

Vulnérabilité psychique périnatale et migration

Les chiffres publiés en 2024 à la suite de la dernière enquête nationale sur la mortalité maternelle¹ sont inquiétants : le suicide maternel, défini comme le décès d'une femme par suicide dans la période qui court du début de la grossesse jusqu'à un an post-partum, est la première cause de mortalité maternelle. Cela représente plus d'un décès par mois pour cause psychiatrique en France. La mortalité – toute cause confondue – des femmes migrantes est plus élevée que celle des femmes nées en France, et elle est particulièrement marquée pour les femmes nées en Afrique subsaharienne². Les études de plus en plus nombreuses sur la dépression périnatale indiquent également une fréquence beaucoup plus élevée chez les femmes migrantes. Alors que la dépression ante et post-natale touche respectivement 10 à 15 % et 15 à 20 % des femmes françaises, les chiffres s'élèvent à 38 % et 50 % pour les femmes migrantes en France³.

La santé psychique périnatale a fait l'objet de plusieurs plans nationaux de financement pour la mise en place de dispositifs de soins supplémentaires, du plan périnatal de 2007 avec mise en place en particulier de l'entretien prénatal précoce et la dotation de psychologues dans les maternités, jusqu'au plan des « 1 000 premiers jours » en 2021 qui a permis, entre autres, la construction de nouveaux dispositifs de soins de psychiatrie périnatale et le développement de l'entretien post-natal. Les permanences d'accès aux soins de santé périnatales se sont peu à peu développées, mais les prises en charge spécifiques à cette population sont très inégales sur le territoire en fonction de l'accès aux soins, des possibilités d'interprétariat et de l'absence de formation spécifique des professionnels.

Une période de double vulnérabilité psychique

Dans cette population, la crise psychique induite par la grossesse – crise qui est le plus souvent à potentialité maturative – vient se conjuguer avec la crise migratoire, à savoir le vacillement des repères, l'éloignement du pays et des proches, l'adaptation forcée à un nouveau contexte de vie. Les états de stress post-traumatiques sont également surreprésentés. Il s'agit souvent de femmes ayant subi des violences physiques, psychiques ou sexuelles dans leur pays d'origine ou sur le parcours migratoire et ayant parfois dû laisser des enfants en bas âge au

pays. Les conditions de vie dans le pays d'accueil, la précarisation et les nouvelles violences subies augmentent l'anxiété et favorisent le syndrome de stress post-traumatique.

La transparence psychique⁴ se conjugue chez les femmes migrantes avec la transparence culturelle⁵. La transparence psychique se définit comme le fait qu'en période périnatale le fonctionnement psychique maternel est plus perméable et lisible pour la mère elle-même. Les conflits infantiles se ravivent, les souvenirs affleurent plus facilement, les relations anciennes intériorisées refont surface de manière plus ou moins douloureuse selon l'histoire de chacune. Le concept de transparence culturelle vient souligner le fait que les éléments culturels de la génération précédente se réactivent et deviennent d'une importance capitale. Comment accompagner donc ce double processus dans des familles précarisées et souvent victimes de traumatismes divers ?

De nombreuses études démontrent l'impact des troubles psychiques périnataux – en particulier de la dépression du post-partum – sur les modalités relationnelles entre une mère et son bébé, sur le style d'attachement et le développement psychomoteur de l'enfant. Le bébé est donc à haut risque de troubles du développement si la prévention précoce ne se met pas en place. La mère, ou le parent en difficulté psychique, ne peut pas répondre correctement aux besoins du bébé. Dans cette situation, c'est la détresse qui est au rendez-vous, avec son cortège de symptômes et de stratégies de survie très coûteuses pour l'enfant en termes de développement⁶. Il s'agit là d'une situation de traumatisme psychique qui se rajoute aux traumatismes des générations précédentes.

VIGNETTE CLINIQUE

Thérèse et Charles⁶ sont originaires de la République démocratique du Congo et se sont connus en France. Thérèse y était arrivée depuis un an et Charles depuis trois ans. Ils habitent dans la rue jusqu'à la naissance de leurs jumeaux. Les propositions de mise à l'abri pendant la grossesse ne concernaient que Thérèse, ce qui a motivé son refus, malgré l'insistance de Charles pour qu'elle accepte. Elle est très déprimée, méfiante, avec des symptômes sévères de syndrome de stress post-traumatique. Elle évoque une histoire violente dans son pays, l'assassinat de ses parents et son inquiétude pour son fils de 4 ans, confié à un passeur sur le trajet et dont elle n'a plus de nouvelle. Charles également a laissé un enfant de 2 ans au pays. Thérèse n'arrive pas à se nourrir, elle a une aversion pour la nourriture française depuis le début de la grossesse, elle a maigri. Pour faciliter le suivi de la grossesse, non désirée mais acceptée, et proposer une prise en charge plus contenante, le service d'obstétrique organise des demi-journées d'hôpital de jour en groupant tous les examens lors de

¹ Inserm et Santé publique France. (2024). *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7^e rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018.*

² Inserm et Santé publique France. (2024).

³ Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité.* Presses universitaires de France.

⁴ Moro, M. R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations.* Presses universitaires de France.

⁵ Ansermet, F. (2008). Dépression ou détresse du nourrisson ? *Le carnet psy*, 7, 129, 31-34.

⁶ Les personnes citées ont été anonymisées.



7 Clément, A., Maggi-Perpoint, C., Villand, A. et Fournier P. (2023). L'Unité de soins et d'accompagnement précoces (Usap) : une unité originale articulant psychiatrie périnatale et obstétrique. *Périnatalité*, 2(15), 57-63.

8 Moro, M. R. et Radjack, R. (2023). *Accueillir les enfants migrants et leurs parents*. Yapaka.be.

9 Moro, M. R., El Hussein, M., Ludot, M. et Radjack, R. (2020). Devenir parents en situation transculturelle. *Soins Pédiatrie/ Périculture*, 41, 31-37.

ces temps-là. La césarienne en urgence pour raison obstétricale déclenche chez Thérèse une angoisse de mort importante avec des reviviscences post-traumatiques.

L'orientation vers l'unité de soins et accompagnement précoce⁷ de l'hôpital Femme mère enfant de Lyon avait été proposée et travaillée en amont. Cette unité originale, à valence obstétricale et pédopsychiatrique, permet d'accueillir en maternité en post-partum immédiat pour une durée d'environ cinq à dix jours des patientes à risque de trouble du lien avec leur bébé. Thérèse est très déprimée après l'accouchement, indisponible aux besoins des bébés, dans une exigence agressive vis-à-vis de l'équipe et un refus systématique de la nourriture française. Charles est investi et impliqué dans le maternage des jumeaux, mais l'équipe soignante est sensible au fait que cela expose le couple au risque de creuser un fossé avec le maternage traditionnel, où le père n'est pas censé occuper cette place habituellement, et de susciter de la culpabilité et un sentiment d'incompétence chez la mère.

Comment composer alors avec la nécessité qu'il assume ce rôle de maternage, nécessaire dans cette situation de détresse maternelle aggravée par l'absence de portage groupal traditionnel ? Comment éviter aux parents le risque d'une acculturation précipitée ou d'une rigidification culturelle⁸ dans les pratiques de maternage ? L'élaboration en équipe du besoin intense de régression, figurée par une nécessité de retrouver la nourriture du pays, nourriture maternelle et maternante pour elle, aide les professionnels à accepter ce besoin sans jugement, à proposer des temps de soins à la mère pour qu'elle puisse être maternée en confiance. En réponse à un moment de fort désespoir avec pleurs et cris de la part de Thérèse dans les suites de l'annonce d'une mise à l'abri en famille à l'hôtel où il est impossible de cuisiner, l'équipe lui propose un atelier par enveloppement dans un linge chaud et par le chant. Cet atelier est conduit habituellement avec mère et bébé ensemble ; cette fois, face aux difficultés de Thérèse, un premier temps avec la maman seule est proposé, en amenant les bébés dans un deuxième temps, à côté d'elle. Ce moment intense permettra de créer un lien de confiance favorisant par la suite un accompagnement plus ajusté dans les soins aux bébés, avec un partage progressif des techniques de maternages occidentales et traditionnelles. Des ateliers thérapeutiques adaptés à cette situation particulière ont été proposés, soit un atelier

massage où la mère et la psychomotricienne s'apprennent mutuellement les savoir-faire, ou un atelier comptine sur le même principe. L'hospitalisation durera finalement trois semaines, avec un apaisement progressif de l'hypertonie de l'un des bébés, un amendement des symptômes dépressifs de Thérèse, une orientation en psychiatrie périnatale de secteur et un lien partenarial très étroit avec la protection materno-infantile et la métropole de Lyon. Sera faite également une demande urgente d'orientation en accueil parents/enfant pour le couple et les bébés, à l'appui de certificats médicaux, soulignant les fragilités et les compétences de chacun, comme également la nécessité d'un maintien du couple parental sous le même toit. La prise en charge pédopsychiatrique globale des jumeaux leur a permis de reprendre une trajectoire développementale correcte. Lorsque ceux-ci ont atteint l'âge de 6 ans, l'entrée dans les apprentissages et le développement affectif ont été évalués comme satisfaisants, même si un besoin d'orthophonie pour l'un des deux jumeaux persistait, sans critères de gravité. La petite sœur, née trois ans après, dans le cadre d'une grossesse suivie et accompagnée, a eu une trajectoire développementale ordinaire.

La grossesse, si elle permet souvent un premier accès au système de soin du pays d'accueil, précarise encore plus la femme et la vulnérabilise psychologiquement. La solitude par rapport à la famille d'origine et ses traditions culturelles, l'absence de la mère et du groupe, mais aussi les reviviscences traumatiques fortes, induites d'une part par les processus psychiques liés à la grossesse et d'autre part par les soins médicaux qui confrontent aux blessures corporelles infligées au pays et sur le parcours, ouvrent à un risque important de complications somatiques et psychiatriques, pour la mère comme pour le père et le bébé. La prévention et le soin précoce sont primordiaux. Comme le décrit Marie Rose Moro⁹, pour prendre en charge ces familles nous devons nous confronter à cette altérité culturelle pour que cela ne soit pas un frein ou un obstacle à l'interaction mais une source de créativité dans nos stratégies de prévention et de soin. ►

