



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1**

**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION**

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Xavier PERROT

Accompagner la construction du lien mère-bébé dans un groupe accueil  
pour personnes en demande d'asile

**Mémoire présenté pour l'obtention  
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**Par : Emma MARTINEZ-ALMOYNA**

Juin 2020

N°1577

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

---

## 1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président  
**Pr. FLEURY Frédéric**

Vice-président CFVU  
**Pr. CHEVALIER Philippe**

Président du Conseil Académique  
**Pr. BEN HADID Hamda**

Vice-président CS  
**M. VALLEE Fabrice**

Vice-président CA  
**Pr. REVEL Didier**

Directeur Général des Services  
**M. VERHAEGHE Damien**

### 1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est  
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie  
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -  
Lyon-Sud Charles Mérieux  
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et  
Biologiques  
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Études  
Médicales (C.C.E.M.)  
Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de la  
Réadaptation (I.S.T.R.)  
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de  
Recherche en Biologie Humaine  
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

### 1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et  
Technologies  
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et  
d'Assurance (I.S.F.A.)  
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences  
Administrateur provisoire  
**M. ANDRIOLETTI Bruno**

Observatoire Astronomique de Lyon  
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences  
Administratrice provisoire  
**Mme GIESELER Kathrin**

École Supérieure du Professorat et de  
l'Éducation (E.S.P.E.)  
Administrateur provisoire  
**M. Pierre CHAREYRON**

U.F.R. de Sciences et Techniques des  
Activités Physiques et Sportives  
(S.T.A.P.S.)  
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON  
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de  
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)  
Directeur **M. VITON Christophe**

---

## **2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION**

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

### **DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ**

Directrice du département  
**Mme Tiphaine VONSENSEY**  
*Psychomotricienne, cadre de santé*

Coordinateurs pédagogiques  
**M. Bastien MORIN**  
*Psychomotricien*

**M. Raphaël VONSENSEY**  
*Psychomotricien*

**Mme Aurore JUILLARD**  
*Psychomotricienne*

Responsable des stages  
**Mme Christiane TANCRAÏ**  
*Psychomotricienne*

Secrétariat de scolarité  
**Mme Fawzia RAMDANI**

# REMERCIEMENTS

---

Je remercie tous mes maîtres de stage qui m'ont accompagné dans la découverte de ce fabuleux métier. Je remercie mon maître de mémoire pour ses conseils et la réassurance qu'il a pu m'apporter, grâce à cet accompagnement j'ai pu prendre du plaisir à rédiger ce mémoire.

Je remercie mes camarades de promotion pour ces trois années passées ensemble et l'enrichissement qu'ils m'ont apporté. Je remercie tous les enseignants pour leur engagement dans cette formation.

Merci à Corentin d'être toujours présent et de croire en moi depuis toutes ces années.

Merci à ma famille pour son soutien, merci à ma mère d'être présente et de m'avoir permis de devenir celle que je suis.

Merci à mes amies pour la richesse de nos relations et pour ces moments de partage. Merci à Audrey sans qui ces trois années n'auraient pas été aussi belles, merci de d'avoir été à l'écoute et de m'avoir encouragée, et merci pour de son aide pour mon mémoire. Merci à Jaël pour sa convivialité et sa gaité, merci d'avoir contribué à égayer mes journées. Merci pour votre soutien mutuel.

Merci à tous les patients que j'ai rencontrés, d'avoir partagé une part de leur intimité et de m'avoir fait confiance, ils m'ont permis d'apprendre à leurs côtés.

Je remercie chaleureusement l'équipe de périnatalité ainsi que les intervenants sociaux qui m'ont accompagné professionnellement et humainement au cours de cette année. Merci de leurs partages et de leur bienveillance dans mon évolution de cette expérience intense et d'une richesse incroyable.

« Il n'existe pas d'hommes sans culture, c'est cela qui fonde son humanité. »

Roheim, Origine et fonction de la culture

# Table des matières

INTRODUCTION .....	1
PARTIE CLINIQUE .....	3
1. Chapitre 1 : Présentation des structures de stage.....	3
1.1. L'unité de périnatalité.....	3
1.2. « Équipe mobile de périnatalité et précarité » .....	4
1.3. Les Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile.....	5
2. Chapitre 2 : Présentation du groupe « accueil parents-bébés » .....	6
2.1. Les objectifs du groupe.....	6
2.2. Le dispositif groupal .....	7
2.2.1. La gestion du cadre.....	8
2.2.2. L'aménagement .....	8
2.2.3. Le déroulé du groupe.....	9
2.2.4. Une séance type .....	10
2.2.5. La fin du groupe .....	12
2.2.6. La médiation violoncelle .....	13
2.3. Ma place dans le groupe .....	13
3. Chapitre 3 : Madame D. et Alpha.....	14
3.1. Présentation de la dyade .....	14
3.1.1. Présentation et histoire de Madame D.....	14
3.1.2. Bilan d'observation d'Alpha .....	16
3.2. Leurs interactions dans le groupe accueil .....	17
3.2.1. Première rencontre.....	17
3.2.2. Apprivoisement du groupe et ajustement .....	20
3.2.3. Retrouvailles autour d'une peur commune.....	24
3.2.4. La figure d'attachement est déterminée.....	26

3.2.5.	Mise en confiance et investissement mutuel et groupal .....	30
PARTIE THÉORIQUE .....		34
1.	Chapitre 1 : Le lien parent-enfant.....	34
1.1.	Le lien d'attachement : qu'est-ce que l'attachement ?.....	34
1.1.1.	Définition de l'attachement .....	34
1.1.2.	Théorie de l'attachement .....	34
1.1.3.	La figure d'attachement.....	35
1.2.	L'enfant et son environnement : entre interaction et attachement.....	36
1.2.1.	Aller vers l'exploration psychomotrice .....	36
1.2.2.	Les compétences du nouveau-né .....	37
1.2.3.	Les compétences parentales.....	38
1.2.4.	Les interactions parent-enfant .....	40
2.	Chapitre 2 : La culture .....	42
2.1.	Définition de la culture .....	42
2.2.	Les fonctions de la culture .....	44
2.2.1.	La fonction sociale.....	44
2.2.2.	La fonction psychique .....	45
2.2.3.	La fonction contenante .....	46
2.3.	Outils de transmission culturelle, les techniques du corps .....	46
2.4.	Conséquences de l'émigration sur les pratiques culturelles .....	48
2.5.	Devenir parents en terre d'asile .....	49
3.	Chapitre 3 : Le traumatisme .....	50
3.1.	Définition du traumatisme .....	50
3.2.	Le traumatisme dans la migration.....	50
3.2.1.	Définition de la migration.....	51
3.2.2.	Traumatisme et exil .....	51
3.3.	Le traumatisme sur le corps .....	52

3.3.1. Le cerveau du traumatisé .....	53
3.3.2. L'impact du traumatisme sur le corps .....	54
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....	56
1. L'évolution singulière de la dyade .....	56
1.1. Du désaccordage à l'accordage mère-bébé.....	56
1.2. Rencontre et investissement mutuel .....	57
2. L'étayage pour la reconstruction .....	59
2.1. L'étayage du soignant .....	59
2.2. L'étayage de la communauté .....	62
3. Le corps médiateur .....	63
3.1. Comment le psychomotricien transmet par le corps ?.....	64
3.2. Qu'est-ce qui se transmet par le corps ? .....	65
CONCLUSION .....	67

# LEXIQUE

---

ADA : Allocation de Demande d'Asile

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

OFII : Office Française de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

PMI : Protection Maternelle Infantile

SSPT : Syndrome de Stress Post-Traumatique

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

# INTRODUCTION

---

Après la validation de ma deuxième année à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Lyon, j'ai souhaité réaliser un de mes stages de troisième année dans une unité de périnatalité. Je souhaitais découvrir l'accompagnement que l'on peut proposer en psychomotricité dans les relations parents-enfants et je souhaitais travailler en équipe pluridisciplinaire afin d'avoir une richesse de points de vue professionnels différents.

J'ai découvert un stage rassemblant mes attentes, mais présentant une nouvelle population pour moi. J'ai ainsi intégré une équipe mobile de périnatalité et de précarité, composée d'une psychologue, d'une psychomotricienne et d'une infirmière, ainsi que d'un interne en médecine. Cette équipe intervient auprès des demandeurs d'asile au sein de leur centre d'hébergement en proposant des groupes parents-bébés.

Les résidents sont de passage ou présents pour plusieurs mois, ils viennent des quatre coins du monde trouver en France une vie meilleure. Ils sont dans l'incertitude d'obtenir une réponse positive à leurs demandes de papiers, ils risquent d'être déboutés et de devoir repartir dans leur pays d'origine, qu'ils ont parfois fuit. L'exil est vécu comme un traumatisme, la perte de l'enveloppe culturelle impacte beaucoup les familles. À ce traumatisme de la migration s'ajoutent parfois des traumatismes psychologiques et physiques, parvenus pendant le trajet, qui viennent alourdir le tableau d'une reconstruction psychique.

J'ai découvert une nouvelle action de la psychomotricité dans ces groupes : la prévention et l'accompagnement. Il a fallu que je trouve ma place dans le groupe et plus particulièrement la place de la psychomotricité dans ce cadre-là. Comment le psychomotricien participe à la construction d'un lien d'attachement, comment il permet aux différentes cultures de s'exprimer.

Lors de mon premier jour de stage, j'ai rencontré une dyade qui m'a interpellée. Je me suis demandé comment nous allions pouvoir les accompagner dans leurs liens d'attachement. Comment la perte de l'environnement culturel et les conséquences des traumatismes maternels allaient impacter la relation d'attachement entre la mère et son enfant.

Je vais d'abord illustrer mes propos en présentant les structures de stages dans lesquelles j'interviens, ainsi que les modalités particulières du groupe parents-bébés. Puis, je présenterai la dyade qui m'a interpellée, et leurs évolutions dans le groupe mais aussi individuelles au fur et à mesure des mois. Ensuite, je tenterai de répondre à ma problématique en évoquant le lien d'attachement parent-enfant, comment il se construit et comment les individus interagissent. Je développerai les fonctions de la culture, les conséquences de l'émigration sur les pratiques culturelles et sur la parentalité. Puis, je présenterai une dernière partie sur le traumatisme, celui de la migration mais également le traumatisme sur le corps.

Tout cela m'amène à me poser une question : lorsque le lien d'attachement mère-bébé est impacté par la perte de l'enveloppe culturelle et les traumatismes maternels, en quoi l'accompagnement en groupe où intervient un psychomotricien peut-il permettre à la dyade d'établir un lien d'attachement fort et sécurisé ?

J'étayerai mes propos avec ma partie théorico-clinique qui traite de l'évolution de la dyade, de l'hypervigilance symptomatique à l'établissement d'une figure d'attachement, en quoi l'étayage communautaire et celui des soignants permet-il de soutenir la parentalité et comment le corps est outil de transmission.

# PARTIE CLINIQUE

---

## 1. Chapitre 1 : Présentation des structures de stage

### 1.1. L'unité de périnatalité

Durant cette troisième année, j'ai réalisé un de mes stages au sein d'une unité de périnatalité, qui comporte une équipe mobile de périnatalité, que je présenterai ultérieurement. L'unité de périnatalité prend place au sein d'un service de pédopsychiatrie regroupant un Centre-Médico-Psychologique (CMP), deux hôpitaux de jour pour enfants et adolescents, une unité psychothérapeutique séquentielle pour adolescents (SA), un service de soin à domicile et l'unité de périnatalité.

L'unité de périnatalité propose des soins depuis la grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant. Elle propose des soins concernant les troubles psychologiques durant la grossesse, les troubles précoces de l'interaction parents-bébé et les troubles du développement du bébé (d'alimentation, de sommeil, retard de développement psychomoteur, d'évitement relationnel, etc.).

L'équipe est constituée d'une pédopsychiatre, une psychologue, deux infirmiers, une puéricultrice, une assistante sociale, une secrétaire, et une psychomotricienne. Chaque année, un stagiaire psychologue, un interne en psychiatrie, un externe en médecine et un stagiaire psychomotricien complètent l'équipe. Une fois par mois, une réunion conjointe avec l'équipe mobile a lieu.

Après une première rencontre avec le médecin ou la psychologue, la famille est orientée vers le dispositif de soin adapté à ses besoins. Il peut s'agir d'un suivi thérapeutique familial ou individuel, d'entretiens infirmiers et psycho-éducatifs, de participer à des groupes d'accueils thérapeutiques parents-bébés ou de suivre un travail en psychomotricité. Parfois, l'infirmière de l'équipe mobile peut venir faire des consultations à domicile. L'équipe recevant souvent des personnes ne parlant pas français, elle peut faire appel à des interprètes par téléphone ou les faire venir pour une consultation afin de permettre aux personnes suivies de s'exprimer dans leur langue et de réussir à se faire comprendre.

Chaque lundi, l'équipe de périnatalité au complet se réunit pour une réunion de synthèse, afin d'échanger sur des situations cliniques. Environ six fois dans l'année, une supervision

avec un psychologue extérieur est organisée au sein de l'unité. Elle a pour but de proposer un travail d'élaboration plus approfondi et réfléchi, sur un patient en particulier que généralement plusieurs professionnels côtoient, dans le but d'aider les soignants à analyser les difficultés, les questionnements rencontrés.

La psychomotricienne propose aux familles des suivis individuels, durant lesquels elle reçoit essentiellement des mères, opérant sur un versant psychotique ou qui sont en difficulté dans le lien avec leur bébé. Elle leur propose des séances de relaxation visant à recréer une unité psychocorporelle (qui est essentielle dans le processus de maternité et dans les interactions précoces), seules sans leur bébé qui est, pendant ce temps de détente gardé par l'infirmière du service. La psychomotricienne reçoit également les dyades au sein desquelles un des deux (ou les deux) membres présentent des problèmes de régulation tonique (hypotonie ou hypertonie), ou lorsque le bébé présente un retard psychomoteur, ou encore quand il y a des difficultés dans la famille pouvant entraver la qualité des interactions et/ou le développement psychomoteur de l'enfant.

## 1.2. « Équipe mobile de périnatalité et précarité »

L'équipe mobile est rattachée à l'unité de périnatalité. Son nom est « équipe mobile de périnatalité et précarité » : « mobile » car elle intervient à domicile au sein d'une zone urbaine fragile chez des familles en situation de précarité. Elle opère dans deux centres : un Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) et un Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU) du secteur.

Cette équipe a été créée pour donner suite à un appel à projet de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Une psychologue, que j'appellerai Anne, a d'abord été recrutée en 2012 afin de constituer une équipe mobile, seule ou avec des infirmières puéricultrices ou des sages-femmes de la Protection Maternelle Infantile (PMI). Ce projet avait pour but la mise en place d'un dispositif d'accompagnement à la parentalité en zone urbaine fragile, en lien avec les partenaires du réseau (notamment la PMI et les acteurs sociaux), afin d'assister les familles en situation de précarité ou dans un contexte traumatique.

Les axes de travail de cette équipe sont donc essentiellement préventifs, visant à accompagner la parentalité et les liens précoces parents-enfants. L'équipe a un rôle

d'observation, de soutien et d'accompagnement ponctuel, mais elle a également un rôle de « passeur » vers le soin et elle oriente, si nécessaire, vers l'unité de périnatalité ou le CMP.

En 2014, ma maître de stage, que j'appellerai Valérie, rejoint l'équipe mobile, afin d'établir un projet commun avec Anne. Les spécificités et problématiques liées au contexte de demande d'asile les amènent à penser un dispositif groupal de prévention au sein de l'un des CADA. Le but est de proposer un soutien des liens parents-enfants sous forme de groupe accueil. Depuis le projet a évolué, l'équipe accueille également une infirmière puéricultrice, un interne en psychiatrie ainsi qu'un stagiaire psychomotricien sur l'année, et un deuxième groupe a été créé dans un deuxième CADA.

Les groupes « accueil parents-bébés » sont pensés en co-animation avec les intervenants sociaux des CADA, ainsi à chaque groupe un intervenant social (il y a un roulement chaque semaine) participe également en plus de l'équipe mobile.

Dans ce travail interdisciplinaire, la spécificité du psychomotricien se dégage à travers sa lecture particulière des corps des parents et des bébés en relation : manifestations posturales, dialogues tonico-émotionnel et infra-verbal, utilisation de l'espace, rythmicité, sentiment de sécurité interne, etc. Le psychomotricien apporte un regard objectif sur le développement de l'enfant, sur sa capacité à être en relation et à comprendre son environnement.

### 1.3. Les Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile

L'hébergement des demandeurs d'asile est assuré par l'État, qui dispose de places d'hébergements dans des centres gérés par des opérateurs ou par des associations spécialisées. Via l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), l'État inscrit chaque demandeur d'asile dans un registre national, évalue sa situation et sa vulnérabilité (santé, situation familiale) et lui propose un hébergement dans un centre selon les disponibilités. La durée de séjour est très variable, mais en moyenne d'un an et demi.

Une Allocation de Demande d'Asile (ADA) est octroyée pendant la période d'étude du dossier de demande d'asile par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), afin d'aider les personnes qui ne peuvent pas travailler légalement. C'est l'OFPRA qui accorde, ou non, le statut de réfugié ou une protection subsidiaire. Dans 70% des cas, la demande est refusée. Dans ce cas-là, le demandeur peut faire un recours auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA), avec comme verdict, soit l'accord de la

demande, soit un nouveau rejet, et dans ce dernier cas une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF). La majorité des personnes déboutées de leur demande se tourneront vers la clandestinité, vivant dans la rue, survivant du mieux qu'elles peuvent.

Les CADA répondent à la demande d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement des demandeurs d'asile pendant la durée d'examen de leur dossier. L'accompagnement se fait au niveau administratif, juridique, social, sanitaire et psychologique. Les intervenants sociaux aident au niveau administratif les demandeurs d'asile dans leurs démarches auprès de l'OFPRA, afin d'optimiser les chances d'obtention du statut de réfugié. Au niveau sanitaire et social, les demandeurs d'asile ont deux examens médicaux obligatoires et systématiques, dans le but de dresser un bilan de santé qui pourra servir d'amorce au suivi médico-social. Les CADA étayent également les familles en proposant des cours de français et aussi des animations afin de favoriser la restructuration personnelle et familiale.

Les deux CADA (CADA-L et CADA-M) sont des grands bâtiments sous forme de barre d'immeuble, composés respectivement de neuf et trois étages. Les chambres, prévues pour deux personnes, mesurent entre sept et dix mètres carrés, et sont placées de part et d'autre des couloirs. Les cuisines et salles de bains sont communes, situées au bout des couloirs. Les pièces ne communiquent pas entre elles et sont contiguës. Ainsi, plus les familles sont nombreuses et plus elles ont de chambres, qu'elles organisent souvent de manière à aménager un espace de sommeil dans une chambre et un espace de vie ou de rangement dans une autre. Mis à part les cuisines et les salles de bains, il n'y a pas d'espace commun, si ce n'est une salle d'animation que nous aménageons pour nos groupes.

## 2. Chapitre 2 : Présentation du groupe « accueil parents-bébés »

### 2.1. Les objectifs du groupe

Les objectifs de ces groupes sont de proposer aux parents et à leur bébé un espace-temps régulier et continu, dans un cadre contenant, pour l'enfant comme pour le parent. Ainsi, les groupes sont proposés de façon hebdomadaire à des horaires fixes, toujours dans la même salle, pour permettre aux familles de s'ancrer dans une réalité matérielle et temporelle, dans un cadre spatial accueillant et sécurisant.

Les différents intervenants de ce groupe soutiennent le lien parent-bébé par l'observation conjointe. Les professionnels veillent à apporter une contenance et une sécurité

indispensables à ces familles. C'est aussi un espace de prévention, donc de repérage de potentielles situations à risque. Parfois, certaines dyades sont en grande difficulté. Ainsi, les professionnels le remarquant peuvent les orienter soit vers l'unité de périnatalité, soit vers le CMP. Les motifs d'inquiétude concernent souvent le lien mère-enfant qui peut être fragile, généralement provoqué par une souffrance psychique de la mère.

Ce groupe permet d'accompagner les enfants dans le développement du lien à l'autre (adulte et enfant) car ils subissent un isolement certain. En effet, les familles qui se retrouvent au groupe sortent de leur isolement et peuvent se co-étayer mutuellement. Les parents peuvent partager leurs vécus, leurs différentes façons d'élever et d'éduquer un enfant, leurs différents types de maternage en fonction de leurs cultures respectives et d'échanger sur ce qui se pratique ici. L'échange favorise un processus d'identification entre les parents et les aide à se sentir moins seuls dans leur situation. Ainsi, un maillage peut se former autour d'une mère en situation d'isolement, qui peut remplacer celui perdu lors de sa migration. Le groupe tente d'offrir un lien grâce auquel la famille peut prendre une nouvelle dimension, il favorise l'émergence d'un sentiment d'appartenance groupale.

Le groupe vise également à accueillir le bébé ou le jeune enfant dans un univers propice à son développement global, son épanouissement et la découverte de ses capacités. En effet, les enfants grandissant dans les chambres du CADA ne disposent que de très peu d'espace pour se développer et découvrir leur environnement. Ils restent majoritairement dans les chambres, ne pouvant pas explorer les couloirs ou parties communes, trop sale pour laisser des bambins ramper partout. La salle d'animation dans laquelle est proposé le groupe est spacieuse, (généralement) propre et agencée pour les enfants. Par conséquent, au cours d'une année, nous pouvons accompagner des bébés depuis la position assise jusqu'à la marche, de la découverte de leurs mains à la découverte de nouveaux espaces. Les mères sont généralement très fières de nous montrer les nouvelles acquisitions de leur enfant : chaque étape de développement est un moment d'émerveillement, auquel l'ensemble du groupe participe et qu'il encourage.

## 2.2. Le dispositif groupal

Le groupe « accueil parents-bébés » a lieu une fois par semaine dans chaque CADA, le lundi matin au CADA-L et le mercredi matin au CADA-M. Ici, je présenterai le groupe du CADA-

M. Ce groupe hebdomadaire est particulier du fait de ses objectifs que j'ai déjà évoqués, mais aussi de son cadre, son aménagement et son déroulé.

### 2.2.1. La gestion du cadre

La gestion du cadre est propre aux objectifs du groupe. C'est un groupe ouvert, un groupe d'accueil, où il n'y a donc pas de condition de s'y rendre en théorie. Néanmoins, en pratique, cela peut arriver, comme ce fut le cas pour Madame D. Nous accueillons les parents et les bébés résidants au CADA. La majorité du temps, ce sont les mères qui viennent avec leur enfant (souvent des mères célibataires). Cependant, nous accueillons parfois des papas, beaucoup plus rarement. Ils viennent moins au groupe car, selon les cultures dont les familles sont issues, le père est moins présent dans l'éducation des enfants. Parfois, ils arrivent à trouver du travail illégalement et sont donc absents la journée. De plus, le groupe étant principalement composé de mères, et les soignants du groupe étant majoritairement des femmes, cela peut effrayer certains pères craignant de ne pas être à leur place.

Il y a peu de règles établies dans ce groupe, bien que nous restions vigilants à la sécurité et au respect de chacun. Une des règles est d'enlever ses chaussures lorsque nous arrivons, pour les petits comme pour les grands. Les personnes ne souhaitant pas se déplacer pieds-nus ou en chaussettes sont libres d'apporter des chaussons pour elles ou pour leurs enfants. Une autre règle censée être immuable est l'accueil des enfants de moins de trois ans uniquement. Nous n'accueillons pas d'enfants plus âgés car ce n'est pas un des objectifs du groupe, les enfants plus âgés manifestent leur psychomotricité différemment avec davantage d'excitation et d'agitation, et risquent de monopoliser l'attention d'un adulte pour les surveiller. Cependant, nous faisons des exceptions, ponctuellement pour des grands frères/grandes sœurs quand ils sont calmes et ne dérangent pas. En ce qui concerne les règles de ne pas se faire mal, de ne pas faire mal à l'autre, de ne pas bousculer etc., elles ne sont pas énoncées à l'entrée du groupe, mais elles sont reprises en cas de transgression.

### 2.2.2. L'aménagement

L'aménagement de l'espace est également pensé, installé et désinstallé chaque semaine. Les salles dans lesquelles les groupes ont lieu sont les salles d'animation/réunion des CADA. Lorsque je suis arrivée la première fois dans la salle avant l'aménagement, j'ai eu des difficultés à visualiser comment cette salle, sombre, pas très bien entretenue, allait pouvoir

accueillir un groupe d'enfants pleins de vie, et comment la vie allait circuler ici. La salle doit être pensée pour des parents et leurs enfants âgés de zéro à trois ans : elle doit être confortable et répondre aux besoins des usagers. Il y a donc des enfants qui marchent, d'autres qui courent, certains découvrent leur motricité sur le dos et d'autres commencent à explorer le monde en rampant. Le mobilier et les jouets sortis sont généralement toujours les mêmes chaque semaine, afin de garder une continuité et de laisser une trace chez les résidents, mais nous pouvons sortir des jouets différents selon les besoins des enfants, selon s'ils sont en âge de la marche ou non etc. Dans une partie de la salle, nous installons un coin bébé, avec des tapis moelleux et colorés, des coussins, des jouets pour tout-petits, entourés de petits canapés pour l'installation des parents. Les mères s'asseyent généralement sur ces canapés et observent leur enfant depuis leur place. Nous mettons également à disposition un espace dînette, avec une petite table entourée de chaises et de tabourets, à proximité d'une cuisine pour enfants, garnie de couverts, assiettes, poêles, fruits, légumes, etc. Il y a aussi dans la salle un espace jeu avec une maison de poupées, mais aussi un chapiteau/cabane, ainsi que des poussettes et poupons à disposition. Après aménagement, cette salle auparavant vide et sans vie est métamorphosée, elle regorge de couleurs variées, de jeux de toutes tailles, et est beaucoup plus accueillante et sympathique que la première impression que j'avais pu en avoir.

### 2.2.3. Le déroulé du groupe

Le déroulé du groupe est, approximativement, toujours le même. Le groupe dure une heure quarante-cinq et démarre à dix heures. L'équipe mobile arrive approximativement une heure plus tôt pour préparer et aménager la salle. J'étais presque chaque semaine la première personne à arriver. Quand j'entre dans le CADA, il y règne un silence de cathédrale. Bien qu'il soit environ neuf heures et que plus d'une centaine de résidents vivent ici, très peu de personnes sont réveillées, et l'ambiance est très calme. Je vais chercher les clefs dans les bureaux des intervenants sociaux, ce qui me permet de les saluer et d'échanger avec eux, c'est un moment que j'apprécie beaucoup. Ensuite, je pars commencer à aménager la salle en attendant que le reste de l'équipe mobile arrive. À la fin de l'aménagement de la salle, l'intervenant social participant au groupe descend nous rejoindre, et nous pouvons ainsi échanger avec lui sur l'ambiance au foyer, comment l'équipe se sent, car nous travaillons en lien étroit avec eux.

Un peu avant l'heure du début du groupe, un professionnel accompagne l'intervenant social faire le tour des étages du centre pour aller inviter les résidents au groupe. C'est une action importante et nécessaire pour beaucoup de personnes qui sont assez mal repérées au niveau du temps, et qui n'ont pas identifié quel jour et à quelle heure a lieu le groupe. Cela marque un repère temporel, mais cela atteste aussi de notre disponibilité et de notre capacité à accueillir les familles en leur indiquant que nous pensons à elles. Mon premier tour des étages a été un choc, car j'ai découvert dans quelles conditions de grande précarité vivaient les familles que l'on accueillait. Les chambres sont minuscules (sept mètres carrés en moyenne), donnant sur des grands couloirs souvent très sales, tout comme les parties communes. La proximité des pièces et des personnes créant un espace clos et confiné, les odeurs de douche, de cuisine et nourriture, de saleté m'ont aussi marquée, tout comme la proximité avec l'intimité de personnes. Ensuite, nous redescendons commencer le groupe, qui est à chaque fois différent. En effet, la dynamique va dépendre du nombre de personnes, de l'état de santé des résidents, de l'évolution des enfants, etc. Après que les parents et les enfants sont arrivés et se sont installés, nous leur proposons un thé ou un café. C'est un temps d'accueil informel, durant lequel les mères peuvent nous saluer d'un signe de tête ou nous dire « bonjour ». Cependant, certaines souhaitent nous serrer la main, nous faire la bise ou poser affectueusement une main sur nous. Je me suis posé des questions à propos de ces pratiques, ayant déjà entendu dire qu'il ne fallait pas de familiarité lorsqu'on est soignant. Néanmoins, je n'ai pas été embrassé dès mon arrivée par les mères du groupe, qui ne me connaissaient guère. Et lorsqu'elles ont souhaité me faire la bise, j'ai fait attention à ce que cela me faisait vivre. Étais-je gênée par cet acte ? En analysant mes ressentis, je me suis rendu compte que ça ne me dérangeait pas. Certaines mères ont besoin d'avoir un contact corporel avec nous, et nous témoignent de leur confiance et de leur gratitude en nous embrassant en arrivant.

#### 2.2.4. Une séance type

Lorsque les mères arrivent, nous les saluons, ainsi que leur enfant (je n'évoque pratiquement que les mères car les pères sont peu présents, et encore moins en début de groupe). Il peut s'agir d'un « bonjour », d'un signe de tête, d'une bise ou d'une caresse sur la main. Nous ajoutons souvent le prénom de l'enfant ou le nom de la famille (nous ne les appelons pas par leur prénom), afin d'appuyer notre reconnaissance des personnes.

Nous les laissons s'installer, généralement autour des tapis sur les canapés, et nous leur laissons le temps d'arriver et de s'installer psychiquement. Certaines de ces mères viennent d'être réveillées pendant le tour des étages, ainsi elles peuvent encore être groggy de sommeil, et leur enfant aussi. Nous prenons des nouvelles d'elles, de leurs enfants, voire de leurs maris et de leurs plus grands enfants si elles en ont. Elles peuvent nous relater les événements qui se sont déroulés durant la semaine, ou évoquer des inquiétudes à propos d'événements à venir. Pendant ce temps d'échanges avec les mères, les enfants jouent, se déplacent, parfois semblent écouter attentivement ce dont nous sommes en train de parler. Si nous apercevons une évolution de l'enfant, nous la partageons avec la maman, qui souvent renchérit et nous raconte les progrès de leur bébé de façon détaillée.

Pendant ces temps d'échange, nous leur proposons une boisson chaude (thé ou café). Naturellement, les différents soignants du groupe sont éparpillés dans la pièce. En effet, nous ne nous concertons pas sur le rôle de chacun, nous trouvons notre place de façon intuitive. Au cours de la séance, nous faisons attention à ne laisser personne de côté, à aller voir tout le monde et accueillir les besoins de chacun (besoin de parler, d'échanger, de questionner, ou d'être seul). Observant toutes les interactions, si je perçois une concentration importante de soignants à un endroit et un espace plus vide, je vais me diriger vers l'espace sans soignants, ou rejoindre une mère ou un enfant isolés dans un coin. Il y a beaucoup de mouvement dans ce groupe, un brassage important a lieu pour prendre en compte chacun et être présent pour tout le monde.

Depuis que je suis active dans le groupe et que je m'autorise à interagir et à jouer, je peux être soit très en mouvement, soit totalement immobile. De façon spontanée, je peux suivre un enfant commençant à se déplacer debout et donc sécuriser ses déplacements, puis le laisser quand il se met à jouer à la dînette, pour me tourner vers quelqu'un d'autre. Je peux aller m'asseoir sur les canapés à côté d'une maman, discuter avec elle de son enfant assis sur les tapis devant nous, tenter de jouer avec ce dernier et d'inclure la maman dans le jeu. Parfois, je m'assoie au milieu des tapis, je propose des jeux aux bébés qui n'en ont pas encore, j'accompagne le jeu d'un bambin plus grand, j'évite un mauvais coup ou une mauvaise chute sur un plus petit en redirigeant l'enfant plus grand plus loin. Je peux rappeler aux plus grands qu'ils ne doivent pas venir jouer sur les tapis avec leur ballon, et, s'ils ne comprennent pas, je me lève pour aller jouer avec eux. Parfois aussi, alors que j'étais avec un enfant celui-ci s'en va, et je me retrouve seule. Si je perçois que personne n'a besoin de

moi sur le moment, je peux rester statique en observation, assise au milieu de la pièce. Puis, je vais spontanément me lever et aller voir ailleurs, ou bien attendre qu'un enfant vienne m'interpeller pour que je m'occupe de lui.

La répartition des rôles est assez libre et propre à chacun, la mise en place est assez naturelle.

Lorsque la fin arrive, c'est généralement Valérie qui part chercher des draps afin de bercer les enfants, mais ce n'est pas systématique. Nous pouvons parfois nous rendre compte que nous avons dépassé l'horaire car personne n'a fait attention à l'heure, ou nous en rendre compte lorsque les familles commencent à quitter le groupe.

Nous disons « au revoir » aux familles, en accompagnant nos paroles d'un geste de la main, que l'enfant reprend en partant. Nous leur disons que nous les reverrons la semaine suivante, afin de signifier notre présence régulière chaque semaine.

#### 2.2.5. La fin du groupe

Le groupe se déroule à son rythme, et vient alors la fin. Nous proposons souvent comme activité celle consistant à sortir des draps et à faire des balancements aux enfants. Si le parent est d'accord, mais surtout si l'enfant en a envie, il vient s'allonger au centre d'un drap, souvent avec son parent en face de lui mais parfois juste bercés par les soignants, et nous lui proposons des balancements plus ou moins intenses. Nous soumettons l'idée aux parents de chanter des berceuses dans leur langue maternelle, ou bien nous chantons des berceuses françaises. Ce rituel permet de clôturer la séance de façon apaisante et de soutenir le lien parent-enfant. Après ce moment avec les draps, les familles repartent chez elles une à une, et nous terminons par un rangement de la salle.

J'ai mis du temps avant de pouvoir considérer que les familles ne rentraient pas dans « leurs chambres » mais bien « chez elles », car c'est bel et bien leur habitation. Cependant, comme dans les établissements accueillants des personnes dépendantes ou des personnes âgées, leur lieu de vie se résume généralement à une chambre, voire plus au CADA s'il s'agit d'une famille nombreuse. C'est après plusieurs semaines d'intégration de ce concept que j'ai pu l'assimiler et comprendre le mode de vie de ces familles.

Après avoir tout rangé, nous prenons un temps de reprise, où tous les professionnels peuvent témoigner de leur impression sur le groupe. C'est un temps précieux pour moi, car je peux

faire part de mes observations à des professionnels qualifiés, et obtenir en retour un regard pluridisciplinaire. Nous évoquons nos questions, nos remarques, nos inquiétudes, et l'éventail d'observations spécifiques à chaque profession.

### 2.2.6. La médiation violoncelle

Une fois par mois, une violoncelliste vient au CADA proposer un temps pour les parents. Pendant environ trente minutes, ces derniers pourront laisser leur(s) enfant(s) au groupe parents-bébés encadrés par les soignants.

L'objectif est de proposer aux parents un temps qui leur est dédié, sans leur enfant, dans un espace pour se retrouver et se mettre à l'écoute de leurs éprouvés à travers l'expérience groupale d'une médiation sonore. Le but pour ces parents est de leur permettre de se sentir portés afin de pouvoir porter eux-mêmes leurs bébés.

Les parents arrivent au groupe et prennent un temps de préparation à la séparation avec leur bébé. Ensuite, ils rejoignent Valérie qui se trouve avec la violoncelliste. La psychomotricienne propose avant de commencer la musique, un temps de « mise en corps », ou d'automassages, permettant de se ressentir sur l'instant, d'être réceptif. Puis, chaque personne est invitée à s'asseoir dans une position confortable et à fermer les yeux si possible. La violoncelliste démarre, elle propose un voyage sonore sous la forme d'une improvisation, avec des chants parfois, en s'appuyant sur ce qu'elle ressent du groupe. Quand le violoncelle s'arrête, chaque personne est invitée à dire un mot si elle le souhaite, en français ou dans sa langue. Le plus important n'est alors pas d'être compris, mais d'exprimer quelque chose qui puisse faire trace pour soi-même.

Enfin, les parents reviennent dans le groupe, il y a retrouvailles parents-enfants. Si le temps le lui permet, la violoncelliste vient jouer quelques minutes pour le groupe réuni.

## 2.3. Ma place dans le groupe

En tant que stagiaire, j'ai tout de suite été bien intégrée dans l'équipe mobile. J'ai cependant eu un peu plus de difficultés à trouver ma place dans les groupes. J'ai dans un premier temps été observatrice essentiellement, car je souhaitais que les usagers du groupe apprennent à me connaître. Puis, après quelques séances je suis devenue plus active. J'ai d'abord échangé avec les « grands » enfants, avec lesquels la médiation du jeu me permettait d'entrer

facilement en relation, et je restais en observation des plus petits, en leur proposant parfois des jeux. J'ai eu du mal à trouver ma place au début, j'oscillais entre trop en faire et pas assez. Je ne parvenais pas à observer toutes les interactions, à savoir où ma présence était nécessaire. J'avais la sensation d'être débordée par l'observation et par la multitude d'actions possibles. Au fur et à mesure des semaines, la régularité de présence des familles m'a permis de m'habituer et de prendre confiance en moi, j'ai échangé avec les professionnels du groupe et j'ai affiné mon observation et mes interventions. J'ai réussi à prendre place, en tant que stagiaire, mais surtout à comprendre la place du psychomotricien dans ce type de groupe.

### 3. Chapitre 3 : Madame D. et Alpha

#### 3.1. Présentation de la dyade

##### 3.1.1. Présentation et histoire de Madame D

Les informations que je possède au sujet de Madame D. proviennent d'une synthèse en réunion pluridisciplinaire ainsi que des échanges avec Anne, la psychologue de l'équipe mobile, qui propose un suivi individuel à Madame D. depuis son arrivée.

Madame D. est née en 1998 en Guinée et est arrivée en France en 2018. Elle est issue d'un milieu rural très pauvre. Elle perd son père assez jeune et n'est pas élevée par sa mère qui travaille beaucoup. Elle n'est pas scolarisée et travaille aux champs dès son plus jeune âge.

Son oncle décide de la marier à ses quatorze ans, à un mari polygame beaucoup plus âgé qu'elle. Elle subira beaucoup de sévices et de violences de la part des autres épouses de son mari et de la part de ce dernier. Naitront de cette union deux garçons, que Madame D. n'élèvera pas au quotidien car elle travaille beaucoup. En effet, Madame D. rapporte qu'elle travaille aux champs depuis son enfance, elle y passe beaucoup de temps sans que cela soit un choix de sa part. Elle doit travailler pour subvenir aux besoins de sa famille, qui est d'un milieu plutôt défavorisé. L'élément déclencheur de son départ de Guinée est le décès de sa mère, qui était sa « protectrice ». Elle décide de quitter le pays pour échapper aux violences qu'elle subit au quotidien, ainsi que pour soigner une hépatite B qui est incurable dans son pays. Elle confie ses enfants à une femme qu'elle considère de confiance et s'enfuit, souhaitant immigrer en France pour se protéger et se faire soigner.

Sur le trajet, elle se fait enlever et abuser par des passeurs, qui lui feront subir différents types de sévices : privation (nourriture et eau, elle témoigne « j'avais un bouchon d'eau par

jour »), maltraitance physique (battue, brulée) et viols. Lorsqu'elle arrive en France, elle est enceinte d'un des passeurs.

Dans un laps de temps inconnu avant d'arriver au foyer, elle rencontre un homme, guinéen aussi, plus âgé qu'elle, avec lequel elle entamera une relation conjugale. Elle l'appelle son « protecteur », car dans sa culture une femme doit toujours être protégée par un homme. Au fil des mois qu'elle va passer en France, elle se mariera religieusement avec ce monsieur, qui reconnaîtra l'enfant qu'elle porte (Alpha) comme le sien. Plusieurs mois après la naissance d'Alpha, elle tombera enceinte de son nouveau mari et accouchera fin février de ce nouveau bébé.

Lorsqu'elle arrive au CADA, les premières rencontres avec Madame D. sont difficiles, elle est psychiquement blessée et traumatisée. Elle ne souhaite pas accoucher sous X et elle parvient à exprimer le souhait de placer son enfant, afin de se laisser le temps de se reconstruire mais avec le projet de récupérer sa garde a posteriori.

Alpha naît en novembre 2018, après un accouchement qui aurait été difficile pour Madame D. (l'accouchement a été aidé mécaniquement, mais on peut également faire le lien avec la conception de cet enfant). En effet, quand j'entends son récit d'accouchement, j'ai le sentiment d'une violence qui s'est répétée. Comme si on lui avait incrusté cet enfant dans le ventre, sans qu'elle donne son avis et même contre son gré, puis une fois logé dans le corps maternel, on aurait tenté de lui arracher ce bébé.

Bien qu'elle souhaite placer son fils, Madame D. allaitera ce dernier pendant tout le séjour à la maternité. Il sera placé à ses quatre jours dans une famille d'accueil, en placement d'urgence, et, bien que ce soit rare, il est à ce jour toujours dans la même famille d'accueil, désormais en placement pérenne. La famille d'accueil est chaleureuse et bienveillante, l'assistante maternelle est très attentive aux besoins de ce petit garçon ce qui permet à Alpha de se développer harmonieusement et d'être bien entouré.

Madame D. voyait son fils trois fois par semaine depuis qu'il est né mais les visites sont désormais au nombre de deux par semaine depuis que j'ai fait leur connaissance début octobre, dont une fois pendant le groupe accueil que nous proposons.

Elle obtient un titre de séjour de réfugiée politique en octobre, ce qui la protège pour les dix ans à venir, avec rapprochement familial possible pour ses deux enfants restés en Guinée.

Elle prend des cours de français depuis son arrivée, son niveau s'améliore progressivement mais elle est assez discrète, les échanges avec elle sont assez courts. Mais elle semble bien comprendre lorsque nous nous adressons à elle. Depuis son arrivée au CADA, Madame D. est suivie au sein de l'unité de périnatalité afin de traiter un État de Stress Post-Traumatique (ESPT), et elle est également accompagnée par Anne, la psychologue de l'équipe mobile.

En ce qui concerne son fils, je ne sais pas grand-chose sur son histoire. J'ai cependant réalisé un bilan d'observation de ce dernier.

### 3.1.2. Bilan d'observation d'Alpha

Je ne connais pas l'histoire du développement d'Alpha, je peux évoquer ce que je sais de lui depuis que je le vois au sein du groupe, c'est-à-dire depuis ses onze mois. J'ai réalisé un bilan d'observation au cours des groupes, entre ses treize et ses quinze mois environ, inspiré de l'échelle de Développement Moteur Fonctionnel du jeune enfant de 13 à 48 mois de Vaivre-Douret.

Alpha a fait ses premiers pas un peu avant son premier anniversaire, et a maîtrisé la marche au cours de son douzième mois. À onze mois, il tenait très bien assis. Il avait acquis les postures intermédiaires pour être à l'aise dans ses mouvements, se déplacer à quatre pattes et se hisser debout en passant par la position du chevalier servant.

Alpha est à l'aise dans ses mouvements et ne présente pas de retard de développement. Il a rapidement maîtrisé la marche grâce à un bon équilibre et un tonus adapté, il a une motricité fluide et harmonieuse. Ses coordinations sont adaptées et maîtrisées, ce qui lui permet d'agir sur son environnement prudemment et sereinement.

Au niveau Posturo-Moteur et Locomoteur du bilan de Vaivre-Douret, Alpha est en avance pour son âge. Il a acquis la marche autonome entre ses douze et ses treize mois (donc avec facilité, possibilité de faire des demi-tours, les membres supérieurs relâchés) mais a également très vite réussi à s'accroupir pour ramasser quelque chose par terre, sans chuter. Dès ses quatorze mois, il réussissait à monter seul sur les chaises ou tabourets à disposition.

C'est un enfant bien en lien, avec les adultes et les enfants de son environnement. Il est très observateur et imite les personnes. Alpha parvient à exprimer ses besoins et se faire comprendre, il babille peu mais j'arrive à percevoir quelques mots. Il utilise le pointage pour

désigner ce qu'il désire. Au niveau de l'item Préhension-Coordination Visuo-Manuelle, Alpha est dans la norme de son âge, il a commencé à pointer vers son treizième mois. N'ayant pas de cubes, je n'ai pas pu évaluer s'il savait faire des tours.

Alpha présente de bonnes coordinations, les coordinations bimanuelles sont ajustées et adaptées et la coordination oculo-motrice est maîtrisée, il regarde ce qu'il fait en adaptant son geste à son but. Au niveau du déliement digital, Alpha possède une prise palmaire pour les objets trop volumineux pour sa main, et un début d'utilisation de pince fine pour les petits objets.

En conclusion de ce bilan, je perçois qu'Alpha est à l'aise dans son corps et avec l'environnement qui l'entoure. Bien qu'il ne vive pas avec sa mère, Alpha a construit un lien fort avec elle, il exprime clairement qu'elle est la figure d'attachement qui le rassure. Lors de situations anxiogènes pour lui, c'est vers sa mère qu'il va se tourner pour être rassuré. De plus, lorsque Madame D. disparaît de son champ de vision, Alpha s'inquiète et le manifeste.

Je vais maintenant évoquer ce qu'il se passe lors des groupes pour cette dyade.

## 3.2. Leurs interactions dans le groupe accueil

### 3.2.1. Première rencontre

Je rencontre Madame D. et Alpha lors de mon premier jour de stage. Pour eux aussi, il s'agit du premier jour dans le groupe. Valérie m'avait prévenu du dispositif particulier dans lequel ils se trouvaient, c'est-à-dire qu'Alpha était placé depuis sa naissance et que dorénavant sa mère et lui viendraient au sein du groupe, comme pendant une visite médiatisée. Je ne connaissais cependant pas encore leur histoire de vie. Lors de ce premier groupe, beaucoup de monde était présent, neuf enfants accompagnés par l'un de leurs parents (essentiellement leur mère), ainsi que les soignants de l'équipe mobile (la psychologue, la psychomotricienne et moi-même) et deux intervenants sociaux du foyer. J'ai donc divisé au maximum mon attention pour essayer d'observer tout le monde, les interactions en jeu, les échanges, les jeux, etc. Lors de ce groupe, l'ambiance était vivante, il y a eu beaucoup d'échanges entre tous les participants, et beaucoup de mouvements de vie.

Madame D. et Alpha arrivent au début du groupe, comme les autres résidents, accompagnés par Anne. Madame D. porte Alpha dans les bras, sur une hanche. Elle est habillée de vêtements très amples qui ne permettent pas de distinguer sa silhouette, un polo à manches

longues avec une jupe longue très évasée, et elle porte également un foulard dans les cheveux. Alpha quant à lui observe ce qui se passe autour de lui, ses yeux sont comme deux billes noires qui captivent le regard. Je ne parviens pas à estimer l'âge de cette dame, je n'aurais jamais pensé qu'elle pourrait être plus jeune que moi, elle me semble marquée par le temps et les événements de sa vie. Dans un premier temps, je lui donnerais entre trente et quarante ans.

Madame D. se dirige vers le coin des bébés que nous avons installé auparavant, où elle dépose son fils au milieu des tapis et s'assoie sur un des canapés au milieu des autres mamans. J'ai l'impression qu'elle se glisse dans la masse comme pour se camoufler. De toute la séance, Madame D. ne se relèvera pas. Elle reste assise, immobile, en hyper vigilance visuelle à observer tout le monde mais surtout à garder un œil sur Alpha. Elle n'investit pas du tout l'espace. Je suis moi-même observatrice lors des premières séances, je suis assise dans un coin de la pièce et j'observe les interactions mère-bébé, mais aussi mère-mère ou bébé-bébé, et lorsque je croise le regard de cette dame je me sens intimidée, à tel point que je préfère détourner le regard. Alpha a onze mois, il tient très bien assis, il a le même regard que sa mère, un regard profond qui interpelle quand il est posé sur nous. Il prend le temps d'observer chaque personne de la pièce, j'ai l'impression qu'il nous analyse. À l'aise dans ses déplacements, il part rapidement à quatre pattes en exploration dans la salle. J'ai l'impression qu'il part faire connaissance avec toutes les personnes présentes. C'est un petit garçon sociable, qui semble n'avoir peur de rien. Il se dirige vers petits et grands, prend appui sur des jambes ou des genoux pour se hisser debout, s'approche très près pour observer. Pendant les explorations de son fils, Madame D. demeure immobile, sauf son regard. Elle échange très peu avec les autres mamans, elle observe le groupe d'un regard sombre. J'ai même l'impression de ne voir que son regard et d'occulter complètement son corps, qui semble disparaître tant il n'est pas en action. Je me demande ce qu'elle a vécu pour si peu investir son corps et l'espace à disposition.

J'observe de loin les deux protagonistes de cette dyade, et quelque chose m'interpelle rapidement : je leur trouve une ressemblance physique notable, Alpha ressemble beaucoup à sa maman. Il a les mêmes traits du visage qu'elle et surtout ils ont tous les deux de grands yeux ronds et noirs. Cependant, ce qui m'interpelle le plus est leurs attitudes : Alpha est plein de vie, mobile, explorateur, n'a peur de rien, tandis que sa mère est immobile, je la trouve détachée et renfermée.

Lorsque la fin du groupe arrive et que les résidents retournent chez eux, Madame D. se lève et part chercher son fils, qu'elle attrape par le bras pour le hisser jusqu'à sa hanche. C'est une prise franche et qui surprend si l'on n'y est pas habitué. L'enfant est hissé par le bras, sans soutien du reste du corps. Néanmoins, après l'avoir vu faire maintes fois par les mères africaines qui portent/déplacent leur enfant, je ne suis plus surprise. La psychologue lui propose de la raccompagner jusqu'à sa chambre, proposition que Madame D. accepte en hochant une fois de la tête. Alpha fait « au revoir » de la main au groupe, ce à quoi nous répondons par le même geste.

Lors de la reprise avec l'équipe, je leur fais parvenir mes impressions, soit que la séance a été intense, très riche de nouvelles informations et d'observations. J'évoque mes remarques à propos de certains enfants ou de certaines mamans, et je leur évoque le fait que je trouve Madame D. très froide, renfermée, et qu'il est difficile d'entrer en relation avec elle, alors que son fils est à l'extrême opposé, très (voire trop) à l'aise. Cela les fait rire, ce qui m'interpelle d'autant plus. Pour eux, professionnels qui connaissent cette dame depuis son arrivée, ils l'ont trouvé aujourd'hui rayonnante, illuminée. Ce paradoxe est difficile à concevoir pour moi, je n'arrive pas à comprendre comment cette dame a pu leur faire ressentir cela, alors que j'ai eu l'impression de voir une mère en retrait. Ils me disent qu'elle était encore plus froide lorsqu'elle est arrivée au foyer, traumatisée de sa migration et des violences qu'elle a subi. Or le matin même, Madame D. a reçu une réponse positive à sa demande d'asile : elle a enfin obtenu le statut de réfugié qui la protège pour les dix ans à venir, avec en plus la possibilité de rapatriement de ses deux enfants restés en Guinée. Après ces échanges, je me suis beaucoup questionné. Qu'est-ce qui explique que je la perçoive ainsi ? Pourquoi n'interagit-elle presque pas avec son fils, pourquoi ne profite-t-elle pas de la vitalité de son enfant ? J'apprends également que Madame D. n'a pas trente ans, ni quarante, mais qu'elle a vingt-et-un an. Elle est plus jeune que moi, et cette information m'abasourdit lorsque je l'entends.

Après discussion avec ma maître de stage, qui m'a finalement raconté la véritable histoire de cette dyade, je comprends mieux certaines réactions et comportements de cette maman lors du groupe, et mon impression que Madame D. était presque dissociée parfois. J'ai parfois eu le sentiment que son enveloppe charnelle était avec nous, mais que son esprit était ailleurs.

Je perçois que Madame D. est atteinte physiquement et psychiquement par son histoire et ses traumatismes. Cela me permet d'affiner mon observation les concernant.

Alpha et sa mère se sont, petit à petit, acclimatés au groupe et l'ont investi davantage. Le groupe leur a permis de développer leurs interactions.

### 3.2.2. Apprivoisement du groupe et ajustement

Lors des premiers groupes, je trouvais qu'Alpha partait très facilement en exploration dans la salle, en faisant attention à sa mère mais aussi en faisant confiance à toute personne présente. Alpha me semblait comme « trop » à l'aise. Rien ne le dérangeait ni ne lui faisait peur. Il ne montrait pas de craintes à s'approcher des nouveaux adultes du groupe, à aller les toucher, voire à être porté par eux. Pendant qu'Alpha faisait connaissance avec ces nouvelles personnes, Madame D. demeurait sur son canapé, observant son fils de loin. J'étais assez interpellée que cette mère n'accompagne pas son fils dans ses explorations et ses découvertes, je percevais comme un « désaccordage » entre eux deux. Alpha était mobile, dans l'exploration, et sa mère restait immobile, comme si elle était prise dans ses pensées.

Pour Madame D., les interactions avec son fils étaient singulières. Le premier mois qui a suivi le début du groupe a été le mois de la découverte de la marche pour Alpha. Lors de ce premier mois, je suis restée surtout observatrice. D'un commun accord avec Valérie, j'ai souhaité ne pas intervenir auprès des enfants, afin de leur laisser le temps de s'habituer à moi, mais surtout afin que les mères me repèrent et apprennent à me connaître. Ainsi, tout ce que je vais apporter au cours de ce premier mois seront des observations et non des interventions de ma part.

Alpha a rapidement maîtrisé ses mouvements pour se mettre debout et commencer à marcher. Il enclenchait le pas dès qu'un adulte lui tenait les mains, ou cherchait à pousser les poussettes pour marcher. Lorsqu'il s'approchait des poussettes, un adulte l'accompagnait afin qu'il ne tombe pas en se hissant, et ralentissait la poussette une fois la marche enclenchée. Alpha exprimait ce qui me semblait être de la fierté à marcher, en souriant et en rigolant. Par la parole, nous mettions en avant les progrès d'Alpha afin que Madame D. s'en rende compte et y participe indirectement.

Néanmoins, malgré les nombreuses fois pendant lesquelles Alpha marchait derrière les poussettes et donc avait besoin de quelqu'un pour l'aider à se stabiliser, Madame D. ne

prenait pas l'initiative d'accompagner son fils. J'étais assez interpellée par cela, j'ai l'habitude de voir des parents préférentiellement sur-stimuler leur enfant dans la marche que de ne pas les accompagner. Par exemple, dans le groupe, une petite fille a environ l'âge d'Alpha, et sa mère la fait régulièrement marcher, nous demandant souvent si elle est en retard par rapport aux autres.

Je percevais que Madame D. était contente pour son fils. En effet, lorsque j'échangeais avec elle à propos d'Alpha, elle pouvait me sourire en réponse. Lors des groupes, j'étais souvent au milieu de la salle, à accompagner les enfants. Ainsi, il y avait toujours une certaine distance entre Madame D. et moi. J'ai beaucoup interagi avec elle visuellement : nous pouvions échanger des regards et regarder dans la même direction. J'accompagnais souvent mes regards de mimiques ou de gestes des mains pour accentuer ce que je voulais exprimer. Par exemple, lorsqu'Alpha a fait ses premiers pas dans ma direction, je tendais les mains vers lui, tout en l'encourageant par la voix. Pendant que je faisais ça, j'échangeais des regards avec Madame D., et j'avais l'impression que la joie que je pouvais ressentir et qui devait transparaître sur mon visage déteignait sur Madame D. qui se mettait à sourire elle aussi. Ainsi, je souriais en réponse aux sourires de Madame D., à Alpha qui marchait le sourire aux lèvres, et à ce beau moment de premier pas qui m'a toujours émue.

Cependant, si j'arrêtais de la solliciter et que je la regardais quelques minutes plus tard, je pouvais la voir à sa place habituelle, mais comme coupée de l'instant présent. Elle n'avait pas bougé et elle avait le regard vers le bas, les yeux perdus dans le vide, sans rien fixer de particulier. Je la percevais comme une poupée qu'on aurait déposé là et restée dans sa position initiale. En étant observatrice, assise dans un coin de la salle, je pouvais ainsi me permettre de l'observer depuis ma place sans qu'elle ne se sente intrusée. Lors de ces moments d'absence, Madame D. n'entendait pas lorsqu'on lui parlait, ou même lorsque son fils s'était rapproché d'elle. Il est arrivé lors d'un groupe que les deux membres de la dyade se sollicitent mais n'arrivent pas à se retrouver. Alpha pouvait être captivé par son exploration et ignorer sa mère quand elle l'appelait, par exemple quand il était à proximité des tapis mais sans se soucier de sa mère : Madame D. l'appelait, Alpha se dirigeait vers elle mais changeait de direction au dernier moment, laissant Madame D. mains en avant seule. L'inverse était également perceptible, lorsqu'Alpha revenait vers les tapis, tendait des jouets vers sa mère, mais que Madame D. était dans ses pensées et ne pouvait pas répondre aux demandes de son fils. Alpha se tournait alors vers quelqu'un d'autre pour donner son jouet.

Néanmoins, plus le temps a passé, plus ils ont apprivoisé et investi le groupe. Notre accompagnement dans leurs échanges a semblé fonctionner, mais aussi l'étayage des autres mamans. Alpha est un petit garçon qui a interpellé chaque personne du groupe. Son aisance et ses mimiques l'ont vite rendu populaire auprès des autres mères, qui venaient solliciter Madame D. pour qu'elle s'occupe de son fils. Par exemple, quand il se dirigeait vers une poussette mais que les soignants ne l'accompagnaient pas, une des mères du groupe pouvait l'interpeller et lui dire « Eh, il faut que tu accompagnes Alpha, il va marcher ». Lors des premières interventions, Madame D. semblait gênée et ne répondait pas. Il est également arrivé que des mères viennent embrasser et câliner Alpha quand elles arrivaient au groupe et ensuite plus tard dans la séance, puis inciter Madame D. à faire de même.

Puis, Madame D. a commencé à se lever et aller faire marcher son fils. La première fois, elle a pris le relais de l'intervenante sociale qui aidait Alpha en stabilisant la poussette et qui a dû arrêter pour aller répondre à un appel urgent. Alpha s'est retrouvé sans personne pour l'aider, manquant de basculer sans contre-poids sur la poussette, et a été sauvé de justesse par Madame D. s'étant levée au dernier moment. Ils ont parcouru la salle ensemble, Madame D. penchée au-dessus de son fils pour éviter qu'il ne chute, et Alpha courant après son centre de gravité. Ce moment a duré quelques minutes, mais nous avons chaudement encouragé Madame D. et félicité Alpha pour cela.

Ensuite, cet instant est devenu leur moment à eux, pendant lequel Madame D. prenait d'elle-même l'initiative d'accompagner Alpha lorsqu'il voulait pousser les poussettes. À chaque fois, nous verbalisons ce qui se passait pour eux et nous soutenions l'implication de Madame D. Cependant, dès qu'Alpha n'avait plus envie de marcher et repartait à quatre-pattes jouer ailleurs, Madame D. perdait son objectif de faire marcher son fils, et semblait perdue au milieu de la salle. Elle repartait s'asseoir sur les canapés, et leurs échanges s'arrêtaient là. C'est comme si son nouveau rôle était de faire marcher son fils. J'ai eu l'impression qu'il n'y avait pas de continuité de cette préoccupation corporelle.

Alpha a fait ses premiers pas seul dans le groupe le jour de son anniversaire. Il a rapidement maîtrisé la marche et a préférentiellement utilisé ce moyen de locomotion. Ainsi, l'accompagnement à la marche de Madame D. a été de courte durée, et après cela Madame D. ne s'est plus levée pour s'occuper d'Alpha. À ce moment-là, je craignais que Madame D. ne sache pas comment interagir avec son fils, d'autant plus que de nouvelles mères étaient arrivées au foyer et participaient au groupe avec leur enfant. Alors que lors des premiers

groupes Madame D. était la seule femme d'origine africaine, de nouvelles femmes sont arrivées par la suite. À chaque fois qu'une nouvelle femme arrivait, Madame D. lui demandait de quel pays elle venait, et semblait davantage heureuse lorsque la personne lui répondait qu'elle venait de Guinée. Par conséquent, Madame D. a trouvé un nouvel étayage parmi ces femmes. Elle échangeait plus avec elles, mais aussi avec le reste du groupe. Bien qu'il s'agisse d'une femme discrète, Madame D. s'est ouverte aux autres et à la communication avec nous de plus en plus. Elle se fait bien comprendre bien qu'elle ne maîtrise pas le français, et a un très bon niveau de compréhension lorsque nous nous adressons à elle. Je fais l'hypothèse qu'en allant mieux, Madame D. recherche un étayage du groupe, similaire à celui qu'elle a connu dans son pays d'origine. En effet, elle a pu rapporter qu'elle a quitté la Guinée quand elle a perdu son soutien principal là-bas, sa mère, qu'elle considérait comme sa « protectrice ». C'était en parti avec elle que Madame D. a élevé ses deux premiers enfants. De plus, culturellement, dans certaines régions d'Afrique, les enfants sont élevés par l'ensemble de la communauté, et non pas comme en Occident où ils sont davantage élevés par les parents. Je fais ainsi l'hypothèse que Madame D. est en recherche d'appartenance communautaire.

J'ai également remarqué que Madame D. nous demandait souvent un verre d'eau en début de groupe. Je le souligne car il s'agit de la seule personne du groupe qui demande de l'eau, bien qu'elle prenne un café ensuite. Au début, elle demandait un verre d'eau pour elle, puis j'ai remarqué qu'avec le temps, elle demandait d'abord un verre d'eau pour Alpha et ensuite pour elle. Je fais l'hypothèse que ce verre d'eau scelle la confiance qu'elle a en nous, elle a besoin de cela pour se rassurer. Puis, à partir du moment où elle a réussi à investir le groupe et a développé plus d'interactions avec son fils, lui aussi a eu droit à son verre d'eau. Je fais également le lien entre le verre d'eau et le traumatisme de privation qu'elle a subi par les passeurs, pendant lequel elle a été privée d'eau et de nourriture lors de sa détention.

Je me demande si elle a peur de manquer en demandant ce verre d'eau et par conséquent, si elle a peur que son enfant manque également. J'émetts l'hypothèse que ce traumatisme a fait trace en elle, et qu'il a impacté ses comportements.

Pour moi, Madame D. et Alpha ont une relation en construction, ils s'ajustent encore l'un à l'autre et parfois ont du mal à se retrouver. Mais je sens que leur relation est tout de même solide et sincère. J'ai l'impression qu'ils auraient besoin d'un espace-temps en commun pour réussir à se rejoindre.

### 3.2.3. Retrouvailles autour d'une peur commune

Lors d'un premier temps, le groupe était composé essentiellement de femmes. Les soignants étaient des femmes (un homme interne en psychiatrie rejoindra l'équipe mobile plus tard dans l'année). Seules les mères venaient avec leur(s) enfant(s), et les intervenants sociaux étaient également toutes des femmes. Le seul homme qui participait au groupe était l'animateur du CADA, Jeff, qui venait au groupe quelques minutes mais ne restait pas pendant toute la durée. Il était connu et apprécié de tous les résidents du CADA, notamment de Madame D. Quand elle est arrivée au centre, c'est lui qui s'est proposé pour l'accompagner en ville, à ses rendez-vous, pour lui faire connaître ce nouvel environnement et apporter un soutien dans sa nouvelle vie.

Quelques semaines après le début de mon stage, nous avons accueilli la première dyade père-bébé. Au milieu du groupe, un père et son fils sont entrés dans la salle et sont venus s'installer au milieu de la salle. Nous connaissions déjà le bébé, car ce dernier venait auparavant avec sa mère, mais nous n'avions encore jamais rencontré le père, et c'est assez rare d'accueillir un père seul avec son enfant. Lors de ce groupe, j'ai tout de suite remarqué un changement de comportement en ce qui concerne Madame D. et Alpha. J'étais encore en observation assise dans un coin de la salle lorsque son père et son enfant sont arrivés. À l'entrée de ce nouvel homme, Madame D. a changé d'attitude. J'ai trouvé qu'elle s'est refermée sur elle-même, prenant une posture repliée, regardant le sol, se coupant même des échanges de regard avec Alpha. J'ai fait l'hypothèse que le genre masculin met mal à l'aise Madame D. du fait de son histoire. Cependant, bien que je m'attende à une réaction similaire à celle de Madame D., Alpha a réagi d'une façon étrange. Lui qui ne semblait avoir peur de personne, lui qui appréciait aller saluer les nouveaux arrivants au groupe, il s'est avéré que dès l'entrée de ce nouvel homme, Alpha s'est tétanisé. Il jouait à la dinette, assisté par Valérie, et a rapidement exprimé le besoin d'être porté par ma maître de stage, à la vue de cet homme afin, me semblait-il d'être rassuré. Jusqu'à la fin du groupe, Alpha a observé de loin le nouvel homme du groupe et son fils, sans s'approcher. Madame D. est restée très silencieuse et discrète jusqu'à la fin du groupe. J'ai effectivement perçu qu'elle et son enfant partageaient une crainte commune, cependant ceux-ci ne cherchaient pas de réconfort l'un auprès de l'autre. Je me suis également demandé ce que pouvait ressentir Madame D. quand Alpha cherchait du réconfort avec un adulte différent d'elle. Est-ce que cela la dérangeait ? Le papa et son fils

ont quitté le groupe avant la fin, ce qui a permis à Alpha de reprendre ses explorations et à Madame D. de se détendre.

La semaine suivante, le même type de schéma s'est reproduit. J'accompagnais Alpha qui souhaitait grimper et s'asseoir sur toutes les chaises de la salle. Et le papa est revenu avec son fils, au milieu du groupe. À ce moment-là, j'étais avec Alpha à l'opposé de Madame D. dans la salle. Dès que le nouvel homme est apparu dans le champ de vision d'Alpha, ce dernier s'est stoppé. Alors qu'il était debout, il s'est laissé tomber par terre, mains au sol, comme pour trouver plus d'appui, comme si quelque chose s'effondrait au niveau de son corps. Pour soutenir et contenir cet effondrement, je me suis accroupie derrière lui, et j'ai verbalisé à Alpha ce qui se passait : « c'est Daniel avec son papa, tu vois, il vient au groupe parent-bébé comme toi, tu es là avec ta maman ». En même temps que je parlais au petit garçon, j'échangeais des regards avec sa mère de loin. Elle regardait comment réagissait Alpha, sans détourner le regard vers le père de Daniel. D'ailleurs, celui-ci s'est rapproché de nous, ce qui a inquiété Alpha, qui s'est levé et m'a tendu les bras. J'ai interprété cela comme une demande de portage, et après avoir échangé un regard avec Madame D. comme pour demander son approbation, j'ai accepté et porté le petit garçon. Une fois dans mes bras, Alpha serrait fort les poings en attrapant mon pull, tout en fixant le père et son fils.

Pendant que je me rapprochais de Madame D., je continuais de parler à Alpha « Je crois que tu as peur du papa de Daniel, c'est normal tu ne le connais pas. Comme tu as peur, tu as besoin d'être rassuré, donc je te ramène vers ta maman ». Je suis arrivée sur les tapis et j'ai posé Alpha debout devant moi, restant accroupie derrière lui. Il était donc face à sa mère, mais proche du père de Daniel également, qui était venu s'installer sur un des canapés. Alpha s'est figé lorsque je l'ai posé, il est resté debout, le corps légèrement en hyperextension, bien droit et immobile, et a analysé le monsieur en face de lui. Après quelques minutes, il a sollicité sa mère en tendant les bras vers elle, Madame D. a donc pris Alpha sur un de ses genoux et l'a serré contre elle. Pendant ce moment de retrouvailles, Madame D. parlait en Sousou (dialecte guinéen) à Alpha, elle le berçait légèrement, lui caressait les cheveux. Cela a rassuré Alpha qui s'est détendu et a semblé moins en alerte. Je fais l'hypothèse que c'est une crainte commune, j'ai eu l'impression que Madame D. se rassurait elle aussi en reconfortant son fils. Jusqu'à la fin du groupe, Alpha est resté à côté de sa mère, et c'était la première fois que je les voyais vraiment ensemble. Ils ont joué ensemble, échangé ensemble (en Sousou et en babillage). Ils ont pu se soutenir et se rassurer mutuellement. Nous avons

relevé que c'était grâce à sa maman qu'Alpha allait mieux, ce qui a semblé flatter Madame D. qui souriait légèrement.

Lors de ce groupe, Madame D. a profité de ce temps partagé avec son fils pour lui prodiguer des massages africains. Il s'agit de massages toniques et vigoureux, que les mères africaines réalisent sur leurs enfants pour assouplir leurs articulations. Cela peut paraître très impressionnant à observer lorsqu'on n'y est pas habitué, mais au vu du calme d'Alpha, qui ne présentait ni douleur ni inconfort, j'ai compris que Madame D. maîtrisait ses gestes et qu'Alpha les acceptait sans soucis. Lors de ces massages, j'ai beaucoup observé Madame D., car j'en avais entendu parler, mais je n'avais pas encore pu y assister. Valérie a donc profité de l'occasion pour solliciter Madame D., afin qu'elle nous explique ce qu'elle fait, pourquoi, et pour la valoriser surtout. Madame D. a tenté de nous expliquer avec ses mots ce qu'elle faisait, et rassurait les autres mères inquiètes en leur précisant que cela ne faisait pas mal aux enfants. J'ai senti qu'elle se sentait très fière qu'on la questionne sur cette pratique. Jusqu'à la fin du groupe, Alpha et sa mère sont restés très proches. À la fin de ce groupe-là, j'ai trouvé que leur relation avait évolué. Ils avaient réussi à s'accorder et à se retrouver grâce à une peur d'Alpha. Madame D. me semble aller de mieux en mieux, elle interagit plus avec les autres mères, sourit plus, parle davantage.

Avec cette situation, j'ai pu faire l'hypothèse que face à l'angoisse ou la peur, quelque chose de l'ordre du corporel peut se figer. Puis, le corps se réanime du côté de l'agrippement et ensuite du soutien, et enfin du côté du soin. Le corps devient médiateur de soin, de soi, de l'autre, mais il apparaît aussi comme un médiateur de transmission culturelle.

Je me suis tout de même demandé comment réagirait Alpha s'il avait besoin de réconfort mais qu'aucun adulte ne serait avec lui. Irait-il vers sa mère ? Ou bien vers l'adulte le plus proche ? Qui est sa figure d'attachement ?

#### 3.2.4. La figure d'attachement est déterminée

Comme je l'ai expliqué précédemment, une violoncelliste vient proposer un temps aux mamans une fois par mois. Nous le proposons à toutes les mères du groupe, sauf à Madame D. J'ai demandé aux soignants de l'équipe mobile pourquoi, ils m'ont dit qu'ils ne souhaitaient pas enlever du temps avec Alpha à Madame D., comme elle le voit peu. De plus, Madame D. dit ne pas aimer la musique. La médiation violoncelle n'a pas commencé tout de suite et a commencé fin novembre. C'est également à cette période que nous avons

accueilli un nouveau membre de l'équipe mobile, Gauthier, interne en deuxième année de psychiatrie.

Je vais donc évoquer ce qu'il s'est passé lors de ce premier groupe violoncelle, et également le premier groupe avec Gauthier.

Toutes les mères sont arrivées comme lors d'un groupe normal, nous leur laissons le temps de préparer la séparation avec leurs enfants, nous leur laissons le temps de boire une boisson chaude, puis après avoir dit au revoir à leurs enfants, elles quittent la pièce accompagnées de Valérie pour aller écouter la musique. Le moment de séparation est un moment très fort pour les dyades : en effet, les mères et leur bébé ont peu d'occasion de se séparer, certaines qui vivent seules avec leur enfant passent tout leur temps avec eux, c'est ainsi un moment fort émotionnellement pour tout le monde. Lors de ce groupe, Madame D. est arrivée avec Alpha comme d'habitude, en même temps que les autres mamans, et l'a assis à côté d'elle. En observant tout le monde, j'ai eu l'impression qu'Alpha et Madame D. observaient aussi le reste du groupe. Ils étaient côté à côté, à regarder les mères consoler leur enfant, à regarder les soignants se déplacer, en silence, comme s'ils attendaient quelque chose.

Les mères sont parties, tant bien que mal avec Valérie, et nous sommes restés avec Anne et Gauthier garder les enfants. Il ne restait plus que Madame D. en tant que mère avec son fils, tous les autres enfants étaient sans leurs parents. Lors de cette séance, nous avons eu beaucoup à faire, à s'occuper des enfants, à consoler ceux qui pleuraient, accompagner ceux qui marchaient, nous étions trois adultes pour six enfants sans parents. J'ai donc observé Alpha et Madame D. de loin, car le petit garçon ne semblait pas avoir envie de venir jouer quand je suis venue le lui proposer la première fois. J'ai d'ailleurs trouvé cela étrange. Alpha, qui d'habitude explorait toute la salle, qui allait voir tout le monde, restait immobile, ne répondait pas à nos sollicitations pour venir jouer. J'ai également trouvé que Madame D. allait moins bien que lors des précédents groupes. Elle avait le visage plus figé, plus tiré, elle semblait plus fatiguée. Bien que je revienne vers Alpha, lui proposer des petits instruments de musique que nous sortons pour l'occasion, celui-ci repoussait nos demandes, encore plus lorsque Gauthier s'approchait, ou prenait l'instrument ou le jouet et nous le redonnait tout de suite après. Ainsi, pendant toute la durée sans les parents, j'ai observé Alpha et Madame D. Ils présentaient la même attitude, avachis sur les canapés, l'un à côté de l'autre. Ils avaient un tonus bas, et leur niveau de vigilance me semblait moins élevé que d'habitude. Cependant, ils ont beaucoup interagi l'un avec l'autre. Alpha donnait ce qu'il avait à disposition à sa

mère, qu'elle secouait devant lui. Il s'intéressait à tout ce qu'elle avait dans les mains, notamment son café. Alors qu'il était assis, il se mettait debout sur le canapé, et grimpait sur sa mère, main tendue vers le verre de café. Madame D. l'éloignait de lui, mais dès qu'il s'était rassis elle lui faisait goûter, et l'a fait plusieurs fois lorsqu'il le lui réclamait. Pendant ce moment partagé, Alpha était dans une proximité certaine. Il appuyait son torse contre son buste ou contre ses jambes, gardait une main sur elle, penchait et posait sa tête contre elle. Lui qu'on entendait peu babiller d'habitude, parlait avec sa mère qui lui répondait en Sousou. C'était un beau moment de complicité que je n'avais pas encore vu entre eux deux.

Le corps de Madame D. est devenu un étayage dans cette situation nouvelle. En plus de cet échange corporel, la voix, que l'on entendait peu chez Alpha et chez Madame D., est venue soutenir leurs interactions.

Puis les mères sont revenues, il y a eu beaucoup d'agitation et d'excitation de la part des dyades, ce qui a créé une ambiance vivante et joyeuse. La violoncelliste est venue dans la salle jouer pour tout le monde, elle reste en général entre quinze et vingt minutes avant de repartir avant que le groupe se termine. Lors de ces moments où elle vient jouer pour tout le groupe, nous nous rassemblons autour des tapis, nous l'accompagnons avec les instruments de musique sortis spécialement pour l'occasion. Pendant ce moment de musique, Alpha est resté à côté de sa mère, mais il dansait légèrement depuis sa place, secouait les maracas que nous lui avons proposé. J'ai eu l'idée de lui donner le tambourin pour qu'il tape en rythme. C'est Madame D. qui finalement en a été l'héritière, et à ma grande surprise elle l'a utilisé et s'est mise à taper en rythme dessus. J'ai d'ailleurs trouvé qu'elle le faisait plutôt bien, en rythme, avec le geste approprié de la main et j'ai fait l'hypothèse que les percussions étaient davantage le style de musique qui lui correspondait par rapport au violoncelle.

Vers la fin de la séance, lorsque les autres mères ont commencé à quitter le groupe, Madame D. a réussi à poser Alpha debout au sol. Nous étions trois adultes autour de lui à ce moment-là, Valérie, Gauthier et moi. Face à Gauthier, Alpha s'est figé. Il l'a regardé fixement, sans bouger, je ressentais qu'il n'était pas à l'aise. Nous avons verbalisé à Alpha ce qu'il pouvait ressentir, soit qu'il était impressionné par ce nouvel homme, et nous lui avons expliqué qui il était et qu'il allait participer au groupe avec nous désormais. Gauthier est parti chercher un stéthoscope et l'a proposé à Alpha, sous nos conseils car il s'agit d'un jouet qu'Alpha investissait beaucoup lors des séances précédentes. Il a tenté de jouer en auscultant le petit garçon et en commentant son auscultation, mais Alpha montrait corporellement qu'il ne

passait pas un bon moment. Son tonus s'élevait dès que Gauthier le touchait, dégageant son épaule ou son bras pour manifester qu'il ne voulait pas être touché. A ce même moment, Madame D. s'est levée pour aller parler avec Anne, tournant le dos à son fils. Alpha ne l'a pas vu se lever, et quand il a tourné la tête dans la direction vers laquelle devait se trouver sa mère, il s'est rendu compte qu'elle avait bougé. Je pense alors qu'il avait besoin du soutien de sa mère pour se tenir face à Gauthier, il n'en a cependant pas trouvé, et, s'apercevant qu'elle s'était déplacée, s'est senti comme « abandonné ». La disparition du soutien maternel a dû créer une perte du sentiment de sécurité chez Alpha, qui s'est alors mis à s'agiter, à se désorganiser et à pleurer. J'ai eu l'impression qu'il s'agissait de vrais pleurs de désespoir. En entendant son fils pleurer, Madame D. s'est retournée, a regardé Alpha sans lui parler. Valérie a pris Alpha dans les bras et a tenté de le calmer, mais le petit garçon exprimait clairement qu'il voulait les bras de sa mère. Ses pleurs ne diminuaient pas et il tendait les bras vers elle. Valérie a alors apporté Alpha à Madame D., qui l'a pris sur sa hanche le temps de terminer sa conversation. Une fois dans les bras de sa mère, Alpha s'est calmé, son tonus s'est ajusté, il a arrêté de pleurer et s'est lové dans son épaule, posant sa tête contre elle. Madame D. n'a pas parlé à Alpha pendant qu'elle le portait et ne l'a pas non plus réconforté corporellement. Je pense que face à cette nouvelle situation d'Alpha en larmes, même Madame D. ne savait pas comment réagir. En le voyant pleurer, j'ai moi-même eu envie de le prendre dans mes bras et de le rassurer.

C'était la première fois que je voyais Alpha pleurer, et aussi la première fois que je le voyais réclamer sa mère.

Ensuite, Madame D. s'est rassise pour mettre ses chaussures, laissant Alpha sur un genou, ce qui ne lui convenait pas car il s'est débattu et a grimpé sur sa mère, comme pour avoir un plus grand contact corporel et un contact plus enveloppant avec elle. Mais Madame D. étant enceinte, de six ou sept mois, il était compliqué pour Alpha de bien se positionner sur elle. Après s'être rechaussée, Madame D. s'est levée avec Alpha dans les bras, et est allée voir Anne, en lui demandant à rentrer dans sa chambre car elle pensait qu'Alpha avait faim. C'était également la première fois que nous l'entendions exprimer une demande et prendre des initiatives pour Alpha. Ils sont ensuite repartis tous les deux accompagnés par Anne, nous disant au revoir d'un geste de la main.

Après cette séance, je me suis posé beaucoup de questions. Pourquoi Alpha n'a pas bougé du canapé pendant cette séance ? Je fais l'hypothèse que l'association entre le dispositif

particulier (Alpha seul avec sa mère pendant une partie de la séance) et la présence de Gauthier a certainement perturbé la dyade. De plus, Alpha a peut-être ressenti le mal-être de sa mère et s'est accordé à elle, ou vice versa ?

Néanmoins, depuis ma position lors de cette séance, c'est-à-dire à distance d'eux pendant qu'ils étaient seuls et proches pendant les moments de musique partagés, il m'a semblé qu'Alpha exprimait que la figure de réassurance pour lui, c'était sa mère.

J'ai eu l'impression qu'à partir de ce moment de « retrouvaille », à partir du moment où Alpha a exprimé que Madame D. était la personne de réassurance pour lui, ils se sont tous les deux fait confiance et ont commencé à s'investir l'un l'autre et à investir le groupe davantage.

### 3.2.5. Mise en confiance et investissement mutuel et groupal

Avec le temps, au bout de quelques mois, j'ai perçu l'évolution de la dyade. Madame D. allait de mieux en mieux, elle créait des liens forts avec Alpha, et en apprenant de mieux en mieux le français elle parvenait à échanger de plus en plus avec les autres personnes du foyer. Cependant, Madame D. est enceinte, et cette nouvelle grossesse la questionne. Lors des groupes, elle sollicite beaucoup Anne, qui la suit donc en suivi individuel. Comme elle a obtenu ses papiers de réfugiée, elle ne devrait plus rester au foyer. Néanmoins, l'équipe sociale et même médicale qui suit Madame D. insiste pour qu'elle reste au CADA jusqu'à l'accouchement, afin qu'elle soit dans un environnement qu'elle connaisse et qui la rassure.

Bien que Madame D. ait des inquiétudes, son attitude au sein du groupe a grandement évolué, tout comme Alpha continue de se développer. Après la séance de violoncelle, Alpha a appris à connaître Gauthier, et dorénavant il n'en a plus peur. Le petit garçon a compris que Gauthier était un nouveau compagnon de jeu, et qui plus est, il amuse beaucoup les enfants en émettant des drôles de sons avec ses mains ou sa langue. Cela a permis à Alpha de se détacher de sa crainte et de s'habituer à l'homme. Le petit garçon a donc rapidement intégré Gauthier dans les personnes habituelles du groupe, et n'a plus montré de signes de peur. Madame D. a mis, elle, plus de temps. Lors des premières séances, elle ne le regardait jamais, et Gauthier nous relatait qu'il avait beaucoup de difficultés pour entrer en interaction avec elle. J'ai eu l'impression que c'est grâce à Alpha que Madame D. a accepté Gauthier. Et surtout c'est grâce à Alpha que Madame D. se reconstruit. En effet, il pouvait arriver qu'Alpha soit avec sa mère, et que Gauthier vienne jouer avec l'enfant. Dans ces moments

de jeu, Alpha faisait tiers, symbolique et concret, entre Gauthier et sa mère. Il passait les jouets que Gauthier lui donnait à sa mère, ou récupérait les affaires de Madame D. pour les donner à Gauthier. Ce jeu d'échanges a malgré tout permis à Gauthier de s'approcher de Madame D., et d'interagir légèrement avec elle. Elle a de plus en plus regardé Gauthier, alors qu'elle pouvait même, dans les premiers temps, changer de posture pour ne pas être dans sa direction.

Bien qu'au début je ne percevais pas que Madame D. était enceinte, cette dernière portant toujours des vêtements larges et amples, la fin de grossesse a été différente. Lors des derniers groupes (ceux de février, qui étaient mes derniers moments dans le groupe car j'ai réalisé mes examens début mars, donc je ne suis pas allée en stage, et ensuite les groupes ont été stoppé à cause de la pandémie mondiale), Madame D. était enceinte de sept ou huit mois, et c'est à cette période qu'elle a commencé à prendre davantage soin d'elle. Elle venait avec des voiles aux motifs colorés, portait des jupes longues et fleuries, elle marquait son ventre avec des vêtements cintrés, et elle arrivait au groupe déjà souriante et joviale. Je pense que cette grossesse était de plus en plus assumée car Madame D. allait mieux au niveau personnel, sa relation avec Alpha grandissait, elle apprenait certainement à prendre soin d'elle et à s'assumer, et peut être aussi que son couple allait bien ce qui lui permettait une belle perspective d'avenir.

Lors de ces derniers groupes, une autre dame guinéenne venait avec sa fille. Cette autre dame a permis à Madame D. d'encore plus investir le groupe, car elle y retrouvait une amie avec laquelle elle pouvait parler en Sousou. Les deux dames venaient au groupe pour se voir car bien qu'elles vivent toutes les deux au CADA elles ne se voyaient pas en dehors du groupe. Ainsi, cela a créé une nouvelle dynamique pour Madame D., qui s'exprimait de plus en plus, en Sousou avec son amie mais aussi en français avec les autres personnes présentes.

Madame D. a évolué notamment dans ses interactions avec Alpha. Lors d'un des derniers groupes, un agent d'entretien est passé dans la salle nous saluer. C'est une personne qui travaille au CADA, donc que Madame D. connaît bien. Quand il est arrivé, elle l'a salué comme tout le monde l'a fait et elle n'a pas réagi négativement à sa présence. Cependant, Alpha lui ne le connaissait pas. Lorsque l'agent est rentré, Alpha s'est stoppé et comme lors de la première fois où il avait été face à un homme, il s'est laissé tomber par terre. Il a observé le nouvel homme attentivement sans bouger. J'étais avec un autre enfant, mais à ce moment-là j'ai commenté ce qu'il se passait à Alpha, et en même temps j'interagissais avec Madame

D. Comme le nouvel homme semblait s'éterniser, Alpha a ressenti le besoin d'être réconforté, et s'est cette fois-ci levé et a couru vers sa mère. À mon grand étonnement, Madame D. a ri en voyant son fils accourir vers elle. Cela m'a surpris et fait sourire que cette maman si inquiète les fois précédentes rigole de la situation. Sans que je comprenne tous les mots et grâce aux gestes, Madame D. m'expliquait qu'Alpha avait peur de l'agent d'entretien, mais qu'il était très gentil car elle le connaissait. Elle a pris son fils sur elle, et l'a câliné pour le rassurer. Une fois l'agent parti, Alpha est reparti comme si de rien n'était dans ses explorations.

Au cours de ces derniers moments passés en leur présence, j'ai également remarqué qu'Alpha incluait sa mère dans ses découvertes, même à distance. Il pouvait par exemple jouer à la dînette, et lui tendre un légume en plastique, comme s'il n'y avait pas de distance entre eux. Madame D. lui répondait quelque chose en Sousou de loin, et Alpha reprenait le cours de son jeu.

Le groupe a également été un moyen de transmettre la culture d'une mère à son fils. Premièrement, Madame D. parlait à Alpha uniquement en Sousou. Ensuite, c'est lors de moments où ils étaient réunis qu'elle en a profité pour masser son fils, et même pour nous expliquer cette pratique. Je voudrais revenir sur une pratique que Madame D. fait depuis le tout premier jour quand Alpha est près d'elle. À chaque fois qu'Alpha baille, elle place son index replié devant sa bouche pendant toute la durée de l'ouverture de la bouche de l'enfant, et une fois le bâillement fini elle pose sa deuxième phalange sur son front. Je n'ai pas compris de quoi il s'agissait quand elle l'a fait la première fois, d'autant plus qu'elle est la seule mère à le faire à son fils. Quand je lui ai demandé pourquoi elle faisait ça lorsqu'Alpha baillait, elle m'a juste répondu que c'était pour le protéger. Ainsi, depuis le début, protéger son fils est très important pour elle, et je trouve ce geste et cette façon de faire atypique et très belle. Sa culture est ancrée en elle, et il me semble qu'elle souhaite la transmettre à Alpha.

Après plusieurs semaines d'investissement du groupe, Madame D. riait même d'un éventuel échange entre son fils et un autre. Chose impensable il y a quelques mois, désormais Madame D. était assez en confiance pour rigoler à propos de ce genre de sujet. J'ai également perçu qu'elle investissait plus le groupe en investissant plus l'espace. Déjà depuis sa place, elle pouvait changer de postures plusieurs fois, par exemple, lorsqu'il n'y avait pas trop de monde dans le groupe, elle pouvait étendre ses jambes sur les canapés, et ainsi prendre davantage de place alors qu'elle prenait, au début, seulement la place que sa position assise

lui permettait. Puis, Madame D. a également pu se lever et aller parler avec Anne, plutôt que d'attendre que cette dernière vienne à elle, ou demander d'aller aux toilettes ou bien demander un verre d'eau.

En observant cette dyade et les échanges entre eux, je me suis questionné. Pourquoi cette mère semblait si antagoniste de son enfant ? Est-ce que ses expériences passées ne venaient pas entachées la relation avec son fils ? Comment allions nous faire pour leur permettre de créer un lien de confiance ? J'ai également perçu que la place de la culture était très importante pour Madame D. et il me semblait qu'elle la transmettait à Alpha à travers plusieurs petits actes, avait-elle besoin que son fils en soit l'héritier ?

# PARTIE THÉORIQUE

---

## 1. Chapitre 1 : Le lien parent-enfant

### 1.1. Le lien d'attachement : qu'est-ce que l'attachement ?

Un lien d'attachement est un lien affectif privilégié qui se tisse entre le bébé et une personne. Il s'agit généralement du parent, le plus souvent de la mère. Les comportements de l'enfant et les réponses de son parent favorisent l'établissement des liens d'attachement. Le besoin d'attachement est inné et essentiel au bébé, il est aussi primordial dans le développement de l'enfant que les besoins primaires (dormir, manger, hygiène corporelle).

Masson (2009) le définit comme : « un lien privilégié de réconfort construit sur la base des interactions précoces et familiales, permettant à ce dernier (l'enfant) de développer une sécurité interne le menant vers la possibilité d'explorer autour de lui, puis vers l'autonomie ».

#### 1.1.1. Définition de l'attachement

D'après la définition du dictionnaire Larousse (Larousse, s. d.-a), l'attachement est « un sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose ».

Nous créons tout au long de notre vie différents liens d'attachement avec les personnes de notre entourage et les personnes que nous croisons dans notre vie, ceci d'un point de vue émotionnel, affectif ou sentimental.

Bowlby, cité par Savard et Pinel-Jacquemin (2010) décrit l'attachement comme étant le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. L'attachement est donc un processus actif.

De nombreuses études ont démontré le lien spécifique qui se tisse entre un bébé et la personne qui s'occupe de lui. À partir de ces observations est apparue la théorie de l'attachement.

#### 1.1.2. Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement, considérée comme une notion importante aussi bien en psychologie, en psychopathologie et en psychomotricité, a été établie par Bowlby, cité par Young, Klosko et Weishaar (2017).

Elle porte sur l'intérêt du lien mère-enfant et l'impact des séparations précoces. Pour cet auteur, l'attachement est un besoin primaire et inné. Le bébé a besoin, dès sa naissance, de protection et de sécurité car il est immature, vulnérable et dépendant de l'adulte.

Le bébé s'attache instinctivement à la personne qui prend soin de lui et qui s'occupe de lui. C'est par la réciprocité des interactions mère-bébé que le lien d'attachement se crée.

### 1.1.3. La figure d'attachement

La figure d'attachement est la personne vers laquelle l'enfant va diriger son comportement d'attachement. Il la choisit en fonction des réponses empathiques apportées à ses besoins. Il s'agit généralement de la mère, mais il peut s'agir de toute personne significative et maternante pour l'enfant.

« L'enfant, dans sa première année, reste totalement dépendant de l'adulte. Que la nourrice soit sa mère ou tout autre personne, une femme à peu près toujours, c'est d'elle que dépend l'organisation de la vie du nourrisson à chaque instant ». (Bril, 1993 p55)

En outre, l'enfant peut avoir plusieurs figures d'attachement. Cependant, dans la majorité des cas, le bébé est capable de discriminer et de focaliser son comportement d'attachement sur une personne spécifique. Bowlby la nomme comme la figure d'attachement « principale », qui se constitue au cours des neuf premiers mois de vie. Les autres personnes auquel le bébé est attaché sont des figures d'attachement « subsidiaires ».

Young et al (2017) citent Bowlby et disent : « Bowlby (...) défend l'idée qu'un attachement stable à la mère (ou un autre personnage) est un besoin émotionnel de base qui précède et favorise l'indépendance ».

La figure d'attachement est irremplaçable, spécifique et fixe pour le bébé. L'établissement des liens d'attachement a lieu car le bébé dirige son comportement d'attachement vers une personne spécifique et discriminée, qui est la figure d'attachement.

## 1.2. L'enfant et son environnement : entre interaction et attachement

Un bébé humain est caractérisé par sa néoténie, c'est-à-dire qu'il est dépendant de l'adulte, il ne peut évoluer et vivre sans un environnement adapté, soutenant et répondant à ses besoins.

D'après Winnicott : « Un bébé, ça n'existe pas » (cité par Harrus-Révidi, 2007, p20), sous-entendu qu'un bébé seul, ça n'existe pas. Sans son parent, le bébé ne peut pas vivre.

Le nourrisson se développe dans un milieu qui agit sur lui mais sur lequel il agit également. Dans la majorité des situations, la personne principale qui interagit avec l'enfant est un des parents, généralement la mère.

### 1.2.1. Aller vers l'exploration psychomotrice

Le comportement d'attachement et le comportement d'exploration ont la même importance dans la théorie de l'attachement et assurent une fonction de protection et d'ouverture au monde.

Van der Kolk (2019, p159) cite cet auteur et dit : « Bowlby a vu dans l'attachement la base rassurante à partir de laquelle l'enfant va explorer le monde ».

Au fur et à mesure que l'enfant évolue, il intériorise la présence de la figure d'attachement, cela lui permet de pouvoir d'éloigner d'elle jusqu'à ce qu'il puisse s'en passer physiquement. Il crée un lien fort avec sa figure d'attachement et il acquiert la locomotion (ramper, se déplacer à quatre pattes, marcher). Il va alors découvrir dans un premier temps l'environnement qui l'entoure. Le parent, qui est la figure d'attachement de son enfant, constitue une base de sécurité stable, qui permet au bébé d'être libéré des préoccupations liées à la relation d'attachement. Ainsi, le bébé peut se consacrer à l'exploration et à la découverte du milieu. La base de sécurité assure le rôle de figure de soutien pour l'enfant, elle est accessible, disponible et présente (Ainsworth, cité par Feldman (2018, p206)).

Le parent permet au bébé de développer l'acquisition d'habilités sociales et d'habilités cognitives en fonction de son envie, de sa curiosité et des connaissances acquises.

Néanmoins, le bébé doit avoir des compétences qui permettront aux parents de le reconnaître et le parent doit également présenter des compétences spécifiques.

### 1.2.2. Les compétences du nouveau-né

Une des principales compétences du nouveau-né est de créer du lien avec son entourage, qui va devoir assouvir ses besoins (besoins physiologiques, besoins d'interactions, besoin de tendresse). Les compétences du bébé lui permettent d'interagir avec ses parents et ainsi d'influencer leurs comportements et leurs réactions.

Grâce à ses compétences sensorielles mais aussi sociales et motrices, le bébé est un partenaire actif de la relation avec son parent.

-Compétences sensorielles : Le bébé possède de nombreuses compétences fonctionnelles dès sa vie intra-utérine, il s'agit des compétences sensorielles de base. Bien que l'équipement sensoriel avec lequel il vient au monde soit inachevé et immature, il est déjà riche et performant, et surtout il permet au bébé de percevoir les stimuli du monde extérieur et particulièrement ceux de sa mère. Ses compétences sensorielles s'affinent grâce à la maturation neurologique et nerveuse et grâce aux échanges affectifs quand les conditions environnementales sont optimales.

Même si sa vision est immature, le bébé sait capter le regard. Cela amplifie la force du lien affectif avec sa mère. Au niveau auditif, le bébé montre une attention particulière pour la voix de sa mère. Au niveau olfactif, l'odeur maternelle apaise le nourrisson, d'autant plus qu'il se blottit contre elle ce qui provoque des bouffées d'attachement chez elle. Au niveau tactile, le sens du toucher est plus mature et le bébé manifeste son besoin de contenance en réclamant d'être porté, afin de retrouver des sensations similaires à l'enveloppe protectrice du ventre maternel. Le toucher est le premier moyen de communication entre une mère et son bébé.

-Compétences sociales : Une des premières compétences du bébé est la capacité à imiter. Il est capable de refaire un mouvement qu'il voit dès que celui-ci peut faire partie de son répertoire moteur fonctionnel.

Selon la théorie d'attachement de Bowlby, le bébé revendique son besoin d'attachement et de relation par des comportements ou « potentiels d'action » (agrippement, succion, cri, foussement), adressés à la figure d'attachement, afin de trouver une proximité avec elle.

-Compétences motrices : À la naissance, le bébé possède des mouvements incontrôlables, bilatéraux et ne répondant à aucun but concret car il n'a pas encore la capacité de les diriger. Le nourrisson a donc, au départ, une motricité spontanée et réflexe, qui au fur et à mesure de la maturation neurologique va devenir une motricité volontaire, de plus en plus fine et dirigée. Cette maturation suit la loi céphalo-caudale et proximo-distale, elle est progressive, elle peut stagner, s'arrêter, voire parfois régresser.

L'activité réflexe du nourrisson trouve un intérêt direct dans les interactions parents-enfant, elle sert de support aux parents pour qu'ils se forment une représentation de leur enfant et engendrent une certaine émotion (par exemple, le *grasping* et le bébé qui s'accroche au doigt de sa mère). Le déploiement de la motricité se fait en appui sur le tonus, ainsi, la qualité tonique est essentielle au développement psychomoteur du nourrisson. Elle contribue à l'élaboration d'une structure motrice de fond qui permet par la suite la mise en place d'un mouvement harmonieux.

Toutes ces compétences motrices sociales et sensorielles sont uniques et spécifiques à chaque bébé, il y a une grande variabilité interindividuelle. Elles vont se consolider tout au long du développement et permettre au bébé de s'adapter à son rythme. Et c'est cet ensemble qui permet au parent de se faire des représentations de son bébé.

On retrouve l'utilité de ces capacités dans les interactions; car le bébé a des outils lui permettant d'être actif dans le processus d'attachement; notamment les interactions avec les parents, eux aussi doués de compétences parentales.

### 1.2.3. Les compétences parentales

Je vais surtout évoquer les compétences maternelles, bien que le père ait un rôle à jouer dans la relation.

Après la naissance de son enfant, la mère est dans un état psychologique particulier qui va perdurer quelques temps, appelé « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1964, p59). À partir de la fin de la grossesse et lors des premières semaines, elle a besoin de

perpétuer la fusion vécue pendant les mois de grossesse. Elle voue un investissement total à son enfant, décrypte ses besoins grâce à une empathie et une identification projective extrême.

Winnicott (1956, p41) décrit la « mère ordinaire normalement dévouée » dans les soins de son enfant. Ces soins sont indispensables au bon développement affectif, social, physique et psychique de l'enfant. Elle est entièrement tournée vers son bébé, elle le considère même comme une partie d'elle-même. La satisfaction quasi-immédiate des besoins du nourrisson lui font vivre un sentiment d'omnipotence. Le bébé a l'impression qu'il crée les objets de satisfaction qu'il réclame (par exemple le sein ou le biberon s'il a faim), et dans un premier temps considère sa mère que comme objet d'assouvissement de ses besoins.

L'omnipotence que vit le bébé et l'illusion de créer lui-même l'objet qu'il désire instaure un espace où se superpose ce que la mère apporte et ce que l'enfant imagine. Cet espace est une zone intermédiaire entre objectivité et subjectivité, entre réalité et fantasme, ce que Winnicott appelle « espace transitionnel ». C'est une zone de rencontre qui n'appartient pas à l'un ou à l'autre en particulier. C'est une zone imprécise, issue de la présence des deux partenaires mais ouvrant aussi, plus tard, sur le processus de séparation. Le corps à corps du début s'atténue au fur et à mesure.

Winnicott (1964, p62) décrit trois fonctions maternelles qui sont le *holding*, le *handling* et *l'object presenting*.

Le *holding* est la façon dont la mère porte physiquement et psychiquement son bébé. Potel (2019, p120) dit : « Les qualités physiques et psychiques du portage sont aussi importantes l'une que l'autre et ont des répercussions directes sur la tonicité du nourrisson ». Par son portage, la mère soutient son enfant, et permet de réguler les excitations externes trop importantes pour qu'il ne se sente pas débordé ou intrusé : cela se rapproche du rôle de pare-excitation décrit par Bion. En faisant cela, la mère permet à l'enfant d'acquérir la capacité à être seul au cours de son développement, elle lui permet également d'acquérir la capacité à trouver des appuis externes solides comme il les connaît avec elle.

Le *handling* est la façon dont la mère prend soin, traite et manipule son enfant. Cette fonctionnalité participe de façon active à la construction de son intériorité à travers les ressentis de son enveloppe corporelle, et des éprouvés de ses actions sur l'environnement.

L'*object presenting* est la façon dont la mère présente les objets à l'enfant. Les objets doivent être présentés au bon moment, ni trop tôt ni trop tard, quand l'enfant est disponible psychiquement, ce qui crée chez lui un sentiment d'omnipotence avec illusion qu'il crée lui les objets (en parallèle de la préoccupation maternelle primaire citée précédemment). C'est-à-dire que peu à peu, la mère va introduire, tranquillement, des objets au cœur de la relation.

Ces trois compétences, dans leur régularité et leur qualité, permettent d'assurer à l'enfant une chaleur protectrice et une sécurité affective tant psychique que physique. L'enfant acquiert un sentiment de sécurité interne et un sentiment de continuité d'existence.

En effet, Houzel (2009) nous dit que la parentalité et les compétences qui l'accompagnent ne sont pas seulement utiles pour les échanges sociaux avec l'enfant, mais l'exercice de la parentalité joue un rôle dans la construction de la personnalité de chacun, et surtout dans l'équilibre interne de chaque psychisme. Les liens avec son parent sont investis par l'enfant, qui s'en sert comme une référence et qui constituent la base de construction de la personnalité.

Ces compétences du nouveau-né et de son parent leurs permettent d'interagir ensemble grâce à plusieurs types d'interactions.

#### 1.2.4. Les interactions parent-enfant

Dans la majorité des situations, on parle d'interactions entre la mère et son bébé, cette dernière étant, généralement, la partenaire privilégiée et principale du tout-petit. Néanmoins, il est évident que l'enfant se construit physiquement, psychiquement, socialement et émotionnellement à travers l'influence de son environnement et de son entourage. Dans les interactions mère-bébé, on retrouve une harmonie et une réciprocité dans les échanges car les deux partenaires sont actifs.

Lebovici, Mazet et Visier (1989) décrivent trois niveaux d'interactions : comportementales, affectives et fantasmatiques.

-Les interactions comportementales : il s'agit de la façon dont les deux partenaires s'accordent l'un par rapport à l'autre. Ces interactions sont directement observables, car elles concernent le corps, comment la mère porte et touche son enfant. Les échanges se font par le tonus, support de l'activité motrice et de la vie émotionnelle et affective mais aussi moyen

de communication. Potel (2019, p122) cite Ajuriaguerra et énonce qu'il a été le premier à étudier ces échanges et développe le concept du « dialogue tonico-émotionnel » pour décrire le type d'échanges non-verbaux entre une mère et son bébé.

Au niveau comportemental, on retrouve l'implication de la voix, avec les cris et les pleurs qui sont un des premiers moyens de communication du bébé. La mère module la prosodie de sa voix pour y répondre et apaiser son enfant. On retrouve également la vue, qui a un rôle essentiel lors des premiers mois. Les échanges visuels permettent aux deux partenaires de se reconnaître dans le regard de l'autre et ainsi de tisser des liens affectifs forts.

-Les interactions affectives : Elles concernent l'harmonie et l'influence réciproque de la vie de la mère et celle de son bébé. La mère, empathique des états émotionnels de son enfant, s'accorde à lui et interprète ce qu'il ressent. Stern propose le concept d'« accordage affectif » pour désigner cet accordage entre les membres de la dyade. Au début très ajusté à lui, avec le développement de son enfant, la mère s'éloigne et se désadapte progressivement, elle module ses réponses affectives afin de rythmer l'espace relationnel et au fur et à mesure se détacher de lui.

-Les interactions fantasmatiques : Il s'agit de la manière dont les fantasmes de la mère et ceux de son enfant trouvent leur place et leur expression dans leurs interactions. Le développement psychique de la mère et de son bébé s'influence l'un l'autre. Ces interactions dépendent de l'histoire de chacun, du vécu et des ressentis de l'enfance de la mère et de la relation à ses propres parents.

La période de fusion et d'accordage est essentielle pour la mère et pour le développement de l'enfant, mais il est nécessaire pour que l'enfant évolue convenablement qu'il apprenne à se séparer d'elle. Cependant, se séparer ne signifie pas perdre l'autre, mais davantage prendre son autonomie, qui est possible grâce à la relation et aussi par la maturation psychologique et corporelle de l'enfant. La qualité et la quantité d'interactions au cours de l'enfance permet de nourrir le lien d'attachement et permet à l'enfant d'intérioriser les expériences.

Je me suis tout de même demandé comment Madame D. vivait sa parentalité en ne vivant pas avec son fils et si nous lui permettions de vivre des moments de qualité. Houzel (2009) nous dit :

Bien souvent, l'exercice d'une parentalité partielle nécessite des aménagements plus ou moins complexes qui permettent de médiatiser les rencontres entre parents et enfants et d'apporter aux parents en souffrance la fonction contenantante pour eux-mêmes qui leur permet d'être suffisamment à l'écoute de leur enfant.

Cela a fait écho à notre dispositif de groupe, où Madame D. apparaît comme une mère comme les autres, et il me semble que cela lui permet de davantage interagir avec son fils. Ce même auteur nous dit qu'il faut redonner de la légitimité aux parents qui vivent dans des circonstances précaires, afin de leur permettre de retrouver la base à partir de laquelle ils pourront remplir leurs rôles de parents.

L'attachement est un processus actif entre deux partenaires, et celui-ci est propre à chaque dyade. Cependant, notre type d'attachement est influencé par celui que nous avons reçu de nos parents, par notre environnement, et plus particulièrement par notre environnement culturel. La culture est une base de la construction de chaque individu. Elle a des fonctions spécifiques dans notre individuation.

## 2. Chapitre 2 : La culture

### 2.1. Définition de la culture

Étymologiquement, le mot « culture » vient du latin « *colere* », qui signifie habiter, cultiver ou honorer. Ce mot suggère que la culture se réfère en général à l'activité humaine.

Le terme latin « *cultura* », évoque la culture comme l'action de cultiver, dans le domaine de l'agriculture notamment.

Le Larousse (s. d.-b) définit la culture comme un « ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, une civilisation, par opposition à un autre groupe ou une autre nation. »

Dès 1952, une liste comportant plus de deux cents définitions différentes du mot culture est écrite. Beaucoup de professions, philosophes, historiens, ethnologues, anthropologues, sociologues, psychanalystes, s'affairent à proposer différentes définitions de ce mot selon les approches respectives de leur pratique.

La culture ou la civilisation, entendue dans son sens ethnographique étendu, est cet ensemble complexe qui comprend les connaissances, les croyances, l'art, le droit, la morale, les coutumes, et toutes les autres aptitudes et habitudes qu'acquiert l'homme en tant que membre d'une société. Tylor, cité par Rocher (1995)

Il s'agit plutôt d'une définition - description, mais elle présente la culture non plus comme un progrès ou un devenir mais plutôt comme un ensemble de faits, observables à un moment donné.

Rocher (1995), sociologue canadien, définit la culture comme « un ensemble lié de manière de penser, de sentir et d'agir (...), étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servant, d'une manière (...) objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte ».

À partir de cette définition, Rocher (1995) relève quatre caractéristiques principales de la culture :

- La culture est plus ou moins encadrée par des codes et des connaissances. Cependant, moins elle est formalisée, plus elle permet une interprétation personnelle.
- Elle s'adresse à toute activité humaine. Les activités cognitives, sensori-motrices ou affectives, elle est avant tout vécue par des personnes.
- Elle permet le sentiment d'appartenance à un groupe, car elle est partagée par plusieurs individus dont l'essentiel est la reconnaissance d'un caractère collectif de manières d'être, qui deviennent des règles de vie.
- La culture est le résultat de mécanismes d'apprentissages et n'est pas héritée génétiquement.

La dernière caractéristique de la culture est de former un ensemble lié, c'est-à-dire un système culturel. Dans ce système, les représentations de la culture modélisent des façons de penser qui donneraient du sens et de la cohérence à cet ensemble. Dans cet ensemble lié, on retrouve des représentations sociales (qui appartiennent à des niveaux conscients et explicites, facilement disponibles pour le sujet) et des représentations inconscientes (elles sont implicites car elles constituent la base de la culture et sont transmises de génération en génération).

## 2.2. Les fonctions de la culture

La culture constitue une collectivité d'une double façon : d'une façon objective et d'une façon symbolique.

La part objective est composée des manières de penser, de sentir et d'agir, qu'ont en commun les personnes appartenant à une même culture. Cela leur permet d'établir des liens qu'ils ressentent comme réels. (Rocher, 1995)

La part symbolique d'une culture est fondée sur une relative unité d'une collectivité, cette unité lui donne son caractère distinctif, à double titre :

D'une part, les manières d'agir, de penser, de sentir, sont des symboles de communication dans l'action sociale. D'autre part, le respect des modèles symbolise l'adhésion à des valeurs, qui elles-mêmes symbolisent l'appartenance à une collectivité donnée.

Dès lors, l'adhésion à une culture est régulièrement réaffirmée par chaque membre de la collectivité, via la signification symbolique de participation, attribuée à leur conduite extérieure observable. Cette signification symbolique permet de distinguer les membres, des non-membres d'une collectivité. (Rocher, 1995)

### 2.2.1. La fonction sociale

De ce que nous dit Rocher (1995), la fonction essentielle de la culture est de réunir une pluralité de personnes en une collectivité spécifique. À partir des liens du sang, c'est à travers la culture que les hommes ont élaboré des formes diverses de parenté. Il en est de même de la cohabitation sur un territoire ou du partage d'un travail, que la culture utilise pour constituer les concepts de patrie, de nation, de propriété et de hiérarchie sociale au sein d'un même groupe d'appartenance.

La culture apparaît donc comme l'univers mental, moral et symbolique, commun à une pluralité de personnes, grâce auquel et à travers lequel ces personnes peuvent communiquer entre elles, se reconnaissent des liens, des attaches, des intérêts communs, des divergences et des oppositions, se sentent enfin, chacun individuellement et tous collectivement, membres d'une même entité qui les dépasse et qu'on appelle un groupe, une association, une collectivité, une société. (Rocher, 1995)

Une des fonctions sociales de la culture est également d'être transmise : chaque personne naît dans une culture, qui va lui apporter les tendances, les habitudes, les pensées, nécessaires à sa construction individuelle. Ainsi, les trois fonctions maternelles décrites précédemment par Winnicott, seront investies différemment selon la culture des parents. Moro (2011, p18) nous dit que la culture est transmise de génération en génération, notamment à travers le corps des bébés. Cette transmission se fait par un processus appelé l'enculturation. L'enculturation est un terme proposé par Margaret Mead, qui désigne le processus de transmission de la culture d'un groupe à l'enfant. Nous pouvons aussi le définir comme un processus par lequel une société transmet à sa descendance les différentes caractéristiques de sa culture (valeurs, mœurs, langage croyances etc.). En outre, la façon d'élever un enfant, sa conception, le déroulement de sa naissance, la manière de s'occuper de son corps etc. dépend de la communauté dans laquelle il naît et à quelle culture cette communauté s'identifie. La culture sert de socle aux individus, elle sert donc de base à l'éducation des enfants.

Elle est transmise par les gestes effectués, toujours identiques et répétés, par la langue, par les histoires racontées, par les habitudes des parents (rythme de vie, alimentation, croyances etc.).

### 2.2.2. La fonction psychique

Rocher (1995) nous dit que sur le plan psychologique, la culture remplit une fonction de support des personnalités individuelles. Ce support permet aux membres d'une collectivité de leur proposer ou de leur fournir une manière de penser, du savoir, des connaissances, des façons d'exprimer ses sentiments, des manières d'accroître ou de satisfaire ses besoins physiologiques etc.

L'enfant qui naît dans une culture évoluera en fonction de celle-ci (ses habitudes, son langage, ses croyances), et il aurait évolué différemment dans une autre culture.

Bien que la culture formate la personnalité, ce formatage n'est pas rigide. Chaque personne module sa culture à sa façon et l'adapte à ses convictions et ses croyances. La culture offre des choix et des éventualités.

Mais cette flexibilité reste dans les limites données. En franchissant ces limites, les personnes deviennent marginales de leur collectivité, ou sortent des représentations de celle-ci.

« On peut donc vraiment dire que la culture informe la personnalité, dans le sens qu'elle lui confère une forme, une configuration, une physionomie qui lui permet de fonctionner au sein d'une société donnée » (Rocher, 1995)

### 2.2.3. La fonction contenantante

Pour comprendre comment le sujet se situe dans son univers culturel, comment il l'habite, comment il le perçoit et comment il l'intériorise, Nathan cité par De Meyer (2014), propose un modèle de culture vécue, et de culture externe correspondant au monde extérieur.

Afin de soutenir son cadre interne et qu'il reste fonctionnel, le sujet s'appuie sur un cadre culturel externe étayant. Ainsi, la culture participe à la construction du fonctionnement intrapsychique de l'individu.

Ce modèle rejoint le concept d'enveloppe et de « Moi-Peau » d'Anzieu, auquel Nathan fait référence en évoquant le concept d'enveloppe culturelle. Le Moi-Peau est une structure contenantante conceptualisant les limites de l'enfant. Il sert au cours des bases précoces du développement, à partir des stimulations sensorielles de la surface du corps, pour se représenter lui-même comme contenant de contenus psychiques. C'est une enveloppe psychique qui assure ses fonctions en s'appuyant sur un corps, un corps personnel mais aussi un corps socio-culturel.

Moro (2019) nous dit que la culture met à disposition de l'individu une « grille de lecture du monde, mouvante et souple mais toujours présente quoique parfois en danger d'effacement ou de non-contenance dans des situations de rupture comme dans certaines migrations particulièrement traumatiques ».

## 2.3. Outils de transmission culturelle, les techniques du corps

La culture se transmet par de nombreux biais. Je vais évoquer les habitudes, mais également les techniques du corps.

Les habitudes sont propres à chaque société et à chaque âge. Elles ne varient pas seulement selon les individus et leurs imitations, mais surtout en fonction des sociétés, du type d'éducation, du niveau de prestige, des convenances et des modes (Mauss, 1934). Cet auteur dit : « Il faut y voir des techniques et l'ouvrage de la raison pratique et collective et individuelle, là où ne voit d'ordinaire que l'âme et ses facultés de répétition ».

Lorsque je parle des techniques du corps, j'évoque Mauss (1934) :

Je dis bien les techniques du corps parce qu'on peut faire la théorie de la technique du corps à partir d'une étude, d'une exposition, d'une description pure et simple des techniques du corps. J'entends par ce mot les façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps. En tout cas, il faut procéder du concret à l'abstrait, et non pas inversement.

Le corps est l'instrument le plus naturel et le plus simple mis à disposition des hommes. Il s'agit du premier objet technique et même du premier moyen technique, le plus authentique de l'homme. Le corps est adapté à nos actes quotidiens, et il s'adapte selon nos envies. Cette adaptation permanente à un but mécanique, physique et chimique résulte de nos actes, mais également de l'éducation que nous avons reçue, par la société dont nous faisons parti et par la place que nous occupons. Les techniques du corps se divisent et varient entre les sexes et selon l'âge, mais aussi en fonction du rendement de ces techniques.

Mauss (1934) dit : « Je crois que l'éducation fondamentale de toutes ces techniques consiste à faire s'adapter le corps à l'usage ». En effet, certains enseignements des techniques du corps sont essentiels. De petits détails spécifiques de nos mouvements sont en réalité hérité de notre éducation culturelle (par exemple, manger avec la main ou une fourchette).

Parmi les techniques du corps enseignées à la descendance, certaines suivent le schéma des âges de la vie. À propos de la naissance : position pour accoucher (debout, accroupie, allongée), saisi du nourrisson, premiers soins du bébé et de sa mère, qui sont essentiels dans la reconnaissance de l'enfant. À propos de l'enfance : éducation, relation aux autres (éducation par les parents ou par la communauté), portage (dans le dos, sur la hanche), sevrage (allaitement, à quel âge). En effet, certaines techniques du corps, selon les cultures, supposent des instruments ou des objets. À propos de l'adolescence : apprentissage d'un métier, apprentissage d'être un homme ou une femme, rite d'initiation etc. c'est à ce moment-là que les jeunes, grandissant dans une culture spécifique, apprennent définitivement les techniques du corps qu'ils garderont tout leur âge adulte. À propos de l'âge adulte : technique de sommeil (dans un lit, dans un hamac, sur une natte), activité (marche, course, danse), soins du corps, alimentation, reproduction etc.

La fonction vitale de certaines manières d'agir, léguées par la tradition et augmentant la capacité physique de l'individu à agir sur son environnement, justifie donc leur description

systématique et organisée en tant que techniques efficaces pour domestiquer son propre corps et le corps d'autrui. Elles justifient également l'attribution à la technique du corps d'une fonction écologique « d'adaptation (de l'individu) à un but physique, mécanique, et chimique ». Mauss cité par Leveratto (2006)

## 2.4. Conséquences de l'émigration sur les pratiques culturelles

Mérygold et Colin (2009) disent : « Être en exil, c'est se mettre en conflit avec son héritage culturel et transgénérationnel ». Les personnes qui fuient leur pays avec leurs enfants ou qui deviennent parent en terre d'asile se retrouvent confrontés aux difficultés de transmettre leur culture dans un pays culturellement différent. Ces deux auteurs exposent que l'exil impose un problème dans la transmission culturelle. En effet, les parents élevant leurs enfants sans l'appui de leur communauté, se retrouvent face à une discontinuité générationnelle. Ils sont les seuls à pouvoir transmettre leur culture à leurs enfants, et comme nous l'avons dit précédemment, la culture est également transmise par l'environnement, l'entourage social à l'extérieur de la famille nucléaire. Les parents exilés se construisent sur une sensation particulière entre nécessité de rupture avec le pays d'origine (d'autant plus lorsqu'il y a eu maltraitance, guerre etc.) et fidélité à leur patrie.

De plus, la parentalité dépend du contexte culturel et social (Houzel, 2009). C'est d'autant plus difficile lorsque le parent (généralement la mère), se retrouve seule avec son ou ses enfants. « L'isolement lié à la migration renforce la difficulté d'accueillir un enfant seule ». (Mestre, Gioan et Quattoni, 2009) En famille, la migration entraîne des changements susceptibles de menacer sans cesse le fonctionnement intrafamilial. (Masson, 2009)

Les familles ont besoin d'aide pour retrouver un équilibre et être en capacité à transmettre leurs valeurs culturelles. Nous, soignants, devons leur permettre de retrouver le soutien d'une communauté comme ils ont connu dans leur pays d'origine. En les accompagnant, nous pouvons « réveiller des figures d'identification des éléments de projection positifs, qui pourraient dès lors alimenter un bon matériel de transmission ». (Masson, 2009)

Elle veut nous expliquer qu'en devenant un appui pour les familles, en leur offrant un étayage par notre accompagnement, nous leur permettons de retrouver une fonction de symbolisation. Les familles se sentent soutenues, accompagnées, encouragées. Elles retrouvent une forme de soutien qu'elles avaient dans leur communauté à l'origine, et grâce

à notre implication elles peuvent, au fur et à mesure du temps, être capable de transmettre leur culture, qui semblait se défausser à elles auparavant.

## 2.5. Devenir parents en terre d’asile

Une fois arrivée dans le pays d’accueil, les mères apprennent à s’occuper de leurs enfants (car ce sont les femmes qui immigreront avec leurs enfants dans la plupart des cas) et à devenir mère sans le soutien de leur communauté (c’est-à-dire leur mère et le groupe de femmes de la collectivité), particulièrement présente en Afrique.

Elles se retrouvent seule, ne bénéficiant plus de l’enveloppe familiale, culturelle et sociale qui est un support à la construction des premiers liens avec leur bébé. De plus, le sentiment d’appartenance à un groupe est évincé. Ce manque d’enveloppe culturelle est difficile à vivre, et la mère va être la seule personne à transmettre à son enfant l’histoire de sa culture.

« La culture serait une enveloppe, une peau, un contenant (...), c’est-à-dire que l’enfant est enveloppé d’une histoire culturelle ». (Ben Soussan, 2008, p12)

La mère souffre de cet éloignement, de cet isolement dans un pays inconnu, l’exil la met en difficulté dans ses capacités à interagir de façon adaptée avec son bébé, d’autant plus lorsqu’un traumatisme s’ajoute à l’expérience de l’exil. « Les interactions précoces risquent d’être dysharmonieuses si la mère ne peut bénéficier de son entourage proche (mère, tantes) qui est un support à la relation mère-bébé ». (Massot, 2004)

Par conséquent, les mères se retrouvent (souvent) seules, dans un pays étranger où la culture est différente de la leur, ce qui accroît leur vulnérabilité. La manière de s’occuper d’un enfant est différente, les mères ne peuvent s’appuyer sur leurs techniques de maternage habituelles, coupées de leur environnement culturel. « Né au pays d’accueil et materné différemment, l’enfant est vécu par les parents comme un enfant qui est « modelé par une autre pâte » ». (Massot, 2004)

Lorsque les enfants deviennent plus âgés, Massot (2004) remarque un mécanisme psychologique particulier chez eux. Il y a un clivage entre la culture du pays d’accueil, voire de naissance – culture externe, liée à l’apprentissage – et la culture d’origine – culture interne liée à l’affectif – ce qui les met dans une situation de vulnérabilité psychologique. « Émigrer

c'est alors perdre son enveloppe culturelle et immigrer c'est en recevoir une autre ». (Massot, 2004)

Les enfants risquent de présenter un clivage identitaire, oscillant entre culture externe et culture interne, entre culture d'origine et culture actuelle. Ils peuvent présenter des défauts de symbolisation et d'identification qui seront ambivalents et instables.

Nous avons vu comment l'attachement se met en place et comment la culture intervient dans la construction de l'individu, et comment la transmission culturelle peut être impactée par la migration, et donc impacté la relation parent-enfant.

Il arrive, parfois, que cette relation parent-enfant soit impactée par un événement extérieur ou intérieur. C'est généralement le cas lorsque la mère a subi des traumatismes dans sa vie. Parfois, les séquelles de ces événements sont très présentes et influencent l'établissement de la relation.

### 3. Chapitre 3 : Le traumatisme

#### 3.1. Définition du traumatisme

Le mot « traumatisme » vient du mot grec « *Traumatismos* », qui veut dire « Action de blesser ». Le dictionnaire Larousse (s. d.-c) définit le traumatisme comme un « ensemble des lésions locales intéressant les tissus et les organes provoquées par un agent extérieur; troubles généraux qui en résultent. »

D'un point de vue psychique, « il y a traumatisme lorsqu'un sujet est confronté à un excès d'excitation qui déborde ses capacités à endurer et à lier la situation (...), cette excitation produit une effraction psychique étendue qui est à l'origine d'une douleur psychique ». (Roussillon, 2002).

Defontaine (2019, p337) définit le traumatisme psychique comme étant une conséquence d'une situation que le sujet perçoit comme menaçante contre sa vie ou son intégrité physique, le sujet vit un sentiment d'effroi et d'impuissance. Elle nous dit que même si la blessure est qualifiée de « psychique », le corps, l'intégrité corporelle est tout de même fragilisée. En effet, la perception et la conscience du corps propre est heurtée et meurtrie.

#### 3.2. Le traumatisme dans la migration

### 3.2.1. Définition de la migration

Le mot « migration » vient du latin « *migratio* », dérivé du verbe « *migrare* », qui signifie s'en aller d'un endroit, changer de séjour, partir, émigrer.

Le Larousse (s. d.-d) définit la migration : « déplacement volontaire d'individus ou de populations d'un pays dans un autre ou d'une région dans une autre, pour des raisons économiques, politiques ou culturelles ».

Moro et Nathan (2004) montrent que d'un point de vue psychologique, le mot « migrer » comporte deux significations, émigrer et immigrer :

- Émigrer, quitter, perdre l'enveloppe de lieux, des sens (sons, odeurs), de sensations de toutes sortes qui constituent les premières empreintes sur lesquelles s'est établi le codage du fonctionnement psychique.
- Immigrer, c'est reconstruire seul, en un laps de temps, ce que des générations ont lentement élaboré et transmis.

### 3.2.2. Traumatisme et exil

Le mot « exil » vient du latin « *exsilium* », qui signifie séjournant à l'étranger, banni. Selon le dictionnaire Larousse (s. d.-b), l'exil est « la situation de quelqu'un qui est expulsé ou obligé de vivre hors de sa patrie; lieu où cette personne réside à l'étranger ».

Ces définitions comportent une part de souffrance et une part de contrainte, en plus de l'expérience migratoire. Le processus migratoire implique un travail de deuil : deuil de son pays natal, deuil de sa communauté, de sa famille, deuil de sa condition sociale etc...

Le départ brutal et (souvent) forcé du pays d'origine pour fuir les menaces ou les récives de persécutions et des sévices constitue un traumatisme. En effet, les personnes n'ont pas le temps de se préparer et de préparer le voyage et les importants changements à venir (parfois, elles ne savent même pas dans quel pays elles iront). L'urgence de fuir confronte le sujet à l'inconnu. Dans cette urgence, les personnes laissent fréquemment derrière elles famille, époux/épouse, enfants, etc.

La conséquence de cet exil est un sentiment de honte, de perte, de déshonneur, d'humiliation d'avoir été expulsé de sa patrie.

Paradoxalement et simultanément, « l'allégresse d'être vivant peut se transformer en culpabilité d'avoir sauvé sa vie, d'avoir abandonné ses proches restés au pays, parfois tués sous ses yeux ». (Comité pour la Santé des Exilés, COMEDE, s. d.). De plus, la perte des repères communautaires et du cadre culturel interne représente la perte d'un environnement sensoriel familial. Cet environnement permettait de décoder la réalité externe. « L'objet perdu est à la fois mort et vivant : on le sait vivant dans un autre monde, interdit et distant ». (COMEDE, s. d.)

L'exil de la migration entraîne chez l'individu une perte de l'identité individuelle, sociale, familiale et professionnelle, ainsi qu'une perte des repères culturels et affectifs. Les personnes en demande d'asile ont souvent un traumatisme lié aux violences physiques et/ou psychiques subies dans le pays d'origine et pendant le voyage, qui vient s'ajouter à l'expérience traumatique de la migration.

### 3.3. Le traumatisme sur le corps

Le traumatisme provoque une problématique corporelle. Ses conséquences s'expriment dans les dimensions sensorielles, perceptives et tonico-motrices. Il y a des reviviscences d'un moment de rupture qui se répète inlassablement, le sujet tente une mise en sens de son traumatisme, revécu constamment.

Le traumatisme a eu un effet au niveau du cerveau, mais il impacte aussi le corps et ses représentations.

Le traumatisme a un impact sur l'ensemble de l'organisme : cerveau, corps et esprit. Lorsqu'une personne souffre d'un Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) ou d'un ESPT, son corps n'a pas intégré que le traumatisme est terminé et donc continue de se défendre, contre une menace qui a eu lieu dans le passé. Pour surmonter un SSPT, il faut rétablir l'équilibre dans l'organisme en annihilant la mobilisation constante contre le stress. (Van der Kolk, 2019, p80)

Les troubles somatiques résultant des agressions ou des carences apparaissent car il existe une fragilité somatique importante. Cette fragilité impactée par le traumatisme fatigue, et rend la vitalité moins opérante pour faire des choses. La douleur est aussi somatique et elle peut prendre beaucoup d'énergie psychique, et ainsi faire exister un corps douloureux en permanence.

### 3.3.1. Le cerveau du traumatisé

« Longtemps après la fin d'une expérience traumatisante, le moindre signe de danger peut la réactiver, mobiliser des circuits cérébraux perturbés et provoquer une sécrétion importante d'hormones de stress. (...) Ces réactions post-traumatiques semblent incompréhensibles et irrépressibles ». (Van der Kolk, 2019, p12)

Quand le sujet est exposé à quelqu'un ou quelque chose qui lui inflige un mal terrible, auquel il est impossible de se soustraire et que le sujet est incapable d'empêcher l'inévitable, la réaction de fuite ou de lutte est contrariée. De sorte qu'il s'effondre ou devient extrêmement agité, nous dit Van der Kolk (2019). Par la suite, le sujet subit plus de stress que la normale, même après la disparition de la menace.

Chez les personnes souffrant du SSPT, le cerveau ne procède plus à l'équilibrage du stress. Les signaux de lutte et de paralysie persistent longtemps après l'extinction du péril.

Quand ils sont de nouveau confrontés à une caractéristique de leur événement traumatique, l'amygdale (qui prévient en temps normal d'un danger imminent en activant la réaction de stress de l'organisme) réagit en donnant l'alerte. Quand ce centre de la peur est activé, il déclenche une cascade d'hormones de stress et d'influx nerveux, qui augmentent le rythme cardiaque, la tension artérielle et la respiration pour la prise d'oxygène, préparant ainsi le corps à la fuite ou à la lutte.

Van der Kolk (2019, p67) déclare que « tout traumatisme est infraverbal. » Plusieurs années après, le corps revit toujours la terreur, l'impuissance et le réflexe de lutte ou de fuite. Tant qu'il n'est pas résolu, les hormones de stress continuent d'être produites et de circuler, et le sujet ne cesse de rejouer les gestes défensifs et les réponses émotionnelles.

Ce même auteur déclare que la dissociation est l'essence même du traumatisme (2019, p96). En effet, l'expérience traumatisante est fragmentée et clivée : tout ce qui y est lié (émotions, sensations, pensées) prend une vie autonome. Des flash-backs peuvent survenir à tout-moment.

Pour se remettre d'un traumatisme, il faut se familiariser et s'accorder avec ses sensations physiques. « Les gens traumatisés ou victimes de négligence sont souvent déconnectés de leur corps ». (Van der Kolk, 2019, p129) Dans un premier temps, cela peut être pénible pour

le sujet, voire causer des flash-backs. Il peut s'agir de reviviscences somatiques traumatiques non-digérées. Van der Kolk préconise qu'il faut rééduquer leur esprit à éprouver des sensations, tout en aidant leur corps à supporter et à apprécier le réconfort du toucher. (2019, p146)

### 3.3.2. L'impact du traumatisme sur le corps

La problématique corporelle se cristallise autour de deux caractéristiques.

D'une part, il y a une effraction traumatique. Lorsque le sujet est confronté à la mort, il est plongé dans un moment d'impuissance, où le temps s'est arrêté. Des sensations corporelles intenses l'assaillent, elles sont en lien avec l'état d'alerte que le sujet vit. Une cascade de manifestations physiologiques de stress dit « dépassé » font s'emballer le corps, dont les conduites motrices oscillent entre l'effroi, la fuite ou des conduites automatiques inadaptées au contexte.

Janet cité par Van der Kolk (2019, p248) décrit cela comme la dissociation traumatique. Il décrit cela comme la séparation et ensuite l'isolation des traces mnésiques. Van der Kolk (2019, p171) décrit lui le phénomène de dissociation « par le sentiment d'être coupé du monde, vide, impuissant et coincé ».

Defontaine (2019, p339) décrit l'effraction traumatique :

Correspond à l'incapacité pour le sujet à traiter ce flot de sensations, de ressentis, incapacité à lier ces perceptions aux représentations, c'est-à-dire avoir accès à la symbolisation pour inscrire cet événement dans son histoire, comme souvenir. Le sentiment interne de sécurité acquis au fil du développement de l'individu, le vécu d'unité corporelle inhérent à notre construction psychique sont ébranlés de façon violente et durable.

D'autre part, il y a un syndrome de répétition traumatique. Il s'agit de la manifestation pathognomique de la rencontre traumatique. Ce syndrome prend plusieurs formes : reviviscences diurnes ou flashbacks, ou cauchemars pendant son sommeil. Il est caractérisé par la fixité de son contenu et la répétition de sa survenue. Le sujet revit l'ensemble des perceptions et des sensations vécues pendant l'événement traumatique, malgré une tentative de mise en sens de ces informations. Il revit l'événement traumatique sans filtre. Les

reviviscences peuvent être déclenchées par des signaux d'alerte conditionnés, comme certains stimuli sensoriels ou certains stimuli environnementaux.

Dans le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT), le corps réagit comme un lanceur d'alerte, il avertit d'un danger potentiel avec une cascade de manifestations neurovégétatives incontrôlables. Le sujet limite son attention corporelle à ces signaux d'alerte, ainsi le champ de perception de soi diminue. L'attention est tournée vers l'extérieur et les signaux environnementaux, il y a un surinvestissement des flux sensoriels extéroceptifs : c'est l'hyper vigilance. (Defontaine, 2019, p340)

Ainsi, comme j'ai pu l'évoquer dans cette partie théorique, le lien parent-enfant peut être fragilisé par le manque de culture et/ou les traumatismes maternels. Je me suis demandé de quoi aurait besoin Madame D. pour se reconstruire. J'ai alors remarqué qu'elle recherchait auprès des autres mères du contact, et cela lui a permis de s'ouvrir aux interactions dans le groupe. Madame D. a besoin de soutien dans sa parentalité et d'encouragements.

# PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

---

## 1. L'évolution singulière de la dyade

### 1.1. Du désaccordage à l'accordage mère-bébé

Madame D. était immobile sur son canapé en hypervigilance visuelle lors des premiers groupes. Elle présentait un non-investissement sur beaucoup de points : non-investissement de son corps, de l'espace, de la relation à l'autre etc. Néanmoins, j'ai conscience de l'avoir rencontré à une période de sa vie moins sombre que d'autre. Je percevais lors de ces groupes, qu'elle était fragilisée par ses traumatismes, et j'imagine que les répercussions de ceux-ci lui coutaient beaucoup d'énergie, énergie qu'elle perd dans la lutte contre ses traumatismes.

Van der Kolk (2019, p13) nous dit que le traumatisme a un impact sur l'aire cérébrale qui donne la sensation d'être en vie, ainsi les personnes ayant vécu un traumatisme deviennent hypervigilantes, ressentant une menace constamment. En étant sur le qui-vive, ces personnes dépensent une grande part de leur énergie dans une attention de tous les instants, et cette énergie dépensée ne peut pas être investie ailleurs.

Cela correspond bien à Madame D., qui ne peut tout simplement pas s'impliquer dans le groupe, car vivant un ESPT, son corps est en vigilance en permanence. Son psychisme est blessé, et les représentations de son corps également. De plus, Alpha porte ces représentations traumatiques, je suppose qu'il est probablement vécu de façon particulière pour Madame D. : l'origine de sa conception est traumatique, il est né dans un pays différent de son pays d'origine.

Mestre et al (2009) nous parle des enfants issus de viol : « L'enfant conçu d'un viol concentre toute l'ambivalence de la mère : il est le souvenir vivant et cuisant de l'ennemi, le signe de la blessure cruellement infligée (...), il incarne aussi parfois l'enfant qui donne la force de vivre ».

À l'opposé de cette mère prise dans ses pensées et immobile, il y a son fils. Alpha est mobile, explorant son environnement, créant du lien avec les personnes (adultes et enfants) du groupe, cependant, à cette période, il me semble que la figure d'attachement n'était pas définie pour lui. En effet, il retournait peu vers sa mère, et en cas d'angoisse il se tournait vers l'adulte le plus proche pour être rassuré.

Leurs interactions étaient disharmonieuses lors de leurs premiers échanges. Mais, dans une relation, les deux partenaires sont actifs. C'est ainsi que Madame D. a commencé à mettre son corps en mouvement et à interagir avec son fils.

C'est par la marche qu'Alpha a réussi à faire se lever sa mère. Il a été l'initiateur de leurs interactions, à cela s'est ajouté l'étayage des autres mères du groupe, et, il me semble, le rétablissement progressif de Madame D. Ainsi, Alpha a permis de remettre de la vie dans le corps de Madame D., galvanisée par les sollicitations des autres membres du groupe et les encouragements des soignants. Nous retrouvons ici les capacités du bébé qui lui permettent d'interagir avec son parent, et ainsi d'influencer ses comportements. L'activité du bébé sert de support au parent, qui va se forger une représentation de son enfant et ressentir une certaine émotion, qui pourra l'inciter à interagir avec son enfant.

## 1.2. Rencontre et investissement mutuel

La mise en lien d'Alpha et sa mère s'est faite aussi grâce à leur crainte partagée. Je me suis d'ailleurs questionné si cette crainte des hommes avait été transmise de Madame D. à Alpha, comme si les interactions fantasmatiques de cette mère avaient impacté les représentations de son fils. En effet, j'ai eu l'impression qu'à chaque fois qu'un nouvel homme entrait dans la salle où se déroulait le groupe, cela mettait mal à l'aise Madame D. (ce qui est compréhensible vu son parcours). Et même s'ils n'étaient pas proches, Alpha réagissait aussi. Il fixait le nouvel homme et arrêtait son activité pendant la durée de sa présence. Néanmoins, c'est à partir de l'expression de ce malaise que les deux membres de la dyade se sont réunis.

Lebovici et al (1989) évoquent les interactions fantasmatiques entre le parent et son enfant, où le développement psychique de l'un influence celui de l'autre. En effet, les fantasmes de la mère interagissent avec ceux de son enfant, et on les retrouve dans l'expression de leurs interactions.

Grâce à ces moments de retrouvailles, les membres de cette dyade ont pu trouver une certaine proximité corporelle. Par le dialogue tonico-émotionnel, le *handling* et le *holding* apporté par la mère, Alpha a développé un lien d'attachement fort avec elle. En effet, alors que lors des premières séances je ne percevais pas quelle était sa figure de réassurance, je l'ai perçu à partir de ces moments de retrouvailles. En début de groupe, Alpha prenait du temps à côté

de sa mère, et si parfois nous l'incitions un peu trop à nous rejoindre et donc à quitter sa mère, il exprimait son mécontentement d'être séparé d'elle. Lorsque l'agent d'entretien était venu nous saluer et s'était trop éternisé pour Alpha, ce dernier avait traversé la salle, un peu paniqué, pour retrouver les bras de Madame D., qui l'avait réconforté et rassuré, bien qu'elle n'ait pas peur de cet homme-là. J'ai également perçu qu'elle était sa figure de réassurance et d'attachement lorsqu'Alpha l'avait perdu de vue au moment où elle s'était levée pour discuter avec Anne. Tout de suite ce dernier avait exprimé une grande détresse et une désorganisation psychomotrice de ne plus avoir sa mère à ses côtés.

Depuis que je connais cette dyade, j'ai l'impression que chacun a eu un rôle dans l'évolution de l'autre. Madame D. contribue au bon développement harmonieux et équilibré d'Alpha, mais ce dernier a permis également de faire évoluer sa mère. Il a été l'initiateur parfois de leurs interactions, permettant à Madame D. de revenir à la situation présente et à la réalité (notamment lors de moments où je la percevais comme dissociée, après plusieurs sollicitations de son fils elle semblait revenir à elle).

Alpha a aussi fait tiers dans la relation avec Gauthier. Il nous rapportait, que lors de ses premières interventions dans le groupe, il ne parvenait absolument pas à entrer en interactions avec elle, il percevait qu'elle le fuyait. Cependant, après plusieurs semaines, cette distance s'est atténuée, et Gauthier pouvait interagir avec Alpha et sa mère, il pouvait jouer avec l'enfant à proximité d'elle sans qu'elle ne se sente intrusée.

Alpha a permis, par le lien d'attachement qu'il a avec sa mère et lors de leurs moments de proximité corporelle, d'intégrer de nouvelles choses à Madame D. J'ai eu l'impression que Madame D. lui a fait confiance, elle était probablement rassurée par son fils qui ne montrait plus de signes d'angoisse face à Gauthier. Le comportement d'attachement assure une fonction de protection et d'ouverture au monde.

Potel (2019, p71) dit : « La mère fait grandir son enfant, mais l'enfant fait grandir sa mère ».

J'ai perçu lors du mois de février que Madame D. allait mieux. Elle se reconstruit psychologiquement, sa vie prend un tournant positif (elle a obtenu ses papiers, il y a un rapatriement en cours de ses premiers enfants, elle attend un nouveau bébé, et une perspective de récupérer la garde d'Alpha), elle prend davantage soin d'elle, sa culture refait surface. Elle investit dorénavant l'espace, son corps, les relations.

## 2. L'étayage pour la reconstruction

Élever un enfant est une affaire de famille ou de communauté. La mère sent qu'elle peut s'appuyer sur les membres de sa communauté, à commencer par le père de l'enfant, mais aussi ses propres parents, pour être en sécurité psychique et accueillir son enfant convenablement. Mais comment faire lorsqu'on est seul(e) avec son enfant ? De plus, la manière dont on devient mère dépend, entre autres, de sa culture. Comme Massot (2004) le dit, les mères isolées dans un pays différent du leur sont vulnérables. Elles ne peuvent pas s'appuyer sur leur environnement culturel ni sur leur environnement familial, ce qui les fragilise.

Ainsi, l'entourage et l'environnement ont donc un rôle important dans le développement d'un enfant. Alors, le *holding* n'est pas seulement assuré par la mère, mais par l'ensemble du groupe qui constitue l'entourage de l'enfant.

Le groupe proposé par l'équipe mobile de périnatalité recrée un sentiment d'appartenance communautaire où les personnes accueillies se sentent soutenues et accompagnées. Tout groupe (culturel ou social) est régi par des règles établies au préalable et par un cadre spécifique.

Les familles accueillies retrouvent une forme de culture ici. Une des fonctions de la culture décrite par Rocher (1995) est le sentiment d'appartenance à un groupe. Plusieurs individus partagent ce sentiment, où même s'ils sont issus de culture différentes, ils se reconnaissent dans la collectivité et les similitudes qu'ils partagent (être parents, être demandeurs d'asile etc.).

Dans l'évolution de Madame D., j'ai pu percevoir que le groupe, composé de soignants et des mères et de leurs enfants, a contribué à étayer la parentalité de cette dame.

### 2.1. L'étayage du soignant

Je me suis interrogé dès mon premier jour de stage sur l'accompagnement adéquat à apporter à cette dyade. En outre, je les trouvais tellement différent dans leur psychomotricité que j'avais du mal à concevoir ce que nous allions pouvoir mettre en place. Comment les accompagner dans leurs liens d'attachement ? Quelle place allais-je avoir ?

Lors des premières séances, pendant un mois environ, j'étais observatrice. C'est-à-dire que je restais assise dans un emplacement de la salle, à observer les interactions dans le groupe. Si un enfant venait à moi, je répondais à ses sollicitations, mais je n'en proposais pas de mon propre chef. Il s'agissait au départ d'une demande de ma maîtresse de stage, qui souhaitait me guider pour les premières semaines, afin que je me concentre sur le fait d'observer et que je ne sois pas influencer par mes actions. Et parfois, je me déplaçais, là où j'estimais qu'il y avait besoin d'une présence, ou bien lorsque ma présence était de trop.

J'ai tout de suite remarqué qu'Alpha et sa mère étaient en lien par le regard. Ainsi, j'ai mis en place une stratégie pour favoriser l'établissement de leur lien d'attachement, de ne jamais être entre eux afin qu'ils puissent toujours se voir. Quand Alpha se plaçait derrière moi et que j'obstruais leur trajectoire visuelle, je me déplaçais légèrement pour laisser le champ de vision dégagé. D'ailleurs, Bril (1993, p59) dit bien que les mères gardent en permanence leur enfant dans leur champ de vision afin de les surveiller. Lorsqu'Alpha s'était retrouvé face à Gauthier et qu'il s'était retourné pour voir que sa mère s'était déplacée, Madame D. avait pris place derrière moi. Ainsi, dans cette configuration, je la cachais du regard d'Alpha. Alpha a exprimé une grande détresse de ne plus voir sa mère. Lors d'une séance en février, le même schéma s'est reproduit. Alpha était assis sur un tabouret à jouer à la dînette avec Gauthier, tandis que je berçais un des enfants du groupe dans un drap avec sa mère. Sans m'en rendre compte, j'ai reculé jusqu'à obstruer le champ de vision d'Alpha. Ce dernier s'est alors levé, et a déplacé son tabouret afin de se remettre dans un angle qui lui permettait de voir sa mère. Interpellé par le déplacement d'Alpha, je l'ai observé tout en continuant de bercer l'enfant dans le drap. J'ai remarqué qu'il a de nouveau déplacé son tabouret, et j'ai alors compris que je l'empêchais de voir sa mère. Je me suis décalée pour continuer mon activité avec les draps, et Alpha a pu reprendre son jeu de dînette et continuer de garder un œil sur sa mère. C'est par l'observation de ce dernier que j'ai compris que quelque chose le dérangeait, ce quelque chose est le besoin de voir sa mère. C'est une des capacités du psychomotricien qui s'est beaucoup développé lors de ce stage, que j'ai acquis en l'expérimentant. Potel (2019, p322) dit bien que le sens de l'observation du psychomotricien s'acquiert avec l'expérience, et fait partie des capacités et outils que l'on assimile au cours de notre formation. Elle dit : « Son action thérapeutique (...), se situe non seulement dans les interactions motrices mais également dans l'observation et l'écoute du corps en relation ».

Un des rôles du psychomotricien dans ce type de groupe n'est pas d'apprendre aux parents la parentalité en leur montrant comment faire, mais de les accompagner. Mérygold et Colin (2009), qui parle de l'intérêt des groupes interculturels dans l'accompagnement des familles en demandes d'asile disent : « Il (...) s'agit (...) de créer des conditions favorables au déploiement de capacités subjectives nécessaires à une recomposition de la parentalité ». Mestre et al (2009) parlent également des consultations groupales transculturelles, et évoquent qu'outre le confort offert par le groupe pour manier les représentations culturelles et les représentations psychiques, ce type de groupe permet un véritable étayage pour les mères, car il favorise « l'être mère » en interactions avec d'autres mères. Il métaphorise une assemblée de « commères » (dans le sens « être mère avec »). Par ailleurs, ce type de groupe aide à la pensée.

Ainsi, nous permettons à Madame D. de retrouver une légitimité à être mère en ne nous substituant pas à elle. C'est-à-dire que lorsqu'Alpha exprime une émotion négative, nous la verbalisons, et surtout nous lui expliquons qu'il a besoin d'être réconforté, et donc nous le rapprochons de sa mère afin qu'elle s'en charge. J'ai toujours fait attention à ce qu'elle ne se sente pas comme une « mauvaise mère » en consolant son fils ou en le prenant en charge sans l'inclure elle. Lorsque nous jouons avec Alpha, nous incluons Madame D., même à distance.

Notre but est d'accompagner les familles dans leur parentalité et dans toutes les étapes qu'elles traversent. Par conséquent, nous valorisons leurs actions afin de les reconnaître en tant que parent. Lorsque Madame D. prodiguait des massages à Alpha, bien qu'il s'agisse aussi de curiosité, en la questionnant nous la valorisons. De plus, avec Valérie, nous commentions cela, nous évoquons que ce type de massages stimulent les enfants, que cela leur est bénéfique, ce qui valorisait Madame D. Plus tard, d'autres mères ont également massé leur bébé, comme si Madame D. avait été l'initiatrice de cette pratique.

En accompagnant les mères et leurs enfants, en instaurant un cadre stable et contenant et en étant plusieurs soignants, nous aidons à former un groupe nous aussi. Nous permettons de lier les personnes dans le groupe. Par exemple, lorsque nouvelles personnes arrivaient dans le groupe, chaque soignant se présentait et présentait sa formation. Puis, selon vers qui les nouveaux arrivants se dirigeaient, nous situons les différentes familles : « Madame D. est la mère d'Alpha, David est le fils de monsieur X ». Nous permettons à toutes les parentalités de s'exprimer, car la parentalité est difficile à vivre dans un contexte de demande d'asile.

Comme le dit Houzel (2009), nous aménageons selon les besoins de chacun notre accompagnement, nous permettons une contenance efficace aux parents en souffrance, afin de rassurer les familles et de leur permettre de se remettre au travail. En offrant une contenance aux parents, nous leur permettons de contenir leurs enfants.

## 2.2. L'étayage de la communauté

Le groupe a permis à Madame D. de plus en plus prendre sa place de mère. J'ai trouvé que l'ambiance dans ce groupe était vivante, que la parole circulait librement entre petits et grands, que ce moment hebdomadaire apportait de la vie dans le CADA. Les mères qui participaient au groupe dynamisaient la vie entre les personnes présentes. En effet, elles s'occupaient de leurs enfants et des autres enfants également, mais aussi des autres mères et même des soignants, en étant attentives à ce que les personnes amenaient. Par exemple, elles accueillaient toujours chaleureusement Alpha, en l'appelant, en l'embrassant, comme elles le faisaient avec les autres enfants. Il est arrivé que certaines l'accompagnent marcher lors de ses premiers essais, ainsi, elles ont, inconsciemment, créé un groupe, une communauté de mères qui s'occupent de tous les enfants.

L'ensemble du groupe a permis à Madame D. et Alpha de se sentir comme membres de ce groupe. On retrouve la part symbolique qui constitue une communauté. Les manières d'agir sont des symboles de communication, et donc d'inclusion sociale. Les mères, en s'occupant toutes des enfants, prouvent leur appartenance à la collectivité via la symbolique de la participation. (Rocher, 1995)

Lors des premiers temps, Madame D., encore très bouleversée par ses traumatismes et pas encore familière du groupe, restait en retrait. Puis, avec du temps, elle s'est mise en mouvement. Elle a commencé à accueillir les enfants qui venaient à elle, à leur proposer une main pour les aider à se hisser s'ils le souhaitaient. Comme si son corps devenait à nouveau plus disponible à la relation et à elle-même. À certains moments, elle discutait avec les mères assises sur les canapés de sujets divers. Puis, il m'a semblé que les sollicitations des autres mères l'ont motivé à se lever et à accompagner Alpha dans ses découvertes. Comme si avant, bien qu'entourée par le groupe, elle était seule avec son fils. Cependant, un maillage s'est créé, et après quelques sollicitations des mères, Madame D. se levait spontanément et proposait à son fils de lui tenir la poussette contre laquelle il s'appuyait. Il s'agissait de leurs

seuls échanges debout, mais cet accompagnement était un immense progrès pour Madame D.

Ensuite, plusieurs femmes d'origine africaine ont intégré le groupe, et il m'a semblé que cela a beaucoup stimulé Madame D. Elles pouvaient échanger sur leur vie au pays, les différences entre les différents pays et ici en Occident, et Madame D. pouvait parler en Sousou. Parfois, lors de certaines séances, moins d'une demi-douzaine de femmes d'origine africaine étaient sur les canapés, observant leurs enfants de loin mais surtout échangeant vivement avec les autres, j'ai pu entendre parler de cuisine, de coiffures, d'habits. Il y a ainsi eu un fort étayage communautaire pour Madame D. Toutes ces mères peuvent se soutenir dans le groupe et s'étayer entre elles. Comme Mérygold et Colin (2009) le disent, l'exil met en souffrance l'héritage culturel et transgénérationnel. Avec ce groupe, les personnes retrouvent une communauté, des pairs qui pourront s'occuper des enfants et leur transmettre des choses. Les parents retrouvent un maillage qu'ils avaient perdu en quittant leur pays.

Il m'a semblé que c'est à cette période qu'Alpha a exprimé avoir peur des hommes, et c'est ainsi rapproché de sa mère. Dans leurs moments partagés, Madame D. lui parlait en Sousou, puis lui prodiguait des massages, généralement en fin de séance quand Alpha était fatigué ou avait faim et qu'il revenait vers elle et passait du temps à ses côtés.

Le développement d'un sentiment d'appartenance communautaire a permis le développement des compétences parentales, et un sentiment d'enculturation. Ainsi, la parentalité de Madame D. a été étayé par le groupe, par le développement d'un lien d'attachement fort avec son fils et une reconstruction psychologique personnelle, cela lui a permis de retrouver une légitimité à être mère.

L'appui du groupe et des soignants a permis d'éveiller les figures d'identification des éléments de projection positifs, qui alors permettent d'enclencher le processus de transmission. (Masson, 2009)

### 3. Le corps médiateur

« Le corps donne du sens à chaque fait et geste, il permet d'exister dans un élément temporo-spatial donné, de traduire les données sensorielles internes et externes, de communiquer avec ses semblables, de s'insérer dans un monde socialement déterminé ». Massot (2004)

### 3.1. Comment le psychomotricien transmet par le corps ?

Une des qualités d'implication du psychomotricien est visible au travers de ses actions et de son engagement, mais une de ses qualités est également d'être à l'écoute de l'autre et être disponible à l'expression de ses éprouvés. De plus, ce professionnel est sensible à ses propres éprouvés, essentiels dans une thérapie psychomotrice.

Nous accompagnons les parents dans leur parentalité en nous appuyant sur ce qu'ils apportent ou ce que nous percevons. Nous ne sommes pas là pour être des modèles à suivre, nous ne montrons pas comment être de bons parents. Nous aidons les parents à se réapproprier leurs intuitions interactionnelles pour répondre aux besoins de leurs enfants, dans l'optique de Winnicott (1956), décrivant la « suffisante adaptation de la mère ». Pour ce faire, Masson (2009) indique : « nous stimulons principalement les interactions visuelles, physiques, verbales et émotionnelles ».

Lorsque Madame D. massait Alpha, nous nous sommes intéressés à sa pratique, ce qui l'a soutenu dans sa pratique et encouragé. Nous avons évoqué, en groupe, que seule elle, pouvait prodiguer ces massages, car seule elle, en avait l'expérience. Nous avons valorisé cette pratique corporelle, ce qui a probablement incité ou permis à Madame D. de le reproduire ultérieurement.

Le psychomotricien accompagne les mobilisations du corps, ou mobilise lui-même parfois. Lorsqu'il se trouve dans un groupe accueil où plusieurs cultures s'expriment, il doit permettre de faire le lien entre les différentes cultures. Massot (2004) nous dit : « Le thérapeute peut accompagner l'enfant dans son remaniement psychique en essayant d'atténuer le clivage culturel. Pour cela, il devra trouver un terrain de négociation où les deux cultures peuvent être pensées ». Le psychomotricien permet aux différentes cultures de s'exprimer et adapte sa pratique constamment aux personnes qu'il rencontre. Il offre un espace transitionnel où les différentes cultures trouvent leur place, ce qui permet un développement personnel sans contradiction. « En reconnaissant et en soutenant leur culture d'appartenance, le thérapeute permet d'entretenir des échanges entre (...) les cultures ». (Massot, 2004)

Lors d'une séance, une mère s'inquiétait de voir sa fille de bientôt un an ne pas marcher, alors que dans le groupe d'autres enfants de huit ou neuf mois faisaient déjà leurs premiers

pas. C'est dans ce type de moment que le psychomotricien a un rôle important à prendre. Avec Valérie, nous avons discuté avec cette mère, et nous lui avons expliqué les spécificités d'acquisition de la marche, et que certains bébés sont en avance au niveau du développement moteur. En expliquant les étapes d'acquisition, en illustrant nos propos grâce aux enfants présents, nous avons pu rassurer cette maman. Non son enfant n'est pas en retard, c'est celui qui marche à huit mois qui est en avance. Un des rôles du psychomotricien m'est alors apparu comme clair, nous apportons notre observation clinique et nos connaissances du développement psychomoteur afin d'éclairer une situation.

Le groupe thérapeutique favorise les échanges sociaux qui sont hautement valorisés dans les communautés. (Massot, 2004)

### 3.2. Qu'est-ce qui se transmet par le corps ?

Massot (2004) dit : « le contact corps à corps représente le premier moyen de communication entre la mère et son bébé ». Elle nous dit que les émotions du bébé sont ressenties par la mère, grâce aux échanges toniques corporels qu'elle a avec son bébé. En effet, lorsque les corps sont en contact, ils échangent des informations sur leur état, la mère et le bébé s'accordent.

Lors du premier groupe violoncelle et du premier groupe de Gauthier, celui où Alpha était resté à côté de sa mère, la dyade m'a semblé sur le même état tonique. En effet, Alpha s'est accordé à l'état de sa mère. Madame D. m'a semblé avoir un état tonique plutôt bas, lorsqu'elle était assise sur les canapés, elle était adossée, le dos légèrement rond, le ventre en avant et les épaules basses. Alpha, d'ordinaire, ne me semblait pas particulièrement présenter cet état tonique lorsqu'il était en exploration dans la salle. Néanmoins, lors de cette séance, il m'a semblé qu'Alpha avait un tonus légèrement plus bas que d'habitude. Il avait également le corps relâché, et affalé contre sa mère. Leurs corps en contact semblaient diffuser le même état tonique.

Plus tard, lorsqu'Alpha a eu besoin des bras de sa mère pour être rassuré lorsqu'il était face à Gauthier, il avait davantage un état hypertonique : son corps était légèrement en hyperextension vers l'arrière, il avait les bras tendus en avant, et il présentait un tonus pneumatique haut avec une respiration courte entrecoupée de sanglots. Lorsque Valérie l'a pris dans les bras pour tenter de le consoler, cela n'a pas amélioré l'état du petit garçon, qui

s'est davantage tendu et a encore plus réclamé les bras de sa mère en se laissant emporté les bras en avant. Nonobstant, une fois qu'il était dans les bras de Madame D., il s'est calmé. Son corps s'est détendu et ses pleurs se sont arrêtés. Il a relâché la tension dans son corps ce qui s'est vu dans son dos, courbé en avant, contre sa mère. Plusieurs minutes après, il a vraiment pu ajuster son état tonique à celui de sa mère et poser sa tête contre son épaule. Lorsque sa tête s'est posée, ce dernier a également émit un soupir, comme pour signifier que la tension avait bien disparut. Je me suis dit alors que l'état tonique de Madame D. avait apaisé son fils.

Le dialogue tonique entre Madame D. et Alpha permet à ce dernier de s'apaiser. En effet, Wallon, cité par Auzias (1993), nous dit : « l'émotion est indissociable de ses expressions toniques : posture et attitudes ». L'émotion crée des comportements, mais les comportements peuvent influencer les émotions également. Ainsi, le calme de Madame a apaisé Alpha.

« Ce dialogue tonique qui jette le sujet tout entier dans la communion affective ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps ». D'après Wallon cité par Joly et Labes (2008, p171)

Le corps transmet les émotions par son tonus mais également par ses attitudes. Defontaine (2019) nous dit bien qu'en cas de blessure « psychique », l'intégrité corporelle est également fragilisée. La perception du corps est alors meurtrie. Les conséquences d'un traumatisme psychique s'expriment à plusieurs niveaux : dans les dimensions sensorielles, perceptives et tonico-émotionnelles, que l'on peut alors observer.

J'imagine qu'il s'agit de ce que j'ai perçu lors de ma première rencontre avec Madame D. Je voyais dans son corps, dans ses attitudes, un mal-être transparent. Je ne savais pas de quoi il s'agissait, mais l'observation de cette dame m'a permis de voir des réactions corporelles spécifiques d'une blessure psychique profonde.

Par le corps se transmettent les techniques culturelles (massages, rites) qui sont transmises de génération en génération. Le corps sert d'objet médiateur pour transmettre et exprimer des émotions. Il est un outil de transmission culturelle, un outil de réassurance et un moyen de communication.

## CONCLUSION

---

Avec la conclusion de ce mémoire, je clos également ces trois années de formation, mais aussi mon cursus scolaire. Ce travail de mémoire a été pour moi très enrichissant. Il restera gravé en ma mémoire, car il a un goût particulier. D'une part, j'ai pleinement apprécié étudier ces sujets qui m'ont instruit et enrichit. D'autre part, je l'ai en parti écrit seule chez moi, en ne côtoyant plus Madame D et Alpha, car nous sommes tous confinés depuis mi-mars chez nous. Je ne suis même pas sûre de pouvoir les revoir, cependant, ma pensée est sans-cesse tournée vers eux depuis deux mois.

Nous accueillons les personnes chaque semaine, mais nous accueillons également leurs cultures, leurs traumatismes, leurs évolutions, dans ce groupe formé par les professionnels mais aussi les mères présentes. Le rôle du groupe, mais plus particulièrement de la psychomotricité, est d'accompagner, d'encourager et de valoriser ces parents en quête d'étayage. Le groupe parents-bébés a permis la création d'une nouvelle communauté, dans laquelle les enfants pouvaient évoluer librement et les parents s'entraider et se confier. J'étais toujours très enthousiaste d'aller en stage, de retrouver les habitués du groupe. L'ambiance qui y régnait m'était très agréable, et a grandement contribué au bien-être que j'ai ressenti dans ce stage. Parfois, quand le groupe se terminait, je me sentais affamée tellement les nombreuses interactions m'avaient creusées. Parfois, je ressortais du groupe la tête pleine de questions à propos d'un enfant ou d'un parent, et j'avais la chance de pouvoir m'appuyer sur le soutien des membres de l'équipe mobile pour m'accompagner dans ma pensée. Parfois, nous ressortions du groupe avec l'impression d'avoir accueilli une classe entière d'enfants, alors qu'ils n'étaient que cinq. Mais, à chaque fin de groupe, j'en ressortais grandie. J'avais le sentiment d'avoir contribué à cette parenthèse dans la vie de ces familles en demandes d'asile. J'ai également pu expérimenter le rôle du psychomotricien seule le lundi, et accompagnée par ma maître de stage le mercredi.

Le lien d'attachement mère-enfant se met en place grâce aux interactions et aux compétences des deux partenaires. Ce lien peut être impacté par beaucoup de choses, dont le mal-être maternel. Ici, nous avons vu comment la culture soutient la parentalité, et donc comment retrouver un environnement culturel peut l'étayer. L'attachement dépend donc du bébé, de sa mère, de l'enveloppe culturelle mais également des traumatismes vécus par la mère. Néanmoins, nous avons vu qu'avec du temps, l'accordage mère-bébé a pu se faire, et que l'étayage des autres mères et des soignants soutiennent la parentalité.

Je relève l'importance de la psychomotricité dans ce type de structure. Notre profession a sa place dans le domaine de la prévention et de l'accompagnement. L'observation du psychomotricien, du corps mais également des émotions de l'autre et de lui-même en fait une profession à part entière. Cette place auprès du quotidien des familles est une place que j'ai pu avoir du mal à trouver au début de mon stage, mais qui aujourd'hui me paraît enrichissante et surtout indispensable. La place du psychomotricien dans l'accompagnement des relations parents-bébés me parle et me donne envie d'évoluer dans ce genre de domaine. J'imagine qu'un dispositif avec un interprète et un psychomotricien pourrait être très bénéfique aux familles ne parlant pas français et ayant besoin d'un suivi en psychomotricité.

# BIBLIOGRAPHIE

---

Auzias, M. (1993). Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon. *Enfance*, 46(1), 93-99. <https://doi.org/10.3406/enfan.1993.2047>

Ben Soussan, P. (2008). Naitre au monde et à la culture. In M. Dugnat, *Bébés et cultures* (p. 9-19). ERES.

Bril, B., & Parrat-Dayan, S. (2008). *Materner : Du premier cri aux premiers pas*. Odile Jacob.

COMEDE —*Comité pour la santé des exilés*. (s. d.). Consulté 22 avril 2020, à l'adresse <https://www.comede.org/>

Defontaine, D. (2019). Le trouble de stress post-traumatique et le travail du psychomotricien. In Anne Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc, *Le Grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 337-345). Dunod.

De Meyer, T. (2014). Tobie Nathan, La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. *Lectures*. <http://journals.openedition.org/lectures/13785>

Feldman, B. (2018). *À la rencontre de l'observation du bébé dans différents contextes culturels*. ERES. <https://www.cairn.info/le-bebe-et-son-berceau-culturel--9782749258232-page-205.htm>

Houzel, D. (2009). Les axes de la parentalité. *Rhizome*, 37, 4-8.

Joly, F., & Labes, G. (2008). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : Vol. 1 : Corps, tonus et psychomotricité*. Papyrus.

Larousse. (s. d.). Attachement. In *Dictionnaire de Français Larousse*. Consulté 15 avril 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attachement/6192?q=attachement#6172>

Larousse. (s. d.). Culture. In *Dictionnaire de Français Larousse*. Consulté 15 avril 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culture/21072?q=culture#20950>

Larousse. (s. d.). Exil. In *Dictionnaire de Français Larousse*. Consulté 15 avril 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exil/32134?q=EXIL#32057>

Larousse. (s. d.). Migration. In *Dictionnaire de Français Larousse*. Consulté 15 avril 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migration/51399?q=migration#51281>

Larousse. (s. d.). Traumatisme. In *Dictionnaire de Français Larousse*. Consulté 22 avril 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/traumatisme/79279?q=traumatisme#78321>

Lebovici, S., Mazet, P., & Visier, J.-P. (1989). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Eshel Edition.

- Leveratto, J.-M. (2006). L'authentification des « techniques du corps » et ses enjeux épistémologiques. *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, 17. <http://journals.openedition.org/leportique/778>
- Masson, S. (2009). Soutien à la parentalité dans un contexte traumatique. *Rhizome*, 37, 43-47.
- Massot, A.-L. (2004). La migration, perte d'une enveloppe culturelle. In *Thérapie psychomotrice et recherches* (p. 118-129).
- Mauss, M. (1934). Les techniques du corps. *Journal de psychologie*.
- Mérygold, N., & Colin, V. (2009). Être en exil traumatique et carence d'asile : Une parentalité précarisée. *Rhizome*, 37, 32-35.
- Mestre, C., Gioan, E., & Quattoni, B. (2009). Mères en exil : Soins et travail en réseau. *Rhizome*, 37, 36-42.
- Moro, M. R. (2011). *1001 façons de s'occuper de bébés.pdf*. Edition Fondation Mustela.
- Moro, M. R., Barral, O., Maduraud, A.-L., & Robert, M. (2019). Justice des mineurs et transculturalisme. *Deliberee*, N° 7(2), 34-40.
- Moro, M. R., & Nathan, T. (2004). *Ethnopsychiatrie de l'enfant : Vol. 2e éd.* Presses Universitaires de France. <http://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-de-1--9782130545576-page-423.htm>
- Potel-Baranes, C. (2019). *Être psychomotricien* (Nouvelle édition). ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.potel.2019.01>
- Rocher, G. (1995). Culture, civilisation et idéologie. *Introduction à la sociologie*, 101-127.
- Roussillon, R. (2002). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. *Revue Belge de Psychanalyse*, 40, 25-42.
- Savard, N. (2010). *La théorie de l'attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance*. [https://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/dossierthematique\\_theoriedelattachement\\_5.pdf](https://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/dossierthematique_theoriedelattachement_5.pdf)
- Kolk, B. A. van der. (2019). *Le corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. A. Michel.
- Winnicott, D. W., Kalamantovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. (2007). *La mère suffisamment bonne*. Payot & Rivage.
- Winnicott, D. W. (1964). Le nouveau-né et sa mère. In *Le bébé et sa mère* (p. 57-75).

Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In *La mère suffisamment bonne* (p. 57-50).

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2017). Chapitre 1. Modèle théorique de la thérapie des schémas. In *Carrefour des psychothérapies* (p. 23-92). De Boeck Supérieur.  
<http://www.cairn.info/la-therapie-des-schemas--9782807308510-page-23.htm>

Vu le maître de mémoire  
Le 7 Mai 2020  
Denis Mortamet

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping letters that appear to be 'DM' followed by a long horizontal stroke extending to the right.

**Auteur** : Emma MARTINEZ-ALMOYNA

**Titre** : Accompagner la construction du lien mère-bébé dans un groupe accueil pour personnes en demande d'asile.

**Mots – clés** : Lien d'attachement – Attachment bond / Enveloppe culturelle – Cultural envelope  
Traumatismes physique et psychologique – Physical and psychological traumas

**Résumé** : Devenir parent est une étape importante dans la vie. Le lien d'attachement mère-bébé se construit grâce aux compétences du parent mais également celles du bébé, à la réciprocité des échanges entre l'enfant et son parent, mais également grâce à l'entourage et l'environnement qui les entourent. Comment ce lien se crée-t-il lorsqu'un traumatisme maternel entrave la relation ? L'exil, la perte de l'enveloppe culturelle, la solitude, associés à cela les traumatismes physiques et psychologiques subis pendant la migration impactent la relation mère-bébé. Comment un accompagnement groupal en psychomotricité peut-il permettre aux familles en situation de précarité d'établir une relation stable avec leurs enfants ? Grâce à l'étaillage communautaire et à l'étaillage des soignants, une dyade impactée par les traumatismes maternels a progressivement pu construire un lien vraisemblablement plus fort et sécurisé.

To become a parent is an important step in life. The attachment bond of mother-baby is built thanks to the parent's skills but also thanks to the baby's, to the reciprocity of exchange between the child and his parent, but also thanks to the family circle and the environment which surround them. How does this bond connect when maternal traumas hinder the relationship ? Exile, the loss of the cultural envelope, loneliness, combined with the physical and psychological traumas suffered during migration, impact the mother-baby relationship. How can group support in psychomotor skills enable families in precarious situations to establish a stable relationship with their children ? Thanks to community support and caregivers support, a dyad impacted by maternal traumas has gradually been able to build a bond which is probably stronger and safer.