

## ACCOUCHER PRÉMATURÉMENT EN EXIL : HISTOIRES D'ACCOMPAGNEMENT À LA PARENTALITÉ

[Fabienne Cautru](#)

Le Carnet PSY | « [Le Carnet PSY](#) »

2022/5 N° 253 | pages 24 à 26

ISSN 1260-5921

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2022-5-page-24.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Le Carnet PSY.

© Le Carnet PSY. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ACCOUCHER PRÉMATUREMENT EN EXIL : HISTOIRES D'ACCOMPAGNEMENT À LA PARENTALITÉ

 **FABIENNE CAUTRU**

Psychologue clinicienne, Service de médecine et réanimation néonatales

**E**xerçant en réanimation néonatale dans une maternité de type III, je rencontre fréquemment des femmes migrantes. Selon l'ONU, le nombre de migrants internationaux augmente rapidement depuis 20 ans : 272 millions en 2019 (soit 3,5% de la population mondiale) dont 48% de femmes, contre 220 millions en 2010 et 173 millions en 2000. Depuis 2015, l'Union européenne fait face à une pression migratoire d'une ampleur sans précédent et la France se situe au 2<sup>ème</sup> rang des demandes d'asile. En effet, un migrant peut solliciter la protection d'un état au titre de réfugié, terme défini par la Convention de Genève de 1951 qui protège toute personne qui fuit son pays parce qu'elle craint « avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques ». Et ceci a des conséquences en termes de perception d'un sentiment de sécurité. Nous le verrons dans les cas cliniques présentés qui s'avèrent complexes, parfois déstabilisants pour les professionnels de santé, de par l'intensité des vécus traumatiques auxquels vient s'ajouter une naissance prématurée. Nous exposerons notre contribution à la construction d'un environnement sécurisant au niveau psychique pour ces mères, afin de permettre la circulation des affects et la relance de la pensée dans cette période particulière de transition vers la parentalité.

## PRÉCARITÉ ET PRÉMATURITÉ

Azria (2015) a étudié l'association entre

santé périnatale et précarité sociale (« absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes d'assumer leurs responsabilités élémentaires, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux », Wresinski, 1987, Rapport au Conseil économique et social, p 6). D'après les enquêtes nationales périnatales de 2016, les femmes venant d'Afrique sub-saharienne présentent un risque obstétrical et périnatal accru, avec un risque de prématurité ajusté sur différents facteurs multiplié par 1.4 et un risque ajusté d'hypotrophie multiplié par 1.5 par rapport aux femmes françaises. Des recherches s'intéressent depuis peu aux liens entre accouchement prématuré et facteurs psychologiques, comme les événements de vie stressants (violence, isolement, problèmes d'habitat, de revenus), l'anxiété et la dépression (Azria, 2015). La dépression peut toucher entre 38 et 50% des migrantes selon les études contre 10 à 15% en population générale (Ratcliff, 2015). Il existe des risques spécifiques à la migration : événements traumatiques pré-migratoires, violences conjugales pendant la grossesse, grossesse involontaire, facteurs psychosociaux post-migratoires (statut de séjour incertain, difficultés socio-économiques, séparation avec la famille, décalage culturel, difficulté d'accès aux soins) d'après Ratcliff (2015).

## ACCOMPAGNER LA TRANSITION À LA PARENTALITÉ

En France métropolitaine, le taux de naissances prématurées (naissance avant 37 semaines d'aménorrhée-SA) est de 8,3% selon l'enquête nationale périnatale de 2016. Dans le service de réanimation et

médecine néonatale d'une maternité de type III, nous accueillons de nombreux bébés nés extrêmes prématurés (nés avant 28SA) ou grands prématurés (nés entre 28SA et 32SA). Ceux-ci vont connaître une longue hospitalisation, un parcours de soin plus ou moins difficile, parfois un engagement du pronostic vital. Et cette naissance prématurée peut venir faire écho à d'autres traumatismes vécus par les mères migrantes. Comment peuvent-elles trouver des repères dans cet univers anxieux, hautement technique de la réanimation néonatale où la mort rôde comme au cours de leur migration ? Comment entrer en contact avec ce bébé et le contenir par sa présence chaleureuse lorsque pour soi-même cette contenance a fait défaut ? Quel accompagnement psychologique offrir à ces mères présentant des traumatismes complexes ? Pour répondre à ces questions, nous présenterons deux vignettes cliniques et exposerons l'accompagnement psychologique proposé à ces femmes sur ce chemin rendu plus difficile de la transition à la parentalité.

## 1<sup>ER</sup> CAS CLINIQUE : RÉANIMER AUSSI LA MÈRE

**Je rencontre Madame L., âgée de 21 ans** dans les jours qui suivent la naissance de sa fille, née prématurée au terme de 28SA+4 jours. Madame L. originaire du Congo, est arrivée en France il y a 7 mois, sans sa famille. Elle loge dans un hôtel social après avoir vécu dans la rue. Il s'agit d'une grossesse de découverte tardive à 4 mois. L'accouchement a eu lieu en urgence par césarienne au terme de 28SA+4 jours pour anomalies du rythme cardiaque

foetal. Le bébé est né hypotrophe, avec un poids de naissance de 810g (10<sup>ème</sup> percentile). La sage-femme qui sollicite notre intervention en suite de couches nous rapporte une détresse importante chez Madame L. Celle-ci a beaucoup de questions sur son bébé né prématuré et « ne se sent pas d'assumer tout ça ». Je me présente auprès de Madame L. et lui propose de s'entretenir avec moi. Elle commence par me montrer des cicatrices de brûlures sur les jambes dues aux violences physiques subies sans préciser le contexte. Le corporel s'invite ainsi au premier plan, Madame L. recherchant chez moi la sollicitude maternelle. Puis elle évoque le premier trimestre de la grossesse : les vomissements, sa faiblesse générale puis la révélation de la grossesse et sa solitude actuelle, ses appréhensions par rapport à l'avenir. Contactant rapidement les différents professionnels en lien avec Madame L., je délimite mon intervention pour plus de pertinence : je serai au plus près de l'accompagnement du lien précoce avec son bébé. Lors des entretiens suivants, Madame L. évoque les raisons de sa solitude. Madame L. a subi une migration forcée : elle « a été mise dans un avion en partance pour la France par un ami de son père », militaire accusé de collaborer avec les rebelles, dont elle n'a plus de nouvelles depuis 9 mois. Sa mère, ses frères et sœurs et elle se sont enfuis suite à des menaces de mort, la famille a été séparée. Madame L. a été emprisonnée seule, torturée puis retrouvée par l'ami de son père et sauvée in extremis. Elle a perdu le contact avec sa mère depuis. Il n'existe pas de projet de couple. Néanmoins, elle a recherché le père de l'enfant pour qu'il le reconnaisse. Ces premiers entretiens produisent une sorte de transmission traumatique (Payet, 2019) et génèrent dans le contre-

transfert un sentiment d'irréalité, d'impuissance mais aussi de colère. Cela conduit à un fort engagement dans la situation clinique, comme le décrit Payet (2019) dans son étude qualitative sur les réactions émotionnelles des professionnels dans ces contextes de grossesse et migration.

Pendant les deux mois et demi d'hospitalisation du bébé, nous travaillons en équipe pluridisciplinaire à « réanimer » cette mère, à risque de présenter une dépression. Dejours (2010) rappelle l'importance de traiter la dépression périnatale des migrantes, qui impacte la relation précoce mère-bébé et le développement émotionnel et cognitif de l'enfant. Madame L. vit une maternité traumatique. En effet, les premiers entretiens sont marqués par l'évocation d'une perte ambiguë de ses parents. Le modèle de la perte ambiguë (Boss, 1999) fait référence aux situations où la perte n'est pas définitive, rendant impossible le rituel pour entamer un processus de deuil. Cette perte ambiguë entraîne des perceptions confuses (entre ce qui se situe à l'intérieur ou à l'extérieur d'une famille donnée) et peut bloquer la pensée et la capacité à gérer le stress.

L'enfant né et pas né (avec le comptage en semaines d'aménorrhée), présent et absent, ne vient-il pas faire écho à cette perte ambiguë ? Cette naissance peut difficilement réparer la mère en lui donnant un nouvel être à aimer car elle renvoie à un sentiment d'inachèvement, procure désarroi et inquiétude quant à l'avenir. Rappelons ici que les représentations de la grande prématurité et du niveau de soin possible sont pratiquement inexistantes dans les pays à faible revenu. Au Congo, 16,7% des naissances sont des naissances

prématurées (avec une survie rare avant 30SA) contre 8,3% en France (90% à 95% de survie pour les bébés nés entre 28 et 31SA) d'après Torchin (2015).

Durant toute la période d'hospitalisation de l'enfant, j'offre des soins psychothérapeutiques à Madame L. en ayant deux niveaux d'attention : l'un pour l'atteinte psychique maternelle, l'autre pour le bébé qui n'est pas « imperméable » à la symptomatologie maternelle (Gioan, 2010) dans un souci de prévention des troubles. L'équipe aura elle, à l'esprit de favoriser « l'être mère » : métaphore des commères – l'être mère avec, et cela sera possible grâce à l'investissement des mêmes infirmières auprès de Madame L., et de son bébé. Durant cette période, Madame L. obtiendra par ailleurs grâce à l'assistante sociale un entretien à l'OFPRA dans le cadre de la demande d'asile.

## 2<sup>ÈME</sup> CAS CLINIQUE : OFFRIR UNE CERTAINE SÉCURITÉ ÉMOTIONNELLE

À la demande de la sage-femme, je rencontre Madame O., qui présente des troubles du sommeil majeurs et une détresse émotionnelle importante. Le contact avec sa fille, née à 32SA et hospitalisée en néonatalogie, est décrit comme difficile par les équipes. Madame O., 26 ans, est originaire de Côte d'Ivoire, pays qu'elle quitté 5 ans auparavant pour fuir une excision. Elle a connu un long parcours migratoire avec une période d'esclavage, d'emprisonnement contre demande de rançon et des tortures en Lybie, un départ en zodiac pour l'Italie et un séjour dans un camp de réfugiés puis un passage de la frontière française. Elle est toujours en contact avec sa sœur qui a elle-même subi l'excision dans des conditions effroyables et l'a aidée à fuir avec le père de l'enfant pour cette raison. La grossesse était inopinée. Madame O. a essayé d'avorter mais « elle ne savait pas quoi prendre ». Elle a appris la grossesse un mois avant d'être séparée du père de l'enfant en Lybie. Elle n'a plus de nouvelles de celui-ci depuis plusieurs mois.

Madame O. investit d'emblée l'espace de parole proposé et évoque son parcours de vie commençant par dire sa chance d'avoir été logée par une association pour femmes en grande précarité qui l'a accompagnée à l'hôpital au moment de la rupture prématurée des membranes. Elle n'ose imaginer « ce qui se serait passé si cela avait eu lieu dans la rue, toute seule ». Puis elle revient sur la menace d'excision,

**Comment entrer en contact avec ce bébé et le contenir par sa présence chaleureuse lorsque pour soi-même cette contenance a fait défaut ? Quel accompagnement psychologique offrir à ces mères présentant des traumatismes complexes ?**

point de départ d'un parcours migratoire traumatique car empreint de violences physiques et psychologiques extrêmes qu'elle décrit avec beaucoup d'émotion. Je l'écoute attentivement, laissant une large part au silence. La violence de la réalité externe s'invite dans notre échange mais je reste attentive à ne pas succomber à la fascination, à la « séduction » du trauma pour garder une attitude active, engagée afin de contribuer à relancer les processus de pensée (Laroche-Joubert, 2018). Cette écoute du vécu maternel est cruciale car le trauma peut attaquer les capacités maternelles de pare-excitation et d'accordage. Madame O. semblait en effet envahie par les vécus traumatiques, incapable d'avoir cette préoccupation maternelle primaire à l'égard de sa fille alors que celle-ci recherchait activement la relation. La mère était par ailleurs désemparée face aux attentes des soignants de néonatalogie qui lui proposaient rapidement de participer aux soins alors que dans son pays les sœurs et grand-mères s'occupent du bébé pendant 3 mois. Ces divergences culturelles ont dû être précisées à l'équipe soignante afin de dissiper l'incompréhension mutuelle. Au fil du mois d'hospitalisation, la matrice maternelle représentée par le service de néonatalogie parviendra à fournir à la dyade une certaine sécurité émotionnelle, grâce à la régularité de la présence de l'équipe, la constance de l'attention, l'écoute bienveillante et attentive aux besoins de la dyade. L'assistante sociale l'accompagnera dans ses démarches de demande d'asile. Les entretiens cliniques avec Madame O. permettront la reconnaissance de la réalité de sa souffrance et de son expérience traumatique, de se dégager du réel pour entrer dans une aire transitionnelle, de créativité de sa propre parentalité en exil. Lentement, le lien mère-enfant se construira et Madame O. appréciera

progressivement de participer aux soins de son enfant.

## CONCLUSION

**Accoucher loin de sa famille et de son pays** peut être dramatiquement compliqué, mais en lieu et place de l'entourage familial, les professionnels de maternité peuvent jouer un rôle fondamental pour l'étayage parental (Ferté, 2018). Ceci est crucial pour le développement émotionnel du bébé car la parentalité peut être gravement entravée pour ces femmes migrantes qui ont subi l'exil et accumulé deuils, traumatismes et solitude (Gioan, 2010). La naissance prématurée du bébé qui entraîne une hospitalisation de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois, permettrait peut-être finalement aux mères migrantes gravement traumatisées de s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire dans ce moment fragile de transition vers la parentalité. La création de l'alliance thérapeutique et d'une sécurité émotionnelle suffisante permettrait de construire avec la mère un espace de narration protecteur face aux réalités traumatiques, de rompre la solitude, de partager les pensées, la douleur de l'absence des figures aimées et l'incertitude quant au futur. L'institution médicale, « mère idéale » durant l'hospitalisation du bébé en réanimation et néonatalogie peut venir occuper une fonction de contenance psychique : l'écoute des professionnels de l'histoire de la mère, de ses affects et de sa vulnérabilité est la première étape pour dispenser des soins adaptés aux besoins de la dyade (Gabai, 2013). L'accompagnement psychologique hebdomadaire, voire bi-hebdomadaire au début de la prise en charge permet de rétablir, dans une certaine mesure, les capacités de rêverie maternelle par une

attention soutenue aux mises en récit chargés d'affects et aux inquiétudes parentales. Cette prise en charge précoce lors de l'hospitalisation du bébé est essentielle pour prévenir une dépression maternelle.

## BIBLIOGRAPHIE

- AZRIA E. (2015), Précarité sociale et risque périnatal, *Enfance & Psy*, N°67, 13-31.
- DEJOURS R. (2010), Migration et accouchement, *Enfance & Psy*, N° 48, 21-32.
- FERTE A-L. (2018), Donner naissance et élever un enfant : quel accompagnement quand parents et professionnels ne partagent pas les mêmes représentations culturelles ?, *Spirale*, N°88, 131-141.
- GIOAN E., MESTRE C. (2010), Parentalité en danger : la situation des mères gravement traumatisées, *Enfance & Psy*, N°48, 33-44.
- GOGUIKIAN RATCLIFF B., SHARAPOVA A., PEREIRA KRAFT C., GRIMARD N. BOREL RADEFF F. (2015), Dépression périnatale et complications obstétricales chez des migrantes primo-arrivantes à Genève, *Devenir*, Vol 27, 77-99.
- GABAI N., FURTOS J., MAGGI-PERPOINT C., GANSEL Y., DANET F., MONLOUBOU C., TAIEB O., STURM G., MORO M-R. (2013), Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés, *Devenir*, N°25, 285-307.
- LAROCHE-JOUBERT M., FELDMAN M., MORO M-R. (2018), L'étude du contre-transfert : une relance de la pensée face aux dyades traumatisées, *Dialogue*, N°219, 125-138.
- MOUROUVAYA PAYET M., RADJACK R., MORO M-R. (2019), Les professionnels de maternité auprès des femmes migrantes, enceintes et à la rue, *SOiNS*, N°836, 45-48.
- TORCHIN H. (2015), épidémiologie de la prématurité: prévalence, évolution, devenir des enfants, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*, 44, 723-731.

**Accoucher loin de sa famille et de son pays peut être dramatiquement compliqué, mais en lieu et place de l'entourage familial, les professionnels de maternité peuvent jouer un rôle fondamental pour l'étayage parental**