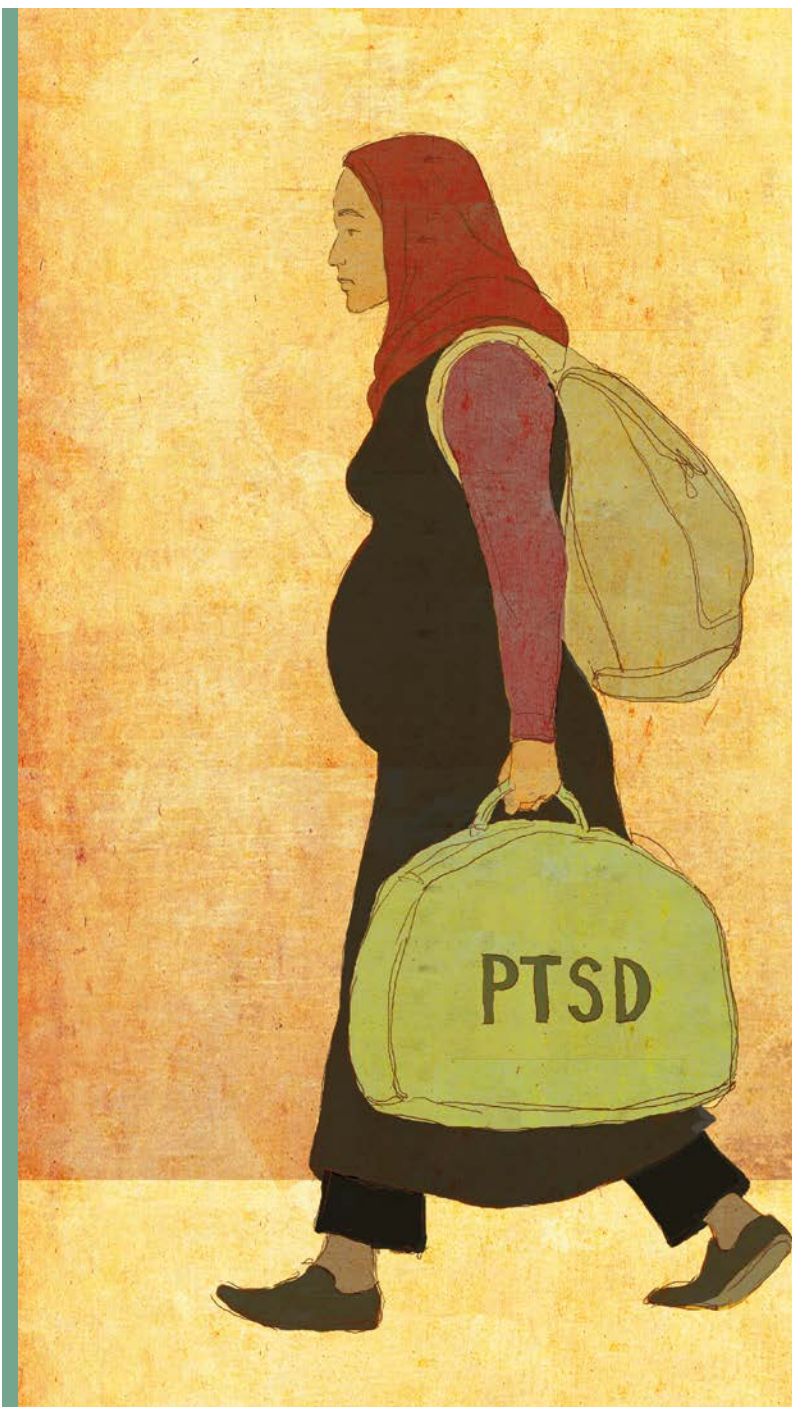
Comité de rédaction:
Sibel Agrali, Claudine Claux,
Omar Guerrero, Aurélia Malhou,
Eléonore Morel, Élise Plessis,
Jacky Roptin et Joséphine Vuillard

**Ont également participé à ce
numéro:** Armando Cote, Marine
Cadorel, Jean Ebert, Agnès Delage,
l'équipe du Dapsa, Nathalie Leroux
et Carlos Ruiz Eldredge

**Les œuvres illustrant ce numéro
sont de:** Jean-Christophe Lie

Conception/réalisation:
advitam | advitam.org | 01 53 17 30 40
Imprimeur: Imprimerie Jean-Bernard
ZA Ravennes les Francs
Rue d'Amsterdam - 59910 Bondues
Dépôt légal: décembre 2017
ISSN 1763-5985
Revue d'information -
3 numéros par an

Sommaire



DOSSIER

Mal de mères
La maternité en exil

P. 4

Tisser le lien mère-enfant au
fil du temps

P. 5

Mal de mères

P. 8

Maternité en exil

P. 10

Chemin faisant

P. 12

Accompagner la maternité
des femmes en demande
d'asile

P. 14

Que veux dire « être mère » ?

ENFANTS & FAMILLES

P. 16

Être une femme et
devenir mère après
les violences

ENFANTS & FAMILLES

P. 18

Papa
où t'es ?

E(N)CART

P. 19

5+8=3

Tisser le lien mère-enfant au fil du temps

À en croire certains discours véhiculés, il n'y aurait rien de plus naturel que de devenir mère. Aimer, protéger, subvenir aux besoins de son enfant relèverait de son instinct maternel. De nos jours, ce mythe entretenu depuis des générations pousse la culpabilité des femmes au point de ne pas se sentir « suffisamment » mères. Bonne mère ! Telle une belle publicité, la nouvelle

maman se dévouerait avec amour, douceur et patience aux besoins identifiés et compris de son bébé. Et si par malheur, il lui venait l'idée de différer de cette belle figure, voire de ne pas s'attacher ou s'accorder à son enfant, c'est l'indignation assurée !

Mettre au monde ne rend pas mère. Certaines femmes y parviendront dès la naissance, d'autres un peu plus tard et certaines peut-être jamais. D'autres encore deviendront mères et oublieront qu'elles sont femmes. Faut-il délaissier la femme pour être mère ? Que l'on soit victime de violences ou non, ces questions se posent. Mais la difficulté à vivre sa grossesse ou à créer un lien peut être interrogée lorsque ce qui faisait sens a été violemment écrasé par des menaces, des actes de torture, des conflits

armés ou encore des violences sexuelles. Réussir à fuir pour sauver sa vie n'est que le début. Les femmes, surtout si elles s'échappent seules, peuvent vivre des parcours d'exil où elles seront la cible de nouveaux abus. À leur arrivée en France, c'est la précarité qui les attend. Comment devenir ou être à nouveau mère quand on a perdu sa place de femme ou sa fonction de mère ? Comment rêver son enfant quand on occupe ses journées à chercher un logement, de quoi se nourrir, une protection ou éviter une expulsion ?

Toutes les femmes victimes de violences politiques ne traversent pas pour autant une grossesse difficile. Certaines vivent bien leur maternité et retrouvent un souffle

de vie lors de la venue d'un nouvel être. Mais nous avons choisi d'axer notre réflexion sur celles qui éprouvent des difficultés à investir une grossesse ou un enfant.

La complexité pour le personnel soignant qui accompagne le lien mère-bébé à l'hôpital ou en centre de Protection Maternel et Infantile est de ne pas se laisser envahir par le traumatisme vécu par la patiente. Car ces femmes amènent avec elles toute leur histoire, qu'elle soit dite ou tue. Cette irruption au sein d'une consultation peut rendre l'échange et la transmission délicats. Si la prise en charge du traumatisme n'est pas l'objectif premier, il est cependant pris en compte afin d'offrir, le temps d'une grossesse ou d'un accompagnement mère-bébé, un espace de sécurité. Ce



Mal de mères

Par Omar Guerrero

Quelques réflexions cliniques sur les difficultés et les particularités d'être mère dans un contexte post-traumatique et d'exil forcé.

Contrairement aux animaux, la famille chez l'être humain ne peut pas se réduire au biologique, à une simple transmission de matériel génétique, à une fonction de survie de l'espèce. Elle est plus complexe.

Depuis que l'humain s'est mis à parler, qu'il a forgé des outils et des mots, la famille est devenue un groupe ordonné par la parole. Dans celui-ci, chaque membre a une place et un rôle bien définis qui relèvent du social (du symbolique), quel que soit le contexte, patriarcal ou matriarcal.

L'histoire, la sociologie ou encore l'anthropologie et l'ethnologie nous montrent que du côté paternel, les fonctions biologique et symbolique peuvent être disjointes. Ainsi un homme peut-il être le géniteur d'un enfant – père biologique – et une autre personne, homme ou femme d'ailleurs, peut-elle assumer la fonction de père social, place d'autorité symbolique qui participera à élever l'enfant.

Mais du côté maternel, le constat est tout autre : malgré des situations exceptionnelles, la mère incarne la part biologique, son propre corps change pour accueillir l'enfant à naître et pour le nourrir ensuite. Mais elle représente aussi la part, disons, sociale puisque c'est elle qui va autoriser un tiers à intervenir auprès de l'enfant, parce que c'est elle qui personnifie d'emblée les missions dites de protection et

d'éducation, qu'elle partagera ensuite avec d'autres adultes auprès de l'enfant. Cette inscription sociale et ces places dans la famille, nos patients au Centre Primo Levi nous en parlent et ils témoignent de sa rupture, de leur dislocation. Ils racontent leurs blessures psychiques et physiques, les conséquences dévastatrices de la torture et de la violence. Ils évoquent la disjonction du lien social, la perte d'un statut (au travail, dans la famille...) et ce sont ces mêmes places symboliques qui constitueront les leviers thérapeutiques d'une prise en charge. En d'autres termes, le fait d'occuper à nouveau l'une des dites places, donne au patient un appui pour redevenir sujet.

Nous entendons par exemple le cas d'hommes qui, ayant obtenu un statut de réfugié, pouvaient se priver de nourriture pour envoyer une petite somme (symbolique donc) aux enfants restés au pays. Et nous avons souvent constaté les bienfaits pour ces hommes qui se sentaient à nouveau en règle, à leur place de pères, même à des milliers de kilomètres.

Serait-ce pareil pour les mères ? Pas tout à fait. Nos patientes nous disent combien cette part symbolique ne couvre pas tout, elle n'est pas suffisante. Il leur faudrait voir l'enfant, le toucher, le soupeser, le voir bouger, lui donner à manger et l'habiller pour avoir la certitude qu'il va bien. Pour elles, qui sont séparées de leurs enfants

lieu physique contenant que peuvent être ces institutions favorise le rétablissement d'un lien de confiance rompu par la violence. Ce n'est qu'à partir de là que l'enfant pourra être rêvé, imaginé, désiré.

Outre les mécanismes psychiques en jeu dans la maternité des femmes victimes de violences et la prise en charge de leur grossesse, nous avons souhaité présenter deux dispositifs d'accompagnement qui favorisent le lien mère-enfant ou parents-enfants. Sans oublier de laisser une place physique et/ou symbolique à ces pères qui permettent à l'enfant d'entrer dans un jeu métaphorique.

Marie Daniès, rédactrice en chef

suite aux violences, envoyer de l'argent (puisque cela ne couvrirait que le volet symbolique) n'est pas une manifestation de présence suffisante.

Qu'est ce qui se joue alors du côté maternel ? Quels sont les effets de la violence sur la maternité ? Pour évoquer les séquelles psychiques, nous devons considérer des problèmes distincts selon que les événements traumatiques ont eu lieu avant ou après qu'une femme ne soit devenue mère.

S'il y a eu effraction alors que la femme avait déjà des enfants, nous voyons combien son rôle est fragilisé : ces mères pensent souvent qu'elles n'ont pas réussi à protéger leur progéniture des dangers du monde adulte. C'est-à-dire que leur mission, disons « freudienne » (de faire écran par rapport au monde, de nuancer la crudité de la réalité, de filtrer et traduire pour l'enfant tout ce qui relève du sexe et de la mort), leur apparaît comme un échec.

La mère violentée pense qu'elle n'a rien pu faire pour contenir l'abus. Et l'outrage des corps frappe aussi la sphère symbolique, il a des conséquences psychiques pour le sujet et pour le social. Autrement dit, soutenu par l'impunité, l'acte violent vient pervertir l'ordre social : celui qui se trouve en position d'autorité aurait désormais tout le pouvoir, rien ne l'arrête, il jouit de tout ce qu'il veut et ses caprices ne répondent à aucune logique sociale.

Nous voyons de nombreuses mères dans ce cas-là, qui se vivent comme bancales, déprimées parce que leur seul statut reconnu est celui que nous appelions biologique. Elles n'existent que parce qu'elles sont génitrices.

Remarquons que c'est notre statut, notre qualité, qui autorise notre parole : nous parlons à partir d'une position pour être reçus par l'autre, par le semblable. Cela installe un cadre : un professeur autorise sa parole de sa place d'enseignant et c'est seulement dans ce cadre qu'elle sera reçue et audible par... des étudiants. S'il évoque un problème personnel ou d'un autre

domaine, qui concernerait un autre « statut », il serait mal reçu, incompris.

Nos patientes demandent, pour une grande majorité d'entre elles, une reconnaissance sociale en tant que « réfugiées » qui est certes un statut qui leur permettrait de vivre dans le social. Mais il rend la parole si difficile... En effet, quelle autorité tirer d'une expérience traumatique ? Quelle relation tisser avec un semblable si l'on se présente en tant que victime ? Quelle reconnaissance sociale ?

On en vient à cet autre statut qui vaut reconnaissance sociale, c'est la maternité. Leur parole de mères a une autorité. Cela fut le cas pour Fatou. Cette maman guinéenne de quarante ans avait perdu ses deux enfants à Conakry lors des représailles de l'armée contre son quartier. Elle-même, punie pour l'exemple devant ses voisins, n'avait réussi à fuir que trois semaines plus tard, moyennant une somme d'argent. Arrivée en France, elle a fait une demande d'asile. Pendant les deux ans qu'a duré son attente, elle a eu une place dans un foyer (CADA).

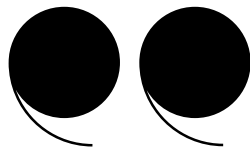
Lorsqu'elle a fini par obtenir son statut de réfugié, les professionnels qui nous l'ont adressée étaient déboussolés : depuis qu'elle était installée dans un appartement indépendant et alors qu'à leurs yeux tout devait aller mieux, elle montrait des signes graves de dépression. Nous avons réalisé ensemble qu'elle avait une nostalgie de cette place de « mama »,

comme elle disait, qu'elle avait au foyer. Elle y était reconnue en tant que mère, elle était une référence pour les autres, on venait lui demander conseil. Cette place symbolique lui avait permis de ne plus être « victime », de retrouver même des appuis que la torture avait enfouis et de réinvestir ainsi le jeu social.

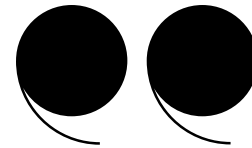
Différemment, lorsque les situations qui ont été traumatiques pour une femme ont eu lieu avant qu'elle ne soit mère, une autre difficulté s'ajoute au tableau. Que la grossesse soit due aux violences sexuelles ou pas, celles-ci ont une incidence sur la maternité qui se déroule en exil, loin de son entourage, loin du lieu où elle était reconnue à une place sociale et souvent loin de sa langue maternelle.

Dans ces situations-là, la magie de la conception, de la grossesse et de l'arrivée d'un enfant n'est pas toujours au rendez-vous. Comme si tous ces moments étaient préalablement « contaminés », surdéterminés d'une manière négative. En effet, comment faire confiance à l'autre, au semblable, après l'évènement traumatique ? Comment ne pas transmettre le sentiment de viol, d'effraction, si chaque intervention d'un tiers ou d'une autorité est vécue comme une répétition de l'abus venant renouveler l'intrusion ? Comment dès lors établir une solidarité entre les deux places parentales quand une première rencontre a été vécue comme brutale et sans parole ?

Dans de tels contextes, les soignants et autres professionnels jouent un rôle



L'outrage des corps frappe aussi la sphère symbolique, il a des conséquences psychiques pour le sujet et pour le social



Quelle relation tisser avec un semblable si l'on se présente en tant que victime ?

crucial. Le cadre dans lequel ils accueillent devient un lieu de confiance et ils peuvent accompagner ces femmes à retrouver d'autres appuis subjectifs : c'est-à-dire leur rappeler qu'elles ne sont pas que mères, elles sont femmes, elles avaient un métier, un savoir-faire, des projets... Et c'est seulement après, dans un deuxième temps, que ces mêmes professionnels peuvent parfois intervenir comme tiers entre la mère et l'enfant, pour contribuer à une meilleure articulation des places.

C'est ce qui est arrivé à Fanny, très jeune maman venue consulter avec son bébé né après les viols subis dans son pays. Elle rejette cet « étranger » qu'elle met sur la table comme un objet. Elle a peur de ce que l'enfant pourra lui demander plus tard. Elle évoque la haine, l'avortement impossible à cause des conditions de son voyage mais surtout en raison de ses convictions religieuses. En thérapie, Fanny

a mis plusieurs mois pour « apprivoiser » son enfant, pour enfin lui parler, lui faire une place. Elle s'est autorisée un jour à lui chanter des comptines dans sa langue maternelle. Puis sa « magie » a opéré : elle a d'une certaine manière adopté son propre enfant, elle s'est mise à dormir avec lui, à le porter tout le temps...

C'est à ce moment-là que pouvait intervenir la coupure, soutenue par les professionnels. Non plus une séparation d'abandon, comme un rejet de l'« enfant biologique », mais une séparation sociale : Fanny a accepté de mettre son enfant en crèche pour chercher un travail.

Alors que le traumatique désarticule les registres – c'est-à-dire qu'on ne distingue plus ce qui est réel et ce qui serait symbolique – Fanny a réussi à tisser les deux champs dans lesquels est présente une mère.

Si devenir mère apparaît pour beaucoup de nos patientes comme la seule voie pour s'accomplir en tant que femme, certaines de nos Fanny nous prouvent que cette voie n'est pas la seule et que leur féminité est autrement plus complexe, qu'elles sont capables d'investir d'autres champs, qu'elles peuvent être socialement reconnues en tant que beaucoup d'autres choses. Seulement il faut parfois une main (ou une oreille) tendue, un travail sur soi pour y parvenir.

Omar Guerrero
psychologue clinicien, psychanalyste

Il est connu que la grand-mère maternelle des sociétés matrifocales (aux Antilles par exemple) remplit ce rôle de « père social ». Mais d'autres contextes témoignent aussi bien de l'évolution de la famille (séparations, recompositions...) et permettent de repérer cette place.

Maternités en exil

Entretien avec Jean Ebert, psychiatre à l'Hôpital mère-enfant de l'Est parisien, sur l'accompagnement des futures mamans dont l'histoire peut ressurgir sur le lien à leur bébé.

Quels sont les troubles liés au traumatisme les plus fréquents que rencontrent ces femmes enceintes ?

Tout d'abord, les troubles rencontrés par ces femmes ne sont pas uniquement liés aux violences vécues au pays mais aussi à leur parcours d'exil qui est en soi traumatique et qui peut venir se cumuler aux précédents événements. À titre d'exemple, elles peuvent avoir des troubles dépressifs, de la personnalité, au sens de dépersonnalisation avec tout ce que cela implique comme dimension de clivage. Il existe une réelle déstructuration du moi qui nécessite du temps pour qu'il y ait une restauration d'une estime de soi. Et la culpabilité est très importante. Je me souviens d'une femme, étudiante militante, qui s'était fait arrêter par la police. Elle a subi des sévices et s'en est voulu d'avoir manifesté, comme si c'était elle la coupable. Cette dimension de la culpabilité se retrouve sous des modes différents dans pratiquement toutes les histoires. La nature des sévices peut par ailleurs jouer un rôle de gradient de gravité, comme peut l'être le viol en tant qu'arme de guerre, par exemple, engendrant ou non une grossesse. Mais il est nécessaire de rappeler que les violences physiques ne sont pas les seules à faire trauma. Ce peut être des menaces, des humiliations, de l'emprisonnement. Il existe des trahisons qui se rajoutent aux préalables... Quelle est celle qui va

faire mémoire traumatique? Ce n'est pas toujours celle que l'on croit.

Il faut regarder au cas par cas. C'est la meilleure solution au niveau clinique et thérapeutique. Deux histoires qui peuvent sembler similaires sur des faits ne produisent pas les mêmes conséquences traumatiques. Cela fait partie de la dimension humaine. Il y en a pour qui cela vient réveiller des traumatismes plus anciens et qui sont liées à des histoires familiales ou d'autres entièrement liées aux violences politiques. Il faut tenir compte de l'histoire singulière de la personne.

Comment vivent-elles cette maternité actuelle ?

L'histoire clinique de cette maternité est fondamentale et peut être très différente d'une femme à l'autre. Certaines sont enceintes d'un viol dans le contexte de violence au pays, d'autres pendant leur parcours, d'autres à leur arrivée en France. Ce sont des femmes extrêmement vulnérables. Une fois sur notre territoire, elles sont accueillies par une famille éloignée (une tante, une cousine...) ou par des compatriotes rencontrés. Des traumatismes peuvent alors s'ajouter car elles peuvent être victimes d'esclavagisme ou donner leur corps pour payer leur séjour. Dès qu'elles tombent enceintes, elles se font rejeter. On pourrait appeler cela un traumatisme de l'exclusion. Elles se retrouvent à la rue et finissent par arriver ici grâce à l'information d'organismes, d'associations ou de centres

de Protection Maternelle et Infantile. C'est souvent ce parcours-là.

La question, c'est celle du père! Elles se font séduire par un homme qui leur montre toute garantie de fiabilité et qui disparaît au moment de la grossesse. Elles sont à nouveau abandonnées et rejetées. Elles se retrouvent enceintes alors qu'elles peuvent déjà avoir des enfants au pays. Étant une relation hors-mariage, elles se retrouvent au ban de leur famille, au ban de la société. Cette dimension de l'isolement et du rejet, c'est en soi un traumatisme. Cela peut les conduire à de l'errance sur le sol français, avec cet enfant qu'elle porte et pour lequel il existe une très grande ambivalence.

Comment travaillez-vous alors ce lien ?

Il n'existe pas beaucoup d'alternatives. La priorité est de leur permettre de trouver un lieu de sécurité. Ce qui peut nous amener parfois à limiter ou à interdire des visites de certaines personnes de l'entourage ou à les médiatiser. La dimension contenante de l'hospitalisation leur permet de retrouver la possibilité d'être en lien avec des personnes bienveillantes. C'est une phase fondamentale et préalable à la prise en charge de la grossesse qui n'est pas sans répercussions sur l'équipe qui s'investit. La prise en charge doit être

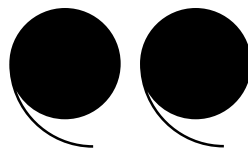
Dès qu'elles tombent enceintes, elles se font rejeter. On pourrait appeler cela un traumatisme de l'exclusion

pensée avec la séparation future. Cette dimension humaine est fondamentale car elle favorise, via des identifications à l'équipe pluridisciplinaire, une confiance qui permettra d'aborder l'actualité de la grossesse. Il faut que cet enfant prenne une place dans l'imaginaire de la femme enceinte, dans son discours et dans une

fratrie. Mais le cœur de notre métier n'est pas de soigner le traumatisme de ces femmes. Nous devons cependant en tenir compte pour les accompagner dans leur maternité et permettre de créer les liens d'attachement et d'accordage. Il ne suffit pas d'aimer son enfant, il faut aussi savoir s'en occuper, être à son écoute. Certaines femmes donnent des réponses inadaptées aux besoins physiques et psychiques ou à l'éveil psychomoteur de leur bébé. Nous avons suivi une jeune femme de 21 ans très abîmée par son histoire de vie... Après avoir été mariée, elle a été prostituée par son entourage. Cela a duré 3 ans. Et sa fuite ne l'a pas protégée car elle n'avait nulle part où aller. Elle s'est donc retrouvée à la rue, avec toutes les violences que l'on peut imaginer. Elle est arrivée enceinte et délabrée. Une fois l'enfant né, elle n'arrivait pas à l'investir. Il était pris dans une discordance car elle était très mature par certains aspects et totalement immature par d'autres. C'est un enfant qu'elle aime mais dont elle ne sait pas s'occuper. L'équipe a dû lui expliquer de manière récurrente les conséquences de son attitude sur son bébé, ce qui lui a permis d'être beaucoup plus attentive. Nous l'avons accompagnée dans cet accordage, à repérer la faim, le sommeil, à lui rappeler que ce n'est pas qu'une nourriture affective qu'il faut prodiguer mais de parvenir à être concordante avec le bébé et à lui donner un rythme. Cela relève de sa responsabilité à elle et de celle du père.

Prenez-vous en compte l'aspect culturel ou religieux de ces femmes dans votre prise en charge ?

Oui, même si je m'attendais à ce que les traditions interfèrent plus dans la relation de soin. Dans certaines cultures, toutes les femmes présentes sont possiblement des substituts de la mère, bien que cela s'exerce d'une femme à l'autre de façon très différente. Notre travail consiste aussi à faire le distinguo entre ce qui est traditionnel et ce qui est individuel. Quelle est la part du trouble du lien à l'enfant, qui apparaît comme un des aspects de leur culture et qui en réalité, ne l'est que partiellement ?



Nous devons tenir compte du traumatisme pour les accompagner dans leur maternité et permettre de créer les liens d'attachement et d'accordage

Lorsqu'une mère confie son bébé à une soignante, par exemple, l'enfant ne s'y retrouve pas, sauf si la mère l'accompagne dans ce lien à une autre. C'est arrivé dans le cas complexe d'une pathologie mentale où nous avons dû faire appel à un ethnopsychiatre. Nous nous réunissions toutes les six semaines dans le cadre d'une prise en charge collective de cette femme. L'animatrice faisait appel à des ancêtres, à des grigris, des objets fabriqués par quelqu'un du pays... Elle a impliqué les enfants aînés... Étonnamment, son symptôme délirant a progressivement été contenu au fil des séances. Elle était légèrement aidée par les neuroleptiques mais à eux seuls, cela ne suffisait pas. C'est une femme qui s'est toujours très bien occupée de ses enfants, qui voulait travailler. Cette forme de soutien a permis qu'elle retrouve son équilibre psychique qui avait été bouleversé par la naissance de son dernier enfant et d'apaiser ses relations avec ses aînés.

Comment composez-vous avec la précarité que peuvent connaître ces femmes ?

C'est là toute la difficulté. Si notre accompagnement se situe au niveau de l'actuelle grossesse, on ne peut ignorer la suite, une fois qu'elles sont en dehors de l'hôpital. Si nous avons la chance qu'une femme soit régularisable, nous l'orientons vers des centres maternels, des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, sinon c'est l'hôtel et le Samu social,

surtout celui de Seine-Saint-Denis. Nous organisons régulièrement des réunions avec le centre de PMI, la cellule Ademie Paris et l'Aide Sociale à l'Enfance pour anticiper les sorties et stabiliser au maximum ces familles. Il faut que les équipes extérieures puissent poursuivre l'accompagnement et leur donner des points de repère. Le processus de sortie dépend de l'état de santé de la mère et de l'enfant, mais aussi de la dimension sociale. Une fois, nous avons reçu une femme de 20 ans. Elle était enceinte de jumeaux issus d'un viol collectif. Elle s'est totalement désintéressée de sa grossesse mais a tout de même accouché dans de bonnes conditions. Lorsque les deux bébés sont nés, elle s'en est occupée mécaniquement. Elle était accordée, adaptée aux besoins des bébés, mais ne parvenait pas à s'attacher à eux. À partir du moment où ils ont commencé à se manifester, au bout d'un mois et à être en interaction, nous avons remarqué que son attitude changeait. C'est à ce moment qu'elle a obtenu une place en CADA et qu'elle est partie. Nous sommes dans l'ignorance de ce qui s'est passé par la suite, si elle a pu investir ou non ses enfants. Par moments, la dimension du soin est obstruée par la dimension sociale. Mais si elle avait pu rester pour être accompagnée dans son lien, aurait-elle eu une stabilité sociale à la sortie ? Il faut parfois prendre en compte tous les paramètres qui peuvent faire soin.

Propos recueillis par Marie Daniès, rédactrice en chef

Chemin Faisant

Par l'équipe du Dapsa

Comment dépasser le symptôme pour entendre la souffrance ? Pour le Dapsa, il s'agit surtout d'accompagner l'élaboration d'une demande. Eclairage sur ce réseau d'appui à la périnatalité.

Le Dapsa (dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires) est un réseau de santé francilien dont l'objectif est de favoriser l'accès aux soins de familles en situation « complexe » de la période prénatale aux trois ans de l'enfant.

Dans certaines situations, il propose un soutien direct aux familles, notamment via son équipe mobile, mais il vient aussi et surtout en appui aux professionnels intervenant auprès de celles-ci.

Une situation peut être dite « complexe » pour différentes raisons, qu'elles soient liées aux patients (mobilité géographique, rejet des propositions de soins, non-demande, manque d'assiduité, difficultés à prendre des décisions ou à formuler une demande, troubles relationnels...) ou aux professionnels (manque d'informations ou de connaissances, représentations, difficulté dans le travail en partenariat, absence de continuité...). À cela s'ajoute souvent l'accumulation des problématiques – médicales, sociales, psychiques... Par ailleurs, le désordre inhérent à ces familles se rejoue souvent au sein des équipes et dans les relations entre partenaires, rendant plus difficile l'accompagnement.

L'appui proposé par le Dapsa revêt différentes formes. Il vise à ce que l'ensemble des professionnels intervenant auprès des parents et/ou des enfants (travailleurs sociaux, éducateurs,

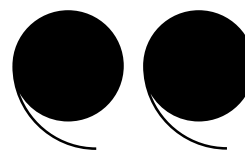
soignants...) travaillent conjointement. Pour chaque famille, ces professionnels rassemblés en un « groupe soignant » évaluent ensemble la situation et élaborent un projet d'accès aux soins individualisé. Cette prise en charge tient compte des enjeux, missions et capacités de chaque structure ainsi que les besoins et possibilités des parents et des enfants. Le réseau Dapsa vise donc à créer un espace de réflexion pluridisciplinaire, sans pour autant se positionner en tant que coordinateur pilote.

À l'origine, le projet d'accès aux soins du Dapsa s'est construit autour de parents repérés comme souffrant d'une addiction suffisamment problématique pour mettre en péril leurs compétences. Nous avions conscience que l'addiction était davantage une conséquence des troubles présentés par la personne et que l'orientation devait tenir compte de cet élément.

Face à l'échec d'une prise en charge pourtant adaptée des partenaires, nous sommes partis du concept de soin « acceptable ». La question était la suivante : s'il n'est pas possible de travailler d'emblée sur l'addiction elle-même, quelle approche de soin adopter (étant entendu que nous considérons le terme « soin » dans une acception large, plus proche du « care » que du « cure ») ? Dans quel type de structure cette personne acceptera-t-elle que l'on prenne soin d'elle ? Car l'une des plus

grandes difficultés que nous ayons, nous professionnels des champs sanitaire et médico-social, est de supporter que l'autre ne veuille pas de notre aide.

D'autre part, nous devons faire face au risque d'assignation, de catégorisation. Depuis plusieurs années, nous sommes confrontés à une segmentation des populations et de leurs troubles supposés (les jeunes, eux-mêmes divisés en sous-groupes, les vieux, les addictions, les dépressions, les troubles « dys », les étrangers...). Les automatismes de pensée mettent souvent à mal la singularité du sujet. Le trouble ou la douleur apparente n'est souvent qu'un écran. Je citerais ici l'exemple rapporté par Mme de Barbot, psychologue clinicienne, dans un des éditoriaux de *Contraste*, la revue de l'ANECAMSP : « Hélas, lorsqu'une



Le désordre inhérent à ces familles se rejoue souvent au sein des équipes et dans les relations entre partenaires

idée a trop de succès, des effets pervers apparaissent : devenue pensée dominante, elle peut bloquer le surgissement d'autres pensées. Lorsqu'il est dit, dans une réunion de synthèse, que « Mme X. n'a pas fait le deuil de l'enfant imaginaire », il semble bien souvent que tout a été dit. A-t-on vraiment écouté Mme X. ? Ne lui aurait-on pas plutôt mis sur le visage le masque de « la mère d'un enfant handicapé » ? Comme s'il n'y avait qu'une seule façon d'être à cette place-là ; comme si la complexité d'un être

humain pouvait se réduire à une seule de ses composantes... Ainsi des concepts d'une grande richesse, et qui ont porté des fruits incontestables, peuvent-ils devenir stérilisants. »

C'est ce qui aurait pu se passer pour une personne dont la place de mère était masquée par la figure de la femme alcoolique. Un jour, le Dapsa est sollicité par une PMI de secteur: une famille, connue et appréciée, a obtenu un logement plus adapté à ses besoins, mais dans un autre secteur. Tous ses interlocuteurs vont donc devoir passer la main. La demande au Dapsa porte sur deux plans. En premier lieu, faciliter le « déménagement » en accompagnant physiquement la famille pour faire le lien entre les services actuels et futurs. En deuxième lieu, aider la mère à trouver un espace de soins pour elle. En effet, elle s'alcoolise le soir, laissant parfois les enfants seuls au domicile (le père a un travail à horaires contraints). Les professionnels expriment plusieurs craintes: pour cette femme qui manifeste sa souffrance; pour ces enfants dont le plus jeune n'a que quelques mois; pour le couple – comment le mari supporte-t-il cette situation ?

Une rencontre est organisée entre ces professionnels pour réfléchir à une orientation. Jusqu'à maintenant, la proposition d'un service d'addictologie n'a pas été acceptée par Madame. Comme elle traverse aussi des conflits avec son mari, mieux vaut-il favoriser une conseillère conjugale ? Originaire du « continent africain », est-ce qu'une consultation en ethnopsychiatrie serait utile ? Mais de quel pays exactement ? Un pays en guerre ? Nous voilà pris dans un faisceau de représentations, empêtré dans notre souci de bien faire.

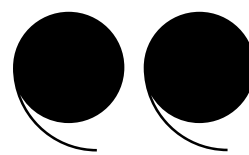
Madame est peut-être elle-même prise dans cette confusion. Compte tenu du déménagement obligeant les professionnels habituels à prendre des distances, c'est un membre de l'équipe mobile du Dapsa qui la rencontre. Dans cette situation, un professionnel dégagé de tout « pouvoir » supposé ou réel semble plus à même de créer un espace de conversation suffisant pour que la personne puisse réfléchir au lieu, à l'interlocuteur avec qui elle pourrait

travailler ses difficultés actuelles. C'est-à-dire, idéalement, un espace où chacun – autant le corps social que la personne – peut entendre les priorités et les inquiétudes de l'autre. Madame commence ainsi à (se) raconter l'histoire de ses consommations et les raisons qu'elle peut y trouver. Elle aborde aussi ce qui la soucie vraiment et qu'elle ne voulait pas attaquer de front. Il s'agit alors de trouver avec elle le lieu où elle pourrait continuer ce chemin de réflexion, qui n'avait finalement pas grand chose à voir avec l'alcool, mais beaucoup avec sa trajectoire.

Un travail est donc mené par ce qui devient peu à peu un « groupe soignant » pour se libérer du besoin d'adresser Madame coûte que coûte et le plus vite possible à une structure qui ne faisait par ailleurs pas consensus. Les questions initiales reviennent alors: quel sens donner à ces alcoolisations ? Quels risques pour les enfants ? Ces rencontres inter-institutionnelles permettent d'objectiver ces risques. Les représentants de l'école des deux grands, font état d'enfants bien tenus, plutôt vifs et joyeux, très assidus. Peut-être que l'aîné est un peu trop sérieux pour ses 8 ans.... Il est très attentif à son petit frère, âgé de 6 ans, plus dissipé. Le personnel de la crèche où va le plus jeune n'est pas alarmé. Toutefois, les laisser seuls à la maison le soir n'est pas très raisonnable et c'est cela qui sera repris avec Madame.

Peu à peu, c'est surtout l'inquiétude de l'équipe initiale qui se dégage. Elle est tracassée par la perspective de laisser Madame livrée à elle-même dans la grande ville et de la confier à d'autres professionnels. Ils craignent pour elle et ses enfants – on voit là les postures parentales de l'équipe, parfois un peu trop protectrices.

De son côté, Madame et l'équipe mobile ont cheminé, au sens propre comme au sens figuré. On peut évoquer avec elle que ce n'est peut-être pas l'alcool qui est important, mais le fait de laisser seuls des enfants jeunes. Madame en convient. On teste alors avec elle différentes possibilités (le médecin traitant, un Centre Médico-Psychologique, un psychologue...). On discute des plaquettes d'information avec



Nous sommes ainsi passés d'un travail sur la consommation d'alcool à un travail sur la maternité en terre étrangère

elle, on propose une visite. Puis un jour, l'idée d'un endroit où on parle sa langue maternelle l'intéresse, une langue qu'elle ne parle plus et qu'elle n'a pas parlée avec son dernier né. Nous sommes ainsi passés d'un travail sur la consommation d'alcool à un travail sur la maternité en terre étrangère.

Pour que cette mère puisse à nouveau investir sa relation à ses enfants, il fallait dépasser le masque de l'alcoolisme et rester à l'écoute de ce qu'il signifiait.

1 Association Nationale des Equipes Contribuant à l'action Médico-Sociale Précoce
2 Service de Protection Maternelle et Infantile

Accompagner la maternité des femmes en demande d'asile

Par Marine Cadorel et Nathalie Le Roux

Le centre maternel Ledru-Rollin-Nationale est un établissement de l'aide sociale à l'enfance du Département de Paris. Il accueille des femmes enceintes ou accompagnées de leur(s) enfant(s) de moins de 3 ans et leur propose un soutien à la parentalité.

Les familles sont accueillies sur une base contractuelle, par période de 6 mois, avec un séjour pouvant se poursuivre jusqu'aux 3 ans de l'enfant au plus tard. La majorité des femmes arrivent pendant la grossesse, après orientation par l'ADEMIE (Action départementale envers les mères isolées avec enfant, un secteur de l'aide sociale à l'enfance spécialisé sur le public mère-enfant et chargé notamment de l'évaluation des demandes d'accueil en centre maternel). Le plus souvent, ces femmes vivent leur grossesse dans un contexte d'hébergement instable voire d'errance. Leur demande d'accueil va donc être accompagnée par un travailleur social, le plus souvent de l'hôpital ou du secteur. Le moment de leur arrivée au centre maternel signe la fin d'une longue période au cours de laquelle les hébergements précaires se sont succédé. Les premiers temps de l'accueil vont donc d'abord leur permettre de se poser dans un lieu d'hébergement stable. Avec le soutien des professionnels, ces futures mères pourront ainsi trouver une plus grande disponibilité pour commencer à faire une place à cet enfant qui arrive.

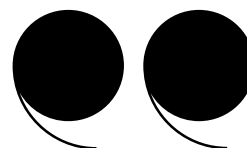
Avant de développer le travail d'accompagnement proposé, rappelons d'abord qu'aucune maternité ne ressemble

à une autre. Chaque grossesse est issue d'une histoire propre, à un instant précis de la vie d'une femme. Il est donc impossible de généraliser l'accompagnement proposé pendant ce temps particulier pour la femme et la prise en compte de cette singularité va donc constituer un préalable essentiel. La grossesse est un passage de l'état de femme à celui de mère. Elle ébranle l'équilibre habituel et peut être qualifiée d'état critique, car elle fait vivre l'expérience d'une rencontre intime avec soi-même.

Cet état de gestation plonge la future mère dans son passé: la femme se remémore l'enfant qu'elle a été, la mère et le père qu'elle a eus, ses relations à eux et cet état l'oblige à se projeter dans un nouvel avenir centré sur l'enfant. Parallèlement, elle doit faire le deuil de son état antérieur. Ces différents processus vont lui permettre de se préparer à l'arrivée de l'enfant. Dans une grossesse désirée, le remaniement psychique débute dès les premières semaines tandis que les changements corporels visibles s'opèrent à partir du deuxième trimestre. La grossesse devient plus réelle et diminue alors l'anxiété du premier trimestre - diminution renforcée par les mouvements foetaux qui signalent le bon déroulement de la grossesse. Le petit être se concrétise et prend vie dans

l'imaginaire des futurs parents. Le dernier trimestre voit de nouvelles difficultés apparaître tandis que l'anxiété resurgit face à l'approche de l'accouchement et à la séparation qu'il va engendrer. Au cours de cette période, la future mère est également sujette à une distorsion de son image corporelle ainsi qu'à une gêne physique occasionnée par la taille du fœtus et de son utérus.

Dans le cas des femmes en errance, tous les processus décrits ci-dessus sont relégués au second plan. La femme n'a pas les moyens de se laisser aller à rêver, à fantasmer son bébé et à imaginer leur avenir puisqu'elle



Cette place au sein de l'institution va surtout leur permettre de se centrer sur elles et de prendre enfin le temps de cette grossesse

doit au quotidien assurer sa survie. Quand il peut avoir lieu, le suivi de grossesse est alors très chaotique. De fait, s'inscrire dans un parcours de soins implique d'avoir un hébergement stable et une couverture sociale. À Paris, les services de maternité attendent que ces deux prérequis soient remplis lors du premier trimestre de la grossesse: la recherche de lieu stable va alors passer devant le projet de naissance. Parfois, la grossesse ne peut s'exprimer face à des situations de précarité telles que ces femmes les connaissent. Même si cet enfant à naître peut être désiré (consciemment ou non), il ne peut encore avoir aucune place face à la violence du quotidien de cette mère.

Ainsi, à leur arrivée au centre maternel, ces femmes vont être accompagnées dans le suivi de leur grossesse pour qu'elles puissent faire le point sur les examens en cours ou à réaliser. Cette place au sein de l'institution va surtout leur permettre de se centrer sur elles et de prendre enfin le temps de cette grossesse.

En faisant l'expérience de la stabilité, la future mère va pouvoir se sécuriser suffisamment pour se concentrer sur cet enfant à venir. Ce n'est qu'une fois ce sentiment de sécurité instauré que l'accompagnement vers les structures de soins pourra être effectif.

L'arrivée au centre maternel constitue un temps de reconnaissance de cette femme, même si elle ne l'est pas par la société (pas de papiers, pas de couverture sociale...). Elle est attendue par les professionnels, un studio lui est attribué, un temps avec la direction de l'établissement lui annonce sa bienvenue, l'équipe s'inquiète de son installation, de son sommeil, de son alimentation... et, petit à petit, elle va pouvoir reconnaître ce lieu comme sien et se poser. À ce moment, elle va enfin laisser parler son corps: sa fatigue physique et psychique et les marques de celles-ci s'atténuent progressivement, son ventre grossit, les symptômes et désagréments de la grossesse apparaissent jusqu'à parfois laisser sortir l'enfant avant terme.

Afin d'être le plus pertinent possible dans l'accompagnement proposé, l'équipe pluri professionnelle va placer la mère et son enfant au centre de son projet. La femme en situation de précarité a souvent

pris l'habitude de se faire plutôt discrète, quelquefois tenue par une obligation de quitter le territoire français. Une mise en confiance progressive par une écoute attentive, une observation (ie. regarder avec attention, considérer attentivement, étudier en détail), avec congruence (ie. avec authenticité, sans jugement) a pour objectif de mieux connaître, de mieux comprendre et de permettre l'expression de la demande de cette future mère. Les réalités du

Au fil du temps, ces femmes finissent par s'autoriser des demandes et à poser des questions au sein du centre maternel

terrain vont parfois aller à l'encontre de ce travail d'émergence du désir: si la femme fait le choix d'une maternité parisienne pour des raisons qui lui appartiennent, il est aujourd'hui très difficile de pouvoir choisir sa maternité, au-delà des 3 mois de grossesse. Une nouvelle fois elle ne pourra pas être entendue dans ses choix et obtiendra une réponse par défaut. Le travail autour de la demande va émailler la prise en charge de la famille tout au long du séjour au centre maternel. Pour les femmes en situation d'exil, a fortiori si elles ont été victimes de violences, cette prise en compte de leur parole est souvent une nouveauté. La bienveillance des professionnels et l'affirmation constante de leurs droits (droit d'être accueillie au centre maternel, droit de faire leur choix de mère pour leur enfant, droit de faire entendre leur mécontentement quand les services proposés ne correspondent pas à leurs souhaits...) vont être autant d'occasions de retrouver progressivement une place de sujet, d'actrice de leur parcours.

La naissance du bébé marque l'entrée dans leur vie de mère. Elles doivent pour la plupart être soutenues pour inscrire cet enfant dans leur histoire et les laisser faire leurs propres choix, sans trop se laisser influencer par la marque sociétale. Ainsi, on constate souvent que la pratique de l'allaitement maternel exclusif est mise de côté au profit d'un allaitement mixte qu'elles se représentent comme plus conforme aux codes français, et ce malgré un coût

important et des bénéfices moindres pour l'enfant. Cette difficulté est encore accentuée pour les femmes en situation d'exil qui vont être perpétuellement coincées entre leur culture d'origine et leur culture d'accueil. L'isolement familial dans lequel elles évoluent va également accentuer cette problématique puisqu'elles sont souvent bien loin des femmes qui auraient dû leur transmettre des premiers repères. Les femmes ayant un enfant plus âgé resté au pays vont globalement être plus à l'aise dans l'accueil de ce nouveau-né. Cependant, on constate aussi fréquemment que l'arrivée de ce bébé va les renvoyer de manière douloureuse à ces premiers enfants dont elles ne peuvent prendre soin au quotidien. Chaque étape de la vie de ce bébé (acquisitions, anniversaires...) sera à la fois vécue comme un grand bonheur mais sera aussi génératrice de souffrance, comme autant de moments qui ne sont pas vécus avec les aînés. Ainsi, si l'enfant est globalement au cœur de leurs préoccupations de mère, ces femmes vont parfois être en difficulté pour demander l'aide nécessaire à un décryptage de l'enfant. À nouveau, elles peuvent entrer dans une relation où elles subissent les difficultés engendrées par l'arrivée d'un nouveau-né. Notre travail à ce niveau consistera à mettre des mots sur ces ressentis afin d'en favoriser l'expression et à créer ensemble des solutions acceptables pour la dyade.

Au fil du temps, ces femmes finissent par s'autoriser des demandes et à poser des questions au sein du centre maternel. Les relations avec les partenaires sont cependant souvent empruntes d'une résurgence de l'errance et du statut de demandeur d'asile. Ainsi, alors que le sourire illumine leur visage à l'intérieur de l'institution, elles se referment face aux autres professionnels. Notre accompagnement vise à les soutenir dans leur ouverture sur l'extérieur et à encourager leur questionnement, dans l'intérêt de leur enfant.

Marine Cadorel, directrice et Nathalie Le Roux, puéricultrice

Que veux dire « être mère » ?

Comment accompagner et soutenir la maternité de femmes qui ont subi des violences avant de fuir leur pays ? En perte de repères, elles ne parviennent pas toujours à démêler les chamboulements de leur grossesse et ceux liés à leur histoire. Agnès Delage, sage-femme en Protection Maternelle et Infantile, leur propose pendant quelques mois des rendez-vous réguliers pour les préparer à la venue du bébé.

Comment se présentent ces femmes enceintes ?

Certaines se présentent de manière très lisse, comme si elles étaient sans affects. Cela rend les entretiens délicats car il faut faire avec des réponses généralement très brèves. Je remarque qu'elles peuvent rester longtemps dans cette posture. C'est très désarmant quand la parole n'émerge pas. Je ne cherche pas à connaître leur histoire mais à savoir comment elles parlent de ce bébé, ce qu'il représente, ce qu'elles veulent pour lui, si elles se pensent capables de s'en occuper ou non. Les mots manquent. D'autres qui ont déjà rencontré un thérapeute et fait le récit de ce qui leur est arrivé, ne sont pas dans cette absence et beaucoup plus dans l'échange. Cependant, toutes sont très régulières sur les rendez-vous. On ressent un besoin de se fixer dans un lieu et une relation de sécurité. Même celles qui se manifestent peu sont toujours présentes et préviennent si elles ne peuvent pas être là. On sent que la relation au soignant est importante. Elles viennent chercher des repères, quelque chose qui tient. Je vais les suivre généralement du début de grossesse (ter trimestre) jusqu'au 2 mois après l'accouchement. Durant ce temps, nous nous rencontrons au moins une

fois par mois parce que c'est la régularité des examens médicaux nécessaire pour la grossesse. Mais il arrive souvent que je propose, en leur laissant le choix, des rendez-vous plus rapprochés à 15 jours car ce sont des femmes très isolées.

Le bébé est-il désiré ? Quelles inquiétudes amènent cette future naissance ?

C'est difficile à dire car ce n'est pas directement exprimé. J'évoque forcément le contexte de survenue de la grossesse

Elles ne souhaitent pas souffrir à nouveau, être éprouvées dans leur corps

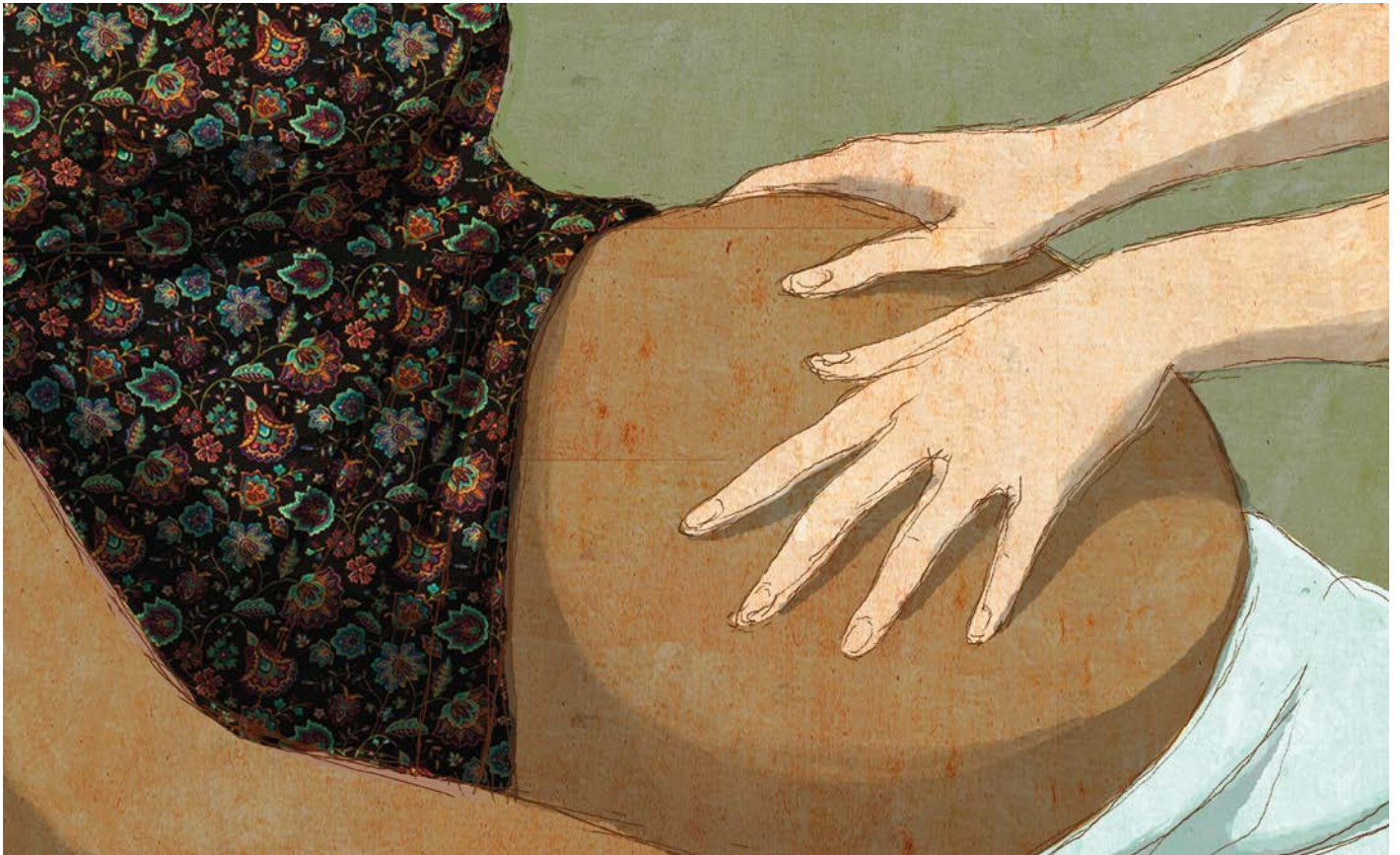
en posant ces questions : comment c'est arrivé ? Est-ce que c'était inattendu ? Plutôt prévu ? Est-ce que vous êtes en relation avec l'homme dont vous êtes enceinte ? Ou est-ce que ça n'est pas le cas ? Est-ce un homme de passage ? Elles donnent des réponses à ces questions sans pour autant formuler leur désir d'enfant. Elles ne disent pas non plus qu'elles n'en avaient pas envie. Cette grossesse leur amène énormément d'inquiétudes et de sentiments ambivalents.

Parfois, elles évoquent une nouvelle page, comme si cela allait effacer le passé. Il y a quelque chose de l'ordre du vivant qui leur donne un regain d'énergie, peut-être de joie, et en même temps, elles se sentent investies d'une lourde responsabilité. Quand la naissance approche, à l'évocation du matériel (vêtements, etc.), elles mesurent qu'elles vont être responsables d'un petit être, d'un autre qu'elle-même dans une situation de précarité. Elles peuvent dire : « Je vais être responsable d'une personne sans défense, c'est mon devoir de le protéger ». C'est très angoissant pour elles. Mais celles qui peuvent en parler sont celles qui commencent à pouvoir « penser » l'enfant à venir ; il y a un investissement et peut-être le signe d'un début d'attachement. Certaines accepteront, suite à ma proposition, un accompagnement autour du lien mère-enfant, au sein d'une unité pédiopsychiatrique périnatale. Je collabore beaucoup avec celle de Montreuil qui a une équipe pluri professionnelle. Quand je sens qu'une femme a besoin d'être appuyée, je suggère de l'accompagner pour qu'elle rencontre l'équipe. Pour d'autres, c'est plus difficile et il nous faut respecter le refus de consulter un psychologue ou un psychiatre. Je n'insiste pas non plus car cela donne une impression de violence.

Et ces angoisses liées à la naissance et à la prise en charge de ce nouveau-né ne sont pas en lien avec l'âge ou la parité. J'ai reçu une femme de 34 ans qui a eu 2 enfants au pays et qui vient d'avoir son troisième. J'ai été frappée de la voir perdue avec son bébé sans en comprendre la raison. En échangeant avec elle, j'ai réalisé qu'elle avait eu sa première fille à 14 ans et que ses parents ont confié l'enfant à la famille de son compagnon. Et le 2^e, issu d'un mariage arrangé, a été pris en charge par la communauté. En réalité, elle a toujours été séparée de ses enfants.

La parole peut donc se libérer au fur et à mesure des rencontres ?

J'ai remarqué qu'il pouvait y avoir un lien dans le rapport au corps. J'ai une patiente qui s'est mise à me raconter son parcours pendant que j'examinais son ventre. Elle avait une plaie au niveau abdominal et je lui ai demandé si elle avait eu l'appendicite. Une simple question autour du corps a



permis qu'elle s'appuie dessus pour raconter son histoire, peut-être parce qu'on voyait qu'il avait été meurtri. Avec le psychisme, ce n'est pas forcément visible, alors que le corps, oui. Dans mon approche de sage-femme, je le vois, je le touche.

Toutes les femmes ne s'abandonnent pas de la même façon à l'examen. Je leur explique généralement toutes mes démarches. Je leur dis qu'on va regarder leur ventre, mesurer la hauteur de l'utérus afin de voir si le bébé grandit et grossit bien. Je leur demande si elles sont d'accord. Jamais une femme ne m'a dit non. Je mets les mains sur le ventre et je leur dis: « surtout si je vous fais mal vous me dites stop! ». Et je les regarde en même temps, pour voir si mon toucher est désagréable, si ça les agresse ou les stresse.

Comment préparez-vous à l'accouchement ?

À la fin de la grossesse, on parle de l'accouchement et c'est abordé assez facilement. Je leur demande si elles s'imaginent comment cela va se passer. Souvent, elles n'ont pas vraiment envie

qu'on leur donne de détails, qu'on leur explique médicalement parlant le déroulement. Mais elles aiment savoir quand elles doivent partir à la maternité. Elles ont besoin de ces repères, de cette sécurité et de savoir qu'elles ne seront pas toutes seules. Et on évoque forcément le problème de la douleur et de la répétition de ce qu'elles ont vécu. Elles s'orientent souvent vers l'idée de prendre la péridurale. C'est ce qu'elles en disent en tout cas. Ça n'est pas forcément ce qui se passe. Mais souvent elles ne souhaitent pas souffrir à nouveau, être éprouvées dans leur corps. Elles partent en général assez vite à l'hôpital, peut-être pour ne pas être seules et que l'on prenne soin d'elle.

Comment ça se passe pour elles après l'accouchement ?

Je prends toujours un rendez-vous pour qu'elles puissent raconter, si elles le souhaitent, comment elles ont vécu l'accouchement. La première rencontre après la naissance tourne beaucoup autour d'elles. Lors des suivantes, elles vont

commencer à avoir des repères avec le bébé et on se rend compte alors de la difficulté pour certaines de répondre aux besoins du nouveau-né. Souvent je fais un lien en fin de grossesse, avec la puéricultrice.

Il arrive que l'on fasse des visites à deux. C'est assez fécond pour ces patientes car elles se sentent portées, dans une continuité, ce qui est très important. Pour les femmes traumatisées, il arrive que la venue d'un bébé tout jeune provoque quelque chose de réveillant, de vivant. Parfois, on observe néanmoins qu'elles font « ce qu'on leur dit de faire » mais on ne ressent pas d'interaction. On essaye d'accompagner, de « conseiller » dans les gestes, car elles nous le demandent, mais la réponse est mécanique, et peut être inquiétante pour les professionnels. Ces femmes et ces enfants auraient besoin d'un accompagnement pluri professionnel, psychologue, pédopsychiatre, puéricultrice... dans la durée. Car, c'est aussi quand l'enfant commence à grandir et à s'opposer qu'apparaissent des difficultés.

Être une femme et devenir mère après les violences

Par Armando Cote

Travailler le choix de la mère pour donner une place à l'enfant.

Être une mère tout en restant femme est indispensable pour donner une place à l'enfant. Ce qui est difficile pour celles qui craignent de perdre leur statut en devenant « trop femme » et « pas assez mère » ou inversement, en surinvestissant leur rôle de maman. Chacun de ces cas montre la lutte permanente entre ce double statut et rappelle la singularité de chaque vécu. Le point commun de ces femmes témoignant de leur expérience est que l'enfantement produit du manque, c'est-à-dire qu'il fait « trou » au niveau du savoir. Il n'y a pas de connaissances, ni d'harmonie préétablie ou de rencontre naturelle entre la mère et l'enfant. À chacune d'inventer sa façon d'être mère avec chaque enfant. Souvent du fait de l'exil, on pense que c'est à cause de la « culture », mais aussi de l'absence des proches, de la famille, etc. qu'elles ont du mal à être mères. Pourtant, c'est surtout la rencontre avec l'enfant qui la confronte au manque de savoir la concernant, aussi bien en tant que mère qu'en tant que femme.

Ce rappel est nécessaire compte-tenu de l'image « post freudienne » de la mère, à qui l'on fait porter la responsabilité du malheur et du bonheur de l'enfant. Ce n'est qu'avec Lacan qu'un ordre temporel s'instaure. La

mère fut d'abord la femme du père, donc elle n'est pas toute, ni pour l'enfant, ni pour le père. C'est cet espace qui favorise la rencontre de deux désirs - celui de la mère et celui naissant de l'enfant d'être ou ne pas être ce qui manque à la mère - et qui permet au bébé de se construire. Travailler ce lien place les professionnels face à deux vecteurs complètement différents: le désir de la mère qui s'adresse à l'enfant et celui de la femme qui va vers l'homme. La cohabitation de ces deux désirs fait que la femme est divisée et c'est grâce à cette division que l'enfant va pouvoir se poser à son tour la question de son propre désir. L'enfant ne peut pas combler sa mère, il ne peut pas être « tout pour elle ». Mais il se peut qu'il le devienne, comme c'est le cas dans les liens pathologiques où l'enfant peut alors présenter des symptômes qui tenteront de dénoncer cette trop grande dépendance de la mère vis-à-vis de l'enfant. Dans ce désir de la mère, il y a un acte implicite qui est fondamental et fondateur, celui où elle reconnaît l'enfant comme le sien, lui permettant ainsi d'exister comme sujet. À partir de ce moment-là, il sort de l'anonymat. C'est le point le plus important et celui qui est au travail dans l'espace de parole offert à la mère. Au sein de

l'accompagnement thérapeutique que nous proposons, la mère a un nouveau choix là où souvent elle n'en a pas eu. Elle peut, par son désir, décider qu'un enfant qu'elle ne voulait pas forcément devienne sien parce qu'elle l'a choisi.

Là où la femme n'a pas eu le choix, la mère a la possibilité de le faire

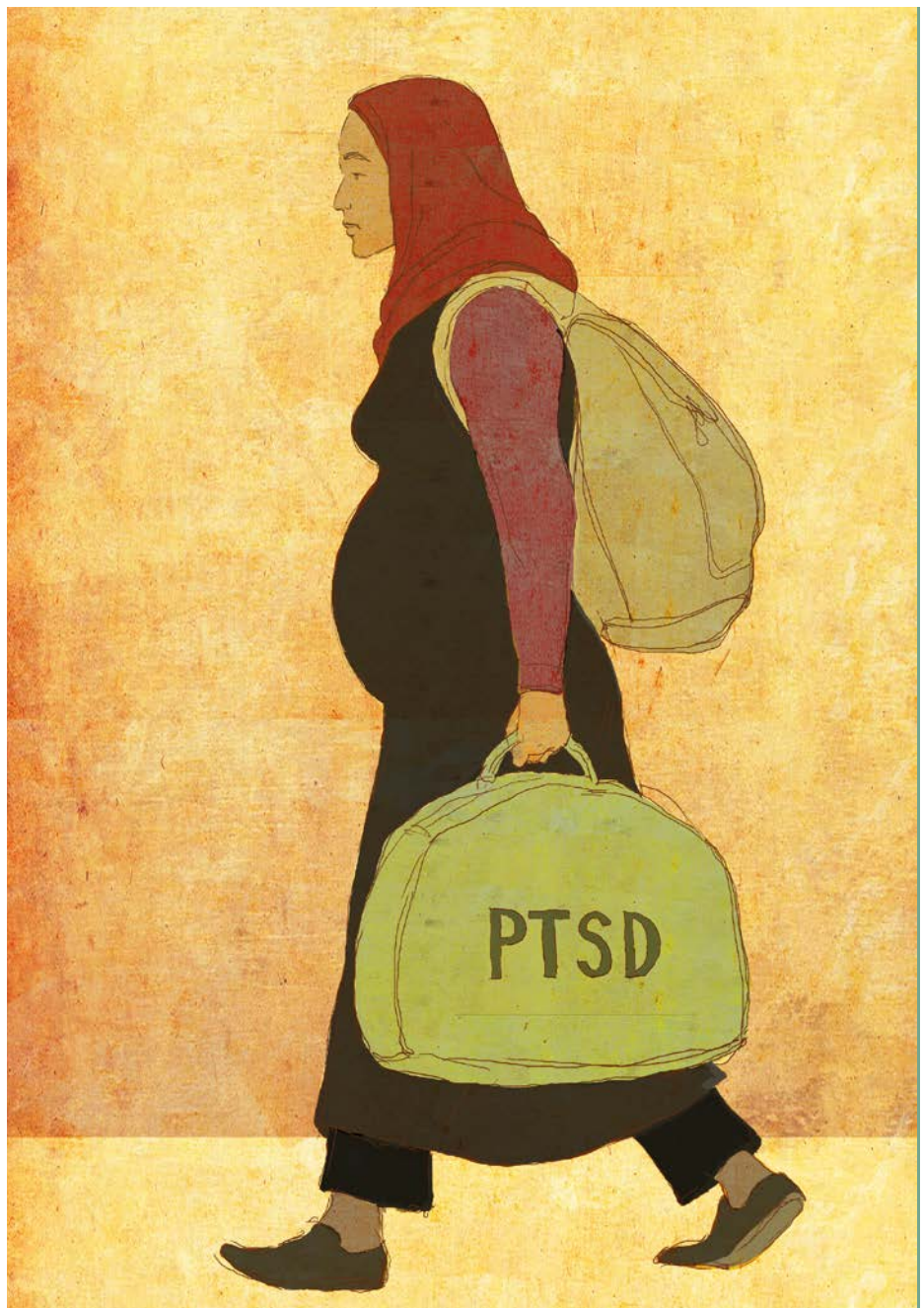
Ces problématiques se rencontrent auprès de femmes qui peuvent avoir subi des violences ou pas. Ce qui fait la particularité de la clinique du traumatisme, c'est notamment l'urgence. Certaines femmes qui ont été violées se demandent si leur corps fonctionne toujours et si elles sont capables de mettre un enfant au monde. Au-delà de cette question du corps, c'est celle de la solitude qui est au centre. À travers une naissance, elles cherchent un compagnon de route, un « partenaire » qui soit là. Devenant tout pour elles, la rencontre est souvent conflictuelle, ne laissant la possibilité à l'enfant de réagir que de manière symptomatique: difficulté de s'alimenter, de dormir, de parler, de la regarder, ce qui angoisse énormément la mère.

Pour ces femmes qui portent un enfant issu d'un viol ou d'un mariage forcé, il n'est pas rare qu'elles se sentent obligées de faire appel à un Autre pour pouvoir accepter l'enfant. Une sorte d'adoption est à chaque fois nécessaire. Accepter de donner un nom particulier à ce bébé renvoie à sa décision de le faire exister. C'est cette nomination qui fera la différence par rapport aux autres enfants car il portera la marque de ce désir. La figure de Dieu est souvent invoquée: « Il sera un enfant de Dieu, du destin » ou encore « Dieu l'a voulu ». Les prénoms parlent par eux-mêmes, au milieu de la plus grande misère l'enfant pourra se voir appelé « Bijoux », « Espoir », « Alegria »... C'est ce que l'on entend comme une marque du désir de l'Autre.

Il y a un certain temps nous avons reçu une jeune femme d'origine guinéenne que nous appellerons Anna. La maternité

d'un hôpital à Paris a écrit dans la fiche de demande de consultation: « jeune femme violée au pays, présente un syndrome de stress post-traumatique (PTSD), l'enfant est issu du viol, il sera certainement placé... ». Lorsque je reçois Anna pour la première fois avec l'interprète, elle nous explique qu'elle n'était pas du tout impliquée dans la politique de son pays, en revanche sa sœur aînée avait été désignée par un groupe militaire comme étant la prochaine femme du chef. Sachant cela, elle prend la fuite et Anna se retrouve seule avec ses parents. Elle aussi devait quitter la maison pour assurer sa protection mais les militaires sont arrivés avant. Un matin très tôt, ne trouvant pas sa sœur, Anna sera violée et maltraitée. Ses parents décident très vite de l'envoyer chez des amis dans un autre pays. C'est surtout la honte et le rejet de sa communauté qui ont poussé cette mise à l'écart. Elle n'avait plus de place parmi eux. Les amis ont réalisé toutes les démarches nécessaires pour qu'elle arrive en France. Mais pendant la traversée, les passeurs vont profiter d'Anna. Elle est à nouveau victime et arrive en France dans un état déplorable. Des compatriotes l'amènent à l'hôpital.

Anna est en état de choc quand elle apprend qu'elle est enceinte. Elle demande à interrompre la grossesse mais le délai légal est passé. Elle a plus de quatre mois de grossesse. Au fur et à mesure des séances, elle revient sur ce qui s'est passé, sur les conséquences sur sa vie et surtout les rêves et projets qu'elle a perdus. Elle allait passer son bac, voulait devenir infirmière... Quelques semaines avant l'accouchement, un changement dans son discours s'est produit. Une idée qu'elle n'avait pas eue jusqu'à présent s'est imposée à elle: garder l'enfant. Elle reviendra sur son enfance, sur sa mère et surtout sur l'histoire de son père qui était un enfant adopté et dont les parents avaient été assassinés. À partir de l'histoire de son père elle se pose la question de sa propre histoire, de la place de cet enfant. Pourquoi l'abandonner ou le donner à quelqu'un ? Après tout, elle était la mère, même si elle n'avait rien demandé. Une posture et une position avaient émergé. La réaction de l'hôpital a été un peu surprenante. L'équipe n'a pas compris ce changement, a insisté sur l'adoption,



l'accouchement sous x, etc. J'ai dû faire un courrier et appeler la sage-femme. Quelques années après, j'ai su qu'elle avait obtenu son diplôme d'aide-soignante et que son enfant allait bien.

Après les violences qui sont faites aux femmes, nous constatons que tout n'est pas fini. Il est possible, dans certains cas et grâce à l'espace proposé en séances, de produire un écart entre la femme violente

et le désir d'être mère. Là où la femme n'a pas eu le choix, la mère a la possibilité de le faire. C'est ce choix qui laisse l'espace à un désir, qui permet la fonction de nomination, c'est-à-dire qui ne laisse pas dans l'anonymat. L'enfant s'inscrit alors dans une histoire, une généalogie.

Armando Cote
Psychologue clinicien, psychanalyste

Papa où t'es ?

Par Carlos Ruiz Eldredge

En tant que professionnel, comment accompagner les parents face à la disqualification parentale, la dévalorisation de soi, la honte et un grand isolement social ? Quel Père faut-il être ?

À la Colline aux enfants, service de l'ACSC consacré au soutien de parents et d'enfants traversant une période difficile, nous abordons cette question du Père à partir de sa place et de sa fonction. Dans un premier temps, notre propos est de démystifier la fonction parentale, notamment celle du Père. C'est une initiative complexe dans une société qui devient maternaliste, techniciste et sécuritaire. C'est lors d'ateliers de groupe, puis en entretiens individuels - avec le réel de la clinique - que le savoir s'éprouve et s'invente.

Quelle que soit sa raison d'arrivée au monde (désir, sévices, déni), l'enfant n'est pas responsable des agissements de ses parents, ni de la composition de sa cellule familiale, aujourd'hui diversifiée. La fonction parentale ne me semble pas relever de comportements, sinon de la signification qu'elle prend dans l'inconscient du sujet.

Du côté des adultes, il est nécessaire de faire prendre conscience qu'il y a dans l'imaginaire de l'enfant un Idéal du Père à sculpter comme une œuvre d'art. Par la voie de l'imaginaire, le sujet renforce son identification narcissique qui est également un soutien à l'assomption des lois symboliques.

Aborder la fonction du père revient à favoriser l'entrée du sujet dans un jeu métaphorique, que ce soit pour l'enfant ou pour ceux qui l'ont engendré, adopté ou reconnu. Il s'agit de donner accès par la parole, aux autres et aux règles de vie en société.

Les familles que j'accompagne sont pour la plupart en grande précarité. Il s'agit de couples, de pères et de mères isolés qui vivent pour la plupart à l'hôtel, avec des ressources rares et qui peinent à obtenir une régularisation sur le territoire. À cela s'ajoutent des parcours de vie douloureux ou traumatisants.

Pour la deuxième année consécutive nous proposons aux familles de nous réunir 2 samedis par mois autour de lieux ressources et sur le principe de la libre adhésion.

L'année passée, nous avons réalisé un travail de réflexion sur le thème de la séparation en partenariat avec « Little Villette ». Nous avons utilisé l'outil « raconte tapis » qui permettait aux familles de personnaliser et de raconter l'histoire des « bébés chouettes » dans leur langue natale et souvent à la première personne.

Ce tapis cousu main retrace l'histoire d'un album jeunesse et permet une exploration sensorielle, visuelle et tactile qui complète l'écoute d'une histoire; la confection et la manipulation du tapis stimulent le jeune enfant dans son entrée dans le langage et favorisent le partage avec ses parents. Cette année, au Palais de Tokyo, nous avons utilisé les expositions « Dioramas » et « Days are Dogs » pour stimuler nos imaginaires sur la place du père. Ces visites ont permis de créer des chansons relatives à la fonction paternelle, des dioramas et des portraits sur le Père.

Les chansons sont un véritable moyen d'entrer en communication, d'autant plus quand les codes culturels diffèrent. En se

plaçant en position de passeur, on facilite l'enracinement dans la culture familiale et dans les références de la culture d'accueil. Au regard des « Dioramas », l'exposition invite à plonger dans les mécanismes cachés de maquettes en trois dimensions et offre la possibilité d'élaborer une approche critique du pouvoir de représentation. Les dioramas mettent en scène notre connaissance du monde et servent ainsi de support de projection à l'imaginaire.

À notre tour, sur place, nous avons fabriqué nos propres dioramas représentant une scène de notre enfance, facilitant les échanges sur la dysmétrie dans la triade familiale.

Au fur et à mesure du projet, toute une palette de questions sur la fonction paternelle a commencé à émerger. Parmi elles, la corrélation entre le père biologique, le père de substitution, le père absent, la mère absente, les grands-parents, les nounous, les professeurs... Le contexte proposé par le Palais de Tokyo a permis aux enfants et aux adultes de créer un portrait sur le père et de réfléchir ensemble sur chaque proposition concernant la place du père. Cet espace de parole a permis de constater le courage de ces parents, prêts à engager leur responsabilité sans tabous et ceci malgré un vécu douloureux et une histoire traumatique lourde pour certains. Cela a été possible à partir du moment où les institutions ne les rendent pas victimes d'une catégorisation remettant en question leur rôle de parents, les plaçant ainsi dans une position peu valorisante au sein d'une société dont les codes et les pratiques d'éducation dominantes sont souvent (mais pas seulement) différents des leurs, favorisant ainsi des stéréotypes à leur rencontre.

Carlos Ruiz Eldredge, éducateur spécialisé à la Colline aux Enfants

5 + 8 = 3

Par Elise Plessis

J'ai dit 5. Je pensais 8. Il y en avait 3.

3 Familles avec de jeunes enfants pour qu'elles deviennent 5, au final, dans ma bouche débordée et 8, dans mon esprit échevelé, abruti de temps à autre par l'égrenage comptable de ce qui venait se mesurer dans ce bout de bureau du 5^e étage de l'avenue Parmentier.

Je comptabilisais les sorties de CADA pour les familles déboutées de leur demande d'asile, considérais l'âge des enfants, marquais consciencieusement les jours qui défilaient et LE jour qui approchait, sans autre perspective que la rue, notais les traits plus creusés d'une semaine à l'autre, les regards un peu plus désemparés. Avec la bouche, les yeux et le silence, le père, la mère ou les deux ensemble racontaient toujours la plus simple des vérités universelles: « Et mes enfants, mes bras suffiront-ils à les protéger ? »

Je comptabilisais entre des murs défraîchis, et Frontex communiquait ses chiffres d'anonymes, échoués sur les côtes, sans histoires, sans visages, des chiffres variables selon les semaines, de la dizaine à la centaine. Il ne s'agissait plus que d'une histoire d'écriture comptable, quelquefois relayée par les médias, le plus souvent passée sous silence. Banal. C'était devenu banal comme la plupart des grandes absurdités de l'Histoire. Une simple évidence du quotidien.

Et 3 devenait ainsi 5 puis 8, comme une simple récréation mathématique, un sudoku abandonné sur l'accoudoir d'un sofa moelleux, quand bien même au 107 de l'avenue Parmentier, la logique n'avait jamais eu lieu d'être.

3 était des histoires singulières, des visages familiers, des parcours à raconter, des horizons froids et gris.

5 était le débordement quotidien de l'assistante sociale.

8 était ma colère et mon impuissance.

Au détour des conditions matérielles d'accueil, l'entrée en CADA serait le cadeau ultime, après la fuite, l'abandon, l'urgence et la survie. Le cadeau qui vous élit, vous élève, donne de la sécurité, de la stabilité, résonne avec l'école du quartier pour les enfants, l'apprentissage du français, les liens sociaux, la ire inclusion dans la société française, les iers repères tout court. Mais le cadeau sous conditions, que l'on vous tend d'une main pour mieux vous le reprendre ensuite et où résonneraient quelque peu, les rires sardoniques de nos politiques publiques et de leurs administrations.

« La sortie de CADA ». L'expression qui fait trembler les murs, baisser les yeux de dépit, frémir les professionnels, CADA compris, et qui fragmente encore davantage des sommeils sans repos. La sortie de CADA et c'est l'interrogation qui succède souvent à l'hébétement. Imaginer la suite, imaginer et ne rien voir, dans le trou noir des dispositifs d'hébergement d'urgence, mis à part l'asphalte du trottoir et le gris des urgences hospitalières. Au Samu Social, le rouge vif clignotant des années 2000 a viré au noir charbon, bloqué 12 mois par an.

Alors face aux interrogations successives, on s'accroche au dernier bastion républicain qui a tendance à flancher mais qui demeure, malgré tout : l'école. L'école avec ses instituteurs fatigués mais attentifs, ses parents solidaires et sa cantine, quelquefois gratuite... si la mairie le veut bien et ne s'offre pas la largesse de signaler à la Protection de l'Enfance des enfants démunis, quand vous avez eu l'idée lumineuse d'aller chercher leur sollicitude pour des repas complets une fois par jour, durant quelques semaines.

Faut-il dire encore qu'un étranger sans ressources, un débouté, un sans-papiers, c'est 1 ? 1 visage, 1 histoire, 1 errance, 1 sujet, 1 nom avant tout, et un sens

de la débrouille et de la résistance à toute épreuve ?

Faut-il dire encore qu'un enfant débouté est un enfant qui a faim et qu'une vie à l'hôtel avec demande une imagination sans limite ?

Pouvons-nous croire qu'élever des enfants entre les 4 murs d'un hôtel, c'est imaginable ?

Non, cela ne l'est pas.

Cela ne l'est tellement pas que c'est louche, nécessairement.

À entendre certaines secrétaires des services sociaux ou le Samu Social, ce n'est pas possible. Il y a forcément de l'argent qui entre quelque part, on ne sait où et on ne sait de quelle provenance, car justement, ce n'est pas imaginable, de vivre avec rien. Moi-même, puis-je l'imaginer ?

Quand des familles déboutées, sans droit ni titre, reçoivent la demande de participation financière du Samu Social de Paris à 36€ par mois, le message est ainsi: il y a forcément de l'argent quelque part, sous le matelas, peut-être, entre deux punaises, on ne sait jamais: 10€, 5€... 5€, c'est rien. 5€, décidément, n'ont plus beaucoup de valeur pour les étudiants et les familles à l'hôtel.

Et les familles, qui se cachent et honorent l'école pour la réussite de leurs enfants, tremblent et les bouches prononcent Expulsion. Ne pas payer et c'est l'expulsion. Même au Samu Social, on ne serait plus à l'abri, croient-elles. Tâchez de démentir...

« Il faut démentir, il faut démentir, il faut démentir, il faut démentir... »

1 Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

COLLOQUE

**“ JE VEUX
TOUT OUBLIER ”**

*Les paradoxes
de l'oubli*

**25 / 26
JANVIER
2018**

© Armando Cote

Centre Sèvres
35 bis rue de Sèvres
75006 Paris

Inscriptions
et programme
sur le site primolevi.org