

[Point de vue]

Parentalité à distance des exilé·es : une prescription de douleur ?

Laure Wolmark

DANS **REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES** 2023/2, PAGES 245 À 259
ÉDITIONS **LA DOCUMENTATION FRANÇAISE**

ISSN 0035-2985

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2023-2-page-245.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour La Documentation française.

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.

Parentalité à distance des exilé-es : une prescription de douleur ?

Laure Wolmark

Se séparer de ses proches, vivre loin d'eux et d'elles : l'exil de la plupart des demandeurs et demandeuses d'asile en France est indissociable de l'éloignement physique de membres de leurs groupes sociaux et familiaux, de leurs « proches ». Parmi ces séparations, celles qui concernent les enfants sont souvent évoquées dans le discours des personnes exilées, et nommées comme particulièrement douloureuses. Elles provoquent chez l'interlocuteur ou l'interlocutrice – médecin, chercheur-euse, psychologue, assistante sociale, avocat-e – des émotions contrastées et des représentations complexes : de la perplexité à la sidération, du jugement moral à l'empathie. Ces émotions et représentations – les miennes et celles dont ont pu me faire part des collègues – ont aiguillonné l'écriture de cet article : elles étaient le signe d'un impensé qui, en tant que tel, pouvait faire obstacle au processus thérapeutique.

Dans cet article, je témoignerai de mes propres réactions contre-transférentielles face à ces situations de séparations racontées par des personnes exilées – femmes et hommes demandeur-euses d'asile – dans le cadre de psychothérapies ayant eu lieu entre 2010 et 2021 dans le centre de soin pluridisciplinaire du Comede (Comité pour la santé des exilé-es), spécialisé dans la prise en charge des personnes exilées en situation précaire. C'est dans l'après-coup de cette pratique (j'ai, depuis, cessé d'exercer dans ce lieu) que ces questions me sont revenues : pourquoi est-il si difficile d'entendre ce que les femmes exilées ont à dire de leur séparation avec leur(s) enfant(s) dans l'exil ? Pourquoi cette difficulté subjective de la thérapeute est-elle moindre en ce qui concerne les hommes ?

Pour les élaborer, le recours aux seules théories psychologiques et psychanalytiques est insuffisant : le thème a été peu traité dans ce champ, et les schèmes interprétatifs mobilisés minimisent souvent le poids du contexte sociopolitique. La pensée féministe en psychologie et psychanalyse reste peu représentée en France. Elle est pourtant incontournable pour entendre et penser les expériences de maternité, et plus généralement les parentalités dans leur diversité et leur intersection avec les questions sociales et raciales (Cardi *et al.*, 2016).

En touchant les limites de son propre cadre disciplinaire (ici la psychologie et la psychanalyse), l'emprunt à d'autres champs disciplinaires s'avère nécessaire pour mettre au jour ce qu'on ne parvient pas à comprendre, et ainsi réinjecter de la pensée là où l'on bute. Les théories mobilisées dans cet article sont donc multiples, parfois hybridées, et empruntent autant à la psychologie clinique et la psychanalyse qu'à l'épidémiologie et aux sciences sociales. L'objet étudié – les expériences

de parentalités à distance des personnes exilées – oblige à ouvrir le champ disciplinaire, même si c'est à l'intérieur du cadre psychothérapeutique que cet objet est saisi. L'expression « parentalité transnationale », utilisée comme synonyme de « parentalité à distance » tout au long de l'article, est elle-même empruntée à la littérature sociologique (Yepez *et al.*, 2011).

Enfin, l'hybridation disciplinaire permet d'exercer une réflexivité critique sur les pratiques et les théories du champ psychologique et psychanalytique (Ayouch, 2018). Ces théories, parce qu'elles sont indissociables de la clinique, participent à produire des formes de blocages théorico-cliniques lorsqu'elles méconnaissent leur propre généalogie et se font prescriptrices de normes sociales. Le détour par d'autres disciplines, qui intègrent le genre dans leur conceptualisation, favorise l'exercice critique sans pour autant délégitimer l'usage de la psychologie et de la psychanalyse dans le cadre clinique.

Après une brève revue de la littérature dans le domaine de la santé mentale, je tenterai de montrer l'importance de s'interroger sur le décalage entre la démographie des migrations et l'intérêt porté aux maternités transnationales. Je m'attacherai ensuite à une description clinique, fondée sur mes notes cliniques strictement anonymisées. J'avancerai dans l'analyse du contre-transfert des thérapeutes travaillant avec des femmes exilées séparées de leurs enfants. Enfin, je mettrai en lumière le poids des préconceptions et de la normativité de la division genrée des rôles parentaux dans la prise en charge psychothérapeutique des parents exilés séparés de leurs enfants.

La parentalité transnationale : dissonances scientifiques et inégalités de genre

Très brève revue de la littérature : parentalités transnationales et santé mentale

En psychologie clinique et en psychiatrie en France, les recherches et articles consacrés aux parentalités transnationales sont peu nombreux. La littérature sur les maternités en exil concerne plutôt les difficultés à être mère et à élever des enfants dans le pays d'accueil (Moro *et al.*, 2012 ; Mestre, 2016 ; Davoudian, 2012).

Néanmoins, deux articles aux titres très proches ont récemment été publiés. Le premier, intitulé « Être mère ici et là-bas, une parentalité complexe » (Prévost *et al.*, 2021), se fonde sur une étude qualitative effectuée à partir d'une maternité de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Le second, « Mères en exil et enjeux d'une parentalité à distance : être mère ici et là-bas » (Boyet, 2019), est étayé par l'expérience clinique de l'autrice. Dans ces deux articles, la parentalité transnationale est abordée à partir de la situation « être mère ici et là-bas », notamment lorsqu'une grossesse survient en France pour une femme ayant confié son/ses enfant(s) dans le pays d'origine. Pour les auteur·rices, ces situations de maternité

à distance sont paradigmatiques (Boyet, 2019) et méritent qu'on s'y intéresse : elles créent des formes d'embarras et de difficultés de prise en charge pour les clinicien-nes (Prévost *et al.*, 2021, p. 61). Le rôle du contre-transfert dans la prise en charge et la compréhension de la maternité à distance y sont mis en avant. De son côté, Omar Guerrero (2017) analyse le « mal de mères » des femmes exilées séparées de leur(s) enfant(s), en s'appuyant sur une conception genrée des rôles parentaux.

On trouve également des éléments de littérature dans le domaine épidémiologique. L'article intitulé « Liens transnationaux et santé mentale : de la nécessité du lien entre ici et là-bas ? Le cas des migrations africaines en Île-de-France » (Pannetier, 2018) se fonde sur les données de l'enquête « Parcours 2012-2013¹ » et analyse « deux aspects des liens transnationaux ; la parentalité transnationale et le soutien apporté par les proches restés au pays, [...] mis en relation avec les symptômes anxieux et dépressifs ressentis par les personnes enquêtées » (Pannetier, 2018, p. 80). « Des faits sociaux sont ainsi traduits en indicateurs et échelle de mesure » (Pannetier, 2018, p. 80) ; ils entrent aussi en résonance avec la clinique des personnes exilées, nous y reviendrons par la suite.

S'il existe peu de recherches dans le domaine de la santé mentale qui s'attachent à décrire et analyser les effets psychiques chez les parents de la séparation avec leur(s) enfant(s), les pratiques de « confiage » (ou « fosterage ») de l'enfant ont été étudiées en histoire (Le Roy Ladurie, 1979), et dans la littérature anthropologique et sociologique. Les familles transnationales font aussi l'objet d'études en sciences sociales, particulièrement depuis les années 2000, comme en témoigne par exemple le dossier que la revue *Autrepart* leur a consacré en 2011, intitulé « La famille transnationale dans tous ses états » (Razy et Baby-Collin, 2011).

Les études cliniques sur les parentalités en exil concernent en fait principalement les mères en exil séparées de leur enfant. Ce déséquilibre semble déborder le seul cadre de la santé mentale. Celio Sierra-Payche, lors d'une communication au XIX^e colloque de l'Association internationale des démographes de langue française (AIDELF), souligne à ce propos un paradoxe : « Alors que la plupart des études sur le sujet insistent sur les femmes en situation de "maternité transnationale", il apparaît ici au contraire que les hommes connaissent une probabilité plus forte de se trouver en situation de "paternité transnationale" » (Sierra-Payche, 2016, p. 6).

Paternités versus maternités transnationales : une écoute déséquilibrée

Dans l'expérience clinique, on peut aussi souligner un plus grand intérêt pour l'expérience parentale transnationale des femmes et, j'y reviendrai, pour les liens de celle-ci avec leur santé mentale. Je peux m'inclure, en tant que psychologue ayant exercé plus de dix ans auprès de pères et mère exilé-es, dans ce déséquilibre d'intérêt entre les paternités et les maternités à distance. J'ai pu en prendre

1. Le centre de santé du Comede a participé à cette enquête, la première de « grande ampleur sur les migrations subsahariennes et la santé » (Pannetier, 2018, p. 79).

la mesure en retravaillant sur vingt dossiers d'hommes et de femmes que j'ai suivi-es en psychothérapie au Comede entre 2010 et 2021, parents d'enfants mineur-es dont elles et ils étaient séparé-es du fait de l'exil. La lecture de ces dossiers reflète un intérêt différencié : je questionnais dès le début du suivi les femmes sur leur maternité (« Avez-vous des enfants ? ») et sur le lieu de vie de leurs enfants (« Vivent-ils avec vous en France ? »). La question n'apparaît pas aussi fréquemment pour les hommes. À titre d'exemple, j'ai appris par l'assistante sociale avec qui je suivais un patient depuis plus de deux ans qu'il était père d'une fille adolescente laissée au pays à la garde de sa mère et qu'il entretenait avec elle des contacts réguliers. Certes, on peut voir, dans ma non-prise en compte de son statut de père les effets du silence de cet homme, en partie honteux d'avoir laissé un enfant et de ne pouvoir subvenir à ses besoins. On peut également y entendre une manière de cloisonner les espaces ici et là-bas pour survivre psychiquement à une expérience migratoire douloureuse. Cependant, de mon côté, celui de la thérapeute, je n'ai pas non plus exploré cet aspect de la biographie de mon patient. Je ne l'ai pas interrogé sur sa paternité, ni même sur les raisons pour lesquelles il ne l'avait pas évoquée.

De manière plus générale, en relisant mes notes cliniques, il apparaît clairement que le thème de la paternité à distance est peu évoqué dans les entretiens que j'ai menés avec les hommes. À l'inverse, au-delà de l'information biographique recueillie dès le début de la prise en charge, le thème de la maternité à distance est central dans certaines prises en charge thérapeutiques, du fait de la douleur psychique qu'elle suscite et de la culpabilité des femmes d'être à l'origine de la séparation.

Si on place cette expérience clinique en regard de la réalité statistique, on note une forte dissonance. En effet, d'après les études concernant la parentalité transnationale, les pères sont plus souvent des parents à distance que les mères. L'étude « Parcours 2012-2013 », traitant de la santé des migrant-es d'Afrique subsaharienne en France, relève que « les hommes ont déclaré deux fois plus souvent que les femmes avoir un enfant de moins de dix-huit ans à l'étranger : 33 % contre 15 % » (Pannetier, 2018, p. 89). Ce déséquilibre est noté dans d'autres pays européens :

« Au terme de cette première analyse des caractéristiques sociodémographiques associées aux parentalités transnationales, le profil du parent transnational qui se dégage est celui d'un homme de plus de 30 ans, arrivé très récemment en Espagne, ayant un emploi, très peu qualifié, originaire d'un pays d'Afrique ou d'Amérique latine, et en situation irrégulière » (Sierra-Payche, 2016, p. 8).

Le décalage entre l'intérêt clinique et scientifique porté à la question des maternités à distance et la réalité démographique de la prééminence des paternités à distance est particulièrement frappant. Ce décalage reproduit probablement les fortes inégalités entre hommes et femmes dans le soin aux enfants et, comme le souligne Celio Sierra-Payche, renvoie à :

« un investissement différencié dans l'éducation des enfants, selon le sexe des parents. Les hommes peuvent ainsi davantage se permettre de vivre à distance

de leurs enfants que les femmes. Ce résultat incite donc à s'intéresser dans de futurs travaux à la question des paternités transnationales » (Sierra-Payche, 2016, p. 6).

L'hypothèse que j'avancerai ici est que ce décalage est aussi lié, dans le domaine de la santé mentale, à deux autres facteurs. D'une part, la présentation clinique des femmes en situation de maternité transnationale et les effets contre-transférentiels intenses produit sur les soignant-es suscitent un besoin de comprendre ce qui s'y joue – mon propre désir d'écrire sur ces questions étant lui-même pris dans ce contre-transfert. D'autre part, les normes et stéréotypes sociaux véhiculés par les théories psychologiques et psychanalytiques relatives à la division genrée des rôles parentaux influent fortement aussi sur ce contre-transfert, et induisent une focalisation sur l'expérience de la séparation mère-enfant.

De la maternité à distance comme d'une épouvante : paroles des mères exilées en thérapie et violences du contre-transfert

Contre-transfert : une définition élargie

En psychanalyse, le contre-transfert est défini par les éléments conscients et inconscients qui émergent chez le/la thérapeute dans la relation thérapeutique ou analytique avec un-e patient-e (Winnicott, 1969 ; Searles, 2005). Le contre-transfert peut être considéré en premier lieu comme une réponse au transfert – il donne ainsi de précieuses indications sur ce qui se joue pour les patient-es lorsqu'eux et elles-mêmes ne peuvent le nommer. L'empathie – nécessaire pour avoir accès aux mouvements psychiques des patient-es, et cruciale pour l'élaboration d'une relation de confiance entre patient-e et thérapeute – fait partie intégrante du contre-transfert.

Le contre-transfert est aussi marqué par l'histoire personnelle de l'analyste, qui résonne avec le matériel apporté par le ou la patient-e au cours des séances. S'il est nécessaire de pouvoir distinguer ce qui relève de l'histoire propre du thérapeute et de la problématique psychique de la personne qui vient consulter, on peut considérer que les représentations reliées à la vie psychique du thérapeute qui émergent en séance permettent aussi d'orienter le travail thérapeutique. La neutralité en la matière n'existe pas. Dans le champ de l'exil et de la précarité notamment, les aspects sociaux et politiques du contre-transfert occupent une place importante du fait des effets de l'asymétrie des places sociales des soignant-es et des soigné-es (Mettraux, 2013).

Pour certain-es psychologues et psychiatres, on peut parler de contre-transfert préalable, de prétransfert ou de préconception : il existerait une certaine attente vis-à-vis du discours des patient-es liée à l'idée générale que l'on se fait, par exemple, d'une femme ou d'un homme exilé-e, mais aussi à l'idée que l'on se fait de son rôle de thérapeute (Lachal, 2006). Ce contre-transfert emprunte à des stéréotypes et

des représentations d'un fonds social commun. Cependant, cet emprunt est en lui-même en partie inconscient et remanié à partir de l'histoire personnelle du ou de la thérapeute. Le concept de « figures » correspond au mieux à la manière dont le contre-transfert se nourrit de catégories socioculturelles – elles-mêmes fortement liées à des stéréotypes et des jugements moraux –, tout en demeurant « une forme de modelage subjectif, propre à chaque soignant, plus qu'une représentation générale d'ordre exclusivement social » (Pestre *et al.*, 2016).

Dans tous les cas, il ne s'agit pas de lutter contre le contre-transfert, ou de souhaiter son absence, mais d'en neutraliser les effets qui pourraient nuire aux patient-es ou faire obstacle à la relation thérapeutique. Un travail sur soi du ou de la thérapeute est pour cela nécessaire : il inclut la connaissance intime de son fonctionnement psychique, des points de résonance possibles entre son histoire et celles des personnes reçues. Ce travail sur soi nécessite aussi de prendre en compte sa position sociale de classe, de genre et les effets des catégories raciales sur la relation, autrement dit : « l'ensemble des émotions vécues et véhiculées par les intervenants, induit par les représentations collectives qui les structurent, qu'elles soient sociales, historiques, politiques, religieuses ou idéologiques » (Daxhelet *et al.*, 2018).

Les articles qui abordent la santé mentale des mères en situation transnationale évoquent le poids de ces préconceptions et des attentes des soignant-es à l'égard des femmes exilées. Le rôle du contre-transfert dans la prise en charge et la compréhension de la maternité à distance est ainsi mis en avant :

« Les préconceptions ayant précédé la réalisation de cette étude étaient nombreuses : la question des angoisses abandonniques, relatives à toute situation de séparation mère-enfant, étant universellement source de malaise et de réactions très chargées émotionnellement. L'idée que cette pratique de confiage était favorisée par la culture et le dispositif familial des participantes et qu'elle n'était donc pas source d'une quelconque souffrance pouvait être aussi présente. Le constat clinique de départ était que ce sujet était peu abordé directement avec les mères, de peur d'être culpabilisant ou de ne pas savoir quoi en faire sur le plan thérapeutique. Le malaise se retrouve donc comme un écran entre la patiente et le thérapeute-chercheur et la question du jugement moral infiltre fortement les représentations soignantes » (Prévost *et al.*, 2021, p. 68).

Les aspects contre-transférentiels sont ainsi liés au paradigme psychologique de l'abandon, et à des représentations communes concernant la maternité et les cultures au sein de l'équipe ayant entrepris l'étude. Ces deux aspects du contre-transfert ont des effets sur la relation thérapeutique : un « malaise » s'installe entre le « chercheur-thérapeute » et la « patiente ». Se mêlent des jugements moraux et des émotions, là où la règle est de tendre à une neutralisation des affects et des représentations propres des thérapeutes.

Cruauté de la séparation et contre-transfert

Mon expérience auprès des mères et pères en exil, ayant « laissé derrière eux » des enfants, comporte un certain nombre de points communs avec la situation décrite par l'équipe qui a produit l'étude citée précédemment. Je peux à mon tour témoigner d'un malaise faisant écran à la relation thérapeutique. Ce malaise, dans mon cas, prenait plutôt la forme contre-transférentielle de la sidération, d'un blanc de la pensée. Ce « blanc » peut être entendu comme une marque du trauma dans la relation thérapeutique :

« Le thérapeute est placé devant une scène traumatique virtuelle. Il va ressentir une catégorie d'émotions ou toute une gamme d'émotions [...]. Mais dans un certain nombre de cas, il *ne sait pas quoi dire*. Cette impossibilité de dire pose la question des limites intrinsèques du langage par rapport à l'expérience traumatique » (Lachal, 2006, p. 61-62).

De plus, j'ai pu moi aussi ressentir combien des questions trop appuyées sur les raisons et les conditions dans lesquelles les femmes avaient pu s'exiler sans leur(s) enfant(s) pouvaient être « culpabilisantes » et inutiles sur le plan thérapeutique. Les femmes que je suivais en thérapie souffraient de troubles psychiques parfois sévères, témoignaient d'une douleur psychologique et morale importante liée à leur exil, et avaient dû s'exiler à la suite de violences très graves subies dans leur pays d'origine. Nombre d'entre elles avaient fui un mariage forcé, avaient subi des coups, des actes de torture physique et psychiques, des viols. Dans la plupart des situations, les patientes présentaient l'alternative entre la séparation d'avec les enfants ou la mort. Cependant, la culpabilité d'avoir laissé les enfants, la crainte pour leur sécurité, leur scolarité ou leur santé, dominaient leur discours.

Dans mes notes au sujet d'une patiente du Comede, originaire d'un pays d'Afrique de l'Ouest et s'étant exilée sans ses enfants à la suite de violences de la part de son mari, on peut lire ce résumé : « Ne dort pas la nuit. Pense souvent à ses enfants et à ce qui s'est passé. A peur pour eux mais se sent en sécurité en France ». Le récit recueilli par Camille Schmoll de la vie de Julienne (2020, p. 33-55), une femme exilée originaire du Cameroun qui a traversé la Méditerranée, résonne très fortement avec cette expérience clinique :

« Je ne pourrai jamais oublier cette histoire. Je me suis séparée de mon fils à cause de ça. Mais si je restais là-bas, je pouvais mourir. Il valait mieux quitter. Mon fils est resté avec son père mais il le menaçait constamment, car il essayait de savoir où j'étais, et il le frappait pour ça. Mon fils était très mal à l'aise avec son père. L'enfant était fatigué, faible. Un jour ma mère m'a appelée alors que j'étais en Italie. Je lui ai dit : "Tu sais que je n'ai qu'un seul enfant". Elle m'a dit oui. Je lui ai dit : "Je t'en supplie, garde mon fils". Elle m'a dit : "Ton fils a un père". Je lui ai dit que je préfère qu'il soit à la rue plutôt que rester avec son père. Et puis finalement mon fils est parti chez ma mère. Et mon mari maintenant il sait que je suis ici. Mais maintenant il ne viendra pas, c'est trop tard, il est déjà vieux en plus. Mon fils a dû arrêter l'école, sans argent. J'essaie de lui envoyer de l'argent » (Schmoll, 2021, p. 56).

Il ne s'agit donc pas de nier la souffrance associée à l'exil des mères – les auteur·rices de l'étude citée plus haut, effectuée en maternité, soulignent également le risque de préconception qui minimiserait cette souffrance au nom de la culture, en invoquant par exemple « des pratiques de confiage » (Prévost *et al.*, 2021, p. 68). Cette souffrance demande aux thérapeutes d'aborder avec tact et délicatesse ces questions. Les aborder de façon trop frontale pourrait mettre à mal le processus thérapeutique. La première action thérapeutique consiste à écouter la souffrance qui s'exprime dans la parole des femmes exilées en thérapie, plus qu'à en dire quelque chose ou à la questionner.

Les notes cliniques ici reproduites concernent une femme originaire d'un pays d'Afrique de l'Ouest. Elle a fui un mariage forcé et n'a pas pu s'exiler avec ses enfants :

« Première consultation : "A eu ses enfants au tel. Insupportable. Mais a réussi à ne pas s'effondrer".

Deuxième consultation : "Ça va. Mais ses enfants lui manquent. C'est dur. Va mal à nouveau".

Troisième consultation : "À part l'évocation de ses enfants, elle semble OK".

Reprend RDV, quelques mois après : "A des pensées qui concernent surtout ses enfants. Pleure à l'évocation. Se dit qu'elle est venue pour les sauver. Sont en sécurité avec sa mère. Se souvient de son mari la menaçant avec un couteau" ».

La cruauté et l'intensité des récits des personnes ayant subi des violences, associées à la tristesse ou à la culpabilité qu'elles évoquent de se sentir à l'origine de la séparation de la famille, peuvent nourrir en miroir chez les thérapeutes des affects et représentations dans le contre-transfert, infiltrés par des images crues et douloureuses. Au sujet du cas d'une patiente demandeuse d'asile, ayant vécu des violences liées au genre de manière répétée depuis son enfance, et « mère ici et là-bas », Roselyne Boyet écrit :

« Il me fallait tenir dans le soin avec elle, au plus près de ses souffrances, se laisser prendre dans le tourbillon vertigineux des traumatismes cumulés. À mesure de ses récits, des représentations violentes me traversent : celle d'une parentalité amputée de ses enfants disparus à l'image de ses "jambes coupées"², celle d'une parentalité blessée dont l'hémorragique sentiment de culpabilité ne cesse de se déverser en elle, à l'instar des angoisses de mort » (Boyet, 2019, p. 32).

L'expérience clinique répétée auprès des femmes exilées nourrit ainsi un contre-transfert intense et infiltré d'images très violentes. Elle prépare aussi le prétransfert vis-à-vis des futures patientes : on s'attendra à ce que leurs récits racontent à la fois des traumatismes, d'ordre sexuel notamment, et la douleur de la séparation. Mon hypothèse est que, en tant que thérapeute, on se prépare et se protège de la violence des récits à venir par des préconceptions modelées *via* les récits marquants déjà entendus. Ces préconceptions peuvent être formulées de la manière suivante : les femmes victimes de violence qui ont laissé derrière elles un/des enfant(s) nourrissent un fort sentiment de culpabilité et témoignent d'une détresse psychique importante.

2. Image utilisée par la patiente pour décrire sa fatigue.

Il demeure bien entendu pertinent d'explorer la manière dont on accueille, soulage ou aide les patientes à élaborer et à atténuer cette douleur de la séparation. Mais il est important de pouvoir entendre que toutes les patientes vivant l'exil sans leur enfant ne témoignent pas de cette douleur : il faut pour cela laisser un espace d'expression dans le cadre de la thérapie à d'autres aspects des expériences de la maternité transnationale.

Espace parental transnational et bouleversements liés à l'exil : des voix différentes

Précarité administrative et sociale, santé mentale et parentalité

« La situation sociale et administrative des personnes est plus difficile pour les personnes qui sont séparées d'un de leurs enfants. C'est cette situation, notamment l'absence de titre de séjour stable qui altère la santé mentale (Pannetier *et al.*, 2017, p. 91). Lorsque l'on "ajuste" le modèle, autrement dit lorsque l'on tient compte de cette différence, la parentalité transnationale n'est pas associée aux symptômes anxio-dépressifs » (Pannetier, 2018).

Statistiquement – ce qui n'enlève rien aux constats cliniques précédemment mis en lumière –, les symptômes anxieux et dépressifs chez les personnes exilées seraient donc corrélés à la précarité administrative et juridique plus qu'à la séparation des enfants. De plus, la séparation des enfants serait plus fréquemment source de symptômes anxio-dépressifs pour les personnes dans une telle situation de précarité.

Il me semble en effet important de souligner le cumul des expériences traumatiques dans le pays d'origine, au cours du parcours d'exil jusqu'à l'Europe, et de l'incertitude quant au futur liée à la difficulté à se stabiliser sur le plan administratif et juridique. L'attente des convocations à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) ou à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) pour les demandeur-ses d'asile, l'incertitude quant aux décisions administratives pour les personnes en attente d'un titre de séjour, et plus encore l'absence durable de droit au séjour en France façonnent très fortement l'expérience de l'exil et peuvent aggraver les symptômes dépressifs et psychotraumatiques liés aux violences subies (Saglio-Yatzimirsky, 2018).

L'exclusion liée à la précarité administrative maintient les personnes exilées dans des situations d'extrême pauvreté : absence ou instabilité de l'hébergement, éloignement, exigüité, vétusté du logement, absence de ressources financières propres, de droit au travail et aux prestations sociales, accès difficile à la nourriture quotidienne, obstacles à l'accès aux soins. Ces conditions de vie peuvent durer longtemps, sans que l'on sache quand et comment elles s'amélioreront. Ces incertitudes pèsent indéniablement sur l'expérience de la parentalité des personnes exilées, qu'elle s'exerce en présence ou à distance. Si la séparation est douloureuse, la perspective d'accueillir les enfants en France ou de faire des allers-retours pour

maintenir le lien dès que la situation se stabilisera permettrait indéniablement d'atténuer la douleur. Mais ces aménagements, ces va-et-vient sont, de fait, interdits aux personnes sans droit au séjour.

Par ailleurs, les parents exilés peuvent ne pas souhaiter faire venir leur(s) enfant(s) dans les situations de grande précarité dans lesquelles ils et elles vivent, ou peuvent se sentir psychologiquement incapables de prendre soin d'eux dans le cas où ils ou elles souffrent de troubles psychiques. Plusieurs de mes patientes ont eu à recevoir leurs enfants, envoyés en France sans qu'elles n'en soient averties préalablement par des membres de leur famille ne souhaitant plus en avoir la charge et la responsabilité dans le pays d'origine. Pour certaines, cette venue non préparée de leurs enfants n'a pas constitué un soulagement. Une patiente a dû par exemple accueillir son fils devenu adolescent dans la chambre très exiguë d'un hôtel social, sans salle de bains propre. Cette promiscuité, pour une femme ayant subi des viols par des hommes très jeunes, était source d'une grande souffrance et d'une gêne de nature à entraver les rapports mère-fils.

De la maternité comme présence physique : qu'est-ce qu'une bonne mère ?

La tendance à lier détresse psychique des femmes et séparation des enfants dépasse le cadre de la relation psychothérapeutique nourrie par une expérience répétée de consultation auprès des femmes exilées. Julie Pannetier souligne la nécessité de « nuancer les représentations/les discours qui font de la séparation physique d'avec un enfant nécessairement une source de mal-être, et ce, surtout pour les femmes » (Pannetier, 2018, p. 91).

Ces représentations/discours agissent fortement dans le champ « psy », du fait de l'essentialisation de la division genrée des rôles parentaux portée par certains psychanalystes (Tort, 2006). Le champ de la clinique de l'exil, dans ses intersections avec ceux de la périnatalité et de la parentalité, n'échappe pas à l'idée que la présence physique maternelle est non seulement la condition du bien-être psychique des enfants en bas âge, mais aussi de celui des mères – à la différence des pères qui pourraient tout à fait se passer de ce contact. Dans son article, un psychologue clinicien, explique ainsi :

« 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 ».

Et l'auteur de s'interroger : « Serait-ce pareil pour les mères ? ». La réponse est sans appel et témoigne d'une certaine représentation des rapports de genre et des rôles assignés aux femmes en exil :

« 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 suite aux violences, envoyer de l'argent (puisque cela ne couvrirait que le volet symbolique) n'est pas une manifestation de présence suffisante » (Guerrero, 2017, p. 5-6).

Cette différence entre père et mère en exil dans le type de rapport entretenu avec leur(s) enfant(s) à distance tient, pour Omar Guerrero, au fait que « du côté paternel, les fonctions biologiques et symboliques peuvent être disjointes » (Guerrero, 2017, p. 5), là où :

« 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 » (Guerrero, 2017, p. 6).

S'il s'agit de dépasser, grâce au processus thérapeutique, cette difficulté pour les mères à se séparer de leurs enfants (Guerrero, 2017, p. 7), il n'en reste pas moins que les coordonnées parentales de base, à partir desquelles sont entendues les expériences parentales en exil, se divisent entre part symbolique du côté du père et parts biologiques et sociales du côté maternel. Le discours clinique porté sur les parentalités à distance est dans ce cas pris dans des catégories essentialisées des hommes et des femmes, portées selon l'auteur par les patient-es elles et eux-mêmes (Guerrero, p. 6-7). Ce discours reflète une normativité des expériences parentales, divisées en fonction du genre.

Plus généralement, il apparaît que les pratiques sanitaires et sociales en périnatalité, et dans le domaine de la parentalité, sont fortement influencées par la théorie de la carence maternelle (Bowlby, 1951) et de l'attachement (Bowlby, 1958). Dans leurs versions les plus conservatrices, elles se fondent sur l'idée d'une corrélation entre le bien-être psychique de l'enfant et les soins maternels, liée à l'empreinte de la rencontre initiale avec le corps maternel. Appliquer ces théories psychologiques du développement de l'enfant sans prendre en compte le contexte d'exil revient à assigner les femmes exilées sans leur(s) enfant(s) à la place de « mauvaises mères » : on ne saurait, selon la division genrée du travail parental promue par ces théories, être une bonne mère sans être physiquement présente pour son enfant, particulièrement pour l'enfant en bas âge – le père, pour sa part, pouvant assurer une présence symbolique, économique notamment.

Ici, la santé mentale des mères est censée être influencée par la séparation avec l'enfant, parce qu'elles « n'ont pas pu protéger leur enfant du monde adulte », ce qui constituerait leur « mission freudienne » (Guerrero, 2017, p. 6). Ce qui est étonnant dans cette affirmation est bien plutôt que cette mission, et la culpabilité de ne pas pouvoir la remplir, sont distribuées différemment entre père et mère. On peut se référer ici aux travaux de la sociologue américaine Susan Walzer, qui distingue deux « soucis » (*worries*) chez les mères. Il existe en premier lieu le souci

de l'enfant (*baby worry*), qui correspond à la question : « De quoi le bébé a-t-il besoin ? ». Mais il est souvent associé au *mother worry* (« le souci de la mère »), qui désigne l'autre raison pour laquelle les mères se font du souci et qui « tient au fait que c'est ce que l'on attend d'elles, et que les normes sociales rendent difficile pour les mères de savoir si elles font ce qui est bon pour leur bébé »³ (Walzer, 1996, p. 222). Ce « souci de la mère », surtout s'il est renforcé par les préconceptions des personnels soignants, risque de favoriser l'émergence de troubles liés à la culpabilité de la séparation, puisqu'il enjoint de se faire du souci pour être reconnue comme une bonne mère.

Il arrive que les mères craignent beaucoup plus ce à quoi leurs enfants pourraient être exposés dans une vie précaire en France – la pauvreté et les discriminations notamment – qu'elles ne souffrent de s'être séparées de leurs enfants, quand ceux-ci sont confiés à une personne jugée sûre – notamment leur père. C'est la nature incertaine de la durée de séparation qui en fait une « perte ambiguë » (Prévost *et al.*, 2021, p. 66), ni temporaire ni définitive, et risque de la transformer en douleur psychique insoutenable.

Si l'exil ne signifiait pas une telle incertitude sur l'avenir – incertitude liée aux politiques migratoires en France, incluant l'obtention du droit d'asile –, la séparation entre mère et enfant le temps qu'une protection soit reconnue constituerait probablement dans un grand nombre de situations un mal nécessaire, mais non un abyme psychique. Je pense ici particulièrement à une patiente militante dans une organisation politique dans son pays, dont les enfants étaient restés à la garde de leur père qui avait fui avec eux dans un pays frontalier. Cette patiente se sentait très sûre d'obtenir le statut de réfugiée. Si elle pouvait nommer une inquiétude pour ses enfants, notamment en ce qui concernait la continuité de leur scolarité, elle n'était pas dévastée ou anéantie par cette séparation. Elle témoignait aussi de son besoin de tranquillité pour pouvoir s'occuper d'elle-même et soigner les séquelles traumatiques des viols qu'elle avait subis.

Comment comprendre la difficulté à entendre ce que les femmes ayant migré sans leur(s) enfant(s) ont à dire de cette expérience ? La douleur psychique intense exprimée par certaines explique en partie seulement l'embarras dans lequel les clinicien·nes peuvent se trouver face à ces expériences de séparation. En effet, les normes de genre infiltrent les représentations des soignant·es – la relation mère-enfant serait fondée sur la présence physique, à la différence de la relation père-enfant qui pourrait s'établir à distance. Ces représentations conduisent les soignant·es à investiguer de manière différente les effets des parentalités transnationales sur la santé mentale en fonction du genre. L'exercice critique quant aux effets de ces normes sur les rencontres cliniques avec les mères exilées passe autant par une hybridation théorique (Ayouch, 2018) entre psychanalyse et sciences sociales que par l'analyse de son propre contre-transfert. Cet exercice permet de mieux comprendre l'association entre la douleur et la culpabilité liées à la séparation entre mère et enfant, les troubles psychiques liés aux violences

3. La traduction est de l'autrice de l'article.

et aux parcours d'exil, et la précarité sociale et juridique – sans essentialiser la fonction maternelle. Il permet aussi d'entendre d'autres expériences, moins douloureuses, des maternités à distance.

Enfin, j'aimerais souligner que l'espace numérique ouvre la voie à d'autres modalités d'exercice et d'expérience des maternités transnationales. La possibilité de maintien des liens familiaux à distance grâce aux outils numériques et aux réseaux sociaux a bouleversé les pratiques sociales et familiales transnationales des personnes exilées, particulièrement des femmes, même en situation de très grande exclusion. On peut se référer au chapitre « Les échelles de l'autonomie : corps, espace domestique, espace numérique » du livre de la géographe Camille Schmoll, *Les Damnées de la mer* (2020, p. 159-183). Les pratiques numériques créent un espace semi-public affectif, social et familial, transnational dans lequel est réaffirmé un « rôle que l'absence et la distance pouvaient amoindrir, celui de fille, de mère, de sœur ou compagne, etc. » (Schmoll, 2020, p. 178). Cette possibilité à la fois réelle et virtuelle de parentalité à distance déplace les enjeux de séparations physiques, pour les mères comme pour les pères.

Références bibliographiques

- Ayouch T. (2018)**, « L'hybride, le psychique et le social : pour une psychanalyse mineure », *K. Revue transeuropéenne de philosophie et arts*, n° 1, p. 106-123.
- Bowlby J. (1951)**, *Soins maternels et santé mentale : contribution de l'Organisation mondiale de la santé au programme des Nations unies pour la protection des enfants sans foyer* (2^e éd.)
- Bowlby J. (1958)**, « The Nature of the Child's Tie to his Mother », *International Journal of Psycho-Analysis*, n° 39, p. 350-373.
- Boyet R. (2019)**, « Mères en exil et enjeux d'une parentalité à distance : être mère ici et là-bas », *Dialogue*, n° 225, p. 19-34.
- Cardi C., Odier L., Villani M. et al. (2016)**, « Penser les maternités d'un point de vue féministe », *Genre, sexualité & société*, n° 16 [en ligne] <https://doi.org/10.4000/gss.3917>, (consulté le 20 septembre 2022).
- Daxhelet M.-L., Johnson-Lafleur J., Papazian-Zohrabian G. et al. (2018)**, « Impuissance et contre-transfert culturel. Le rôle des discussions de cas interinstitutionnelles pour dénouer les impasses thérapeutiques », *L'Autre*, vol. 19, n° 1, p. 21-31.
- Davoudian C. (2012)**, *Mères et bébés sans-papiers. Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?*, Toulouse, Érès.
- Guerrero O. (2017)**, « Mal de mères », *Mémoires*, n° 71, p. 5-7.
- Lachal C. (2006)**, *Le partage du traumatisme : contre-transferts avec les patients traumatisés*, Grenoble, Éditions La Pensée sauvage.
- Laufer L. (2022)**, *Vers une psychanalyse émancipée. Renouer avec la subversion*, Paris, La Découverte.
- Le Roy-Ladurie E. (1979)**, « L'allaitement mercenaire en France au xviii^e siècle », *Communications*, n° 31, p. 15-21.
- Mestre C. (dir.) (2016)**, *Bébés d'ici, mères d'exil*, Toulouse, Érès.
- Mettraux J.-C. (2011)**, *La migration comme métaphore*, Paris, La Dispute.
- Moro M.-R., Neuman D. et Réal I. (dir.) (2012)**, *Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*, Grenoble, Éditions La Pensée sauvage.
- Pannetier J. (2018)**, « Liens transnationaux et santé mentale : de la nécessité du lien entre ici et là-bas ? Le cas des migrations africaines en Île-de-France », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n° 2-3.
- Pestre E., Baligand P. et Wolmark L. (2016)**, « Ségrégations à l'hôpital. De quelques figures de l'étranger dans la relation de soin », *Cliniques méditerranéennes*, n° 94, p. 51-68.
- Prevost C., Drain É., Carbillon L. et al. (2021)**, « Être mère ici et là-bas : une parentalité complexe », *L'Autre*, vol. 22, n° 1, p. 61-70.
- Razy É. et Baby-Collin V. (2011)**, « La famille transnationale dans tous ses états », *Autrepart*, n° 57-58, p. 7-22.
- Saglio-Yatsimirsky M.-C. (2018)**, *La voix de ceux qui crient*, Paris, Albin Michel.
- Searles H. (2005)**, *Le contre-transfert*, Paris, Gallimard.

Sierra-Paycha C. (2016), « Les mères et pères migrants dont les enfants mineurs vivent à l'étranger. Un regard sur les parentalités transnationales depuis l'Espagne », Communication XIX^e colloque de l'Association internationale des démographes de langue française (AIDELF), Strasbourg, France [en ligne] <https://colloque.aidelf.org/documents/1642.pdf> (consulté le 20 septembre 2022).

Schmoll C. (2020), *Les damnées de la mer. Femmes et frontières en Méditerranée*, Paris, La Découverte.

Tort M. (2005), *Fin du dogme paternel*, Paris, Aubier.

Walzer S. (1996), « Thinking about the Baby : Gender and Divisions of Infant Care », *Social Problems*, n° 43 (2), p. 219-234 [en ligne] <https://doi.org/10.2307/3096999> (consulté le 20 septembre 2022).

Winnicott D. W. ([1947] 1969), « La haine dans le contre-transfert », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

Yépez I., Ledo C. et Marzadro M. (2011), « "Si tu veux que je reste ici, il faut que tu t'occupes de nos enfants !" ». Migration et maternité transnationale entre Cochabamba (Bolivie) et Bergame (Italie) », *Autrepart*, n° 57-58, p. 199-213.