

le mariage officiel en France. Madame tomba rapidement enceinte de son premier enfant.

Elle avait été secrètement amoureuse d'un autre cousin avec lequel les parents avaient refusé l'union.

Il ne correspondait pas aux critères de dote, pas assez « riche » pour subvenir aux besoins de leur fille. Craignant d'être répudiée par sa famille, elle accepta cet homme. Une rupture avec ses parents aurait certainement créé une décompensation psychique et une perte de ses repères identitaires tout comme des loyautés trop lourdes à porter.

Madame ne connaissait rien aux affaires sexuelles et féminines. La nuit de nocé fut un véritable calvaire, tout comme sa grossesse et son accouchement vécus en solitaire. Sa belle-mère, résidant en France et très dure avec elle, fut, en effet, peu encline à lui venir en aide.

La sphère intime et la féminité d'Afida n'ont pas pu s'épanouir. Ce qui contribue, bien sûr, au développement de sa dépression. Son seul réconfort est de « rentrer au pays » chaque été pour voir sa famille, surtout sa mère, car une dette inconsciente pèse dans sa relation avec son père. Parmi les cinq grossesses vécues par Afida, la dernière s'est achevée par la mort du fœtus au bout de huit mois de gestation. Ce deuil ravive chez la patiente bon nombre de regrets, voire de secrets. Elle aurait voulu faire des études et devenir « quelqu'un » comme elle dit. Sa dépression a débuté peu de temps après la perte de ce bébé, avec des manifestations psychosomatiques très fortes : vertiges, nausées, etc. Comme si le corps traduisait « le trop-plein d'une vie trop vide ». Elle est seule avec ses rêves inassouvis et ses projections fantasmatiques inconscientes. Il faut alors les accueillir et les transformer pour lui rendre la vie plus supportable, pouvoir prescrire un traitement anxiolytique pour l'aider à supporter les moments les plus aigus.

Il s'agit aussi d'accueillir Afida dans toutes ses dimensions, surtout culturelles<sup>1</sup>. Elle semble apaisée par le fait que je connaisse sa culture et ses rites : elle peut parler avec moi de tout ce qui l'a fabriquée. Cela suscite en moi des éléments contre-transférentiels liés à mon histoire et à son monde d'origine, nos « marmites » d'appartenance pouvant entrer en résonance à travers une alliance thérapeutique forte.

Ce travail thérapeutique consiste aussi à mettre en récit son vécu traumatique<sup>2</sup>, c'est-à-dire essayer avec la mise en mots de ses traumatismes de les reconnaître, de les nommer et de mettre à distance les émotions qui les composent afin que le corps et l'esprit puissent s'apaiser. Se forme ainsi un récit narratif. S'ajoute à cela un important travail de réseau. La patiente passe ses journées à regarder des séries turques romantiques. Ce qui favorise son repli sur soi, l'enfermement

dans ses fantasmes. Ce qu'elle voit dans ses séries la ramène à son désamour pour son mari et son manque d'affection et de partage affectif. Les symptômes diminuent de plus en plus par l'effet combiné de la psychothérapie et du traitement médicamenteux. Puis, d'elle-même, elle se met à sortir davantage de la maison et à rencontrer d'autres femmes de la cité, afin de partager des loisirs, mais aussi parfois ses soucis et son vécu.

Elle intègre alors une association de femmes au pied de sa tour et commence à participer activement à la vie de

cette structure : loisirs, groupes de parole, etc. Son bien-être se développe de plus en plus, car ses activités lui permettent de rencontrer des femmes de sa culture, de parler sa langue, de partager ses rituels. Les groupes de

parole, notamment, favorisent son expression, sa confiance en soi, et brisent son isolement. Elle réussit même à ne plus passer ses après-midi devant la télévision. Puis, un jour, elle m'annonce qu'elle n'a plus besoin de me voir : elle sent que son histoire a été digérée et qu'elle est dorénavant beaucoup plus confiante, moins seule, forte d'un réseau affectif et amical. Il ne lui reste plus qu'une chose à faire : montrer la femme, la mère et l'épouse sûre qu'elle est devenue, à ses parents et, particulièrement, à son père. Ce qu'elle fait l'été suivant et ce qui achève son parcours thérapeutique et initiatique de sa féminité. Elle est enfin devenue une femme, non plus seulement une mère ou une épouse.

## CONCLUSION

Cette vignette clinique illustre bien le passage difficile de ces femmes qui vivent l'exil, période qui est, en soi, traumatique, en raison du changement d'une identité à une autre. Que faire en pareil cas ? Soit rester dans sa culture d'origine, soit annuler sa culture au profit d'une autre, soit faire le lien entre les deux, des va-et-vient permanents. Cette dernière proposition – la plus cohérente sur le plan clinique – souligne l'importance de la rencontre thérapeutique entre un professionnel et son patient, de sorte que ce dernier soit accepté dans toutes ses dimensions culturelles et, ainsi, que s'opère ce salvateur va-et-vient pour sa santé psychologique et sociale. Le fait d'accueillir ces femmes dans toutes leurs dimensions et de les inscrire dans un réseau large favorise leur épanouissement psychique et personnel et leur donne une identité propre... Celle de femme. ■

*Elle est enfin devenue une femme, non plus seulement une mère ou une épouse.*

## Notes

1. Delage M., 2008, *La Résilience familiale*, Paris, Odile Jacob.
2. Ibrahim S., 2015, « Le bébé nomade est témoin des mondes : l'expérience d'un espace de médiation ethnoclinique », *Spirale*, 208 : 94-102.