

Vivre plusieurs vies. La prise en charge transculturelle des parents migrants et de leurs enfants

Marie Rose Moro

Volume 34, Number 1, Spring 2009

Santé mentale en première ligne

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/029774ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/029774ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Moro, M. R. (2009). Vivre plusieurs vies. La prise en charge transculturelle des parents migrants et de leurs enfants. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 273–286. <https://doi.org/10.7202/029774ar>



Communication brève

Vivre plusieurs vies. La prise en charge transculturelle des parents migrants et de leurs enfants

Marie Rose Moro*

J'errais, cavale du Zambèze,
Courant et ruant aux étoiles
Rongée d'un mal sans nom,
Comme d'un léopard sur le garrot.

Léopold Sédar Senghor¹, *Éthiopiennes*

De très loin revient l'écho d'une vocation qui a
fait de moi un médecin, mais en mettant dans ce
mot tant d'idéal et d'espoir qu'il a pris la dimen-
sion du monde.

Jean-Christophe Rufin (2008)

La culture de la parentalité est au sens des analystes, des psychologues, des psychiatres ou neuropsychiatres mais aussi des philosophes², des enseignants, des éducateurs, des politiques aussi, le défi du vingt-et-unième siècle. C'est pourtant le plus vieux métier du monde, le plus universel, le plus complexe sans doute, peut-être même le plus impossible mais aussi le plus multiple³. L'important serait-on tenter de dire c'est de trouver sa propre manière d'être parent, de transmettre le lien de la tendresse, la protection de soi et des autres, la vie. La parentalité, ce mot étrange forgé dans différentes langues à partir du mot anglais, nous en avons fait un néologisme en français mais aussi en espagnol, en italien et sans doute dans d'autres langues aussi. Comme si nous avons pris conscience récemment, somme toute, que nous avions entre les mains un joyau précieux, que tous les parents du monde l'avaient. Nous constatons aussi que certains d'entre eux trop

* Professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université de Paris 13, France ; Chef de service à l'hôpital Avicenne, Bobigny, France ; Directrice de la revue transculturelle *L'autre* et directrice du centre de recherche en clinique transculturelle Serge Lebovici.

Ce texte est une version remaniée de la conférence de M^{me} Moro, donnée aux Entretiens Jacques Cartier, décembre 2006.

vulnérables ou mis dans des situations difficiles voire parfois inhumaines sont tellement occupés à mettre en œuvre des stratégies de survie dans tous les sens du terme, survie psychique ou survie matérielle qu'ils sont soit en difficulté pour transmettre, soit dans l'impossibilité de transmettre autre chose que la précarité du monde et ses complexités. C'est pourquoi il importe d'étudier les situations de migrations qui entraînent pour les parents, des transformations et parfois des ruptures qui rendent plus complexes l'établissement d'une relation parents-bébés si on ne prend pas en compte cette variable « migration ». Or, les migrations font maintenant partie de toutes les sociétés modernes, multiples et métissées, elles doivent donc faire l'objet de notre souci clinique. D'autant qu'à partir du moment où on prend en compte cette variable, on transforme le risque en potentialités créatrices tant pour les enfants et leurs familles que pour les soignants comme nous allons le montrer à partir de l'expérience française d'accueil et de soins des bébés⁴. Mieux comprendre, mieux soigner, mieux accueillir les migrants et leurs enfants en Europe, tel est l'enjeu d'une prévention et d'une clinique précoce engagée dans la société telle qu'elle est. Une pratique qui accepte de prendre des risques, de remettre en cause nos certitudes et nos manières de faire.

Les ingrédients de la parentalité

On ne naît pas parents, on le devient... La parentalité cela se fabrique avec des ingrédients complexes. Certains sont collectifs, ils appartiennent à la société toute entière, changent avec le temps, ceux-là sont historiques, juridiques, sociaux et culturels. D'autres sont plus intimes, privés, conscients ou inconscients, ils appartiennent à chacun des deux parents en tant que personne et en tant que futur parent, au couple, à la propre histoire familiale du père et de la mère. Ici se joue ce qui est transmis et ce que l'on cache, les traumatismes infantiles et la manière dont chacun les a colmatés. Et puis, il est une autre série de facteurs qui appartiennent à l'enfant lui-même qui transforme ses géniteurs en parents. Certains bébés sont plus doués que d'autres, certains naissent dans des conditions qui leur facilitent cette tâche, d'autres par leurs conditions de naissance (prématurité, souffrance néonatale, handicap physique ou psychique...) doivent vaincre bien des obstacles et déployer des stratégies multiples et souvent coûteuses pour entrer en relation avec l'adulte sidéré. Le bébé, on le sait depuis les travaux de Cramer, Lebovici, Stern et bien d'autres, est un partenaire actif de l'interaction parents-enfants et par-là même de la construction de la parentalité. Il contribue à l'émergence du maternel et du paternel dans les adultes qui l'entourent, le portent, le nourrissent, lui procurent du plaisir dans un

échange d'actes et d'affects qui caractérise les tous premiers moments de la vie de l'enfant.

Il y a mille et une façons d'être père et d'être mère comme le montrent les travaux nombreux des sociologues et des anthropologues⁵. Toute la difficulté réside donc dans le fait de laisser de la place pour qu'émergent ces potentialités et que nous nous abstenions de tout jugement sur « la meilleure façon d'être père ou d'être mère ». Mais c'est un travail ardu, car la tendance naturelle de tout professionnel est de penser qu'il sait mieux que les parents comment être avec l'enfant, quels sont ses besoins, ses attentes... Notre rôle devient alors non pas de dire comment il faut être, ou même comme il faut faire, mais de permettre que les capacités émergent chez les parents et que nous les soutenions. Des éléments sociaux et culturels participent donc à la fabrication de la fonction parentale. Les éléments culturels ont une fonction préventive en permettant d'anticiper le comment devenir parent et si besoin, de donner un sens aux avatars quotidiens de la relation parents-enfant, de prévenir l'installation d'une souffrance.

Les éléments culturels se mêlent et s'imbriquent avec les éléments individuels et familiaux de manière profonde et précoce. Même lorsqu'on croyait l'avoir oubliée, la grossesse, par son caractère initiatique, nous remet en mémoire nos appartenances mythiques, culturelles, fantasmatiques. Comment nous protéger en exil ? Comment avoir de beaux enfants⁶ ? Là, il ne faut pas annoncer sa grossesse, ailleurs, il faut éviter de manger certains poissons ou des tubercules qui ramollissent à la cuisson. Ailleurs encore, il ne faut pas que le mari mange certains types de viande pendant que sa femme est enceinte... Plus loin, il faut garder ses rêves, les interpréter et respecter les demandes qui sont faites dans le rêve car c'est l'enfant qui parle... Ces éléments de l'ordre du privé dans l'exil (ils ne sont pas partagés par la société) vont parfois s'opposer aux logiques extérieures médicales, psychologiques, sociales et culturelles. Puis vient le moment de l'accouchement, moment technique et public — on accouche à l'hôpital sans les siens. Là encore, il y a mille et une façons d'accoucher, d'accueillir l'enfant, de lui présenter le monde puis de penser son altérité, parfois même sa souffrance. Tous ces « petits riens » réactivés en situation de crise, ravivent des représentations parfois dormantes ou que l'on croyait dépassées.

Au nom d'une universalité vide et d'une éthique réductionniste, nous n'intégrons pas ces logiques complexes, qu'elles soient sociales ou culturelles dans nos dispositifs de prévention de soins et dans nos théorisations. Nous nous interrogeons rarement sur la dimension culturelle de la parentalité mais surtout, nous ne considérons pas que ces

manières de penser et de faire sont utiles pour établir une alliance, comprendre, prévenir, soigner. Nous estimons sans doute que la technique est nue, sans impact culturel et qu'il suffit d'appliquer un protocole pour que l'acte soit correctement accompli.

Pourtant, et plusieurs expériences cliniques le montrent⁷, ces représentations partagées sont d'une efficacité certaine. D'un point de vue théorique, elles renouvellent nos manières de penser, nous obligent à nous décentrer, à complexifier nos modèles et à nous départir de nos jugements hâtifs. Penser cette altérité, c'est permettre à ces femmes de vivre les étapes de la grossesse et de la parentalité de manière non traumatique et de se familiariser avec d'autres pensées, d'autres techniques... Car la migration entraîne avec elle cette nécessité du changement. Ignorer cette altérité, c'est non seulement se priver de l'aspect créatif de la rencontre, c'est aussi prendre le risque que ces femmes ne s'inscrivent pas dans nos systèmes de prévention et de soins, c'est aussi les contraindre à une solitude de pensée et de vie - pour penser, nous avons besoin de co-construire ensemble, d'échanger, de confronter nos perceptions à celles de l'autre. Si cela n'est pas possible, la pensée ne s'appuie alors que sur elle-même et ses propres ressentis. Cette non-confrontation peut aussi conduire à une rigidification, à un repli psychique et identitaire. C'est l'échange avec l'autre qui me modifie.

Transparence psychique/transparence culturelle

On le sait, en dehors de ces dimensions sociales et culturelles, cette fonction maternelle et paternelle peuvent être touchées par les avatars du fonctionnement psychique individuel, par des souffrances anciennes mais non apaisées qui réapparaissent de manière souvent brutale au moment de la mise en œuvre de sa propre lignée : toutes les formes de dépressions du post-partum, voire de psychoses, qui conduisent au nonsens et à l'errance. La vulnérabilité des mères, de toutes les mères, à cette période est bien connue maintenant et théorisée en particulier à partir du concept de transparence psychique⁸ — par transparence, on entend le fait qu'en période périnatale le fonctionnement psychique de la mère est plus lisible, plus facile à percevoir que d'habitude. En effet, les modifications de la grossesse font que nos désirs, nos conflits, nos mouvements s'expriment plus facilement et de manière plus explicite. Par ailleurs, nous revivons les conflits infantiles qui sont réactivés en particulier les résurgences œdipiennes. Ensuite, le fonctionnement s'opacifie de nouveau. Cette transparence psychique est moins reconnue pour les pères qui pourtant traversent eux aussi des turbulences multiples liées aux reviviscences de leurs propres conflits, à la remise en jeu

de leur propre position de fils et au passage de fils à père. Ils les revivent et les expriment plus directement qu'habituellement. La période périnatale autorise une régression et une expression qui lui sont propres.

L'exil ne fait que potentialiser cette transparence psychique qui s'exprime chez les deux parents, de façon différente au niveau psychique et culturel. Au niveau psychique, par la reviviscence des conflits et l'expression des émotions. Au niveau culturel, par le même processus mais appliqué cette fois aux représentations culturelles, aux manières de faire et de dire propres à chaque culture. Tous ces éléments culturels que nous pensions appartenir à la génération qui précède, se réactivent, deviennent tout d'un coup importants et précieux ; ils redeviennent vivants pour nous. Il convient donc de proposer ici l'image de transparence culturelle pour penser et se figurer ce que traversent les parents. Le rapport avec la culture de leurs parents se trouve modifié et par-là même avec leurs propres parents.

Pour une prévention précoce des avatars de la parentalité

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

Lors de la période périnatale, les ajustements sont nécessaires entre la mère et le bébé mais aussi entre le mari et la femme. Les dysfonctionnements sont possibles, parfois inévitables, mais souvent transitoires si on intervient suffisamment tôt. Pour cela, il faut les déceler sous des traductions somatiques ou fonctionnelles, des demandes parfois difficiles à formuler car on ne sait pas à qui les adresser et comment on doit le faire. Il faut donc apprendre à reconnaître le désarroi et le doute des mères migrantes à travers des petites choses (plaintes

somatiques, plaintes par rapport au bébé, demandes d'aide sociale...). Il faut surtout leur permettre de le dire dans leur langue quand c'est nécessaire, par l'intermédiaire d'autres femmes de la communauté.

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

Prévention certes, mais soins aussi. Les difficultés quotidiennes avec les familles migrantes, ou les familles socialement défavorisées, et leurs enfants nous contraignent à modifier notre technique de soins psychologiques et notre théorie pour les adapter à ces nouvelles situations cliniques de plus en plus complexes - nos manières de faire, mais aussi nos modes de pensée⁹. Il s'agit alors de modifier son propre cadre pour accueillir de manière adaptée ces enfants et leurs parents ou de passer le relais à une consultation spécialisée, s'il y a lieu, dans le cadre d'un réseau qui permet des liens et des allers-retours entre des lieux de prévention et de soins dans une complémentarité nécessaire.

L'objectif est de permettre à ce parent de passer du dedans à ce dehors qui lui fait peur et d'être, selon la belle métaphore de Michel Serres, «le tisserand qui travaille à recoudre localement deux mondes séparés [...] par un arrêt subit, la césure métastrophique accumulant les morts et les naufrages : la catastrophe¹⁰». Ainsi, cet ouvrier tisserand «entrelace, tord, assemble, passe dessus, dessous et renoue, le rationnel et l'irrationnel, le dicible et l'indicible, la communication et l'incommunicable¹¹».

Nous sommes là au cœur du mandat transgénérationnel, dont nous allons maintenant définir les éléments.

L'arbre de vie

«Chacun d'entre nous est porteur d'un mandat trans-générationnel : on peut dire que notre "arbre de vie" plonge ses racines dans la terre arrosée du sang qu'ont laissé s'écouler les blessures provoquées par les conflits infantiles de nos parents. Cependant, ces racines peuvent laisser l'arbre de vie s'épanouir lorsqu'elles ne sont pas enfouies dans les profondeurs de la terre et donc inaccessibles. En général et c'est heureux, la filiation, marquée par des conflits névrotiques, n'interdit pas les processus d'affiliation culturelle¹²» L'arbre de vie de l'enfant, c'est-à-

dire le mandat qui lui est attribué dans la transmission transgénérationnelle fait donc entrer dans sa vie psychique la génération des grands-parents par l'intermédiaire des conflits infantiles de ses parents qu'ils soient préconscients ou refoulés. Des conflits plus actuels, et en particulier des traumas, peuvent aussi s'inscrire dans cet arbre de vie, événements qui parfois bien sûr redonnent un sens dans l'après-coup à des conflits ou des moments traumatiques infantiles. C'est le cas des traumas migratoires par exemple. Quand le poids de la transmission est trop lourd et sa traduction trop directe, la filiation se transforme pour l'enfant, en une « pathologie du destin¹³ ». Il y a alors « des fantômes dans la chambre d'enfants¹⁴ ». Ce sont des visiteurs qui surgissent du passé oublié des parents et qui ne sont pas « invités au baptême ». Dans des circonstances favorables, les fantômes sont chassés de la chambre d'enfants et regagnent leurs demeures souterraines. Mais, dans certains cas défavorables, ces représentations du passé dans le présent envahissent les lieux et s'y installent, affectant gravement la relation de la mère et du nourrisson. C'est là que se situe l'enjeu thérapeutique, créer, co-crée avec la mère et son entourage à partir de l'enfant partenaire actif de l'interaction, les conditions nécessaires pour identifier ces fantômes, plus que les chasser en réalité, négocier avec eux, en quelque sorte, les humaniser. Encore et toujours fabriquer de l'humain même à partir du trauma quel qu'il soit, ici la rupture liée à l'exil.

Analysons quelques étapes clés pour la mère migrante et son bébé et les implications en termes de prévention précoce.

Grossesse et accouchement en exil

Traditionnellement, la grossesse est un moment initiatique où la future mère est nécessairement portée par les femmes du groupe : accompagnement, préparation aux différentes étapes, interprétation des rêves... (Moro, 1994). La migration entraîne plusieurs ruptures dans ce processus de portage et de construction du sens. Tout d'abord, une perte de l'accompagnement par le groupe, de l'étayage familial social et culturel et une impossibilité à donner un sens culturellement acceptable aux dysfonctionnements tels que tristesse de la mère, sentiment d'incapacité, interactions mère-bébé dysharmonieuses... De plus, les femmes sont confrontées à des manières de faire médicales qui ne respectent pas les moyens de protection traditionnelle. Ces pratiques médicales occidentales sont parfois, pour ces femmes, violentes, impudiques, traumatiques voire "pornographiques" (plusieurs de mes patientes ont utilisé ce mot). J'ai perçu avec acuité l'importance de l'effraction vécue par les femmes migrantes enceintes au tout début de mon travail avec elles, je

parle ici des femmes migrantes venant de régions rurales du Maghreb, d'Afrique noire, du Sri Lanka... Pour les femmes citadines, ces processus existent aussi de toute évidence mais sans doute de manière moins explicite.

Chaque jour est une vie

Je reçois Medina une femme soninké du Mali que l'on m'avait adressée pour dépression du post-partum avec des éléments en apparence délirants mais qui se sont avérés être après une évaluation transculturelle, l'expression culturelle d'un vécu traumatique. Il n'y avait pas de délire, même si l'expression était singulière, rien que du trauma. Medina est une superbe femme grande et élancée au regard profondément triste. Lors de notre première rencontre, elle est habillée d'un boubou jaune vif et porte un pagne de même couleur autour de ses cheveux. Son visage grave est entaillé de scarifications rituelles : un trait vertical au niveau du menton, deux traits horizontaux au niveau des pommettes et un petit trait vertical au niveau du front. Elle parle en soninké d'une voix monocorde. De temps en temps, des larmes coulent sur ses joues, elles les ignorent et continuent à parler de son incompréhension totale de ce qui s'est passé pour elle alors que son fils Mamadou était encore dans son ventre. Elle porte ce jour là Mamadou sur son dos. Il est âgé de deux mois et c'est son premier enfant : l'enfant est tout petit, il mange mal, pleure beaucoup, geint douloureusement. Elle n'a pu l'allaiter, il ne tétait que très faiblement le sein et par ailleurs, Medina était persuadée de ne pas avoir de lait ou du moins de lait suffisamment nourrissant pour son bébé. Medina est en France depuis un an, elle est venue rejoindre son mari qui lui vit ici depuis huit ans.

Plusieurs moments peuvent fonctionner comme de véritables effractions culturelles et psychiques pour ces femmes migrantes rurales. Mais avant même de les analyser, insistons sur le fait que ce qui est violent, c'est l'acte lui-même effectué sans préparation. Ces gestes techniques sont intimement liés au contexte culturel occidental, pour ceux qui ne le partagent pas, ces actes deviennent, par leurs implicites, de véritables inducteurs d'effractions psychiques. Les femmes peuvent à peine les anticiper et se les représenter. La conclusion qui s'impose ce n'est pas de les en priver, ce serait tout à fait intolérable sur le plan éthique et sur le plan de la santé publique. Les en priver serait les exclure encore une fois de notre système de soins et contribuer à leur marginalisation sociale. Au contraire, il s'agit de les faire de manière à ce que ces actes soient efficaces et atteignent réellement leurs objectifs. Pour adapter nos stratégies de prévention et de soins, nous sommes

contraints de penser cette altérité pour que, loin d'être un obstacle à l'interaction, elle devienne une chance de nouvelle rencontre.

Quels sont les moments qui peuvent fonctionner comme de possibles effractions psychiques pour les femmes migrantes enceintes ? Reprenons pour les décrire le parcours de Medina tel qu'elle le raconte.

La déclaration de grossesse

Traditionnellement, la grossesse doit être cachée le plus longtemps possible ou du moins, l'on doit en parler le moins possible pour ne pas éveiller l'envie de la femme stérile, de celle qui n'a pas de garçon, de celle qui a moins d'enfants, de l'étrangère... (Giami, 1987). D'où cette peur que Medina a eue au moment où elle est allée voir l'assistante sociale pour qu'elle lui remplisse les formulaires de « déclaration de grossesse ». Elle se sentait menacée car non protégée. Tout pouvait lui arriver, même être « attaquée en sorcellerie » et perdre l'enfant qu'elle portait. Cette peur l'a suivie tout au long de sa grossesse, et même lorsque l'enfant est né, elle continuait à être terrorisée : cet enfant n'était pas protégé, il pouvait repartir à chaque moment dans le monde des ancêtres, c'est-à-dire, mourir.

L'échographie

Les choses ont continué selon la même logique pour Medina à l'hôpital. On a fait des « photos » qui montraient ce qu'il y avait à l'intérieur du ventre, qui « montraient ce que Dieu tenait encore caché », disait Medina. Cette échographie, c'était pour elle quasi-pornographique en fait. D'autant que l'équipe médicale lui montrait des images presque sans commentaires dans la mesure où elle comprenait très peu le français. Ces images sans mot, sans accompagnement sont encore plus violentes ! L'échographiste ne comprenant pas son refus de voir, lui parlait, lui disait sans doute de regarder, de ne pas s'inquiéter... Elle fermait les yeux pour tenter de ne pas voir. Lui, interprétait ce refus de regarder les images, comme une difficulté d'investissement du bébé. Pour d'autres femmes migrantes qui ont l'habitude de demander des actes divinatoires pendant la grossesse, ainsi les femmes mina ou ewe par exemple du Togo ou du Bénin, l'échographie est parfois assimilée à de telles pratiques et dans ce cas, elle fait partie du familier. Chaque situation individuelle et culturelle est singulière.

L'accouchement

Puis il y a eu *l'accouchement*, seule, sans interprète, avec la présence quasi-obligatoire de son mari, un bon musulman, que l'on a

fait entrer dans la salle « d'accouchement » car les choses se passaient mal. On a pensé faire une césarienne, le mari a refusé, terrorisé. Finalement on a attendu un peu, on a apaisé Medina en allant chercher une autre femme soninké qui se trouvait dans le même service et qui venait d'accoucher. Alors comme dit Medina, l'enfant a bien voulu sortir « tout seul ». L'on sait maintenant les conséquences désastreuses des césariennes sur les femmes migrantes et la nécessité de respecter chaque fois que c'est possible, c'est-à-dire lorsque la vie de l'enfant et de la mère ne sont pas en jeu, la lenteur du travail physiologique des femmes d'Afrique noire.

Ces paroles, maintes fois répétées par d'autres femmes migrantes depuis, m'ont obligé à reconnaître la violence d'un certain nombre d'actes médicaux qu'on pense a priori anodins...

Pour Medina, il y a cette idée récurrente que l'enfant qu'elle a porté et qui est né dans ces conditions n'est pas protégé, il est en danger, elle l'est aussi. Ici, c'est la catégorie « manque de protection de la mère et de l'enfant » et sa conséquence culturelle la vulnérabilité à une « attaque de sorcellerie » qui est la catégorie « bonne à penser » si on en croit la suite du travail avec Medina.

En effet, Medina a commencé à s'apaiser à partir d'actes culturels qui ont contribué à reconstruire cette effraction, cette protection défaillante : les parents ont demandé à leurs familles au pays de faire des protections rituelles pour Mamadou, le bébé, et ainsi introduire l'enfant dans la chaîne des générations et dans la famille élargie. En même temps, nous avons élaboré avec la mère sa tristesse et sa perte d'étayage en rendant vivantes des représentations culturelles qui avaient perdu leur sens du fait de l'exil et des conflits familiaux c'est-à-dire en reconstruisant partiellement le portage culturel dans le groupe thérapeutique : elle était partie du pays sans l'accord de son père, son premier enfant n'était donc pas protégé. Ce travail de co-construction d'un sens culturel fut la première étape, celle de la construction du cadre.

Dans un deuxième temps furent abordées les pertes multiples de Medina. Sa mère était morte lors de sa naissance et elle avait été élevée par la co-épouse de son père. Par ailleurs, elle vivait avec douleur et beaucoup de tristesse de l'exil et la séparation d'avec ses sœurs dont une est morte sans qu'elle puisse la revoir... Portée par le groupe et le cadre proposé, Medina va élaborer sa tristesse, donner un sens à tout ce qui s'était passé pendant sa grossesse par trop solitaire et construire un lien « sécuritaire » avec son fils Mamadou. La protection du grand-père maternelle sollicitée par Medina et obtenue devenait alors efficiente.

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

En intraculturel, par la grossesse et l'accouchement, la femme s'inscrit dans la filiation des mères en s'appuyant sur un étayage efficient (familial, médical, amical). En situation transculturelle, la femme ne trouve plus les étayages externes nécessaires pour colmater son désordre interne, « d'où la potentialisation des mécanismes de confusion par l'exil » (Moro, Nathan et al., 1989).

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

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

On voit ainsi apparaître la spécificité de la prise en charge de ces femmes migrantes et de leurs nourrissons : s'il y a une pathologie de l'exil, comme nous le pensons, cette pathologie ne peut se situer au niveau des contenus qui sont universels et invariants, elle se retrouve en revanche au niveau du fonctionnement des contenants et des cadres internes et externes. C'est donc nous-mêmes qu'il faut changer et pas les patients, nous-mêmes et nos dispositifs, nous-mêmes et nos manières de faire profondément inscrites dans une langue, une culture, un lieu. Finalement, être irrespectueux, c'est une chance, cela va nous permettre d'inventer de nouvelles manières de faire qui vont renouveler l'ensemble de la clinique et du champ social.

Notes

1. Merci à Rufin de m'avoir fait découvrir ce poème de Senghor dans son dernier livre (2008).
2. Voir les travaux de Gauchet dont j'ai tiré la citation qui ouvre cet article (2004).
3. Sur ces variations transculturelles, les milles et une façon d'être parents, voir en italien Moro (2005) ou pour l'Afrique, Rabain-Jamin (1989), pour l'Inde, Stork (1986).
4. Sur cette expérience clinique de l'hôpital Avicenne dans la banlieue nord de Paris on pourra lire en italien plusieurs ouvrages, Moro (2001, 2002, 2005).
5. Par exemple en français, Lallemand, Journet, Ewombe-Moundo (1991) pour une très bonne synthèse sur ce thème.
6. *Ibid.*, sur cette question universelle « Comment avoir de beaux bébés ? »
7. Par exemple, pour nous, la consultation transculturelle dans la maternité de l'Hôpital de Bondy (D^r D. Neuman) dans la banlieue nord de Paris (Moro et al., 2005).
8. Bydlowski (1991).
9. Real et al. (1998).
10. Serre (1977).
11. *Ibid.*
12. Lebovici (1995).
13. Coblenz (1996).
14. Fraiberg (1999).

Références

- BYDLOWSKI, M., 1991, La transparence psychique de la grossesse, *Études freudiennes*, 32, 2-9.
- COBLENZ, F., 1996, *Serge Lebovici*, PUF, Paris, 64.
- DE PLAEN, S., MORO, M. R., 1999, Œdipe polyglotte, Analyse transculturelle, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 24, 19-44.
- DE PLAEN, S., MORO, M. R., PINON ROUSSEAU, D., CISSÉ, C., 1998, L'enfant qui avait une mémoire de vieux... Un dispositif de soins à recréer pour chaque enfant de migrants, *Prisme*, 8, 3, 44-77.

- DEVEREUX, G., 1968, L'image de l'enfant dans deux tribus : Mohave et Sedang, *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, 4, 25-35.
- FRAIBERG, S., 1999, *Fantômes dans la chambre d'enfants*, PUF, Paris.
- FREUD, A., 1978, Avant-propos, in, Anthony, E. J., Chiland, C., Koupernik, C., édés., *L'enfant dans sa famille. L'enfant vulnérable*, PUF, Paris, 13-14.
- GAUCHET, M., 2004, L'enfant du désir, *Le Débat*, 132, L'enfant-problème, 98-121.
- GIAMI, I., 1987, *Recherches ethnologiques sur les maternités de femmes africaines en milieu hospitalier parisien*, mémoire de maîtrise d'ethnologie, Université de Paris X.
- LALLEMAND, S., JOURNET, O., EWOMBE-MOUNDO, E., 1991, *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar*, L'Harmattan, Paris.
- LEBOVICI, S., 1961, L'objet est investi avant d'être perçu, *Psychiatrie de l'enfant*, 3, 1.
- LEBOVICI, S., 1995, Surmoi II, les développements post-freudiens, *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, PUF, 5.
- LEBOVICI S., *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, Paris, Le Centurion, 1983.
- MORO, M. R., 1994, *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, Fil Rouge/PUF, Paris.
- MORO, M. R., 2002, *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*, La Découverte, Paris.
- MORO, M. R., 1998, *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Dunod, Paris, (coll. Thérapies). Deuxième et troisième éditions sous le titre *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents* (2000, 2004).
- MORO, M. R., 2007, *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*, Odile Jacob, Paris, 2007.
- MORO, M. R., LACHAL, C., 2006, *Les psychothérapies. Modèles, méthodes et indications*, Armand Colin, Paris.
- MORO, M. R., MORO, I., 2004, *Avicenne l'andalouse. Devenir psychothérapeute en situation transculturelle*, La Pensée sauvage, Grenoble.
- MORO, M. R., NATHAN, T., RABAIN-JAMIN, J., STORK, H., SI AHMED, J., 1989, Le bébé dans son univers culturel, in Lebovici, S., Weil-Halpern, F., édés., *Psychopathologie du bébé*, PUF, Paris, 683-750.

- MORO, M. R., RÉAL, I., BAUBET, T., 2005, Consultation transculturelle en périnatalité : une psychiatrie de liaison pour les bébés et leurs parents migrants, in Bailly, D., éd., *Pédopsychiatrie de liaison : vers une collaboration entre pédiatres et psychiatres*, Rueil-Malmaison, Doin, 35-41.
- RABAIN-JAMIN, J., 1989, La famille africaine, in Lebovici, S., Weil-Halpern, F., éd., *Psychopathologie du bébé*, PUF, Paris, 722-727.
- REAL, I., MORO, M. R., 1998, *De l'art d'humaniser les bébés. Clinique transculturelle des processus de socialisation précoce*, Champ psychosomatique, 15, 31-44.
- RUFIN, J. C., 2008, *Un léopard sur le garrot. Chronique d'un médecin nomade*, Gallimard, Paris.
- SERRE, M., 1977, Discours et parcours, in Lévi-Strauss, C., éd., *L'identité*, Grasset, Paris, 38.
- STORK, H., 1986, *Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*, Paidós/Le Centurion, Paris.