

Sortir du trou noir de l'histoire

Marianne FOLLET

« [Créer] de toutes pièces, à contre-courant du monde et de sa cruauté, une situation dans laquelle un enfant existe (...).

Pour que nous-mêmes sortions du noir de cette atroce histoire, de ce trou noir de l'histoire. »

Georges DIDI-HUBERMAN, *Sortir du noir*

« Elle lui avait offert cela, peut-être, la gifle des pauvres, l'impérieux besoin de désirer. »

Laurent GAUDÉ, *Eldorado*

J'ai souvent été décontenancée, voire heurtée, par les réflexions qui fusent dans les temps de travail des équipes de périnatalité, de PMI, ou d'intervenants sociaux lorsque nous échangeons autour des grossesses des femmes migrantes :

« - Comment se fait-il qu'elles ne cessent de faire des bébés ? »

« - À croire que le traumatisme augmente la fertilité ! »

« - Est-ce que vous lui avez parlé du planning familial ? »

« - Mme X. est enceinte. Comme si elle n'était pas assez en difficultés comme ça ! »

« - Est-ce un enfant pour avoir des papiers ? »

« - Après celui-là, il faudra sérieusement lui parler de contraception. ».

J'ai sans doute été traversée moi-même par ce type de pensées, qui portent en filigrane nos présupposés autour des « conditions requises » pour concevoir un enfant et qui, en rabattant la femme enceinte sur sa qualité de migrante, d'exilée, de sans-papiers, de précaire, d'usager des services sociaux ou de soins ou de mère isolée, peuvent avoir pour effet de la nier dans sa dimension de sujet, et en particulier de sujet désirant. J'ai peu à peu constaté que ces réserves des accompagnants, qui s'expriment particulièrement au moment de l'annonce de la grossesse, et qui n'altèrent en rien par la suite la qualité de leur engagement auprès de ces femmes, pouvaient aussi se penser comme un miroir de l'ambivalence des futures mères, elles-mêmes souvent très partagées lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes.

Au sein d'une société comme la nôtre, qui prétend maîtriser la fécondité et dès lors « penser la maternité comme un pouvoir à nul autre pareil permettant la satisfaction d'un désir profond, comme une liberté et l'expérience privilégiée

d'une responsabilité » (BYDLOWSKI M., 2000, p. 17), ces grossesses ne viennent-elles pas s'inscrire en faux par rapport à cet idéal, en ramenant sur le devant de la scène la dimension inconsciente qui accompagne tout désir d'enfant et la part d'ambivalence qu'elle comporte ?

Ces observations, et les mouvements qu'elles suscitent en moi, m'ont poussée vers ce questionnement autour du désir d'enfant chez les femmes migrantes. Après un *focus* sur le positionnement des accompagnants, qui ne saurait se penser seulement en lien avec un point de vue normatif individuel, mais doit nécessairement prendre en compte la dimension groupale et institutionnelle dans laquelle s'inscrit cette *clinique psychosociale* (FURTOS J., 2007), je tenterai d'explorer, à partir de quelques situations issues de ma pratique, les causes et les modalités d'actualisation de l'ambivalence dont témoignent souvent les femmes enceintes accompagnées¹, et ce que cela vient dire de leur *désir d'enfant* – notion que nous tenterons de « déplier » en cours de route...

Précisons que je suis psychologue clinicienne au sein d'une équipe mobile de périnatalité/précarité, que les familles que nous accompagnons sont logées dans des centres de demandeurs d'asile et d'hébergement d'urgence et qu'elles viennent principalement de pays africains (République Démocratique du Congo, République de Centrafrique, Angola, Nigéria, Guinée Conakry, Cameroun, Djibouti), de pays de l'Est, et plus rarement du Moyen-Orient ou d'Asie. Beaucoup de femmes sont arrivées seules et entrent donc dans la catégorie des mères isolées.

¹ Une telle étude nécessiterait bien sûr d'explorer en parallèle ce qui se joue du côté des futurs pères, mais ni la taille de cet article ni le matériau clinique dont je dispose ne me permettront de le faire ici.

Je les rencontre lors d'entretiens individuels ou familiaux qui ont lieu au sein du foyer d'hébergement. Ces rendez-vous peuvent leur avoir été proposés par l'intervenant social qui les suit ou être à leur initiative, pour celles qui m'ont déjà croisée lors des visites conjointes avec la puéricultrice de PMI, ou dans le groupe hebdomadaire parents/bébés que nous coanimons avec mes collègues de l'équipe mobile – psychomotricienne, infirmière, interne – et avec un intervenant social. Je suis donc en lien étroit avec l'ensemble des professionnels qui gravitent autour de ces familles : ce travail partenarial, interprofessionnel et interinstitutionnel, constitue un élément essentiel du dispositif.

Du côté des accompagnants

Les médias n'ont cessé ces derniers mois de nous abreuer d'informations autour des flux de migrants aux portes de l'Europe, éveillant selon les cas des manifestations d'empathie ou de peur, suivies du cortège de réactions souvent extrêmes qui peuvent accompagner ces sentiments. Surmédiatisée, l'image d'Aylan, cet enfant kurde retrouvé noyé sur une plage turque, a brutalement mis en exergue la vulnérabilité des enfants victimes des conflits entre les nations et les peuples. Dans ce contexte, les femmes migrantes qui arrivent enceintes dans les structures au sein desquelles j'interviens sont bien accueillies, leur grossesse leur conférant même un surcroît d'attentions de la part des différents intervenants. L'ambivalence, quand elle se manifeste, concerne les « enfants d'après », ceux qui seront conçus ici, dans l'après-coup du traumatisme et de l'exil.

Un désir de filiation perçu comme usurpé

C'est pour ces enfants-là qu'on en vient parfois à douter de l'authenticité du désir maternel. De même que les sociétés occidentales ont développé le « mythe du réfugié menteur », lequel usurperait une histoire traumatique pour obtenir le droit d'asile (ROUSSEAU C., FOXEN P., 2006), de même la future mère s'inventerait un prétendu désir de filiation dans l'optique d'obtenir un titre de séjour : ainsi entend-on souvent parler « d'enfants-papiers » ou « d'enfants-passeports »...

Si cette assertion n'est hélas pas sans fondement – il existe bel et bien des réseaux de « géniteurs » français ou dotés d'un titre de séjour qui monnaient le fait de concevoir et de reconnaître un enfant – elle relève néanmoins d'une certaine méconnaissance du système actuel : obtenir des papiers par le biais de la procréation est loin d'être aujourd'hui une sinécure². Mais elle a surtout le pouvoir

2 En ce qui concerne le statut de « parent d'enfant français », la Préfecture procède maintenant à des contrôles y compris sous forme d'interventions au domicile, le père ayant reconnu l'enfant devant prouver qu'il s'en occupe. Quant à la circulaire Vals qui pourrait permettre d'obtenir un titre de séjour à des personnes présentes depuis plus de 5 ans sur le territoire français et qui font acte d'intégration, notamment par le biais de la scolarisation de leurs enfants, les conditions d'obtention sont en train de se durcir également.

terrifiant de faire totalement l'impasse sur la question du désir, et de retirer du même coup, au cœur même du signifiant « *d'enfant-papiers* », la dimension charnelle qui préside à l'acte de concevoir, porter et mettre au monde un bébé, en même temps qu'à l'enfant qui en est le produit.

Car quand bien même l'enfant amènerait avec lui le sésame d'une inscription possible dans le pays d'accueil, ne peut-on pas considérer qu'il est d'abord et avant tout porteur d'un projet de vie et de transmission, qui découle du projet migratoire et des conditions souvent très diverses qui ont pu le susciter, et dont la dimension désirante ne saurait être absente ?

« Eugénisme psycho-social » et culpabilité des accompagnants

Alors, comment comprendre cette forme d'*eugénisme psycho-social* des travailleurs sociaux et des soignants qui affleure régulièrement dans cette clinique de l'exil – dans une moindre mesure peut-être que pour les mères présentant des troubles psychiatriques avérés, mais de manière néanmoins patente ? À quelles sources vient-elle s'alimenter ?

Les accompagnants, qui se retrouvent en première ligne face à des femmes sans papiers, sans hébergement, sans ressource, sans famille, sont en permanence renvoyés à leur impuissance et à leur culpabilité et confrontés à des situations qui mettent à mal leurs valeurs professionnelles et l'idéal qui les a conduits à exercer leur métier. Je ne compte pas le nombre de situations où des travailleurs sociaux m'ont fait part de leur désarroi au moment de « remettre à la rue » des familles déboutées de la demande d'asile, soulignant l'écart entre la réalité de leur métier et les raisons pour lesquelles ils l'avaient choisi. La présence de femmes enceintes et d'enfants en bas âge étant toujours perçue comme la ligne rouge à ne pas franchir... et qui ne cesse de l'être ! Moi-même confrontée à cette réalité, j'ai pu mesurer la difficulté à continuer à me penser comme « soignante » face à des patientes préoccupées par des questions de survie : où dormir ? Que manger ? Comment continuer à protéger mon enfant lorsque je serai à la rue ?

Des enveloppes institutionnelles qui ne sont plus aptes à contenir les fantasmes de meurtre

Il n'est pas anodin que ces vécus se manifestent de manière particulièrement aiguë en des périodes où les moyens mis en œuvre dans les institutions en charge d'accompagner ces personnes sont globalement en baisse, où les collectifs de travail sont attaqués, où les enveloppes institutionnelles sont souvent trouées, où les personnes décisionnaires se trouvent plus loin du terrain.

Là où les hiérarchies se retrouvent en position d'être les courroies de transmission de politiques d'austérité qu'on leur enjoint d'appliquer – non sans résonance avec un certain discours ambiant qui soutient que « *l'on ne saurait être en mesure d'accueillir toute la misère du monde* » – les professionnels de terrain ont affaire quant à eux quotidiennement à des sujets confrontés à cette misère et son cortège de souffrances physiques et

psychiques. Ce sont eux qui doivent assumer face aux usagers les fins de non-recevoir quant à la question des titres de séjour, du logement, des ressources, des mesures d'accompagnement ou des soins que leur institution ne fournit plus ou moins qu'avant.

Dans ce contexte, l'annonce de nouvelles grossesses serait comme la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Perçu comme « en trop », l'enfant à venir n'est-il pas en effet un bouc émissaire idéal pour servir momentanément de réceptacle à la colère des accompagnants, dans un mouvement de retournement de l'impuissance en toute-puissance, de la culpabilité en agressivité ? Ce fœtus qui n'a pas encore vraiment d'existence légale constitue un bon substrat pour accueillir les fantasmes de meurtre des professionnels, résultat de la « *présence déliante de la pulsion de mort* » qui ne manque pas de se transférer sur eux dans cette clinique hautement infiltrée par le traumatisme et la déshumanisation. Comme le souligne Georges GAILLARD (2010, p.137), « *Le travail de soin, d'accompagnement, etc., opère ses effets mutatifs à proportion de la capacité d'une équipe de donner à la mort une place. C'est dans la mesure où les affects les plus archaïques (les affects meurtriers et mortifères) sont cycliquement présentifiés dans la psyché groupale que la vie "empêchée" a quelque chance de retrouver son cours* »... D'où l'importance de pouvoir reconnaître et mettre au jour ces fantasmes de mort – de même que les fantasmes de réparation qui en sont comme l'autre face, dans une forme de *contre-investissement* – et de pouvoir les partager en équipe, tant pour la santé des accompagnants que pour la qualité de leur accompagnement.

Du côté des accompagnées

À tout cela vient s'ajouter le fait que les femmes elles-mêmes sont rarement exemptes d'ambivalence en se découvrant enceintes³.

Une fréquente ambivalence

Celles que j'ai pu accompagner au début de leur grossesse s'expriment souvent peu sur celle-ci, au point qu'elles ont même parfois du mal à nommer leur état. Ceci n'est pas toujours à entendre comme une difficulté à investir l'enfant à venir, mais peut aussi se comprendre en lien avec d'autres facteurs, en particulier culturels : ainsi, dans certains pays d'Afrique, la grossesse n'est pas annoncée tant qu'elle n'est pas visible, pour ne pas attirer le « mauvais œil » sur le fœtus.

Les femmes enceintes qui me sont adressées ont souvent engagé une démarche en vue d'un avortement : un rendez-vous pris au Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) qu'elles n'ont pas honoré, ou auquel elles n'ont pas donné suite après la première rencontre.

³ Il va de soi que certaines femmes migrantes sont ravies d'être enceintes et envisagent sereinement leur grossesse : l'exil ne prédispose pas *a priori* et dans tous les cas à une psychopathologie périnatale ! Il s'agit ici de dégager des tendances. J'ai bien conscience aussi que les femmes que je reçois en entretien sont par définition celles qui ont manifesté des difficultés.

Les raisons pour lesquelles elles n'ont finalement pas été jusqu'au bout de ce processus sont difficiles à explorer. Les représentations sociales de la grossesse et de l'avortement dans la culture d'origine entrent certainement en ligne de compte. La question du *désir d'enfant* et de la part que cela peut prendre dans la décision de poursuivre ou non la grossesse, ne semble pas se poser dans ces termes, alors qu'il est souvent fait référence à Dieu en revanche, auquel on convient de « *s'en remettre* » en dernier ressort.

Ce que ces femmes disent de leur grossesse passe donc souvent par le corps, autour de symptômes divers, comme une hypersalivation, des nausées, des vomissements ou une fatigue importante. Celles qui ont déjà été enceintes témoignent du fait que ces manifestations n'étaient pas présentes, ou en tout cas moins prégnantes, lors de leurs précédentes grossesses au pays. Le suivi médical proposé ici, plus soutenu, mais plus invasif, ne semble pas les rassurer véritablement. Elles communiquent peu sur leur vécu au moment des échographies, sinon de manière assez factuelle et le partage des représentations autour du bébé à venir se révèle assez pauvre. Enfin, elles présentent souvent un tableau dépressif, qui se trouve plutôt aggravé par l'annonce de la grossesse, la *transparence psychique* (BYDLOWSKI M., 2001) liée à cet état pouvant entraîner une intensification des symptômes post-traumatiques (troubles du sommeil, cauchemars, douleurs...), des angoisses de perte et de séparation et des inquiétudes pour l'avenir.

C'est à partir de ce tableau global, donc nécessairement caricatural, que je vais proposer des hypothèses sur les causes de cette ambivalence.

L'ambivalence liée aux violences subies

Madame S. :

« *Finalement, ils auront réussi à détruire ma vie* ».

Mme S. m'est adressée par les intervenants sociaux dès son arrivée au foyer. On m'indique qu'elle est enceinte, qu'elle a souhaité avorter, mais s'est ravisée « *suite à un rêve* », qu'elle vient de République Démocratique du Congo, qu'elle est arrivée avec un petit garçon âgé de 2 ans, qu'elle souhaite me rencontrer.

Notre première rencontre sera très dense et très éprouvante. Elle se présente avec son fils, et à peine installée, avant même que j'aie pu poser le cadre de cet entretien, se met à retracer son parcours dans les moindres détails, depuis le décès de son père tué par le régime jusqu'à son propre emprisonnement puis sa fuite, laissant derrière elle un mari blessé, un fils aîné gardé par sa belle-mère qui la déteste, une mère dont elle est sans nouvelles. Elle déroule ce récit sans aucune pause et, en dépit de toutes mes tentatives pour essayer de contenir ce flux de paroles, de l'accompagner de mots pour son fils qui l'écoute couché sur ses genoux, elle poursuit sans tolérer aucune interruption de ma part jusqu'à la fin de l'entretien, ou plutôt jusqu'au moment où elle sort brutalement du bureau, sans explications, me laissant seule avec l'enfant. D'abord interloquée, je me lève pour partir à sa recherche et la retrouve en train de vomir dans l'entrée. La fin de l'entretien se termine dans une certaine confusion : elle fait

tomber son téléphone portable qui explose en morceaux, le petit garçon se met à hurler, elle sort à nouveau pour vomir. Il ne sera pas question de sa grossesse pour autant. Je repars extrêmement préoccupée par cette situation, habitée par un certain malaise, comme si j'avais été placée tour à tour dans la position du bourreau et dans celle du voyeur.

C'est seulement au cours du deuxième entretien que Madame S. évoque sa grossesse, précisant qu'elle ne souhaite pas l'interrompre, pour passer ensuite aux manifestations post-traumatiques dont elle souffre (maux de tête, insomnies, cauchemars) et qu'elle ne comprend pas puisqu'elle est « *maintenant hors de danger* ». Elle a fait des examens, pour elle et pour le bébé : « *Tout va bien.* » Elle montre sa tête et dit : « *Ça veut dire que c'est tout là-dedans ?* » Puis : « *Est-ce que ça va durer toujours ?* ». Et, comme pour conclure : « *Finalement, ils auront réussi à détruire ma vie.* »

Comment comprendre, dans ce contexte d'une nouvelle grossesse non désirée, survenue au cours d'un rapport sexuel en état d'ivresse, la décision – qu'elle exprime clairement – de ne pas y mettre fin ? Faut-il y voir, à rebours de tout ce qu'elle déverse, expulse et épargille lors de notre première rencontre – mots, vomissements, téléphone – le souhait de garder à l'intérieur d'elle cette promesse de vie ? Et à rebours de ce qu'elle dira lors de la seconde, que ses agresseurs n'ont peut-être finalement pas réussi à *tout* détruire, en tout état de cause pas sa capacité à donner la vie ? Comme si face aux menaces de mort, la pulsion de vie, en étayage sur la pulsion d'autoconservation, se manifestait envers et contre tout, comme dans un mouvement pour se sauver après-coup en donnant la vie.

On peut d'ailleurs se demander si ces enfants d'après le trauma, d'après la violence politique, ne seraient pas comme les prolongements de « *l'objet à sauver* » qu'évoque Silvia AMATI-SAS (2002, p. 929), objet qui permet de survivre psychiquement dans un contexte de violence extrême et qu'elle décrit « *comme la représentation d'un lien de réciprocité et d'altérité où il n'y a ni abandon ni trahison* » et comme « *une source potentielle de continuité et de sens* » ?

« *La femme comme champ de bataille* »⁴

Comme Madame S., les femmes congolaises que je rencontre sont pour la plupart arrivées en France suite à des violences politiques : elles ont souvent payé très cher leur opposition au régime. Arrestations, disparitions ou décès de membres de leur famille ; emprisonnement pour elles-mêmes dans des conditions dégradantes et sans jugement ; violences verbales, physiques et sexuelles ; menaces de mort ; évasions immédiatement suivies du départ en exil, sans avoir pu dire au revoir et en laissant parfois des enfants derrière soi.

De nombreux témoignages sur les exactions visant les femmes en République Démocratique du Congo soulignent qu'elles ne sont pas les victimes collatérales d'une guerre

4 J'emprunte ce titre à une pièce de théâtre de Matéi VISNIEC (Actes Sud Papiers, 1997).

qui serait avant tout une affaire d'hommes, mais bien les cibles directes des attaques : « *Leur corps est devenu un champ de bataille. (...) C'est une guerre qui se passe sur le corps de la femme, pour détruire non seulement la femme, mais détruire sa famille, détruire toute la communauté.* » déclare Denis MUKWEGE⁵, gynécologue qui s'est donné pour mission de « réparer les femmes » mutilées dans l'Est du Congo.

Si l'on admet que cette violence a pour cible les liens familiaux et communautaires, en s'attachant tout particulièrement à atteindre les femmes à l'endroit de leur féminin et de leur potentiel maternel, n'est-il pas logique que celles-ci décident de remettre en jeu ce potentiel dès lors qu'elles sont parvenues à se soustraire à cette menace ? Et que la mort reste néanmoins présente dans ces contrées périnatales, la future mère oscillant entre désir de vie et désir de mort, l'avortement envisagé pouvant dès lors se penser comme si le persécuteur interne se réactualisait, réfutant à nouveau le droit à la vie.

On peut noter d'ailleurs que cette menace de mort fantasmatique sur la descendance des femmes violentées ne se réactive pas seulement dans les premiers mois de grossesse, mais prend des formes très diverses tout au long de celle-ci et jusqu'après l'accouchement. Je pense ainsi à une femme congolaise à qui l'on avait prescrit une amniocentèse suite à une prise de sang qui avait révélé un risque de trisomie. Cette femme ne cessait d'évoquer son futur bébé comme « *faisant partie d'un groupe à risque* », ce que je ne pouvais m'empêcher d'entendre en lien avec ses propres activités militantes et les risques qu'elle avait de ce fait encourus. Je pense aussi à ces situations où les liens mère/bébé s'établissent dans une forme de collage « à la vie, à la mort », qui fait souvent envisager des scénarios d'infanticide altruiste aux mères se retrouvant aux prises avec des idées suicidaires.

« *Empêchement d'exil* » et défaut de transmission

Si l'exil n'est pas en soi traumatique, concevoir un enfant, le mettre au monde et l'élever en terre étrangère est une expérience qui convoque nécessairement la question du lien à sa propre famille et à la transmission, ce qui s'avère d'autant plus problématique quand le départ résulte de violences intrafamiliales.

Madame O. :

« *C'est comme si je n'étais pas encore arrivée ici* »

Mme O. vient d'un pays des Balkans. Je la rencontre peu après la naissance de son premier enfant : elle semble perdue, rien ne va de soi et elle est très en demande de prescriptions autour de « comment faire avec le bébé ». Son compagnon ne vit pas au foyer, mais semble assumer sa fonction paternelle lorsqu'il est présent.

Au cours d'un entretien où j'interroge les « *façons de faire chez elle* », elle m'explique alors qu'elle ne souhaite pas élever son

5 Denis MUKWEGE qui soigne les femmes victimes de viols, de violences et de mutilations sexuelles en RDC a obtenu le prix Sakharov pour la liberté de l'esprit en 2014. Ces propos ont été tirés d'une interview sur France Inter diffusée le 20.11.14.



filles selon les coutumes de sa communauté, ni lui apprendre sa langue. Elle lui parlera en français et ne lui raser pas les cheveux comme il se devrait ! Elle précise ensuite qu'elle n'a pas été protégée dans son pays et que quoi qu'il arrive : « *elle mourra en France* ». S'ensuit le récit très douloureux de violences paternelles dont elle garde des séquelles physiques, violences qui se sont intensifiées alors qu'elle refusait un mariage forcé. Elle ajoute que cette union répond à la tradition dans sa communauté. Elle s'est enfuie suite à ce dernier épisode. Elle a de rares échanges téléphoniques avec sa mère, lorsque celle-ci peut se soustraire à la surveillance de son mari qui lui interdit de communiquer avec leur fille.

Au cours des entretiens avec cette femme, je suis assez surprise de constater qu'il m'est difficile de l'écouter : mon esprit s'égaré, je pense à autre chose, je suis ailleurs... et je m'en sens coupable après chacune de nos rencontres. Alors que je cherche à comprendre ce phénomène et à tenter de discerner s'il est à mettre au compte de manifestations contre-transférentielles, c'est elle qui m'apportera la réponse à la fin d'un entretien : « *Vous pourrez me noter notre prochain rendez-vous ? Parce que vous savez, je n'ai pas de tête.* » Je l'interroge sur cette dernière assertion et elle ajoute alors : « *Oh oui, pendant qu'on discute, vous pensez que je suis là, en face de vous ? Mais en réalité, je suis ailleurs.* » Et elle ajoute : « *C'est comme si je n'étais pas encore arrivée ici.* » Comme je lui signifie que je la trouve néanmoins très présente à certains moments, notamment au sein du groupe parents/bébés où elle témoigne d'une grande capacité d'observation sur les autres enfants, repérant finement leurs évolutions d'une semaine à l'autre, elle s'éclaire et dit alors : « *Oh oui, mais là, c'est différent, on est toutes ensemble !* » en ouvrant les bras comme pour mimer la contenance que lui apporte cette groupalité.

Enceinte à nouveau, cette jeune maman décidera d'avorter sans rien en dire à son conjoint : l'intervention est alors programmée, mais le futur père l'apprend et s'y oppose. La suite de cette grossesse se déroule bon an mal an, avec des inquiétudes autour du bébé qui ne grossit pas assez : elle m'explique alors qu'elle a décidé de s'alimenter très peu, « *pas plus d'une fois par jour* ». Nous constaterons aussi que pendant cette période d'incertitude, Madame O., toujours assidue au groupe parents/bébés, peut parfois se montrer disqualifiante à l'égard de son fils, et qu'elle n'est pas toujours protectrice, présentant par exemple ses chutes comme un moyen « *de s'endurcir* ».

Nous sommes là dans une situation où l'exil est le fruit d'une violence à la fois intrafamiliale et intracommunautaire qui semble placer Madame O. dans une sorte d'entre-deux, de non-lieu, situation où elle n'est ni là-bas – qu'elle rejette violemment – ni ici – où elle n'est pas encore arrivée... « *Les expériences migratoires humaines ne sont pas toujours des expériences d'exil, ou plus exactement ce sont des expériences d'empêchement d'exil, c'est-à-dire d'empêchement de traduction et d'empêchement de transmission* » écrit Olivier DOUVILLE (2012, p. 228). Cet empêchement, que l'on perçoit tout particulièrement chez Madame O. à l'endroit de sa place de mère, semble se raviver par moments, à travers des motions agressives inconscientes à l'égard de son fils déjà né, comme de l'enfant à venir. La transmission s'exprimerait alors dans une forme d'identification à la violence paternelle, même si cela n'est pas univoque, puisque Madame O. témoigne en même temps de réelles capacités maternelles, en particulier lorsqu'elle peut s'étayer sur les « commères » du groupe.

Bibliographie

- AMATI-SAS S. (2002). « Situations sociales traumatiques et processus de la cure », in *Revue française de psychanalyse*, 3/2002 (Vol. 66), pp.923-933.
- BEN SOUSSAN P. dir. (2012). « Préface. Nous vivons à la merci de certains silences » in *Mères et bébés sans papiers : une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?* Erès, Toulouse, 2012, pp.70-78.
- BYDLOWSKI M. (2000). *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité*, Odile Jacob Poches, Paris, 2010.
- BYDLOWSKI M. (2001). « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne », in *Devenir 2/2001*, vol.13, pp.41-52.
- CICCONE A., dir. (2012). *La part bébé du soi*, Dunod, Paris.
- DAVOUDIAN C., dir. (2012). « De quoi le corps de la femme enceinte (sans papiers) témoigne-t-il ? » in *Mères et bébés sans papiers : une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?* Erès, Toulouse, 2012, pp.70-78.
- DIDI-HUBERMAN G. (2016). *Sortir du noir*, Paris, Editions de Minuit.
- FURTOS J. (2007). « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », in *Mental'idées*, n°11, 09/2007.
- FURTOS J. (2011). « La précarité et ses effets sur la santé mentale », in *Carnet Psy*, n°156.
- GAILLARD G. (2010). « Donner à la mort une place. Les groupes institués et la présence déliante de la pulsion de mort », in *Cahiers de psychologie clinique*, 2010/1, n°34, pp.135-154.
- GAUDÉ L. (2006). *Eldorado*, Actes Sud, Arles.
- Maman Blues (2010). « Tremblements de mère », Editions L'instant Présent, Breuillet.
- PIRET B. (2012). « Sans papiers, pas d'amour ? », in *Mères et bébés sans papiers : une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?* Erès, Toulouse, pp.45-54.
- ROUSSEAU C., FOXEN P. (2006). « Le mythe du réfugié menteur : un mensonge indispensable ? », in *L'évolution psychiatrique*, vol.71, n°3, pp.505-520.

Porter un enfant loin de sa terre natale

Dans d'autres situations pourtant moins chargées au niveau familial, la question de la transmission est souvent douloureuse : l'absence parentale, l'éloignement du berceau familial et communautaire et la coupure d'avec la terre natale sont particulièrement pesants dans cette période de gestation, qui est par ailleurs un moment propice pour que se réactivent aussi les pertes et les séparations antérieures à l'exil. Ce qui ne peut pas toujours se dire, laissant planer blancs et silences sur les entretiens.

Madame K. : « J'ai peur ».

Ainsi en est-il des séances avec Mme K. que je rencontre au début de sa deuxième grossesse. Cette jeune femme de 22 ans m'est adressée par l'intervenante sociale qui la suit : elle aurait le projet d'avorter. Quand je la reçois, elle a pris la décision de garder l'enfant. Je lui demande ce que ça lui fait d'être enceinte, elle répond : « Rien », puis dit qu'elle a mal à la tête et qu'elle dort mal. Bien qu'elle s'exprime très peu, j'apprends néanmoins qu'elle est congolaise, qu'elle a été « violente », qu'elle a une fille âgée d'un an née au pays. Elle mentionne aussi la présence étayante de sa mère à ses côtés lors de son accouchement et durant les premières semaines de l'enfant. Elle vit maintenant seule au foyer avec sa fille.

Cette jeune femme s'assied face à moi le buste penché en avant, presque pliée en deux – ce qui me donne l'impression qu'elle pourrait écraser l'enfant qu'elle porte – et demeure extrêmement silencieuse. C'est donc à moi que revient la charge de parler, de poser des questions, de relancer. Elle y répond par des regards, des signes de tête, des sourires énigmatiques, parfois quelques bribes d'informations. Un jour où je lui demande si mes questions ou mes paroles l'importunent, elle me répond tout bas : « Non, continue ».

Lors d'un entretien où j'évoque le bébé à venir, elle fait une sorte de petite grimace, mi-sourire, mi-expression de souffrance... Puis elle lâche, comme dans un souffle : « J'ai peur », mais cette phrase est prononcée si bas que je me demanderai presque si je ne l'ai pas inventée ! Mes questions sur cette peur resteront sans réponse.

La séance suivante, alors qu'elle vient d'apprendre à la faveur d'une échographie que l'enfant est un garçon, elle me confie qu'elle préférerait une fille : « parce qu'avec les garçons, il y a toujours des problèmes ». J'évoque alors ses trois frères, elle ne fait pas de liens. Je pense aussi bien sûr au(x) viol(s) qu'elle a subi(s) ; aux pères (absents) de ses deux enfants dont elle ne dit rien non plus, si ce n'est qu'elle ne peut compter sur eux ; à son propre père décédé. Les entretiens continueront ainsi pendant toute la grossesse, puis s'arrêteront assez vite après l'accouchement, mais Madame viendra régulièrement ensuite au groupe parents/bébés.

Je serai fort étonnée que cette jeune maman apparemment si peu en demande fasse la démarche de me recontacter plusieurs mois après avoir quitté le foyer pour me donner des nouvelles de sa situation.

Marqué par les trous et les silences qui constituent la trame de nos entretiens, ce suivi me laisse à penser après-coup que, pendant toute la durée de sa grossesse, Madame K. est venue me confier sa part infantile, voire sa *part bébé* (CICCONE A. *et al.*, 2012), me chargeant de la faire exister par mon regard posé sur elle et par les mots que je mets sur ce qu'elle vit, à l'image de ce qu'une mère fait avec un nouveau-né, un *infans*. Comme si le désir *d'avoir* un enfant se télescopait avec celui *d'être* un enfant, ou du moins d'être prise en charge comme un enfant, voire comme un bébé...

« Cet obscur objet du désir »⁶

Ces quelques situations ne contribuent pas à nourrir l'image d'Épinal de la femme enceinte épanouie, arborant fièrement son ventre arrondi comme un étendard de son désir d'enfant. La clinique périnatale nous avait préparés à cette autre face de la maternité et aux « *tremblements de mère* » (Maman Blues, 2012) qu'elle peut susciter. Il n'est donc guère surprenant que l'ambivalence soit au rendez-vous quand la vulnérabilité inhérente à cette période de profonds remaniements psychiques qu'est la grossesse vient se conjuguer avec l'ensemble des difficultés que cumulent les femmes migrantes : l'impact après-coup des violences endurées au pays, les pertes liées à l'exil et à la rupture de l'enveloppe culturelle et familiale, l'incertitude quant à l'issue des procédures administratives engagées pour obtenir un titre de séjour, l'inactivité liée à l'interdiction de travailler, les difficultés liées aux conditions de vie précaires qu'elles ont en France. Autant dire que ces femmes sont en défaut d'inscription : mises au ban de leur propre pays, elles n'ont pas encore obtenu de statut dans cette supposée terre d'accueil qu'est la France – et de fait bon nombre d'entre elles se destinent à rester « sans-papiers ». Enfin, non sans lien avec tous les points précédents, l'enfant qui arrive est rarement conçu dans le cadre d'une relation amoureuse et d'un projet de couple : comme l'expose Bertrand PIRET (2012) dans un article intitulé « Sans papiers, pas d'amour ? » et comme je l'ai constaté régulièrement, ce contexte d'attente et d'incertitudes ne prédispose pas ces femmes à pouvoir investir un autre et s'installer dans un lien, ni à se mettre à leur propre écoute pour reconnaître l'authenticité d'un sentiment amoureux.

Et pourtant, ces femmes mettent au monde des bébés... Comment comprendre ce *désir d'enfant* qui les anime – lequel n'est pas si facile à saisir dès lors qu'on se décale des clichés qui le présentent comme un sentiment naturel, voire transcendant ?

S'agit-il pour ces rescapées de défier après-coup leurs bourreaux en activant le potentiel maternel qu'ils ne sont pas parvenus à détruire ? De donner chair et sang à ce projet de vie qui les a conduites sur les périlleuses routes de l'exil ? De céder à un irrépressible besoin de transmission, *a fortiori* quand on est si loin de la source ? De poser une première pierre dans la terre d'accueil, voire de s'unir à elle, dans la perspective de créer ainsi de nouvelles affiliations ? De donner une nouvelle racine à l'arbre généalogique, l'enfant étant alors comme le point

⁶ J'emprunte ce titre à un film de Luis BUÑUEL sorti en 1977.

de départ d'une nouvelle lignée ? De lutter contre les angoisses de perte en se donnant une filiation, *enfant de remplacement* de ceux qu'on a dû laisser au pays, ou *parent de substitution* dans une inversion des places ? De sortir de l'invisibilité et de l'exclusion⁷, voire d'obtenir les égards et la protection que l'on accorde aux femmes enceintes ? De venir confier son corps à des soignants qui en prendront soin ? De mettre en jeu de nouvelles figures du féminin dans une volonté d'émancipation par rapport aux codes culturels et sociaux laissés derrière soi ? Ou bien, tout simplement, d'incarner l'espoir d'une vie meilleure, comme les prénoms des enfants en témoignent – patronymes bibliques d'anges et de prophètes ou vocables éloquents, tels Gloire, Riche, Précieux, Winner ?

Ces différents scénarios, qui ne sont pas exclusifs les uns des autres, comme les différentes facettes d'un mouvement complexe, intime et en partie inconscient, ont le mérite de rendre compte de l'élan de vie qui est aussi une des caractéristiques de cette clinique de l'exil, et que l'on ressent très fortement à côtoyer ces femmes migrantes !

⁷ Comme l'écrit C. DAVOUDIAN : « C'est tout le paradoxe de cette situation de maternité qui permet au sujet d'être (transitoirement) inclus à la faveur d'un autre inclus dans son corps » (DAVOUDIAN, 2012, p. 73).

Pour conclure

Comment dès lors penser l'accompagnement de ces futures mères et les aider à assumer leur désir d'enfant ? « *Donner appui au sujet qui s'engage sur la voie de son désir* » propose Bertrand PIRET (2012, p. 53).

Pour ces femmes perdues entre deux mondes, dépourvues de lieu psychique et symbolique pour s'arrimer et qui parfois ne se pensent même plus sujets – « *je ne me ressens plus comme un être humain, et mes enfants non plus* » me disait récemment Mme S. – fournir cet appui nécessite souvent de s'y mettre à plusieurs, pour bricoler des dispositifs susceptibles de lutter contre la déliaison, d'entendre la double partition de l'élan vital et du mortifère, et de résister sans trop se laisser assourdir ni par l'un ni par l'autre. Cela peut parfois ouvrir un espace où le passage par l'autre, ce témoin, peut permettre au sujet de s'autoriser à exister.

C'est à ce prix que demeure peut-être une chance « *de rendre à ces femmes et leurs enfants une place en humanité* » (BEN SOUSSAN P., 2012, p. 17), en offrant à leur désir l'hospitalité qui lui est dû, pour espérer sortir avec elles, avec eux, « *de ce trou noir de l'histoire* ».

Marianne FOLLET
Psychologue clinicienne