

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON I

**RENCONTRE AVEC UNE FEMME ENCEINTE
EN SITUATION DE MIGRATION ET DE RUPTURES**

**Mémoire de Diplôme Inter-Universitaire
“Santé, Société et Migration”
Rédigé sous la direction du Dr ZEROUG-VIAL**

Lucile BLEUET
Année 2013-2014



© Marie Dorigny/Festival Photoreporter

SOMMAIRE

Introduction

1/ Présentation du terrain

A : Le lieu de la rencontre avec Mme T. et le contexte de son arrivée

B : Un parcours de vie difficile à raconter

2/ Interprétation

A : Généralités à propos de la migration féminine.

B : Approche psychopathologique des facteurs de vulnérabilité

- Le rôle prépondérant des facteurs psychosociaux
- Une pathologie de l'errance ?

C : Eléments de compréhension anthropologique

- La grossesse chez les femmes migrantes
 - L'art d'être invisible.
 - L'exil loin du cercle féminin et la réactivation douloureuse à l'occasion d'une grossesse
 - "L'effraction du corps et de l'esprit" par la surmédicalisation
 - Parmi les conséquences fréquentes de l'errance féminine : le recours à la prostitution
- L'approche transculturelle : Le Népal
 - Généralités sur le Népal et sa situation sociale, démographique et culturelle
 - La condition des femmes au Népal

3/ Discussion autour de la prise en charge de Mme T.

A : La question du diagnostic

B : L'asile comme lieu d'accueil

C : Problèmes éthiques soulevés

D : L'accouchement et la fin de la prise en charge

Conclusion

Annexes : 1. Cadre légal prévu par la loi du 5 Juillet 2011 de la mesure d'hospitalisation en péril imminent

2. Carte et situation géographique du Népal

3. Tableau comparatif socio-démographique Népal-France

Bibliographie

Introduction

La grossesse est une période tout à fait singulière dans la vie d'une femme, caractérisée par de grands bouleversements. Cet état peut être d'autant plus difficile à intégrer pour des femmes en situation de fuite et de précarité économique faisant se cumuler les facteurs de vulnérabilité, mais également de précarité psychique à la suite de parcours familiaux et individuels marqués de ruptures rendant difficile la construction harmonieuse de leur état de future mère.

Entre autres. Car devant les situations extrêmes dans lesquelles se retrouvent ces femmes, plusieurs questions se posent. Qui sont ces femmes ? Comment les accompagner au mieux ? De manière générale, leur rencontre bouscule nos habitudes et nos cadres de travail.

C'est en rencontrant l'une d'elles que j'ai mesuré la complexité de la situation de migration ajoutée à un événement de vie censé être fondateur. Mme T., jeune népalaise de 25 ans, enceinte, a fait irruption dans mon parcours de jeune psychiatre en formation. Ce qui me semblait "aller de soi" dans la relation soignant-soigné s'en est trouvé fortement perturbé.

L'objectif de ce mémoire est de rendre compte d'une tentative de compréhension d'une situation qui échappe aux efforts de déduction et d'empathie habituels.

La première partie sera consacrée à l'exposition de ce que nous appelons habituellement en psychiatrie un "cas clinique", mais qui pourra être requalifié de "rencontre" car ce mémoire se veut plus "de terrain" que clinique.

La seconde partie fera part d'une réflexion plus large autour de l'errance et des principales difficultés rencontrées par ces femmes qui vivent concomitamment l'expérience de grossesse dans un contexte de migration à travers un point de vue psychopathologique et anthropologique.

La troisième partie reprendra le déroulé chronologique de la prise en charge de Mme T. avec les questionnements qui se sont imposés, illustrant ainsi le cheminement de pensée de l'ensemble d'une équipe médico-sociale.

Enfin, nous tenterons de réfléchir aux conditions permettant une rencontre interculturelle.

Nous nous attacherons uniquement aux difficultés rencontrées par les femmes, ayant conscience de leurs conséquences sur la question de la transmission traumatique à l'enfant que nous ne traiterons pas ici.

1. Présentation du terrain

A : Le lieu de la rencontre avec Mme T. et le contexte de son arrivée

La rencontre avec Mme T. a eu lieu dans le service de secteur X appartenant à l'un des hôpitaux psychiatriques de Lyon. Il s'agit d'un service ouvert de psychiatrie adulte prenant en charge les patients résidant sur certains secteurs de Lyon. Comme tous les autres services du centre hospitalier, il est possible d'accueillir des personnes sans domicile fixe lors du « tour SDF » qui alterne entre les différents hôpitaux psychiatriques de la ville.

J'ai travaillé durant six mois dans ce service, dans le cadre de mon second stage d'internat du D.E.S de Psychiatrie. Comme les médecins, l'interne prend en charge des patients hospitalisés. Il est sous la responsabilité du médecin responsable du service. Encore en formation, il peut à tout moment solliciter l'aide d'un pair pour orienter son diagnostic, planifier un cadre de soins, mettre en place un traitement. Dans un service de secteur, les entretiens sont le plus souvent médico-infirmiers.

Mme T. a 25 ans. Elle a été hospitalisée pour la première fois au début de l'automne 2013.

D'origine népalaise, en situation irrégulière, elle a été admise aux urgences psychiatriques pour la survenue de troubles du comportement sur la voie publique, avec ivresse aiguë. Une passante aurait appelé les secours, et Mme T. a ainsi été conduite à l'hôpital général de Lyon.

Après un bref passage aux urgences générales, dans ce contexte d'intoxication éthylique, un examen somatique a été réalisé devant son état de santé général altéré, n'objectivant pas de trouble somatique particulier. Des examens complémentaires (dosage des Beta HCG) ont révélé l'existence d'une grossesse évolutive de 17 semaines d'aménorrhée. L'annonce a été faite aux urgences. Nous n'avons pas d'information quant à la réaction de la patiente face à cette nouvelle. Devant l'instabilité de sa situation psycho-sociale, elle a été transférée aux urgences psychiatriques pour l'évaluation d'éventuels troubles mentaux.

Après trois jours aux urgences psychiatriques, elle a été transférée dans notre service où elle a pu rencontrer l'assistante sociale. Elle s'est alors montrée réticente, opposant un mutisme ostentatoire. Sur le plan de sa situation sociale, Mme T. a raconté avoir perdu ses papiers d'identité qui stipuleraient, selon elle, sa double nationalité népalo-italienne. Ni l'ambassade, ni le Consulat

d'Italie à Lyon confirment cette double-nationalité. La situation de Mme T. peut être considérée comme irrégulière. A priori, aucune demande d'asile n'a été réalisée par la patiente, on note également l'absence de dossier à la CPAM du Rhône. Des démarches pour accéder à l'Aide Médicale d'Etat (AME) seront entreprises au cours de son hospitalisation.

Devant la détresse psycho-sociale et l'isolement dans lesquels se trouve Mme T., mais surtout son état de grossesse et l'absence de conscience du caractère dangereux de ses conduites, une mesure d'hospitalisation sous contrainte sous la forme d'une SPPI (soins psychiatriques en péril imminent) est réalisée, et confirmée à 24h et 72h de son séjour, comme le prévoit le cadre légal de la loi du 5 Juillet 2011 (cf annexe n°1).

B : Une parcours de vie difficile à raconter

A l'arrivée dans le service de psychiatrie X, nous rencontrons cette jeune femme au visage mate, ovale, et dont les traits larges sont bordés par de longs cheveux noirs et épais. Elle est de taille moyenne, ne dépassant pas les 1m 60. Sa carrure trapue donne une impression de robustesse. Elle se présente avec une attitude figée, bougeant rarement les segments de son corps, restant droite sur sa chaise. Ses déplacements sont souvent marqués par une certaine lenteur, voire une nonchalance accentuée par le port d'un pyjama trop large.

Dès les premiers entretiens, son regard est fuyant, témoignant d'une indifférence à l'égard de ce qu'on peut lui dire ou lui demander. Mme T. comprend le français et s'exprime avec cohérence. Le contact est d'emblée distancié, avec tout de même un niveau de courtoisie et de politesse préservé. Elle livre peu d'éléments biographiques, raconte qu'elle vient de Katmandou, que ses parents et son frère de deux ans son cadet y vivent actuellement. Nous l'encourageons à joindre sa famille, mais sans succès.

Après de nombreux entretiens peu contributifs du fait d'un contact ostensiblement méfiant, nous arrivons à tirer quelques fils de ce parcours de vie auquel nous avons difficilement accès.

En 2004, Mme T. vivait encore au Népal et avait entrepris des études d'infirmière tout en s'occupant de sa grand-mère. Une tante paternelle vivant dans le sud de la France et avec laquelle nous communiquons par téléphone, décrit Mme T. comme « une jeune fille brillante dans ses études,

calme et tempérée ». En 2006, Mme T. rencontre un touriste italien en séjour au Népal. Après plusieurs aller-retours en Europe, elle se marie avec cet homme et s'installe en Italie. Elle retourne au Népal en 2007 dans l'espoir que son mari l'y rejoigne. Celui-ci ne s'y rend pas et le couple divorce.

Elle exprime peu de choses sur cet ex-mari. De cette relation, elle décrit principalement un sentiment « d'enfermement » au sein d'une belle-famille avec qui les liens semblaient distants, voire conflictuels.

Après son retour au Népal, Mme T. se rend en Espagne en 2012. Aucune motivation concernant ce voyage n'est confiée. Elle réside dans des hôtels et reste évasive sur les raisons de ses déplacements à Madrid, ou encore Barcelone. Nous apprenons qu'elle a été hospitalisée à Majorque pour, nous dit-elle, des troubles du sommeil. Nous n'arrivons pas à lui faire préciser dans quel type de structures elle a été admise ni quels soins lui ont été apportés.

Durant cette période passée dans le Sud de l'Europe, la tante a sa nièce au téléphone de manière discontinue, et s'inquiète de l'état de santé de celle-ci. La tante décrit des pleurs récurrents, et le sentiment que Mme T. lui cache de nombreuses choses à propos de son mode de vie. Après insistance, Mme T. accepte d'être hébergée elle. Quelques semaines de co-habitation suffisent avant que la situation ne se dégrade. Mme T. est décrite comme caractérielle, restant au lit une majeure partie de la journée ou bien jouant à l'ordinateur en continu, refusant de participer aux tâches quotidiennes. Au bout de quelques mois, sa tante la met à la porte. Mme T. se réfugie chez une voisine de sa tante avec laquelle elle part au Maroc durant les vacances. Au retour, cette voisine demande également à la patiente de quitter son domicile, pour les mêmes raisons.

Mme T. arrive à Lyon un mois après. Elle vit dans la rue, ou peut être logée transitoirement par des hommes qu'elle rencontre. Elle confie s'être prostituée. Elle rapporte de nombreuses alcoolisations et prises de toxiques (cocaïne, cannabis...). Elle nous raconte qu'elle aurait souhaité retourner au Népal, mais que son statut de femme divorcée l'en empêche.

De l'enfant, elle ne dit rien. Elle ne connaît pas le père et ne semble pas chercher de qui il pourrait s'agir.

En entretien, les tentatives d'évoquer le mode de vie de ses parents et les traditions du Népal ont été vaines. J'ai notamment le souvenir d'une question que j'avais posée à propos de l'hindouisme, la patiente m'ayant confirmé qu'il s'agissait de la confession religieuse de sa famille. Cette question

l'avait troublée, voire persécutée. Les raisons de ce vécu très intrusif pour Mme T. n'avaient pas pu être abordés non plus.

Nous avons plusieurs fois proposé l'intervention d'un interprète népalais, malgré l'absence de difficultés à comprendre et à s'exprimer en français pour la patiente. Nous avions l'idée que l'usage de sa langue maternelle la mettrait en confiance, et faciliterait la verbalisation de son récit biographique. Mme T. a refusé systématiquement, marquant ainsi davantage son opposition et son impossibilité à entrer en lien avec l'équipe.

Elle pouvait seulement dire, de rares fois, combien “ses parents, les montagnes et les temples” lui manquaient.

2. Interprétation

A : Généralités à propos de la migration féminine:

Il y a dix ans, les situations de femmes en errance n'existaient quasiment pas. L'ampleur qu'a pris ce phénomène est récent et est devenu un véritable problème de santé publique.

Cette augmentation des situations de jeunes mères en errance est une conséquence de différents facteurs : migration de populations, organisation de l'accueil des demandeurs d'asile, crise du logement, et précarisation des plus pauvres.

La plupart des sociétés d'origine étant patriarcales, les femmes immigraient principalement pour rejoindre une communauté, un mari, ou parfois travailler pour envoyer de l'argent dans leur pays d'origine. Aujourd'hui, de plus en plus de femmes prennent l'initiative de la migration. Actuellement, les femmes représentent 48% de l'effectif mondial de migrants mais cette proportion varie considérablement d'une région à l'autre. C'est en Europe que la part des femmes parmi les migrants est la plus élevée (51.9%), puis en Amérique latine et aux Caraïbes (51.6%), en Amérique septentrionale (51.2%), en Océanie (50.2%), en Afrique (45.9%) et enfin en Asie (41.6%).

En France, la majorité des femmes migrantes sont originaires de l'Afrique subsaharienne. Les motivations sont multiples. Il peut s'agir de voyages planifiés devant un désir d'émancipation et d'ascension sociale, ou de fuites d'un contexte de violences. Quelque soit le cas de figure, les arrachements sont brutaux, et davantage encore lors de déplacements non préparés.

La migration est un phénomène complexe. Le basculement dans l'errance peut s'y ajouter. Qu'elle soit féminine ou masculine, elle trouve souvent son origine très tôt dans l'enfance. En effet, bien que les histoires soient singulières, on retrouve fréquemment un passé traumatique et un manque de sécurité affective. On observe chez ces femmes des contextes de ruptures familiales suite à des placements, des violences, des attitudes abandonniques des parents et/ou des institutions. Ainsi, l'INED, dans une étude publiée en 2000, montre que « les femmes citent plus souvent que les hommes des disputes familiales et des mauvais traitements. Plus nombreuses à avoir été placées, elles ont aussi fait davantage de fugues et de tentatives de suicide. » Ainsi, Maryse Marpsat, statisticienne, sociologue française et membre de l'Observatoire National de la pauvreté et de l'exclusion sociale, met en avant l'éclatement familial comme étant la principale cause donnée par

les femmes pour expliquer leur basculement dans l'errance. Dans la moitié des cas, elles font état de violences domestiques (familiales ou conjugales) : « 22% des femmes sans enfant font part de conflits avec les parents (conflits pouvant être accompagnés de violences) versus 11% des femmes avec enfants alors que 42% d'entre-elles évoquent des violences conjugales contre 21% des femmes sans enfant. En outre, pour les jeunes filles, les conflits familiaux peuvent survenir à l'occasion de la révélation d'une grossesse que leurs parents refusent d'accepter. »

Parmi les femmes migrantes, les futures mères sont aussi nombreuses. Elles sont souvent dans des situations de précarité importante. Des retards de déclaration de grossesse ou des suivis insuffisants sont fréquemment retrouvés. Près de six femmes sur dix n'ont pas accès aux soins péri-nataux. Elles sont prises en charge, pour la majeure partie, dans des structures de soins alternatives. Alors que leur situation sociale représente un facteur de risque de complications de leur grossesse, elles sont trop souvent absentes des parcours de soins classiques. Pour Jeannine Rochefort, gynécologue et responsable du centre de soins de la Plaine Saint-Denis, « une grossesse chez une femme précaire devient donc forcément pathologique. »

Dans son rapport de 2012, le Comité médical des exilés (COMEDE) intègre des observations sexo-spécifiques et met en lumière la vulnérabilité particulière que constitue le groupe de femmes enceintes exilées.

Des analyses portées sur 95 femmes suivies pendant leur grossesse au Centre de Santé sur une année montrent les résultats suivants :

– Caractéristiques démographiques :

- âge médian : 28 ans à la date des dernières règles
- origine géographique : Afrique centrale (47%), d'Afrique de l'Ouest (29%), d'Asie du Sud (9%)
- arrivée récente en France, seules 12% des femmes résident en France depuis plus d'un an à la date des dernières règles.

– Violence subies :

- 24% des femmes étaient enceintes à la suite d'un viol parmi 49 femmes pour lesquelles l'information était disponible
- 63% des femmes ne pouvaient pas compter sur le soutien du père de l'enfant parmi 43 femmes pour lesquelles l'information était disponible

- Vulnérabilité sociale :
 - situation de grande vulnérabilité
 - hébergement chez un particulier 67%, en foyer 18%, sans 11% (Samu social 5%, à la rue 3%, squatt 3%), chez soi 4%,
 - séjour : demande d'asile 78% (dont déboutées 3%), autre séjour précaire 20%,
 - ressources financières : 88% perçoivent moins de 325 euros par mois
 - isolement relationnel 22%, isolement social 32%,
 - difficultés d'accès à l'alimentation 23%
 - absence de protection maladie 82%.
- Pathologie médico-psychologique : 14% des femmes enceintes sont atteintes d'au moins une affection grave, dont psycho-traumatisme (9%)
- Évolution et suivi de la grossesse :
 - demandes d'IVG 8%, et fausses couches spontanées 3%,
 - pratique de l'échographie du 1er trimestre : parmi les femmes vues après 3 mois de grossesse, 19 avaient effectué l'échographie, 21 ne l'avaient pas effectuée. Ainsi, au moins un tiers des femmes enceintes accueillies au Comede ont un retard dans le suivi de la grossesse.

En plus des associations et des groupes d'entraides, les pouvoirs publics s'intéressent de plus en plus à la dimension « genrée » de la migration. Ainsi, Le Dialogue De Haut Niveau des Nations Unies sur les Migrations Internationales et le Développement d'Aout 2013, soumet des recommandations clefs. Il exige au Chapitre 5 « le plus haut standard possible de santé, y compris la santé sexuelle et la reproduction » pour les migrantes et interpelle les pouvoirs nationaux et internationaux afin de ne pas laisser le travail de soutien à ces femmes, considérées « comme des agents de changements » à la charge uniquement des structures locales et associatives.

B : Approche psychopathologique des facteurs de vulnérabilité

Le rôle prépondérant des facteurs psychosociaux

À côté des facteurs de risques “classiques” (âge, antécédents, toxiques etc) pouvant entraîner des troubles mentaux, il existe des difficultés rencontrées par les migrantes pouvant être à l'origine d'une fragilisation psychique. Dans son dossier “Maternités à l'épreuve de l'errance migratoire”, la psychologue Elodie Panaccione repère trois facteurs psychosociaux majeurs :

- l'absence d'habitat qui annule le besoin primaire d'un lieu d'ancrage et de protection. En situation migratoire, alors que le cadre extérieur est nouveau et insécure, l'habitat peut représenter une transition entre l'avant et l'après migration, sorte de “feuille de l'enveloppe psychique” nécessaire à l'équilibre identitaire, concept psychanalytique repris et développé par le pédopsychiatre Houzel en 1987.
- la situation de rupture avec l'absence des proches qui entraînent un isolement relationnel.
- et la perte des repères socioculturels fondamentaux qui ne permettent plus à l'individu de se situer dans un espace-temps donné, et contribue au développement d'une problématique d'errance identitaire.

Certains chercheurs regroupent ces éléments sous le terme “d'adversité sociale” engendrant précarisation et exclusion.

Une pathologie de l'errance ?

De manière générale, le lien entre l'histoire personnelle d'exil des migrants et l'émergence de troubles pathologiques est établi par les professionnels. De nombreuses études retrouvent une augmentation du risque de psychose pour les populations migrantes (méta-analyse de Cantor-Graae et Selten en 2005, et Bourque en 2011), faisant naître le terme “d'épidémie de psychose”.

Il est intéressant de remarquer que certains signes repérés au sein de décompensations psychotiques tels que le trouble de la notion d'espace-temps sont quasi-systématiquement retrouvés, de manière moins bruyante chez les hommes et les femmes migrantes. Cette distorsion est décrite depuis longtemps par les phénoménologues. Dans son étude “Exil et troubles vécus” de 1948, José Solanes soulignait déjà que “l'espace vécu au présent, hors de la terre natale est exigü,

inconfortable, où tout se rétrécit alors que le temps s'épaissit, s'alourdit, n'en finit pas de passer : l'exilé ne vit que pour le rapatriement”.

La grossesse peut elle-même entraîner un état de sidération avec le sentiment de temps figé, notamment en cas d'absence d'expérience fondatrice de grossesse. Certaines femmes se réfugient dans les souvenirs du pays d'origine, « le lieu de l'utopie » (René Kaës, 1978) et rencontrent l'impossibilité d'investir les lieux et les personnes de la nouvelle vie, dans le pays d'accueil.

Par ailleurs, la notion de lieu peut subir d'importants changements chez la femme enceinte, car la grossesse dans l'expérience migratoire peut laisser entrevoir une possible régularisation administrative et davantage de visibilité sociale. La problématique de l'accès à la citoyenneté et aux parcours de droits communs ne se limite donc pas à la seule question juridique. Facilitant l'inscription sociale, la naissance de l'enfant peut permettre de créer un lien entre l'avant et l'après migration, le pays d'accueil et le pays d'origine, et, redonner un sens et une temporalité à la trajectoire migratoire.

Ainsi, la perte de repères et le vécu de rupture viennent compliquer la réorganisation psychique requise pour la grossesse. Il n'est pas rare que les événements du passé (séparations, pertes d'objet) qui n'ont pas pu être intégrés psychiquement resurgissent et réactivent les affects refoulés. La souffrance et l'instabilité ne pouvant généralement pas être mises en mots, elles entraînent un effondrement narcissique avec repli dans le silence pour moyen d'anesthésie.

C : Éléments de compréhension anthropologique

La grossesse chez les femmes migrantes

- **L'art d'être invisible**

L'errance féminine est souvent un phénomène caché. C'est le constat de nombreuses études, également mis en avant par les personnes travaillant auprès de ces femmes. Cette invisibilité peut s'expliquer par, entre autres, deux raisons. D'une part, il peut s'agir d'un moyen de se protéger, les structures d'hébergement, par exemple, étant majoritairement mixtes, nombreuses sont les femmes qui refusent de s'y rendre, de peur des mauvais traitements qu'elles pourraient y subir.

D'autre part, la honte ressentie, conséquence de l'intériorisation des représentations sociales de la femme (dans ses rôles de mère, d'épouse, de femme s'occupant du foyer) constitue une violence supplémentaire pouvant entraîner de la méfiance à l'égard des institutions, mais aussi des associations proposant leur aide. Ces femmes accordent davantage leur confiance à un individu en particulier. L'absence ou l'indisponibilité d'un tiers repéré comme sécurisant peut faire rapidement repartir une femme dans l'errance. Elles font alors appel aux services, principalement dans des contextes d'urgence. Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'espace et le temps sont bousculés dans l'errance. Fonctionner dans l'instantané, dans la survie, empêche de se plier aux règles institutionnelles.

- **L'exil loin du cercle féminin et la réactivation douloureuse à l'occasion d'une grossesse**

Les femmes migrantes isolées se retrouvent, pour la plupart, livrées à elles-mêmes, dans le pays d'accueil. Des conflits et des ruptures d'hébergement, chez un compatriote notamment, sont souvent rapportés au moment de l'annonce d'une grossesse. Alors que le besoin d'étayage devient maximal, elles sont loin du groupe traditionnel de femmes censé les soutenir, et intervenir dans cette étape de leur vie (conseils, soins maternels). L'absence de la mère ou de son substitut (grand-mère, tante...) est systématiquement mentionné.

La migration, parfois représentation de "meilleure place" pour les proches restés au pays, empêche toute plainte possible. Naît alors un sentiment de "dette" pouvant expliquer les rares retours au pays du fait de la peur de la confrontation à l'échec.

- **"L'effraction du corps et de l'esprit" par la surmédicalisation**

En France, la grossesse est accompagnée d'un savoir médical et technique complexe, tandis que dans de nombreuses sociétés, elle est un rituel considéré comme initiatique et naturel. En situation de migration, l'étayage traditionnel étant absent, les femmes enceintes exilées se retrouvent face à des pratiques médicales pouvant être perçues comme traumatiques. De la déclaration de la grossesse à l'accouchement en passant par l'échographie, tous ces protocoles viennent masquer l'altérité et se heurter aux représentations intimes et souvent éloignées de l'expérience de grossesse de ces femmes. Même si certaines semblent accepter les actes médicaux, l'alliance

“hypermédicalisée” proposée peut devenir un véritable conflit de loyauté entre les savoirs médicaux occidentaux et l'héritage culturel. Marie Rose Moro recommande, “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 et construire donc une réelle stratégie de métissage”.

- **Parmi les conséquences fréquentes de l'errance féminine : le recours à la prostitution**

Ce n'est jamais une cause unique mais toujours un ensemble de pressions et de contraintes psychologiques et sociales qui conduisent une personne à recourir à la prostitution. Il en ressort que l'isolement social, les ruptures familiales, la précarité économique et la dépendance aux drogues sont des facteurs de risques importants de recours à la prostitution, comme le relève la fondation Scelles (association de lutte contre l'exploitation sexuelle). Ce sont autant de caractéristiques retrouvées chez les femmes en situation d'errance. Il s'agit généralement d'une prostitution occasionnelle, venant garantir un logement, financer une consommation toxique, pallier un manque d'argent.

L'Observatoire du Samu Social décrit chez les femmes migrantes un rapport au corps perturbé, avec désintérêt de la sphère gynécologique, autant de facteurs qui, venant s'ajouter au manque de travail éducatif sur la prévention des conduites à risques, expliquent qu'un grand nombre d'entre elles franchissent ce cap.

L'usage de la prostitution expose encore un peu plus les femmes migrantes à la violence, aux risques de transmission d'infections sexuellement transmissibles, et aux complications judiciaires.

Approche transculturelle : Le Népal

Le déplacement de Mme T. ne semble pas s'inscrire dans un mouvement de migration général du Népal vers l'Europe. L'histoire de cette femme s'avère plus singulière, et plus impénétrable encore. Tout ignorer de sa culture d'appartenance handicape la rencontre. Sans en faire une condition sine qua non, il paraît intéressant de faire connaissance avec ce pays d'Asie, et d'y repérer les dynamiques sociales pouvant faire le lit d'une volonté de départ.

- **Généralités sur le Népal et sa situation sociale, démographique, et culturelle**

Le Népal, dont le nom Nipalaya signifie « au pied des montagnes » en référence à sa situation de proximité avec l'Himalaya, est un pays de petite taille d'une superficie de 147 181 km² situé dans le sous-continent indien, enclavé entre le Tibet, au nord, et l'Inde, au sud. Les paysages du Népal sont variés et s'étendent entre les plaines où vit la majorité de la population (plus de 80%) et la chaîne himalayenne dont le Mont Everest qui, culminant à 8850 mètres, forme la frontière entre le Népal et la Chine. Sa capitale politique et religieuse est Kathmandou dont la population a augmenté de 70 % pour avoisiner les 3 millions d'habitants, au cours de ces quinze dernières années (cf Annexe 2).

Le Népal est l'un des pays les plus pauvres de la planète avec une population précarisée à 60 % et un taux de chômage approchant les 46 %. Le tableau comparatif avec la France est éloquent (cf annexe 3).

Le Népal est composé de 102 groupes ethniques et 92 langues. La langue officielle est le népalais. La structure de castes qui détermine les comportements sociaux de la société népalaise, basée sur la discrimination notamment à l'égard des plus pauvres, a une importante influence sur l'économie.

Sur le plan religieux, un recensement effectué en 2001 montrait que 80,6% de la population était hindouiste. Le bouddhisme est la seconde religion en importance avec 10,7% de la population.

Le pays est politiquement instable : plus de quinze gouvernements s'y sont succédés au cours des vingt dernières années. Le pays a connu une insurrection d'inspiration maoïste qui a duré dix ans et fait plus de 13 000 victimes. Une transformation majeure est actuellement en cours au Népal. La

monarchie a été abolie en 2008. Malgré l'élection d'une Assemblée Constituante, de nombreuses revendications égalitaristes ont contribué à la création de tensions entre groupes ethniques. Enfin, le système d'éducation a de graves lacunes, avec un taux d'analphabétisation de 54 %.

- **La condition des femmes au Népal**

- Des droits limités**

- Le Népal est considéré comme une société patriarcale où, d'une manière générale, les femmes sont subordonnées aux hommes. La condition féminine varie d'un groupe à l'autre. Le statut social de la femme népalaise dépend, la plupart du temps, du statut de son époux ou de ses parents.

À la ville, le rôle des femmes est confiné aux tâches domestiques et à l'éducation des enfants. À la campagne, le soin des bêtes et les travaux aux champs s'ajoutent aux corvées ménagères. À la montagne, elles travaillent encore plus durement en parcourant à pied de longues distances sur des routes escarpées. Lorsqu'elles travaillent à l'extérieur du foyer, elles occupent des emplois inférieurs et moins bien rémunérés que les hommes. Les femmes plus instruites bénéficient d'un meilleur statut dans la société mais cela n'affecte pas leur position et leur influence au sein de leur famille.

Amnesty International a publié en Février 2014, un article dénonçant les discriminations généralisées et systémiques fondées sur le genre au Népal où des centaines de milliers de femmes souffrent d'un problème de santé reproductive très douloureux qui les empêche d'effectuer certaines tâches quotidiennes. Il s'agit du prolapsus utérin (descente de l'utérus dans le vagin) qui selon une estimation des Nations unies, toucherait 10 % des 13,6 millions de femmes vivant au Népal. Des conditions de travail éprouvantes, des mariages précoces et un trop grand nombre de grossesses sont des facteurs contribuant à cette affection. L'acuité particulière au Népal de ce problème de santé, dont les conséquences sont aggravées par la limitation de l'accès aux soins, est encore peu prise en compte par les pouvoirs publics.

« Il s'agit d'une question urgente en matière de droits humains. La prévalence du prolapsus utérin au Népal est liée à des discriminations tenaces à l'égard des femmes et des jeunes filles, discriminations contre lesquelles les gouvernements successifs n'ont pas lutté de manière adéquate », déclare Madhu Mlhotra directrice du programme Genre, Sexualité et Identité à Amnesty International.

À travers cet exemple, force est de constater que les femmes népalaise maîtrisent peu de choses concernant leur corps, leur sexualité, leur mariage et leur parentalité.

Sur le plan juridique, il existe un grand nombre de dispositions discriminatoires, y compris dans la Constitution de 1990. L'évolution est lente. A titre d'exemple, le "Sati", tradition qui obligeait une épouse à se jeter dans le bûcher funéraire de son mari, n'a officiellement été interdit qu'en 1920. L'avortement est légalisé depuis 2002, mais peu de femmes y ont réellement accès. Le "chaupadi", coutume rurale qui consiste à exiler les femmes dans les étables avec les animaux durant leurs règles n'est interdit que depuis 2005.

En ce qui concerne le mariage d'un grand nombre de Népalaises, celui-ci est souvent précoce et forcé. Actuellement la loi népalaise fixe à 20 ans l'âge minimum légal du mariage pour les deux sexes. En 2006, une enquête démographique et sanitaire menée dans le pays montrait que 60% des Népalaises mariées, l'avaient été avant d'avoir 18 ans. Les derniers chiffres du Fonds de l'ONU pour la Population (UNFPA) d'Octobre 2011 font tout de même état d'une évolution, puisque le taux de mariage chez les 20-24 ans avant 18 ans est tombé à 41%. De nombreuses familles rurales marient cependant leur fille dès l'âge de 11-13 ans. La raison qui revient systématiquement est celle du prix de la dot - système encore très répandu au Népal - qui est moins élevée pour les plus jeunes filles. Celles-ci sont souvent contraintes d'arrêter leur scolarité par la suite. En plus du problème d'illétrisme, le mariage précoce peut avoir des conséquences dramatiques sur l'état de santé de ces jeunes filles. En effet, les grossesses au début de la puberté peuvent être pourvoyeuses de complications graves. À cela, il faut ajouter la limitation de certains soins de santé indispensables, notamment au moment de l'accouchement. Ce dernier se fait traditionnellement au domicile, assisté de la belle-mère et des femmes de la famille. Selon l'UNICEF, des sages-femmes qualifiées n'assistent qu'à environ 19 % des naissances au Népal, voire 9% dans les régions montagneuses. De nombreuses ONG, avec le soutien du gouvernement népalais tentent de mettre à disposition des centres d'accouchements, et de former localement des sages-femmes.

La pratique des méthodes contraceptives modernes a enregistré une croissance spectaculaire au Népal entre 1996 et 2011, passant de 26% des femmes mariées à 43%. Toutefois, selon une enquête nationale menée en 2011, si toutes les femmes mariées désireuses de planifier leurs grossesses

obtenaient un accès à une méthode contraceptive, le taux de prévalence devrait être de 77%. L'accès aux moyens de contraception est donc encore insuffisant.

Enfin, le droit au divorce existe mais sa législation est encore floue, notamment en terme de disposition des biens et des propriétés pour la femme. Les femmes qui osent divorcer sont souvent rejetées par leur propre famille, et perdent généralement la garde de leurs enfants.

“Les droits des femmes au Népal sont de plus en plus menacés par les violences liées au genre (viols, dots, chasses aux sorcières) alors que la violence domestique et les discriminations continuent d'être profondément enracinées dans ce pays", estime le bureau du Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme dans ce pays, le 11 août 2009.

Un état psychique qui en pâtit

Les réseaux d'information régionaux intégrés de l'ONU font un constat aggravant dans un article de 2010 qui reprend les résultats de l'étude réalisée en 2008-2009 auprès de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans huit régions choisies pour représenter différentes ethnicités et divers niveaux de développement au Népal. Ces derniers rapportent que le suicide est aujourd'hui devenu la première cause de décès chez les femmes jeunes, alors qu'il en était la troisième cause lors de la dernière étude en 1998, derrière la mortalité maternelle et les accidents.

Les causes sont difficiles à cerner, et aucune recherche n'a été réalisée pour repérer les facteurs de vulnérabilité pouvant conduire aux passages à l'acte suicidaire.

“Une recherche du phénomène suicidaire vue dans l'optique de la santé mentale n'a pas mis en évidence des résultats concluants, tandis que les facteurs émotifs liés à la famille ou au mariage semblent plus proches d'une cartographie du désespoir et, par conséquent, de la vérité épistémologique”, écrit Natalia Fernandez à propos du suicide des femmes au Népal dans son *Encyclopédie sur la mort*.

Un phénomène récent et peu connu de migration des Népalaises

Aujourd'hui illégale, l'émigration des femmes népalaises vers les pays du Golfe est un phénomène grandissant depuis ces cinq dernières années. L'article du Monde "L'émigration des femmes, un drame pour le Népal", publié en Mars 2014, nous apprend que depuis Août 2012, les Népalaises de moins de 30 ans n'ont plus le droit d'émigrer dans les pays du Golfe, décision prise par les autorités suite à des affaires répétées de mauvais traitements (tortures, viols...). Cette mesure a cependant entraîné un accroissement des voyages clandestins (absence de visa), et des moyens de déplacement de plus en plus risqués pour ces femmes (endettement auprès des passeurs, achat de faux papiers...). Après avoir passé la frontière indienne libre d'accès aux ressortissants népalais, le plus souvent en train, les jeunes femmes mettent tout en oeuvre pour s'envoler vers le Moyen Orient. A l'arrivée, la situation de vulnérabilité reste inchangée avec l'occupation d'emplois sous-payés, notamment au sein de structures touristiques. De plus, un grand nombre de ces migrantes restent en Inde, notamment à New Delhi, et entrent dans des filières de prostitution. L'ONU estime aujourd'hui au nombre de 244 000, les Népalaises âgées de 18 à 25 ans ayant émigré vers les pays du Golfe. Parmi elles, seules 56 000 seraient déclarées.

3. Discussion autour de la prise en charge de Mme T.

A : La question du diagnostic

La prise en charge de Mme T. était rythmée par les multiples transgressions du cadre. Les relèves médico-infirmières ne tournaient qu'autour des troubles du comportement que présentait la patiente avec une conduite d'errance (multiples fugues), une mise en danger à l'extérieur du service (alcoolisations répétées et massives, rapports non protégés...). En effet, Mme T. a été retrouvée en train de marcher sur les rames de tram, mais aussi en compagnie d'hommes qu'elle ne connaissait pas, dans le parc. Devant ce détachement manifeste vis à vis du contexte d'hospitalisation et l'inaccessibilité au vécu psychique de la patiente, la question diagnostique a été, dans un premier, éludée. D'une part, parce que la priorité était donnée à la protection de l'intégrité physique de la patiente, et d'autre part, parce que les hypothèses en terme de troubles psychiatriques étaient nombreuses, variables, et imprécises.

Tout d'abord, il paraît nécessaire d'éliminer toute pathologie psychiatrique caractéristique de la grossesse. Mme T. ne présentait à priori pas de signe de cette lignée des maladies pouvant décompenser dans un contexte de grossesse. Parmi les arguments pour étayer cette idée, l'argument chronologique prime dans le sens où les mêmes conduites d'errance, d'indifférence, avaient déjà été décrites par la tante de la patiente, alors que celle-ci n'était pas encore enceinte. De plus, d'un point de vue général, les troubles notamment psychotiques et sévères de l'humeur ont tendance à s'atténuer durant la période de la grossesse.

Toutefois, l'opposition dont faisait preuve Mme T. semblait être exacerbée par l'état de grossesse, les questions posées autour du sujet venant la persécuter et l'agacer.

Plusieurs médecins ont vu Mme T., et ont mentionné quasi systématiquement les observations suivantes : discours pauvre, émoussement affectif, indifférence. Aucun élément délirant n'était retrouvé, et aucun signe patent de la lignée psychotique pouvait ainsi venir expliquer les situations de mise en danger. La conduite transgressive, la problématique alcoolique et l'impossibilité de rentrer en lien authentiquement avec la patiente ont fait évoquer dans quelques observations médicales, la possibilité d'un trouble de la personnalité de type antisocial. Ce trouble est défini classiquement par la CIM 10 (classification internationale des maladies) comme un trouble de la personnalité habituellement repéré en raison de l'écart considérable qui existe entre le

comportement et les normes sociales établies avec :

- une indifférence froide envers les sentiments d'autrui ;
- une attitude irresponsable manifeste et persistante, un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales ;
- une incapacité à maintenir durablement des relations, alors même qu'il n'existe pas de difficulté à établir les relations ;
- une très faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, y compris de la violence ;
- une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions ;
- une tendance nette à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit entre le sujet et la société ;

Cependant, Mme T., bien que s'opposant effectivement à la majorité des règles que lui imposaient le cadre de son hospitalisation, n'a jamais été dans la menace d'un passage à l'acte, ni dans les tendances égocentriques et manipulatrices souvent retrouvées chez les personnes présentant des aménagements de type psychopathique. Il paraît donc difficile de se satisfaire d'un tel diagnostic au vu de la non exhaustivité des signes présentés par la patiente. De plus, aucun trouble des conduites ne paraissait en place quelques années auparavant, d'après les informations apportées par la tante de la patiente.

Bien que les conduites toxicomaniaques et/ou alcooliques soient souvent associées à ce trouble de la personnalité, elles ne sont pas un argument en sa faveur, ici. La problématique présentée par Mme T., en plus de constituer un élément récent de l'anamnèse des troubles, était faite principalement des abus d'alcool occasionnels avec ivresse, et des usages nocifs de toxiques sans syndrome de dépendance caractérisé, c'est-à-dire en l'absence de signes de dépendance physiologique que sont les phénomènes de tolérance, symptômes de sevrage physique, perte de contrôle de l'utilisation, etc.

Sur le plan thérapeutique, Mme T. a bénéficié d'un traitement par Laroxyl (chlorpromazine) à faible dose, un neuroleptique utilisé dans le traitement des psychoses, notamment chez la femme enceinte. Son état de grossesse restreignait l'usage de nombreuses molécules pouvant être tératogènes. Aucun changement manifeste n'a été noté après l'introduction du traitement. La question de la thérapie médicamenteuse était d'ailleurs peu abordée lors des relèves cliniques.

Ainsi, l'absence de trouble caractéristique contraignait la possibilité d'envisager un diagnostic précis, basé sur les repères nosographiques habituels, et venait davantage poser la question de la place et du bénéfice des soins pour cette patiente, au sein de l'hôpital psychiatrique.

B : L'asile comme lieu d'accueil

Un mois après son arrivée, la question d'une prise en charge obstétricale commence à se poser suite à la réalisation de l'échographie morphologique du deuxième trimestre qui montre un futur garçon en pleine santé. La patiente exprime une angoisse modérée avant l'examen. Durant celui-ci, l'infirmière qui l'accompagne nous raconte que Mme T. a lancé quelques regards sur l'écran avant de tourner la tête. Une date d'accouchement est prévue vers le 20 Mars 2014. De retour dans le service, elle ne dit rien de cette étape du suivi, et fugue à nouveau dès le lendemain. Elle est installée en chambre d'apaisement fermée, dès son retour.

Les mises en chambre fermée sont vécues de manière punitive par la patiente qui exprime sa colère en criant quelques insultes derrière la porte avant de rompre tout contact, et ce pendant plusieurs jours. Elle refuse également de parler aux infirmiers qui viennent assurer ses soins et sa surveillance, mais aussi de se rendre en entretien.

Avec le médecin généraliste du service, nous tentons d'articuler les prises en charge, psychiatrique d'une part, et obstétricale d'autre part. Toujours sceptiques quant à la poursuite d'une hospitalisation en structure psychiatrique devant l'absence d'investissement des soins, nous décidons dans un premier temps d'orienter la patiente vers un service de maternité afin qu'elle soit prise en charge tout le long de sa grossesse. Nous sollicitons notamment deux maternités qui refusent de prendre en charge Mme T., avançant que celle-ci ne peut être hospitalisée que dans le cadre d'une grossesse dite « pathologique », à entendre comme compliquée sur le plan uniquement obstétrical.

Nous nous renseignons également sur les structures de type foyers ou maisons d'accueil pour femmes enceintes, dans l'idée qu'elles constitueraient un lieu de refuge pour la patiente, avec un cadre plus souple que celui de l'hôpital et pourraient ainsi davantage lui correspondre. Nous apprenons que la majorité de ces centres maternels accueillent les femmes à compter de leur

septième mois de grossesse. Mme T. entame à peine son sixième mois. Sans perdre l'idée que la situation de la patiente est complexe tant sur les plans psychique que médical et social, nous tentons un dernier relai vers l'Unité Mère bébé de l'hôpital psychiatrique qui organise des consultations et ateliers en hôpital de jour ou en ambulatoire. Mais la prise en charge ne peut se faire également qu'à partir du septième mois de grossesse.

Après des jours de recherche, nous ne trouvons aucune structure en mesure d'accueillir cette patiente, déjà étiquetée « psychiatrique », et dont l'ambivalence vis à vis de cette grossesse et de l'enfant à venir met en échec toute proposition d'orientation autre que celle de l'hôpital psychiatrique.

La fonction historique d'accueil des indigents de « l'asile » semble dès lors se réactualiser avec ce qui ressemble davantage à la “mise à l'abri” de Mme T. qu'à la prise en charge d'une maladie mentale.

C : Problèmes éthiques soulevés

Au fil des semaines, il arrive que la patiente se préoccupe de l'état de santé de l'enfant, envisageant une interruption médicale de grossesse (IMG) si il existe des lésions organiques en lien avec les prises de toxiques. Dans un discours authentique, elle fait parfois part de son désir de garder cet enfant auprès d'elle et de retourner avec lui au Népal. À l'inverse, elle exprime également le souhait, à plusieurs reprises, de ne pas poursuivre la grossesse. Elle peut, dans des moments où l'appétit lui manque, mettre en relation le fait de ne pas se nourrir avec l'éventuelle perte de ce futur enfant.

Devant cette profonde ambivalence, et l'instabilité psychique que pose la question de la grossesse chez cette patiente, nous avons régulièrement évoqué et craint la possibilité de tentatives d'avortements clandestins, notamment lors des sorties dans le parc. Cette inquiétude partagée par une majorité de l'équipe vient souvent motiver les décisions de resserrer le cadre de soin en interdisant les permissions dans le parc et en la plaçant en chambre d'apaisement à la moindre tentative de sortie non autorisée du service.

La prise en charge de Mme T. plonge l'équipe dans de récurrents questionnements sur les plans

clinique, mais principalement éthique. A l'occasion d'une synthèse clinique, deux mois après son arrivée, j'ai pu relever ces exemples d'interrogations régulièrement soulevées :

- *Doit-on garder Mme T. dans notre service devant un tableau clinique qui ne montre aucun signe de décompensation psychotique ?*
- *Nous notons des aménagements psychopathiques (conso de produits toxiques, errances...) mais suffisent-ils à justifier l'hospitalisation ?*
- *Éthiquement peut-on garder sous contrainte Mme T. dans le service pour protéger l'enfant sachant que celui-ci ne bénéficie pas encore d'un statut légal ?*
- *Peut-elle retourner au Népal si effectivement la nationalité népalaise lui a été retirée suite à son mariage ? Avoir un enfant hors mariage est-il illégal au Népal ? Que lui arriverait-il là-bas ?*

Quand peu de temps après, Mme T. fugue de nouveau, le médecin responsable du service X demande à l'autorité directoriale le déclenchement de recherches devant la situation de grande vulnérabilité psycho-sociale.

Un mois plus tard, sans nouvelle de la patiente, une levée des soins sous contrainte est demandée. Cependant, un signalement sera diffusé à échelle nationale dans les maternités.

À la fin du mois de Janvier 2014, Mme T. réapparaît aux urgences psychiatriques.

Elle raconte, de manière toujours aussi lapidaire et sans affect, qu'elle a vécu “dehors” durant les deux mois précédents. Elle reste peu informative et n'évoque pas sa grossesse dont elle débute le huitième mois. À nouveau en soins psychiatriques en péril imminent (SPPI), elle est transférée dans le même service X.

Le nécessaire est alors réalisé en prévision de l'accouchement : inscription à la maternité, consultation en anesthésie pour une éventuelle péridurale, échographie de contrôle et possibilité d'assister à des cours de préparation à l'accouchement. Mme T. refuse ces derniers, mais décrit des douleurs abdominales qu'elle relie difficilement avec des possibles contractions ou mouvements du fœtus.

Peu de temps après son retour, le cadre est de nouveau transgressé par la patiente qui fugue avant d'être ramenée dans le service. À quelques semaines du terme, son état de santé inquiète l'équipe qui prend, une énième fois, la décision de la placer en chambre d'apaisement fermée. Les journées en chambre d'apaisement sont insupportables pour la patiente, qui sonne toutes les 5 minutes,

demandant à sortir. Dès que les infirmiers sont disponibles, ils l'accompagnent, plusieurs fois par jour, se promener dans l'unité, dans le jardin, ou parfois dans le parc. L'idée difficile de garder la patiente jusqu'à l'accouchement, dans une chambre fermée, motive la saisie de la Commission d'Éthique de l'hôpital.

Celle-ci devra répondre à trois questions :

- Peut-on garder une femme enceinte hospitalisée en psychiatrie, en chambre fermée, plus d'un mois dans le seul but qu'elle accouche dans de bonnes conditions ?
- Peut-on l'orienter à l'USIP (Unité de soins intensifs psychiatriques), afin qu'en unité fermée elle ne soit pas totalement isolée, pour prévenir la fugue ?
- Peut-on la laisser sortir, libre de poursuivre son choix de vie, et prendre le risque d'abandonner le bébé n'importe où ?

La Commission d'Éthique se positionne en faveur d'une poursuite de l'hospitalisation sous contrainte en USIP. Un certificat de dangerosité, obligatoire pour le placement au sein de cette unité, est rédigé. Le caractère dangereux de l'errance considérée comme pathologique est invoqué.

D : L'accouchement et la fin de la prise en charge

Mme T. reste à l'USIP jusqu'à son accouchement. Une synthèse clinique est organisée en présence de l'équipe de la maternité, celles de l'USIP et du service X. Il est convenu que deux infirmiers (un de chaque équipe) seront présents en continu, durant les trois jours d'observation prévus dans les suites de l'accouchement. L'équipe de la maternité demande qu'une prescription injectable de sédatif soit préparée en cas d'agitation.

Sur le plan administratif et social, il est prévu qu'une ordonnance de placement (OPP) soit effectuée le jour de l'accouchement pour un placement de l'enfant en pouponnière. Des visites médiatisées seront proposées à la patiente. Concernant la reconnaissance de l'enfant, Mme T. est informée qu'elle peut accoucher sous X, mais celle-ci n'en exprimera pas la demande.

Le 15 Mars 2014, Mme T. accouche d'un petit garçon, sans complication. Les sages-femmes présentes évoquent un accouchement rapide, facile, laissant penser que Mme T. n'était pas nullipare. Elle n'a pas de contact avec l'enfant mais lui donne un prénom népalais. A peine 24h après la naissance, Mme T. refuse de voir l'enfant et tente de fuguer de la maternité, à de nombreuses

reprises. Elle est transférée plus tôt que prévu à l'USIP devant les difficultés pour la maintenir à la maternité.

Les jours suivants l'accouchement, comme à son habitude, elle se montre peu loquace, et très ambivalente quand les visites médiatisées lui sont proposées. En entretien, elle finit par accepter de se rendre à la maternité le lendemain. Elle fuera l'après-midi même et ne donnera plus de nouvelles.

Conclusion

Initialement, c'est l'introduction de la contrainte dans le but de protéger deux personnes (Mme T. et l'enfant dont le statut n'avait pas d'existence sur le plan légal) qui a soulevé de nombreux questionnements.

La saisie de la Commission d'Ethique qui a approuvé la démarche n'a pas suffi à tarir mon besoin de comprendre comment une équipe médico-infirmière pouvait avancer face à cette situation et trouver les outils de l'élaboration d'un soin efficient. Le but de mon travail était de comprendre comment d'autres alternatives auraient pu être pensées, comment il aurait été possible de rencontrer cette patiente dans sa globalité, sans la restreindre à sa position de femme enceinte dont il semble ordinaire de médicaliser la prise en charge.

Se contenter d'une approche médicale dont les références prennent racine au sein de notre « culture psychiatrique » ne pouvait venir en aide à cette jeune femme en situation d'errance et de rupture. C'est en passant d'un registre purement sanitaire à un plan culturel et psychologique qu'il aurait été envisageable de comprendre le clivage entre deux mondes de représentations. De là, aurait pu naître une relation de confiance et de réciprocité dans les échanges, malgré leur complexité. Il n'y a que dans cette dimension qu'il aurait été possible de parler d'interculturalité, sans perdre d'esprit notre point de départ intellectuel, inévitablement ancré dans notre culture sociale et notre référence allopathique.

L'histoire de Mme T. n'est pas isolée. Bien que de nombreux facteurs de vulnérabilité aient été repérés par les professionnels, les difficultés rencontrées par les femmes enceintes en situation de migration sont aussi nombreuses que les spécificités de leur parcours personnel.

Les professions médicales sont de plus en plus confrontées à la question du multiculturalisme et à la souffrance psychosociale des migrants. La nécessité d'articuler les prises en charge médicale, sociale et psychologique, voire d'être créatif face à une personne singulière, en situation extrême apparaît alors primordiale.

Devant s'adapter à cette nouvelle « demande », à cette nouvelle population, des lieux de prise en charge naissent en même temps que ces femmes arrivent sur les parcours de soins classiques. Certaines structures s'engagent à développer des dispositifs transculturels efficaces. Par exemple,

l'association MANA, qui a signé une convention depuis 1999 avec le CHU de Bordeaux, organise des consultations transculturelles, sous la direction du Dr Claire Mestre, ethnopsychiatre. Développée au sein du pôle des urgences et de la maternité du CHU bordelais, elle est aujourd'hui incluse dans les dispositifs classiques de soin et de droit commun. Ses buts sont le diagnostic, le soin par la psychothérapie, les médiations artistiques, et la prévention, surtout auprès du couple mère-enfant. Le travail autour de la périnatalité pour les femmes fait effectivement l'objet d'une attention particulière. L'approche transculturelle s'y organise en étroite collaboration entre les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux.

Mais ces structures transculturelles sont encore trop rares. Devant la demande d'une population dont la souffrance représente actuellement un enjeu de santé d'ordre global, il m'apparaît indispensable de solliciter les pouvoirs publics pour permettre d'organiser un accueil sécurisant pour ces femmes (place de la demande d'asile dans le cas de discriminations sur le genre ?), de développer des dispositifs de soin transculturel, de coordonner les acteurs des différentes professions et de prévenir le risque d'acculturation qui aggrave la situation des migrants.

La rédaction de ce mémoire m'aura aidée à repenser la rencontre et la prise en charge de cette patiente, en prenant une distance nécessaire et en sortant de l'inertie intellectuelle dans laquelle je me trouvais. J'ai pris notamment conscience de l'importance d'interroger le travail institutionnel afin de mettre des mots et des idées sur les éprouvés individuels qui se mettent inévitablement en marche devant de telles situations, et qui peuvent entraîner un risque de stigmatisation de la personne.

J'ai rencontré deux difficultés principales au cours de ce travail. La première a été le manque de données spécifiques à propos des femmes enceintes migrantes, rendant compte du phénomène moderne que constitue leur présence dans nos institutions. La seconde est apparue quand j'ai appris que Mme T. avait été récemment ré-hospitalisée sur le même hôpital, me forçant à figer mon travail sur un certain laps de temps, au temps « T » de la rencontre.

Parallèlement à la rédaction de ce mémoire, les cours dispensés par les intervenants du DIU Santé Société Migration m'ont permise de porter mes recherches sur différents domaines, psychopathologique et anthropologique. Dorénavant, il me paraît possible et nécessaire de dépasser le cloisonnement entre les disciplines d'une part, et d'autre part, entre les angles de vues sous lesquels il est possible de voir une personne : patiente, femme enceinte, migrante et précaire.

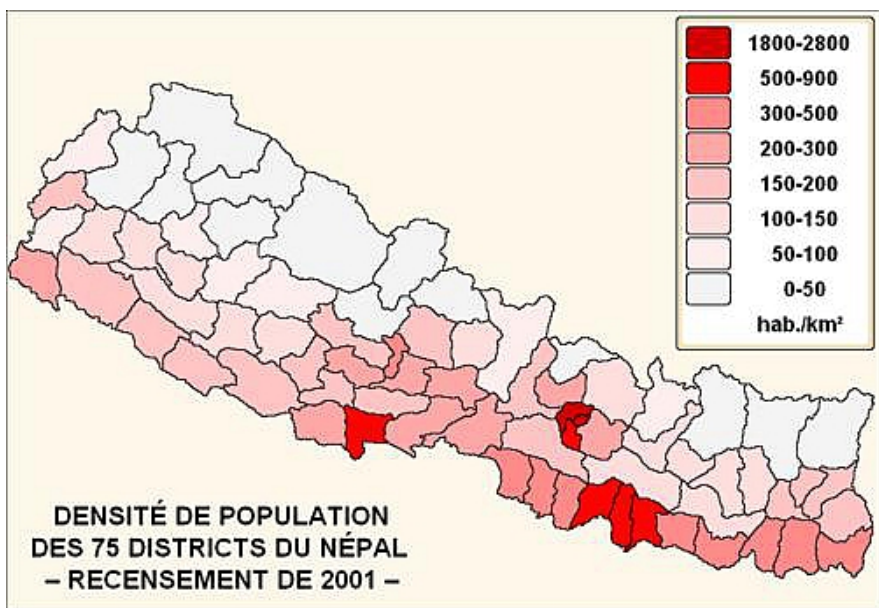
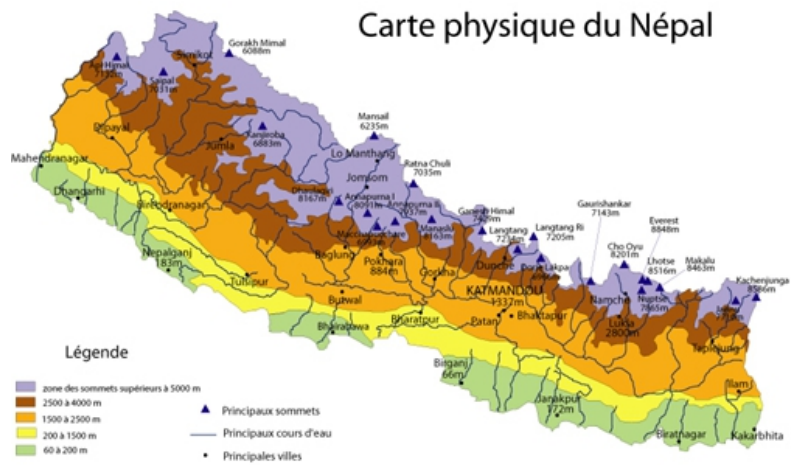
Annexes

Annexe 1 :

Cadre légal prévu par la loi du 5 Juillet 2011 de la mesure d'hospitalisation en péril imminent

ENTREE DANS LE DISPOSITIF DE SOINS	
TYPE DE PROCEDURE	DISPOSITION NOUVELLE (Art. L. 3212-1, II, 2°) Soins psychiatriques en cas de péril imminent pour la santé de la personne (procédure sans demande de tiers)
Nature de la mesure	Décision d'admission en soins psychiatrique en cas de péril imminent pour la santé de la personne prononcée par le directeur d'établissement Acte faisant foi : décision du directeur de l'établissement Compétence du directeur d'établissement : liée aux avis médicaux
Critères d'entrée dans le dispositif Commun à tous les dispositifs	2 critères cumulatifs requis : 1°) Les troubles mentaux de la personne rendent impossible son consentement 2°) L'état mental de la personne impose des soins immédiats assortis - soit d'une surveillance constante en milieu hospitalier, - soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme qu'une hospitalisation complète
Critères supplémentaires	2 critères cumulatifs supplémentaires requis : 1°) Impossibilité d'obtenir une demande de soins par un tiers 2°) Existence d'un péril imminent pour la santé de la personne à la date d'admission
Conditions d'entrée	Un seul certificat médical ne pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement MAIS les premiers certificats établis après l'admission (24 heures et 72 heures) devront émaner de deux psychiatres distincts
Conditions particulières de validité	Sauf difficultés particulières, Obligation pour le directeur d'établissement d'informer dans les 24 heures : - la famille de la personne malade - et s'il y a lieu, le tuteur ou le curateur A défaut : Obligation pour le directeur d'établissement d'informer dans les 24 heures toute personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci

Annexe 2 : Carte et situation géographique du Népal



Annexe 3 : Tableau comparatif socio-démographique Népal-France

	Népal	France
Population	29 890 686	65 350 000
Densité de population	203 h./km ²	112 h./km ²
Population de moins de 15 ans	33 %	19 %
Population de plus de 64 ans	4,1 %	18 %
Espérance de vie à la naissance	66ans	82 ans
Travail des enfants (5 à 14 ans)	31 %	—
Age médian	22 ans	40 ans
Population urbaine	19,0 %	86%
Taux de chômage	46,0 %	10 %
Taux de fécondité	2,41	2,08
Dépenses de santé par habitant	30 \$/an	4 691 \$/an
Population souffrant d'insécurité alimentaire aiguë	17 %.	0 %.
Population vivant en dessous du seuil de pauvreté	55 %	14 %
Nombre de médecins pour 1000 habitants	0,3 ‰	3,06 ‰
Economie		
PIB en millions de dollars US	18 300	2 808 000
PIB par habitant en dollars US	1 300 \$	35 000 \$
revenu moyen par personne et par an en dollars US	340 \$	29 187 \$
Taux de croissance	3,5 %	1,7 %
Taux d'inflation	7,8 %	2 %
Prélèvements obligatoires (% du PIB)	20,9 %	51,8 %
Energie		
Consommation d'énergie (TEP / Hab.)	0,338	3 970
Consommation d'électricité (KWh par habitant)	72	6 847
Logement		
Population ayant accès à l'électricité	43,6 %	100 %
Pourcentage d'habitants de bidonvilles/mal logé en ville	60,7 %	8 %
Tourisme		
Nombre de touristes	660 000	81 000 000
Nombre de personnes vivant du tourisme	600 000	2 000 000
Agriculture :		
Population active agricole	75,0 %	3 %
Part du PIB agricole dans le PIB total	38,0 %	1,8 %
Part du revenu des ménages les plus riches (20% de la population)	54 %	38 %
Part du revenu des ménages les plus pauvres (40 % de la population)	15 %	22,00%

Bibliographie

Gouriou, Fabien. Psychopathologie et migration : repérage historique et épistémologique dans le contexte français, 2008

Panaccione Élodie, « Maternités à l'épreuve de l'errance migratoire », *Le Journal des psychologues*, 2013/9 n°312, p. 40-44

Marie Rose Moro, « Aimer ses enfants ici et ailleurs, Histoires transculturelles », Odile Jacob, 2007

Gabai, Nina et al., "Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignant/soignés", *Devenir*, 2013/4 Vol. 25, p. 285-307

Solanes J., « Exil et troubles du temps-vécu », *L'Hygiène Mentale*, 1948,

Benslama F., « L'enfant et le lieu », 1991, *op. cit.*, p. 53.

Adolfo Fernandez-Zoïla, *Récits de vie et crises d'existence : une herméneutique métaphorique*, Editions L'Harmattan, 1 déc. 1999 - 224 pages

Cattaneo Maria Luisa, Dal Verme Sabina, « Conflits familiaux autour de la maternité dans la migration », *Dialogue* 3/ 2009 (n° 185), p. 79-89

Goïan Estelle et Mestre Claire, « Parentalité en danger : la situation des mères gravement traumatisées », *Enfances et Psy*, 2010/3 n°48, p.33-44

Natalia Fernandez Diaz, « Les femmes et le suicide: une exploration depuis la périphérie discursive (I) » *Encyclopédie sur la mort*

http://www.maisondelasante.fr/wp-content/uploads/2013/12/Document-6_Intervention-Sarah-Stern-__Ce-que-la-clinique-de-lerrance-change-%C3%A0-nos-pratiques.pdf

Prise en charge pluridisciplinaire des femmes enceintes en errance au CHU de Nantes :

Accompagnement dans la parentalité et l'insertion sociale Dorothée MACÉ

Guide pratique 2008 Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire

<http://www.oecd.org/fr/els/mig/les-migrations-internationales-en-chiffres.pdf>

http://www.lezarts.org/03lezarts/Cultures/Nepal/Geo_nepal/geo_nepal.html

<http://chevauxduvent.org/etat-nepal-2012/>

<http://www.zonehimalaya.net/Nepal/culture.htm>

<http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=19822&Cr=n%C3%A9pal&Cr1=femmes#.U-khiqgg79I> Centre d'actualités de l'ONU

<http://www.amnesty.org/fr/news/nepal-widespread-gender-discrimination-has-triggered-sexual-and-reproductive-rights-crisis-2014>

<http://amades.revues.org/291>

<http://www.ipsnouvelles.be/print.php?idnews=11084>

http://populationaction.org/wp-content/uploads/2013/06/Nepal_Final_French.pdf

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Tableau_exHDT_.pdf

http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=116

Remerciements

En premier lieu, je remercie le Dr Zeroug-Vial, ma tutrice de mémoire, pour m'avoir guidée dans mon travail et permise de trouver des solutions pour avancer.

Je remercie aussi toute l'équipe du service X, pour sa pédagogie et l'expérience qu'elle a pu m'apportée. Je remercie particulièrement le Dr Chateau-Frilloux, Mme Jouglard, et Mme Boukhalfa pour avoir transmis les informations nécessaires à la réalisation de ce projet.

Je remercie les intervenants, les organisateurs, et les participants du Diplôme Inter Universitaire Santé Société et Migration pour avoir offert un espace de réflexion, d'échanges, et d'enrichissement de ma pratique professionnelle.

Je remercie également M. Thil pour sa relecture et son avis critique.