

Université de Lausanne

Faculté des Sciences sociales et Politiques

Institut de psychologie

Session d'automne 2021

***Ressources et empowerment des femmes
migrantes enceintes ou jeunes mères
et enjeux identitaires***

Mémoire de Maîtrise Universitaire ès Sciences en Psychologie :

Psychologie Clinique et Psychopathologie

Présenté par Claudia Kühner-Jucker

Directrice : Fabienne Fasseur

Expert : Jean-Claude Métraux

Résumé

La santé physique et psychique des femmes migrantes en période périnatale est influencée par leur parcours migratoire et leur situation de vie passée et actuelle. Un soutien social de qualité et la possibilité de mobiliser et développer des compétences d'empowerment sont des facteurs reconnus, permettant de soutenir la santé des personnes. Dans ce travail, j'ai également intégré les multiples changements / aménagements identitaires en lien avec la migration et la maternité. Cette étude exploratoire se situe dans le domaine de la psychologie qualitative de la santé. Cette approche m'a permis d'investiguer les expériences subjectives des participantes en prenant appui sur la narration de leur vécu en utilisant les outils qualitatifs des méthodes de recherche. La manière de vivre et de percevoir le soutien social, l'empowerment et les changements / aménagements identitaires influence-t-elle leur manière de vivre le moment présent ? L'investigation montre l'importance de tenir compte de ces trois facteurs pour permettre au processus d'acculturation et donc d'assimilation d'avoir lieu. L'analyse des résultats aiguille sur la proposition d'une adaptation de l'accessibilité des structures de soins aux besoins spécifiques des femmes migrantes en période périnatale pour soutenir leur qualité de vie.

Mots clés : Femmes migrantes, périnatalité, soutien social, empowerment, enjeux identitaires, processus d'acculturation, psychologie qualitative de la santé, méthode qualitative

Abstract

Migration path and past and current life situations influence the physical and psychological health of migrant women during the perinatal period. The quality of social support and the possibility of mobilizing and developing empowerment skills are recognized factors for supporting people's health. In this work, I have also integrated the multiple changes / adjustments in identity related to migration and motherhood. This exploratory study is situated in the field of qualitative health psychology. This approach allowed me to investigate the personal experiences of the participants by using the

narrative of their lives and the qualitative tools of research methods. Does the way they experience and perceive social support, empowerment and identity changes / adjustments influence their way of living in the present ? The investigation shows the importance of taking all these three factors into account in order to allow the acculturation and thus assimilation process to take place. The analysis of the results leads to the proposal of adapting the accessibility of care structures to the specific needs of migrant women during the perinatal period in order to support their quality of life.

Keywords : Migrant women, perinatality, social support, empowerment, identity issues, acculturation process, qualitative health psychology, qualitative method

Remerciements

En premier lieu, je désire remercier Madame Fabienne Fasseur d'avoir accepté de me suivre dans mon projet sans me connaître. Merci de la confiance que vous m'avez témoignée et pour le juste dosage dont vous avez fait preuve à mon égard entre ma liberté d'agir et les moments d'accompagnement quand j'en avais besoin.

Je suis infiniment reconnaissante envers les quatre participantes sans qui cette étude ne serait pas ce qu'elle est devenue, pleine de paroles précieuses et riche en enseignements positifs de ce que peut être la migration et la maternité. Merci pour votre accueil chaleureux chez vous en pleine période COVID-19, malgré votre vie déjà bien remplie.

Un grand merci à la sage-femme indépendante qui m'a permis de rencontrer les quatre participantes. Merci pour votre engagement à me mettre en contact avec des femmes en période périnatale et d'avoir à chaque fois répondu présent à mes sollicitations.

Un merci tout particulier à mon mari Ingo, mon soutien de la première heure dans mon parcours universitaire et surtout mon premier lecteur pour ce travail, quel que soit le jour de la semaine. Merci pour ta disponibilité, tes encouragements, tes remarques et tes émotions aussi à la lecture de mon travail.

Un immense merci à mon fils Antoine, correcteur de mes travaux universitaires dès mes débuts. Merci pour ton engagement à corriger ce travail malgré sa longueur et le peu de temps que je t'ai laissé par moment entre certaines parties de ma production écrite. Merci de l'avoir rendu plus facile à la lecture par la correction de toutes les coquilles (fautes d'orthographe, de grammaires et de français parlé qui émaillaient mon écriture) que j'ai pu y laisser avant que tu ne l'aies dans les mains.

Merci à tous les membres de ma famille, David, Aline, Benjamin, Noémie, Léa, Olivier, Antoine, Laurence, Jérémy, Nadège, Noham, Luna et Joël, qui m'ont tous aidé à un moment donné. Merci pour tous les échanges

que nous avons eus, votre patience à m'écouter raconter mes découvertes, mes frustrations, mes interrogations et mes joies en lien avec mes études et surtout ce travail.

Merci à mes deux amies Caroline et Céline pour leur soutien, leur encouragement et leur partage. Merci pour toutes les discussions très enrichissantes que nous avons eues et qui ont représenté un soutien très précieux pour moi, ainsi que d'avoir relu mon travail avec votre regard aiguisé d'anciennes étudiantes et votre bienveillance.

Un merci tout particulier à Monsieur Jean-Claude Métraux chez qui j'ai fait mon stage de master en psychologie dans son cabinet de psychothérapie en 2020, et dont j'ai suivi préalablement le cours « Santé et Migration : la santé et l'altérité » en 2018. Je l'avais pris pour comprendre un peu mieux le domaine de la migration en lien avec mon travail de ROE. En plus de connaissances supplémentaires, j'y ai découvert une nouvelle orientation à mon projet professionnel, porteur d'un sens profond inscrit dans mon histoire familiale, maritale, parentale et communautaire. Merci pour ton humanité, ton ouverture vers l'altérité de chacun et de nous montrer que d'autres chemins sont possibles, même si les balises sont moins visibles à l'œil nu. Merci également d'avoir accepté d'être l'expert pour mon travail de master. (Comme nous nous tutoyons dans la vraie vie, je me permets de le faire dans ces quelques lignes, question de cohérence interne).

Merci également à toutes les personnes que j'ai rencontrées et qui m'ont permis de construire ce projet pierre après pierre avant, ainsi que pendant tout le processus de recherche et d'écriture de celui-ci.

Un chaleureux merci à ma propre mère, qui a connu la migration avant ma naissance en ayant déjà trois jeunes enfants. Merci pour ton courage, la résilience dont tu as su faire preuve dans ton parcours migratoire malgré la solitude que tu as pu connaître dans ces moments-là.

Pour finir, j'aimerais également remercier le groupe de musique Supertramp d'avoir accueilli mes vagabondages intellectuels tout au long de la rédaction de ce travail.

Table des matières

INTRODUCTION	9
1.1 QUESTIONNEMENT.....	9
1.2 MIGRATION INTERNATIONALE.....	10
1.3 MIGRATION FÉMININE.....	11
1.4 SANTÉ DE LA POPULATION MIGRANTE	13
1.5 SANTÉ MATERNELLE DES FEMMES MIGRANTES.....	15
1.6 PARCOURS MIGRATOIRE : ÉMIGRÉES - IMMIGRÉES - RÉSIDENTES.....	17
1.7 PRÉVENTION	18
1.8 PANDÉMIE COVID-19	19
2 ÉLÉMENTS THÉORIQUES	20
2.1 ÉVOLUTION DE LA DÉFINITION DE LA SANTÉ	20
2.2 DÉVELOPPEMENT DE LA PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ.....	24
2.2.1 <i>Le modèle biomédical</i>	25
2.2.2 <i>Le modèle de la psychologie de la santé</i>	26
2.2.3 <i>Le modèle biopsychosocial</i>	27
2.2.4 <i>La psychologie qualitative de la santé</i>	30
2.3 IMPLICATION DU SOUTIEN SOCIAL ET DE L'EMPOWERMENT DANS LA MATERNITÉ.....	31
2.3.1 <i>Ressources personnelles : soutien social</i>	32
2.3.2 <i>Empowerment (pouvoir d'agir, auto-efficacité)</i>	38
2.4 PSYCHOLOGIE ET MIGRATION.....	43
2.4.1 <i>Enjeux identitaire et santé</i>	44
3 PROBLÉMATIQUE.....	50
4 MÉTHODE.....	53
4.1 MÉTHODE QUALITATIVE	53
4.2 PLAN DE RECHERCHE.....	54
4.2.1 <i>Population</i>	54
4.2.2 <i>Éthique</i>	55
4.2.3 <i>Méthode de récolte des données</i>	57
4.2.4 <i>Méthode d'analyse des données</i>	58
5 RÉSULTATS.....	60
5.1 ARBRE THÉMATIQUE : THÈMES ET SOUS-THÈMES	60
5.2 DESCRIPTIONS DES RÉSULTATS PAR THÈMES	62

5.2.1 <i>Projet migratoire et de maternité</i>	62
5.2.2 <i>Apprentissage de la maternité</i>	63
5.2.3 <i>Différences culturelles</i>	67
5.2.4 <i>Influence du Covid-19 sur le déroulement de la maternité</i>	69
5.2.5 <i>Vécu psychologique de la maternité</i>	71
5.2.6 <i>Sentiment de compétence à prendre soin de ses besoins et ceux de l'enfant</i>	73
5.2.7 <i>Évolution dans les interactions avec autrui</i>	78
6 DISCUSSION	82
6.1 RAISONS DU PROJET MIGRATOIRE EN SUISSE.....	82
6.2 ENJEUX IDENTITAIRES EN LIEN AVEC LA MATERNITÉ ET LA MIGRATION.....	83
6.3 LE SOUTIEN SOCIAL	87
6.4 L'EMPOWERMENT	90
6.5 PROPOSITION D'UN DISPOSITIF D'AIDE	92
7 RÉFLEXIVITÉ	95
CONCLUSION	98
BIBLIOGRAPHIE	100
ANNEXES	112
10.1 ANNEXE N° 1 : CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES.....	112
10.2 ANNEXE N° 2 : FEUILLET D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.	113
10.3 ANNEXE N° 3 : CANEVAS D'ENTRETIEN.....	116
10.4 ANNEXE N° 4 : EXTRAIT GRILLE D'ANALYSE THÉMATIQUE.	119

Introduction

1.1 Questionnement

Dans le cadre de mon travail, à côté de mes études, j'ai rempli la fonction de représentante d'une œuvre d'entraide indépendante (L'EPER) pendant les auditions fédérales des requérants d'asile au Secrétariat d'État aux Migrations. Pendant mes deux années d'activité, j'ai pu observer beaucoup de femmes migrantes qui se retrouvent seules ou accompagnées de leur compagnon, mais loin de leur famille et soutien traditionnel. La force témoignée par ces femmes pour relever tous les défis en lien avec cette situation difficile m'a interrogée. Puis, lors d'une de mes visites à l'association L'AMAR (Lieu Autogéré Multiculturel d'Accueil et de Rencontres) de Neuchâtel, j'ai eu l'occasion de rencontrer une jeune femme kurde, mère d'un petit garçon de 9 mois, qui m'a expliqué qu'il est extrêmement difficile de se retrouver seule ici sans le soutien de son entourage. Tout ceci m'a amenée à me demander quelles ressources ces femmes mobilisent, pour faire face aux défis particuliers que soulève la périnatalité. Par la suite, la question de l'empowerment s'est également ajoutée à ma réflexion, ainsi que la façon dont l'inscription personnelle qui s'opère durant la période périnatale impacte l'identité de ces femmes.

Plus précisément, mon travail va être de mener une étude exploratoire sur les ressources mises en place par les femmes migrantes enceintes dans la période périnatale (du dernier trimestre prénatal jusqu'à la fin du premier trimestre postnatal), leur capacité d'empowerment¹ (ex. : autonomisation, habilitation, capacitation, pouvoir d'agir) et l'inscription personnelle.

Je vais m'intéresser à l'inscription personnelle de cette période de vie, au travers de leurs vécus corporels, psychologiques, émotionnels et communicationnels, pour avoir un aperçu de la manière dont elles vivent les

¹ J'ai décidé d'utiliser le mot anglais pour garder la polysémie du terme (voir explication pp. 38 - 39).

changements / aménagements identitaires dus à leur maternité et qui s'entremêlent avec ceux de leur parcours migratoire.

Je vais m'intéresser aux dimensions sociales et personnelles des ressources. Les ressources « familiales ou / et communautaires » qu'elles ont mobilisées pour obtenir du soutien, ainsi que les ressources « institutionnelles » pour comprendre lesquelles elles connaissent, utilisent par rapport à celles qui sont mises à leur disposition par la commune ou leur canton de domicile.

Au niveau de l'empowerment, je vais investiguer les éléments déjà acquis avant leur migration et mobilisés au besoin, ceux qu'elles ont pu développer de manière autonome dans leur région d'accueil et ceux qu'elles auraient besoin de développer avec une aide externe.

1.2 Migration internationale

La migration est un phénomène mondialisé, nous connaissons tous des proches ou des amis qui sont partis dans une autre région du monde ou à l'inverse qui se sont établis dans notre région. Le rapport sur La Migration Internationale 2019 des Nations Unies (United Nations, 2019a) montre que la migration internationale est en constante augmentation. La définition donnée par les Nations Unies des migrants internationaux est la suivante : « *les migrants internationaux sont définis comme des personnes qui vivent soit dans un pays autre que leur pays de naissance, soit dans un pays autre que leur pays de citoyenneté.* » (United Nations, 2019b, p. 3). Les Nations Unies (United Nations, 2019a ; United Nations, 2019c) mentionnent qu'en 1990, il y avait environ 153 millions de migrants internationaux sur 5.3 milliards du total de la population mondiale, soit 2.9 % et qu'en 2019, le nombre de migrants internationaux se situe à environ 272 millions de personnes sur 7.7 milliards du total de la population mondiale, soit 3.5 %. Ces chiffres permettent de voir que sur cette période l'augmentation du nombre de migrants internationaux est plus forte que la croissance démographique mondiale. En 2019, l'Amérique du Nord (58.65 millions de migrants) et l'Europe (82.30 millions de migrants) concentrent plus de la

moitié des migrants internationaux. Des 82.30 millions de migrants internationaux résidant en Europe, 41.86 millions proviennent d'autres pays européens et de ce fait, le continent européen est considéré comme « *le plus grand corridor migratoire régional du monde* » (United Nations, 2019a, p. 7). La Suisse connaît également cette augmentation du nombre de migrants internationaux par rapport au total de sa population, nous sommes passés de 20.9 % de migrants internationaux en 1990 à 29.9 % en 2019.

Les Nations Unies (United Nations 2019a) relèvent que l'augmentation constante du nombre de migrants s'établissant en Europe depuis les années 1970 permet de maintenir une croissance démographique, malgré une baisse progressive de l'accroissement naturel de sa population, à cause d'une diminution constante de la fécondité. Dans l'« Annuaire statistique de la Suisse 2020 » de l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2020, chap. 1) les chiffres montrent que la Suisse a connu la dernière baisse démographique de son histoire moderne en 1976. Depuis, le solde migratoire positif comble (sauf en 1995 et 1998, où il y a une inversion) la diminution de l'accroissement naturel également causé par une diminution de la fécondité. La migration internationale assure un taux d'accroissement de la population positif. Mais ce n'est pas le seul élément qui maintient cette croissance. Les femmes migrantes résidentes mettent au monde plus d'enfants que les Suissesses. Pour exemple, la moyenne en 2018 pour les Suissesses était de 1.40 enfant par femme et de 1.89 pour les femmes migrantes. En plus, comparativement aux Suissesses en période de procréation, les femmes migrantes sont plus nombreuses à être dans cette période de vie.

1.3 Migration féminine

La migration féminine semble moins visible et médiatisée que la migration masculine, pourtant selon les chiffres des Nations Unies (United Nation, 2019b) en 2019, 47.9 % des migrants internationaux au niveau mondial sont des femmes. Ce pourcentage monte à 51.4 % en Europe et il se situe à 50.8 % pour la Suisse. Ces pourcentages ont peu évolué depuis 1990, où les femmes représentaient déjà 49.2 % des migrants au niveau mondial,

51.4 % au niveau européen et 49.6 % en Suisse. Ces quelques chiffres montrent que les femmes migrent plus ou moins autant que les hommes. Les raisons pour lesquelles elles migrent sont en partie semblables à celles des hommes. Selon l'Organisation internationale pour les migrations OIM (2020, chap. 2) la majorité des personnes quittent leur pays pour des raisons professionnelles, familiales, ou de formation. Un plus petit nombre migre pour « *raisons impérieuses et parfois tragiques* » (OIM, 2020. p. 23) que sont des conflits, des persécutions ou des catastrophes naturelles. Selon Caritas Internationalis (2012) les femmes vont également partir de chez elles pour ne plus être limitées dans leur développement par des traditions et inégalités de traitement ne respectant pas leurs droits humains. Ces motifs sont plus spécifiquement en lien avec la condition féminine, mais ils se retrouvent probablement aussi dans les motifs de migration de certains hommes se trouvant en situation de minorité ethnique ou en infériorité socioéconomique. En ce qui concerne les motifs principaux d'immigration en Suisse, selon l'« Enquête Suisse sur la Population Active » de 2017 (OFS, 2019a), des personnes migrantes nées à l'étranger (de 15 à 74 ans), résidentes permanentes, ils sont familiaux (43 %), et professionnels (32 %). Puis dans une moindre mesure, mais souvent mentionnées, une demande de protection de la Suisse (6 %) et enfin la formation (5 %).

Le parcours migratoire des femmes va être, en partie, différent de celui des hommes. Caritas Internationalis (2012) souligne qu'elles n'auront pas les mêmes opportunités, risques et défis que les hommes. Elles seront plus « *vulnérables à la discrimination, à l'exploitation sexuelle, à la violence contre les femmes et à des risques sanitaires spécifiques* » (p. 4). De plus, la présence d'enfants jouera aussi un rôle différent pour les femmes et les hommes. Adanu et Johnson (2009) rappellent que culturellement les femmes sont majoritairement responsables du « *caregiver* » des enfants. Cette responsabilité va peser sur le parcours migratoire des mères qui prennent le chemin de l'exil ou de la migration, elles vont devoir rapidement trouver une situation permettant de subvenir aux besoins de leurs enfants, soit en les faisant venir auprès d'elles, soit en envoyant de l'argent aux personnes qui s'occupent d'eux à leur place. Elles vont également plus facilement partir

avec eux, contrairement aux pères qui vont les laisser aux soins des mères ou de la famille (Rouilleau-Berger, 2015).

1.4 Santé de la population migrante

Ces différentes facettes de leur parcours migratoire vont avoir un impact sur leur santé physique et psychique, tout comme les conditions et situations de vie vécues dans leur pays d'origine et d'accueil. Dans son rapport, « Comment se porte la population issue de la migration en Suisse ? Analyse de la qualité de vie en 2017 des personnes issues de la migration », l'OFS (2019b) montre des différences de perception de son « état de santé subjectif actuel » des personnes interrogées (de 16 ans et plus). Dans son ensemble, 80.2 % de la population résidante en Suisse se trouve en « très bon » ou « bon » état de santé et 19.8 % estime son état de santé de « moyen » à « très mauvais ». De ces 19.8 % de personnes résidentes estimant avoir une santé entre moyen et très mauvais, 18.9 % sont de nationalité suisse, mais les personnes détentrices du passeport suisse issues de la migration ont une moins bonne perception de leur santé (21.5 %) que les autres (18.4 %). Un peu plus d'un ressortissant étranger sur cinq (22.5 %) indique ne pas avoir un bon état de santé. Et des différences se font sentir selon leur provenance géographique (découpage en trois groupes : Europe du Nord et de l'Ouest ; Europe du Sud ; autres pays). Les personnes originaires d'Europe du Nord et de l'Ouest sont en moins mauvaise santé (17.6 %) que celles d'Europe du Sud (27.2 %) et celles d'autres pays (22.1 %).

Dans l'« étude suisse sur la santé (ESS) » de l'OFS (2019c, chap. 4) l'auto-évaluation des femmes sur leur état de santé est moins bonne que celle des hommes du même groupe de provenance géographique (découpage en quatre groupes : Suisse ; Europe du Nord et de l'Ouest ; Europe du Sud-Ouest ; Hors Europe) sauf pour celles d'Europe du Sud-Est et de l'Est où la différence entre les sexes est infime. Par contre, les femmes d'Europe du Sud-Est et de l'Est, ainsi que celles d'Europe du Sud-Ouest s'auto-évaluent en moins bonne santé que les femmes suisses ou d'Europe du Nord et de l'Ouest, ainsi que celles provenant d'Hors Europe. Les femmes déclarent aussi plus souvent que les hommes souffrir de problèmes de santé

chroniques et ceci de manière plus marquée chez les femmes étrangères, quelle que soit leur provenance. En ce qui concerne les problèmes psychiques, les femmes en mentionnent aussi plus que les hommes et des disparités selon la provenance géographique sont présentes. Les Suissesses et les femmes d'Europe du Nord et de l'Ouest rapportent moins de détresse psychique que celles des trois autres groupes de provenance. Près d'un tiers des femmes d'Europe du Sud-Ouest sont concernées par une détresse psychique.

Les raisons de ces différences de perception de la santé physique et psychique sont multiples (OFS, 2019b, 2019c). Elles peuvent être mises en lien avec certaines caractéristiques des personnes, qui sont considérées comme d'importants déterminants de la santé (pour tous). Pour prendre l'exemple de l'âge, les personnes issues de l'Europe du Sud sont plus nombreuses à avoir plus de 50 ans que celles des autres régions d'immigration et donc des problèmes de santé passagers ou de longue durée dus à l'âge peuvent apparaître. Le niveau de formation et de revenu est en général plus bas chez les personnes issues d'Europe du Sud et autres pays par rapport à ceux issus des pays d'Europe du Nord et de l'Ouest et des Suisses non issus de la migration. De manière plus spécifique pour la population migrante, leur statut d'établissement et la durée de leur séjour en Suisse jouent également un rôle. Des expériences de discrimination, la non reconnaissance d'équivalence de leur formation professionnelle initialement faite dans leur pays d'origine sont également des facteurs qui, selon Roulleau-Berger (2015) conduisent à la déqualification professionnelle, ainsi que l'absence d'un soutien social et le sentiment de ne pas avoir la maîtrise sur leur vie. Tous ces éléments, conjointement ou isolément peuvent avoir une influence défavorable sur leur santé.

Il est important de souligner que les résultats de l'ESS (OFS, 2019c) ne tiennent pas compte des personnes étrangères sans autorisation d'établissement, ainsi que celles n'ayant pas une maîtrise d'une des langues nationales suffisante pour répondre aux questions. Ces exclusions ne permettent pas de savoir avec exactitude l'état de santé de l'ensemble de la population migrante.

1.5 Santé maternelle des femmes migrantes

Les femmes issues de la migration estiment plus souvent être en mauvaise santé physique et psychique que les Suissesses. En est-il de même pour les femmes issues de la migration en période périnatale ? Sur la base des données provenant des statistiques du mouvement naturel de la population BEVNAT² de 2013, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2015) indique dans son rapport « Santé maternelle et infantile des population migrantes » que c'est le cas. Mais les différents problèmes de santé physique et psychique ne vont pas être présents de manière homogène chez toutes les femmes. Sur l'ensemble des naissances, 38.1 % sont de mère étrangère, trois quarts d'entre elles proviennent de pays européens, surtout d'Allemagne, d'Italie, de France, ainsi que du Portugal, d'Espagne, d'ex-Yougoslavie et de Turquie. Dans leur ensemble, elles présentent plus souvent des problèmes obstétricaux, comme des hémorragies après l'accouchement, ou de la fièvre puerpérale. La mortalité maternelle est de 25 % supérieure chez les migrantes, cependant cette différence est à prendre avec prudence au vu du faible nombre de cas pris en compte (bien que le nombre de décès liés à la naissance soit plus élevé chez les femmes étrangères que chez les femmes suisses, cette différence n'est pas statistiquement significative). Le recours à une interruption de grossesse est aussi plus important chez les femmes étrangères que chez les Suissesses.

Les femmes étrangères sont aussi plus à risques de dépressions périnatales. Leur santé psychique est plus impactée par des épisodes d'anxiété et de dépression périnatale. Goguikian Ratcliff et al. (2014) montrent dans leur « étude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones » menée à Genève, une prévalence de la dépression de 52 % dans la période prénatale, de 33 % dans le postnatal, ainsi que de 19 % dans le périnatal. La durée du séjour en Suisse et la présence de plusieurs facteurs psychosociaux, « événements de vie stressants, violences conjugales, peu de soutien social, difficultés de logement, précarité

² Statistique annuelle des naissances, des mariages, des divorces, des décès, des reconnaissances de paternité, des adoptions et des partenariats enregistrés.

socioéconomique, statut légal précaire, suivi gynécologique tardif, barrières linguistiques et décalage culturel » (p. 16) pendant leur grossesse auront une influence importante sur leur santé mentale. Toutes les femmes migrantes enceintes ne seront pas à risque. Selon Sharapova et Goguikian Ratcliff (2018), lorsque « *les facteurs de risque sociodémographiques ou environnementaux (âge, parité, soutien social et marital, emploi et situation socioéconomique) et socioculturels (durée du séjour en Suisse, maîtrise du français, acculturation*³ » (p. 313) sont comparables à ceux présent chez les Suissesses, qui ne sont pas en situation de précarité, elles ne présentent pas plus de symptômes d'anxiété ou de dépression que les Suissesses.

La moins bonne santé des femmes issues de la migration en période périnatale et de leurs bébés s'explique par des facteurs de risque plus souvent présents dans leur vie que chez les femmes non issues de la migration. L'environnement socioéconomique semble être un des facteurs les plus influents de cette différence. Leur niveau de formation plus bas avec très souvent un environnement de travail plus contraignant, un statut juridique d'établissement précaire (peut dépendre de celui de leur mari) et l'absence de soutien social sont également des facteurs influents. Des facteurs de risque plus spécifiques sont également présents, selon la provenance géographique, comme des mutilations génitales, des maladies infectieuses comme le VIH ou du diabète gestationnel, ainsi qu'un âge précoce (15 - 24 ans) ou tardif (40 - 44 ans) lors de la maternité. D'autres facteurs de risque sont en rapport avec le système de santé, comme par exemple la barrière de la langue qui peut nuire à une bonne communication nécessaire pour intégrer le système de santé et permettre l'établissement d'une relation de confiance entre soignants et soignées. Ces différents facteurs soumettent les femmes à plus de stress physique et psychique. Ce stress augmente les risques pour la santé de la mère et du bébé, déjà fortement impactée par les changements induits par la migration (OFSP, 2015 ; Sharapova & Goguikian Ratcliff, 2018).

³ « *L'acculturation est l'ensemble des phénomènes qui résultent d'un contact continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes et qui entraînent des changements dans les modèles (patterns) culturels initiaux de l'un ou des deux groupes.* » (Redfield & al., 1936, cité par Cuhe, 2020, p. 59). Pour Cuhe (2020) l'acculturation précède l'assimilation qui en est l'aboutissement ultime.

1.6 Parcours migratoire : émigrées - immigrées - résidentes

L'évocation de la migration, en termes de parcours migratoires, ou simplement en parlant de migrant.e.s, renvoie très souvent aux images diffusées dans les médias, de personnes traversant la méditerranée sur des bateaux et ceux qui attendent dans des camps de migrants en Grèce ou en Italie. Mais les parcours migratoires sont aussi différents et variés que le nombre de migrants. Ils sont communs et uniques à la fois. Communs dans les raisons de migrer, que ce soit pour un projet professionnel, pour rejoindre un ou des membres de sa famille, entreprendre des études, ou pour obtenir des soins de santé ou la protection nécessaire à son intégrité physique ou psychique, etc. (OIM, 2020) et uniques parce chaque personne aura un parcours migratoire propre.

Le parcours migratoire commence souvent avant le départ et dure au-delà de l'arrivée dans le nouveau pays de résidence. Chaque immigré est d'abord un émigré (Sayad, 1999, cité par Baudet & Moro, 2009) avec un vécu prémigratoire, vivant dans un contexte culturel, social, familial, juridique et politique qui aura participé à sa construction identitaire. La possibilité d'élaborer son projet migratoire ou non impactera la manière dont sera vécu le changement du cadre de vie. Quelle que soit la raison du départ de chez soi, « *toute migration est un acte courageux qui engage la vie de l'individu et entraîne des modifications dans l'ensemble de l'histoire familiale* » (Baudet & Moro, 2009, p. 50). Les femmes migrantes primo-arrivantes en période périnatale passeront par un double aménagement identitaire en tant que migrante et femme / mère. Quand ce processus se produit en l'absence des siens et de leurs propres mères, elles peuvent se sentir dans une situation de grande vulnérabilité dans leur rôle maternel. Cette vulnérabilité dépendra beaucoup de la place de l'enfant à venir dans leurs parcours migratoires, ainsi que du niveau d'acquisition de connaissances culturelles entourant la maternité du pays d'origine et du pays d'accueil, et le soutien à disposition (Mestre, 2004).

Pour Métraux (2018), la migration peut se définir comme « *le passage entre deux mondes habités par des manières différentes de donner*

sens à son environnement, à son histoire, à l'être ensemble, au lien social, à la transmission d'une génération à l'autre, à soi-même aussi » (p. v). La migration peut être spatiale et culturelle comme nous avons l'habitude de nous la représenter, mais également temporelle et sociale, et donc chacun de nous est à un moment ou un autre de sa vie potentiellement un migrant. Les jeunes mères primo-arrivantes en Suisse sont très souvent concernées par ces quatre dimensions de la migration. La phénoménologie⁴ de la migration développée par Métraux permet d'éclairer le cheminement en cours lors de ces migrations qui s'entremêlent, ainsi que l'évolution identitaire qui en découle. Vivre dans un monde et en être ; Quitter ce monde ; Passer d'un monde à l'autre ; Entrer dans un autre monde ; Vivre dans cet autre monde et être de cet autre monde (pp. 49 - 97). Ces différents moments vont être vécus et dépassés selon un rythme propre à chacun et surtout selon l'élaboration des deuils engendrés par sa migration. Deuil de Toi ; Deuil de Soi ; Deuil de Sens (pp. 54 - 58). En plus, en tenir compte pour soi et autrui peut enrichir l'accompagnement des migrantes par la création d'un sens commun dans l'échange présent et être bénéfique à tous.

1.7 Prévention

Être accueilli dans une nouvelle communauté de sens, sans devoir renier celle d'origine, par l'intégration de son altérité dans le système de santé et communautaire peut aider les migrantes à vivre une maternité plus épanouie grâce aux effets positifs sur leur santé physique et psychique. Les changements apportés dans le système de santé pour les migrantes seront par ricochet également bénéfiques pour les femmes natives (Bollini & Wanner, 2006, chap. 1). La prise en considération par les intervenants auprès des femmes migrantes en période périnatale des changements / aménagements identitaires, des ressources et d'empowerment mobilisés ou développés peuvent venir renforcer la prévention et prise en charge de leur santé par une reconnaissance et un échange autour de ces changements et compétences.

⁴ Courant philosophique créé par Husserl « *qui écarte toute interprétation abstraite pour se limiter à la description et à l'analyse des seuls phénomènes perçus* » (Rey, 2011, Le Petit Robert micro, p. 1059).

1.8 Pandémie COVID-19

L'année 2020 a vu l'irruption dans nos vies de la « maladie coronavirus 2019 (COVID-19) ». Son haut pouvoir de contagion par transmission lors de nos contacts étroits par voie orale en utilisant le chemin des aérosols respiratoires et son taux de létalité chez les personnes vulnérables que sont les personnes âgées ou les personnes fragilisées par des maladies chroniques (comorbidités) a contraint l'État fédéral à prendre des mesures drastiques et inédites dans notre pays. L'état d'urgence sanitaire a ainsi été décrété avec la mise en place d'un semi-confinement au printemps 2020 pour plusieurs semaines et par la suite, des mesures plus ou moins sévères de restrictions de mouvement ont été décrétées pour limiter le plus possible les contacts entre les gens. Les femmes enceintes sont aussi à risque et donc considérées comme des personnes vulnérables (OFSP 2021a ; OFSP 2021b).

La Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGO) (2020) décrit chez certaines femmes enceintes ayant contracté le COVID-19 le développement d'une forme plus sévère de la maladie (toux et fièvre plus importante) que dans la population générale du même âge, surtout lors de la présence de comorbidités (surpoids, hypertension, âge supérieur à 35 ans). Bien que cela ne concerne qu'une minorité de femmes enceintes, la SSGO recommande d'appliquer les principes de précaution pour éviter les effets négatifs sur la santé des femmes (hospitalisations plus fréquentes), le déroulement de leurs grossesses (risque d'accouchement prématuré plus élevé), la santé du fœtus (possible lésion placentaire) et la transmission du virus de la mère au nouveau-né à la naissance. L'impact sur le déroulement de leurs grossesses, leurs accouchements et la période post-partum est un facteur à ne pas négliger. La diminution drastique des contacts sociaux par l'impossibilité de voir leurs proches autant qu'elles en auraient besoin, ou l'absence des cours / rencontres prénataux et postnataux sont des éléments pouvant fragiliser leur état de santé psychique et physique.

2 Éléments théoriques

2.1 Évolution de la définition de la santé

A la sortie de la deuxième guerre mondiale, la Société des Nations est devenue l'Organisation des Nations Unies, et les États membres ont créé en 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le texte de sa constitution (OMS, n. d.) est entré en vigueur en 1948, et par la suite plusieurs amendements sont venus enrichir la constitution initiale. Le préambule de la définition de la santé est « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (p. 1). Ce premier principe intègre trois dimensions permettant une prise en compte plus complète de la santé que seulement la présence ou l'absence de maladie ou d'infirmité. A ce principe s'ajoutent les principes suivants :

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ; Les résultats atteints par chaque État dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous ; Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale, l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement ; Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations ; Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées. » (p. 1).

Ces cinq principes supplémentaires sur les neuf existant aujourd'hui mettent en avant le droit fondamental de tous (adultes et enfants) à un bon état de santé, ainsi que la responsabilité de chacun, État et public pour son amélioration et sa protection. En ce qui concerne la population migrante en Suisse, l'État fédéral (Chambovey, 1995 ; Cattacin & al., 2001) ne s'est

longtemps pas préoccupé de ses besoins spécifiques de santé, malgré une augmentation importante du nombre d'étrangers entre 1945 et 1970 (pour répondre à la demande de main-d'œuvre économique du pays). Les raisons en sont multiples, une partie des travailleurs étrangers restaient de manière temporaire en Suisse et il n'y avait pas de politique d'intégration permettant de se soucier de leurs besoins spécifiques. Au contraire il leur était demandé une assimilation à notre mode de vie, que ce soit au niveau culturel, éducationnel ou dans le domaine de la santé, et ils devaient combler leurs présumés déficits en la matière (Métraux, 2018). Entre 1970 et 1980 un courant xénophobe a multiplié les initiatives pour diminuer le nombre d'étrangers sur notre territoire, mais ce contexte a poussé certains cantons et certaines villes à mettre en place une politique d'intégration pour diminuer le rejet de l'altérité (Mahnig, 1999, cité par Cattacin & al., 2001). Au niveau fédéral, il faut attendre les années 1980 et l'évolution au niveau international de la conception de ce que signifie être en bonne santé pour voir émerger des changements, avec par exemple la Charte d'Ottawa.

En 1986, l'OMS (OMS, 1986) s'est réunie à Ottawa pour une conférence de promotion de la santé. Elle s'inscrit dans la continuité des principes de 1948 en reprenant la notion que la santé est « ... *un état de complet bien-être physique, mental et social* » (p. 1). La Charte d'Ottawa a comme objectif que ce principe soit une réalité pour l'ensemble de la population à partir du 21^{ème} siècle. Une attention particulière est mise sur les ressources sociales et personnelles, ainsi que les capacités physiques des personnes. Pour atteindre ce but, la prévention des maladies et la promotion de la santé deviennent centrales et plus seulement le soin pour guérir. Différentes actions sont proposées pouvant influencer la santé comme la mise en place de politiques de promotion de la santé, et l'amélioration des conditions-cadres de vie privée, publique, professionnelle et environnementale ; soutenir l'action communautaire en favorisant l'auto-assistance (empowerment) et le soutien social, ainsi que le développement d'aptitudes individuelles et collectives par l'éducation et l'information ; des services de santé proposant en plus de leur tâche habituelle de prendre en compte les besoins culturels spécifiques des uns et des autres. Le concept de

bonne santé évolue vers une vision plus intégrative et dynamique de la santé avec la conscience de l'impact de l'environnement sur la capacité des populations à prendre leur santé en main. Tous ces principes et stratégies engagent les pays signataires comme la Suisse à améliorer la santé de l'ensemble de leur population individuellement ou collectivement, quelle que soit leur origine, leur religion et milieu socioéconomique, sur une base non contraignante.

La propagation de l'épidémie du VIH / sida dans les années 1990, pousse l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à accélérer les changements de prise en charge sanitaire des migrants pour pouvoir faire de la prévention avec tous les résidents du pays, dans le but de contrer sa diffusion au sein de la population. En plus, la nécessité de contenir les coûts de la santé en constante augmentation, ainsi que l'accroissement des regroupements familiaux et la diversité des provenances géographiques des personnes favorisent également une approche adaptée des soins pour tous. Toutes ces mesures sont prises dans le cadre du projet Migration et Santé qui voit le jour en 1991 (en lien avec le VIH / sida et les addictions), et en 1995 sa mission s'élargit à la promotion de la santé (Cattacin & al., 2001 ; Cerutti & Blaser, 2008). En même temps, en 1992, la Suisse (DFAE⁵, n. d.) signe l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, ce qui l'oblige au niveau social à mettre en place le « *Droit à la sécurité sociale, droit des familles, des mères (avant et après la naissance) et des enfants à une protection et à une assistance particulière, droit à un niveau de vie suffisant, droit à la santé* » (p. 1). Lors de l'adoption en 1999 par le peuple Suisse de sa nouvelle constitution, le droit à la santé pour tous y est inscrit (Constitution fédérale de la Confédération Suisse de 1999, n. d. ; Marks-Sultan & al., 2016). Elle engage, selon le niveau de responsabilité inhérent au système Suisse, la Confédération et les 26 cantons à protéger, encourager et mettre en place des mesures de prévention de la maladie et de promotion de la santé. De plus, l'article 8 sur l'Égalité oblige les différents acteurs de la santé à l'appliquer sans « ... *discrimination du fait*

⁵ Département fédéral des affaires étrangères

notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de son âge, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou psychique. » (pp. 2 - 3). Tous ces éléments constituent une base solide permettant à tous une prise en charge la plus adaptée possible de ses besoins au niveau de sa santé et de son bien-être général.

En ce qui concerne le canton de Neuchâtel où je mène mon étude, la stratégie de prévention et de promotion de la santé s'inscrit dans la Loi de Santé du canton dont le but est « ... *de contribuer à la promotion, à la sauvegarde et au rétablissement de la santé dans le respect de la liberté, la dignité et l'intégrité de la personne humaine et d'encourager dans ce domaine la responsabilité individuelle et collective* » (République et Canton de Neuchâtel, Loi de santé du 6 février 1995 RSN 800.1, art. 1. 2021, p. 1). L'action de la stratégie cantonale de prévention et de promotion de la santé 2016 - 2026 (République et canton de Neuchâtel, 2016) vise trois objectifs principaux. Le premier préconise de « *développer la promotion de la santé et la prévention des maladies* » (p. 22) pour toute la population du canton, en soutenant l'égalité des chances d'accès à une bonne santé quelle que soit la situation socioéconomique, l'état de santé et la provenance géographique des personnes. Le deuxième consiste à « *favoriser la responsabilité multisectorielle* » (p. 22) en incluant tous les acteurs étatiques concernés, comme la santé scolaire (DEF)⁶ ; la santé des migrants et au travail (DEAS) ; la santé dans les prisons (DJSC) et la politique alcool et tabac et de l'environnement (DDTE). Le troisième s'intéresse à « *favoriser le développement de partenariats et de la coordination* » (p. 22) des professionnels actifs dans les différents domaines de la santé avec pour objectif d'améliorer les échanges et discussions pouvant être favorables à la coordination des compétences et des ressources de l'ensemble des acteurs.

⁶ DEF : Département de l'éducation et de la famille ; DEAS : Département de l'économie et de l'action sociale ; DJSC : Département de la justice, de la sécurité et de la culture ; DDTE : département territorial et de l'environnement

L'avènement de la psychologie de la santé s'inscrit dans cette évolution de la notion de la santé en contribuant à comprendre scientifiquement et dans la pratique les mécanismes et les facteurs permettant de promouvoir et maintenir la santé, ainsi que le rétablissement du malade (SSPSYS⁷, n. d.).

2.2 Développement de la psychologie de la santé

Pendant longtemps, la médecine du « corps » ne s'est pas intéressée aux mécanismes psychiques et aux facteurs environnementaux protecteurs ou précipitants de la maladie. Avant l'apparition de la médecine moderne au XIX^e siècle, une approche cosmique et divine des maladies et du corps prévalait. Le passage de cette médecine issue des théories de Galien et des théories religieuses à la médecine moderne a été possible grâce aux avancées scientifiques du XIX^e et XX^e siècle qui ont permis le développement de différents modèles médicaux. Par exemple, le modèle anatomo-clinique utilise le tableau clinique par l'observation des symptômes du patient et en cas de décès sa dissection pour trouver la lésion anatomique responsable de sa maladie, leurs mises en perspective contribuant ainsi à la compréhension des mécanismes anatomiques des maladies. Le modèle microbien recherche l'explication de la maladie par le germe, et donc selon l'agent infectieux présent dans l'organisme, le malade aura un certain type de maladie. Et le modèle physiopathologique considère la maladie comme un dysfonctionnement du corps, il devient le lieu d'une exploration mécanique pour en comprendre les mécanismes dysfonctionnels (Saraga, cours 2017). La théorie évolutionniste de Darwin a redonné à l'être humain sa dimension biologique comme être vivant inséré dans la nature. Cette nouvelle approche a permis d'étudier l'humain de manière naturaliste, comme un être ayant une identité biologique. Le modèle biomédical que nous connaissons aujourd'hui s'est construit sur le terreau de toutes ces connaissances scientifiques émergentes (Ogden & Desrichard, 2014).

⁷ Société Suisse de Psychologie de la Santé

En plus de présenter le modèle biomédical dans lequel nous évoluons tous, je vais présenter le modèle de la psychologie de la santé, puis le modèle biopsychosocial qui est le modèle central de la psychologie de la santé, pour terminer avec le modèle de la psychologie qualitative de la santé⁸ représentant une approche s'écartant des précédents modèles par une conception qualitative et non quantitative des facteurs impliqués dans le maintien de la santé ou responsables des maladies. Ma recherche s'insère dans ces différents modèles tout en utilisant une approche permettant d'aborder la santé avec une conception tenant compte du sens subjectif que chacun donne à son expérience.

2.2.1 Le modèle biomédical

Dans ce modèle, la maladie est vue par le prisme du biologique et du médical. La maladie et la santé sont considérées comme deux états différents sans idée de continuum entre eux, soit la personne est malade, soit elle est en bonne santé. La cause de la maladie peut être interne (changements physiologiques : déséquilibre biochimique, prédispositions génétiques) ou externe (virus, bactéries, traumatismes, conditions de vie mal adaptées, facteurs toxiques) à l'organisme, la perturbation de son équilibre provoquant la survenue ou le maintien de la maladie. Les patients ne sont pas considérés comme responsables de l'apparition de leurs maladies. En plus, l'état psychique et social dans lesquels ils se trouvent ne sont pas investigués parce que le corps est vu comme fonctionnant de manière indépendante du psychisme et des facteurs sociaux, il n'y a donc pas d'influence mutuelle possible. Le médecin a le pouvoir par son expertise, son diagnostic et son intervention de modifier les dysfonctionnements physiologiques avec la mise en place d'une thérapie spécifique. Tout au long de ce processus médical, les patients ne sont pas considérés comme des partenaires, il est même préférable qu'ils n'interviennent pas (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994 ; Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008 ; Ogden & Desrichard, 2014).

⁸ Terme français : Psychologie clinique de la santé (Santiago-Delefosse, 2002).

Cette vision linéaire et unifactorielle de la maladie (une cause produit un effet, sans tenir compte de la complexité des facteurs de la survenue ou du maintien de la maladie et sans considérer le patient comme un être psychologique, social et un partenaire actif) est de plus en plus critiquée à partir du milieu du XX^e siècle. Dans la même période, des changements dans le mode de vie occidental (sédentarisation, changements nutritionnels, produits chimiques dans l'environnement) et des avancées médicales ont produit une inversion des causes de décès avec une diminution des maladies infectieuses (amélioration de l'hygiène de vie, vaccination et antibiotiques, etc.) et une augmentation des maladies chroniques non transmissibles (diabète, cancers, maladies cardio-vasculaires, cardiopathies, affections respiratoires chroniques, etc.). En outre, l'augmentation des coûts de la santé due à ces maladies chroniques amène les États à vouloir comprendre les facteurs de risque responsables de ces maladies pour en diminuer la prévalence et l'incidence. Finalement, les avancées dans les connaissances en psychologie avec le développement efficace et prouvé scientifiquement de méthodes comportementales et cognitives ont permis l'émergence de la psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994 ; Fischer & Tarquinio, 2014).

2.2.2 Le modèle de la psychologie de la santé

La psychologie de la santé est d'abord apparue en 1979, dans le contexte Nord-américain avec la création par l'Association américaine de Psychologie d'une section de psychologie de la santé. Matarazzo (1980), premier président de cette section, en a proposé la définition suivante : « *la psychologie de la santé est l'ensemble des contributions éducatives, scientifiques et professionnelles spécifiques de la discipline de la psychologie à la promotion et au maintien de la santé, à la prévention et au traitement des maladies, et à l'identification des corrélats étiologiques et diagnostiques de la santé, des maladies et des dysfonctionnements connexes* » (p. 815). Ses principales orientations ont été formalisées six ans plus tard en élargissant et précisant cette première définition à l'étude des facteurs en jeu dans les domaines psychologique, émotionnels, cognitifs et sociétaux, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de soins. A partir de 1986,

cette nouvelle discipline s'est aussi diffusée en Europe pour répondre à une demande croissante des pays occidentaux à inclure les connaissances scientifiques de la psychologie sur les facteurs et les déterminants de la santé pour les raisons précitées : augmentation des coûts de la santé ; maladies chroniques, etc. (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994 ; Engel, 1977 ; Fischer & Tarquinio, 2014 ; Matarazzo, 1980).

Nous pouvons constater que la partie promotion de la santé et prévention de la maladie mise en avant par la psychologie de la santé se retrouve en bonne place dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), tout comme le besoin de tenir compte des facteurs psychosociaux déterminant la santé. Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994) mentionnent un nouvel aspect sur lequel l'attention est portée en plus des prédicteurs habituels. Ces derniers sont des déclencheurs, comme certains événements de vie, des traumatismes ou des antécédents comme les caractéristiques sociales, biologiques et psychologiques dont l'ethnie, la situation familiale, professionnelle, l'âge, le sexe, le style de vie et les traits de personnalité. Cet aspect correspond au fait que les personnes sont majoritairement actives face aux événements perturbateurs de leur vie, elles vont mettre en place des stratégies qui vont venir moduler l'effet du stress sur elles. Ces stratégies peuvent être d'ordre perceptivo-cognitives selon le stress et le contrôle perçu (auto-efficacité) ; affectives selon l'état émotionnel du moment ; comportementales et cognitives en lien avec leurs capacités d'ajustements ; psychosociales selon le soutien social perçu. Tous ces éléments vont leur permettre de moduler l'impact des déterminants et antécédents sur leur vécu des événements. Ces aspects permettant l'ajustement des personnes à leur environnement quels que soient les facteurs de stress sont des éléments d'intérêt en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008).

2.2.3 Le modèle biopsychosocial

Le modèle théorique biopsychosocial proposé par Engel (1977) dans les années 1970, intégrant tous ces aspects, est devenu un modèle central de la psychologie de la santé. Les interactions complexes, multiples et circulaires entre le niveau biologique, psychologique, émotionnel,

relationnel, social, culturel sont constitutives de l'être humain. Elles vont venir influencer la santé et les maladies des personnes à divers degrés selon la période de vie, le lieu et l'époque dans laquelle se trouve la personne. La possibilité d'utiliser une grille d'analyse et d'intervention multidimensionnelle, sans prépondérance de l'un ou l'autre des facteurs impliqués, donne la possibilité d'investiguer les raisons de l'apparition ou du maintien de la maladie et faire de la prévention et de la promotion plus ciblées pour toutes sortes de problématiques liées à la santé (Engel, 1981 ; Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008 ; Berquin, 2010).

La notion de stress impliquée dans beaucoup de situations de vie peut signifier quelque chose de très différent selon chacun d'entre nous. Pour certains, c'est une réaction émotionnelle passagère permettant de mobiliser ses ressources pour agir à l'égard d'un événement présent prévu ou imprévu, alors que pour d'autres, le stress se situe dans la transaction que la personne fait avec la situation présente prévue ou imprévue (Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008 ; Ogden & Desrichard, 2014). Selon Brown et Harris (1989, cités par Fischer & Tarquinio, 2014), les événements de vie stressants auront un impact fragilisant sur une personne surtout lorsque celle-ci est dans une situation de vulnérabilité. Fischer et Tarquinio (2014) soulèvent le fait que de vivre un événement de vie stressant ne provoque pas forcément la survenue d'une maladie ou son maintien, mais que la perception faite par la personne est déterminante. Le stress perçu sera l'élément déclencheur ou amplificateur. Lazarus et Folkman (1984, p. 19, cités par Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008) ont décrit le stress perçu comme étant « ... *une transaction entre une personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par cette personne comme taxant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être* ». Le deuxième point relevé par les auteurs (Fischer & Tarquinio, 2014), est le réseau social à disposition de la personne permettant d'avoir un soutien social selon ses besoins et, comme pour le stress, c'est plus précisément la perception du soutien social ressenti qui compte. Un troisième point important est le contrôle perçu. Une nouvelle fois ce n'est pas la capacité réelle du contrôle, donc la capacité à faire face à la situation en ayant les ressources personnelles nécessaires, mais bien le

ressenti de la personne sur ses capacités à mobiliser ses ressources personnelles qui vont venir influencer positivement ou négativement sur sa santé. Le modèle biopsychosocial va permettre de comprendre, puis d'expliquer pourquoi et comment la manière de percevoir les événements de la vie influence la santé. Cela permettra ensuite de proposer des théories avec des outils d'intervention donnant la possibilité aux intervenants et aux bénéficiaires d'adopter des stratégies permettant de guérir ou prévenir la maladie ou de mettre en place les conditions nécessaires au maintien d'une bonne santé (Fischer & Tarquinio, 2014 ; Ogden & Desrichard, 2014).

L'approche multifactorielle de la psychologie de la santé réunie dans le modèle biopsychosocial n'est pas sans limites. La complexité des causes de la survenue ou du maintien d'une maladie et des raisons permettant de rester en bonne santé est telle qu'il est difficile pour les professionnels de mettre en pratique l'intégration de tous les paramètres impliqués. La méconnaissance que peuvent avoir certains professionnels de la santé des interactions des différents aspects biologiques, psychologiques ou sociaux rend difficile une application adaptée du modèle biopsychosocial. De plus, le temps nécessaire pour investiguer et intégrer le tout peut leur faire défaut dans la pratique. Le changement dans la relation entre le patient et le professionnel des soins demande une remise en cause de sa pratique pour considérer le patient comme une personne détentrice de savoirs et de compétences, ainsi qu'une certaine capacité d'apprentissage, ce qui n'est pas forcément aisé pour tous. L'hétérogénéité de la mise en pratique sur le terrain montre l'importance de continuer le développement des aspects théoriques et méthodologiques pour avoir des outils d'interventions basés sur la recherche scientifique reconnue et ainsi étendre la légitimité de son utilisation (Berquin, 2010 ; Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008 ; Fischer & Tarquinio, 2014). En plus, le modèle de la psychologie qualitative de la santé représente une approche pouvant amener une compréhension qualitative du vécu des bénéficiaires du système de santé et des pratiques des professionnels de la santé (Santiago-Delefosse, 2002).

2.2.4 La psychologie qualitative de la santé

L'insuffisance du modèle classique de la psychologie de la santé à rendre compte de manière satisfaisante des facteurs responsables de la maladie ou de la santé des personnes, amène certains chercheurs et chercheuses comme en France Santiago-Delefosse (2002), à développer une approche qui « ... s'intéresse à l'interface psychique / social dans le champ de la santé physique, et privilégie le vécu du sujet en interaction. » (p. 8). Cette nouvelle orientation, à la fois qualitative et clinique, veut aussi s'écarter de la définition quantitative de la santé du modèle biomédical, pour une définition reflétant mieux les expériences de santé et de maladies vécues par la personne. Cela peut s'obtenir en explorant l'expérience subjective⁹ vécue de la personne découlant de l'interaction entre sa subjectivité singulière et le contexte dans lequel elle se trouve pour s'approcher du sens qu'elle va donner à ses expériences avec son langage et ses interprétations symboliques. Le lien entre le chercheur ou le professionnel de la santé et la personne avec qui il est en interaction sera aussi pris en compte de par la dimension clinique de l'intersubjectivité de la relation dépendant du contexte de la rencontre.

Dans cette nouvelle approche qualitative de la psychologie de la santé, la singularité de chaque personne et la manière dont chacun vit, pense et donne sens à son monde est remis au centre de la pratique professionnelle et de la recherche. Son développement en France dans les années 1990 se veut une démarche intégrative de la complexité des différents facteurs d'explication, qui peut être faite pour rendre compte de la santé ou la maladie. Pour cela, l'utilisation d'une approche de la psychologie *concrète* aide à prendre en considération la complexité des expériences vécues et perçues par les personnes (en situation), dans leur vie quotidienne, selon leur environnement social, culturel, historique, temporel et leur dynamique singulière. Le paradigme *constructivisme* permet d'explorer la construction du sens que chacun donne à ses expériences de vie. L'analyse

⁹ Contrairement à l'évaluation objective des expériences, qui est quantifiable et que l'on trouve dans la recherche quantitative.

phénoménologique de l'expérience du vécu des personnes amène une dimension supplémentaire pour examiner le lien entre un phénomène (expérience subjective) vécu et le sens que lui donne la personne après l'avoir conscientisé. Le langage utilisé par la personne pour décrire le sens et la signification de son expérience subjective sera considéré comme médiateur de son vécu et utilisé pour l'analyser (Costantini-Tramoni & al., 2008 ; Santiago-Delefosse, 2002).

Pour explorer la richesse des expériences subjectives et singulières des personnes, les outils des méthodes qualitatives de recherche les plus souvent utilisés sont les différentes formes d'entretiens, d'analyses du discours et le travail réflexif du chercheur. Ce travail réflexif permet une analyse de la propre subjectivité du chercheur et de prendre conscience de l'intersubjectivité qui se produit pendant l'interaction. D'autant plus que « *Le niveau du vécu est particulièrement fluctuant, modifié par l'état du sujet ET par son rapport à l'autre (...) et à l'image que l'on veut donner en fonction des circonstances, etc.* » (p. 35). Cette citation met en lumière l'importance d'avoir une approche réflexive de son travail quel que soit le milieu dans lequel le professionnel de la santé est actif, car sa manière d'être au monde va aussi influencer la réflexivité et le sens que son interlocuteur va donner à son expérience subjective (Santiago-Delefosse, 2002).

2.3 Implication du soutien social et de l'empowerment dans la maternité

Au premier abord, la maternité, terme regroupant la grossesse, la naissance, les soins aux enfants et leurs éducations (Sutter, 2010) et plus particulièrement la période périnatale, semble être un événement naturel et universel partagé par toutes les femmes concernées. Pour autant, selon Moro et al. (2013), la périnatalité sera vécue avec beaucoup de nuances selon les normes sociétales, religieuses, légales, culturelles et historiques de la communauté / société dans laquelle se trouvent les mères ou les futures mères. L'intime (les aspects de la vie personnelle) va aussi contribuer à rendre la maternité différente d'une femme à l'autre par l'influence de leurs histoires individuelles, familiales et du couple parental que forment les

mères avec le parent de leur.s enfant.s. La superposition (Moro & Drain, 2009) du communautaire et de l'intime va permettre d'inscrire la naissance dans une histoire culturelle et familiale commune, donnant un sentiment de sécurité par l'anticipation possible des événements à venir. La migration peut provoquer une rupture avec la culture et les coutumes du pays d'origine, tandis que l'absence de prévisibilité du monde de sens commun et la méconnaissance des codes et coutumes du pays d'accueil constituent un défi supplémentaire pour tout migrant et en particulier pour les femmes en période périnatale.

L'éloignement géographique ou relationnel de la famille des femmes migrantes rend les mécanismes de régulation des étapes de vie plus compliqués, comme l'absence de l'étayage par la famille proche ou élargie permettant de les soutenir dans cette phase de vie somato-psychique intense, en leur procurant un soutien accru tant au niveau psychique qu'instrumental. (Berlincioni & al., 2015 ; Gressier & Sutter-Dallay, 2018). Les conséquences de cet isolement social peuvent causer une plus grande vulnérabilité maternelle. La présence ou l'absence du soutien social et le déploiement ou non de leur capacité d'empowerment sont des éléments protecteurs de la santé ou précipitants de la maladie (comme déjà mentionné par Bruchon-Schweitzer & al., 1994 ; Goguikian Ratcliff & al., 2014 ; Roulleau-Berger, 2015 ; OFSP, 2015 ; OMS, 1986 ; Sharapova & al., 2018).

2.3.1 Ressources personnelles : soutien social

Le soutien social fait partie des ressources personnelles contenues dans le capital social détenu par chacun de nous. House (1987) indique un intérêt renouvelé pour le soutien social comme impact sur la santé dès le début des années 1970, en lien avec « *le potentiel des relations sociales à promouvoir et à maintenir la santé physique et mentale, et en particulier à atténuer les effets délétères potentiels du stress psychosocial sur la santé* » (p. 136). Il note une certaine confusion dans la notion de soutien social dans la littérature par l'interchangeabilité des termes soutien social, réseau social et intégration (vs isolement) sociale. Pour lui, ces termes revêtent des significations différentes qu'il importe de distinguer pour des raisons

conceptuelles et de mesures. Le réseau social se réfère à la structure dans laquelle s'insère la personne, l'intégration (vs l'isolement) sociale renvoie à la présence ou non de relations interpersonnelles, et le soutien social parle du contenu fonctionnel et émotionnel de la relation. L'étude de la littérature de Cohen et Wills (1985) des effets du soutien social sur la santé montre l'importance de faire cette distinction. Ils différencient un effet principal d'un effet indirect appelé tampon du soutien social sur la santé. L'effet principal correspond à l'effet bénéfique pour le bien-être de la personne du soutien disponible lorsqu'elle est intégrée dans un réseau social. En cas de situation stressante, le soutien social va venir moduler son impact négatif (ou positif) sur elle. Quant à l'effet tampon, il correspond au mécanisme de protection du soutien social perçu en protégeant la personne des effets néfastes des événements de vie stressants, grâce à une meilleure capacité d'ajustement de la personne dans ces situations. Pour Cobb (1976), le soutien social donne à la personne les éléments nécessaires pour faciliter la gestion des événements de vie, ainsi que son adaptabilité au changement.

House (1981, cité par Razurel, 2012) définit quatre types de soutien social. Le premier type de soutien est *le soutien émotionnel*, qui consiste à reconforter et rassurer la personne ou témoigner son ressenti positif envers elle. Le second type de soutien est *le soutien informatif*, qui implique de partager ses connaissances, suggestions et conseils. Le troisième type de soutien est *le soutien d'estime*, qui contribue à augmenter l'estime de soi de l'autre en le rassurant sur ses qualités et ses compétences et le quatrième type de soutien est *le soutien instrumental*, qui implique une aide matérielle concrète, par exemple en prêtant de l'argent ou en offrant une aide domestique.

Lett et al. (2005) font une répartition du soutien social en deux catégories. La première catégorie est *le soutien structurel*, correspondant à l'agencement du soutien selon sa taille, sa densité, la fréquence et le nombre d'interactions avec les personnes proches ou éloignées (périphériques), les distances géographiques, son type (par exemple être membre ou non d'une communauté religieuse) et le statut marital. La seconde catégorie est *le soutien fonctionnel*, qui concerne le soutien effectif apporté par la structure

sociale. Il peut être d'ordre instrumental selon l'action à accomplir (concret), financier sous forme d'aide monétaire, informationnel en partageant des connaissances et conseils, évaluatif en aidant dans l'appréciation d'une situation et émotionnel en procurant le sentiment d'être aimé.

Nous constatons qu'une partie des différents types de soutien définis par House (1981, cité par Razurel, 2012) sont regroupés dans le soutien fonctionnel. La répartition du soutien social en deux catégories aide à faire la différence entre une mesure quantitative du soutien social, contenue dans le soutien structurel, et une mesure qualitative contenue dans le soutien fonctionnel. En plus, cette distinction permet une évaluation plus fine entre la quantité du soutien et sa qualité, qui ne vont pas forcément de pair. Un soutien social altéré peut devenir un facteur de risque pour la santé, même quand la personne reçoit une multitude de soutien (Lett & al., 2005).

La maternité (Vennat & al., 2018) est un événement de vie entraînant des changements majeurs dans la vie des femmes, qui demande un réaménagement intrapsychique et interpersonnel, certes transitoire, mais qui n'en est pas moins intense. Capponi et Herbacz (2007) se sont demandé vers qui se tournent les femmes primipares pour obtenir du soutien. Les résultats de leur étude montrent que pour le soutien pratique (fonctionnel et matériel), émotionnel et d'estime de soi, le conjoint et la famille sont les plus souvent sollicités, puis viennent les amis et les professionnels. Par contre, pour le soutien informationnel, les professionnels sont autant sollicités que le conjoint et la famille. Cependant, lorsque le soutien des proches est perçu comme inadéquat et non satisfaisant, les femmes se tournent plus facilement vers les professionnels. Pour Vennat et al. (2018), la possibilité d'avoir accès à un soutien social de qualité en période périnatale est un élément protecteur contre la détresse maternelle (stress, anxiété) et la dépression post-partum. Dans leur étude, ils ont comparé les niveaux de dépression et d'anxiété de femmes françaises avant et après la naissance, selon qu'elles ont du soutien ou non. Leurs résultats montrent que les mères du groupe non soutenu sont plus à risque de développer une dépression post-partum ou des problèmes d'anxiété que celles du groupe ayant bénéficié de soutien. Pour les auteurs, un soutien social satisfaisant répondant au besoin des mères peut les aider à

passer ce cap de manière optimale, d'autant plus que l'effet bénéfique du soutien social va perdurer.

Qu'en est-il pour les femmes migrantes ? Moro et al. (2013) souligne la solitude qu'elles doivent affronter en plus de l'acculturation et la confrontation à une société occidentale très individuelle. Le recueil du vécu des mères immigrantes par Battaglini et al. (2000, chap. 4 ; Battaglini & al., 2002) dans le but de comprendre leurs besoins spécifiques de soutien en période périnatale montre que dans la plupart des cas, les femmes immigrées sont loin de leurs réseaux familiaux (parents, frères et sœurs), traditionnels et féminins normalement présents dans cette période de leur vie. En plus, la présence d'un réseau familial ne signifie pas automatiquement que les contacts sont nombreux et soutenant. Une des raisons avancées pour expliquer cela est l'éloignement géographique plus ou moins grand à l'intérieur du pays d'accueil. La constitution d'un nouveau réseau social peut prendre du temps, mais malgré cela, certaines femmes arrivent à compenser l'absence d'un réseau familial par la constitution d'un nouveau réseau social composé principalement de membres du personnel du réseau de santé : médecins, infirmières, assistants sociaux, mères visiteuses, de connaissances : voisines, collègues de travail et d'amies. Dans cette configuration, pour répondre à leurs besoins de soutien, les immigrantes vont majoritairement se tourner vers les professionnels de la santé, les amies ou les connaissances, mais les contacts à l'intérieur de ce réseau ne seront pas forcément très réguliers. Ce manque de contacts réguliers avec le réseau nouvellement constitué ou avec la famille va engendrer un grand sentiment d'isolement, d'autant plus lorsque leur propre mère ne peut pas les soutenir. Dans son ensemble, l'obtention du soutien varie selon le type de soutien considéré. Certaines femmes (34 % sur n = 91 participantes) n'ont reçu aucun soutien instrumental (tâches ménagères, soins au nouveau-né). Pour celles qui en ont reçu, il sera la plupart du temps le fait de femmes de la famille proche ou élargie, de la belle-famille, des amies et connaissances (voisines), mais très peu par les professionnels. Presque autant de femmes (36 %) n'ont reçu aucun soutien matériel, mais à l'inverse du soutien instrumental, le soutien matériel est majoritairement donné par des

professionnels, ainsi que des amis et connaissances. La quasi-totalité des femmes mentionnent avoir bénéficié de soutien moral (personne à qui faire des confidences, parler ou rendre visite), seulement quelques femmes (9.9 %) n'en ont pas reçu. Ce soutien provient le plus souvent de professionnels et d'amies sous la forme de téléphones et d'encouragements, qui procurent le sentiment d'être moins seules. En ce qui concerne le soutien informationnel, presque une femme sur cinq (20.8 %) mentionnent ne pas en avoir reçu. Ce type de soutien est majoritairement donné par des professionnels, surtout lors des rencontres périnatales. Pour les auteurs, ces résultats montrent que malgré la présence de professionnels de la santé entourant les mères, elles sont majoritairement coupées de l'aide traditionnelle (famille, réseau de femmes, etc.) qui leur permet de bénéficier d'un soutien instrumental dans leur quotidien, soutien que les professionnels peuvent difficilement combler. Les chercheurs ont aussi regardé le rôle des conjoints dans le soutien procuré à leurs compagnes. Pour près de la moitié d'entre elles, leurs conjoints pallient en partie l'absence d'aide de la famille dans la mesure de leur disponibilité et ils sont considérés comme étant plus engagés qu'ils ne l'auraient été au pays. Pour finir, un soutien instrumental insuffisant dans le quotidien se traduit par un sentiment de perte par rapport à ce qu'elles auraient eu dans leur pays d'origine, mais pour certaines femmes, la disponibilité et la qualité des services de santé, ainsi que l'éloignement avec une famille trop intervenante est un gain dans leur parcours migratoire.

Dans leur étude, Zelkowitz et al. (2004) démontrent l'effet de l'absence ou l'insatisfaction du soutien social sur la santé des femmes migrantes. Leurs résultats montrent que 42 % (sur 119 participantes) des femmes migrantes enceintes obtiennent un score supérieur au seuil (≥ 12) de dépression, sur l'Échelle de Dépression Postnatale d'Édimbourg (EPDS), permettant de supposer la présence d'une dépression. Ils observent que les migrantes ayant un niveau de détresse élevé souffrent également plus souvent de symptômes somatiques et d'une altération fonctionnelle (sociale, physique et des rôles sociaux). Les femmes en situation de détresse rapportent un réseau social contenant moins de femmes, de parents et de

personnes de la même ethnie, donc moins de soutien féminin, familial et traditionnel à disposition. L'investissement plus important qu'elles demandent à leurs compagnons dans cette configuration produit une insatisfaction plus grande dans la relation conjugale, probablement causée par des attentes très élevées dépassant les capacités d'y répondre des conjoints. Les chercheurs notent également la présence plus fréquente d'expériences d'événements de vie stressants dans l'année qui précède l'étude, comme la confrontation à des préjugés, de la discrimination ou des problèmes de logement, financiers, domestiques, avec le partenaire, etc. que pour les femmes migrantes non dépressives. Pour les auteurs, ces résultats différenciés entre les femmes ayant du soutien social, perçu comme satisfaisant et à contrario celles ayant peu de soutien social, perçu comme non satisfaisant, suggèrent que les facteurs de vie stressants à l'origine de la dépression peuvent être influencés positivement par un soutien social et un ajustement conjugal satisfaisant qui répondent à leur besoin.

Malgré une prévalence (Battaglini & al., 2000 ; Battaglini & al., 2002) plus importante du développement d'une dépression postpartum chez les femmes immigrantes, celles-ci semblent moins susceptibles d'être questionnées sur leur état de santé psychique et relationnel que les femmes indigènes dans la même situation. Mestre (2006) souligne l'importance d'intégrer dans le suivi de la grossesse la dimension de la solitude des femmes et particulièrement des femmes migrantes pour prévenir l'apparition de problèmes psychiques et des difficultés de maternage, pouvant être néfastes pour le développement futur de l'enfant. Webster et al (2000) conseillent d'inclure systématiquement l'évaluation du soutien social (Maternity Social Support Scale) lors des consultations prénatales, ce qui permettrait de mettre en place des aides pouvant contrer les effets négatifs du manque de soutien social sur leur santé physique et psychique. Zerkowitz et al. (2004) recommandent d'être particulièrement attentif au vécu et ressenti racontés par les femmes migrantes en période périnatale, et de ne pas se fier uniquement aux résultats de tests, qui pourraient ne pas mettre en évidence certains éléments et donc passer à côté de problèmes qu'elles rencontrent. En cela l'étude de Morrow et al. (2008) confirme l'importance d'écouter le vécu

et le ressenti des femmes migrantes. Elles invoquent souvent des facteurs externes et des difficultés interpersonnelles comme responsables de leur dépression post-partum. Pour certaines, leur migration est la source de leur dépression, pour d'autres c'est l'impossibilité de leur famille à leur prodiguer les soins dont elles auraient besoin ou des relations interpersonnelles conflictuelles, par exemple avec leur mari, leur famille proche et leur belle-famille, plus particulièrement leur belle-mère. Une partie de ces conflits sont en lien avec la pression qu'elles subissent pour correspondre aux attentes des uns et des autres, et pour se conformer à leurs visions du rôle de la femme ou de la mère.

Il ressort de ces études que le soutien social et particulièrement celui de la mère et des femmes du réseau est bénéfique sur la santé psychique et physique des futures mères et des mères. Mais comme déjà mentionné (Battaglini & al., 2000 ; Battaglini & al., 2000), pour certaines femmes l'éloignement provoqué par la migration est perçu comme positif du fait que cet éloignement évite les effets jugés négatifs de l'intrusion de la famille dans leur vie et donc contrebalance l'absence du soutien social pouvant être fourni par les proches. La qualité du soutien semble être primordial, qu'il soit fourni par la famille, par des connaissances ou par des professionnels de la santé.

2.3.2 Empowerment (pouvoir d'agir, auto-efficacité)

L'empowerment (Bacqué & Biewener, 2013) est une notion anglo-saxonne du XIX^e siècle signifiant octroyer du pouvoir. Il découle du verbe *to empower* présent en Grande-Bretagne depuis le XVII^e siècle, désignant alors un pouvoir donné par une puissance supérieure comme l'État envers ses citoyens ou des professionnels envers leurs clients. Le mouvement des femmes battues nord-américain, au début des années 1970, va changer cette définition et devenir un processus d'acquisition de capacités permettant « *d'acquérir des capacités d'action à la fois personnelles et collectives, et de s'inscrire dans une perspective de changement social* » (p. 25).

La polysémie que peut revêtir la notion d'empowerment rend sa traduction en français difficile sans en perdre sa signification anglaise. Pour en saisir un début de sens, nous pouvons le déconstruire (En.wiktionary.org, 2021) : le préfixe « *em-* » veut dire *dans, vers* ; le verbe « *power* » désigne *la capacité de faire, d'influencer, de contrôler* ; le verbe « *empower* » constitué du préfixe « *em-* » et du verbe « *power* » définit *le pouvoir (légal) de faire quelque chose*. La présence du suffixe « *-ment* » offre le statut grammatical de nom au verbe en intégrant le sens d'action ou de résultat donnant la notion *d'obtenir du pouvoir ou être habilité à ...* . Les mots « pouvoir, capacité, influencer, habiliter, contrôler, obtenir du pouvoir » sont très présents dans la définition du mot empowerment. Pour Bacqué et Biewener (2013) la notion d'empowerment contient simultanément la dimension de pouvoir et du processus d'apprentissage permettant d'en faire usage. Elle se déploie autant comme un état (le pouvoir situé dans la personne) que dans un processus où se superposent simultanément les dimensions individuelles, collectives, mais aussi sociopolitiques. Les différentes traductions proposées en français peinent à contenir ces deux articulations, par exemple : pouvoir d'agir et pouvoir d'action mettent l'accent sur la notion de pouvoir, mais ne reflètent pas celui du processus et à l'inverse la capacitation et autonomisation montrent la notion du processus, mais pas celle du pouvoir.

Les mouvements de contestation sociale des années 1970 (Bacqué & Biewener, 2013), ont créé un élan pour une vision moins traditionnelle (du haut vers le bas) des programmes d'interventions vis-à-vis des bénéficiaires des domaines des sciences sociales (services sociaux), des sciences des soins (psychologie, médecine) ou des institutions internationales (ONU, Banque Mondiale). La politisation des causes féministes, raciales et d'orientations sexuelles les sort du domaine privé pour les introduire dans le débat public, rendant possible de questionner les hiérarchies de pouvoir à la fois sur le plan socioéconomique, collectif et individuel.

Bacqué et Biewener (2013) distinguent trois modèles théoriques d'empowerment. Le premier modèle est *le modèle radical* avec une visée de stopper la stigmatisation des groupes minoritaires en leur octroyant une reconnaissance sociale et politique donnant accès à des droits et à

l'autodétermination. Il s'agit d'un mouvement émancipateur individuel et collectif intégrant la « ... *notion de justice, de redistribution, de changement social, de conscientisation et de pouvoir, celui-ci étant exercé par ceux d'« en bas »* » (p. 28). Le deuxième modèle est *le modèle libéral*, qui met l'accent sur l'implication de l'État dans les situations socioéconomiques et politiques pour remédier aux inégalités sociales, politiques et économiques sans pour autant remettre en question les inégalités sociales systémiques. Les « *notions d'égalité, d'opportunité, de lutte contre la pauvreté, de bonne gouvernance, d'autonomie et de capacité de choix* » (pp. 28 - 29) sont au cœur de l'empowerment. Finalement, le troisième modèle est *le modèle néolibéral*, qui situe la politique sociale dans une vision centrée sur le marché économique où l'État va gérer sa politique sociale sur la base des principes de l'entrepreneuriat et en attendra autant de ses citoyens. Ici c'est « ... *une logique de gestion de la pauvreté et des inégalités, pour permettre aux individus d'exercer leur capacités individuelles et de prendre des décisions « rationnelles » dans un contexte d'économie de marché* » (p. 29) qui permet l'empowerment. L'émancipation et la justice sociale qui peuvent être des outils précieux dans les prises de décisions impliquant sa santé et son bien-être, ne sont pas considérées.

Selon le modèle dans lequel s'inscrivent les acteurs de la santé, leurs approches pour développer et mettre en place des programmes de santé intégrant l'empowerment seront très différentes. La possibilité pour les bénéficiaires d'en retirer le maximum de bienfaits pour la gestion de leur santé variera grandement d'un modèle à l'autre. Les principes de promotion de la santé et de la prévention de la maladie dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) sollicitent autant les pouvoirs publics, les individus que les communautés pour favoriser l'émergence de l'empowerment dans le but d'un meilleur bien-être et d'une meilleure santé pour tous. Deutsch (2015) distingue l'empowerment qui permet l'émancipation de celui qui permet l'autonomisation des personnes. Le premier est interne (psychologique), tributaire des sensations et de la prise de conscience de la personne pour se réaliser, tandis que le second est externe (politique), et dépend de l'environnement sociopolitique dans lequel la personne se trouve.

L'interaction constante de ces deux niveaux va donner à la personne la possibilité de développer des capacités et compétences pour prendre des décisions éclairées concernant son bien-être et sa santé.

Pour la pleine réalisation de cet objectif, les systèmes de santé doivent donner la possibilité aux usagers d'y souscrire (Cattacin & al., 2001). Pour cela, il est nécessaire d'impliquer les usagers ou malades comme des partenaires centraux et actifs dans les réflexions, les décisions et la mise en œuvre de stratégies de santé (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994 ; Hochart, 2016 ; Le Bossé & al., 2009), tout en tenant compte des différents contextes environnementaux, que ce soit au niveau social, culturel ou politique. Ces facteurs vont moduler le cadre de vie des personnes et rendre leur adéquation avec celui-ci plus ou moins facile (Zimmerman, 1990). Dans le modèle biopsychosocial de la psychologie de la santé, l'éducation pour la santé met la personne au centre de sa démarche de prévention de la maladie et de promotion de la santé. La personne est prise en compte comme un acteur et un partenaire avec des compétences, une capacité de jugement, une expérience de vie et la possibilité de se former dans les différents domaines de la santé la concernant pour avoir toutes les informations et connaissances nécessaires lui permettant d'avoir le contrôle sur sa vie et le sentiment de compétence d'agir (Fischer & Tarquinio, 2014 ; Israel & al., 1994). Cette approche plus collaborative rend les rapports de pouvoir plus horizontaux, il n'est pas exercé sur l'autre comme dans le modèle biomédical, mais il est partagé avec lui. Cette redistribution du pouvoir contribue à plus d'équité et de justice dans le système de santé et favorise la prise de décision éclairée concernant sa santé (Cornwall, 2016 ; République et canton de Neuchâtel, 2016 ; Rowlands, 1997).

Plusieurs auteurs montrent les effets bénéfiques de l'introduction de la notion d'empowerment dans le domaine de la santé périnatale des femmes et de leurs bébés. En 1998, le programme Centering Pregnancy développé par Rising (1998) donne la possibilité aux femmes de recevoir les soins périnataux en groupe plutôt qu'individuellement dans un cabinet d'examen standard. De cette façon, elles peuvent participer aux différents contrôles permettant d'évaluer les risques pour leur santé et celle du fœtus de manière

active (détermination du terme, mesure du poids et de la tension artérielle de la mère et écoute du cœur du fœtus, etc.). Cela permet également de recevoir de manière didactique des informations de prévention pour être en bonne santé, sur l'éducation de l'enfant à venir et d'obtenir du soutien de la part des autres participantes tout au long des réunions pré- et postnatales. La présence du groupe permet aux femmes une gestion de leur santé plus adaptée à leurs capacités et à leurs bagages culturels grâce aux échanges entre elles et les animateurs du groupe. S'ajoute à cela le fait qu'elles peuvent acquérir des compétences d'empowerment, contribuant à l'obtention de meilleurs résultats sur leur santé et celle du bébé que lors de consultations individuelles. Il est souvent fait mention du développement de l'empowerment pendant la période périnatale. Lee-Rife (2010) rapporte l'importance de le développer dès le plus jeune âge par le biais de l'éducation, qui transmet des connaissances et compétences permettant de prendre soin de sa santé physique et psychique, ainsi que de sa santé sexuelle et reproductive. L'acquisition de compétences d'empowerment antérieures à la maternité contribue à une plus grande capacité d'autodétermination concernant le déroulement de la maternité.

Le développement de l'empowerment des femmes est nécessaire, mais pas suffisant pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Il est essentiel de tenir compte de la famille proche, dont le mari et la communauté, en les intégrant dans l'acquisition des connaissances en matière de santé maternelle pour leur donner la possibilité d'agir avec compétence et confiance en cas de besoin. La présence d'un système de santé disponible, accessible et de bonne qualité avec du personnel hautement qualifié est également indispensable pour atteindre ces objectifs (De Bernis & al., 2003 ; Portela & Santarelli, 2003).

Le concept d'empowerment est une notion occidentale, l'émancipation et l'autonomie ne sont pas des valeurs universalistes (Deutsch, 2015 ; Gravel & al., 2009). Pour les femmes migrantes en période périnatale, les pratiques occidentales en lien avec la maternité peuvent être très éloignées de celles de leur pays d'origine et cela peut être un facteur de vulnérabilité supplémentaire. Les connaissances et savoir-faire acquis avant

leur migration sont des éléments constitutifs de leurs compétences maternelles. La valorisation de celles-ci par les professionnels de la santé donne la possibilité aux femmes de réaliser un métissage de leur culture du pays d'origine avec celle de leur pays d'accueil en enrichissant d'autant leur capacité d'empowerment (Camara & Moro, 2020 ; Mestre, 2004).

Malgré les effets positifs sur la santé des femmes et des enfants du développement de l'empowerment des mères, l'intégration de cette notion dans la pratique des différents acteurs de la santé n'est pas encore une réalité quotidienne. Des adaptations aux niveaux des institutions et des professionnels sont nécessaires (Hochart, 2016). Pour Tourette-Turgis et Thievenaz (2012) cela commence par enlever un impensé chez les professionnels qui est « *la reconnaissance de l'expertise des sujets vulnérables* » (p. 140) empêchant de considérer l'autre comme un partenaire actif. Le modèle biomédical dominant dans le système de santé, avec son organisation très hiérarchisée, freine également la mise en place d'un modèle plus collaboratif. Les femmes auront beaucoup de peine à faire valoir leurs choix et désirs concernant le déroulement de leur projet de naissance dans les structures de soins maternels. Lorsque les femmes enceintes sont accompagnées et soutenues par des sages-femmes, elles peuvent plus librement utiliser leur empowerment pour faire respecter leurs choix (Fahy, 2002). En Suisse, nous avons un modèle néolibéral du système de santé avec une grande valorisation sociale et économique du rôle des médecins. Cette structuration hiérarchisée rend difficile le partage du pouvoir sur la santé des femmes, d'autant plus que les sages-femmes travaillant dans ces structures de soins y ont peu de marge de manœuvre pour soutenir l'empowerment des femmes qu'elles rencontrent. En revanche les sages-femmes indépendantes auront plus facilement la possibilité d'accompagner les femmes dans l'acquisition, le développement et la concrétisation de leur empowerment (Brailey & al., 2017).

2.4 Psychologie et migration

Lorsque le sujet de la migration est abordé, la notion de culture et surtout les différences culturelles sont très souvent mentionnées en mettant

de côté nos propos appartenances plurielles. Mon intérêt pour la culture est en lien avec les changements / aménagements identitaires qui peuvent se produire lors du parcours migratoire et maternel des femmes, « *comment continuer à être soi tout en se modifiant, comment maintenir le sentiment de continuité de soi, de son histoire, de son rapport aux autres (visibles et invisibles), lorsque la réalité n'est que ruptures ?* » (Baubet & Moro, 2009, p. 54). Les femmes migrantes en période périnatale vont vivre un double changement / aménagement identitaire surtout lors de la naissance de leur premier enfant en migration. Le concept d'identité est multiple et varie selon le nombre d'interactions, l'appartenance sociale (familiale, religieuse, professionnelle, etc.) que nous pouvons avoir et le lien entre notre face interne (psychologique) et externe (sociale) qui va conférer une identité unique et évolutive au cours d'une vie (Cuche, 2020 ; Goguikian Rattcliff, 2004).

2.4.1 Enjeux identitaire et santé

L'intérêt de la culture dans les sciences sociales (Cuche, 2020) est qu'elle donne la possibilité de dépasser les explications biologiques et naturalistes du pourquoi et du comment de nos comportements individuels et collectifs, ainsi que le sens que nous leur attribuons. Les choix culturels pour s'adapter à son environnement pris par les différents groupes d'êtres humains au cours de l'histoire varient selon « *les solutions originales* » (p. 6) qu'ils ont imaginés pour y faire face et en même temps permettre le vivre ensemble avec le moins de heurts possibles. Notre façon d'être dans le monde est imprégnée par les choix culturels que sont la manière de vivre et de penser ayant cours dans la famille, la communauté, la région, le pays (etc.) dans lequel nous avons grandi et qui ont façonné notre identité culturelle, mais cela ne veut pas dire que notre façon d'être au monde est statique et figée. Au contraire, pour Cuche (2020) la culture est une notion évolutive et en perpétuelle transformation selon nos besoins et projets de vie individuels et collectifs. L'acquisition de sa propre culture passe par un processus d'éducation collectif et individuel donnant à l'individu les outils nécessaires pour évoluer dans son monde. La coloration de notre identité sera aussi influencée par l'interaction entre nos traits de personnalité et notre

environnement culturel direct (famille, école) et indirect (communauté, pays, etc.) selon la sélection de ce que nous allons intérioriser et nous approprier de manière consciente ou inconsciente au cours de notre développement psychologique et affectif (Crahay, 1999, chap. 6 ; Cuche, 2020).

Quand une personne émigre, elle va vivre une rupture avec le monde de sens qu'elle connaît pour en trouver un autre dans son pays d'immigration. Tout comme l'acquisition de sa propre culture, il est possible d'acquérir la culture du pays d'accueil. L'acculturation peut se faire sans renoncement à sa culture d'origine, mais en opérant une mixité des altérités culturelles, ce qui ouvre un potentiel créatif d'être dans ce nouveau monde. La rencontre de pratiques différentes de faire et d'être avec soi et autrui (celles du pays d'origine et celles du pays d'accueil) en période de transition migratoire provoque la nécessité d'une redéfinition de soi. La personne va osciller entre son besoin de reconnaissance dans son pays d'accueil et la conservation de sa cohérence biographique. Son identité culturelle va évoluer selon ses capacités affectives, cognitives et l'environnement social plus ou moins favorable dans lequel elle se situe (Baubet & Moro, 2009 ; Cuche, 2020 ; Goguikian Rattcliff, 2004 ; Sayad, 1999).

L'identité maternelle n'est pas aisée à définir tant cette notion a évolué au cours de l'histoire. Tout comme l'identité culturelle, l'identité maternelle passe par une construction progressive de celle-ci. Des changements au niveau psychique, physique et social vont accompagner la femme et lui permettre de développer le sentiment d'être mère (Badinter, 2010a). L'identité maternelle se développe aussi dans un contexte culturel avec ses normes familiales, communautaires, régies par des règles légales et médicales, etc. Lors de sa migration, la femme va, en plus de vivre des changements sur le plan du contexte social, culturel et interpersonnel, rencontrer d'autres manières d'être et de faire concernant la maternité qui peuvent être vécues comme une continuité ou au contraire comme une rupture pouvant la fragiliser. Ce vécu de rupture peut être renforcé lorsque la femme vit une grande solitude déjà bien connue par les femmes occidentales, mais n'ayant pas forcément cours dans son pays d'origine en période périnatale (Badinter, 2010b ; Mestre, 2006).

La phénoménologie de la migration développée par Métraux (2018) peut nous aider à comprendre les processus de changement et d'aménagement de l'identité culturelle et maternelle et les difficultés que peuvent rencontrer les femmes migrantes en période périnatale à penser ou vivre leur vie dans la continuité de leur être physique et psychique, inséré dans différentes temporalités (passée, présente, future), et spatialités de leur histoire, sans oublier les dimensions culturelles et sociales de celle-ci (Derivois, 2009 ; Métraux, 2018).

La première étape « *Vivre dans un monde et en être* » (Métraux, 2018, p 49) présente deux dimensions. « Vivre dans un monde », par exemple celui de l'enfance, où l'appartenance commune avec les membres de la famille sera porteuse d'un sens partagé, permettant à l'enfant de comprendre la manière de vivre le quotidien ou les moments de transition de vie dans son monde. Tout au long de son parcours d'élaboration de sens, l'enfant va apprendre à utiliser la (sa) langue de son entourage (famille, école, etc.) pour intégrer la réflexivité du sens véhiculée par ses différents mondes d'appartenance. Par ce processus, il va non seulement vivre dans son monde, mais également « *en être* » grâce à la reconnaissance de son appartenance à la communauté par ses membres, par opposition à un membre qui cohabiterait parmi eux mais n'appartiendrait pas au groupe.

La deuxième étape, « *Quitter ce monde* » (p. 52), regroupe par exemple l'enfant quittant pour la première fois sa famille pour aller à l'école, la personne quittant sa famille pour vivre dans une autre région ou le passage à la parentalité lors de la venue d'un premier enfant. La personne va vivre des pertes significatives pouvant provoquer des pertes de sens partagé en quittant son monde, et cette perte peut être nommée *migration*. La manière de *Quitter ce monde* sera vécue différemment selon la forme qu'elle prendra et l'importance des pertes et des deuils qui en découlent. La personne peut ne plus y vivre, mais toujours en être lorsque l'appartenance commune continue. L'éloignement géographique de cette situation va produire la perte et le deuil d'éléments extérieurs à soi (des ambiances, la maison familiale, les parents, etc.) désignés comme un *Deuil de Toi*. Inversement, lorsque l'appartenance commune disparaît, la personne peut toujours y vivre, mais ne plus en être à

cause de la disparition du sens partagé. Cette situation va produire la perte et le deuil de tout ou partie de sa place dans la communauté, ainsi qu'un changement de l'image de soi qui peut être désigné par le *Deuil de Soi*. Et lorsque les deux se font en parallèle, les pertes et les deuils provoquent le *Deuil de Sens*. Le deuil de sens aura les mêmes caractéristiques que lorsque nous vivons un deuil d'un être cher (qui peut aussi représenter une migration par les changements de sens que prend la vie après cette perte significative) avec les trois phases du deuil :

1. *Phase de refus* : envie d'oublier, comme si le sens précédent n'avait jamais existé (phénomène d'assimilation) ou de retrouver à tout prix le sens perdu (phénomène de ghettoïsation). Il peut s'en suivre une période plus ou moins longue de fossilisation du deuil et lorsque la personne se trouve en situation de survie¹⁰, une congélation du deuil peut se produire avec des difficultés d'avancer dans son projet migratoire.
2. *Phase de dépression* : conscience des pertes irréversibles avec l'impossibilité d'un retour en arrière (très présent dans la phase du *passage d'un monde à l'autre*) et d'avancer (peut provoquer le phénomène de double marginalisation).
3. *Phase du souvenir* : le passé peut être utilisé pour construire le présent et le futur « ..., *donnant à notre identité narrative la texture d'une œuvre complexe, sans franche rupture, sans continuité évidente non plus.* » (p. 58). Cette phase permet l'accomplissement de la migration (phénomène d'intégration créative).

¹⁰ Notion en lien avec l'insécurité, l'instabilité de la vie actuelle de la personne en cas de situation de guerre, de catastrophe climatique ou pour l'attente d'un permis de séjour, d'un domicile ou d'un emploi qui produisent des situations ne permettant pas de se projeter dans l'avenir parce que toute l'attention est prise pour survivre dans le présent.

Tableau 1

Croisement d'appartenance (Métraux, 2018, p. 92).

Sens partagé avec la communauté d'accueil		Sens partagé avec la communauté d'origine				
	+					
-	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Assimilation</td> <td style="text-align: center;">Intégration Créatrice</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Double Marginalisation</td> <td style="text-align: center;">Ghettoisation</td> </tr> </table>		Assimilation	Intégration Créatrice	Double Marginalisation	Ghettoisation
Assimilation	Intégration Créatrice					
Double Marginalisation	Ghettoisation					
	-					

(+) plus ou (-) moins de partage.

La troisième étape est celle de « *Passer d'un monde à l'autre* » (p. 63). Le passage dans l'autre monde commence souvent avant de le faire spatialement, comme l'enfant dont les parents ritualisent l'entrée à l'école avant d'avoir franchi pour la première fois la porte de l'école, le migrant international ayant élaboré son projet migratoire en amont de son départ ou le couple projetant de fonder une famille, qui prépare cette venue bien avant le début de la grossesse ou la naissance. Cette transition ne sera pas finie une fois le projet migratoire réalisé spatialement, car en plus de *vivre dans ce monde*, la personne a besoin d'*en être* avec le sentiment d'appartenance commun. La temporalité pour y parvenir dépendra de chacun « ... à voir ce nouveau monde, à percevoir les appartenances qui le dessinent, à prendre acte du fait qu'il y est entré » (p. 64) déterminé par les phases du deuil.

La quatrième étape, « *Entrer dans un autre monde* » (p. 71), est nécessaire pour que l'enfant scolarisé, le migrant international ou les jeunes parents perçoivent qu'ils sont *entrés dans un autre monde*. Pour cela, ils doivent comprendre qu'ils vivent une situation d'altérité, et qu'ils font partie de cet autre monde en ayant intégré les sens partagés de ce monde-là qui est différent du leur. La reconnaissance mutuelle demande du temps et des contacts répétés avec le monde d'accueil et surtout le respect du rythme de la personne pour ne pas prolonger le processus de deuil en forçant les choses qui risquent de mettre la personne dans l'impossibilité de conjuguer ses nouvelles et anciennes appartenances (double marginalisation).

La cinquième étape se nomme « *Vivre dans cet autre monde* » (p. 75). L'enfant scolarisé, le migrant international ou les jeunes parents vont pouvoir *vivre dans cet autre monde* dès le moment où la reconnaissance d'une appartenance commune est faite par la co-création d'un sens partagé avec le monde d'accueil. Après s'être rendu compte que le monde d'origine et le monde d'accueil sont porteurs de sens différents d'appartenance, la personne pourra, selon les opportunités qui se présentent à elle et son stade du processus du deuil, faire le cheminement vers une assimilation ou une intégration créative dans cet autre monde.

La sixième étape « *Être de cet autre monde* » (p. 89), prend du temps pour la concrétiser et peut demander un long cheminement pour y arriver. Par exemple, elle consiste pour l'enfant scolarisé à naviguer entre les deux mondes de sens que sont sa famille et l'école tout en faisant une mixité entre l'enfant qu'il est dans sa famille et celui qu'il a construit au contact de l'altérité du monde de l'école. Pour le migrant international et les jeunes parents, il peut s'agir de concilier des manières de faire opposées en optant pour une manière créative et unique de les réunir sans les opposer. Lorsque ces différentes étapes sont franchies et la multiplicité¹¹ des manières d'être réunies « *Il revêt désormais la nouvelle appartenance sociétale tout en fardant l'ancienne comme sous-vêtement.* » (p. 69).

Les six moments contenus dans cette phénoménologie de la migration seront vécus de manière unique par chacun, selon le sens personnel et collectif du monde d'origine et du monde d'accueil. Certains vont passer par toutes les étapes et d'autres s'arrêter en chemin pour un moment plus ou moins long selon l'élaboration des deuils. Lorsque le processus de deuil ne peut pas être mené à son terme, des maladies psychiques et physiques peuvent se développer et venir alourdir le processus d'acculturation. Mais quel que soit le cheminement migratoire pris par la personne, l'identité ou les identités qui vont émerger seront singulières et inégalables de par le parcours de vie pris par chacun.

¹¹ Caractérise ce qui est en très grand nombre et présente une grande diversité (larousse.fr, n. d.)

3 Problématique

La migration et la maternité sont des événements de vie porteurs de grands changements dans un parcours de vie, mais aussi de continuité selon le niveau d'élaboration de ces deux projets (Mestre, 2006). Les femmes migrantes en période périnatale sont, comme tout migrant, d'abord des émigrées avec une histoire prémigratoire constitutive de leur bagage culturel, social, professionnel, psychologique, etc. Les traditions familiales, communautaires, sociétales, religieuses et langagières dans lesquelles elles ont été insérées conditionnent leur manière d'être, de penser et d'interagir avec autrui et soi-même (Sayad, 1999). La migration, ainsi que la maternité sont souvent vues comme des moments de ruptures où la personne d'avant est sans existence (Berlincioni et al., 2015). Tenir compte de la personne dans la continuité de son histoire permet une transition plus harmonieuse et respectueuse de sa personnalité lorsqu'un accompagnement est nécessaire.

Comme vu précédemment, la santé physique et psychique des femmes migrantes en période périnatale est souvent moins bonne que celle des femmes nées en Suisse. La revue de la littérature montre qu'un soutien social satisfaisant et la possibilité de développer et utiliser leurs compétences d'empowerment protège ou améliore leur santé, et par ricochet, celle de leurs enfants.

Dans cette étude exploratoire, je m'intéresse aux changements identitaires et aux ressources personnelles que sont le soutien social familial, communautaire et institutionnel, ainsi que les compétences d'empowerment impliquées dans la vie des femmes migrantes, enceintes ou jeunes mères en période périnatale (dernier trimestre prénatal et premier trimestre postnatal). La manière dont les participantes vivent leur maternité au moment de notre rencontre est-elle influencée par tous ou une partie de ces éléments ?

Au niveau du soutien social, j'investigue la provenance du soutien social, le type de soutien selon qu'il soit donné par la famille, l'entourage (ami.e.s, voisin.e.s, connaissance.s, etc.) ou les différentes institutions sollicitées. Puis, je relève les sentiments découlant de la sollicitation du

soutien et je leur demande de quels soutiens supplémentaires elles auraient aimé bénéficier.

Je suppose que :

L'expression positive de leur vécu maternel est en lien avec la qualité du soutien qu'elles perçoivent de la part de leur mari, leur entourage ou des institutions et ceci malgré l'absence de leur famille d'origine et surtout de leur mère.

Au niveau de l'empowerment, j'investigue l'impact des changements dans leur vie en lien avec la maternité et la migration, au fait de prendre soin de leurs besoins, et des éventuels obstacles qu'elles ont pu rencontrer pour le faire et la manière dont elles les ont surmontés. Je m'intéresse également aux compétences qu'elles ont développées avant et après leur migration et qu'elles ont mobilisées dans cette période de leur vie. Finalement, je relève les compétences qu'elles auraient aimées pouvoir développer avec de l'aide externe pour mener à bien certaines tâches en lien avec leur maternité.

Je suppose que :

La possibilité de mobiliser et développer leurs compétences d'empowerment influence positivement leur sentiment de pouvoir prendre soin de leurs besoins.

Au niveau des inscriptions personnelles, j'investigue leur vécu corporel, émotionnel, psychologique et communicationnel potentiellement impliqué dans les changements ou aménagements identitaires survenus avec la maternité.

Je suppose que :

Plus les changements induits par la maternité au niveau corporel, émotionnel, psychologique et communicationnel sont vécus de manière harmonieuse, sans heurts, plus leurs impacts seront positifs sur leurs vécus du moment.

En plus, à partir de l'expression de ce dont elles auraient eu besoin comme soutien social ou comme aide pour apprendre à prendre soin d'elles-mêmes et de leur bébé, je vais formuler leur demande et voir s'il y a déjà des structures d'entraide ou des cours permettant d'obtenir ces soutiens et aides dans le canton de Neuchâtel. En cas d'absence de ces outils, je vais formuler une proposition d'instauration d'un tel dispositif.

4 Méthode

Le choix de la méthodologie utilisée influence sur la manière de mener une étude et les résultats qui en ressortent. Il m'a paru important de pouvoir mener mon étude en prenant appui sur les récits de vie des participantes pour être au plus près de leurs perspectives et subjectivités selon le sens qu'elles donnent à leur situation.

4.1 Méthode qualitative

Pour cela, la méthode qualitative (Santiago-Delefosse, 2002) semble être la méthode la plus appropriée pour tenir compte de la singularité de chaque participante inscrite dans un monde qui lui est propre et donc unique, « ... pour le courant qualitatif, l'homme se caractérise par un « être-dans-le-monde » dynamique et évolutif, qui englobe corps, esprit et contexte. » (p. 82). Plus précisément, la méthode qualitative inductive utilisée dans cette étude donne la possibilité de construire un savoir théorique ancré dans la réalité subjective et singulière des participantes (Balard & al., 2016, Chap. 9). La méthode de récolte des données avec des entretiens semi-structurés offre l'accès aux discours et donc à une production linguistique composée de mots qui sont les traces sur lesquelles peut se faire l'analyse (Blanchet & Gotman, 2015 ; Laforest & al., 2012). La méthode d'analyse thématique (AT) du corpus obtenu après la transcription des entretiens permet une analyse qualitative et descriptive des fragments de vie reflétant la compréhension d'un phénomène ou des phénomènes que peuvent vivre les participantes. (Braun & al., 2018 ; Paillé & Mucchielli, 2016). Finalement pour tenir compte de la subjectivité induite par une étude qualitative, il est important de tenir un journal de bord permettant de noter ses impressions, ses sentiments, et les remarques personnelles suscitées par cette démarche. Il sera l'outil indispensable pour développer sa réflexivité concernant toutes les étapes de la recherche (Lejeune, 2016).

4.2 Plan de recherche

4.2.1 Population

La population cible de mon étude sont des femmes migrantes, enceintes ou jeunes mères en période périnatale (dernier trimestre prénatal et premier trimestre postnatal). Je n'ai pas introduit de sélection selon la provenance géographique, mais je me suis assurée que les participantes issues d'un pays non francophone maîtrisaient suffisamment le français pour ne pas devoir faire appel à une tierce personne pour traduire nos propos respectifs.

Je n'ai pas introduit de critères sociodémographiques permettant l'inclusion ou l'exclusion des participantes, cependant ceux-ci ont été contrôlés pour les besoins de l'étude (voir annexe n° 1¹²).

Tableau 2

Extrait des données sociodémographiques

Indicateurs sociodémographiques	Participantés (Prénom d'emprunt)			
	Rose	Anaïs	Laura	Sophie
Âge	34	37	36	40
Continent d'origine	Amérique du Sud	Afrique du Nord	Europe du Nord	Europe du Sud
En Suisse depuis :	3 ans	1 an	7 ans	1 an
Permis de séjour	B	B	C	B
Niveau d'étude ¹³	Supérieur	Secondaire II	Supérieur	Secondaire II
Activité professionnelle	Non	Non	Oui	Oui
Statut marital	Mariée	Mariée	Mariée	Mariée

¹² Pour des raisons de confidentialité des données, les annexes 1, 2, 3 sont les modèles que j'ai utilisés et non ceux remplis par les participantes.

¹³ Trois des participantes ont suivi leurs études dans leur pays d'origine et une dans un pays tiers autre que la Suisse.

Nombre d'enfants	1	1	2	1
Mois de grossesse / âge de l'enfant	1 mois	2 mois	2 mois	9 mois de grossesse

Pour des raisons éthiques, j'ai à chaque fois demandée à mes contacts de ne pas présenter mon étude à des personnes cliniquement reconnues malades ou en souffrance psychique (population clinique).

Pour le recrutement des participantes, je me suis d'abord adressée à des interprètes travaillant dans le domaine de la migration. Malheureusement, le critère de la langue a été un obstacle pour la sélection de participantes. En plus, lorsque ce critère a pu être dépassé, celui de l'enregistrement de l'entretien a retenu l'éventuelle participation d'une femme par peur d'être reconnue, malgré l'anonymat assuré de ses propos. Puis, après plusieurs contacts infructueux auprès d'organismes privés et étatiques pour le recrutement des participantes, je me suis adressée sur recommandation à une sage-femme indépendante¹⁴ officiant dans le canton de Neuchâtel. Grâce à sa participation, j'ai pu entrer en contact avec quatre femmes préalablement d'accord que la sage-femme me donne leurs coordonnées. Je les ai contactées par téléphone pour leur expliquer les tenants et aboutissants de mon étude et de leur participation. Après avoir obtenu leur accord, nous avons convenu d'une date et un lieu pour l'entretien.

4.2.2 Éthique

L'éthique fait partie intégrante d'une recherche qualitative en sciences humaines et sociales. Pour Martineau (2007), le premier principe indispensable se situe au niveau du dialogue. Pour que celui-ci puisse avoir lieu, il est nécessaire de reconnaître en l'autre un interlocuteur avec qui nous pouvons dialoguer d'égal à égal, dans une reconnaissance mutuelle. Cette approche nécessite de s'ouvrir à l'altérité de l'autre en respectant sa dignité tout au long du processus de recherche (avant la rencontre, pendant, ainsi

¹⁴ Pour des questions de confidentialité, je ne mentionne pas son nom.

qu'après). Dans ce but, les quatre principes éthiques de Beauchamp et Childress (1983, cité par Bricki & Green, 2007) se révèlent une base précieuse pour garantir la dignité des participantes :

- *L'Autonomie* : principe qui demande de garantir le respect des droits des personnes à leurs intégrités physiques et mentales.
- *La Bienfaisance* : principe mettant l'accent sur l'obligation d'accomplir le bien et de faire en sorte de minimiser le plus possible tout préjudice.
- *La Non-malfaisance* : principe interdisant de faire intentionnellement du mal à autrui.
- *La Justice* : principe qui fait appel à un traitement équitable de chacun, ce qui veut dire une juste répartition des contraintes et bénéfices de la recherche.

Pour appliquer ces principes éthiques dans mon étude, j'ai d'abord pris le temps d'expliquer à la sage-femme le but de mon étude et le rôle des participantes. Lors de mon premier contact téléphonique avec les futures participantes, je leur ai présenté mon étude, puis demandé si elles avaient des questions ou des remarques. Après avoir répondu à leurs différentes demandes, je leur ai signalé que leur engagement est une décision qu'elles peuvent changer à tout moment, même en cours d'entretien. Pour qu'elles puissent prendre une décision en toute connaissance de cause, j'ai également mentionné à ce moment-là, mon besoin d'enregistrer notre entretien pour que je puisse en faire une transcription qui deviendra le document sur lequel je vais travailler par la suite. Je me suis aussi engagée à leur garantir l'anonymat en ne transcrivant aucun élément permettant de les reconnaître et en détruisant les enregistrements une fois la transcription finie.

Puis lors de notre rendez-vous, je leur ai donné à lire le feuillet d'information et de déclaration de consentement (selon le Commission d'éthique Suisse) (voir annexe n° 2) avant de commencer l'entretien, tout en restant à leur disposition pour d'éventuelles questions au cours de leur lecture ou après celle-ci. Le feuillet relate dans le détail mon projet d'étude avec ses objectifs ; les critères de sélection des participantes ; les bénéfices

indirects par l'enrichissement des connaissances et le développement potentiel d'outils d'intervention ; leurs droits qui stipulent que leur participation est libre et volontaire et qu'en cas de retrait elles ne subiront aucune conséquence ; l'absence de risque ; la confidentialité des données récoltées par la limitation d'accès aux données sensibles à moi seul, et l'anonymisation de la transcription de l'entretien. Une fois la lecture de la partie déclaration de consentement finie, je leur ai demandé si elles désiraient toujours participer à mon étude. Après leurs réponses positives, nous avons signé deux formulaires, un pour elles et l'autre pour moi. Au début de l'entretien, j'ai également mentionné que si elles ne désiraient pas répondre à certaines questions, elles devaient se sentir libre de ne pas le faire. Elles ont été informées de leur droit d'obtenir les résultats de l'étude, je leur ai dit que je leur fournirai volontiers une version de mon travail, une fois celui-ci fini. Une des participantes a émis le désir d'être présente à la soutenance, je lui ai dit que je la tiendrais informée, selon l'évolution de la situation sanitaire.

Le contexte sanitaire m'a aussi obligé à réfléchir au lieu et à la manière de respecter les consignes sanitaires pendant l'entretien. Pour le lieu, j'avais la possibilité de faire les entretiens dans les locaux de la Maison de Santé à La Chaux-de-Fonds, mais toutes les participantes m'ont invité chez elles. Cette solution m'a semblé être une bonne option pour diminuer leur exposition aux risques de contamination. Avant d'entrer chez elles, je me suis lavé les mains avec un gel désinfectant et j'ai mis un masque. Puis, dans la mesure du possible, j'ai fait attention de garder une distance suffisante.

4.2.3 Méthode de récolte des données

L'entretien semi-structuré donne les moyens de suivre le conseil de Play « *Mieux vaud écouter qu'interroger* » (1862, cité par Blanchet & Gotman, 2015, p. 11). En effet, l'entretien semi-structuré consiste à récolter des réponses sous forme de discours lors d'une interaction qui ressemble à une discussion. Cette manière de mener la récolte de données permet de découvrir le monde de référence de la personne et sa narration. Mais contrairement à une discussion que nous pouvons avoir avec nos proches ou

des ami.e.s, il est nécessaire de préparer ces moments d'interaction itérative avec des outils d'enquêtes.

Le premier de ces outils est le feuillet d'information et de consentement présenté précédemment, suivi de l'utilisation d'un guide d'entretien ou canevas (voir annexe n° 3) préalablement préparé. Il contient une question initiale pour ouvrir la discussion, puis des questions prédéfinies couvrant l'ensemble des sujets d'intérêt. Pour favoriser l'élaboration de réponses sous forme de discours, il est important que les questions soient ouvertes, sinon la personne interviewée risque de ne pas pouvoir élaborer sa pensée et construire une narration de son vécu. La souplesse d'utilisation de cet outil autorise l'ajout de questions complémentaires en cours d'entretien selon le déroulement et les propos partagés dans l'interaction, soit pour obtenir des éclaircissements ou pour investiguer un nouveau point. Il est également essentiel de respecter les silences, les disruptions des propos ou les interruptions nécessaires aux participantes, comme le besoin d'une pause pour s'occuper de leur bébé. Un dernier outil indispensable est un enregistreur audio dans le but de récolter tous les propos échangés pendant l'entretien, même si après la transcription de celui-ci, certains éléments ne seront pas analysés. (Blanchet & Gotman, 2015 ; Laforest & al., 2012).

4.2.4 Méthode d'analyse des données

La transcription des entretiens de manière littérale / verbatim (sauf les parties nécessitant une anonymisation) respecte les propos échangés pendant l'interaction et elle représente les prémices de l'analyse des données. Le matériau discursif ainsi transformé permet d'obtenir un corpus sur notre sujet d'intérêt, mais il est toutefois nécessaire d'utiliser un processus analytique pour produire des résultats. Dans ce but, je vais utiliser la méthode d'analyse thématique pour explorer la richesse des propos et les différents aspects sémantiques des discours. Cette démarche consiste à faire ressortir la récurrence d'unités de sens ou « *des nœuds de sens* » (Balard et al., 2016, chap. 9. p. 9) représentatifs de l'expérience et des attitudes des participantes dans des fragments du corpus pour construire des codes, des sous-thèmes et des thèmes dont certains vont venir répondre à mes

suppositions de recherche (Balard & al., 2016. Chap. 9 ; Braun & Clarke, 2006 ; Braun & al., 2018).

L'application de la démarche d'analyse passe par un processus non linéaire contenant plusieurs étapes : *La lecture* des entretiens, les uns après les autres pour approfondir la connaissance de ces derniers est la suite de la phase de transcription. La première lecture peut se faire de manière flottante en faisant abstraction de ce que l'on recherche. Puis la relecture deviendra de plus en plus active pour identifier les mots ou phrases représentant un sens pour soi. Par la suite, le travail se déroule sur la sélection des extraits (verbatim) choisis plutôt que sur l'ensemble du corpus.

Puis, *le codage* des noyaux de sens repérés et retenus, qu'ils soient présents dans l'ensemble des données ou seulement dans l'un ou l'autre des entretiens consiste à donner une unité de sens aux extraits choisis selon leurs caractéristiques et leurs significations sémantiques, tout en étant attentive d'également retenir les noyaux de sens qui peuvent s'écarter de nos attentes.

Ensuite, *l'étiquetage* des différents codes de manière hiérarchique en sous-thèmes, puis en thèmes principaux selon leur pertinence structure les données.

L'étape suivante est *la construction* des grilles d'analyse thématique (une par entretien) pour y reporter les thèmes principaux, les sous-thèmes, les codes et les extraits (verbatim) tout en vérifiant leur cohérence. Puis une fois toutes les grilles construites, les regrouper dans une grille (voir annexe n° 4 : extrait grille d'analyse thématique) permet de créer l'outil de travail principal pour produire les résultats.

Puis, *l'analyse* de l'ensemble de la grille pour faire une description et un travail d'itération entre le contenu de la grille et les propositions de recherche permet d'en dégager des résultats.

Finalement, la dernière étape est *l'écriture* des résultats et l'écriture de la réponse aux suppositions de recherche dans la partie discussion. La possibilité de déconstruire la linéarité de chaque discours pour en faire émerger le sens dans un but d'analyser est une démarche flexible, rigoureuse et amenant beaucoup de richesse aux résultats (Balard & al., 2016. chap. 9 ; Braun & Clarke, 2006 ; Braun & al., 2018).

5 Résultats

Le résultat de l'analyse des différents discours a fait ressortir sept thèmes, contenant chacun plusieurs sous-thèmes. Le tableau 3 donne une vue d'ensemble des thèmes et sous-thèmes. Puis, il est suivi d'une description de chacun d'eux avec une illustration d'un extrait (verbatim) de l'un ou l'autre des discours des participantes.

5.1 Arbre thématique : thèmes et sous-thèmes

Tableau 3

Arbre thématique : Thèmes et sous-thèmes issus de l'analyse thématique

Thèmes	Sous-thèmes
1. Projet migratoire et de maternité	I. Venue en Suisse pour raisons familiales.
	II. Venue en Suisse pour raisons familiales et professionnelles.
2. Apprentissage de la maternité	I. Annonce plus tardive de la grossesse en cours en cas du vécu d'une fausse couche précédemment.
	II. Manière de vivre sa nouvelle maternité différemment des précédentes.
	III. Découverte et apprentissage de mots dont la signification est inconnue.
	IV. Évolution du regard sur la maternité et les femmes.
	V. Compréhension intergénérationnelle plus grande au sein de la famille.
	VI. Ressenti et importance accordée aux changements physiques.
	VII. Sentiment autour du changement momentané de la fonction du corps.
3. Différences culturelles	I. Étonnement sur certaines traditions qui ont cours en Suisse.
	II. Décision de s'adapter à certaines traditions familiales de son mari pour son mari.

	III. Métissage de la manière d'être et de faire avec les deux cultures.
	IV. Traditions du pays d'origine présentes dans la période périnatale.
4. Influence du Covid-19 sur le déroulement de la maternité	I. Limitation des contacts.
	II. Restriction de la possibilité de sortir, de suivre des cours ou de participer à des groupes d'échanges anténatals, etc.
	III. Incertitude concernant la présence ou non du mari lors de la naissance.
	IV. Visites après l'accouchement restreintes ou impossibles.
5. Vécu psychologique de la maternité	I. Sentiment de bien-être et de satisfaction ou au contraire de difficulté.
	II. Impact des changements psychologiques et émotionnels sur le vécu actuel.
	III. Interdépendance psychologique et émotionnelle entre la mère et l'enfant.
	IV. Auto-description des changements les plus marquants émotionnellement ou psychologiquement.
6. Sentiment de compétence à prendre soin de ses besoins et ceux de l'enfant	I. Prendre les bonnes décisions ou non pour soi-même ou l'enfant, selon les connaissances et les informations disponibles.
	II. Recherche d'information en cas de besoin.
	III. Désir de plus d'échanges avant la naissance d'un enfant autour des difficultés rencontrées après l'accouchement.
	IV. Sentiment d'une plus grande compétence développée avant la maternité en lien avec la migration.
	V. Présence ou non d'obstacle pour prendre soin de soi et de l'enfant.
	VI. Manière de surmonter l'obstacle.
	VII. Utilisation de compétences développées dans le pays d'origine.

	VIII. Utilisation de compétences développées en Suisse.
	IX. Quelle aide pour développer d'autres compétences utiles pour prendre soin de soi et du bébé.
7. Évolution dans les interactions avec autrui	I. Perception de plus d'empathie des autres envers elle.
	II. Perception de plus d'empathie envers les autres.
	III. Soutien de la famille et la communauté : Mari, parents, beaux-parents, sœurs, belles-sœurs, amis de l'église.
	IV. Soutien des professionnels de la santé : donner des informations, des conseils, du soutien émotionnel.
	V. Apports des différents soutiens obtenus.
	VI. Désir de soutiens supplémentaires.
	VII. Sentiment éprouvé lors de la sollicitation des différents soutiens.
	VIII. Personnes les plus sollicitées.
	IX. Possibilité de garde extra-familiale lors du retour à l'activité professionnelle.

5.2 Descriptions des résultats par thèmes

5.2.1 *Projet migratoire et de maternité*

Les raisons de la migration des participantes sont diverses. Pour deux d'entre elles, ces raisons semblent être en premier lieu d'ordre familial et pour les deux autres, le projet professionnel s'entremêle avec le projet familial.

I. Venue en Suisse pour raisons familiales : Le projet de fonder une famille ou d'agrandir la famille avec leur compagnon / mari résidant en Suisse est évoqué comme raison de leur immigration en Suisse.

Extrait 1

Anaïs : 82. 1. I. 1¹⁵. (...) *quand je suis venue, c'était pas longtemps. Je viens de faire une année, alors je suis venue, on s'est mariés, je suis tombée enceinte, c'est des choses qui tombaient successivement.*

II. Venue en Suisse pour raisons familiales et professionnelles : Le projet migratoire pour raison professionnelle se croise avec le projet de maternité, les deux font partie de leur trajectoire de vie.

Extrait 2

Laura : 18. 1. II. 2. (...) *j'ai pu créer ma petite famille à moi euh, j'ai ..., j'ai mes bonheurs au quotidien, j'ai un boulot que j'aime.*

Nous retrouvons dans leurs projets migratoires les deux raisons principales de migration en Suisse (OFS, 2019a) que sont les raisons familiales et professionnelles. Les deux projets peuvent être présents dès le départ ou avoir une temporalité différente selon les opportunités qui se présentent à elles. Pour une des participantes, le projet d'émigration de son pays d'origine était une formation professionnelle dans un pays autre que la Suisse. Son projet migratoire pour la Suisse a eu lieu dans un deuxième temps.

5.2.2 Apprentissage de la maternité

La présence ou non de maternité précédente influence la manière de vivre les différents aspects de la maternité actuelle des participantes. Les apprentissages qui ont lieu dans leur nouvelle maternité seront imprégnés par la nouveauté de la situation (immigration et maternité) et enrichis par leur parcours de vie.

I. Annonce plus tardive de la grossesse en cours en cas du vécu d'une fausse couche précédemment : La crainte de revivre une fausse couche provoque la décision de ne pas annoncer la nouvelle grossesse avant la fin du premier trimestre.

¹⁵ **Nom d'emprunt de la participante** (n° de tour de parole ; chiffre : thème, chiffre romain : sous-thème ; numéro de la phrase sélectionnée)

Extrait 3

Rose : 5. 2. I. 1. *J'ai dit à ce moment là, je me suis dit tant que je ne n'ai pas trois mois de grossesse, les douze semaines de gestation, je ne dirai à personne. A ce moment là, je pensais. C'est pour ça quand en *** je tombais encore enceinte, j'ai même pas voulu dire à mes parents qui étaient déjà ici. Donc que ... après c'est dur parce que j'avais des symptômes dans mon corps que, c'était tout nouveau et tout bizarre et je voulais pas partager parce que je ne voulais pas partager pour ce qui était arrivé en **.*

La décision d'annoncer la venue d'un nouvel être à venir est retardée jusqu'à la fin de la période critique d'apparition de fausse couche.

II. Manière de vivre sa nouvelle maternité différemment des précédentes : Présence de plus de recul, d'assurance dans les propos, mais des questionnements ou l'expression de craintes ne sont pas absents du récit.

Extrait 4

Sophie : 14. 2. II. 2. *Oui parce que j'ai vu les traitements qu'il y a dans l'hôpital et aussi par la sage-femme. Ils sont vraiment différents par rapport par ce que j'avais eu au pays et ça me rassure un peu. Je crois que si j'avais déménagé en Suisse avant j'aurai fait d'autres bébés en plus (rire).*

L'imminence de l'accouchement pour une des participantes est marquée par la peur de revivre un accouchement traumatique comme lors de la naissance de son premier enfant au pays. En même temps, le sentiment d'avoir un bon suivi et des informations sur le déroulement de l'accouchement à la maternité la rassure. Pour la deuxième participante dont c'est le deuxième enfant, les apprentissages faits précédemment lui permettent de prendre du recul, d'être moins angoissée tout en devant apprendre à gérer la situation d'une double maternité.

III. Découverte et apprentissage de mots dont la signification est inconnue : Confrontation à du vocabulaire inconnu, en lien avec leur niveau de connaissance linguistique et / ou la nouveauté du domaine que représente

la maternité pouvant prêter à confusion ou au contraire susciter la curiosité de comprendre.

Extrait 5

Rose : 59. 2. III. 5. *Ou gigoteuse, et grenouillère toutes ces choses, j'ai dû aller chercher dans le dictionnaire chaque fois. J'étais là, mais je ne sais pas ce que ça veut dire.*

Le vocabulaire du domaine de la maternité et de la puériculture peut être source d'enrichissement, mais aussi de questionnement, d'étonnement en lien avec la nouveauté des mots, mais aussi le double sens de certains mots dans notre langue ou la différence de signification lors de leur traduction dans la langue première de la participante.

IV. Évolution du regard sur la maternité et les femmes : Le vécu en lien avec les différents aspects de la maternité semble changer leur appréciation de ce que représente être mère et ce que peuvent vivre d'autres femmes.

Extrait 6

Anaïs : 26. 2. IV. 3. *Euh, je savais que c'est, c'est beau et tout, vu les expériences de mes copines, mes cousines, euh mon entourage, mais c'était vraiment différent. De tout ce que j'ai entendu et tout ce que j'ai vu. C'est autre chose, c'est, c'est vraiment quelque chose de très, très beau.*

L'expérience personnelle de la maternité a produit une évolution dans leur perception de ce que représente le fait d'être mère au-delà de ce qu'elles avaient pu imaginer. Leur positionnement concernant les choix d'autres femmes est moins empreint de jugement et plus tolérant. Une participante mentionne qu'elle ne voit pas de différence, mais plutôt une continuité avec son expérience précédente de maternité.

V. Compréhension intergénérationnelle plus grande au sein de la famille : Évolution du regard sur sa propre mère et manifestation d'une compréhension des comportements passés de sa mère vis-à-vis d'elle-même.

Extrait 7

Rose : 38. 2. V. 1. *Et même entre mères de la famille, maintenant je comprends plus ma maman, ou même si c'était il y a trente ans qu'elle m'a eu. Et je comprends plus, ce qui est cet amour de mère. D'avoir un enfant, d'avoir peur quand il est mal, quand Dont c'est vrai que ça j'étais pas sensible avant ça, à ces genres de choses.*

La mention d'une meilleure compréhension de ce que représente l'amour maternel de leur propre mère est abordée par les deux participantes dont c'est la première maternité. Les sentiments d'amour, de peur, de surprotection qu'elles ont ressenti de leur mère envers elles, elles le ressentent à leur tour vis-à-vis de leur enfant.

VI. Ressenti et importance accordée aux changements physiques : Les changements physiologiques sont ressentis dès le début de la grossesse et de manière plus ou moins forte selon le stade de la maternité.

Extrait 8

Sophie : 7. 2. VI. 2. *Alors au niveau corporel, heureusement (rire) dans cette euh, grossesse j'ai pris que 11 kilos, donc le bagage c'était déjà à moi (rire) et euh, euh j'espère que après la grossesse euh je perde du poids de nouveau parce maintenant euh, je n'aurai plus dans la tête l'idée de devoir perdre du poids pour avoir un bébé. Après la grossesse, ma tête sera libre et donc j'espère que euh, je pourrais vraiment obtenir ce que je veux donc de perdre du poids.*

Les changements physiques sont vécus de manière différenciée, mais comme étant un élément important par toutes les participantes. L'ampleur des changements avant la naissance, la crainte de ne plus être comme avant sont très présentes et en même temps contrebalancées ou relativisées par le plaisir de la présence future ou effective de leur enfant.

VII. Sentiment autour du changement momentané de la fonction du corps : L'impression qu'à la participante de passer au second plan parce que le corps est au service des besoins du bébé et que ses propres besoins sont relégués au second plan. La manifestation de l'envie de mettre son corps momentanément au service de l'enfant est également présente.

Extrait 9

Rose : 12. 2. VII. 1. *Donc je pense qu'au niveau du corps, ... maintenant c'est comme si le corps ne m'appartient plus, maintenant c'est au petit, au besoin du petit.*

Les changements physiques du corps pour créer, puis nourrir l'enfant produisent le sentiment que la fonction du corps n'a plus le même sens qu'avant la maternité. Une participante mentionne son sentiment d'ambivalence par rapport à la primauté de la satisfaction des besoins de son enfant sur les siens. Elle a conscience que si ses propres besoins sont satisfaits, elle sera plus en phase avec ceux de son enfant.

Les changements qu'apporte la maternité dans leur vie sont source d'apprentissages où s'entremêlent des peurs, des craintes, de la prise d'assurance, du recul et des changements de perspective intergénérationnelle ou entre femmes, contribuant à leur évolution personnelle.

5.2.3 Différences culturelles

La culture familiale, communautaire ou du pays d'origine concernant les coutumes et habitudes périnatales côtoie ou s'entremêle avec celle d'ici pour certaines participantes. La perception de différences culturelles permet aussi de les interroger pour choisir de s'y adapter, les métisser ou au contraire garder les siennes.

I. Étonnement sur certaines traditions qui ont cours en Suisse : La découverte de certaines traditions suisses ou familiales confronte certaines participantes à d'autres manières de procéder.

Extrait 10

Sophie : 81. 3. I. 1. *Oui. Une chose que j'ai noté ici en Suisse par rapport au pays dans les supermarchés ou à la Poste, les femmes enceintes, elles ont la priorité. Ici en Suisse c'est pas comme ça. Je ne sais pas pourquoi !*

Le focus sur des différences de pratique autour de la maternité est aussi influencé par la situation personnelle des participantes, selon qu'elles vivent ou non avec une personne issue de la migration.

II. Décision de s'adapter à certaines traditions familiales de son mari pour son mari : Par respect des traditions et valeurs du mari, elles s'adaptent, mais pas sans tiraillement entre les deux cultures.

Extrait 11

Rose : 66. 3. II. 2. *C'est très américain, comme on dit ici de faire ce genre de fête, Baby Shower, tout ça, mais bon pour moi c'était normal. Mais aussi mon mari ne voulait absolument pas savoir le sexe du bébé, moi je voulais parce que comme maman je voulais me préparer, (...).*

Les différences culturelles au sein du couple demandent un ajustement de chacun à la réalité de l'autre. Ce processus semble produire des tensions entre les deux appartenances de la participante qui les mentionne dans son discours.

III. Métissage de la manière d'être et de faire avec les deux cultures : Elles désirent transmettre une partie de leur culture à leur enfant. Mais lorsque la perception d'être la même qu'avant la migration dans son rapport à soi-même et aux autres est prédominante, il n'y a pas de perception de métissage des deux cultures.

Extrait 12

Laura : 30. 3. III. 2. *(...) je suis toujours restée moi-même. J'ai toujours été de nature sociable, ça n'a pas changé parce que j'ai changé de pays, parce que j'ai pas une autre perception.*

L'envie de transmettre une partie de sa culture est très présente lorsque la conscience d'une différence de culture est perçue comme importante avec le risque de la disparition de son héritage culturel dans celui de l'autre.

IV. Traditions du pays d'origine présentes dans la période périnatale : Mention de traditions qui ont pu être respectées ou non selon la situation.

Extrait 13

Anaïs : 77. 3. IV. 1. *Donc j'avais besoin de quelqu'un qui me prépare des choses, oui mon mari il préparait tout, il y a pas de*

souci. Mais on a des choses que la femme qui vient d'accoucher elle doit manger pour l'allaitement normal, naturel. Je dois manger certaines choses, je dois ... ça m'aide.

La situation sanitaire a rendu encore plus difficile le respect de traditions entourant la naissance de l'enfant.

Les changements de sens d'une culture à l'autre sont perçus de manière plus ou moins forte de la part de chaque participante selon leur lieu de provenance et l'impact sur leur vécu du moment.

5.2.4 Influence du Covid-19 sur le déroulement de la maternité

Le déroulement de la grossesse des participantes a été impacté de manière plus ou moins importante par la situation sanitaire due au Covid-19. Pour certaines, le manque de contacts directs avec un ou des membres de leur famille s'est révélé être une expérience difficile, tout comme les différentes restrictions et les risques concernant leur santé.

I. Limitation des contacts : Le manque de contacts directs avec des membres de leur famille, des ami.e.s ou au contraire la chance de les avoir proche de soi est ressenti comme important.

Extrait 14

Sophie : 78. 4. I. 4. (...), *c'est la même chose. S'il n'y avait pas le Covid, je veux que ma famille soit plus présente maintenant, mais c'est pas le cas donc, c'est comme ça (rire).*

L'impossibilité d'avoir la présence de leur mère auprès d'elles pendant cette période est vécue entre tristesse et résignation. L'absence d'échanges, de partage et de soutien de la part de leur famille et surtout leur mère est ressentie comme un manque en partie comblé par leur mari. Pour une des participantes la situation sanitaire mondiale a contraint ses parents à prolonger leur présence en Suisse et ils étaient donc présents comme « *un cadeau de Dieu* » (Rose).

II. Restriction de la possibilité de sortir, de suivre des cours ou de participer à des groupes d'échanges anténatals, etc. : Les participantes

mentionnent les difficultés supplémentaires que représentent les recommandations et mesures sanitaires restreignant leur marge de manœuvre ou les bénéfices en lien avec la situation.

Extrait 15

Laura : 6. 4. II. 2. *Regardez tout à l'heure j'ai allaité devant vous, je ne l'aurais pas fait avec le premier, que ici. Alors je sais pas si c'est l'effet comme dit la sage-femme, l'effet Covid positif qui fait que nous les mamans on est plus détendues et tout ça.*

La peur pour leur santé ou celle de l'enfant à venir est présente, ainsi que la difficulté de reprendre les sorties après la naissance. Le virus est perçu comme un obstacle à leur liberté de mouvement et une barrière au suivi de cours pré- et postnatal, en partie compensé par la sage-femme indépendante. Malgré cela, le manque de contacts avec d'autres femmes enceintes ou jeunes mères perdure.

III. Incertitude concernant la présence ou non du mari lors de la naissance : Expression de leur crainte de l'absence de leur conjoint pour la naissance ou lors des jours passés à la maternité après la naissance.

Extrait 16

Laura : 14. 4. III. 1. *Je ne savais pas si mon mari aussi au vu de la situation pouvait assister et donc là c'est vrai que psychologiquement, euh je stressais pas, mais plus on se rapprochait de la date, je me disais « oh mon Dieu j'espère que le Covid ne va pas prendre le dessus sur mon bonheur et venir tout gâcher » et au final non, tout s'est bien goupillé.*

Une seule participante n'a pas mentionné de crainte concernant la présence de son mari auprès d'elle pour la naissance et les jours suivants à la maternité. Cette différence peut être en lien avec des directives plus claires de la part des maternités sur ce sujet. La situation sanitaire a entraîné une incertitude quant à ce qui sera possible ou non au moment de la naissance et des jours suivants.

IV. Visites après l'accouchement restreintes ou impossibles :
L'impossibilité ou la restriction des visites à la maternité ou à la maison est aussi évoquée.

Extrait 17

Anaïs : 1. 4. IV. 1. *Après, le problème de Covid. On peut pas voir de, des visites dans la maison, mais vu qu'on a pas pu avoir des gens dans la maison à cause de Covid et tout, à cause de cette épidémie. Donc euh, c'était un peu difficile pour moi, parce que je suis toute neuve ici en Suisse.*

L'absence de visites après la naissance est perçue comme étant difficile et triste, d'autant plus lorsque leur présence en Suisse est récente.

La situation sanitaire touche plusieurs aspects de leur maternité. Le semi-confinement et les restrictions représentent une difficulté supplémentaire dans leur parcours de migrante.

5.2.5 Vécu psychologique de la maternité

Les différentes expériences vécues avant la maternité actuelle des participantes, ainsi que tout au long de leur grossesse, la naissance et le postpartum influencent leur ressenti d'aujourd'hui de manière plus ou moins forte, selon que les choses se sont passées comme prévu, comme imaginé ou comme anticipé.

I. Sentiment de bien-être et de satisfaction ou au contraire de difficulté : Expression de leurs sentiments sur ce qu'elles vivent actuellement.

Extrait 18

Sophie : 11. 5. I. 2. (...) *j'espère avant la date prévue. Parce que pour mon premier bébé c'était à la 38^{ème} semaine, et aujourd'hui je suis à la 38^{ème} donc j'espère qu'il est en train de sortir. Donc je suis impatiente en plus je suis aussi un peu ... euh préoccupée ... inquiète, oui parce que mon premier accouchement c'était au pays. Et c'était un accouchement provoqué. Il n'y avait pas de péridurale, pas de médicament.*

Les sentiments exprimés sur leur ressenti actuel sont contrastés entre l'épanouissement, le bonheur et les difficultés d'être mère ou les peurs et craintes vécues pendant cette période. L'ensemble de ces ressentis peut être présent en même temps sans s'opposer ou s'annuler.

II. Impact des changements psychologiques et émotionnels sur le vécu actuel : Les changements psychologiques et émotionnels sont décrits à plusieurs moments du discours. Ils sont souvent en lien avec le sentiment de ne pas pouvoir contrôler la situation.

Extrait 19

Laura : 15. 5. II. 5. *J'avais peur de ne pas savoir gérer et j'avoue que ça m'angoisse un petit peu ça.*

L'impossibilité de contrôle ou le sentiment de ne pas pouvoir gérer certains aspects en lien avec leur maternité, comme les conséquences de la situation sanitaire (Covid-19), le déroulement de la naissance, les soins au nouveau-né provoquent une palette de ressentis et d'ajustements émotionnels.

III. Interdépendance psychologique et émotionnelle entre la mère et l'enfant : Témoigne de la conscience d'une interdépendance entre la mère et l'enfant, du fait que l'enfant dépend d'elle pour ses besoins et inversement l'impression de dépendre émotionnellement et psychologiquement de l'enfant. Elles peuvent aussi manifester le sentiment que l'enfant est devenu prioritaire dans leur vie.

Extrait 20

Rose : 31. 5. III. 5. *Je me sens déjà bien parce qu'il n'est pas stressé, il ne pleure pas, il est en paix, on va dire. Surtout quand il prend il crie et il mange parce que c'était la faim. Je vois à sa tête qu'il est bien là parce qu'il mange et du coup ça me soulage moi aussi. Je pense que s'il est bien je vais bien aussi. Sinon je suis toute ah tout ouai oui C'est une dépendance, mais maintenant que je vois ce n'est pas que lui de moi c'est moi aussi de lui. Je me demande s'il se sent bien.*

Le sentiment d'interdépendance est présent dans le discours de deux participantes. La dépendance est ressentie comme bidirectionnelle, de l'enfant envers sa mère, mais aussi de la mère vers l'enfant avec le sentiment que la maternité bouleverse les priorités de vie.

IV. Auto-description des changements les plus marquants émotionnellement ou psychologiquement : L'état émotionnel et psychologique sont pour certaines décrits comme inattendus. Pour d'autres c'est une simple constatation, ou la mise en lien avec la dépendance momentanée de l'enfant envers elles.

Extrait 21

Anaïs : 33. 5. IV. 4. *Aujourd'hui, je vois, je regarde euh, comme dire ? L'autre partie du verre comme on dit. La partie positive. Surtout quand, quand je regarde ma fille. Ça m'a changé beaucoup des choses, des choses que je ne peux pas les décrire.*

Une des participantes est surprise de certaines de ses réactions tout en les mettant en lien avec le manque de sommeil. Elles peuvent se sentir fragilisées et fortes en même temps selon la situation du moment. La perception du changement de leur rôle social provoque aussi des changements psychologiques comme l'impression d'être plus responsable.

Les chamboulements psychologiques impactent plus ou moins fortement chacune des participantes. Leur parcours de vie individuel semble avoir beaucoup d'influence sur la coloration de leurs émotions.

5.2.6 Sentiment de compétence à prendre soin de ses besoins et ceux de l'enfant

Prendre des décisions pour sa santé et celle de leur enfant de la part des participantes, en ayant des informations ou des conseils de leur proches ou / et des professionnels avant ou après la naissance est perçu comme important. La possibilité d'avoir accès à différentes sources d'information pour ne pas être prise au dépourvu le moment venu est également fondamentale, surtout pour des sujets reconnus comme pouvant être difficiles.

I. Prendre les bonnes décisions ou non pour soi-même ou son enfant, selon les connaissances et les informations disponibles : La possibilité de prendre des décisions en étant informée est relevée, tout comme la difficulté de savoir comment prendre la bonne décision lorsque les informations ou connaissances sont manquantes.

Extrait 22

Sophie : 17. 6. I. 1. (...) *j'ai parlé aussi avec l'anesthésiste pour la péridurale, pour l'anesthésie complète ou local en cas de césarienne.*

Ne pas savoir si les décisions qu'elles prennent sont les bonnes est source d'inquiétude, contrairement aux situations où elles disposent de suffisamment d'informations. Il leur arrive aussi de vouloir faire à leur façon plutôt que de suivre les conseils de leur mère, même si elles sont très demandeuses de ces conseils.

II. Recherche d'information en cas de besoin : Les canaux d'informations sollicités sont variés.

Extrait 23

Laura : 39. 6. II. 4. *Et « dis maman tiens tu sais avec *** j'ai eu ça tu aurais fait comment ? Et ben, tu vois j'aurais fait comme ça » donc oui, c'est naturel pour moi.*

Leur mère est une source d'information privilégiée, mais l'entourage avec le « bouche à oreille » (Laura) ou les professionnels comme la sage-femme et le personnel de l'hôpital sont aussi mentionnés. Différents supports informatiques accessibles par internet comme des vidéos ou des groupes Facebook dédiés à la maternité sont également mentionnés. Le mari peut aussi être une source d'information.

III. Désir de plus d'échanges avant la naissance d'un enfant autour des difficultés rencontrées après l'accouchement : Manifestation d'étonnement que certaines difficultés ne sont pas dites, ce qui a entraîné une autre manière d'être avec les copines enceintes d'une des participantes.

Extrait 24

Rose : 37. 6. III. 1. *Et que je me suis dit « pourquoi les femmes n'en parlent pas de ça avant ? ». On voit que le bon côté. Donc même mes copines, là maintenant, je me suis dit que c'est vrai que jamais je ne demandais à mes copines qui était enceintes avant comment elles le vivaient, comment elles se sentaient, si elles avaient besoin d'une copine, si elles avaient besoin juste de pleurer. Quoi mais c'est quand tu deviens maman, ok maintenant tu comprends que c'est important pour elles. Maintenant, chaque fois que j'ai une copine enceinte, je fais que l'encourager.*

Une participante parle de son regret que certaines facettes de la maternité ne soient pas abordées avant la naissance.

IV. Sentiment d'une plus grande compétence développée avant la maternité en lien avec la migration : La migration semble être un révélateur de ce qu'elles sont capables de faire grâce au sentiment de force et d'ouverture au changement développé en migrant.

Extrait 25

Anaïs : 90. 6. IV. 1. *Alors moi, je suis d'origine d'une ville et j'ai travaillé dans une autre ville. Alors euh, comme si j'étais toute seule à gérer ma situation moi-même. Donc, je dépendais de personne. Je travaillais j'avais ma maison, maison location, donc j'ai pu gérer tout ça toute seule. Alors quand je suis venue, j'avais déjà un petit bagage pour gérer ma situation actuelle.*

Deux participantes racontent l'apport de leur migration sur leur sentiment de compétence.

V. Présence ou non d'obstacle pour prendre soin de soi et de l'enfant : L'état de fatigue et l'imprévisibilité de l'efficacité des actions entreprises semble être un obstacle au sentiment de compétence. De plus, des problèmes de santé et la situation sanitaire limitant les contacts semblent être des obstacles à prendre soin de soi et de l'enfant.

Extrait 26

Rose : 84. 6. V. 1. *Ben la fatigue (rire). Non mais la fatigue, le fait de voir que tous les jours c'est différent. Que une chose qui marchait un jour, l'autre jour ça marche pas pour le calmer par exemple. Du coup en fait c'est fatiguant au niveau physique et émotionnel. Donc euh ça, ça plutôt.*

Toutes les participantes ne perçoivent pas d'obstacle dans leur maternité pour prendre soin d'elles et de leur enfant.

VI. Manière de surmonter l'obstacle : La stratégie mise en place pour surmonter l'obstacle de l'imprévisibilité de l'efficacité des actions entreprises est de vivre le moment présent.

Extrait 27

Sophie : 31. 6. VI. 1. *Quelque fois, je fais de la méditation pour euh, enlever un peu de stress. Mais j'ai pas fait des cours exprès pour ça, c'est au niveau amateur, je fais toute seule.*

Vivre le moment présent, mobiliser leur force et compétence intérieure et des outils de relaxation sont des manières différentes pour surmonter les difficultés.

VII. Utilisation de compétences développées dans le pays d'origine : Les situations de vie du quotidien ou des activités en lien avec des enfants dans leur pays d'origine leur ont permis de développer des compétences de résistance face aux différents événements de leur vie.

Extrait 28

Rose : 89. 6. VII. 1. *Un peu la résistance. Chez nous au pays, on a un système compliqué et comme je disais on peut avoir des soucis tous les jours, parce qu'il n'y a pas de l'eau aujourd'hui, il n'y a pas d'électricité. C'est pas tout le temps comme ça, mais on est prêts à surmonter un problème si ça arrive. Et ça, ça m'a beaucoup aidé pour venir ici. Pour changer de pays, parce que même si c'est un pays plus stable et tous les gens que tu peux rencontrer, des soucis.*

Et c'est pas quelque chose qui me prend beaucoup la tête, parce que je sais réagir à ce moment là quand il y a un imprévu.

Différentes expériences faites avant leur migration sont source de résistance et de capacité à gérer leur nouvelle situation.

VIII. Utilisation de compétences développées en Suisse : Le sens de l'organisation est mentionné comme nouvelle compétence utile dans leur situation, mais pour d'autres, les difficultés de contacts avec l'extérieur entraînent un sentiment de ne pas avoir développé de compétence en Suisse.

Extrait 29

Anaïs : 93. 6. VIII. 1. (...) *à cause de cette épidémie, j'ai pas pu connaître mieux le, euh l'extérieur. Alors, je suis presque tout le temps dans la maison. Donc pour découvrir l'autre monde, découvrir l'extérieur de ma maison, il faut que, qu'il soit une situation différente que celle-ci, que la situation actuelle, donc c'est ça c'est un peu, ça rend les choses un peu, un peu difficiles. Voilà.*

Le sentiment d'avoir pu développer des compétences en Suisse est probablement entravé par le manque de contacts avec l'extérieur. Une participante mentionne le sens de l'organisation qui fait défaut dans son pays, mais qui l'aide beaucoup dans cette période.

IX. Quelle aide pour développer d'autres compétences utiles pour prendre soin de soi et du bébé : a) Informer de manière continue les futures mères sur les différents dispositifs mis à leur disposition. b) Une préparation à l'allaitement avant la naissance. c) Promouvoir les cours de préparation à la naissance. d) Une meilleure information sur le droit du travail en période périnatale.

Extrait 30

Laura : 50. 6. IX. 3. *Après un groupe de parole, ça aurait été bien. Après moi je posais beaucoup mes questions à la sage-femme. C'est vrai que dans mon groupe d'amie.s on était les premiers parents, c'était plus un handicap. Un groupe de parole ça aurait été bien.*

Le besoin d'information et d'échange avant mais aussi après la naissance ressort de leur propos.

Leur niveau de compétences et de capacité à les utiliser et les développer dépend beaucoup de leur parcours de vie et du cadre dans lequel elles se trouvent actuellement. Mais la volonté et l'envie d'avoir toutes les cartes en mains pour gérer et vivre au mieux cette situation sont présentes chez toutes les participantes.

5.2.7 Évolution dans les interactions avec autrui

Les interactions familiales ou avec les professionnels de la santé peuvent évoluer de manière significative dans cette période de vie des participantes.

I. Perception de plus d'empathie des autres envers elles : Ressenti de plus d'empathie envers elles et ce qu'elles vivent.

Extrait 31

Anaïs : 62. 7. I. 1. (...) ils me regardent différemment euh, mais positivement. « C'est bien, c'est beau, c'est chou ». Ils me demandent toujours des nouvelles, « Est-ce que le bébé va bien ? » comme ça, des choses comme ça. Mais c'est que des choses bien.

La sollicitude manifestée à leur égard est perçue positivement.

II. Perception de plus d'empathie envers les autres : Manifestation de plus d'empathie envers les autres femmes et mamans depuis la naissance de l'enfant, qui diminue les jugements envers celles-ci.

Extrait 32

Rose : 37. 7. II. 1. Mais je me sens plus solidaire oui, au niveau des femmes et mamans, oui. Plus solidaire et plus d'empathie.

Leur regard sur le vécu d'autres femmes est enrichi par leur vécu personnel et leur permet de se sentir solidaire et empathique.

III. Soutien de la famille et la communauté : Mari, parents, beaux-parents, sœurs, belles-sœurs, amis de l'église. Partage des émotions, des

informations, des conseils et des soutiens dans la vie quotidienne qui peuvent être soutenant dans les différentes situations.

Extrait 33

Laura : 11. 7. III. 3. *Je ne suis pas la seule à être sans famille. Euh J'ai mon mari, je suis pas toute seule.*

Le soutien de leur mari est important et mentionné par toutes les participantes, ainsi que celui de la famille et tout particulièrement leur mère qu'elle soit sur place ou non.

IV. Soutien des professionnels de la santé : donner des informations, des conseils, du soutien émotionnel. Partage d'informations, de conseils permettant de les soutenir tout au long du processus de procréation et pendant la période périnatale.

Extrait 34

Sophie : 43. 7. IV. 2. *Alors la sage-femme qui vient chez moi deux fois par semaine et la gynécologue aussi et aussi surtout l'hôpital de Pourtalès euh.*

Les sources de soutien des professionnels sont diverses. Une gynécologue, la sage-femme indépendante, le personnel de l'hôpital, mais également une conseillère en assurance ont été source de conseils et de soutiens.

V. Apports des différents soutiens obtenus : Ressenti par rapport à ce que les différents soutiens leur ont apporté.

Extrait 35

Sophie : 77. 7. V. 5. *Tranquillité pour euh bien gérer la maison et la situation. Et je me sens plus euh aimée par lui (son mari), aussi par ces gestes.*

L'obtention de soutien leur a permis d'être rassurées, soulagées, plus tranquilles et de pouvoir surmonter les problèmes qui se présentent. Se sentir entourée et ne pas avoir l'impression d'être seule et oubliée procure aussi un sentiment d'être aimé.

VI. Désir de soutiens supplémentaires : a) Déception de l'absence de cours périnataux à proximité pour pouvoir en bénéficier. b) Expression du besoin de plus d'information sur l'allaitement et le système éducatif pour dans les deux cas comprendre comment cela se passe avant d'y être confrontée. c) Expression du besoin de plus de soutien au niveau de l'accueil extrafamilial par la présence de structures prenant en compte les horaires de travail irréguliers ou atypiques des femmes et la garantie d'avoir une place dans une structure.

Extrait 36

Anaïs : 56. 7. VI. 1. *Par exemple, maintenant j'aimerais bien, par exemple avoir euh, des séances où il y a des femmes qui viennent d'accoucher, par exemple. Et en fait comme des discussions entre femmes, comment ils ont vécu leur période d'accouchement et tout. La maternité en général.*

Les suggestions faites par les participantes couvrent toute la période de la périnatalité. Les besoins exprimés sont variés et complémentaires.

VII. Sentiment éprouvé lors de la sollicitation des différents soutiens : Expression des sentiments avant et après avoir obtenu des informations ou un autre type de soutien.

Extrait 37

Laura : 39. 7. VII. 2. *C'est rassurant et je trouve ça logique et naturel d'avoir le soutien de sa famille et son mari.*

L'obtention d'un soutien procure souvent le sentiment de bien-être, de soulagement et de tranquillité, ainsi que l'impression d'avoir une protection.

VIII. Personnes les plus sollicitées : Parmi tous les soutiens obtenus, certaines personnes ont été plus sollicitées que d'autres pour l'obtenir.

Extrait 38

Laura : 35. 7. VIII. 1. *Mon mari c'est très bien qu'on a pas la famille et qu'on dit compter l'un sur l'autre. Donc il est d'une grande aide.*

Leur mari et leur mère sont le plus souvent sollicités, mais ils ne sont pas les seuls, la sage-femme indépendante, la nounou et la belle-famille sont aussi mentionnées.

IX. Possibilité de garde extra-familiale lors du retour à l'activité professionnelle : Avoir une solution de garde est perçue comme soutenant et permet d'inscrire leur projet de maternité dans leur parcours de vie sans renoncer à leur projet professionnel.

Extrait 39

Laura : 21. 7. IX. 1. *Le fait d'avoir euh d'avoir des mamans de jour pour moi ça m'a beaucoup aidé ici, parce que n'ayant pas la famille, il fallait que je trouve quelqu'un surtout en connaissant mon métier où je travaille des nuits, des après-midis. Je m'étais dit comment je vais faire si je trouve personne. Y a peut être pas euh, je savais que les crèches c'était exclu. Pour moi je devais faire un choix. Est-ce que j'abandonnais mon travail que j'aimais bien. Euh pour m'occuper de mon enfant, ben voilà euh.*

Pour les deux participantes ayant une activité rémunérée, la garde de leur enfant lors de leur retour au travail est une préoccupation.

Les différents soutiens obtenus tout au long de cette période périnatale semblent être une aide importante et indispensable pour leur bien-être physique et psychique.

6 Discussion

Après la présentation des résultats, cette partie discussion me permet de comparer et de discuter des liens entre ces derniers, ma problématique contenant mes trois propositions de recherche, les différents éléments théoriques et certains éléments du contexte de la migration vus dans l'introduction, ainsi que les données sociodémographiques des quatre participantes.

Pour ce faire, je vais aborder les sept thèmes issus de mon analyse dans quatre parties réparties comme suit : Les raisons de leurs projets migratoires en Suisse, contenant le thème 1 : *Projet migratoire et de maternité*. Les enjeux identitaires en lien avec leur maternité et leur migration, contenant les thèmes 2 et 3 et 5 : *Apprentissage de la maternité ; Différences culturelles ; Vécu psychologique de la maternité*. Le soutien social, contenant les thèmes 4 et 7 : *Influence du Covid-19 sur le déroulement de la maternité ; Évolution dans les interactions avec autrui*. L'empowerment, contenant le thème 6 : *Sentiment de compétence à prendre soin de ses besoins et ceux de l'enfant*.

Finalement, en lien avec les besoins qu'elles ont formulés durant les entretiens, je vais tenter de déterminer ce qu'il est possible de proposer pour y répondre.

6.1 Raisons du projet migratoire en Suisse

Cette partie contient le thème « *Projet migratoire et de maternité* ». Pour les quatre participantes à ma recherche, les raisons de leur projet migratoire sont d'ordre familial ou professionnel. Ces deux projets peuvent se présenter de manière distincte ou entremêlée lors de la temporalité de notre entretien. Ils correspondent aux raisons invoquées pour la majorité des projets de migration internationale (OIM, 2020, chap. 2) et d'immigration en Suisse (OFS, 2019a), mais pour une des participantes, l'immigration en Suisse s'est faite après son projet d'émigration de son pays d'origine dans un pays d'Europe du Nord pour entreprendre et finir des études supérieures.

Cette migration par étape permet d'entrevoir que les raisons du départ de chez soi ne sont pas toujours les raisons de l'arrivée en Suisse.

Deux des participantes sont venues en Suisse pour rejoindre leur mari qui les avait précédées pour des raisons professionnelles. Elles ont toutes les deux une activité professionnelle, mais si pour la participante originaire d'Europe du Nord son activité professionnelle correspond à ses qualifications, il n'en est pas de même pour la participante originaire d'Europe du Sud, qui se retrouve dans une situation de déqualification professionnelle (Rouilleau-Berger, 2015) l'obligeant à faire un travail plus pénible que celui qu'elle avait dans son pays d'origine. Elle s'est également retrouvée dans la situation de « caregiver » (Adanu et Johnson, 2009) d'un premier enfant avant sa migration en Suisse, du fait que son mari a migré avant elle. Les deux autres participantes sont venues pour rejoindre leur futur mari dans le but de fonder une famille, mais cette temporalité n'implique pas forcément l'absence de projet professionnel dans le futur. Il pourrait être intéressant de les revoir dans un laps de temps plus ou moins lointain pour voir l'évolution de leur situation professionnelle et maternelle, pour ainsi prendre en compte la temporalité de leur projet de vie sur une période plus longue.

6.2 Enjeux identitaires en lien avec la maternité et la migration

Cette partie comprend les thèmes « *Apprentissage de la maternité ; Différences culturelles ; Vécu psychologique de la maternité* ». Tous ces thèmes sont en lien avec ma supposition de recherche suivante : « Plus les changements induits par la maternité au niveau corporel, émotionnel, psychologique et communicationnel sont vécus de manière harmonieuse, sans heurts, plus leurs impacts seront positifs sur leurs vécus du moment ».

La réponse à ma supposition de recherche est plus contrastée que j'aurais pu le penser au début de cette recherche. Toutes les participantes semblent vivre un mélange de bien-être, de satisfaction et en même temps de difficultés et de peurs dans leur vécu actuel. L'intensité et la place prises par

ces différents affects varient selon les problèmes et joies qu'elles rencontrent. Certains changements sont vécus plus harmonieusement que d'autres selon leur parcours de vie. En même temps, j'ai eu l'impression, à travers la narration de leur vécu actuel lors de nos entrevues, que toutes les participantes vivent le moment présent avec bonheur, sans que la cohabitation des moments positifs et négatifs n'altère entièrement ce sentiment.

Pour certaines des participantes, leur vécu maternel actuel est précédé par d'autres expériences en lien avec la maternité. Comme déjà mentionné, une des participantes avait déjà un enfant avant de migrer en Suisse. Une autre a eu ses deux enfants en Suisse. Une participante a vécu une fausse couche avant cette maternité et la quatrième participante ne semble pas avoir eu d'expérience (personnelle) préalable. L'hétérogénéité des parcours fait que les apprentissages en lien avec leurs maternités actuelles sont différents. Par exemple, l'annonce plus tardive de sa grossesse par crainte de revivre une fausse couche, ou le recul et l'assurance que procure l'expérience d'avoir déjà un enfant, mais également la crainte de revivre une naissance traumatisante sont autant d'apprentissages vécus par les participantes. Pour toutes les participantes, la présence de questionnements et l'expression de craintes mêlées avec le sentiment d'avoir plus ou moins suffisamment d'information et un bon suivi de leur grossesse est présent. La construction de leur identité culturelle prémigratoire influence leur manière de vivre les changements, les ruptures ou la continuité de leur histoire personnelle, familiale ou communautaire, tout comme la possibilité de faire une mixité de leur double appartenance (Baudet & Moro, 2009 ; Cuche, 2020 ; Goguikian Rattcliff, 2004 ; Métraux, 2018). En effet, leurs expériences précédentes, actuelles (dépend aussi des possibilités présentes dans leur environnement) et leur personnalité leur permettent de faire évoluer leur identité culturelle tout en construisant leur identité maternelle enrichie par leurs deux cultures.

La connaissance de la langue du pays d'accueil est un atout indéniable pour développer une appartenance commune, car la langue est un outil de communication très puissant pour élaborer sa pensée et entrer en interaction avec autrui (Cuche, 2020 ; Métraux, 2018). Toutes les

participantes sont arrivées en Suisse avec un bon niveau de français. Pour l'une d'entre elle, le français est sa langue première¹⁶, pour une autre c'est la langue véhiculaire¹⁷ de son pays d'origine (et peut-être d'étude) et les deux autres participantes l'ont appris pendant leurs études. Malgré leur bon niveau de français, une participante a mentionné avoir découvert un vocabulaire qu'elle ne connaissait pas. Et lorsqu'elle a été confrontée à une situation de vie stressante, pendant lequel la gynécologue a utilisé le terme « avortement spontané », la participante a vécu un moment de grande confusion émotionnelle, jusqu'à ce qu'elle découvre le sens des propos qui lui ont été transmis en se renseignant sur internet. Une bonne maîtrise de la langue du pays d'accueil ne protège pas entièrement de l'incompréhension de certains mots ou termes pouvant prêter à confusion. L'expérience de cette participante montre l'importance des facteurs socioculturels que sont la maîtrise de la langue du pays d'accueil, mais aussi la durée du séjour et le processus d'acculturation (Goguikian Ratcliff & al., 2014) qui vont leur permettre de moins être prises au dépourvu lors de situations de vie stressantes, ainsi que l'importance pour les intervenants de la santé de faire attention que le sens de leurs propos soit compris par leur interlocuteur.

La compréhension intime de ce que représente *être mère* et de sentir l'implication des changements corporels, psychologiques et émotionnels a fait évoluer leur regard et leur perception sur certains aspects de soi et des autres. Pour les deux participantes dont c'est le premier enfant, la découverte de nouveaux sentiments et surtout leur intensité plus forte que ce qu'elles avaient pu anticiper a transformé leur rapport avec leur entourage et en particulier leur mère. Pour une des participantes dont c'est le deuxième enfant, cette évolution est vécue comme une continuité de son expérience. L'importance accordée au changements physiques par toutes les

¹⁶ Langue maternelle.

¹⁷ « Une langue véhiculaire est une langue ou un dialecte servant systématiquement de moyen de communication entre des populations de langues ou dialectes maternels différents, tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'une langue tierce, différente des deux langues natives » (Wikipédia, n. d.).

participantes, tout en les relativisant au vu de la raison de ces changements, peut être comprise comme le résultat d'une attention particulière sur le physique des femmes selon les normes culturelles (Cuche, 2020) en vigueur dans leur pays d'origine et d'accueil. De la même manière, les attentes du corps médical vis-à-vis des femmes en période périnatale sont influencées par la culture médicale pour répondre aux besoins de soins et de prévention des maladies dans cette période de vie. Il faut également relever que l'image de soi change lors d'une grossesse, ce qui n'est pas sans provoquer des sentiments ambivalents entre l'acceptation de ces changements et l'envie de retrouver le corps d'avant. La transition pour *vivre dans un autre monde* (Métraux, 2020) que représente la maternité et qui produit des changements ou aménagements de leur identité de femme / mère sur le plan physique, psychique et social passe par l'apprentissage de nouvelles façons de faire et d'être dans leur nouveau monde de parentalité. Cela provoque également le besoin d'un nouveau partage de sens avec leur famille, ami.e.s ou les professionnels de la santé, etc. qui peut être vécu comme une rupture ou une continuité de sens sur le plan psychologique ou social.

Les différences culturelles ne sont pas vécues ou perçues par toutes les participantes, elles semblent être proportionnelles à la distance géographique, mais probablement qu'une partie de cette impression est trompeuse. L'impact de ces différences culturelles sur leur vécu actuel dépend aussi de la présence ou non de situations d'altérité dans leur vie quotidienne, familiale ou professionnelle. Une des participantes semble particulièrement consciente des différences d'altérité entre elle et son monde d'accueil, elle évoque son besoin de transmettre une partie de sa culture à son enfant pour que subsiste une part de son héritage culturel dans sa nouvelle famille. Nous pouvons interpréter cela comme une manière de diminuer des pertes significatives (Métraux, 2018) du monde qu'elle a quitté en transmettant des manières d'être et de faire à son enfant, ou comme un passage dans la cinquième étape « *Vivre dans cet autre monde* » avec la conscience que ces deux mondes sont porteurs de sens différents d'appartenance et qu'elle peut vivre dans ce nouveau monde en gardant une continuité de soi et de sa biographie. La situation sanitaire qui prévaut

actuellement n'est pas propice à la rencontre de l'altérité de l'autre et si elles ne la vivent pas dans leurs couples et belles-familles, les occasions sont assez rares de la vivre. Il pourrait être intéressant de les revoir une fois qu'elles auront pu rencontrer de manière plus ouverte et soutenue d'autres altérités.

6.3 Le soutien social

Cette partie regroupe les thèmes « *Influence du Covid-19 sur le déroulement de la maternité ; Évolution dans les interactions avec autrui* ». Le soutien social présent ou absent dans cette période de leur vie est un thème en lien avec ma supposition de recherche suivante : « L'expression positive de leur vécu maternel est en lien avec la qualité du soutien qu'elles perçoivent de la part de leur mari, leur entourage ou des institutions et ceci malgré l'absence de leur famille d'origine et surtout de leur mère ».

Ma supposition de recherche me semble correspondre à ce qu'elles vivent. La perception et les effets positifs des différents soutiens sociaux qu'elles reçoivent semblent leur être bénéfique physiquement et psychologiquement, même lorsque leur mère ou leur famille ne peut pas leur donner du soutien instrumental. Néanmoins, certaines difficultés qu'elles ont rencontrées, ou craignent de vivre par manque de soutien adéquat, montrent l'importance de continuer à améliorer les offres dans le domaine de la santé et de l'organisation de l'accueil extrafamilial mis en place par le canton ou les communes.

La situation sanitaire que nous connaissons depuis février 2020 a impacté toutes les participantes dans le déroulement de leur maternité. En plus des risques (SSGO, 2020) qu'a pu représenter le virus lors de leur grossesse pour leur santé et celle de leur fœtus, l'isolement social découlant des mesures sanitaires imposées par la Confédération (OFSP, 2021b) a fortement limité les contacts avec leurs proches (famille, ami.e.s, connaissances, etc.) et les opportunités de faire de nouvelles rencontres. Pour trois des participantes, les restrictions de voyage imposées par la majorité des pays (dont la Suisse) ont empêché leur famille et surtout leur mère de

venir en Suisse dans la période de la naissance. Cette absence est en partie compensée par des contacts téléphoniques (vidéos, WhatsApp, etc.), mais cette possibilité n'a pas entièrement comblé le besoin qu'elles avaient d'avoir leur mère auprès d'elles. Elles en parlent avec tristesse et résignation. Ces mêmes restrictions de voyage ont permis à une des participantes de bénéficier de la présence inespérée de ses parents auprès d'elle pendant la période périnatale, du fait qu'ils étaient dans l'impossibilité de retourner chez eux. Les trois participantes ayant déjà donné naissance à leur enfant lors de notre entretien mentionnent les craintes qu'elles avaient eues concernant la présence ou non de leur mari pendant et après la naissance à la maternité. Cette incertitude a représenté un stress supplémentaire pour elles. La quatrième participante, dont la naissance n'avait pas encore eu lieu lors de notre entretien, n'a pas mentionné cette crainte, mais peut-être que la clarification des pratiques concernant la présence du père et des visites en général dans les hôpitaux et surtout dans les maternités, lui a permis de ne pas s'inquiéter. Les bouleversements survenus à cause de la pandémie ont causé un stress supplémentaire pour les quatre participantes, la modification de la structure sociale (House, 1987) dans laquelle elles sont insérées a subi une nouvelle modification plus ou moins importante. Malgré les manques et les absences, elles ont pu compter sur le soutien social de leur mari et de la sage-femme indépendante pour leur apporter du soutien émotionnel et fonctionnel, qui a été perçu comme important et précieux dans cette période qui ressemble beaucoup à une migration supplémentaire dans leur parcours de vie.

Deux participantes ont raconté combien leur rapport aux autres a évolué après la naissance de leur premier enfant, source d'enrichissement personnel et d'ouverture envers les autres femmes ou mères, leur permettant de ressentir plus d'empathie et de solidarité à leur rencontre. Inversement, elles ont le sentiment de susciter de l'empathie qui n'était pas forcément présente avant leur maternité. L'expression d'empathie à leur égard peut être vue comme du soutien émotionnel (House, 1981, cité par Razurel, 2012) et la perception positive qu'elles en ont tirée peut être bénéfique à leur santé.

Toutes les participantes perçoivent du soutien social. Le soutien social familial ou / et communautaire provient majoritairement du leur mari, mais aussi de leurs parents, surtout leur mère, même pour celles qui ne sont pas physiquement à leurs côtés. La distance spatiale n'empêche pas entièrement d'avoir et de ressentir du soutien de leur part. En plus de ces soutiens, une des participantes mentionne le soutien reçu par sa belle-famille (belle-mère, belles-sœurs), ou pour une autre participante le soutien de sa sœur (restée au pays). Certains ami.e.s (restés au pays ou présents en Suisse) et voisin.e.s sont aussi perçus comme soutenant. Les professionnels de la santé (soutien institutionnel) sont aussi source de soutien social. Cela s'applique surtout à la sage-femme indépendante, qui vient les voir plus ou moins souvent selon leur besoin. Trois des quatre participantes considèrent leur gynécologue comme une personne leur procurant du soutien social. Le personnel des maternités est également perçu comme soutenant. Finalement, une participante mentionne une conseillère en assurance et une autre la nounou de son premier enfant.

Ces différentes personnes leur procurent du soutien fonctionnel (Lett et al., 2005) sous la forme d'informations, de conseils, d'aide dans la vie quotidienne et de partage d'émotions. L'obtention de ces soutiens leur procure le sentiment de ne pas être seules et d'être aimées. Les bénéfices qu'elles en retirent sont de se sentir rassurées, plus tranquilles, soulagées, ainsi que l'impression d'avoir une protection et un sentiment de bien-être. Tout ou partie de ces soutiens leur donne le pouvoir de surmonter les difficultés qu'elles peuvent rencontrer. Comme pour les femmes migrantes de l'étude de Battaglini et al. (2000, chap. 4 ; Battaglini & al., 2002), les quatre participantes à ma recherche ont reçu du soutien social de leur famille et des professionnels de la santé, selon les possibilités et disponibilités de chacun. Dans l'ensemble, nous pouvons constater qu'elles ont toutes obtenu du soutien social et qu'elles le perçoivent comme étant bénéfique, ce qui ne veut pas dire que tous leurs besoins ont été satisfaits. Une des participantes aurait souhaité pouvoir bénéficier de cours périnataux proches de son domicile, ainsi que d'un cours sur l'allaitement. Une autre participante aurait aimé pouvoir bénéficier d'un groupe de parole postnatale et deux

participantes de la possibilité d'avoir du soutien dans leur besoin de garde extrafamiliale lorsqu'elles retourneront au travail. Répondre à ces besoins de soutien supplémentaires peut être une façon d'augmenter leur bien-être et ainsi contribuer à la diminution de facteurs de stress qui peuvent être mauvais pour leur santé et celle de leur enfant.

6.4 L'empowerment

Cette partie concerne le thème du « *Sentiment de compétence à prendre soin de ses besoins et ceux de l'enfant* ». L'empowerment mobilisé ou développé dans cette période de vie est un thème en lien avec ma supposition de recherche suivante : « La possibilité de mobiliser et développer leurs compétences d'empowerment influence positivement leur sentiment de pouvoir prendre soin de leurs besoins ».

Ma supposition de recherche me semble correspondre à ce qu'elles vivent. Elles ont toutes pu mobiliser ou développer leur compétence d'empowerment utile à la prise en charge de leurs besoins. Elles mentionnent néanmoins qu'elles auraient eu besoin d'aide pour les soutenir dans l'amélioration de leur compétence d'empowerment. L'implication de tous les acteurs concernés dans la prise en charge de la santé et du bien-être des femmes en période périnatale me semble indispensable pour les soutenir dans leur processus d'empowerment.

Prendre des décisions éclairées pour sa santé et son bien-être (OMS, 1989) est possible grâce à l'augmentation de son pouvoir d'agir et de ses compétences d'apprentissages, tout en gérant sa santé et son bien-être de manière plus autonome (Bacqué & Biewener, 2013 ; Deutsch, 2015). Toutes les participantes parlent de l'importance d'avoir des informations ou des conseils à disposition pour prendre des décisions concernant leur santé, ainsi que celle de leur enfant. La présence de ces informations ou ces conseils permet de diminuer la difficulté de la situation et des choix qu'elles doivent prendre.

Les sources d'informations et de conseils sont très diverses, leur mère semble être la première personne vers qui elles se tournent. Leur mari est

aussi mentionné tout comme l'entourage, la famille élargie, des ami.e.s, et des voisin.e.s. Internet et les livres représentent également des sources d'informations. Finalement, les professionnels de la santé sont aussi des personnes vers qui elles recherchent des informations et des conseils, tout particulièrement la sage-femme indépendante, à qui elles peuvent en demander et en recevoir tout au long du suivi de leur grossesse et du postpartum, grâce aux prestations de l'assurance obligatoire des soins (DFI¹⁸, 2021). Malgré toutes ces informations et ces conseils, une participante s'est étonnée que tous les aspects (surtout négatifs) de la maternité ne soient pas discutés dans la société. Cela leur permettrait d'avoir plus de cartes en mains, et leur procurerait un sentiment de compétence pour agir de manière éclairée lorsque c'est nécessaire.

Les compétences qu'elles ont développées avant et pendant leurs migrations participent aussi à leur sentiment d'empowerment. Les deux participantes extra européennes parlent d'expériences vécues dans leur pays et lors de leur migration, qui leur ont permis de prendre conscience de leur force intérieure, ainsi que d'une plus grande ouverture au changement. Une troisième participante met en lien des activités faites dans sa jeunesse incluant la présence d'enfants pour expliquer une partie de son sentiment de compétence. La quatrième participante n'a pas le sentiment de vivre beaucoup de changements avec la vie qu'elle avait dans son pays d'origine. En ce qui concerne les compétences développées en Suisse, une participante parle du sens de l'organisation helvétique qui lui est bénéfique. La participante qui n'avait pas encore accouché lors de notre entretien, n'a pas le sentiment d'en avoir développées. Les différentes sources d'informations et de conseils permettant de développer leur empowerment que mentionnent les participantes, correspondent à la recommandation faite dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1989) de faire appel à la capacité individuelle, communautaire et des pouvoirs publics pour développer ou mobiliser l'empowerment de chacun pour acquérir un meilleur bien-être et une meilleure santé.

¹⁸ Département fédéral de l'intérieur

Toutes les participantes ne ressentent pas d'obstacles à prendre soin de leurs besoins actuels et ceux de leur enfant (bien-être, santé, etc.). Pour celles qui en ressentent, ils sont d'ordre physique (fatigue, santé), de la mise à mal du sentiment de compétence (efficacité non garantie des actes entrepris pour le bien-être de l'enfant) et social (manque de contacts sociaux). La manière de les surmonter varie entre l'utilisation de la relaxation, de l'ancrage dans le moment présent ou de la mise à contribution de leurs compétences et force intérieure.

La possibilité et l'envie de développer des compétences leur étant utiles dans cette période de leur vie sont présentes chez toutes les participantes. Les souhaits d'aide supplémentaire pour les développer sont, comme mentionné dans les résultats (p. 72) : a) Informer de manière continue les futures mères sur les différents dispositifs mis à leur disposition. b) Une préparation à l'allaitement avant la naissance. c) Promouvoir les cours de préparation à la naissance. d) Une meilleure information sur le droit du travail en période périnatale. Leur parcours de vie et les opportunités qu'elles peuvent rencontrer dans leur environnement de vie actuel va influencer leur possibilité d'y accéder. Il pourrait être intéressant de questionner les professionnels de la santé sur leurs pratiques concernant le développement de l'empowerment des femmes en situation périnatale pour les mettre en perspective avec les besoins exprimés par les bénéficiaires (Brailey & al., 2017). Finalement, le respect et la valorisation des pratiques entourant la maternité issues de leur pays d'origine (Camara & Moro, 2020 ; Mestre, 2004) par les professionnels de la santé peut également améliorer leur santé tout en favorisant une meilleure acculturation des femmes migrantes dans notre société.

6.5 Proposition d'un dispositif d'aide

Pour conclure la discussion, je désire aborder la partie sur le développement d'un dispositif d'aide permettant de répondre aux besoins que les participantes ont formulés. Des discussions avec des membres de ma famille en période périnatale, ainsi que les informations que j'ai lues pendant ce travail et plusieurs recherches sur Internet m'ont fait prendre conscience

qu'il existe une offre de cours périnataux (également pour femmes migrantes avec une traduction en somali, tigrinya et éventuellement en arabe, de l'hôpital de Neuchâtel), d'allaitement, (dispensé par l'hôpital de Neuchâtel, les sages-femmes, des infirmières, etc.), de groupes de paroles postnatals (Croix-Rouge), de rencontres pour les femmes migrantes et natives proposées par l'association RECIF (Centre de formation, de rencontres et d'échanges pour femmes immigrées et suisses) ou pour tous et toutes par l'association L'AMAR (Lieu Autogéré Multiculturel d'Accueil et de Rencontres) et des possibilités de garde d'enfant. Une partie de ces offres ne sont pas faciles d'accès, surtout si elles sont éloignées géographiquement du lieu de vie des femmes migrantes ou que les horaires ne sont pas compatibles avec leur vie quotidienne et professionnelle. Il pourrait être intéressant de décentraliser une partie des offres de ces structures de soins pour les rendre plus accessibles.

Par exemple, la création de structures de soins décentralisées qui proposent des cours périnataux sur la santé sexuelle et reproductive en y incluant l'allaitement et une offre dans le suivi des nouveau-nés par une puéricultrice serait une piste intéressante. La présence de psychologues de la santé spécialisés dans les domaines de la migration et de la maternité pourrait être un atout supplémentaire pour compléter le suivi des femmes migrantes en apportant leur expertise sur le rôle des facteurs psychosociaux dans le domaine de la prévention des maladies et la promotion de la santé. Leurs compétences pourraient également contribuer à une amélioration du suivi des femmes migrantes par une évaluation et éventuelle adaptation des processus d'intervention prodigués par les différents acteurs de la santé maternelle. La présence de psychologues de la santé dans des structures de soins maternels pourrait être bénéfique pour l'ensemble des personnes présentes dans ces structures en proposant des consultations de conseil à tous. L'accessibilité de ces nouvelles structures de soins à toutes les femmes en période périnatale serait aussi bénéfique aux femmes natives, tout en facilitant le processus d'acculturation des femmes migrantes grâce à la possibilité de rencontrer des femmes issues de la culture de la région

d'accueil. Il pourrait également être intéressant de bâtir des synergies avec les offres déjà existantes dans le canton.

Le niveau de connaissance de français des femmes migrantes peut aussi être un frein à leur accès à ces offres. Une amélioration de la communication orale en recourant par exemple aux services d'interprètes communautaires me semble indispensable pour ne pas manquer l'objectif de permettre aux femmes migrantes en période périnatale d'obtenir du soutien social, de continuer à développer leur empowerment et favoriser leur processus d'acculturation. En plus de pouvoir obtenir ces aides pendant la période de la procréation et le postnatal, il me semble important de rendre également accessible des informations légales en lien avec le système de santé, les assurances et la loi du travail. Une autre mesure importante serait d'augmenter le nombre de places de garde d'enfants avec des horaires adaptés aux besoins professionnels et de formation des femmes migrantes.

7 Réflexivité

Revêtir l'habit de chercheuse m'a pris du temps, le passage entre mon statut d'étudiante de master et celui de chercheuse pour mon travail de master est passé par une migration intérieure et extérieure pour aboutir au sentiment de ma légitimité de me considérer comme chercheuse. L'écriture du journal de bord¹⁹ dans le but d'avoir un compte rendu sur ma position de chercheuse pendant cette recherche qualitative a été un accompagnement bénéfique pour prendre conscience de l'imbrication entre les différents éléments de cette recherche, mes ressentis, ma subjectivité et mon histoire. Pouvoir prendre du recul par rapport à soi-même est nécessaire pour rester le plus objectif possible, mais la direction prise dans ce travail est colorée par mon vécu personnel. Je me suis rendu compte qu'être entièrement extérieur à la recherche n'est pas possible et peut ne pas être souhaitable. Même la partie théorique, qui semble être plus intellectuelle et hors de l'influence de notre subjectivité, n'est pas entièrement objective. Le choix de prendre tel article plutôt qu'un autre se fait en lien avec sa propre subjectivité selon ce que l'on veut montrer.

Le début de ce travail remonte à 2019, lorsque l'envie de travailler sur un sujet de mon choix est devenue une évidence. Cette envie est née du besoin de finir mon master avec un travail que j'aurai élaboré du début à la fin. Après en avoir défini les contours, j'ai commencé à chercher un directeur ou une directrice de master. J'ai eu quelques refus avant de m'adresser à Madame Fabienne Fasseur, qui a répondu favorablement à ma demande. Les frustrations et joies ressenties pendant cette période n'ont été que les premières d'une série de sentiments variés, qui ont émaillé mon chemin pour aboutir à la concrétisation de ce travail.

Avant de pouvoir faire mes entretiens, j'ai dû apprendre à gérer cette frustration et mobiliser ma capacité de persévérance, soit parce que je ne recevais pas de réponse de la part des personnes que j'ai contactées, soit

¹⁹ Pour des raisons de confidentialité et de liberté de ton concernant ma réflexion, je ne vais pas intégrer mon journal de bord dans les annexes.

parce qu'elles n'étaient pas en mesure de m'aider. En plus, la pandémie a particulièrement compliqué les choses. La frustration et la persévérance ont aussi été présentes dans la partie théorique, à cause de l'abondance d'articles que l'on peut trouver sur les différentes plateformes mises à notre disposition et les inévitables choix que l'on doit faire, mais également à cause de la difficulté à obtenir certaines informations.

L'écriture de la partie contenant le contexte de la migration a mis à plat certains de mes préjugés et fait évoluer mon regard sur la migration et particulièrement la migration féminine. Cette prise de conscience m'a été bénéfique pour rencontrer les quatre participantes. Même si notre interaction était empreinte d'une asymétrie de position entre mon rôle d'intervieweuse et leur rôle d'interviewée, je me suis aussi présentée à elles en tant que femme et mère de plusieurs enfants. Cela nous a permis d'avoir des échanges informels avant et surtout après l'entretien, nous donnant la possibilité de nous rencontrer. Ces moments m'ont semblé importants pour remettre un peu de symétrie dans nos échanges.

La retranscription des entretiens, travail fastidieux mais indispensable, m'a paru plus simple grâce à la qualité de nos échanges pendant nos rencontres. Je pense que le fait d'avoir la possibilité d'enlever pendant un moment l'habit de chercheuse durant la rencontre aide à traiter leur narration avec tout le respect que nous leur devons. L'analyse des corpus et l'écriture des résultats a été un plaisir et riche en découvertes, tout comme les liens que j'ai pu faire entre les résultats, la théorie et l'introduction.

Mon cursus universitaire prend place dans la psychologie clinique et psychopathologie, mais l'approfondissement de mes connaissances en psychologie de la santé grâce à ce travail (et particulièrement en psychologie qualitative de la santé) représente une ouverture vers cette orientation. Cette ouverture pourrait également bénéficier aux professionnels de la santé en mettant en place des collaborations avec des psychologues de la santé spécialisés dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé des populations migrantes et particulièrement des femmes migrantes en période périnatale.

Je retire un bilan extrêmement positif de ce travail, autant sur le plan intellectuel que personnel. Je me sens plus riche de toutes les rencontres qui ont eu lieu. Les apprentissages que j'ai faits tout au long de ce travail vont me permettre d'aborder ma pratique professionnelle en tenant compte de ma propre altérité dans la rencontre de l'autre. Je le vois comme une balise vers laquelle je vais pouvoir m'orienter en cas de besoin.

Conclusion

Au début de ce travail, je n'avais pas conscience de l'imbrication de ces trois éléments que sont les enjeux identitaires, l'empowerment et le soutien social. Aujourd'hui, je me rends compte de l'importance de les traiter en parallèle, ou encore mieux, ensemble. L'empowerment et le soutien social font déjà partie des facteurs protecteurs de la santé, mais si nous oublions les enjeux identitaires, il me semble plus difficile d'aller à la rencontre de l'altérité de l'autre et de proposer un accompagnement respectueux de la personne.

Comme toute étude qualitative, les résultats de cette recherche exploratoire ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population. Ils concernent les quatre participantes, en lien avec leurs migrations spatiales, culturelles, sociales et temporelles, uniques par leurs parcours et le moment de la récolte de leurs récits de vie. Toutefois, les résultats de mon étude sont une occasion d'ajouter une pierre à la compréhension du phénomène de la migration des femmes et surtout des femmes en période périnatale, basée sur la narration de leur histoire. La possibilité d'observer les participantes au seul moment de notre rencontre ne permet pas de voir le processus de développement (life span) de leur empowerment, du soutien social et leur parcours d'acculturation. Il pourrait être intéressant de faire une étude longitudinale ou séquentielle (plus courte et moins coûteuse que la première) pour récolter des récits de vie à plusieurs moments et sur une durée plus ou moins longue.

J'ai constaté que lors de l'entretien, certaines de mes questions n'étaient pas claires pour les participantes. Je pense que pour une future étude il serait important de préparer les questions avec des femmes issues de la migration pour les rendre plus compréhensibles et moins académiques. En plus, j'ai remarqué qu'il n'était pas forcément évident pour les participantes de penser à la question et d'élaborer une réponse dans un laps de temps somme toute assez court. Il pourrait être intéressant de les voir une première fois pour leur expliquer les différentes notions et sujets qui vont être abordés lors de l'entretien, sans dévoiler les questions qui vont leur être posées.

La possibilité qui m'a été offerte d'aller à la rencontre des quatre participantes à mon étude représente infiniment plus qu'une simple rencontre prenant place dans mon cursus universitaire. Ces rencontres m'ont permis de concrétiser ma recherche en réunissant mes différents centres d'intérêt que sont la maternité et la migration, deux domaines présents dans ma vie de femme en tant que mère et migrante de deuxième génération (migration intérieure). Mes études universitaires m'ont donné accès à la compréhension des mécanismes psychiques, physiques, sociaux, politiques, culturels et éducationnels impliqués dans la vie des personnes migrantes et la possibilité de mettre des mots sur les maux.

L'ensemble de ce travail m'a montré l'importance de considérer toutes les dimensions de la personne et l'intersubjectivité unique qui se crée lors de chaque rencontre. En tant que future psychologue, il me semble indispensable d'être au clair sur sa manière d'être dans son monde et de s'intéresser à celle de la personne qui demande notre aide comme le préconise le modèle qualitatif de la psychologie de la santé. Prendre le temps d'investiguer la disponibilité du soutien social et sa qualité, les compétences disponibles d'empowerment et le stade de l'acculturation me semble essentiel pour un accompagnement répondant aux objectifs de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) d'un meilleur bien-être et état de santé pour tous.

Bibliographie

Adanu, R. M., & Johnson, T. R. (2009). Migration and women's health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106(2), 179-181. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.03.036>

Bacqué, M., & Biewener, C. (2013). L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idées économiques et sociales*, 3(3), 25-32. <https://doi.org/10.3917/idee.173.0025>

Badinter, E. (2010a). *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel*. Flammarion.

Badinter, E. (2010b). *Le conflit. La femme et la mère*. Flammarion.

Balard, F., Kivits, J., Schrecker, C., & Voléry, I. (2016). Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé In *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 167-185). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0167>

Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J.-M., Poulin, C., DeBlois, S., Lefèbvre, C., & Heneman, B. (2002). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. *Service social*, 49(1), 35-69. <https://doi.org/10.7202/006877ar>

Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., & Fournier, M. (2000). *Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles. Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Rapport de recherche, 248.

Baubet, T., & Moro, M. R. (2009). Effets de la migration et de l'exil. *Psychopathologie transculturelle*, 49-57. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70434-5.00009-5>

Berlincioni, V., Bruno, D., Broglia, D., Gambini, F., Lalli, G., Marelli, C., Pinto, M., Podavini, F., & Rosani, M. (2015). Etre mère dans la

migration : quelques réflexions à partir d'une recherche qualitative. *La Psychiatrie de l'enfant*, 58(2), 505-530.
<https://doi.org/10.3917/psyce.582.0505>

Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue médicale suisse*, 6(258), 1511-1513.

Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'entretien* (2e éd., nouv. prés.). Armand Colin.

Bollini, P., & Wanner, P. (2006). *Santé reproductive des collectivités migrantes : Disparités de risques et possibilités d'intervention* (No. 42) chapitre 1. Université de Neuchâtel.

Brailey, S., Luyben, A., Van Teijlingen, E., & Frith, L. (2017). Women, Midwives, and a Medical Model of Maternity Care in Switzerland. *International Journal of Childbirth*, 7(3), 17-125.
<http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.7.3.117>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2018). In *Thematic analysis* (pp. 1-18). https://doi.org/10.1007/978-981-10-2779-6_103-1

Bricki, N., & Green, J. (2007). A guide to using qualitative research methodology. <http://hdl.handle.net/10144/84230>

Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Print. Psychologie d'aujourd'hui.

Bruchon-Schweitzer, M., & Siksou, M. (2008). La psychologie de la santé. *Le journal des psychologues*, 260(7), 28-32.
<https://doi.org/10.3917/jdp.260.0028>

Camara, H., & Moro, M. R. (2020). Attendre, accueillir et faire grandir son bébé, entre ici et là-bas. *Sages-Femmes*, 19(1), 25-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sagf.2020.01.018>

Capponi, I., & Horbacz, C. (2007). Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles ? *Dialogue*, 175(1), 115. <https://doi.org/10.3917/dia.175.0115>

Caritas Internationalis (2012). The female face of migration. <https://www.caritas.org/notre-action/migration/le-visage-feminin-de-la-migration/?lang=fr>

Cattacin, S., Efionayi-Mäder, D., Niederberger, M., Losa, S., & Chimienti, M. (2001). « Migration et santé » : priorités d'une stratégie d'intervention.

Cerutti, H., & Blaser, A. (2008). *Migration et santé : résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013)*. Office fédéral de la santé publique OFSP.

Chambovey, D. (1995). Politique à l'égard des étrangers et contingentement de l'immigration. L'exemple de la Suisse. *Population (french edition)*, 357-384. <https://doi.org/10.2307/1534193>

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (n. d.). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/fr>

Cornwall, A. (2016). Women's Empowerment : What Works ? *Journal of International Development*, 28(3), 342-359. <https://doi.org/10.1002/jid.3210>

Costantini-Tramoni, M. L., Lancelot, A., & Delefosse, M. S. (2008). Des divergences à l'ouverture du dialogue. *Le Journal des psychologues*, (7), 38-41.

Crahay, M. (1999). Psychologie de l'éducation. Chapitre 6. Éducation, culture et société. *Presses universitaires de France*.

Cuche, D. (2020). La notion de culture dans les sciences sociales. *La découverte*.

De Bernis, L., Sherratt, D. R., AbouZahr, C., & Van Lerberghe, W. (2003). Skilled attendants for pregnancy, childbirth and postnatal care. *British medical bulletin*, 67(1), 39-57. <https://doi.org/10.1093/bmb/Idg017>

Département fédéral de l'intérieur DFI (2021) Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire, OPAS. Art. 16 Prestations des sages-femmes. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr#art_16

Département fédéral des affaires étrangères DFAE (n. d.). Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. <https://www.eda.admin.ch/eda/fr/dfae/politique-exterieure/droit-international-public/conventions-protection-droits-homme/pacte-international-relatif-droits-economiques-sociaux-culturels.html>

Derivois, D. (2009). La complexité clinique interculturelle : quelle posture épistémologique pour le psychologue clinicien ? *L'Autre*, 1(1), 64-79. <https://doi.org/10.3917/lautr.028.0064>

Deutsch, C. (2015). L'empowerment en santé mentale. *Sciences & Actions Sociales*, N° 1(1), 15-30. <https://doi.org/10.3917/sas.001.0015>

Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* (American Association for the Advancement of Science), 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Engel, G. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 6(2), 101-124. <https://doi.org/10.1093/jmp/6.2.101>

En.wiktionary.org (mars, 2021). <https://en.wiktionary.org/wiki/empowerment>

Fahy, K. (2002). Reflecting on practice to theorise empowerment for women : using Foucault's concepts. *The Australian Journal of Midwifery*, 15(1), 5-13. [https://doi.org/10.1016/S1445-4386\(02\)80017-9](https://doi.org/10.1016/S1445-4386(02)80017-9)

Fischer, G., & Tarquinio, C. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* (2e éd.). Dunod.

Goguikian Ratcliff, B., Pereira, C., Sharapova, A., Grimard, N., Radeff, F. B., & Moratti, A. (2014). Étude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones. *Office Fédéral de la Santé Publique*.

Goguikian Ratcliff, B. (2004). Habité par 2 mondes :(re)construction identitaire en situation migratoire. *Psychoscope*, 3, 27-29. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:90241>

Gravel, S., Doucet, H., Laudy, D., Boucheron, L., Battaglini, A., Bouthillier, M. È., & Fournier, M. (2009). L'adhésion des populations immigrantes à la valeur de l'autonomie véhiculée en santé publique. *Journal of International Migration and Integration / Revue de l'intégration et de la migration internationale*, 10(1), 31-47. <https://doi.org/10.1007/s12134-008-0084-6>

Gressier, F., & Sutter-Dallay, A. (2018). Les dépressions périnatales. In *Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s)* (pp. 495-507). ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.glang.2017.01.0173>

Hochart, M. (2016). Vers la généralisation du pouvoir d’agir et de l’empowerment ? *Pratiques en santé mentale*, 62e année (3), 25-30. <https://doi.org/10.3917/psm.163.0025>

House, J. S. (1987). Social Support and Social Structure. *Sociological Forum* (Randolph, N.J.), 2(1), 135-146. <https://doi.org/10.1007/BF01107897>

Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment : conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health education quarterly*, 21(2), 149-170.

Laforest, J., Bouchard, L. M., & Maurice, P. (2012). *Guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs clés : trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales* (2e éd.). Vivre en sécurité : se donner les moyens, 11. Institut national de santé publique. <https://www.inspq.gc.ca/publications/1315>

Larousse.fr (n. d.) Dictionnaire de français. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/multiplicité/53226>

Le Bossé, Y., Bilodeau, A., Chamberland, M., & Martineau, S. (2009). Développer le pouvoir d’agir des personnes et des collectivités : quelques enjeux relatifs à l’identité professionnelle et à la formation des praticiens du social. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(2), 174-190. <https://doi.org/10.7202/038969ar>

Lee-Rife, S. M. (2010). Women’s empowerment and reproductive experiences over the lifecourse. *Social Science & Medicine*, 71(3), 634-642. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.019>

Lejeune, C. (2016). Manuel d’analyse qualitative : analyser sans compter ni classer (1re éd., 3e tirage). *De boeck supérieur*.

Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C., & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease : epidemiologic evidence and implications for treatment.

<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000188393.73571.0a>

Marks-Sultan, G., Kurt, S., Leyvraz, D., & Sprumont, D. (2016). The legal and ethical aspects of the right to health of migrants in Switzerland. *Public Health Reviews*, 37(1), 15-15. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0027-2>

Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative: quelques pistes de réflexion. *Recherches qualitatives*, 5, 70-81. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/arq_hors_serie_v5.pdf

Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine : Frontiers for a new health psychology. *The American Psychologist*, 35(9), 807-817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>

Mestre, C. (2004). Mettre au monde loin de sa mère. *L'Autre*, 5(3), 455-458. <https://doi.org/10.3917/lautr.015.0455>

Mestre, C. (2006). Grossesse et naissance en migration, la solitude des femmes. *Champs, psychopathologies et clinique sociale*, 2, 21-29.

Métraux, J. C. (2018). La migration comme métaphore. Troisième édition précédée de « Le voile et le linceul ». *La dispute*.

Moro, M. R., & Drain, E. (2009). Parentalité en exil. *Soins pédiatrie*, 30, 16-19.

Moro, M. R., Mestre, C., & Réal, I. (2013). Périnatalité : des mères et des bébés en exil. In *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Elsevier Masson, FR.

Morrow, M., Smith, J., Lai, Y., & Jaswal, S. (2008). Shifting Landscapes : Immigrant Women and Postpartum Depression. *Health Care for Women International*, 29(6), 593-617. <https://doi.org/10.1080/07399330802089156>

Office fédéral de la statistique OFS (2019a). Motivations de la migration et conditions à l'arrivée : différences selon les groupes de nationalités.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration.assetdetail.10489609.html>

Office fédéral de la statistique OFS (2019b). Comment se porte la population issue de la migration en Suisse ?

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration.assetdetail.10307946.html>

Office fédéral de la statistique OFS (2019c). Statistique de la santé 2019. Chapitre 4. État de santé et recours aux soins.

<https://opendata.swiss/fr/dataset/gesundheitsstatistik-2019>

Office fédéral de la statistique OFS (2020). *Annuaire statistique de la Suisse 2020*. NZZ Libro, Schwabe Verlagsgruppe AG, Bâle (Chapitre 1 Population, Vue d'ensemble).

Office fédéral de la santé publique OFSP (2015). Santé maternelle et infantile des populations migrantes. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Maury Pasquier (12.3966).

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/mutter-kind-gesundheit-in-der-migrationsbevoelkerung.html>

Office fédéral de la santé publique OFSP (2021a). Maladie, symptômes, traitement.

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/krankheit-symptome-behandlung-ursprung.html>

Office fédéral de la santé publique OFSP (2021b). Coronavirus : mesures et ordonnances.

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien->

[pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/massnahmen-des-bundes.html](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/massnahmen-des-bundes.html)

Ogden, J., & Desrichard, O. (2014). *Psychologie de la santé* (2e éd., trad. de la 5e éd., anglaise). De Boeck.

Organisation internationale pour les migrations OIM (2020). État de la migration dans le monde 2020, chapitre 2. <https://www.iom.int/wmr/fr>

Organisation mondiale de la santé OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Ottawa : Canada 17-21 novembre 1986. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Organisation mondiale de la santé OMS (n. d.). Constitution de L'Organisation Mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2016). Chapitre 11. L'analyse thématique In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 235-312). Armand Colin. <https://www.cairn.info/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706-page-235.htm>

Portela, A., & Santarelli, C. (2003). Empowerment of women, men, families and communities : true partners for improving maternal and newborn health. *British medical bulletin*, 67(1), 59-72. <https://doi.org/10.1093/bmb/Idg013>

Razurel, C. (2012). Facteurs psychosociaux ayant un impact sur la santé psychique des mères. *Journal Suisse de La Sage-Femme*, 13-4.

République et canton de Neuchâtel (2016). Stratégie cantonale de prévention et de promotion de la santé 2016-2026. https://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/prevention/Documents/Strategie_cantonale_prevention_promotion_sante_rapport_complet.pdf

République et canton de Neuchâtel (2021). Loi de santé du 6 février 1995 RSN 800.1.

https://rsn.ne.ch/DATA/program/books/rsne/htm/8001.htm#_ftn1

Rey, A. (2011). Le Petit Robert Micro : Dictionnaires D'apprentissage de la Langue Française. *Dictionnaires Le Robert*.

Rising, S. S. (1998). Centering pregnancy : an interdisciplinary model of empowerment. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(1), 46-54.

[https://doi.org/10.1016/S0091-2182\(97\)00117-1](https://doi.org/10.1016/S0091-2182(97)00117-1)

Rouleau-Berger, L. (2015). Migrer au féminin. *Presses universitaires de France*.

Rowlands, J., & Rowlands, J. (1997). *Questioning empowerment : working with women in Honduras*. Chapitre 2, Power and empowerment. Oxfam.

Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé : perspectives qualitatives et cliniques*. P. Mardaga.

Saraga, M. (cours, 2017). Psychiatrie et Psychopathologie. Faculté des Sciences sociales et politiques. Institut de psychologie, université de Lausanne.

Sayad, A. (1999). *La double absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*.

Sharapova, A., & Goguikian Ratcliff, B. (2018). Anxiété et dépression périnatales chez des femmes migrantes à Genève : une étude longitudinale. *Devenir* (Paris, France), 30(4), 309-330.

<https://doi.org/10.3917/dev.184.0309>

Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SSGO) (2020) Infection à coronavirus COVID-19, Grossesse et accouchement.

https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/1_Ueber_uns/Empfehlung_Coronavirusinfektion_COVID-19_05.08.2020_FR.pdf

Société suisse de psychologie de la santé (SSPSYS) (n. d.).
<https://healthpsychology.ch/fr/#text2>

Sutter, G. (2010). Maternité. In *Dictionnaire historique de la Suisse* (DHS), version du 02.09.2010, traduit de l'allemand. <https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/016101/2010-09-02/>

Tourette-Turgis, C. & Thievenaz, J. (2012). La reconnaissance du pouvoir d'agir des sujets vulnérables : un enjeu pour les sciences sociales. *Le sujet dans la cité*, 2(2), 139-151. <https://doi.org/10.3917/lhdlc.003.0139>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019a). *International Migration 2019* : Report (ST/ESA/SER.A/438).

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019b). *International Migrant Stock 2019* (United Nations database, POP/DB/MIG7Stock/Rev.2019).

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019c). *World Population Prospects 2019*, Online Edition. Rev. 1.

Vennat, D., Belot, R., Capponi, I., & Mellier, D. (2018). Le défaut de soutien familial dans l'immédiat post-partum : quels impacts sur l'émergence de la détresse maternelle ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 66(6), 370-381. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.07.005>

Webster, J., Linnane, J., Dibley, L., Hinson, J., Starrenburg, S., & Roberts, J. (2000). Measuring Social Support in Pregnancy : Can It Be Simple and Meaningful ? *Birth* (Berkeley, Calif.), 27(2), 97-101. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00097.x>

Wikipedia (n. d.) L'encyclopédie libre.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Langue_véhiculaire

Zelkowitz, P., Schinazi, J., Katofsky, L., Saucier, J. F., Valenzuela, M., Westreich, R., & Dayan, J. (2004). Factors associated with depression in pregnant immigrant women. *Transcultural psychiatry*, 41(4), 445-464. <https://doi.org/10.1177/1363461504047929>

Zimmerman, M. A. (1990). Taking aim on empowerment research : On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of community psychology*, 18(1), 169-177. <http://dx.doi.org/10.1007/bf00922695>

Annexes

10.1 Annexe N° 1 : Caractéristiques sociodémographiques.

Master en psychologie clinique et psychopathologie : Travail de master

Thématique de recherche :

Ressources et empowerment des femmes migrantes, enceintes ou jeunes mères

Caractéristiques sociodémographiques de la participante

(à remplir à la fin de la récolte des données)

Date : _____

N° (pour anonymisation) prénom fictif désiré ?	
Age	
Nationalité	
Lieu de naissance	
Année d'arrivée en Suisse	
Permis de séjour	
Profession	
Niveau de formation	
Situation de famille (en couple / mariée, célibataire, etc.)	
Nombre d'enfants	
Période de grossesse / âge de l'enfant	

10.2 Annexe N° 2 : feuillet d'information et de consentement.

MASTER EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE.

TITRE DE LA RECHERCHE :

RESSOURCES ET EMPOWERMENT DES FEMMES MIGRANTES, ENCEINTES OU JEUNES MÈRES

Feuillet d'information et déclaration de consentement (selon le Commission d'éthique Suisse)

Information détaillée sur le projet

1. Objectifs du projet de recherche

Cette étude a pour but d'explorer chez des femmes migrantes, enceintes ou jeunes mères, les ressources personnelles qu'elles mobilisent dans cette période pour obtenir le soutien social dont elles ont besoin. Ainsi que d'explorer l'inscription personnelle (psychique, physique, sociétaux et langagier) de leur maternité dans leur trajectoire de vie. Et finalement d'explorer leur compétence d'empowerment.

2. Sélection des personnes pouvant participer au projet

La participation est ouverte à toutes les femmes migrantes, enceintes ou jeunes mères (période péri-natale : de trois mois avant à trois mois après la naissance) parlant le français.

3. Informations générales sur le projet

Ce projet a pour but d'explorer leurs capacités à mobiliser les ressources sociales dont elles ont besoin, de comprendre les impacts sociétaux, langagiers et sur leur santé psychique, physique. Ainsi que d'explorer l'utilisation de leurs compétences d'empowerment. Et de proposer des pistes d'intervention pour réduire les problèmes de santé physique et psychique pouvant survenir pendant cette période.

4. Bénéfices pour les participante·s

Il n'y aura pas de bénéfice direct pour vous en participant à cette étude. Cependant, par votre participation, vous contribuez au développement des connaissances. Et les résultats du projet pourraient se révéler importants pour développer un outil d'intervention pouvant vous être bénéfique (ultérieurement), ainsi qu'à des personnes dans la même situation.

5. Droits des participante·s

La participation à cette étude est libre et volontaire. La décision d'y participer ou non vous revient. Le fait de ne pas y participer ne vous désavantagera pas. En tant que participante, vous avez le droit de vous retirer du projet à tout moment sans justification et conséquence pour vous.

Votre consentement implique la participation à l'entretien en acceptant de livrer votre témoignage aussi sincère et aussi complet que possible sur la thématique de la recherche.

6. Risques

Aucun.

7. Confidentialité des données

Les contenus seront anonymisés lors de la transcription. Seule l'étudiante chercheuse aura accès aux codes.

Déclaration de consentement

Déclaration de consentement écrite pour la participation à un projet de recherche

- Veuillez lire attentivement ce formulaire.
- N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions.

<p>Titre de l'étude : (Titre scientifique et titre usuel)</p>	<p>Étude exploratoire des ressources mises en place par des femmes migrantes, enceintes ou jeunes mères, dans la période péri-natale et de leur compétence d'empowerment. Ressources et empowerment des femmes migrantes, enceintes ou jeunes mères.</p>
<p>Institution responsable : (Adresse complète) :</p>	<p>Faculté des sciences sociales et politique Institut de psychologie Centre de Recherche en psychologie de la santé, du vieillissement et du sport Bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE 1015 Lausanne</p>
<p>Responsables du projet : (Nom et prénom en caractères d'imprimerie) :</p>	<p>FABIENNE FASSEUR Maître d'enseignement et de recherche 2 suppléante</p>
<p>Participante·s : (Nom et prénom en caractères d'imprimerie) : Date de naissance :</p>	

- Je déclare avoir été informé·e, par la responsable du projet soussignée, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement du projet ainsi que des effets présumés, des avantages, des inconvénients possibles et des risques éventuels.
- Je prends part à cette étude de façon volontaire et j'accepte le contenu de la feuille d'information qui m'a été remise sur le projet précité. J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation au projet. Je conserve la feuille d'information et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite.

Lieu, date	Signature de la participante
-------------------	-------------------------------------

Attestation de l'investigateur ou de l'investigatrice : Par la présente, j'atteste avoir expliqué à la participante la nature, l'importance et la portée du projet. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce projet conformément au droit en vigueur. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement de la participante à prendre part au projet, je m'engage en l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Signature de l'investigatrice
-------------------	--------------------------------------

10.3 Annexe N° 3 : Canevas d'entretien.

CANEVAS D'ENTRETIEN

semi-structuré

Introduction

Je suis étudiante en master de psychologie de l'université de Lausanne et dans le cadre de mon travail de master, je réalise une étude exploratoire sur les ressources mobilisées par des femmes migrantes, enceintes ou jeunes mères, dans la période périnatale et les compétences d'empowerment développées (pouvoir d'agir) et l'inscription personnelle de cette situation sur l'identité.

Je vais aborder différents thèmes en lien avec votre situation de femme enceinte migrante (ou de jeune mère). Elles porteront sur votre vécu migratoire, les liens avec votre famille, ainsi que la manière dont vous vivez votre maternité avec les changements que cela provoque dans votre vie (corporels, physiques, psychiques, émotionnels et communicationnels (langage)).

Si vous ne désirez pas répondre à certaines questions, sentez-vous libre de ne pas y répondre.

Êtes-vous d'accord a priori pour témoigner de votre expérience personnelle ?

Je vous invite à prendre connaissance de cette notice d'information avant de signer votre consentement sur cette feuille. Je me tiens à votre disposition pour répondre à toutes vos éventuelles questions concernant votre participation.

Pour finir, n'hésitez pas à me dire, si vous avez besoin d'une pause.

Question initiale

Racontez-moi comment vous vivez cette période de votre maternité ?

Thématiques à explorer

Exploration des inscriptions personnelles :

Vécu corporel :

Comment vivez-vous les transformations corporelles dues à la maternité ?

Quel impact est-ce que ces transformations ont eu sur vous ?

Et avec vos proches ?

Vécu émotionnel :

Comment décririez-vous vos émotions aujourd'hui ?

Quels sont les plus grands changements émotionnels que vous avez vécus avec votre maternité ?

Vécu psychologique :

Comment vous sentez-vous psychologiquement aujourd'hui ?

Quels sont les changements psychologiques qui vous ont le plus marqué avec votre maternité ?

Vécu communicationnel :

Notre perception de soi et du monde peut changer lorsqu'on devient mère, ces changements peuvent s'accompagner de changements au niveau du langage utilisé et de la communication avec soi et autrui.

Quels mots utilisez-vous pour vous décrire aujourd'hui ?

En quoi est-ce différent de la manière dont vous pouviez vous décrire avant votre maternité ?

Exploration des ressources institutionnelles :

Quel soutien avez-vous obtenu des institutions pour vous aider ?

Comment avez-vous eu connaissances de ces aides ?

Qu'est-ce que cela vous a apporté ?

De quels soutiens supplémentaires des institutions aimeriez-vous pouvoir bénéficier ?

Comment vous êtes-vous sentie lorsque vous avez sollicité ces soutiens ?

Exploration des ressources familiales ou communautaires :

Est-ce que votre façon d'interagir avec votre entourage a changé ? Si oui, comment percevez-vous cela au niveau du langage utilisé ?

Avez-vous observé des changements dans la façon d'interagir de votre entourage à votre rencontre ? Si oui, comment percevez-vous cela au niveau du langage utilisé ?

Quel soutien avez-vous obtenu de votre famille ?

Et des personnes de votre entourage (ami-e-s, voisin-e-s, connaissances, etc.) ?

Quel membre de votre famille ou entourage avez-vous le plus sollicité ?

Qu'est-ce que cela vous a apporté ?

De quels soutiens supplémentaires de votre famille et entourage aimeriez-vous pouvoir bénéficier ?

Comment vous êtes-vous sentie lorsque vous avez sollicité ce soutien ?

Exploration de l'empowerment (pouvoir d'agir) :

La maternité amène beaucoup de changements dans une vie, et chez vous, ces changements s'accompagnent de ceux en lien avec votre histoire de migration.

Que représentent pour vous ces changements dans votre capacité à prendre soin de vos besoins ?

Quels obstacles avez-vous rencontrés pour accomplir les différentes tâches nécessaires au bon déroulement de votre maternité ?

Comment les avez-vous surmontés ?

Selon vous, quelles sont les compétences que vous aviez développées avant votre migration, et qui vous sont utiles pour évoluer dans ce nouveau contexte (de maternité) ?

Quelles sont les compétences que vous avez développées en Suisse, et qui vous sont utiles pour évoluer dans ce nouveau contexte (de maternité) ?

Dans l'hypothèse que vous auriez eu besoin d'aide pour développer vos compétences pour mener à bien une tâche en lien avec votre maternité, qu'est-ce que vous auriez aimé avoir comme aide ?

Nous sommes arrivées au bout de mes questions. Je vous remercie chaleureusement d'y avoir répondu.

10.4 Annexe N° 4 : Extrait grille d'analyse thématique.

Thèmes	Sous-thèmes	Codes	Verbatim Nom d'emprunt de la participante (n° de tour de parole ; chiffre : thème ; chiffre romain : sous-thème ; numéro de la phrase sélectionnée)
3. Différences culturelles	3. III. Métissage de la manière d'être et de faire avec les deux cultures.	Elles désirent transmettre une partie de leur culture à leur enfant. Mais lorsque la perception d'être la même qu'avant la migration dans son rapport à soi-même et aux autres est prédominante, il n'y a pas de perception de métissage des deux cultures.	<p>Rose :</p> <p>68. 3. III. 1. <i>En vivant le plus possible comme je suis en ma nature, on va dire. Parce que moi je dis, je suis la seule trace qui a de ma culture ici dans ma famille, ma petite famille qui commence. Et si je laisse prendre cette culture qui est très forte et très cadrée, sur moi c'est comme s'il n'y a pas déjà de trace de chez moi.</i></p> <p>68. 3. III. 2. (...) <i>j'essaie de rester attachée à moi-même, aux valeurs qu'on m'a appris, comment je suis. Si je suis plus joyeuse que mes belles-sœurs, ben je suis comme ça, si je fais plus de fêtes. Si voilà. C'est dur, mais chaque jour a son propre travail, et parce que j'aimerais que mon fils soit un peu comme nous.</i></p> <p>69. 3. III. 3. <i>Plus d'ouverture à l'inconnu. Je trouve que ici on a tellement tout bien organisé, (...).</i></p> <p>70. 3. III. 4. <i>Et je trouve qu'il faut un équilibre, il faut pas non plus, tout que ah comme ça vient et pas non plus très carré.</i></p> <p>82. 3. III. 5. <i>Je disais pas rester avec mon système dans lequel j'ai grandi parce que ça s'adapte pas du tout ici, mais du coup je ne lutte pas contre ça, c'est juste que j'essaie d'accueillir les deux, parce sinon il y a toujours une confrontation. C'est pas l'idée.</i></p> <p>Laura :</p> <p>19. 3. III. 1. <i>Je suis d'origine méditerranéenne donc la famille pour moi, les enfants c'est important. Euh et voilà le fait d'être maman je suis contente de pouvoir transmettre des valeurs, l'amour et les accompagner dans leur vie, donc voilà c'est merveilleux.</i></p> <p>30. 3. III. 2. (...) <i>je suis toujours restée moi-même. J'ai toujours été de nature sociable, ça n'a pas changé parce que j'ai changé de pays, parce que j'ai pas une autre perception.</i></p>

