



Grandir en contexte de migration Un groupe thérapeutique mères-enfants

Ouafâa RTIMI-MAZOURI, Marie ROCHAT, Louise DACQUI

Ouafâa Rtimi-Mazouri est infirmière au sein de l'Equipe Mobile d'Intervention Ethnopsychiatrique (EMIE), Centre Psychothérapique de Nancy.

Marie Rochat est psychologue stagiaire au sein de l'Equipe Mobile d'Intervention Ethnopsychiatrique (EMIE), Centre Psychothérapique de Nancy.

Louise Dacqui est psychologue clinicienne, Equipe Mobile d'Intervention Ethnopsychiatrique (EMIE), Centre Psychothérapique de Nancy.

L'Equipe Mobile d'Intervention Ethnopsychiatrique (EMIE) s'adresse aux patients venus d'ailleurs adressés par des professionnels du soin ou des accompagnateurs sociaux quand l'approche transculturelle est indiquée pour faire avancer la prise en charge. L'équipe est mobile et peut se déplacer au lieu habituel du soin de la personne concernée. Nous recevons des enfants comme des adultes. En lien étroit avec les équipes de périnatalité, la prise en charge des mamans et des bébés représente une part conséquente de notre travail. Les MNA, les primo arrivants et les familles de la première ou seconde génération constituent également une part importante de nos prises en charge.

Un volet sensibilisation et prévention existe également.

E-mail : equipe.emie@cpn-laxou.com

Prologue

La grand-mère de Ouafâa lui répétait fréquemment cette citation célèbre dans le Nord du Maroc qui est en fait un proverbe Juif : « On ne peut donner que deux choses à ses enfants : des racines et des ailes ». Comme quoi tout est bien affaire de transmission !

Comment soutenir les mères, sans co-mères, afin qu'elles donnent à leurs bébés des ailes pour grandir au mieux et prendre ensuite leur envol ? C'est ce que nous avons essayé de mettre en place avec un groupe de mamans-bébés venus d'ailleurs.

Introduction

Notre équipe de psychiatrie transculturelle (E.M.I.E. : Equipe Mobile d'Intervention Ethnopsychiatrique), créée à Nancy en 2016 reçoit entre autre des mères issues de la migration présentant des difficultés, dans la relation avec leurs bébés, leurs enfants de 0-3 ans. Nous recevons aussi quelques femmes enceintes qui sont angoissées par la venue prochaine de leur enfant, dans un environnement qui leur paraît parfois hostile car trop différent de ce qu'elles ont connu, si bien que leurs savoirs et compétences s'en trouvent comme bloqués. Certaines peuvent être suivies en thérapie par ailleurs ; pour d'autres, le groupe est leur unique prise en charge. Les mamans sont connues de la consultation ou sont adressées par des collègues d'autres structures sociales ou de soins (CMP pour adultes ou enfants, PMI). Elles sont volontaires pour venir. Pour l'instant, aucun papa n'est venu, mais la porte leur est ouverte le cas échéant.

Le dispositif groupal dont il est ici question a été pensé dans le but d'étayer la relation mère-enfant fragilisée en contexte de migration et de mieux accompagner les mamans dans leur parentalité. En effet, la situation migratoire, « [...] le déracinement, l'arrachement au cadre traditionnel provoquent de nombreuses perturbations et des troubles psychiques », écrit Giraud (2003). Le groupe se réunit une fois par mois, durant 2 heures, dans les locaux d'une unité mère-bébé mise à disposition pour nous par un CMP de l'agglomération.

Nous recevons des dyades mère-enfant isolées socialement, en situation de vulnérabilité, qui présentent des inquiétudes dans les interactions ou dans le développement psychomoteur du bébé (troubles alimentaires, troubles du sommeil, troubles du comportement...). Ces mères sont déjà fragilisées par l'épreuve de la migration et souvent accablées par la solitude. Elles sont de fait plus exposées à la dépression, même si, dans ce groupe, aucune ne présente vraiment de troubles psychopathologiques avérés.

Un des principaux objectifs de ce groupe mensuel est donc de favoriser la mixité et les échanges entre les mamans d'ailleurs, afin qu'elles puissent recréer un groupe « d'indispensables co-mères » (étymologiquement « mère avec »), tel que l'a étudié Moro (1994). Nous pensons que ce groupe, par l'échange qu'il apporte, en sollicitant le savoir-faire culturel tout comme leurs capacités maternelles propres, peut permettre à ces mamans de se socialiser et se re-narcissiser, ainsi que de retrouver des relations plus harmonieuses à leurs enfants et avec elles-mêmes.

Etre mère en situation de migration

Selon Dutilh (1999), « devenir mère dans un pays qui n'est pas le sien, [...] dans un contexte où tout renvoie à la différence, c'est certainement l'épreuve la plus difficile à laquelle peut être confrontée une femme immigrée ». En effet, la situation de migration dans laquelle se trouvent ces mères est en soi un facteur de vulnérabilité, qui les confronte à de nouvelles normes culturelles, et à des conditions de vie souvent précaires, faites d'instabilité, de pauvreté, d'isolement (Dutilh 1999). L'éloignement du milieu familial est également source de difficultés. Ces jeunes mères étant généralement originaires de sociétés où la maternité est « l'apanage exclusif des femmes » (Mestre 2004). Elles sont donc face au défi d'accoucher loin de leur propre mère, dans une société où la naissance s'inscrit uniquement au sein de la famille nucléaire et est encadrée par les professionnels de santé. Selon Mestre et Gioan (2014), les situations les plus dramatiques se retrouvent chez des mères seules, ayant été marquées par le traumatisme ou ayant pour expérience infantile un vécu de carences et/ou de maltraitances.

Les raisons de leur venue en France sont multiples et complexes et souvent marquées par des traumatismes. Elles sont souvent perdues en arrivant dans

le pays d'accueil. Un questionnement les agite : « comment vais-je élever l'enfant ? », « Comme ici ou comme là-bas ? », « Quel culture lui transmettre ? ».

De plus, Gabai *et al.* (2013) avancent que le traumatisme de la migration découle d'une rupture de l'homéostasie entre les cadres culturels internes et externes, qui entraîne une perte de « l'enveloppe culturelle » (Nathan 2001). Emigrer d'un point de vue psychologique signifie perdre l'enveloppe des lieux et des sensations de toutes sortes qui constituent les premières empreintes (où s'établit le codage du fonctionnement psychique) : c'est aussi perdre de sa contenance. Nathan (1986) proposait de considérer la culture comme une enveloppe indispensable à la construction et à l'équilibre psychique des individus. Il envisageait alors la culture comme cet ensemble de codes et de pratiques qui permettent de rendre le monde intelligible et surtout prévisible de façon à protéger les humains contre la perplexité et la frayeur.

Ainsi l'expérience de la migration par la rupture de « l'enveloppe culturelle » qu'elle occasionne nécessairement, est en soi susceptible d'entraîner une fragilisation de ces mères particulièrement dans leur rencontre avec les institutions du pays d'accueil, source de nombreux malentendus.

La tristesse, le sentiment d'incapacité et la dysharmonie des interactions précoces sont alors fréquemment observés, amenant à penser la prévention dès la grossesse comme fondamentale pour ces mères et pour le développement ultérieur de l'enfant.

De même, Moro (1998) explique que les interactions mère-enfant s'inscrivent dans le contexte culturel des parents, et le devenir de l'enfant est en partie déterminé par les représentations que ses parents ont de lui. Cependant, la situation de migration vient modifier et complexifier ces jeux interactifs, laissant les parents en proie à des questionnements essentiels : « quelle place donner à mon enfant, dans quelle communauté l'inscrire, quelle identité lui donner, que lui transmettre, quel avenir aura-t-il ? »

Riand *et al.* (2008) soulignent tout autant les difficultés de « portage psychique » en situation de migration, plus que de portage physique, difficultés pouvant fragiliser le lien mère-enfant, et favoriser les clivages entre « ici et ailleurs ». Ils ajoutent : « les bébés doivent être portés, pensés et rêvés, non seulement par leurs parents mais aussi collectivement par la société et la culture ».

Enfin, Moro (2017), étendant la notion de « transparence psychique » de Bydlowski en contexte de migration, amène la notion de « transparence culturelle », qu'elle définit comme « des éléments culturels que nous pensions appartenir à la génération qui précède, qui se réactivent, deviennent tout d'un coup importants et précieux ; ils redeviennent vivants ». Selon elle, l'exil ne fait en effet que potentialiser la reviviscence des conflits psychiques et des représentations culturelles. Ces processus viennent par là même modifier le rapport des futurs parents à la culture, ainsi qu'à leurs propres parents. Les repères peuvent donc s'en trouver d'autant plus bouleversés que l'écart entre le vécu en pays d'accueil, et les éléments personnels et culturels réactivés durant cette période, bouleverse tous les repères de la future mère. Pourtant, cette perte fréquente des repères culturels n'implique pas toujours l'intégration de nouveaux repères plus occidentaux (Stork 1993).

Ces jeunes mères se trouvent par conséquent partagées entre le souci de prioriser leur adaptation et celle de l'enfant au pays d'accueil, et d'exprimer malgré tout, selon les codes culturels qui leur ont été transmis, ce que Stork (1993) qualifie de « conflits de maternage ». L'auteure met aussi en exergue que la préservation des pratiques traditionnelles, quand elles n'entravent pas la santé ni le développement de l'enfant, représente un facteur d'équilibre pour l'individu et favorise « l'identité culturelle ». Moro (2008) souligne les deux extrêmes possibles pour la mère devant des pratiques culturelles différentes :

soit « une acculturation précipitée : tout ce qui vient de moi est mauvais et tout ce qui est bon vient du dehors » et à l'opposé des « rigidifications culturelles » revenant à des pratiques culturelles dépassées dans leur famille.

Ainsi, Moro *et al.* (2008) parlent de « métissage » comme l'enjeu véritable de la migration, soit pouvoir « s'inscrire dans le monde d'ici en s'appuyant sur le monde d'origine ».

Bowlby (2002), quant à lui, va définir le « care giving » comme le versant parental de l'attachement. Il représente la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un plus jeune que soi, que ce soit au niveau physique ou affectif.

Le caregiving représente la complémentarité du système de comportement des parents et de l'enfant, il s'agit d'un « équilibre dynamique » (Bowlby 2002). L'individu, afin de pouvoir être considéré comme un care giver, doit être présent régulièrement et apporter différents soins à l'enfant que ce soit au niveau physique ou émotionnel. Le care giving représente la complémentarité du système de comportements des parents et de l'enfant ; il s'agit d'un équilibre dynamique » (Bowlby 2002 ; Cassidy 2000 cité par Teneso *et al.* 2007). Selon Cassidy (2000 cité par Teneso *et al.* 2007), le care giving dépend également des croyances culturelles, de la parentalité, de la qualité de l'environnement et de l'état émotionnel dans lequel se trouve le caregiver mais aussi du comportement de l'enfant. Ainsi, certains facteurs peuvent venir interférer les soins prodigués par le care giver (Sroufe 1985 cité par Teneso *et al.* 2007) comme le réseau relationnel, la relation conjugale, les conditions de vie, le stress (Crockenberg 1981 cité par Teneso *et al.* 2007), les ressources matérielles et financières (Ainsworth 1985 cité par Teneso *et al.* 2007), mais aussi l'histoire parentale et l'expérience passée du parent en tant qu'enfant.

La situation d'insécurité, d'instabilité, dans laquelle vivent la plupart des mamans de notre groupe (en demande d'asile ou déboutées de tous leurs droits) accroît également l'accrochage massif qu'elles ont à leur enfant, regardé comme s'il était une bouée de sauvetage à laquelle elles tiennent plus que tout au monde. Le bébé peut être, de par sa présence, celui qui leur donne accès à un « prendre soin » et une existence, ne serait-ce que par la PMI et, lorsqu'elles n'ont plus d'identité légale en France, elles existent tout de même en tant que « maman de... »

Le bébé, de son côté, ne perçoit parfois dans les yeux de sa maman que détresse et anxiété, ce qui augmente en lui le sentiment d'insécurité et le besoin de rassurance. Au sens de la théorie de l'attachement, l'attachement est un lien affectif entre un individu et une figure d'attachement (en général, un caregiver, une personne qui prend soin). Un tel lien peut être réciproque entre deux adultes, ou s'établir entre un enfant et la personne qui en prend soin. Bowlby a établi la classification de l'attachement des bébés en trois catégories. L'attachement insécurité ambivalent/anxieux où les interactions entre la mère et son enfant se passent sans véritable partage affectif chacun ayant du mal à désynchroniser ce qui émane de l'autre ; l'attachement insécurité évitant marqué par un évitement par l'enfant de ses états émotionnels, par peu d'interactions avec la mère et une indépendance vis-à-vis d'elle. Enfin, l'attachement sécurisé où la relation mère-enfant est fluide et les interactions cohérentes et appropriées. Une quatrième catégorie a été ajoutée par Main, chercheuse en psychologie. Il s'agit de l'attachement désorganisé-désorienté où l'enfant à l'attachement insécurité désorganisé a un comportement chaotique et instable. Il perd le lien avec ses émotions et sa vie affective. Des ruptures et des incohérences apparaissent dans les stratégies d'attachement. Ce sont des enfants qui s'immobilisent et se pétrifient de peur au moment de rejoindre leur mère : ils paraissent confus et désorientés lorsqu'ils tentent de l'approcher de biais.

C'est l'attachement insécurité ambivalent/anxieux qui est le plus souvent représenté dans les dyades que nous rencontrons dans ce groupe.

On observe au fil des séances, de par leur « va et vient », comment ces enfants entrent progressivement dans un processus de réassurance, d'autonomie et d'individuation, vers une relation de plus en plus sécurisée.

Le dispositif groupal

En décembre 2018, le groupe « mère-bébé » est né. Il est destiné aux mères d'ailleurs et leurs enfants, à partir de la grossesse jusqu'aux trois ans de l'enfant. Le groupe de 3 à 5 dyades est encadré par trois co-thérapeutes : une psychologue, une infirmière et une stagiaire psychologue. Le cadre groupal est souple et malléable. Il se veut contenant, structurant, étayant et ouvert. Certaines mères viennent à chaque séance, d'autres sont moins régulières, souvent débordées lorsqu'il s'agit de respecter un calendrier ou un horaire. Les mères accueillies sont originaires des pays du Caucase, d'Afrique de l'Ouest, du Pakistan, de Syrie... Les situations que nous allons évoquer ici plus en détail ont été anonymisées par souci de confidentialité.

Les dyades sont accueillies dans un espace commun. La présence si besoin d'interprètes formées à notre approche permet d'assurer la traduction, le passage d'un monde à l'autre et d'apporter un éclairage culturel. Allafort *et al.* (2016) rappellent en effet combien « la langue maternelle est une modalité d'expression essentielle et un médiateur de l'identité », qui fait partie de l'enveloppe culturelle. La présence d'une interprète tchétchène, ainsi que de l'infirmière parlant la langue Arabe, ont permis à ces mères de mieux exprimer leurs affects, leurs représentations culturelles. Une co-thérapeute peut être davantage auprès des enfants, une autre plus attentive aux mères... car parfois les mères forment un autre groupe autour de la préparation du thé...

Nous nous adaptons de façon spontanée à chaque dyade. Les étayages se croisent. Ils sont multiples et métissés dans la manière dont les enfants sont occupés à jouer, ou bercés, portés... Nous faisons appel aux objets culturels et savoir-faire des mères afin d'initier un partage des vécus dans le groupe et solliciter leurs représentations culturelles. Nous échangeons sur leurs pratiques de maternage -sommeil, bercement, allaitement, portage, alimentation...- propres à la culture d'origine de chacune, et leur redonnant des repères parfois délaissés, sources de conflit interne dans leur rôle maternel.

Il arrive également que chaque co-thérapeute, chaque mère chante une berceuse dans sa langue, telle une enveloppe sonore contenant source de réassurance ; notamment lorsque les mères allaitent... Selon l'expression de Bustarett (cité par Stork 2000), la voix maternelle apparaît comme un véritable « cordon ombilical sonore ».

Dans un dernier temps, un temps de collation et de partage de douceurs métissées est proposé autour d'une table. Il arrive aussi que les participantes se proposent de confectionner une spécialité de leur pays pour la prochaine séance. Nous illustrerons le travail thérapeutique proposé à ces mamans qui ont une maternalité semée de doutes, d'hésitations, de tâtonnements, de difficultés avec deux vignettes cliniques. Nous présenterons ici quelques séquences de prise en charge transculturelle dont le but est de rétablir et renforcer les interactions mères-enfants, mises à mal par l'épreuve qu'est la migration, notamment sans leur mères ou leurs sœurs, tantes, grand-mères, cousines... Ces co-mères, ce sont elles les vecteurs de transmissions des différents rituels et savoir-faire autour de la maternité notamment.

Contenu des séances

Les mères que nous accueillons mettent en pratique leurs façons de faire « traditionnelles », mais sont très demandeuses de conseils : elles nous questionnent sur les façons de jouer avec un enfant, nous demandent notre avis quant au choix de jeux, au sujet de l'allaitement, de l'endormissement, du portage,

de l'alimentation diversifiée... et accueillent chaleureusement les idées, propositions, façons de faire d'ici. Les mamans se sentent en confiance, et non jugées : elles font part de leurs vécus et partagent leurs expériences et leurs façons de faire, leurs ressentis, leurs émotions... Elles essaient de donner du sens à leurs états émotionnels et à la problématique de leur(s) enfant(s). Elles se donnent des conseils entre elles, rebondissent à ce qu'elles se renvoient les unes aux autres. Elles allient les conseils des pédiatres, des professionnels de santé à leurs propres soins traditionnels, en fonction de leur(s) représentation(s) culturelle(s).

Des thèmes multiples et variés sont abordés durant les séances et l'intime peut être parlé ici. C'est le cas, par exemple, du vécu de la grossesse, de l'accouchement, du parcours migratoire, de la famille restée au pays, de l'absence de l'époux ou de l'absence de soutien dans le pays d'accueil. Il peut s'agir également d'alliance ou d'union (si non acceptation), des rituels de naissance, des pratiques de maternage (bercer, porter, allaiter...), de la nomination de l'enfant ou des rituels de protection (au moment du coucher de l'enfant...). Enfin, nous pouvons aborder le développement psychomoteur de l'enfant, sa place dans la famille, les rêves etc.

Les mamans nous expliquent, chacune à sa manière, comment et combien les femmes enceintes sont aidées, choyées, entourées durant leur grossesse, au moment de l'accouchement et même après la naissance de l'enfant. Elles évoquent leur mère, sœur, tante ou grand-mère... restées au pays, qui sont les co-mères manquantes. Lorsque l'enfant naît, traditionnellement, « un personnage féminin expérimenté ainsi que les aînées montrent les premiers gestes à réaliser, certaines techniques (le bain, l'emballotement, le massage...) qui constituent les pratiques de maternage; elles procèdent à une véritable « initiation au rôle de mère » (Lallemand 2000).

On voit bien combien, en l'absence d'un groupe, les techniques de maternage et les compétences de la mère peuvent être en péril. Cette « solitude psychique » (Moro 2008) est d'autant plus douloureuse que l'on sait que « ce n'est jamais une mère seule qui accouche, c'est le groupe, la parentèle, le voisinage. » (Kaes 1979 : 24) C'est le groupe (la mère de la mère) qui contient, expulse et reçoit le nouveau-né qui vient « au monde », dès l'origine « dans un groupe » (Kaes 2005).

Ainsi, le groupe forme une entité de référence : si une dyade est absente à une séance, les autres mamans s'en inquiètent tout de suite. Il nous semble aussi que les bébés cherchent également l'absent.

Louise, la psychologue, va de l'une à l'autre dans le groupe, soit auprès des mères, soit en triangulation avec la mère et son enfant. Elle initie des jeux, notamment avec Magomet qui a encore des difficultés à se séparer de sa maman. Sa mère est invitée à rejoindre Marie (stagiaire psychologue) et une autre maman afin de préparer le thé pendant que Magomet fait des tentatives pour apprivoiser un jeu ou le tunnel qu'il observe depuis un moment. Ces jeux lui permettent de faire l'expérience de l'espace transitionnel dont parle Winnicott (1975), espace intermédiaire entre objectivité et subjectivité, favorisant la différenciation entre monde interne et monde externe. Winnicott a bien décrit comment cet espace potentiel qu'est le jeu favorise l'imaginaire et la création chez l'enfant, tout comme il lui permet de sortir d'une phase d'omnipotence et indifférenciée de l'objet maternel. Par le jeu, nous y voyons un moyen pour lui de s'autonomiser de sa mère, en sécurité, grâce à la contenance du cadre, et de sortir de la seule relation physique de type collage qu'il entretient avec elle par l'intériorisation d'une image interne plus stable et sûre.

Ouafâa joue pendant ce temps avec Amal... qui cherche du regard sa mère. Elle présente une plagiocéphalie qui s'estompe depuis que sa mère, Warda, la couche moins en position dorsale.

Autour de la préparation du thé, Kheda se recentre sur elle, reprend confiance en elle, écoute attentivement les conseils et remarques que lui prodigue Warda au sujet des difficultés d'endormissement de Magomet : comment l'apaiser, le tranquilliser... Chacune fera la démonstration d'une technique d'endormissement de son pays, chacune chantera une berceuse de son enfance.

Le bercement est utilisé dans de nombreuses cultures : « pour que le bébé ait un sommeil bien organisé, il est nécessaire qu'il bénéficie d'une continuité affective suffisante pour qu'il puisse s'abandonner au sommeil » (Bénony et Golse 2003 : 49), lorsqu'un bébé ne dort pas suffisamment, « il devient vite vulnérable ».

Chaque recoin du globe terrestre a son modèle d'endormissement ainsi que ses manières d'apaiser et d'endormir le bébé. Moro (1998) désigne sous le terme de « berceau culturel », un ensemble de représentations que les parents ont de leur enfant et celles-ci sont très influencées par la culture d'origine des parents. Les représentations culturelles influencent les manières de faire des parents, ainsi que les manières d'entrer en relation avec leur enfant.

Les difficultés rencontrées sont-elles en lien avec des difficultés de passage d'un monde à l'autre ?

Warda, originaire de Syrie est arrivée avec son mari et son fils, Ahmed, âgé alors de 3 ans en 2016, suite à la guerre. Ils ont traversé des épreuves traumatisantes et ont craint à de multiples reprises pour leur vie. Ahmed est suivi en thérapie par la psychologue de l'E.M.I.E. (repli autistique), et sa petite soeur Amal, née en France, est âgée de 6 mois. Le groupe a tout de suite été proposé à Warda qui exprimait dès la grossesse ses peurs que le bébé ne soit « particulier » comme l'aîné et qu'elle ne sache pas s'en occuper. L'accouchement a été vécu difficilement par Warda, même si tout s'est plutôt bien passé sur le plan obstétrical. Warda nous dit « même si Ahmed est né sous les bombes, pour Amal c'était plus dur car il n'y avait pas ma mère ».

Warda voudrait puiser dans les traditions et le savoir-faire que sa propre mère lui a transmis en termes de maternage et elle espère aller bientôt au Liban où sa famille est réfugiée, « afin de demander conseils » à sa mère. Toutefois, elle n'ose pas nourrir sa fillette comme elle a vu faire dans son pays car ici, il faut écouter le pédiatre qui sait mieux qu'elle ce qui est bon. Elle se désole qu'Amal ne prenne que très peu de poids et ne fait pas confiance en ses propres capacités d'évaluation.

Soutenue par le groupe, elle va accepter qu'une des thérapeutes donne un biscuit à Amal et commencer à envisager de faire goûter à la petite les plats qu'elle avait coutume de préparer à Ahmed bébé.

Warda a peu de contacts avec la société extérieure : elle s'occupe essentiellement de ses enfants. Mais, elle a souhaité que sa meilleure amie et sa fille intègrent ce groupe. Elle commence à envisager aussi d'inscrire Amal à la crèche. On ne peut que remarquer l'importance de ce dispositif groupal et à quel point il peut être sécurisant.

Kheda, originaire de Tchétchénie a un petit garçon de 15 mois (Magomet) qui présente des troubles d'endormissement et du sommeil. Elle nous explique que chaque soir, elle tente d'apaiser comme elle peut son petit garçon en lui récitant des formules de protection. De religion musulmane, elle lui récite « des louanges à Dieu ». Elle dit ne pas connaître de véritables berceuses mais va, dans le groupe, reconnaître certaines comptines chantées par l'interprète tchétchène.

Magomet, vit avec sa mère qui a fui la Tchétchénie enceinte car on voulait lui enlever son bébé qui devait revenir à la belle famille (union non acceptée par les clans auxquels appartiennent les familles). Il est donc né à Nancy et a été rencontré très rapidement par l'équipe alertée par une puéricultrice de

PMI, inquiète de l'état de fatigue et de tristesse de la mère et de l'enfant. Ils ont vécu jusqu'il y a peu de temps dans des conditions sociales très précaires, avant de loger chez une tante qui habite en banlieue nancéienne. Avant les toutes premières séances, Magomet présentait des troubles du sommeil, des angoisses de séparation majeures, ne supportant pas l'éloignement ou l'absence de sa mère. Il était capable d'hurler pendant des heures sans parvenir à se calmer ce qui obligeait la maman à le promener inlassablement dans les bras ou la poussette. Dans l'incapacité de s'éloigner de sa mère et d'aller explorer d'autres environnements, Magomet ne pouvait la quitter des yeux. Il présentait aussi des difficultés à s'autonomiser même s'il est encore petit : l'apprentissage de la marche s'était comme arrêté, il ne mettait que rarement un aliment convoité à la bouche, il attendait d'être relevé en cas de chute...

Au fil des séances, nous remarquons les progrès de Magomet : Magomet joue avec plaisir et explore activement l'environnement même s'il fait des va-et-vient vers sa maman. Il manifeste moins le manque de sa mère (ne pleure plus...). Il recherche encore activement la proximité de sa mère (avec un désir d'être porté dans les bras ou nourri d'un morceau de brioche) et finalement retourne tranquillement à ses jeux favoris, une fois rassuré...

Ce groupe permet donc à l'enfant de faire des expériences, de s'éloigner de sa mère tout en étant en sa présence, c'est « le fort da » décrit par Freud et la permanence de l'objet.

Kheda prend aussi plus de plaisir à échanger avec les autres mères et autorise son fils à explorer l'environnement, mais pour cela, il nous a fallu tout autant la rassurer et la contenir autant que lui. Fière d'elle, elle nous annonce lors d'une séance avoir décidé de sevrer son fils et essayer de le coucher dans un petit lit auprès du sien et non plus avec elle. Elle semble ne plus culpabiliser si elle doit laisser pour quelques heures Magomet à la garde de sa tante.

Différents étayages ont lieu entre les mères, les thérapeutes et interprètes. Ce groupe multiculturel permet de penser, d'élaborer l'altérité et de se familiariser avec les différentes manières de faire, avec les différentes représentations culturelles. Le groupe a sans doute opéré comme une enveloppe psychique, protectrice, affective et sociale.

Kheda est plus détendue : un peu plus souriante, plus sécurisée, plus rassurée ; elle accepte maintenant aussi les conseils de la puéricultrice de la PMI et l'éventualité de mettre son fils quelques heures en halte garderie. Le groupe semble lui avoir apporté une contenance et une réassurance en ses capacités maternelles. Il en est de même pour Warda, qui s'autorise maintenant à varier l'alimentation de la petite Amal.

Dans ce groupe, nous pouvons ressentir de la bienveillance et un profond respect entre chacune, rendant les échanges particulièrement riches. La parole circule facilement d'une langue à l'autre, de thérapeutes à interprètes, d'interprètes à mères, de mères à interprètes etc., chacune y ajoutant son propre ressenti.

Au sein de ce groupe et au fil des séances, chaque maman exprime des fragments de son histoire. Le récit de vie peut se faire par bribes allant de leur propre vécu de petite fille à des éléments du parcours migratoire. L'intime du corps peut aussi être parlé et accueilli avec bienveillance. Le manque de leur propre mère est criant mais se restaure parfois grâce au gâteau confectionné selon la recette du pays apportant ainsi un peu de sa présence toute en douceur.

En conclusion

Notre dispositif groupal a tout juste l'âge d'un bébé. Il s'agit d'une expérience de 8 mois. Il est un lieu thérapeutique et de prévention où se rencontrent un groupe de mères et un groupe d'enfants issus d'origines culturelles différen-

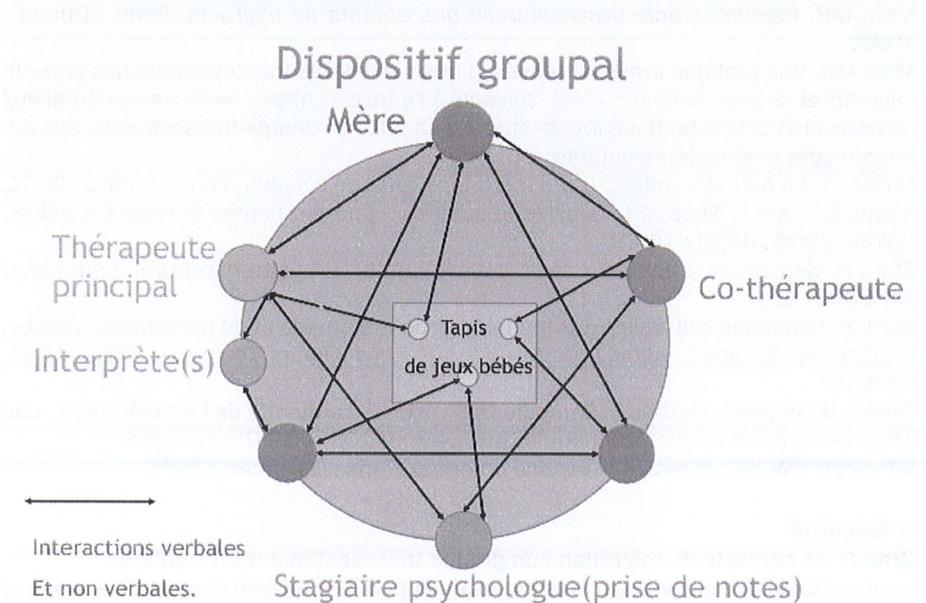
tes. Ce dispositif groupal est ritualisé dans son déroulement : accueil, temps d'échanges et de jeux, collation. Il est riche en métissage en offrant aux mamans la possibilité de partager sur le plan émotionnel et de donner du sens aux expressions de leur enfant. C'est un groupe de partage et de co-maternage qui opère comme une enveloppe psychique, protectrice, affective et sociale. Il est encore un peu tôt pour tirer tous les enseignements qu'il pourrait nous apporter, mais nous pouvons déjà dire qu'il semble fonctionner.

Pour les mamans que nous recevons l'une ou l'autre par ailleurs individuellement, nous avons pu observer combien les conseils recevaient une oreille plus attentive lorsque ceux-ci étaient prodigués par les autres mamans que lorsque ces mêmes conseils étaient donnés en séance individuelle. C'est que le groupe fait émulsion et reconnaissance. Malgré les langues différentes, les mamans commencent à échanger plus spontanément entre elles, sans nous, au besoin par des gestes.

Il a fallu plusieurs mois avant que le groupe s'étoffe de davantage de dyades, ceci dû au temps nécessaire pour que l'information circule auprès des partenaires sur son existence et les bonnes indications.

Nous avons vu aussi que les mamans pouvaient se coopter, telle Warda qui nous demande si son amie, qu'elle trouve en difficulté, peut venir également. Si une dyade manque pour diverses raisons une séance, il y a inquiétude des autres et demande de nouvelles. Ceci nous montre à quel point le sentiment d'appartenance au groupe est fort. Les mamans nous disent être attachées au groupe et l'attendre avec impatience. Nous espérons pouvoir, si nos effectifs le permettent, passer à deux séances mensuelles. Il faut bien avouer que le groupe nous manque aussi, comme si nous aussi, on venait s'y ressourcer et renouer aux fondements de notre être en soi et avec les autres.

Il est bon d'être une commère et à défaut de tricotage, peut-être pourrions nous aider ces mamans à fixer des petites ailes à ces bébés en les délestant un peu du poids parfois douloureux de l'histoire migratoire afin qu'ils se déploient au mieux et volent un jour ici, de leurs propres ailes, forts et fiers de leurs racines venues d'ailleurs.



Merci à Claire Mestre, Marie Rose Moro et à toutes ces mamans d'ici et d'ailleurs qui ont nourri nos réflexions et soutenu notre désir d'accueillir au mieux les mamans d'ailleurs avec leurs bébés d'ici. ●

■ Bibliographie

- Allafort C, Sanca R, Postolache I, Mantrach Z. La parentalité à l'épreuve de l'exil : un groupe à médiation, multiculturel et pluridisciplinaire. *Cliniques* 2016 ; 12(2) : 158-175.
- Bénony C, Golse B. *Psychopathologie du bébé*. Paris: Nathan; 2003.
- Bowlby J. *Attachement et perte : I – l'attachement ; II – séparation, angoisse et colère ; III – la perte, tristesse et séparation*. Paris : P.U.F. ; 2002.
- Dutilh P. Femmes d'ailleurs, mères ici. In : Boulard C, editor. *Devenir parent en exil*. Toulouse : ERES ; 1999. p.23-39.
- Gabai N, Furtos J, Maggi-Perpoint C, Gansel, Danet F, Monloubou C, Moro MR. Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés. *Devenir* 2013 ; 25(4) : 285-307.
- Giraud F. Psychiatrie, psychanalyse : aléas et enjeux d'une rencontre. In : Baubet T, Moro MR, editors. *Psychiatrie et migrations*. Paris : Elsevier Masson ; 2003. p. 5-12.
- Kaes R, Missenard A, Anzieu D, Guillaumin J. *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod ; 1979.
- Kaes R. Groupes internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe* 2005 ; 45 : 9-30.
- Lallemant S. *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*. Paris : L'Harmattan ; 2000.
- Main M. De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance* 1988 ; 3 : 13-27.
- Mestre C, Gioan E. Comment la culture vient aux femmes à la naissance de leur bébé ? *Spirale* 2014 ; (70) : 85-92.
- Mestre C. Mettre au monde loin de sa mère. *L'autre* 2004 ; 5(3) : 455-458.
- Moro MR, Neuman D, Réal I. *Maternités en exil: mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2008.
- Moro MR. Être et faire : se construire parents et enfants dans la migration. *Le Coq-héron* 2017 ; (230) : 87-96. <https://doi.org/10.3917/cohe.230.0087>
- Moro MR. *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : PUF ; 1994.
- Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod ; 1998.
- Moro MR. Une pratique irrespectueuse : la prise en charge transculturelle des parents migrants et de leurs enfants ; 2008. Consulté à l'adresse : https://www.transculturel.eu/marierosemoro/Une-pratique-irrespectueuse-La-prise-en-charge-transculturelle-des-parents-migrants-et-de-leurs-enfants_a18.html
- Nathan T. *La folie des autres: traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris : Dunod ; 2001.
- Riand, R, Plard V, Moro MR. Familles et cultures : porter, penser et rêver les bébés. *Spirale* 2008 ; 46(2) : 19-28.
- Stork H. Berceuses, berceaux et berceuses : un éclairage transculturel. *Enfance et psy* 2000 ; 10.
- Stork H. Variations culturelles des techniques de maternage et de prévention précoce. In : Groud-Dahmane F, editor. *Enfants d'ici, enfants d'ailleurs*. Toulouse : ERES ; 1993. p.53-56.
- Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir* 2007 ; 19(2) : 151-188.
- Winnicott DW. *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris : Gallimard ; 1975.

■ Résumé

Grandir en contexte de migration : un groupe thérapeutique mères-enfants

L'équipe E.M.I.E. (Nancy) reçoit des mères et leurs bébés au sein d'un groupe mensuel dont l'objectif est de soutenir ces mamans fragilisées par la migration et parfois dans des situations de vulnérabilité psychique et/ou sociale. Le groupe apporte une enveloppe accueillante et bienveillante aux mères-bébés-commères qui permet à chacune d'exprimer ses difficultés, son vécu, mais aussi de trouver ou retrouver ses propres potentialités, ses savoirs parfois oubliés ou délaissés car dévalorisés, et de renouer ainsi avec des pratiques culturelles de maternage. Le groupe permet d'échanger et de mé-

tisser ses représentations des besoins des enfants et des soins à leur apporter. Le sentiment d'appartenance au groupe permet de renarcissiser les mamans et aux bébés de déployer leur énergie pour découvrir le monde en toute sécurité.

Mots-clés : *maternage, relation mère-enfant, nourrisson, migrant, culture, parentalité, métissage, vulnérabilité, psychothérapie de groupe.*

■ Abstract

Growing up in the setting of migration: a mother-infant therapeutic group

The E.M.I.E. team (Nancy) receives mothers and their babies in a monthly group session for which the objective is to support mothers who have been made vulnerable because of migration and sometimes because of situations of psychological and/or social vulnerability. The group provides an inclusive and caring shell for mothers, babies and co-mothers that allows each of them to express their difficulties, their experiences, and also to find or rediscover their own potentialities, their sometimes forgotten, neglected, or undervalued know-how, and thus to reconnect with their cultural mothering practices. The group allows exchanges to take place on representations of children's needs and the care that should be provided to them. The sense of belonging to the group helps to reinforce the narcissism of the mothers and helps their babies to deploy the energy to discover the world in complete safety.

Keywords: *mothering, mother-infant relationship, infant, immigrant, culture, parenthood, ethnic blending, vulnerability, group psychotherapy.*

■ Resumen

Crecer en un contexto migratorio: un grupo terapéutico madre-hijo

El E.M.I.E. (Nancy) recibe madres y sus bebés en un grupo mensual cuyo objetivo es apoyar a estas madres vulnerables mental y socialmente en situación de migración. El grupo proporciona un espacio caluroso de acogida a las madres-bebés-madrinas, que les permite a cada una expresar sus dificultades, sus experiencias, y también encontrar o recuperar su propio potencial, su conocimiento a veces olvidado o descuidado debido a la devaluación, y reconectarse con las prácticas culturales de maternidad. El grupo permite intercambiar y confrontar sus representaciones de las necesidades y el cuidado de los niños. El sentido de pertenencia al grupo hace que las madres y los bebés sean conscientes de su poder para descubrir el mundo de manera segura.

Palabras clave: *maternidad, relación madre-hijo, lactante, migrante, cultura, paternidad, mestizaje, vulnerabilidad, psicoterapia grupal.*

