

École de SAGES-FEMMES  
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé  
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES  
DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016

***Devenir mère en situation d'immigration :  
le vécu des femmes de la grossesse au post-partum.***  
Étude qualitative réalisée à la maternité du CHRU de Brest  
d'Octobre à Décembre 2015.

Présenté et soutenu par  
**Floriane Corre**  
Née le 23 Décembre 1992

Directeur de mémoire : Claudie HAXAIRE

## Remerciements

Je remercie Claudie Haxaire d'avoir accepté de diriger mon travail. Merci de votre investissement et des connaissances enrichissantes que vous transmettez.

A Françoise Jubil, pour votre patience, votre soutien, et vos conseils précieux.

A mes parents, Ludivine ma sœur, et Matthieu mon frère. Un grand merci pour votre participation à ce mémoire, vos encouragements inépuisables depuis des années, et votre présence apaisante.

A Adeline, Aurélie, Céline, Fanny et Morgane. Merci pour votre amitié à toute épreuve qui n'est pas prête de s'arrêter.

A toute ma promotion, un groupe aussi différent qu'attachant.

A François, pour sa grande présence tout au long de ce travail. Merci pour ton amour depuis ces six dernières années, et toutes celles à venir.

Enfin, je remercie toutes les femmes qui ont participé à mon étude, pour leurs témoignages émouvants et très enrichissants.

*« Mora, Mora. Doucement, Doucement. Prendre le temps de regarder  
et de comprendre la personne en face de soi ou la chose qu'il faut traiter »*

*[C]*

# Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Matériels et Méthodologie.....	3
2.1 Rappel des objectifs.....	3
2.1.1 Objectif principal.....	3
2.1.2 Objectifs secondaires.....	3
2.2 Type d'étude.....	3
2.3 Population étudiée.....	3
2.4 Déroulement de l'enquête.....	4
2.4.1 Date et lieu.....	4
2.4.2 Recrutement.....	4
2.4.3 Guide d'entretien.....	4
2.5 Saisie et analyse des données .....	4
2.6 Règles éthiques.....	5
3. Résultats.....	5
3.1 Présentation de la population (annexe II).....	5
3.2 Interprétation des résultats.....	5
3.2.1 Le vécu des femmes immigrées du pré au post-partum.....	6
3.2.1.1 Le vécu de la grossesse.....	6
3.2.1.2 Les souvenirs du travail et l'accouchement .....	7
3.2.1.3 La notion de douleur.....	8
3.2.1.4 Le séjour en maternité.....	8
3.2.1.5 La perspective du retour à domicile.....	9
3.2.1.6 L'influence de la multiparité.....	10
3.2.2 La relation avec les professionnels de santé.....	10
3.2.3 Le pays d'accueil.....	12
3.2.3.1 Les raisons de migration.....	12
3.2.3.2 La maternité .....	12
3.2.3.3 L'adaptation.....	14
3.2.3.4 La place de l'entourage.....	16
4. Discussion.....	17
4.1 Limites et points forts de l'étude.....	17
4.2 Interprétation des résultats.....	17
4.2.1 Les difficultés relevées derrière ce statut d'« étranger ».....	18
4.2.1.1 L'adaptation à une nouvelle société.....	18
4.2.1.2 L'isolement psychosocial.....	20
4.2.1.3 La notion de précarité et d'accès aux soins.....	21
4.2.2 Les relations soignant-soigné.....	23
4.2.2.1 Entre incompréhension et racialisation.....	23
4.2.2.2 L'importance de l'écoute et de l'accompagnement maternel.....	25
4.3 Réflexion et proposition d'outils pour les professionnels de santé.....	26
5. Conclusion.....	28
6. Références bibliographiques.....	29
7. Annexes.....	33

## **1. Introduction**

L'immigration est un sujet très vaste faisant souvent polémique dans le pays d'accueil. Pourtant, elle fait partie de l'Histoire de la France. Dès 1793, des codes et des droits apparaissent, en lien avec la notion d'étranger (1). Les politiques d'immigration et les flux migratoires historiques ont principalement eu lieu lors de la révolution industrielle au XIXème siècle, à la fin de la première guerre mondiale et lors des Trente Glorieuses (2,3).

La France est actuellement une société multiculturelle. Selon un dernier rapport de l'Institut National de Statistique et des Études Économiques (INSEE) (4), il y a environ 5,9 millions d'immigrés, soit 8,9 % de la population (ces chiffres ne comprennent pas l'immigration illégale car seuls les titres de séjour sont comptabilisés). Cela représente environ 800 000 immigrés de plus par rapport au bilan de 2004. La migration devient de plus en plus européenne, du fait de l'élargissement des frontières depuis la signature de l'Accord de Schengen (5) en 1985, appliqué en 1995. Pour schématiser, un tiers des immigrés sur le territoire français est originaire d'Europe, un tiers du continent africain et un tiers de l'ensemble des autres pays du monde. De plus, la population migrante, à destination de la France, recouvre davantage des personnes diplômées et âgées, et la proportion de femmes est en constante augmentation (6).

Ces derniers mois, de nombreux flux migratoires ont eu lieu en Europe du fait de situations de Guerre dans les pays du moyen-orient. Cependant, d'autres motifs de migration sont évoqués comme le regroupement familial prévu par la loi de 1974 (7), les études, ainsi que les raisons professionnelles et humanitaires (8).

Certains mouvements vers les pays occidentaux peuvent être accompagnés d'une vision idéale, aussi bien économique que sociale, qu'ont les migrants de la terre d'accueil. Il existe un changement de vie, pouvant être contraire à celui imaginé, imposant une forte nécessité d'adaptation du fait de la perte de repères de la société d'origine.

Les motifs de migration sont importants à connaître lors de la prise en charge obstétricale et gynécologique globale des femmes immigrées. En effet, en plus du phénomène d'adaptation, certaines femmes peuvent être plus vulnérables suite à des violences ou des pressions subies aussi bien physiques que psychologiques, dans leur pays d'origine ou durant le trajet vers le pays d'accueil. Ces multiples fragilités se superposent à la période particulière de la grossesse et de la parentalité. Ce moment fait de remaniements aussi bien psychiques qu'organisationnels, un temps

où la femme, le couple, se conçoit en tant que parents, sans avoir eu le temps peut-être, de se construire soi-même une identité dans cette nouvelle société. Les notions de précarité et de discrimination, principale conséquence de la différence d'origine ethnique décrit dans l'enquête «Trajectoires et Origines» (9), se surajoutent à cette problématique. En lien avec la précarité augmentée, le recours aux soins est plus faible dans la population immigrée. De plus, par rapport à la population générale, la déclaration de grossesse est plus tardive et le suivi mensuel est irrégulier avec une moyenne plus importante de femmes ayant moins de sept visites prénatales. Il y a une fréquence augmentée de certaines pathologies, comme l'hypertension et le diabète gestationnel (10,11). Enfin, le statut d'immigré est un facteur favorisant les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum du fait, par exemple, de la barrière de la langue (12).

Les sages-femmes, ainsi que tous les professionnels de santé en lien avec ces femmes, de par leur métier, sont amenés à s'occuper régulièrement de personnes étrangères. De nombreuses rencontres interculturelles ont alors lieu. Or actuellement, des stéréotypes et préjugés persistent devant le statut d'étranger. L'évocation dans certains services médicaux du «*syndrome méditerranéen*» en est un exemple. Derrière ces cris, ces plaintes, les femmes peuvent exprimer une douleur ou un besoin de se faire aider et accompagner, du fait par exemple de l'absence de leur entourage. La gêne et l'incompréhension des professionnels de santé devant des manifestations qu'ils jugent exagérées ou déplacées, peuvent amener à une stigmatisation de ces populations. Il est ainsi plus facile de cataloguer ces manifestations sous un pseudo syndrome, que d'essayer d'en comprendre le sens (13). Il est donc important de lutter contre cette catégorisation ethnique afin de permettre à ces femmes de se construire en tant que mère.

La richesse d'une rencontre et d'un échange est basée sur l'écoute et la découverte de l'Autre. Apprendre à connaître uniquement son pays et ses coutumes n'est pas la solution. Cela pourrait entraver une prise en charge optimale de la personne en dissimulant les réelles difficultés rencontrées, aussi bien sociales, psychologiques, qu'organisationnelles.

Chacune des personnes doit être écoutée et entendue de façon singulière, et non en tant qu'étranger uniquement, *a fortiori* réduit à sa «*culture*». Il faut s'intéresser aux conditions de vie de ces femmes qui ont mis au monde leur enfant, elles-mêmes éloignées de leur propre pays de naissance. Ces différentes notions renvoient à celle de la vulnérabilité et amènent à se poser la question : en situation d'immigration, quel est le vécu des femmes immigrées lors du suivi de la grossesse, de l'accouchement, et du post-partum ? De quelles difficultés ces femmes relèvent-elles ?

Nous répondrons à cette question grâce à une enquête qualitative réalisée auprès des principales concernées : les femmes en situation d'immigration. Après avoir décrit la méthode utilisée et présenté les résultats, nous les discuterons en confrontant les données de l'enquête à celles trouvées dans la littérature. Nous conclurons sur des propositions d'outils que les professionnels de santé pourraient utiliser afin d'accompagner au mieux les femmes immigrées, en leur permettant de se projeter sereinement dans l'avenir.

## **2. Matériels et Méthodologie**

### **2.1 Rappel des objectifs**

#### **2.1.1 Objectif principal**

L'objectif principal de cette enquête est d'évaluer le vécu des femmes immigrées à propos de leur suivi de grossesse, l'accouchement et le séjour en maternité, à travers leur contexte de vie actuel et la relation établie avec les professionnels de santé.

#### **2.1.2 Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires de cette étude sont d'objectiver les difficultés rencontrées, et d'identifier leurs attentes en terme de suivi et d'accompagnement.

### **2.2 Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative, sous forme d'entretiens semi-directifs réalisés auprès des femmes immigrées. L'entretien semi-directif est résumé par Van Campenhoudt et Quivy (14) comme un « *véritable échange au cours duquel l'interlocuteur exprime ses perceptions d'un événement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences (...)* Le chercheur facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche (...) ». Ici, nous nous sommes partiellement appuyés sur l'analyse par théorisation ancrée ou « *grounded theory* » de Gaser et Strauss (15) qui fait évoluer le questionnement à mesure de l'analyse en continu des entretiens.

### **2.3 Population étudiée**

Les témoignages de femmes immigrées en France métropolitaine ont été recueillis. Les critères d'inclusion ont été peu restrictifs afin de pouvoir sélectionner suffisamment de patientes pour les entretiens. Ainsi, ont été incluses les femmes de nationalité autre que française, et arrivées en France depuis 5 ans au maximum. Ont été exclues de la recherche les femmes non francophones

ou ayant une maîtrise imparfaite de la langue. La parité et la voie d'accouchement (voie basse, extraction instrumentale, césarienne) ont été prises en compte lors de la réalisation des entretiens mais ne font pas parties des critères de sélection.

## **2.4 Déroulement de l'enquête**

### **2.4.1 Date et lieu**

L'enquête s'est déroulée dans le service de maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Morvan à Brest. Les entretiens ont été réalisés d'Octobre à Décembre 2015.

### **2.4.2 Recrutement**

Dans un premier temps, et après autorisation au préalable des coordinateurs en maïeutique, nous sommes allés à la rencontre des professionnels de santé en garde dans le service de maternité, afin de les questionner sur la présence de femmes d'origine étrangère. En cas d'affirmation, nous prenions connaissance de l'origine dans le dossier médical de la femme et de l'année d'arrivée en France. En l'absence de cette dernière donnée, nous allions oralement la demander aux femmes. Puis, après avoir présenté sans détail l'enquête afin de ne pas influencer les réponses, chaque femme a été rencontrée seule dans leur chambre en service de maternité à partir du deuxième jour du post-partum.

### **2.4.3 Guide d'entretien**

Le guide d'entretien (annexe I) a été validé par Claudie Haxaire (expert en anthropologie). L'entretien contient 6 grands items. Chaque thème comporte une ou deux questions principales ouvertes et plusieurs relances afin de recentrer sur la problématique principale et de permettre aux interviewées de rebondir sur leurs réponses. Le guide d'entretien ne respecte pas un ordre précis : les entretiens sont adaptés en fonction de la personne rencontrée et de son récit. Des sujets supplémentaires peuvent être ajoutés ou précisés à nouveau au cours de l'enquête.

Les sujets abordés sont la grossesse (actuelle et antérieures), l'accouchement, le post-partum, le retour à domicile, l'histoire de la migration, les coutumes, les informations socio-démographiques et la conclusion sur le déroulement de l'entretien.

## **2.5 Saisie et analyse des données**

L'analyse par théorisation ancrée respecte une méthodologie précise. Chaque entretien a été enregistré puis entièrement retranscrit par ordinateur, sans reformulation, afin d'en extraire au mieux



toutes les informations ainsi que les émotions brutes des femmes. En effet, tous les moments d'hésitations et de réflexions ont été rapportés. La réalisation de l'étude s'est effectuée en parallèle de l'analyse des premiers entretiens, avec la lecture simultanée de documents. Plusieurs étapes sont nécessaires à l'analyse des données. En premier, la codification ouverte analyse « *les premières entrevues en profondeur pour en dégager les catégories pertinentes* ». Puis la codification axiale « *permet d'approfondir les catégories* ». Avant la dernière étape, un ou plusieurs thèmes principaux sont retenus : ils englobent chacun plusieurs items prédéfinis et « *permettent de développer la théorie globale* ». Pour finir, la codification sélective détermine « *les liens regroupant la ou les catégories centrales aux autres catégories* » (16).

## **2.6 Règles éthiques**

Le consentement libre et éclairé des personnes a été recueilli oralement pour la réalisation de l'entretien et l'enregistrement audio. Afin de ne pas nuire aux personnes enquêtées, l'anonymat a été respecté. Du fait de la présentation détaillée des caractéristiques obstétricales et personnelles des femmes, ces dernières ont été respectivement nommées par les six premières lettres de l'alphabet, de l'entretien le plus récent au plus ancien.

## **3. Résultats**

### **3.1 Présentation de la population (annexe II)**

La durée moyenne des entretiens était de 44,33 minutes. Au total, six patientes ont été interviewées. Elles étaient arrivées en France il y a 4,2 années en moyenne. Quatre femmes sur six avaient un niveau d'étude dans l'enseignement supérieur (bac + 2 à bac + 5). Par contre, aucune n'avait une activité professionnelle : quatre femmes touchaient les allocations chômage, et deux bénéficiaient du Revenu de Solidarité Active (RSA). La majorité des femmes interviewées étaient originaires du continent Africain (quatre femmes sur six), étaient mariées et nourrissaient leur enfant au sein (cinq femmes sur six). La moyenne d'âge était de 28 ans. Quatre femmes sur six étaient multipares et avaient accouché de leurs enfants en France métropolitaine. Seulement deux femmes sur six avaient assisté aux cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) .

### **3.2 Interprétation des résultats**

Les thèmes principaux ayant émergés de l'analyse des entretiens étaient :

- le vécu globalement bon des femmes du pré au post-partum révélant plusieurs difficultés

d'ordre social, psychologique et économique

- l'histoire du pays d'accueil : la nécessité d'adaptation entre difficulté organisationnelle, isolement social et enrichissement personnel
- la relation avec les professionnels de santé : du sentiment d'incompréhension à la transposition de la figure maternelle

### 3.2.1 Le vécu des femmes immigrées du pré au post-partum

#### 3.2.1.1 *Le vécu de la grossesse*

Toutes les femmes ont déclaré leur grossesse avant la fin du troisième mois. Lors de l'entretien, elles se remémoraient un moment heureux lors de l'annonce de leur grossesse. Le vécu global des neuf mois semblait avoir été satisfaisant pour la totalité des interviewées malgré une difficulté physique ressentie ponctuellement pour certaines d'entre elles.

Mme F racontait que sa grossesse s'était déroulée sans points négatifs.

Il en était de même pour Mme B malgré « *une difficulté (...) les 5 premiers mois (...) pour les nausées. Mais c'est normal* ».

Mme A : « *ça s'est bien passé mais (...) j'étais un peu plus fatiguée* ».

En lien avec un diabète gestationnel découvert à la fin du premier trimestre, Mme C insistait sur le fait que « *psychologiquement, il faut être très forte (...) Déjà parce qu'on change complètement d'habitudes* ». Avec du recul, elle disait que « *c'était pas si difficile, c'est juste une pratique* » car Mme C préférait le salé : « *c'est culturel* ». En effet, « *ici le sucre est abondant, les gâteaux, tout est abondant à portée de main. Mais là-bas, c'est assez dur de se procurer ce genre de choses parce que c'est beaucoup plus cher là d'où je viens* ». Mais, « *à part la fatigue, tout s'est bien passé* ».

Mme E : « *top, à part le septième mois* » où elle évoquait à plusieurs reprises des douleurs.

Mme D a trouvé que sa grossesse s'était bien passée. Mis à part le dernier mois pendant lequel elle ne dormait pas à cause de contractions.

Les femmes s'exprimaient principalement sur les inconforts physiques que pouvaient entraîner leur grossesse. Seule Mme D, à la fin de l'entretien, décrivait une difficulté liée aux déplacements. Elle n'a pas pu se rendre à tous ses rendez-vous : « *c'était difficile, j'ai pas de véhicule* ». Elle racontait qu'un jour, elle avait « *juste une demi-heure de retard (...) Ils ne m'ont pas pris alors que j'avais deux bus, une heure de trajet, et ils m'ont pas pris donc c'était difficile* ».

### 3.2.1.2 *Les souvenirs du travail et l'accouchement*

Parmi les six femmes rencontrées, seules Mme B et Mme F racontaient brièvement leur accouchement. Globalement, Mme B avait bien vécu ce moment du fait de son expérience : *« j'ai déjà eu ça, ce n'est pas la première césarienne »*, mais évoquait tout de même *« un petit peu de stress »*. Elle n'a pas eu *« un accouchement normal »* mais une césarienne pour la deuxième fois.

Mme F était revenue à deux reprises sur la difficulté physique de son accouchement qui était *« un peu dur, il ne voulait pas sortir, la tête n'était pas bien mise, c'était dur. »*

Mme A, Mme C, Mme D et Mme E racontaient en détail leur prise en charge. Les trois premières femmes (A, C, D) insistaient sur le fait que leur accouchement s'était passé très rapidement.

Au vu de l'émotion exprimée, Mme A semblait avoir un souvenir positif de son accouchement. En effet, elle paraissait heureuse de raconter son histoire et riait par moment. Elle insistait sur le fait que *« les grossesses sont différentes, les femmes sont différentes (...) Chacun est unique »*. Mme A était hospitalisée en service de Grossesses à Haut Risque (GHR), son accouchement a été déclenché. Elle se rappelle de son travail qui a *« commencé tard dans la nuit »* avec des contractions *« plus violentes »*. Dès que la poche des eaux a rompu : *« je me suis assise, et le temps que j'ouvre les pieds seulement, l'enfant est sorti »*. Elle soulignait l'importance de l'accouchement par les voies naturelles car elle a une représentation négative du geste de la césarienne : *« je ne veux pas qu'on rentre dans mon ventre, comme un poulet qu'on découpe ! »*.

Mme C avait vécu elle aussi un accouchement rapide, voire *« trop vite »*, en comparaison avec son premier accouchement : *« une longue attente »* et un moment douloureux décrit comme une *« agonie »*.

Mme D décrivait son accouchement comme : *« très difficile, pour moi et pour elle aussi (...) très rapide (...) mon enfant était déjà là, très vite »*. Mme D s'était présentée aux urgences en travail et savait que c'était *« un peu risqué »* (Remarque : une césarienne était normalement programmée car son enfant se présentait par le siège et son poids était estimé à 4 kilos). Elle évoque sa peur ainsi que celle des professionnels de santé *« je crois qu'ils ont eu peur (...) Ils étaient obligés de faire un accouchement par voie basse donc c'était un peu compliqué »*. Mme D bénéficiera d'un entretien auprès d'une psychologue dont les conclusions seront : *« mauvais vécu du fait d'un accouchement très difficile »*.

Enfin, Mme E semblait avoir vécu sereinement le début du travail : *« 5h30, je trouve de l'eau. J'ai pas peur (...) La première chose à laquelle j'ai pensé c'est de faire mes cheveux »*. Elle a eu une césarienne en urgence au cours du travail. Mme E se souvenait du moment où le cœur de son enfant

a ralenti : « *l'équipe venait souvent, ça m'a fait beaucoup de peur* ». Mais, elle a bien vécu ce moment car elle était inquiète du déroulement de l'accouchement car son enfant se présentait par le siège : « *un seul pied en premier. Ça me faisait peur (...) Moi j'étais contente, mais mon mari non (...) Au final j'aurais préféré une césarienne directement* ».

### **3.2.1.3 La notion de douleur**

La douleur est une notion intéressante à analyser. Cinq femmes sur six avaient souhaité la péridurale. Cet acte médical est fréquent et pris en charge financièrement dans nos structures hospitalières. Or, dans la totalité des pays d'origine des femmes interviewées, la pose de péridurale est payante. Ce « confort » matériel et le non avancement des frais étaient très appréciés pour cinq femmes sur six.

Seule Mme A avait pour projet d'accoucher sans péridurale. En effet, le caractère naturel de l'accouchement est très important pour elle : « *Faut sentir tout ça pour donner la vie, il ne faut pas que ce soit facile...* ». Au cours de l'entretien, elle décrivait son besoin de crier pour extérioriser : « *Au début, j'arrivais à respirer, à inspirer, souffler... Mais vers la fin, on ne sait plus si on expire, on inspire, ça fait tellement souffrir (...) C'était tellement douloureux que j'ai crié* ». La sage-femme lui a alors proposé à deux reprises une péridurale : « *j'ai dit « non ! » (...) Je veux sentir mon enfant descendre, je veux tout sentir... Ça fait mal ! Mais dans ma tête, il y a quelque chose qui me dit non* ». Lors de son deuxième accouchement qui a eu lieu très rapidement dans le véhicule des sapeurs-pompiers, Mme A décrivait son besoin d'extérioriser la douleur : « *j'ai fait exprès de crier pendant les contractions, je me suis laissée aller, j'ai crié, j'ai dit « mais allons-y ! », j'ai crié dans tout l'immeuble* ». Elle se remémorait aussi par comparaison son mauvais vécu lors de son premier accouchement. Mme A ne souhaitait pas la péridurale mais «  *finalement le médecin m'a conseillée (...) Je ne veux jamais refaire ça (...) ce n'est pas une bonne expérience du tout (...) On ne récupère pas vite* ».

### **3.2.1.4 Le séjour en maternité**

Les entretiens ont eu lieu au deuxième ou troisième jour après l'accouchement. Toutes les femmes semblaient avoir un bon vécu et étaient satisfaites de l'accompagnement familial et/ou médical.

Mme D et Mme F évoquaient très brièvement, mais de façon positive, leur séjour en maternité. Mme F se disait être « *contente* » actuellement. Mme E, elle aussi, était satisfaite de son accompagnement. Elle racontait que dans ce service, elle a pu combler le manque de sa mère,

qu'elle évoquait à plusieurs reprises. En effet, « *la maman n'est pas là, mais c'est comme si. (...) L'aide de la maman est très importante justement, dans la cuisine, avec le bébé. Mais j'ai retrouvé ça ici, dans le service* ». Le seul point négatif évoqué était la nourriture : Mme E ne mange que halal.

Certaines évoquent en plus de la fatigue et de la douleur. Mme A avait des douleurs abdominales mais décrivait ça comme un « *mal nécessaire (...) Ils m'ont dit que c'est bien* ». Mme B : « *à cause de la césarienne, un petit peu de fatigue* » mais, « *ça va passer* » grâce à l'aide de sa famille. Mme C, à propos de son allaitement : « *je trouve ça super parce que je me sens accompagnée* ».

### 3.2.1.5 *La perspective du retour à domicile*

Les entretiens font ressortir deux sentiments en ce qui concerne le retour à domicile. Mme A, Mme B, Mme C et Mme F envisageaient sereinement le retour à domicile. Quant à Mme D et Mme E, elles exprimaient des craintes au vu de la sortie, principalement du point de vue de l'organisation.

Mme B semblait sereine car « *maintenant, il y a mon papa, ma maman qui arrivent du Maroc, mon frère aussi (...) tout est organisé, tout est bien* ». Grâce à « *la famille, l'aide* », la fatigue due à la césarienne qu'elle évoquait auparavant, « *ça va aller* ». Mme F envisageait sa sortie en étant « *heureuse* ». Elle n'exprimait aucune crainte car : « *ma mère, elle va m'aider* ».

Mme C : « *J'ai pas peur. Tout est organisé* ».

A l'inverse, Mme D exprimait des peurs en ce qui concerne l'organisation : « *ça va être assez difficile comme j'ai un enfant qui est très actif, qui a 19 mois, donc ça va être difficile. J'ai très peur* », ainsi que des difficultés financières : « *on a des problèmes, au niveau financier... Parce que ses affaires, on n'a toujours pas acheté... Ça va être un peu compliqué* ». Depuis son accouchement, il y a deux jours, Mme D n'avait pas souhaité rencontrer l'assistante sociale.

Mme E : « *des choses qui font peur (...) comment on va réussir à le faire dormir loin de nous* ». Elle évoquait aussi les douleurs : « *c'est dur, ça c'est le problème pour le retour à la maison* ». Mais Mme E semblait rassurée : « *maman arrive le 13. J'espère. Pendant dix jours on va galérer un peu mais après ça va. Mais il y a quelqu'un qui passera à la maison, avec la Protection Materno-Infantile (PMI) donc super* ».

Dans la majorité des entretiens, la famille, notamment la mère qu'elle soit absente ou non, représente une aide indispensable.

### 3.2.1.6 *L'influence de la multiparité*

Bien que l'objectif de cette étude ne soit pas d'établir une comparaison en fonction de la parité de chaque femme, une nuance relevée lors de l'analyse de l'entretien est importante à soulever. En effet, au-delà des différents problèmes de santé, la multiparité entraînait dans les discours une « confiance » lors de la grossesse et du retour à domicile.

Pour sa première grossesse, Mme C se remémorait « *un temps d'adaptation qui a duré à peu près 2 ans (...) c'était vraiment difficile de changer de rythme de vie, de devenir mère au foyer, de m'occuper de la maison et de la petite* », mais conclut en disant que c'était « *une bonne expérience* ». Mme A avait pu « *comparer les choses* ». Pour ses deux premiers, elle n'avait personne pour l'aider : « *il n'y a pas les parents ici, à part quelques amis* ». Mme B avait difficilement vécu le retour à la maison du fait de son isolement : « *par rapport à la famille, je ne connais personne. Donc quand je rentre à la maison, il n'y a rien et je commence à pleurer* ». Mme D se souvenait que pour son aîné « *c'était bien parce que j'avais ma mère, elle m'aidait à garder le bébé* ».

### 3.2.2 *La relation avec les professionnels de santé*

Seule Mme F ne s'était pas exprimée sur la relation qu'elle avait entretenue avec les professionnels de santé rencontrés. Pour les autres, les avis étaient divers. Mme E et Mme B trouvaient qu'elles avaient été bien accompagnées dans l'ensemble.

Mme E : « *ici ce qui est bien, c'est les cours de préparation à l'accouchement, ça m'a aidée (...) Tous les gens sont très gentils (...) comme si c'était le premier bébé qu'ils voyaient* ». Elle insistait sur le fait qu'ils « *prennent vraiment soin (...) c'est top. Pour moi et pour mon bébé. (...) on m'a nettoyée le dos, les bras, vraiment c'est génial* ». Ces moments lui rappelaient les soins que pouvaient lui apporter sa mère.

Mme B : « *les gens sont disponibles (...) et gentils.* ». Sa sage-femme lui a « *donnée des conseils, des médicaments* ».

Mme D, en plus de la différence de moyens, confiait que cette différence entre pays et entre établissement, est aussi relationnelle. En plus de l'écoute, elle décrivait une tolérance de la part du personnel : « *ils sont impeccables, très gentils. Parce que je vois, quand je suis dans la rue, quand je suis voilée, heu, y a des gens qui regardent mal, mais là j'ai pas eu ça du tout* ».

Mme A et Mme C avaient globalement établi une bonne relation avec les professionnels de santé

exprimant un bon vécu. Mme A décrivait le personnel soignant féminin comme « cool » et le remerciait de l'avoir « aidée ». Mme C : « *c'était super, super. Elles ont été, mais elles ont été superbes, toujours accompagnée, toujours écoutée, même si j'avais vraiment mal elles étaient là. Il y avait une dame qui me tenait la main, qui était là, comme si elle partageait ma douleur. J'ai vraiment été touchée* ». Cette présence féminine décrit ici pourrait s'assimiler à une présence maternelle, donc un accompagnement de la douleur maternant.

Cependant, ces deux femmes avaient ressenti, parfois à plusieurs reprises, des manques en terme d'accompagnement ainsi que des expériences négatives, pouvant être interprétées comme une incompréhension de la part du personnel soignant peut-être due à une catégorisation de leur part du fait des origines des patientes.

Mme C aurait souhaité être davantage accompagné lors de la grossesse : « *pour me donner des conseils, et pour m'apprendre ce qu'il faut faire(...)* *On ne peut pas se détacher des sages-femmes* ». De plus, lors du séjour en maternité, Mme C se rappela d'un seul moment négatif : « *Il y a juste eu une chose qui m'a agacée (...)* *je venais juste de me lever parce que le petit venait de pleurer (...)* *elle a dit tout de suite qu'il ne faut pas faire pleurer les enfants(...)* *Elle est venue tout de suite « prenez votre enfant, c'est pas bien de le laisser ! » (...)* *Après dans ma tête, c'était tout bloqué* ». Or, pour Mme C, il est important de « *l'écouter [son enfant] (...)* *Voir si il n'a pas trop chaud, si il n'y a pas quelque chose qui cloche (...)* *J'essaye d'analyser mon enfant* ». Elle se souciait de l'adaptation progressive de son enfant qui « *était contenu dans le ventre pendant neuf mois. Être dans le berceau, il sera perdu* ». Elle le calmait en posant ses mains dessus : « *ça le rassure, parce qu'il est contenu* ». Pour conclure, elle expliquait que ça l'a « *un peu marquée (...)* *à part ça, tout est nickel* », et insistait sur la façon « *de dire les choses. Si elle avait été un peu plus douce avec moi, j'aurai tout à fait compris la chose (...)* *les nouvelles idées sont toujours les bienvenues* ».

En ce qui concerne Mme A, un moment l'avait « *choquée* » pendant sa grossesse, « *des paroles. (...)* *Quand on veut prendre un rendez-vous pour l'anesthésiste (...)* *elle ne parle pas bien aux gens* ». Comme Mme C, Mme A évoquait l'importance de l'intonation que nous donnons à nos mots : « *la manière dont la personne te parle, ça t'entraîne (...)* *si la personne crie, même si tu parles doucement, ça va t'entraîner* ». De plus dans le récit de Mme A, une certaine incompréhension de la part des professionnels de santé vis-à-vis de ses attentes pouvait être mise en évidence. Lors de son deuxième accouchement, elle se remémorait l'incompréhension des professionnels vis-à-vis de ses sensations : « *ils ont dit « on a tout le temps ! », mais moi je dis « je sens que l'enfant pousse (...)* *Allons-y !» (...)* *C'est toi qui sens, tu expliques mais ils ne peuvent rien comprendre* ». Cependant, ses propos ne reflétaient pas un mauvais vécu. Elle a trouvé « *très bien* » son accouchement mais

insistait sur « *l'incompréhension* » entre elle et les professionnels.

Mme E était la seule à souligner l'importance pour elle d'avoir « *quelqu'un d'expérience (...) la sage-femme très, très jeune (...) on s'attendait à une femme dans les 35 ans (...) le jeune n'a pas d'expérience. C'est une chose très sensible le premier bébé* », mais « *la confiance s'est installée petit à petit* ». Elle se rappelait en même temps un moment douloureux, sûrement l'élément déclencheur de ses craintes, la Version par Manœuvre Externe (VME) réalisée par un interne.

La présence d'un homme a été peu évoquée au cours des récits. Pour la majorité des femmes, cela ne pose aucun problème dans le domaine médical. Mme D : « *Au Maroc (...), les femmes voient les médecins homme, il n'y a pas de soucis pour les raisons médicales* ». Seule Mme E a refusé la présence d'un sage-femme homme et a souhaité changer de professionnel : « *il est venu et a demandé si ça dérangeait. Mon mari non, mais moi oui. Ce sont des choses intimes* ». Sa demande avait été entendue et acceptée.

### **3.2.3 Le pays d'accueil**

#### **3.2.3.1 Les raisons de migration**

Le regroupement familial était la principale raison de migration des femmes interviewées, suivi par les études envisagées en France. Et, seule une femme sur six avait dû quitter son pays pour se protéger, elle et sa famille. Mme A est arrivée en France pour les études et a rencontré son mari ici. Son histoire se rapproche de celle de Mme C, venue ici pour une formation complémentaire, elle est tombée amoureuse de son mari alors que « *ce n'était pas du tout organisé* ». Elle était retournée à Madagascar pour revenir en France quelques mois plus tard, y construire une famille, et se marier. Mme E était venue faire un stage, lui permettant de rejoindre son mari rencontré en Turquie, qui travaillait à la métropole. Mme B, elle aussi, est venue retrouver son conjoint, installé en France depuis 14 ans environ. Quant à Mme D, accompagnée de sa famille, elle a rejoint son père. Enfin, Mme F a du, accompagnée de ses proches, venir en France pour des raisons de sécurité. Elle racontait que son « *papa avait des problèmes là-bas* », et confiait qu'ils étaient désormais « *tranquilles* ».

#### **3.2.3.2 La maternité**

- Le suivi de grossesse

Par comparaison au pays d'origine, la prise en charge globale est différente. D'un point de



vue médical, toutes les femmes décrivaient que « *ce n'est pas comme ici* ». En effet, la notion de non gratuité des soins revenait à plusieurs reprises. Mmes C, D et E précisait que la péridurale est payante. Mme E affirmait que « *rien n'est gratuit* ». Il en est de même à Madagascar, Mme C précisait qu'il n'y pas de sécurité sociale en l'absence de travail et donc d'assurance : « *c'est vous qui payez* ». En ce qui concerne les échographies et les rendez-vous médicaux, seule Mme B décrivait qu'au Maroc, il y a des consultations mensuelles qu'en cas de problème, et revenait sur le fait qu'ici, par comparaison, « *il y a les sages-femmes disponibles tous les mois* ». Mme D est partie, pour chacune de ses grossesses, en Turquie. Elle a été suivie en Turquie, à Paris, puis à Brest. Par comparaison, elle a trouvé que le suivi était « *à peu près pareil, mais ici c'est plus, c'est meilleur (...)* Là bas ce n'est pas très évolué ». Mme E expliquait que chez eux, en Tunisie, « *on dit toujours à une femme enceinte qu'elle ne marche pas beaucoup pour que ça tienne les premiers jours (...)* être enceinte c'est une maladie ».

- Les rites d'accouchement

En lien avec l'accouchement, les annexes, placenta et cordon, sont différemment investis. Au Burkina Faso, selon l'ethnie, Mme A racontait que le placenta est enterré car « *ça vient de l'homme* ». Dans d'autres ethnies, elle expliquait qu' « *ils font cuire ça et ils mangent (...)* c'est la femme de famille qui le mange ». En Turquie aussi, Mme D précisait : « *on l'enterre, si il est sur la terre, le bébé peut avoir des maladies* ». De plus, le cordon est enterré à côté de lieu du futur emploi de l'enfant : « *si tu veux que le bébé soit un docteur, tu l'enterres à l'hôpital* ». Il en est de même en Géorgie. Mme C précisait qu'à Madagascar, le cordon « *quand il se détache du bébé, il faut le donner à une vache* ».

- L'accompagnement

La notion de famille était très présente lors des récits en lien avec le pays d'origine. En effet lors de l'accouchement, Mme A racontait : « *il y a beaucoup de parents* », des femmes car « *il ne faut pas que le mari vienne là où sont les femmes* ». Ensuite, pour le retour à domicile, cinq femmes sur six insistent sur la présence à la maison de la mère, des femmes de la famille, voire la belle mère. Mme A précisait que cette présence maternelle est là pour : « *s'occuper de moi, me masser, masser le ventre de serviettes bien chaudes (...)* tu fais rien à la maison, tu te couches, tu te réveilles, tu prends ton bébé pour donner la tétée ». Elle s'occupe aussi de l'enfant : « *le bébé qui ne veut pas dormir, dans la main d'une femme africaine, il va bien dormir (...)* donner un bain (...) le toucher un peu avec une pommade. Le bébé on va bien le masser, il va faire ses nuits. Comme ça, la maman elle est bien ». Mme D racontait que : « *la mère elle s'occupera de ma fille pendant que je*

*me repose (...) elle les masse, le ventre pour enlever les gaz, elle tourne les bras, elle bouge, pour améliorer son tonus* ». Mme E précisait que « *la maman elle reste presque une semaine avec la fille, elle fait tout, la cuisine, le bébé. Elle aide pour tout (...) Elle masse, change la couche, reste avec le bébé. La maman elle apprend à sa fille comment faire* ». Cette mère est une ressource. Elle transmet un savoir et aide la femme en s'occupant d'elle, de la maison et du nouveau-né, afin qu'elle se repose.

En lien avec cette idée, quatre femmes sur six parlaient des « *40 jours après l'accouchement* ». Mme A affirmait : « *ils s'occupent de ton bébé et de toi pendant 40 jours* ». Mme D précisait qu'« *il ne faut pas sortir de la maison* » pendant cette période : « *la femme doit se reposer* ». Pour Mme E et Mme F, il y a une fête organisée 40 jours après l'accouchement en l'honneur de l'enfant, « *pour fêter la naissance* ». Mme F précisait que traditionnellement « *le bébé ne devait pas être vu avant ses 40 jours* ».

- L'alimentation

Les femmes n'entretenaient pas de régimes spécifiques. Elles ajoutaient des éléments, certains transmis par la famille, en lien avec leur pays d'origine. Mme A et Mme D prenaient des boissons chaudes en grande quantité : « *des soupes, de l'eau tiède* ». Cela permet une « *bonne récupération* » et d'« *avoir du lait* ». Pour Mme B et Mme C, la femme « *mange ce qu'elle veut* ». Mme C précisait qu'ici « *l'alimentation est réglementée (...) là bas il y a les microbes (...) le corps il s'adapte (...) on est plus résistant (...) il y a moins de problèmes en fait* ». De plus, en lien avec le diabète, elle avait pris du Tamarin : « *c'est un fruit un peu acide (...) c'est bon pour le sang, ça le nettoie, c'est bon pour le diabète* ». A Madagascar, pour l'allaitement, il existe plusieurs décoctions : « *des petites crevettes rouges, qu'on met dans l'eau, qu'on boue, avec des feuilles de chou (...) à boire, ça donne pas mal de lait. Et aussi, on grille le riz noir, on met de l'eau par dessus, et on a du lait* ».

### **3.2.3.3 L'adaptation**

Le fait d'arriver dans un pays différent du sien, dans une société avec des mœurs propres à elle, peut être très bouleversant. Toutes les femmes multipares se remémoraient une plus grande difficulté d'ordre organisationnel ainsi que psychologique lors du premier accouchement, alors qu'elles venaient tout juste d'arriver en France.

Mme B a pu s'adapter en gardant plusieurs souvenirs du Maroc. Elle décrivait sa maison qui est « *organisée comme au Maroc, les repas marocains, les salons marocains, tout marocain, pour*

*garder un petit peu* ». Elle affirmait avoir « *perdu* » des choses, « *tout* ». En effet, pour elle « *vivre dans une autre culture, c'est très vite difficile* ». Mme B expliquait cette difficulté comme un « *manque de tout, la famille (...) le temps, tout* ». Le seul point positif évoqué était les conditions de vie du fait de l'absence de pauvreté, car « *au Maroc c'est très difficile de vivre* ».

Pour Mme E, la seule chose qu'elle pensait avoir gagné en venant s'installer en France était son mari « *l'amour, juste avec mon mari* », malgré le manque de ses parents.

Mme C se remémorait l'adaptation importante dont elle avait dû faire preuve. A Madagascar, elle était « *une femme de bureau* », et employait des personnes s'occupant de sa maison. En arrivant en France, elle se souvenait : « *un temps d'adaptation qui a duré à peu près deux ans* ». Mme C a dû « *tout faire (...) Parce que ici ce n'est pas acquis, c'est assez cher (...) comment faire ci, comment faire ça, comment utiliser tel matériel* ». Il fallait « *apprendre pleins de choses, culturellement, c'est vraiment différent.* ». Elle a trouvé difficile de « *changer de rythme de vie, de devenir mère au foyer* ». Mais Mme C a été aidée par son mari. Maintenant, elle « *maîtrise à peu près pas mal de choses, donc c'est beaucoup plus facile, plus aisé.*».

Le rythme de vie français était décrit par Mme A et Mme C, comme accéléré par rapport à celui de leur pays d'origine. Mme C : « *ici c'est la course. Je me suis vraiment adaptée (...) chez nous c'est vraiment tranquille, la vie est belle, même si il y a des problèmes (...) Mais les gens sont heureux. (...) Ici aussi les gens sont heureux, mais à leur manière (...) on a le confort matériel, qui n'est pas indispensable* ». A Madagascar, il y a une devise « *Mora, Mora* » qui veut dire « *Doucement, doucement* ». Elle l'expliquait comme suit : « *comprendre avant d'agir* » et de prendre « *le temps de voir ses besoins afin de les satisfaire (...) donc pas obligé de courir* ». Mme C a combiné les deux et « *trouve ça excellent* » pour elle.

Mme A était étonnée du rythme de vie français : « *ici, les gens n'ont pas le temps. Ils ont d'autres choses à faire, ils courent toujours* ». La société du Burkina Faso dirait « *stop, stop un peu* ». De plus, en lien avec ses rendez-vous médicaux, elle précisait qu'ici « *il n'y a pas le temps, si la sage-femme est en retard, toi tu attends, mais si c'est toi qui est en retard, on te donne un autre rendez-vous (...) tout est sur rendez-vous ici* ». Mme A semblait décrire son pays comme généreux : « *il y a toujours quelqu'un pour te recevoir (...) Beaucoup plus de personnes disponibles* ». Pour conclure, elle trouvait qu'en arrivant ici, « *on s'enrichit toujours (...) On apprend des choses* ».

### 3.2.3.4 La place de l'entourage

Le manque de la famille, souvent éloignée, se fait ressentir en cette période de remaniements psychiques qu'est la grossesse. C'est la difficulté principale qui ressort de l'étude. En effet, toutes les femmes évoquaient, parfois à plusieurs reprises, l'absence de leurs proches. La figure maternelle est très présente lors du retour à domicile. Pour Mme B et Mme E, le mari comblait partiellement ce manque.

Mme B se disait « *seule* » malgré la présence de son mari : « *il travaillait* ». Elle ne connaissait « *personne ici* ». Ses paroles revenaient de nombreuses fois au cours de l'entretien en ce qui concerne le retour à domicile et l'arrivée en France particulièrement : « *c'était assez difficile, sans famille, sans connaître personne, c'est très difficile, d'être loin d'elle* ». Mais depuis peu elle a de l'aide, ses parents sont arrivés en France « *pour s'occuper* » de son enfant.

Mme E insistait sur le fait que « *l'aide de la maman est très importante, dans la cuisine, avec le bébé* ». Pour elle, son absence a été difficile, de manière réciproque, pendant la grossesse : « *la maman elle n'est pas là (...) c'était aussi difficile pour ma maman, elle m'appelait beaucoup* ». La relation fusionnelle qu'elle décrivait avec son mari a été une ressource pour supporter cette absence : « *le manque des parents c'est dur, mais avec mon mari c'est bon* ».

Mme A se disait « *seule* » et exprimait un besoin d'être entourée : « *ces moments là, j'ai envie de voir les gens du pays, qu'ils soient à côté de moi* ». Lors de l'entretien elle parlait de ses parents quasiment à chaque étape, de l'accouchement au retour à domicile, jusqu'au prénom de sa fille représentant celui de sa grand-mère. Elle restait en contact avec eux : « *mes parents m'ont appelée quand j'ai accouché (...) j'ai tout le temps des nouvelles* », et recevait les conseils de sa mère avec qui elle a l'air d'entretenir un lien très fort. Sa mère représente pour elle une aide indispensable : « *les mères elles s'occupent des bébés, elles massent les bébés (...) Elle me fera des bons plats. Mais c'est vrai c'est différent quand c'est ta maman qui fait les plats (...) Il y a quelque chose en plus dedans. La maman elle est sacrée* ».

Mme D, pour elle, « *la famille est à côté* ». Quand elle rentrera chez elle il y aura sa mère : « *elle s'occupera de ma fille pendant que je me repose* ». Lors de la rencontre avec Mme F, de nombreuses femmes de sa famille étaient présentes en maternité pour lui rendre visite. Pour elle aussi, sa mère est une ressource évidente : « *ma mère, elle va m'aider* ». Seule Mme C évoquait peu son entourage : sa « *famille proche est à Madagascar* ». Malgré tout, en se remémorant son arrivée en France, elle citait la distance avec son entourage. En effet : « *mise à part ma famille, franchement ça valait le coup de venir ici* ».

## **4. Discussion**

### **4.1 Limites et points forts de l'étude**

Pour limiter les biais de réalisation, les entretiens ont été réalisés dans un endroit calme et les femmes ont été rencontrées seules, sans influence de l'entourage familial ou des professionnels de santé du service de maternité.

Cependant l'étude présente plusieurs limites. En premier, il existe un biais de sélection. En effet, les critères d'inclusion de la population étaient larges du fait du peu de femmes rencontrées. La population originaire d'Afrique prédomine. Nous ne prenons donc pas en compte le vécu de femmes originaires du continent américain, pouvant apporter des nuances sur les difficultés rencontrées du fait de vulnérabilités diverses. De plus, il est important de souligner la limite d'analyse des résultats : seulement six femmes ont été rencontrées, et malgré une durée moyenne d'entretien de 45 minutes, la saturation globale des données n'a pas été atteinte pour la totalité des items abordés. Enfin, nous pouvons supposer que le fait de réaliser l'étude dans le service où sont prises en charge ces femmes, induit des réponses allant dans le sens de la structure hospitalière et des employés. Il serait donc préférable de réaliser des entretiens à domicile ou dans un lieu choisi par les interviewés.

La méthodologie qualitative choisie est un des points forts de cette étude. En effet, ce choix d'enquête était le plus approprié du fait de la question de recherche explorant le vécu des femmes. Il permet de recueillir des informations ciblées, mais approfondies et personnelles, du fait de la liberté d'expression de la population enquêtée. Les ressentis et les émotions sont ainsi représentés au mieux. De plus, l'analyse par théorisation ancrée permet une étude approfondie et inductive des entretiens.

### **4.2 Interprétation des résultats**

En s'appuyant sur les différents thèmes principaux évoqués dans les résultats, nous avons souhaité approfondir des points évoqués par certaines femmes : les difficultés rencontrées. Nous expliciterons la nécessité d'adaptation à une nouvelle société, et la notion de précarité souvent rencontrée dans les situations de migration. Dans une deuxième partie, nous avons travaillé sur la relation entretenue avec les professionnels de santé dans un contexte bi-culturel. Enfin, nous

concluons sur des propositions d'outils que les professionnels de santé peuvent utiliser pour transmettre les informations nécessaires au suivi de grossesse et établir une relation de confiance avec ces femmes, en créant par exemple un réseau solide autour d'elle.

#### **4.2.1 Les difficultés relevées derrière ce statut d'« étranger »**

Dans une enquête canadienne réalisée en 2005 (17), les principales difficultés évoquées par les immigrés étaient, par ordre d'importance : la recherche d'emploi approprié (46%), la barrière linguistique (26%), le changement climatique (16%), le manque de soutien familial et social (13%), l'adaptation à une nouvelle culture (13%), puis les contraintes financières (11%).

Pour illustrer ces propos, une étude a recueilli les témoignages de femmes immigrées sur leur circonstance migratoire et leur contexte de vie : « *Immigrer, disent les mères, c'est accepter de vivre pour un certain temps l'isolement et la solitude. Elles rappellent le contexte de la maternité, qui accroît le besoin de soutien et son absence. C'est aussi, disent-elles, éprouver de la difficulté à trouver du travail, à faire reconnaître ses compétences et à accéder à une situation financière satisfaisante* » (18).

Bien que nos résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population immigrée, notre enquête a tout de même révélé quelques unes de ces difficultés : adaptation, solitude, absence de soutien, et fragilité financière.

##### **4.2.1.1 L'adaptation à une nouvelle société**

Le fait d'immigrer conduit à la perte et à la modification de certains repères, aussi bien d'ordre culturel que social, économique et médical. Ce changement peut être plus ou moins important selon le pays d'origine, le motif de migration et les vulnérabilités qu'il entraîne, ainsi que la présence, ou non, du groupe d'appartenance. En effet, l'adaptation à une nouvelle culture, une nouvelle société, est la cinquième difficulté évoquée dans l'étude canadienne (17). De manière générale dans notre enquête, le vécu des femmes enquêtées était globalement satisfaisant, de la grossesse ([E] : « *top* », [C] « *c'était très bien* », [A] « *très bien* »), au post-partum ([E] : « *c'est super (...) rien de négatif* », [C] : « *tout est nickel* », [F] : « *je suis contente* »).

Cependant, plusieurs d'entre elles exprimaient une forte nécessité d'adaptation aux conditions de vie françaises, notamment lors du déroulement de la grossesse, parfois vécue difficilement ([C] : « *psychologiquement il faut être forte (...) on change complètement*

*d'habitudes* », [B] : « *vivre dans une autre culture c'est très difficile* »).

En effet, les personnes arrivant dans un nouveau pays doivent s'adapter afin de s'intégrer à la société. C'est le phénomène d'acculturation : l'adaptation à la terre d'accueil. L'acculturation peut se définir comme la « *modification des modèles culturels de base de deux ou plusieurs groupes d'individus, de deux ou plusieurs ethnies distinctes, résultant du contact direct et continu de leurs cultures différentes* » (19).

Les témoignages des femmes enquêtées ont fait ressortir des nuances en ce qui concerne le suivi et la vie en général. Certaines décrivaient le système de soin français comme « *meilleur* » [D], du fait de la prise en charge financière des soins ([F] : « *rien n'est gratuit là-bas* »), et de la disponibilité du personnel soignant ([D] : « *il (le mari) trouve beaucoup mieux en France. Les moyens, le personnel* »). Cependant, bien que cette notion ne se retrouve pas dans nos résultats, plusieurs études affirment que les femmes immigrées peuvent être confrontées à une médecine vécue comme intrusive et traumatique (20). D'autres femmes enquêtées citaient des changements en ce qui concerne les habitudes alimentaires ([C] : « *ici le sucre est abondant (...) tout est à portée de main, mais là-bas (à Madagascar) c'est assez dur de se procurer ce genre de choses parce que c'est beaucoup plus cher* »), et le confort matériel. Pour deux femmes sur six, le rythme et les conditions de vie semblaient être décrits d'un point de vue plutôt négatif ([A] : « *ici, les gens n'ont pas le temps* », [C] : « *ici, c'est la course (...) je me suis adaptée hein, vraiment adaptée* »).

En lien avec cette dernière idée, les femmes ont peu de temps pour se reposer, par comparaison aux quarante jours de récupération, plus facilement réalisables dans leur pays d'origine ([A] : « *ils s'occupent de toi et de ton bébé pendant quarante jours... Mais ici, tu rentres, c'est toi qui fait la cuisine, tu t'occupes de ton mari, tu t'occupes de tes enfants, tu t'occupes de ton bébé, tu t'occupes de toi même...* », [D] : « *il ne faut pas sortir pendant quarante jours (...) la femme doit se reposer* »). Certains systèmes de référence peuvent amener une réflexion sur nos propres pratiques et les remettre en question. En prenant l'exemple du post-partum, la sortie de la maternité a lieu de plus en plus précocement dans nos services. Fait similaire aux pays d'origine des interviewées, où elles rentrent à domicile quelques heures après l'accouchement. Cependant, dans les sociétés traditionnelles, les accouchées retrouvent une mère à la maison. Pendant quarante jours, une femme venant de donner naissance à un enfant, doit se reposer. Ce repos est possible grâce aux soins que procurent la mère aux nouveau-nés, à travers des massages toniques (21), et à la mère. Elle réalise aussi les tâches domestiques comme la cuisine et le ménage. C'est une période importante pour la guérison et la récupération maternelle, permettant aussi la construction optimale du lien mère-enfant (22, 23). Or, une rupture importante se crée par rapport au fonctionnement de notre société

occidentale. Dans une situation d'immigration en l'absence d'entourage familial, et donc du maternage, les femmes sont confrontées à cette « obligation » d'adaptation à notre mode de vie. Elles s'occupent d'elles, de leur nouveau-né, ainsi que des tâches ménagères. Il y a peu de place au repos. Ce fossé de pratiques peut entraîner des fragilisations. Donc, en l'absence de réseau solide, il y a un risque augmenté de développer des troubles psychiques du post-partum. Cette notion d'absence du groupe d'appartenance est importante à prendre en compte.

#### 4.2.1.2 *L'isolement psychosocial*

En plus de la période du post-partum, la femme enceinte est traditionnellement soutenue par les autres femmes de sa famille. Elles ont un rôle d'écoute, de soutien, et d'accompagnement actif tout au long de la période prénatale jusqu'au retour à domicile (22). Plusieurs témoignages de notre étude le confirment ([A], à propos de l'accouchement : « *beaucoup de parents peuvent être là, ta belle-mère, ta sœur (...) ces moments-là, j'ai envie de voir les gens du pays, qu'ils soient à côté de moi* », [D] : « *Chez nous c'est la famille, la mère* », [E] : « *Elle (la mère) aide pour tout (...) La maman, elle apprend à sa fille* »). Une absence familiale peut entraîner une solitude mal vécue, voir une rupture psychosociale. Ces vulnérabilités sont potentialisées par les remaniements psychiques de la grossesse.

Le fait de porter un enfant est un état psychologique d'autant plus particulier pour les femmes immigrées. M. Bydlowski a décrit dès les premières semaines de gestation, un phénomène de transparence psychique chez toutes les femmes enceintes. Il est décrit comme « *l'abaissement des résistances habituelles de la jeune femme face au refoulé inconscient, et marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles* » (24). Ce fonctionnement peut avoir des conséquences négatives dans un contexte d'immigration, du fait principalement de l'absence de l'entourage familiale et plus particulièrement de la mère. En effet, Marie-Rose Moro précise que « *la grossesse, par son caractère initiatique, nous remet en mémoire nos appartenances mythiques, culturelles, fantasmatiques* » (25). Si la femme, déjà fragilisée par l'isolement social, ne s'est pas construite une identité dans la société d'accueil, alors elle est davantage exposée au risque d'accentuer sa solitude, et de développer des troubles psychiques. Au cours des entretiens, la figure maternelle avait une place importante dans le déroulement de la grossesse. Cette mère, si elle est présente, est un élément indispensable et rassurant, de la grossesse au post-partum ([F] : « *ma mère, elle va m'aider* » [D] : « *quand je rentrerai, elle s'occupera de ma fille pendant que je me repose* », [A] : « *ma maman va venir m'aider* »). Dans le cas contraire, son absence est vécu difficilement et active des craintes vis-à-vis de l'organisation et de la solitude en vue du retour à domicile ([E] : « *le*



*manque des parents, c'est dur* », [B] : « *j'étais toute seule, pas de famille (...) c'est très difficile d'être loin d'elle* »).

Afin de faire face à ces vulnérabilités, nous verrons plus tard que les professionnels de santé peuvent limiter les difficultés psychosociales provoquées par l'immigration. Ils font souvent partie des premiers contacts que les femmes ont avec la société.

#### **4.2.1.3 La notion de précarité et d'accès aux soins**

Des conditions de vie précaires potentialisent l'isolement social et donc le sentiment de solitude. Or, il n'est pas rare que la notion d'immigration soit en lien avec celle de la précarité. Bien qu'elles ne soient pas majoritaires, les situations socio-économiques défavorables restent plus élevées que dans la population autochtone.

Dans notre enquête, la situation professionnelle des femmes enquêtées et les ressources dont elles disposaient, représentaient partiellement certaines caractéristiques décrites dans la population immigrée en général. Dans le bulletin épidémiologique publié par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), certaines caractéristiques sociales défavorables des femmes de nationalité étrangère sont précisées. Par rapport à la population autochtone, elles étaient moins nombreuses à occuper un emploi. Les femmes originaires de l'Afrique Nord et d'Afrique Subsaharienne percevaient donc davantage les allocations chômage et le RSA. 7% de ces dernières déclaraient un ménage sans aucune ressource, contre 0,5% des femmes françaises (10,26). Dans notre enquête, aucune des femmes n'avait une activité professionnelle : quatre femmes sur six touchaient les allocations au chômage, et deux sur six, le RSA. Elles bénéficiaient toutes d'une couverture sociale. Cependant, une des femmes enquêtées relatait une grande difficulté financière, entraînant des problèmes pour se déplacer, donc se rendre au rendez-vous, ainsi que pour l'achat des affaires de puériculture ([D] : « *Pour aller aux rendez-vous c'était difficile, j'ai pas de voiture (...) On a des problèmes au niveau financier, parce que ses affaires on n'a toujours pas acheté* »). Le rapport de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes) décrit de nombreuses vulnérabilités économiques dans la population immigrée : « *revenus inférieurs de 32%, niveau de vie inférieur de 26 %, risque de chômage plus élevé, conditions de logements moins favorables* ». Le statut d'étranger, l'irrégularité au niveau administratif, et les discriminations potentialisent cette notion de précarité, notamment pour le recours aux soins (26). Cette donnée est donc très importante à prendre en compte dans la prise en charge globale des femmes en situation d'immigration. En effet, les situations précaires accentuent l'isolement social et allongent la liste des facteurs de risque de

complications obstétricales des femmes étrangères. Les pathologies, comme par exemple les infections génitales et urinaires et l'hypertension artérielle, sont plus fréquemment rencontrées chez les africaines (63,5%) et les maghrébines (56,0%) par rapport à la population autochtone (45,5%) (27). Si il existe des conditions de vie précaires, alors les risques d'accouchement prématuré et de complications postnatales, comme l'anémie, s'ajoutent à ces dernières complications (28).

Il semble donc évident d'apporter une attention particulière pour dépister les vulnérabilités de ces femmes immigrées au cours du suivi prénatal. Cela n'est pourtant pas aisé. Bien que ces notions ne soient pas représentatives de notre population (une seule femme, Mme D, avait consulté moins de sept fois, et toutes les femmes rencontrées maîtrisaient le français), plusieurs travaux montrent que le suivi de grossesse peut être irrégulier avec moins de sept consultations prénatales et moins de trois échographies (10). La barrière linguistique peut aussi être un frein à consulter, par peur de ne pas se faire comprendre. L'isolement social se voit encore accentué. Cependant, la principale raison d'une absence ou d'un retard de suivi prénatal est administrative : le temps de la régularisation des papiers, les femmes ne possèdent pas de couverture sociale (27).

Plusieurs mesures existent dans le but de favoriser l'accès aux soins des Français ainsi que des étrangers. En cas de grande précarité, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale gérés par les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) accueillent les personnes les plus démunies. Nous avons vu que la barrière linguistique peut entraver un bon suivi or, peu de personnes connaissent leurs droits au sujet de la présence d'un interprète lors de rendez-vous. De plus, bien que les démarches soient parfois longues, plusieurs systèmes de protection sociale existent et permettent la prise en charge financière, donc la continuité des soins (26). Dans le cas où les personnes ne sont pas couvertes par un autre régime d'assurance maladie et qui résident de manière régulière en France depuis au moins trois mois, il existe la Couverture Médicale Universelle (CMU) « de base » (remboursement des soins et médicaments avec avancement des frais / les demandeurs d'asile peuvent en bénéficier sans délai), la CMU-complémentaire (CMU-c) (non avancement de frais, prise en charge de la participation forfaitaire, sous conditions de ressources), l'Assurance Complémentaire Santé (ACS) (seuil de ressource dépassant de plus de 35% celui requis pour la CMU-c). Pour les personnes résidant de manière irrégulière en France depuis plus de trois mois, il y a l'Aide Médical de l'État (AME) (prise en charge des prestations liées à la maladie et à la maternité, sans avancement de frais, avec conditions de revenus). En revanche, malgré ces droits indiscutables, certains professionnels de santé refusent des soins aux personnes bénéficiant de l'AME ou de la CMU, peut-être expliqué par le fait que cela entraîne un manque à gagner car le dépassement d'honoraire ne peut être pris en compte (26, 29).

## 4.2.2 Les relations soignant-soigné

*« La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant. »*

Article R 4127-305 du Code de la Santé Publique (CSP) (30)

### 4.2.2.1 Entre incompréhension et racialisation

Notre enquête exclue les femmes ne parlant pas ou ne maîtrisant pas suffisamment le français. Mais cette notion est importante à aborder car fréquente. Dans l'enquête canadienne réalisée auprès des migrants (17), la barrière linguistique se plaçait au deuxième rang de la principale difficulté mentionnée (17,5%).

En effet, la parole est un élément indispensable pour transmettre des informations et exprimer ses ressentis et ses attentes. Or, quand deux personnes ne partagent pas la même langue, une barrière se crée. C'est le cas dans la relation soignant-soigné. Dans une étude réalisée auprès d'immigrées et de sages-femmes, les femmes en situation d'immigration évoquaient une démultiplication des efforts pour se faire comprendre en vain, une difficulté à trouver un interprète de confiance et une sensation d'abandon lors de l'accouchement et du post-partum. Une femme de cette étude témoigne : *« je les voyais aller, venir, parler entre eux et moi je ne pouvais rien dire, seulement les regarder »* (31).

Ce détachement professionnel peut aussi se voir en l'absence de barrière de langue. Certains témoignages de notre enquête révélaient une incompréhension, ressentie par les femmes, de la part des professionnels de santé ([A] : *« je leur ai expliqué, ils n'arrivaient pas à comprendre »*, [C] : *« elle est venue tout de suite « prenez votre enfant c'est pas bien de le laisser » (...) j'ai pas eu le temps d'expliquer »*). Quand les paroles ne sont pas entendues du fait d'une incompréhension mutuelle entre soignant et soigné, cela peut entraîner des discordances dans l'accompagnement des personnes. En effet, le patient peut exprimer ses émotions ou ses envies à travers son corps, par des plaintes, des cris voir même un repli. C'est l'exemple du « syndrome méditerranéen » évoqué par certains professionnels de santé : les expressions de la douleur sont jugées excessives, minimisant

la demande de la patiente. Les femmes immigrées et « *leurs capacités à se prendre en charge, à comprendre et à faire face aux difficultés sont parfois niées par un discours infantilisant* » (31). Une thèse argumente de façon intéressante ces derniers propos (32). Une malveillance, un agacement et un report des difficultés rencontrées envers les patients, sont évoqués ouvertement par le personnel soignant. Ces dernières notions ne se retrouvent pas totalement dans notre étude : pour la plupart des femmes, l'attitude du personnel a été plutôt bienveillante.

Ces multiples arguments amènent à la notion de catégorisation des personnes étrangères. Dans l'étude canadienne (17), le fait d'avoir subi du racisme ou de la discrimination a été évoqué par 4,4 % des migrants interrogés. De plus, nous avons vu dans l'enquête « Trajectoires et Origines » que la différence d'origine ethnique est l'un des motifs principaux de discrimination (9). Bien que notre population ne représente pas cette idée, les paroles d'une des femmes interviewées peuvent tout de même renvoyer à cette notion de catégorisation ([A] : « *ils voient que je sais faire* »). Il ne faut pas réduire les personnes à leur appartenance à un autre pays, donc une autre culture, mais les penser de façon singulière et complexe. En effet, les études présentées précédemment (27,28) montraient que : même si l'origine ethnique seule pouvait être liée à une sur-représentation de certaines pathologies, le plus souvent d'autres facteurs entraient en compte comme la précarité et l'isolement social. Si les professionnels de santé ne pensent leurs patients qu'à travers la différence culturelle qu'ils ont, alors ils peuvent passer à côté de vulnérabilités psychosociales et économiques parfois dramatiques, voire des pathologies sous-jacentes. C'est une approche culturaliste des soins. Elle entraîne des stigmatisations envers les personnes étrangères en général. De nombreux travaux le confirment : un processus de catégorisation de la part du personnel soignant est fréquent. C'est « *l'identification de différences physiques, l'imputation de différences culturelles et, (...) le repérage de « problèmes » ou de facilités posés par certaines patientes* » (33). Dans sa thèse, Dorothee Prud'homme effectue un travail approfondi sur ce thème. Notamment, elle précise que « *les représentations que les professionnels de santé nourrissent au sujet des patients (...) influencent leur pratique professionnelle et engendrent un traitement différentiel de ces usagers* » (32). Les femmes en situation d'immigration seraient plus difficiles à prendre en charge du fait d'une non observance lors du suivi de grossesse, comme le dépistage de la trisomie 21 et la non participation aux cours de préparation à la naissance (34). Au contraire, pendant et après l'accouchement, ces femmes seraient plus « faciles » et observantes, car autonomes en matière d'allaitement et de soins aux nouveaux-nés, permettant peut-être un gain de temps de la part du personnel soignant, car « *elles ne se posent pas trop de questions* » (33).

#### 4.2.2.2 *L'importance de l'écoute et de l'accompagnement maternant*

*« La sage-femme doit prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci. »*

Article R.4127-327 du CSP (30)

Écouter l'autre afin de connaître ses besoins et ses attentes semble indispensable pour éviter une prise en charge inadaptée. Les femmes enquêtées étaient pour la plupart satisfaites de l'accompagnement du personnel soignant ([D] : *« ils (les professionnels) sont impeccables, très gentils »*, [B] : *« la sage-femme m'a donnée des conseils »*, [E] : *« tous les gens sont très gentils, très agréables »*). Cependant, certains témoignages ont révélé un désir d'accompagnement supplémentaire ([C] : *« pour l'accouchement (...) pour me donner des conseils (...) et m'apprendre ce qu'il faut faire »*). Bien qu'actuellement le personnel soignant soit limité par le temps du fait des séjours en maternité de plus en plus courts, les qualités d'écoute et d'accompagnement sont indissociables d'une prise en charge optimale de chaque femme. Cette écoute doit être active, attentive et attentionnée.

Parfois, le personnel soignant peut combler l'absence de la famille et particulièrement de la mère. Une des femmes interviewées insistait sur le bienfait que lui procurait la disponibilité des soignants. Elle transpose l'image de sa propre mère sur les professionnels de santé : ils s'occupent d'elle et de son nouveau-né, et lui transmettent le savoir et les compétences maternelles à avoir ([E] : *« la maman elle n'est pas là mais c'est comme si »*). En effet, le personnel soignant a tout intérêt à devenir une « commère », une « mère avec », afin d'accompagner au mieux les femmes immigrées et les couples, dans la construction de la parentalité (35). Le rôle des professionnels de santé *« devient alors non pas de dire comment il faut être, ou même comme il faut faire, mais de permettre que les capacités émergent chez les parents et que nous les soutenions »* (20). Si nous revenons à cette notion de catégorisation des personnes, alors le soignant se basant uniquement sur les représentations certaines qu'il a de tel ou tel groupe de personnes, peut passer à côté des réelles attentes maternelles et paternelles. En effet, l'étude de P. Sauvegrain montre qu'il existe des divergences entre les propos des femmes et ceux du personnel : quand ces derniers affirment de l'aisance des femmes africaines en matière de soins et d'allaitement, les patientes souhaitent être davantage entourées par le personnel et précisent que les informations transmises sont souvent floues ou incomplètes. Elles iront alors demander conseils auprès de leur mère (33).

### 4.3 Réflexion et proposition d'outils pour les professionnels de santé

Pour accompagner au mieux les femmes et les couples en situation d'immigration, il est indispensable de créer une relation de confiance dès le suivi de grossesse. En effet, le passage à la maternité étant souvent court, le personnel soignant a moins la possibilité et le temps de dépister les vulnérabilités des femmes et de transmettre les informations nécessaires. Pendant la grossesse, il n'est pas rare que les femmes voient de nombreux professionnels pour le suivi prénatal. Elles sont alors plus à risque de ne pas consulter. De façon évidente, une relation peut difficilement se créer et entraîne un retard de prise en charge des vulnérabilités car non dépistées. L'histoire de Mme D confirme ces idées : son suivi a été irrégulier et sa situation de grande précarité a été repérée en service de suites de couches uniquement. Or, elle a refusé à plusieurs reprises le passage d'une assistante sociale. Les cours de PNP sont une ressource importante pour la transmission d'informations. Or, comme dans notre enquête, peu de femmes immigrées y assistent (23). Donc, un professionnel de santé ayant le temps de connaître la patiente, pourra mieux dépister les vulnérabilités et donc les transmettre au service hospitalier qui prendra en charge ces femmes. Parfois, cette unité de suivi peut être difficile à mettre en place. La Protection Maternelle et Infantile (PMI) est alors un outil intéressant : pour les femmes en grandes difficultés socio-économiques, mais aussi pour celles ayant besoin d'accompagnement et de soutien. De plus, le plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » décrivait la nécessité du développement du travail en réseau et envisageait la mise en place de l'entretien individuel du quatrième mois (36). Le Réseau est un outil à ne pas négliger. Il a « *une mission d'appui* » aux professionnels de santé « *leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter leurs patientes. Ils facilitent l'accès aux soins, la continuité des soins, la coordination des professionnels et l'interdisciplinarité des prises en charge* » (37). Dans le Finistère, le Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale (RPBO) a une place importante : il comprend plusieurs maternités, des Comités de Protection des Personnes (CPP) ainsi que la PMI. Plusieurs professionnels de différents corps de métier échangent sur des situations de vulnérabilité, après accord de la femme concernée, lors de staffs médico-psycho-sociaux. L'entretien du quatrième mois ou entretien prénatal précoce est aussi un moment privilégié. Il est normalement proposé de façon systématique, mais non obligatoire. Dans l'idée de ne pas réduire les femmes immigrées à leur statut d'étranger, il est indispensable de construire cet entretien sans préconçus. En effet, « *les professionnels ont des savoirs techniques, les parents en ont d'autres, de nature différente. Leur confrontation/mutualisation peut contribuer à améliorer la qualité de l'accompagnement et donc la sécurité globale (physique et psychique) de la grossesse* » (38). Ces ressources disponibles pendant la grossesse ne doivent pas disparaître dans le post-partum. Cette

période présente un grand risque d'isolement maternel du fait de l'absence soudain d'accompagnement médical. Il est important de s'intéresser notamment aux femmes en situation d'immigration, d'autant plus seules du fait de l'absence de leur famille. Les interventions postnatales, PMI/sage-femme libéral, diminueraient de manière significative les risques de troubles psychiques. Cette continuité des soins permet à la femme de reconstruire un réseau, et donc sa place dans la société. En l'absence d'un groupe d'appartenance, il existe de nombreuses associations pour les étrangers, et les immigrés : partage d'expériences, aides dans les démarches administratives. Dans le Finistère, il y a par exemple le Collectif Action Soutien et Solidarité avec les personnes sans papiers (CASS-Papiers), et le Comité inter-mouvements auprès des évacués (Cimade). Malgré ces nombreux dispositifs, certains professionnels de santé peuvent se sentir en difficulté, notamment par méconnaissance des démarches et des ressources. Or, il existe plusieurs solutions à cela : des formations en approche culturelle et psychosociale, des guides destinés aux professionnels de santé pour la pratique médicale (39, 40, 41), ainsi que des brochures traduites en plusieurs langues (22, 42). La barrière de la langue est en effet l'un des freins évoqués par le personnel soignant (32). L'intervention d'interprète paraît alors indispensable, dès le début de la grossesse en amont de situations devenues urgentes (31).

## 5. Conclusion

Ce travail a permis de montrer que le vécu des femmes immigrées était globalement satisfaisant. Cependant, nous avons relevé plusieurs difficultés, au delà de leur identité étrangère. L'isolement social, en lien avec l'absence de l'entourage familial, et la nécessité de s'adapter à une nouvelle société aux mœurs différents du pays d'origine, en sont les principales. La relation entretenue avec les professionnels de santé a parfois été vécue difficilement. Un sentiment d'incompréhension ressortait des témoignages. En revanche, notre enquête ne permet pas de généraliser ces données mais, enrichie par d'autres travaux, apporte une vision intéressante du vécu, des problèmes rencontrés comme la précarité, et des besoins des femmes immigrées.

Les entretiens et les recherches bibliographiques ont montré que l'approche culturaliste des soins ne permet pas un accompagnement social et médical optimal des femmes immigrées. Se basant sur la catégorisation des personnes, elle dissimule l'expression réelle des volontés et des attentes des patientes. Il ne faut pas nier l'existence d'une singularité culturelle, mais elle doit rester minime. Il est important de penser ces femmes de façon singulière et de ne pas les réduire au statut d'étranger, afin de leur donner les moyens de se construire dans cette nouvelle société en tant que femme et mère.

Les professionnels de santé sont les acteurs principaux pour l'accompagnement et l'intégration de ces femmes. En gardant en mémoire que la maternité potentialise la fragilité des femmes enceintes, le personnel soignant doit, dans un contexte d'immigration, laisser les couples s'exprimer, et leur transmettre les informations nécessaires au bon déroulement de la maternité, dans des conditions de qualité et de sécurité. De nombreuses ressources existent afin d'assurer un accompagnement maternant et sécurisant. De ces rencontres peuvent émaner un enrichissement personnel et une curiosité professionnelle car, comme l'exprime l'une des femmes enquêtées :

*« C'est parce qu'on est différent qu'on peut vivre ensemble (...) On aurait pas cette envie de découvrir (...) C'est comme mes cinq doigts de la main, le gros, le long, le mince...*

*Tous différents mais ensemble. C'est ça qui fait la richesse de ce monde.*

*Il fallait cette différence pour que ce soit bien.».*

[A]



## 6. Références bibliographiques

- (1) Lepec M. Recueil général des lois, décrets, ordonnances, etc: depuis le mois de juin 1789 jusqu'au mois d'août 1830. Paris: P.Dupont et Cie; 1839, 602 p.
- (2) Bade KJ, Mannoni O. L'Europe en mouvement : la migration de la fin du XVIIIe siècle à nos jours. Paris: Seuil; 2002, 632 p.
- (3) Musée de l'histoire de l'immigration. Entrée libre, séjour contrôlé : 1830-1914. [En ligne]. <http://www.histoire-immigration.fr>. Consulté le 20/09/2015
- (4) Brutel C. Population française, étrangère et immigrée en France depuis 2006. [En ligne]. <http://www.insee.fr>. Consulté le 22/12/2015
- (5) Décret n° 95-304 du 21 mars 1995 relatif à la suppression graduelle des contrôles aux frontières communes, signée à Schengen le 19 juin 1990, (J.O. 22 mars 1995).
- (6) Brutel C. Les immigrés récemment arrivés en France. [En ligne]. <http://www.insee.fr>. Consulté le 20/09/2015
- (7) Musée de l'histoire de l'immigration. Qu'est-ce-que le regroupement familial. [En ligne]. <http://www.histoire-immigration.fr>. Consulté le 20/09/2015
- (8) INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [En ligne]. <http://www.insee.fr>. Consulté le 20/09/2015
- (9) INED, Institut National d'Etudes Démographique. Enquête “ trajectoires et origines”. [En ligne]. <http://teo.site.ined.fr/> . Consulté le 6/08/2015
- (10) Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle MH. Santé périnatale des femmes étrangères en France. Bull Epidemiol Hebd. 2012: 30-34.
- (11) Vilain A, Gonzalez L, Rey S, Matet N, Blondel B. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. Études et Résultats. 2013.

(12) Faure K, Legras M, Chocard AS, Duverger P. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. La revue du praticien. 2008 ; 58(13) : 1475-1482.

(13) Gavid B, Duhot D, Clerc P, Durand R, Griot E, Martinez L. Sociologie et anthropologie, quels apports pour la médecine générale ? Société Française de médecine générale. 2007, 41 p.

(14) Quivy R, Van Campenhout L Manuel de recherche en sciences sociales.Paris: Dunod; 2011, 284 p.

(15) Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. AldineTransaction.1999, 271 p.

(16) Couture M. La recherche qualitative : introduction à la théorisation ancrée. Interactions. 2003; 7(2): 127-134.

(17) Statistiques Canada. Les principales difficultés rencontrées depuis l'arrivée au Canada, selon la catégorie d'immigration. [En ligne]. <http://www.statcan.gc.ca>. Consulté le 15/01/2016

(18) Battaglini A, Gravel S, Boucheron L, Fournier M, Brodeur JM, Poulin C, De Blois S et al. Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. Service social. 2002; 49(1): 35-69.

(19) Larousse. Dictionnaire.[En ligne]. <http://www.larousse.fr/>. Consulté le 2/02/2016

(20) Moro MR. Les parents migrants sont aussi des bons parents. [en ligne]. <http://www.marierosemoro.fr>. Consulté le 10/11/2015.

(21) Haxaire C. Naissances, gestes, objets et rituels. Côte d'ivoire. Soins aux nouveau-né chez les gourous : le massage.1991.

(22) De Gasquet B. Bébé est là, vive maman: les suites de couches. Paris: Robert Jauze; 2005, 319 p.

- (23) Petrel E. Influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de première et deuxième génération. Mémoire sage-femme. Nancy; 2009: 92 p.
- (24) Golse B, Bydlowski M. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie vers l'objectivisation. Carnet Psy. 2001; 63: 30-33.
- (25) Moro MR. Parents en exil: psychopathologie et migrations. 2<sup>è</sup> éd. Paris : Presses universitaires de France. 2001, 240 p.
- (26) Aïna Stanojevich E, Veïsse A. Repères sur les santé des migrants. Inpes. La santé de l'homme. 2007 : 21-24.
- (27) Gayral-Taminh M,, Arnaud C, Parant O, Fournié A, Rème JM, Grandjean H. Grossesse et accouchement de femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire suivies à la maternité du CHU de Toulouse. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1999 ; 28(5) : 462.
- (28) Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème JM, Grandjean H. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux de mère en situation de précarité. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005 ; 34(1) : 23-32.
- (29) Assurance maladie. L'essentiel sur la CMU, l'AME et l'ACS. [En ligne] <http://www.ameli.fr> . Consulté le 15/01/ 2016
- (30) Code de déontologie des sages-femmes. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. 2012.
- (31) Dray M. Derrière foulards et grandes robes. Le vécu de la maternité chez un groupe de femmes turques en France. L'autre. 2005; 2 (3).
- (32) Prud'homme D. La racialisation en urgence. Représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms. Th Doctorat, Bordeaux ; 2015, 610 p.

- (33) Sauvergrain P. La mère « africaine » en suites de couches, analyse d'une figure sociale. La revue sage-femme. 2013 ; 12(5) : 191-195.
- (34) Nacu A. A quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. Sociologie du travail. 2011;53 : 109-130.
- (35) Moro MR. La palabre, le bon remède contre la déshumanisation des soins aux migrants. Humanité Dimanche. 2014.
- (36) Plan de périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004.
- (37) Bertschy F. Le réseau de périnatalité. Perinat29. 2013, 58 p.
- (38) Isserlis C, Sutter-Dallay AL, Dugnat M, Glangeaud-Freudenthal N. Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères. Eres : 2008. 222 p.
- (39) COMEDE, Le Comité Médical pour les Exilés. Migrants-étrangers en situation précaire – Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels. Inpes. 2015.
- (40) HAS, Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. 2005, 134 p.
- (41) INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Grossesse et accueil de l'enfant. Comment accompagner les choix des couples autour de la grossesse et favoriser leur accès à la parentalité ? Guide pour le professionnel de santé. 2010
- (42) INPES. Livret de santé bilingue. Anglais/Français. 2006, 99 p.

## 7. Annexes

### Annexe I – Guide d'entretien

*Les questions en gras sont posées directement à la femme. Le reste sont des thèmes de relance : dans le cas où la femme ne les a pas abordés de façon spontanée dans ses récits.*

#### **1. Grossesse Accouchement**

**Racontez moi comment s'est passé votre accouchement.**

**Et votre grossesse actuelle ?**

- Des difficultés (médicales et autres)
- Des problèmes pour se rendre aux rendez-vous
- Organisation familiale (nombre d'enfants)
- Un accompagnement
- Déclaration - annonce – consultations – échographies

**Y-a-t-il des différences entre ici et et votre pays d'origine ?**

**Pouvez-vous me parler de vos grossesses antérieures ?**

**Pour en revenir à cette grossesse ...**

- Auriez-vous aimé que les professionnels de santé vous proposent/ parlent d'autres choses?
- Des choses qui vous ont manqué dans le suivi (*Disponibilité – informations délivrées*)
- Des paroles, des gestes, qui vous ont interpellée lors de vos visites?
- Des attentes - Des besoins pour vivre une grossesse la plus sereine possible

**Comment auriez-vous aimé que cela se passe?**

**Comment s'était passé le Retour à Domicile ? Et pour ce bébé, comment va se passer le retour à la maison ?**

- Des inquiétudes / Un besoin d'aide

## **2. Migration**

**Vous m'avez racontée comment cela se passait dans votre pays de naissance : si vous le voulez bien, pouvez-vous me raconter votre histoire ? Pourquoi êtes-vous venue ?**

- Année d'arrivée / Raison / Entourage / Communauté

## **3. Culture**

**Parlez moi de votre pays d'origine, comment cela se passerait-il traditionnellement ?**

- Les coutumes : déroulement de grossesse / l'accouchement / post-partum
- Que gardez-vous de votre pays d'origine ?
- Avez-vous perdu ou au contraire avez-vous gagné des choses ?

## **4. Conclusion**

Pour finir l'entretien, pouvez-vous vous présenter brièvement :

Age, nationalité :

Niveau étude

Logement :

Situation de famille :

Profession

Aides financières :

Religion :

**Comment vous sentez-vous actuellement ?**

**Avez-vous d'autres choses à me signaler, que vous voulez aborder ?**

**Comment auriez-vous aimé que l'entretien se passe ?**

## Annexe II – Caractéristiques générales et obstétricales de la population enquêtée

	<i>Mme A</i>	<i>Mme B</i>	<i>Mme C</i>	<i>Mme D</i>	<i>Mme E</i>	<i>Mme F</i>
<b>Origine</b>	Burkina Faso	Maroc	Madagascar	Turquie	Tunisie	Géorgie
<b>Arrivée</b>	2010	2011	2010	2010	2013	2010
<b>Age (ans)</b>	30	36	31	22	28	19
<b>Situation</b>	mariée	mariée	mariée	mariée	mariée	seule
<b>Formation</b>	Bac + 5	Bac + 2	Bac + 5	Lycée	Bac + 5	Lycée
<b>Profession</b>	non	non	non	non	non	non
<b>Ressources</b>	Allocations chômage	Allocations chômage	Allocations chômage	RSA	Allocations chômage	RSA
<b>Protection sociale</b>	Séc.S	Séc.S	Séc.S	CMU	Séc.S	CMU
<b>Parité</b>	3	2	2	2	1	1
<b>Toxiques</b>	non	non	non	non	non	non
<b>Cours de PNP</b>	non	non	oui	non	oui	non
<b>Pathologies</b>	excision		DG			
<b>Accouchement</b>	VB	Césarienne	VB	VB - siège	Césarienne - siège	VB
<b>Anesthésie</b>	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Alimentation nouveau-né</b>	AM	AM	AM	AM	AM	AA

### Abréviations utilisées :

AA : Alimentation Artificielle

AM : Allaitement Maternel

DG : Diabète Gestationnel

Séc.S : Sécurité Sociale

VB : Voie Basse