

Claire Mestre

**Psychiatre-psychothérapeute
et anthropologue
Responsable de la consultation
transculturelle**

Centre hospitalier universitaire
de Bordeaux

Présidente

Association Ethnotopies

**Responsable du DU Médecines
et soins transculturels**

Université de Bordeaux

Estelle Gioan

**Psychologue clinicienne,
service de la consultation
transculturelle**

Centre hospitalier universitaire
de Bordeaux

Référente périnatalité

Association Ethnotopies

Carline Thibault

**Psychologue clinicienne,
stagiaire, service de la
consultation transculturelle**

Centre hospitalier universitaire
de Bordeaux

Femmes exilées et périnatalité : pour un berceau et un éveil transculturels

Le dispositif transculturel allie les soins psychothérapeutiques réalisés au centre hospitalier universitaire de Bordeaux et des ateliers conçus en partenariat avec l'association Ethnotopies¹ qui a pour but les soins et la prévention auprès des populations migrantes. Notre pratique en clinique transculturelle et dans nos recherches cliniques utilise une méthodologie spécifique : le complémentarisme², soit l'utilisation de façon non simultanée de l'anthropologie et de la psychanalyse. Nous avons toutefois à faire à une complexité qui nous oblige à être en dialogue avec d'autres domaines – la sociologie, la philosophie, l'histoire, la psychologie, la médecine... – qui permettent d'éclairer les situations dont les multiples problématiques sont souvent enchevêtrées dans des précarités en cascade (d'ordres linguistiques, sociales ou culturelles). Cette perspective holistique permet de mieux évaluer les situations vécues par nos patients, particulièrement les femmes en situation de périnatalité, et de mesurer l'impact des pratiques institutionnelles. Il s'agit en effet d'avoir des outils de soin accordés aux vulnérabilités des femmes exilées et migrantes, à partir de leur grossesse et jusqu'à la période des 3 ans de l'enfant – date à partir de laquelle il entre à l'école. Nous examinerons comment nos outils d'accueil, de soins et d'observation, issus d'une longue expérience et d'une connaissance des facteurs de vulnérabilité, permettent une influence thérapeutique sur les femmes et leurs enfants en bas âge.

Les leviers thérapeutiques

Dans le cadre de la clinique transculturelle³, nous utilisons les leviers suivants :

- le groupe pour ses vertus contenantes et étayantes. Il est un élément culturel pour les femmes issues de sociétés dites « traditionnelles » où le groupe, la communauté, la famille élargie priment sur l'individu. Il est un élément favorisant pour toutes celles pour lesquelles le face à face est un obstacle, voire une menace, à la relation. Enfin, il garantit une fluidité de la pensée et des gestes ;
- la langue maternelle et le va-et-vient avec notre langue grâce au travail précieux des interprètes-médiateurs professionnels ;
- la posture professionnelle, qui est également décisive. La curiosité et la réflexivité sur la culture de notre propre société sont de mises, particulièrement quand elle évolue sur les questions de

soins aux bébés et sur les principes d'éducation, et quand elle s'aveugle sur la normativité qu'elle imprime. C'est tout un travail de décentrage, de réflexivité, favorisé par le travail de groupe ;

- la posture politique, par l'évaluation des facteurs externes qui empiètent sur la santé et les relations précoces. Elle permet de ne pas imputer les difficultés aux personnes elles-mêmes et de donner à ces dernières un pouvoir d'agentivité par la révélation de ces obstacles. Il s'agit pour nous d'un engagement éthique essentiel.

Les facteurs de vulnérabilité

Le premier facteur de vulnérabilité⁴ est individuel et psychologique, proche de ce que peuvent vivre toutes les femmes pendant la grossesse. Une plus forte sensibilité donne accès à des éléments anciens vécus pendant la petite enfance ; des souvenirs oubliés peuvent réapparaître. La tristesse, les insomnies ou les plaintes somatiques sont autant de signaux de détresse psychique, mais aussi parfois de traumatismes antérieurs non élaborés.

Le deuxième facteur de vulnérabilité concerne les enjeux de la migration, soit la confrontation à de nouveaux codes culturels dans des contextes de solitude et d'isolement. Sur quels repères s'appuyer pour accueillir ces bébés de l'exil ?

Comment se transmettent les pratiques de maternage chez nous ? Comment protège-t-on nos bébés ?



¹ Site internet de l'association Ethnotopies.

² Devereux, G. (1985). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion.

³ Nous empruntons ces outils aux travaux antérieurs réalisés par Tobie Nathan, Marie Rose Moro et leurs équipes.

⁴ Mestre, C. (dir.) (2016). *Bébés d'ici et mères d'exil*. Érès.

5 Stork, H. (1999). *Introduction à la psychologie anthropologique*. Armand Colin.

6 Quattoni, B. (2016). Mères migrantes traumatisées et leur enfant : transmission ou reproduction du trauma ? Dans C. Mestre (dir.), *Bébés d'ici et mères d'exil* (p. 285-320). Érès.

7 Soit les psychothérapies et les groupes transculturels.

8 Mestre, C. et Marie Thérèse, S. (2025). Une anthropologie du bébé en exil. *L'autre*, 26(2).

Le cumul de précarités – sociale, administrative, linguistique, culturelle, économique et psychique – fragilise grandement les compétences de ces parents. La solitude est un enjeu de gravité majeur, le huis clos avec le bébé aussi. Le maillage avec les différentes structures institutionnelles et associatives permet de tisser une toile de protection pour ces familles. L'approche des contenants de pensée – la langue, la religion, les médiations artistiques et culturelles, le repérage des structures ressources – est un travail minutieux pour qu'une pensée souvent empiétée par de multiples soucis du quotidien puisse émerger dans un lien de confiance. D'autant que ces mères peuvent avoir vécu des violences cumulatives dans le pays d'origine, sur la route de l'exil et dans la société d'accueil.

Le troisième facteur est le rapport des familles avec les professionnel·le·s de nos institutions qui peuvent considérer leurs façons de faire, de dire et de penser comme universelles et évidentes. Ils peuvent avoir une considération négative de ces parents de manière indue et dévaloriser leurs pratiques. À titre d'exemple, ils peuvent considérer que le fait de masser son enfant pour hydrater sa peau tous les jours ou de le coiffer avec soin et attention sont des actes moins importants que de lui parler et de jouer avec lui. Ces frictions peuvent créer des conflits de maternage⁵ et d'éducation, mais aussi des tensions importantes autour des considérations sur ce dont un enfant aurait besoin et ce que serait un « bon parent » dans nos normes. Notre souci est de prévenir les violences institutionnelles.

Des espaces transculturels métissés

Les espaces suivants s'inscrivent dans les enjeux de prévention précoce des dysfonctionnements des interactions mère-enfant et de transmission du trauma mère-enfant⁶ :

- les causeries pour femmes enceintes pour accompagner la grossesse dans ces diffé-

rentes dimensions et un atelier-massage pour les tout-petits à la Maison des Familles ;

- un atelier accueil du nouveau-né à la Parentèle permet la valorisation des objets culturels (les différentes pratiques de maternage, les berceuses...) pour favoriser les interactions mère-enfant ;
- les rencontres autour des livres, des musiques et des langues pour les parents et les enfants – à partir du moment où ils ont acquis la marche et jusqu'à leurs 3 ans –, à l'espace du Petit Prince ;
- les rencontres maternités familles en exil rassemblent des professionnels et bénévoles qui peuvent se trouver eux-mêmes dans des situations de solitude et des sentiments d'impuissance.

Ces espaces complémentaires s'inscrivent dans un accueil pluridisciplinaire où les regards se croisent. Ils sont proposés dans des lieux-ressources où les familles peuvent retourner en dehors de nos actions. Ils nous permettent de construire un berceau métissé afin de soutenir les parents, les mères particulièrement et les bébés. Il s'agit d'encourager des attachements stables et sécurisés, d'éveiller à des relations chaleureuses en invitant les bébés et les parents dans nos lieux. Ces rencontres permettent aussi une transformation de nos institutions et de nos lieux d'accueil.

Les soins et la prévention auprès des bébés

Les soins psychothérapeutiques⁷ s'accompagnent d'une pratique d'observation minutieuse grâce à la méthodologie de l'observation à la manière d'Esther Bick et de l'ethnographie⁸. Les observations retravaillées en groupe permettent d'articuler l'évolution de la confiance des mères à nos groupes de soin avec la transformation des interactions mère-bébé. Les ateliers, souvent très appréciés par les mères, leur permettent de reprendre confiance ; le retentissement sur le lien à l'enfant en est immédiatement métamorphosé. Nous observons alors que la détente d'une mère, persuadée d'être entendue (dans sa langue) et considérée de façon singulière (dans son histoire) dans un climat protecteur, voire joyeux, en relation avec d'autres parents (mères) et des professionnelles, influe sur le bébé, même de quelques mois, pour relâcher l'étreinte avec sa mère. La relation tendue, anxieuse, voire effrayée/effrayante, s'assouplit et c'est le gage d'une prévention pour le développement du bébé. Cette évolution, évidente pour tout spécialiste de la relation mère-bébé précoce, est le fruit de dispositifs pensés en amont, travaillés simultanément, pour rendre vivantes les relations précoces, malgré un environnement menaçant et carencé.

C'est tout le sens de nos actions de soins et de prévention : prévenir qu'un désordre supplémentaire du fait d'une grossesse ou d'une naissance mise à mal, se rajoute à leur situation d'extrême précarité. Cette situation ne doit pas empiéter sur les relations mère-bébé déjà menacées par l'exil, et se rajouter aux nombreux obstacles, parfois catastrophiques, déjà vécus par les femmes. ▶

