

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

EXPÉRIENCE DES SOINS EN PÉRINATALITÉ PAR DES FEMMES
IMMIGRANTES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

PAULE LESPÉRANCE

MAI 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord ma directrice, Audrey Gonin, pour son soutien, sa patience, sa disponibilité et ses précieux conseils. Sa confiance en mes capacités à mener ce projet à bien, surtout dans mes moments de doute, continueront à m'habiter encore longtemps.

Je remercie les participantes à cette recherche, qui m'ont généreusement accordé leur temps et leur parole. Je remercie aussi les organismes qui m'ont ouvert leurs portes pour le recrutement.

Je remercie tous les professeurs de l'École de travail social, qui m'ont insufflé leur passion et qui m'ont confirmé que j'étais à ma place en travail social.

Je remercie Laurence et Mélanie, mes complices de maîtrise, avec qui j'ai tant usé les chaises des espaces communs du rez-de-chaussée du pavillon Hubert-Aquin.

Finalement, je remercie Gaël pour son soutien et ses encouragements de tous les instants. Je remercie Émile, Charlotte et Camille, qui sont la raison pour laquelle j'ai mené à bien ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I Problématique	5
1.1 Portrait démographique de l’immigration à Montréal.....	5
1.2 Santé et immigration: l’état des savoirs.....	7
1.2.1 Les déterminants de la santé des immigrant.e.s	7
1.2.2 L’accès aux soins	10
1.2.3 Inégalités de traitement: stéréotypes et discrimination	12
1.3 Santé périnatale et femmes immigrantes au Québec et au Canada	13
1.4 Évolution des soins lors de la période périnatale au Québec.....	19
1.5 Problématisation	21
1.6 Pertinence sociale et scientifique.....	22
1.7 Questions et objectifs de la recherche	23
CHAPITRE II Cadre théorique.....	25

2.1	Les soins : la médicalisation de la maternité sous la lunette du biopouvoir.....	26
2.2	Femmes immigrantes et interactions avec les soignant.e.s.....	32
CHAPITRE III Méthodologie.....		37
3.1	Posture épistémologique et stratégie générale de recherche.....	37
3.2	Population à l'étude, critères de sélection, modalités de recrutement, échantillon	40
3.2.1	Population à l'étude.....	40
3.2.2	Critères de sélection	40
3.2.3	Modalités de recrutement.....	41
3.3	La méthode et les instruments de collecte des données.....	42
3.4	Analyse des données.....	44
3.5	Considérations éthiques.....	46
3.6	Les limites de l'étude.....	48
CHAPITRE IV Présentation des résultats		51
4.1	Présentation du parcours migratoire des participantes	51
4.2	Expériences des soins en périnatalité	57
4.2.1	Accès à un suivi médical de grossesse.....	57
4.2.2	Le suivi de grossesse.....	62
4.2.3	L'accouchement.....	73
4.2.4	La période postnatale	82
4.3	Conclusion	88
CHAPITRE V Discussion.....		89
5.1	Perceptions des examens médicaux.....	89

5.2 Interactions avec les soignant.e.s.....	96
CONCLUSION	104
ANNEXE A FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	108
APPENDICE B GUIDE D'ENTRETIEN	111
APPENDICE C AFFICHE DE RECRUTEMENT.....	113
APPENDICE D CERTIFICATION ÉTHIQUE	114
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE	114
BIBLIOGRAPHIE	116

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1. Tableau 1	51

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CLSC : Centre local de soins communautaires

PFSI : Programme fédéral de santé intérimaire

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

RÉSUMÉ

Cette recherche qualitative s'intéresse à l'expérience qu'ont fait des femmes immigrantes des soins de santé en périnatalité reçus à Montréal. La recension d'écrits a permis de constater que la dégradation de l'état santé des personnes immigrantes au fil de leur séjour au Québec, dont la santé périnatale, a été principalement documentée sous l'angle des déterminants de la santé et des inégalités sociales de santé, notamment les mauvaises conditions de vie et l'isolement social. En considérant le système de santé comme un déterminant de la santé et en considérant la période périnatale comme un moment important dans la vie des femmes, impliquant des besoins accrus en soins, cette recherche s'est donné pour objectifs principaux de mieux comprendre les perceptions de femmes immigrantes de leurs relations avec les soignant.e.s et des soins reçus, ainsi que de documenter la place qu'occupent les soins en périnatalité dans leur parcours et contexte de vie au Québec. Les concepts de biopouvoir de Foucault et les réflexions féministes autour de la médicalisation de la naissance permettent de cerner l'offre de soins dans leur dimension politique, historique et de rapports sociaux. Les concepts développés par la sociologie des interactions de Goffman, quant à eux, permettent d'éclairer les différentes facettes des interactions vécues en contexte de soins en périnatalité. La collecte de huit récits de vie axés sur la thématique de la vie reproductive auprès de femmes immigrantes, analysés selon la méthode d'analyse thématique en continu, a permis de répondre aux objectifs de recherche. Les résultats de la recherche identifient les obstacles et éléments facilitateurs à l'accès aux soins. De plus, les résultats révèlent que les participantes perçoivent les soins reçus comme permettant de s'assurer de la bonne santé du bébé à naître et que les participantes s'impliquent activement dans les soins en mobilisant leurs propres savoirs afin de prendre des décisions. Les résultats soulignent aussi que la qualité de la relation et de la communication avec le personnel soignant a un impact significatif sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement. Finalement, les hypothèses interprétatives des résultats de la recherche débouchent sur des pistes d'améliorations de la pratique d'intervention auprès des femmes immigrantes en période périnatale.

Mots clés : femmes immigrantes, périnatalité, santé périnatale, parcours de soins, récit de vie reproductive, expérience des soins.

ABSTRACT

This qualitative research examines the experience of immigrant women in regards to perinatal health care received in Montreal. The literature review showed that the deterioration in the health status of immigrants during their stay in Quebec, including perinatal health, has been mainly documented from the point of view of the social determinants of health and social inequalities such as poor living conditions and social isolation. By considering the health system as a determinant of health and by considering the perinatal period as an important moment in the life of women, involving increased needs for care, this research aims to better understand the perceptions of immigrant women about their relationships with caregivers and the care received, as well as documenting the place occupied by perinatal care in their life context in Quebec. The political, historical and social dimensions of perinatal healthcare are explored through Foucault's concept of biopower and feminist reflections around the medicalization of birth. The concepts developed by Goffman's sociology of interactions, for their part, shed light on the different facets of the interactions between immigrant woman and caregivers. The collection of eight life stories focusing on the perinatal period from immigrant women, analyzed using the continuous thematic analysis method, made it possible to meet the research goals. The research results identify the obstacles and facilitators to access to care. In addition, the results reveal that the participants perceive the care received as ensuring the good health of the unborn baby and that the participants are actively involved in the care by mobilizing their own knowledge in order to make decisions. The results also highlight that the quality of the relationship and communication with caregivers has a significant impact on the experience of pregnancy and childbirth. Finally, the interpretative hypotheses of the research results lead to avenues for improving the practice of intervention with immigrant women in the perinatal period.

Keywords : immigrant women, perinatal care, perinatal health, reproductive life story, health care experience.

INTRODUCTION

Le mémoire que vous avez sous les yeux est né d'un double intérêt. Pour les réalités vécues par les femmes immigrantes, d'une part, dont le parcours particulier au phénomène migratoire est loin de s'arrêter une fois arrivées en terre d'accueil québécoise. Au contraire, leur nouvelle vie est parsemée de difficultés qui ont peu à voir avec les différences inhérentes à une enculturation en terre lointaine et beaucoup à voir avec la manière dont notre société construit l'altérité pour ensuite traiter inégalement les populations ainsi étiquetées. Pour les enjeux entourant la santé périnatale des femmes, d'autre part, parce que la possibilité de choisir les conditions dans lesquelles seront vécues la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, premiers jalons dans l'exercice du rôle de mère, est un élément clé de l'autodétermination de toutes les femmes, et, de plus, parce que l'emprise médicale sur le corps reproductif féminin place encore trop souvent les soins sous des logiques éloignées d'idéaux d'émancipation et de dignité.

Au croisement de ces deux thématiques, l'immigration et la périnatalité, cette recherche propose de découvrir l'expérience que font des femmes immigrantes des soins de santé périnataux à Montréal, afin de mieux comprendre quelle place occupent ces soins dans leur parcours.

Dans le premier chapitre, la construction de l'objet de recherche s'élabore autour d'une recension d'écrits qui s'attelle, dans un premier temps, à dresser un portrait démographique de l'immigration montréalaise. On y lira que la population immigrante représente le tiers de la population montréalaise et que, bien que le taux de diplomation postsecondaire soit plus élevé chez les personnes immigrantes et que la langue ne soit

pas un obstacle à l'emploi pour une majorité d'entre elles, le taux de chômage et de revenu familial sous le seuil de la pauvreté est de beaucoup plus élevé que dans la population née au Québec. Ensuite, la recension d'écrits se penche sur les travaux de recherche portant sur la santé des personnes immigrantes. Celle-ci révèle que l'état de santé des personnes immigrantes se dégrade au fil de leur séjour en sol canadien. Les déterminants sociaux de la santé, le manque d'accès aux soins et aux services sociaux, ainsi que les inégalités de traitement dont sont victimes les personnes immigrantes sont identifiés par les recherches comme expliquant cette dégradation de l'état de santé. Puis, la recension d'écrits éclaire de manière plus fine les recherches portant sur la périnatalité et l'immigration, qui dressent des constats similaires que les recherches portant plus généralement sur la santé et l'immigration. Ce travail d'analyse des recherches existantes permet d'identifier que l'expérience des soins de santé périnataux par des femmes immigrantes est un sujet inexploré par la recherche au Québec. Ensuite, une recherche historique retraçant le développement des soins de santé périnataux au Québec, sous l'impulsion de la médicalisation de la vie reproductive, amène à souligner que la période périnatale implique aujourd'hui des relations intensives avec du personnel soignant. À la lumière de ces constats structurant la problématique de la recherche, les objectifs de la recherche sont détaillés. Ils visent à mieux saisir le vécu par des femmes immigrantes des soins reçus lors de la période périnatale, en cernant leurs attentes, leurs besoins, leurs postures et leurs perceptions des soins et de leurs relations avec les soignants, ainsi que les effets de ces soins sur leur parcours.

Le deuxième chapitre de ce mémoire développe les ancrages théoriques de la recherche, organisés en deux pôles. Le premier envisage les soins de santé reproductive sous l'angle des réflexions féministes sur la médicalisation du corps reproductif féminin et du concept de biopouvoir développé par Michel Foucault. Le deuxième propose d'éclairer l'expérience des femmes immigrantes à la lumière de la sociologie des interactions d'Erving Goffman, notamment grâce au concept de stigmat, afin de mieux

saisir les différentes facettes des interactions vécues en contexte de soins de santé périnataux.

Le troisième chapitre présente la méthodologie de la recherche. La posture épistémologique, ancrée dans les perspectives interactionniste et compréhensive, oriente vers l'élaboration d'un devis de recherche qualitative reposant sur le recueil de récits de vie circonscrits à la thématique de la vie reproductive auprès de femmes ayant donné naissance dans les cinq dernières années et résidant au Québec depuis moins de dix ans. Le processus de recrutement et de collecte de données est amplement décrit, ainsi que la méthode d'analyse des données préconisée, soit celle de l'analyse thématique en continu. Ce chapitre se termine par la présentation des considérations éthiques ayant balisé le déroulement de la recherche, suivie par la description des limites de l'étude.

Le quatrième chapitre est consacré à la présentation des résultats obtenus suite à l'analyse thématique des données recueillies. On y découvre en premier lieu les faits saillants des récits des parcours migratoires, qui permettent de contextualiser les conditions de vie dans lesquelles s'ancre l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Dans un deuxième temps, la description des parcours de soins périnataux suit le déroulement chronologique des événements vécus tout comme la structure des récits qui en ont été faits. On y retrouve d'abord les obstacles et éléments facilitateurs à l'accès aux soins. Puis, on se penche sur les témoignages des soins reçus lors de la grossesse, qui abordent les perceptions des examens médicaux, l'implication dans les soins, les relations avec les soignant.e.s, le vécu de la grossesse. Par la suite, les propos recueillis sur l'accouchement sont présentés. Enfin, la présentation des résultats se clôt sur la description des récits de la période postnatale.

En cinquième chapitre, la discussion permet d'approfondir la réflexion sur les résultats de la recherche en lien avec le cadre théorique et la recension d'écrits. Dans un premier temps, la lunette théorique foucaldienne agira comme clé d'analyse afin de saisir plus finement le vécu des examens médicaux, débouchant sur des hypothèses interprétatives. Ensuite, l'analyse approfondie des propos sur les relations avec les soignant.e.s permet de décrire à la fois l'identité qui est mise de l'avant par les femmes lors des interactions avec les soignant.e.s, tout comme leurs attentes quant au rôle du personnel soignant. De plus, l'analyse permet de décortiquer les différents éléments composant les interactions rapportées par les femmes et leurs effets sur leur relation avec les soignants et sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement. Ce faisant, ce chapitre cerne les limites de la recherche et ouvre des pistes pour les recherches futures.

Finalement, la conclusion, en plus de récapituler les principaux résultats de la recherche, débouche sur des pistes d'action pour la pratique d'intervention auprès des femmes immigrantes enceintes.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre présentera une synthèse de la recension des écrits scientifiques sur laquelle s'est appuyée la construction de mon objet de recherche. S'étant intéressée autant à saisir de manière large la situation des personnes immigrantes que celle des soins de santé en périnatalité, cette recension s'est déployée en trois temps. Premièrement, je dresserai un bref portrait démographique de la population immigrante à Montréal. Deuxièmement, je présenterai les faits saillants d'une recension des écrits portant d'abord plus largement sur la santé des immigrant.e.s, pour ensuite s'affiner en se penchant sur les recherches concernant la santé périnatale pour les femmes immigrantes. En troisième lieu, je me pencherai sur l'histoire du développement des soins en périnatalité au Québec. Enfin, je préciserai la problématique de ma recherche, sa pertinence, ses questions et ses objectifs.

1.1 Portrait démographique de l'immigration à Montréal

Lors de l'année 2016-2017, la ville de Montréal a accueilli 33 196 immigrant.e.s (Ville de Montréal, 2018a). La population immigrante montréalaise compte 538 825 personnes, dont la moitié sont des femmes, ce qui représente 33 % de la population de la métropole (Ville de Montréal, 2011a). Le quart (26 %) de ces immigrant.e.s ont mis le pied à Montréal entre 2006 et 2011 (Ville de Montréal, 2011a). Une grande majorité

(69 %) des femmes ont entre 15 et 44 ans (Ville de Montréal, 2011b). Les dix principaux lieux de naissance des personnes s'installant à Montréal sont Haïti, l'Algérie, l'Italie, la France, le Maroc, la Chine, les Philippines, le Liban, le Vietnam et la Roumanie. Les individus provenant de ces pays comptent pour 48 % de l'ensemble de la population immigrante, ce qui indique une grande diversité de pays d'origine (Ville de Montréal, 2018a). Les immigrant.e.s appartenant à la catégorie économique, aussi appelée indépendants, composent 56 % de la population immigrante montréalaise (Ville de Montréal, 2018b). Ceux-ci sont sélectionnés en fonction de leur niveau de scolarité élevé, de leur expérience professionnelle, de leur maîtrise du français et de leur statut socio-économique (Gouvernement du Canada, 2017). La catégorie du regroupement familial, qui est composée de conjoint.e.s ou d'enfants à charge d'une personne détenant la citoyenneté canadienne ou le statut de résident permanent, regroupe 27 % de la population immigrante montréalaise (Québec [MIDI], 2016). Les réfugié.e.s, pour leur part, représentent 15 % des immigrant.e.s. Quant aux immigrant.e.s dont le statut est temporaire, qu'ils soient travailleurs, étudiant.e.s ou touristes, ils composent 2 % de la population immigrante montréalaise. Finalement, on en sait peu sur les personnes sans titre de séjour valide ou dont le statut est précaire (Brabant et Raynault, 2012). Leur nombre serait estimé à 200 000 à l'échelle du Canada selon Kuile *et al.* (2007) et il serait en croissance.

Une grande partie de la population immigrante est porteuse d'un projet familial. Ainsi, si, comme mentionné précédemment, le tiers de la population montréalaise est née à l'extérieur du Canada, les immigrant.e.s représentent près de la moitié des familles de la métropole (Québec [Ministère de la famille], 2016), c'est-à-dire 48%. De plus, 46% des enfants nés à Montréal entre 2000 et 2002 l'étaient de mères immigrantes (Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 2008). Fonder une famille en sol québécois s'avère être le moteur du projet migratoire pour un grand nombre d'immigrant.e.s (Vatz-Laaroussi, 2001).

Selon le Ministère de l'Immigration, de la diversité et de l'inclusion (Québec, 2017), 80 % des immigrant.e.s arrivés à Montréal entre 2006 et 2015 parlaient le français ou l'anglais, et 72,2 % d'entre elles avaient plus de 12 ans de scolarité. Par contre, bien que détenant un niveau de scolarité plus élevé que l'ensemble des Montréalais.e.s, le taux de chômage des immigrant.e.s était de 21 % lors du recensement de 2006, soit trois fois plus élevé que la moyenne montréalaise (Ville de Montréal, 2010). Du côté du revenu moyen d'emploi, celui des immigrant.e.s est de 18 000 \$, soit deux fois moindre que celui des non-immigrant.e.s montréalais.e.s, ce qui place un ménage immigrant sur deux sous le seuil de faible revenu (Ville de Montréal, 2010). En résumé, ces données démographiques démontrent que les personnes immigrantes montréalaises sont, tout en étant plus éduquées, plus sujettes au chômage et plus pauvres que leurs contritoyen.ne.s né.e.s au Canada, et ce, malgré qu'elles maîtrisent en majorité le français ou l'anglais.

1.2 Santé et immigration: l'état des savoirs

Les travaux de recherche concernant la santé et l'immigration au Québec et au Canada s'intéressent principalement à l'état de santé des immigrant.e.s et à ses déterminants, à l'accès des immigrant.e.s aux services de santé, et, dans une moindre mesure, aux inégalités de traitement dont ils et elles font l'objet dans le système de santé.

1.2.1 Les déterminants de la santé des immigrant.e.s

Plusieurs travaux documentent un phénomène appelé l'effet de l'immigrant en bonne santé (Hyman, 2001 ; Clarkson, 2005 ; Montgomery *et al.*, 2010). Selon celui-ci, les immigrant.e.s récent.e.s sont en meilleure santé que les natifs du Canada et que les

immigrant.e.s de longue date. Ce meilleur état de santé s'explique principalement par l'application par les autorités canadiennes de critères de sélection qui exigent la bonne santé pour pouvoir immigrer. Cependant, au fil du temps passé en sol canadien, leur état se dégrade de manière marquée par rapport à celui de la population native, pour finir par y être comparable.

L'analyse des déterminants de la santé des immigrant.e.s permet d'expliquer la dégradation de leur état de santé. Tout d'abord, plusieurs études soulignent la situation de pauvreté dans laquelle se trouvent plongé.e.s un grand nombre d'immigrant.e.s canadien.ne.s (Piché, 2013 ; Cagnet *et al.*, 2012 ; Hyman, 2001, Battaglini *et al.*, 2002). En effet, le nombre d'immigrant.e.s vivant sous le seuil de faible revenu est deux fois et demie plus élevé que celui des non-immigrant.e.s et la population immigrante met plus de vingt ans à rejoindre le niveau socio-économique des personnes nées au Canada (Battaglini, 2011).

Cet état de pauvreté est inextricablement lié à la situation d'emploi des personnes immigrantes, marquée par la discrimination systémique (Battaglini, 2011). Le taux de chômage est élevé chez ces personnes, malgré une forte scolarisation (Clarkson, 2005 ; Hyman, 2001), et lorsqu'elles occupent un emploi, celui-ci est plus souvent peu qualifié, mal rémunéré, difficile et dangereux (Saillant, 2007). De plus, les immigrant.e.s sont moins souvent syndiqué.e.s et leur niveau d'autonomie décisionnelle au travail est moindre (Clarkson, 2005).

Les personnes immigrantes détenant un diplôme postsecondaire sont nombreuses à vivre une importante déqualification professionnelle à leur arrivée au Canada (Le Gall et Montgomery, 2009 ; Clarkson, 2005 ; Saillant, 2007 ; Battaglini, 2011 ; Battaglini *et al.*, 2002). Le parcours à entreprendre pour se requalifier est souvent long et parsemé d'embûches administratives et économiques, ce qui peut entraîner un certain découragement (Saillant, 2007). Cette déqualification professionnelle fait partie des

pertes découlant de la migration qui affectent la santé. Parmi ces pertes, les études ont aussi identifié la perte du réseau social, plongeant dans l'isolement (Montgomery *et al.*, 2010 ; Clarkson, 2005 ; Saillant, 2007 ; Ricard-Guay, 2014). Celui-ci peut être particulièrement important lors de périodes charnières de la vie, telle que la naissance d'un enfant (Battaglini *et al.*, 2002) et s'avérer difficile à briser, surtout lorsqu'accompagné d'un sentiment d'exclusion et de perceptions de la discrimination subie au quotidien (Clarkson, 2005 ; Montgomery *et al.*, 2005 ; Saillant, 2007).

Les recherches s'étant intéressées aux habitudes de vie des immigrant.e.s concluent qu'elles sont meilleures que celles des non-immigrant.e.s. En effet, les immigrant.e.s fument moins, consomment moins d'alcool et ont une alimentation plus saine que les Canadien.ne.s de naissance (Clarkson, 2005; Montgomery *et al.*, 2010; Battaglini *et al.*, 2002). Ceci amène certains chercheurs à affirmer que l'acculturation des immigrant.e.s a un effet délétère sur leur santé (Hyman, 2001).

Les recherches sur les déterminants de la santé des immigrant.e.s ne différencient pas toujours les populations immigrantes selon leur catégorie d'immigration. Cependant, lorsqu'elles le font, c'est pour se concentrer sur les réfugié.e.s ou des personnes sans statut, dont la situation est particulièrement défavorable sur le plan de la santé et de ses déterminants. Les personnes réfugiées ont été contraintes à l'exil. Elles ont souvent été témoins ou victimes des violences inhérentes aux conflits armés. Ces traumatismes affectent négativement leur santé mentale (Clarkson, 2005 ; Hyman, 2001 ; Brabant et Raynault, 2012). De plus, l'insertion socioprofessionnelle des réfugié.e.s est encore plus difficile que celle des autres immigrant.e.s. Les réfugié.e.s sont plus pauvres, le restent plus longtemps et leur isolement social est, lui aussi, plus important et durable (Saillant, 2007 ; Hyman, 2001). Les immigrant.e.s sans statut, de leur côté, sont exclus de tous les régimes publics de protection sociale. Ils peuvent donc difficilement échapper à toute situation abusive qui survient fréquemment dans leur milieu familial ou de travail (Ricard-Guay *et al.*, 2014 ; Brabant et Raynaud, 2012). N'étant pas

couvert.e.s par le régime d'assurance-maladie, ils et elles doivent défrayer les coûts de tout soin médical, ce qui les décourage de consulter. Lorsqu'ils et elles le font, la qualité des soins est inférieure (Kuile *et al.*, 2007). Cette situation génère énormément d'anxiété, de peur, de souffrance et d'isolement (Brabant et Raynaud, 2012 ; Ricard-Guay *et al.*, 2014).

Le genre comme déterminant de la santé n'est jamais examiné de manière approfondie dans les écrits recensés. Il semblerait que cette occultation du genre soit fréquente dans les recherches sur l'immigration au Canada (Cognet, 2003). Cependant, plusieurs études mentionnent que les femmes immigrantes sont plus durement touchées par les inégalités sociales et de santé. Ainsi, la pauvreté et les conditions de vie précaires auraient un impact plus grand sur la santé des immigrantes (Hyman, 2001 ; Montgomery *et al.*, 2010). Les immigrantes seraient plus marginalisées et vivraient plus d'isolement (Hyman, 2001 ; Battaglini *et al.*, 2002). De plus, les immigrantes ont moins recours aux services offerts par le système de santé, particulièrement en santé mentale (Hyman, 2001). Les immigrantes arrivent au Canada plus souvent par la voie du regroupement familial que par le biais d'autres catégories (Cognet, 2003). Le parrainage par le conjoint place souvent ces femmes en situation de dépendance, car elles ne connaissent pas toujours leurs droits, comme celui de quitter un conjoint violent sans perdre son statut (Merali, 2009).

1.2.2 L'accès aux soins

Une deuxième thématique abordée par les études recensées sur la santé et l'immigration concerne les obstacles à l'accès aux services de santé auxquels font face les immigrant.e.s. En effet, ceux-ci utilisent moins les services offerts par le système de santé que les Canadien.e.s de naissance (Clarkson, 2005 ; Montgomery *et al.*, 2010). Cette sous-utilisation serait particulièrement marquée chez les femmes et les réfugié.e.s

(Hyman, 2001). Les causes du non-recours aux services identifiées par les recherches sont la méconnaissance des services et le manque de familiarité avec le système (Battaglini *et al.*, 2005; Battaglini, 2007, 2011; Clarkson, 2005), les barrières culturelles (Le Gall et Montgomery, 2009 ; Battaglini *et al.*, 2002 ; Clarkson, 2005) et les barrières linguistiques (Montgomery *et al.*, 2010; Battaglini *et al.*, 2005; Battaglini, 2011). Battaglini (2007) estime qu'afin de lever ces barrières, il faudrait mettre à disposition des professionnel.le.s de la santé des services d'interprètes, leur permettre d'accroître la durée des interventions et leur offrir une formation sur l'intervention interculturelle, afin d'améliorer leur compétence culturelle.

D'autres chercheurs (Le Gall et Montgomery, 2009 ; Montgomery *et al.* 2010) insistent sur les causes structurelles de l'inaccessibilité des services pour les immigrant.e.s. En effet, leurs recherches auprès de familles immigrantes ont révélé le coût trop élevé de nombreux services, tels que les soins dentaires, les soins d'optométrie et les médicaments, qui les amène à s'en priver.

Quelques recherches s'intéressent aux immigrant.e.s à statut précaire, c'est-à-dire qui n'ont pas de titre de séjour valide ou qui sont en attente d'une décision concernant leur statut. Leur accès aux soins est gravement entravé par trois types de barrières, selon Kuile *et al.* (2007). Premièrement, les lois et règlements provinciaux et fédéraux limitent l'accès à la couverture d'assurance-maladie aux personnes immigrant.e.s ayant un titre de séjour valide, laissant celles qui n'en ont pas sans couverture. Deuxièmement, les nombreuses complications administratives, dont les délais dans le traitement des demandes, peuvent avoir pour conséquence la perte temporaire de la couverture d'assurance-maladie pour ceux et celles qui devraient normalement être couverts. Troisièmement, les immigrant.e.s sans statut ou qui sont en attente d'une décision qui leur octroiera ou non un statut permanent, comme les demandeurs d'asile, sont dépossédé.e.s de tout pouvoir (*disempowered*) de négocier avec les soignant.e.s afin d'obtenir des soins. D'ailleurs, de nombreuses situations de discrimination, d'abus, de

refus de soins et de soins de piètre qualité sont décrites par les recherches (Kuile *et al.* 2007; Ricard-Guay, 2014 ; Brabant et Raynault, 2012). Cette absence d'accès aux soins a des conséquences sévères sur la santé mentale, la mortalité et la morbidité des personnes immigrantes à statut précaire (Kuile *et al.*, 2007).

1.2.3 Inégalités de traitement: stéréotypes et discrimination

Alors que la discrimination des immigrants dans différents domaines tels que l'emploi ou le logement est documentée (Piché, 2013), peu d'études se penchent sur les stéréotypes, les préjugés et la discrimination au sein du système de santé (Cognet, 2004) et leurs conséquences sur la santé.

Pourtant, aux États-Unis et en France, plusieurs recherches tant quantitatives que qualitatives documentent le traitement différentiel dont les personnes immigrantes ou racisées font l'objet, ainsi que les processus qui les sous-tendent. Cognet (2004) répertorie plusieurs études américaines qui révèlent que, à diagnostic égal et en prenant en compte les autres variables significatives telles que l'âge ou le revenu, les personnes racisées se voient proposer moins de services, moins d'interventions sophistiquées, telles que la pose de prothèses ou la transplantation, et plus de chirurgies mutilatrices, telles que l'amputation ou l'hystérectomie, que les personnes blanches. Dans ses travaux sur la santé des populations mexicaines aux États-Unis, l'anthropologue Chavez (2003) mentionne que les préjugés qu'ont les soignants envers les immigrant.e.s créent un climat d'hostilité lors des rendez-vous. Du côté de la France, les recherches sur les pratiques médicales en périnatalité auprès de femmes originaires d'Afrique subsaharienne révèlent les processus de raciation, qui, chez les équipes soignantes, construisent et entretiennent les stéréotypes sur les femmes noires, et leurs conséquences négatives sur les soins (Nacu, 2011 ; Sauvegrain, 2013).

Au Québec, les recherches qualitatives ethnographiques menées principalement par Sylvie Fortin sur les relations soignant-soigné en contexte de pluralisme culturel abordent la question du rôle de l'appartenance à une minorité racisée sur la possibilité de faire entendre sa voix et de négocier auprès des équipes soignantes (Fortin, 2008 ; Fortin *et al.*, 2011). En milieu pédiatrique montréalais, la recherche dévoile les mécanismes qui alimentent la dynamique relationnelle entre soignants et familles. Parmi ceux-ci, les stéréotypes et les préjugés participent à la classification des parents en deux catégories : les « bons » et les « mauvais ». Ainsi, les « mauvais parents » appartiennent plus souvent à une minorité racisée et à une classe sociale inférieure. Ils seront moins écoutés et entendus. Dans leur recherche sur les soins périnataux prodigués à des femmes musulmanes à Montréal, Le Gall et Fortin (2014) révèlent que les soignants attribuent au religieux plusieurs décisions et comportements de leurs patientes, niant par le fait même leur libre arbitre.

1.3 Santé périnatale et femmes immigrantes au Québec et au Canada

Après avoir effectué un tour d'horizon des recherches traitant de santé et d'immigration, nous révélant des inégalités de santé découlant des inégalités sociales qui se reproduisent dans les relations avec le système de santé, tant par l'accès que par l'offre de soins, nous nous pencherons sur les recherches portant sur la santé en période périnatale pour les femmes immigrantes. Nous retiendrons la définition du Ministère de la santé et des services sociaux de la période périnatale, présentée dans sa Politique de périnatalité (2008) : « *La période périnatale s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an.* ». Toujours selon cette politique, les soins et services de santé lors de cette période visent à favoriser la bonne santé et le bien-être de la mère et de l'enfant (Québec [MSSS], 2008). Cet objectif

rejoint la position de l'Organisation Mondiale de la santé (2018), pour qui « *l'accès à des services de santé appropriés* » est primordial pour assurer la santé des mères et de leurs enfants en période périnatale.

Les métarecherches s'intéressant à l'état de santé périnatale dans les pays occidentaux, dont le Canada, font état d'une prévalence accrue de mortalité et de morbidité fœto-infantiles chez les immigrantes issues de certaines régions du monde (Gagnon *et al.*, 2009; Heslehurst *et al.*, 2018; Sorbye *et al.*, 2016). En ce qui concerne la santé mentale maternelle, la recherche fait état d'une plus forte prévalence de la dépression postnatale chez les femmes immigrantes (Alhasanat et Fry-McComish, 2015; Falah-Hassani *et al.*, 2015; Nilaweera *et al.*, 2014). Le faible revenu, l'absence de réseau social et la violence conjugale sont les principales causes invoquées par ces recherches pour expliquer le risque accru de dépression postnatale chez les femmes immigrantes.

À l'échelle du Canada uniquement, la méta recherche d'Hyman (2001) conclut qu'à l'instar de l'état général de santé, la santé périnatale des femmes immigrantes est équivalente à celle des Canadiennes au moment de leur arrivée au Canada, mais qu'elle se dégrade avec le temps. Cette détérioration est attribuée aux conditions socio-économiques d'existence, premier déterminant de la santé périnatale, et à l'acculturation. Les recherches et méta recherches canadiennes plus récentes révèlent que les inégalités de santé périnatale se sont maintenues dans les années qui ont suivi le rapport de Hyman (2001). Ainsi, la recension des recherches canadiennes effectuée par Khanlou *et al.* (2017) révèle que la prévalence de la dépression, de la morbidité maternelle, de l'accouchement par césarienne, de la mortalité fœtale et de la morbidité chez le nouveau-né est plus élevée chez les femmes immigrantes que chez celles qui sont nées au Canada. Cependant, Khanlou *et al.* (2017) nuancent leurs découvertes en précisant que les résultats des recherches découpent des profils distincts sur le plan de la santé selon la catégorie d'immigration (les réfugié.e.s étant généralement les plus à risque d'une mauvaise santé) et selon le pays d'origine. Par exemple, le faible poids à

la naissance serait plus fréquent chez les femmes originaires d'Asie que chez les autres femmes immigrantes, la césarienne serait pratiquée plus souvent sur des femmes d'origine africaine, sud-américaine ou est asiatique que chez les autres femmes. Dans le même ordre d'idées, les femmes d'origine haïtienne vivant au Québec sont plus à risque que les femmes nées au Québec d'être atteintes d'un retard de croissance intra-utérine, leur nouveau-né d'être atteint d'un faible poids à la naissance (Chery, 2010) et de naître prématurément (Khanlou *et al.*, 2017). De son côté, Urquia *et al.* (2015) ont documenté que la prévalence d'une morbidité sévère chez la mère était plus élevée chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, que chez les femmes originaires d'Europe ou nées au Canada.

Tout comme les recherches portant plus généralement sur la santé et l'immigration, les recherches sur la santé périnatale chez les femmes immigrantes examinent les différents déterminants qui permettent d'expliquer les inégalités de santé touchant les immigrantes. Alors que la plupart mettent en cause le faible revenu et l'isolement social (Hyman, 2001, Battaglini *et al.*, 2002, Montgomery *et al.*, 2010), certaines recherches se concentrent sur les habitudes de vie comme déterminant de la santé périnatale. La méta-recherche de Khanlou *et al.* (2017) fait la synthèse de plusieurs recherches sur les habitudes de vie des femmes immigrantes enceintes, et conclut que celles-ci consomment moins de tabac et d'alcool que les femmes canadiennes. De plus, elles sont plus à risque de prendre moins de poids que ce qui est recommandé par les autorités sanitaires canadiennes et leurs habitudes alimentaires pendant la grossesse est déterminé par la culture plutôt que par les recommandations de leur médecin. Quant aux recherches se penchant sur les pratiques propres à la culture d'origine des femmes immigrant au Canada, celles-ci concluent qu'il est souvent impossible pour les femmes immigrantes de les mettre en œuvre, en raison de l'absence du réseau social qui est essentiel pour leur réalisation (Grewal *et al.*, 2008; Lee *et al.*, 2014; Groleau *et al.*, 2006).

La recherche de Gagnon (2013) auprès d'immigrantes montréalaises et torontoises indique qu'à quatre mois post-partum, les femmes immigrantes ont à la fois plus de problèmes de santé et moins de chances de voir ces problèmes pris en charge par le système de santé que des mères nées au Canada. Ce déficit d'accès aux services de santé en périnatalité pour les femmes immigrantes est aussi documenté dans la méta-recherche de Boerleider *et al.* (2013), ainsi que chez Ganann *et al.* (2011), Higginbottom *et al.* (2016), et Khanlou *et al.* (2017) qui soulignent que les femmes immigrantes utilisent moins les services de santé lors de la période périnatale que les autres femmes. Cette sous-utilisation des services est le plus souvent expliquée par la méconnaissance des services disponibles et la barrière linguistique, tout comme, dans une moindre mesure, l'absence d'un réseau social, une mauvaise expérience de soins, les croyances culturelles et le coût de certains services de santé.

Deux recherches qualitatives québécoises abordent la question de la maternité chez les immigrantes sous l'angle de la vulnérabilité (Battaglini *et al.*, 2002, Montgomery *et al.*, 2010). Celle-ci, inhérente à la période périnatale, serait exacerbée par la migration. Les déterminants de la santé que sont les conditions de vie précaires et les pertes de la migration, particulièrement celle du réseau social et la déqualification professionnelle, sont identifiés comme des marqueurs de vulnérabilité mettant à risque la santé des mères et de leurs nourrissons. Alors que Montgomery *et al.* (2010) documentent la mobilisation par les mères de différentes sources de soutien, Battaglini (2002) se concentre sur les facteurs de vulnérabilité propres au parcours migratoire, qui échappent aux grilles d'évaluation des professionnel.le.s de la santé. Les deux recherches se rejoignent en soulignant l'importance du soutien offert par les ressources du réseau de la santé et communautaire pour pallier la perte du réseau social.

La recherche de Le Gall et Fortin (2014) s'intéresse à la place du religieux dans la rencontre clinique entre des femmes musulmanes enceintes et leur médecin, à Montréal. Elle révèle que les femmes parlent peu de leur foi et font peu de demandes

d'accommodements auprès du personnel soignant. Lorsqu'elles en font, celles-ci sont, en règle générale, bien accueillies. De leur côté, les soignant.e.s interprètent plusieurs des comportements des femmes comme étant une manifestation de leur foi, sans que cela n'ait été mentionné par les femmes. Ces résultats diffèrent fortement de ceux présentés par Reitmanova et Gustafson (2008), chez qui les entrevues avec des femmes musulmanes à Saint-John, Terre-Neuve-et-Labrador, révèlent de l'insatisfaction quant à une attente de respect de leurs pratiques culturelles et religieuses de la part des soignants pendant la période périnatale.

Les recherches de Ricard-Guay (2014) et de Kuile *et al.* (2007) sur la santé périnatale des femmes sans statut révèlent qu'elles consultent très peu lors de leur grossesse. Elles sont ainsi privées du dépistage de pathologies qui peuvent avoir de conséquences sérieuses pour la mère et le fœtus. Lors de l'accouchement, les femmes à statut précaire reçoivent des soins de moindre qualité, se font refuser des soins et subissent plus souvent des abus de la part des soignant.e.s. En post-partum, leur séjour à l'hôpital est écourté et elles ne bénéficient pas du suivi postnatal offert par le CLSC.

Finalement, les recherches répertoriées se penchent peu sur la perception des soins périnataux par les femmes immigrantes. Deux recherches québécoises mentionnent que les femmes immigrantes interviewées ont généralement exprimé de la satisfaction envers les soins reçus (Le Gall et Fortin, 2014 ; Battaglini *et al.*, 2002). Ailleurs au Canada, quelques études visant à documenter les barrières d'accès aux soins pour les femmes immigrantes ont amassé des données sur la satisfaction des femmes envers les soins et les soignant.e.s. Plusieurs de ces recherches soulignent des difficultés de communication liées à la langue (Lee *et al.*, 2014; Higginbottom *et al.*, 2016; Grewal *et al.*, 2008) ou à l'absence de repères culturels communs (Higginbottom *et al.*, 2014, Grewal *et al.*, 2008). Alors que la plupart des recherches mentionnent que les femmes ont exprimé de la satisfaction envers la qualité des soins reçus, toutes les recherches rapportent aussi des insatisfactions. La recherche de Chalmers et Omer-Hashi (2002),

portant sur l'expérience d'accouchement chez des femmes immigrantes somaliennes qui ont subi des mutilations génitales dans leur pays d'origine, rapporte de nombreuses remarques dégradantes faites par le personnel soignant aux femmes, concernant leurs mutilations génitales (Chalmers et Omer-Hashi, 2002). Chez Grewal *et al.* (2008) et Spitzer (2004), plusieurs femmes ont affirmé n'avoir pas pu pratiquer certains rituels entourant la naissance pendant leur séjour à l'hôpital, alors que d'autres se sont senties obligées d'obéir à des demandes faites par les infirmières, telles que de prendre une douche après avoir accouché, alors que ces pratiques sont proscrites dans leur culture d'origine. De plus, la recherche de Spitzer (2004) révèle que les femmes immigrantes interviewées ont eu la perception que les infirmières ignoraient leurs appels et leurs demandes, surtout en ce qui concerne leur douleur ressentie, provoquant chez elle un sentiment d'invisibilité par rapport aux patientes blanches. Ces perceptions sont confirmées par les propos des infirmières de la maternité, qui affirment que les interventions auprès des femmes immigrantes demandent plus de temps, en raison de la barrière linguistique et culturelle, ce qui les pousse à les ignorer, puisque leur charge de travail ne leur permet pas de longues interventions avec les parturientes. Enfin, les femmes interviewées témoignent avoir été insatisfaites par le soutien offert en post-partum à l'hôpital, ne leur permettant pas de se reposer convenablement (Lee *et al.*, 2014; Grewal *et al.*, 2008; Spitzer, 2004, Chalmers et Omer-Hashi, 2002), ainsi que par l'absence de continuité des soins et la durée trop courte des rendez-vous (Lee *et al.*, 2014).

Au Québec, les questions touchant aux interactions entre soignants et femmes enceintes dans le contexte du suivi de grossesse, de l'accouchement ou des soins postnatals, ainsi que leurs effets, demeurent à ce jour inexplorées par la recherche.

Cette incursion dans les recherches sur la santé périnatale au Québec et au Canada nous permet d'envisager des pistes pour la recherche. En effet, les questions de santé périnatale y sont abordées du point de vue des déterminants de la santé,

particulièrement l'absence de réseau social, les mauvaises conditions de vie et la vulnérabilité, ainsi que sur l'accès aux soins. Les interactions entre soignant.e.s et immigrantes, le sens donné aux soins prodigués, tout comme leurs effets, ne sont pas documentés. Avant de poursuivre en précisant le sujet de la présente recherche, un détour s'impose afin de dresser un portrait des services de santé périnataux disponibles à Montréal.

1.4 Évolution des soins lors de la période périnatale au Québec

Le 20^e siècle a été le théâtre de grands bouleversements dans les discours et les pratiques de prise en charge des femmes lors de la période périnatale. En effet, les événements que sont la grossesse, l'accouchement et le post-partum passent de la sphère privée au champ médical. Dans son ouvrage historique, Baillargeon (2004) nomme ce passage la médicalisation de la maternité.

Pendant la première moitié 20^e siècle, les femmes ne consultent pas de professionnel.le de la santé pendant leur grossesse ou lors de la période postnatale (Marchand, 2012). À partir du début du 20^e siècle, les médecins commencent à assurer une présence lors de l'accouchement, qui se déroule à domicile, surtout en région urbaine et pour celles qui peuvent se payer leurs services (Baillargeon, 2004). Il faudra attendre les années 1950 pour que la majorité des accouchements se déroulent en milieu hospitalier (Marchand, 2012).

La mortalité infantile, au début du siècle dernier, était très élevée, et elle devint alors un enjeu important de santé publique. C'est sous la triple action du gouvernement québécois, des médecins mobilisés et de l'action bénévole de groupes de femmes qu'apparurent des services gratuits visant à offrir des soins aux nourrissons, à surveiller

leur développement et à éduquer les mères afin qu'elles s'occupent de leurs bébés de manière à améliorer leurs chances de survie, et ce, dès la grossesse (Baillargeon, 2004). Ces services, incluant visites à domicile, dépôts de lait, centres de consultation pour femmes enceintes et nouveau-nés, ainsi que d'importantes campagnes d'information auprès des mères, furent autant de lieux qui, d'une part, inculquèrent aux mères de nouvelles manières de se comporter pendant leur grossesse et de prendre soin de leur nourrisson et, d'autre part, véhiculèrent l'idée de l'indispensabilité de la surveillance médicale et de l'exclusivité de l'expertise des professionnel.le.s de la santé pour prodiguer des conseils et des soins. Si bien qu'aujourd'hui, le suivi médical de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né, tout comme le fait de considérer les professionnel.le.s de la santé comme étant les meilleures, voire les seules, sources de conseils et d'enseignements sur les questions périnatales sont devenus des normes. Il y a donc eu, selon Baillargeon (2004), à la fois processus de médicalisation et de normalisation.

Finalement, la chute de la mortalité infantile au cours du 20^e siècle ne peut être exclusivement attribuée à la médicalisation de la maternité (Baillargeon, 2004). Parmi ses causes, l'amélioration des conditions de vie, des conditions d'hygiène et de salubrité des environnements, telles que la pasteurisation du lait et l'accès à l'eau courante ont joué un rôle important.

Aujourd'hui, le suivi médical de la grossesse implique des rendez-vous réguliers avec un médecin omnipraticien, un gynécologue ou, plus rarement, une sage-femme. Débutant vers la 11^e semaine de grossesse, les visites médicales sont d'abord mensuelles, puis leur rythme s'accélère pour devenir hebdomadaire. Outre ces rendez-vous, la femme enceinte est invitée à se rendre à l'hôpital plusieurs fois en cours de grossesse afin de subir des examens de routine, tels que des échographies, un test de

glycémie et des prises de sang. L'accouchement a lieu dans un centre hospitalier¹. La parturiente y est admise en début de travail et y séjournera de 12 à 48 heures après la naissance, si celle-ci a lieu sans complication, et jusqu'à 72 heures si celle-ci a lieu par césarienne. Quant au suivi postnatal, il consiste en une visite à domicile réalisée par une infirmière du CLSC, qui contacte les mères quelques jours après l'accouchement (Gamache et Poissant, 2016).

1.5 Problématisation

Les recherches abordant la santé des femmes immigrantes lors de la période périnatale sont peu nombreuses au Québec. Plus généralement, les études sur la santé et l'immigration abordent l'état de santé des immigrant.e.s par le biais de ses déterminants, soulignant l'impact des mauvaises conditions de vie et de l'isolement social sur la santé. Ces recherches documentent aussi les difficultés d'accès au système de santé que rencontrent les personnes immigrantes, principalement liées à la langue, la culture ou au statut migratoire. Les écrits sur la périnatalité vont dans le même sens, abordant les mêmes thématiques tout en soulignant la vulnérabilité des femmes immigrantes pendant la période périnatale, alors que l'absence de réseau social et la pauvreté pèsent encore plus lourd qu'à l'habitude sur leurs épaules. Ces recherches, tout en soulignant la situation d'exclusion sociale vécue par les femmes immigrantes dans la sphère socio-économique, expliquent la plus faible utilisation du système de santé par des caractéristiques qui leur sont inhérentes, telles que la langue et la culture. Ainsi, la

¹ À l'exception des femmes suivies par une sage-femme, qui peuvent accoucher en centre hospitalier, en maison de naissance ou à domicile.

question des rapports entre les immigrantes et le système de santé reste très peu explorée, que ce soit sous l'angle de la discrimination dans les soins, des trajectoires thérapeutiques ou encore, de l'expérience des soins. Par conséquent, la présente recherche souhaite jeter un éclairage sur l'expérience que font les femmes immigrantes des interactions avec les soignant.e.s lors de leur grossesse, de leur accouchement et de la période postnatale, afin d'en saisir les effets sur leur parcours de vie.

1.6 Pertinence sociale et scientifique

La période périnatale implique de grands bouleversements et d'adaptation à une nouvelle identité et à un nouveau rôle, celui de mère. Cette transition implique une certaine vulnérabilité, tout comme un grand nombre de contacts avec le système de santé, qui place les mères sous haute surveillance. Pour les immigrantes, l'expérience des soins de santé périnataux se produit au sein d'une trajectoire de redéfinition identitaire, d'adaptation à un nouvel environnement social tissé de rencontres interculturelles. Si le bien-être des femmes immigrantes lors de la période périnatale dépend de nombreux facteurs dépassant largement les murs de la clinique ou de l'hôpital, les interactions qui s'y déroulent ont certainement un rôle à y jouer. Cette recherche voudra donc ouvrir des pistes pour combler une lacune dans les connaissances sur la santé périnatale des femmes immigrantes, ce qui, ultimement, pourrait permettre d'alimenter une réflexion sur l'intervention auprès d'elles.

1.7 Questions et objectifs de la recherche

À la lumière de la recension des écrits présentée précédemment, les questions et objectifs de recherche formulés ci-dessous garderont un caractère assez large, afin de permettre de débayer un maximum de pistes pour des recherches futures dans ce champ qui est à ce jour peu connu.

Questions de recherche

- Comment le suivi médical lié à la périnatalité a-t-il été vécu par des femmes immigrantes à Montréal?
 - Comment ont-elles vécu les interactions avec le personnel soignant?
- Comment ces femmes se sont-elles positionnées face aux soins proposés (conseils, prescriptions, examens, interventions)?
 - Quelles étaient leurs attentes par rapport aux soins, leurs besoins?
 - Comment évaluent-elles, apprécient-elles les soins?
- Quels ont été les effets de la relation de soins sur l'expérience de la période périnatale en contexte migratoire?

Objectifs de recherche

- Documenter l'expérience de femmes immigrantes des soins en périnatalité, afin de mieux comprendre leurs perceptions des soins reçus, tout comme celles de leur relation avec les soignant.e.s.

- Décrire comment les femmes immigrantes se situent dans le cadre du suivi médical (observance, postures dans l'interaction avec le personnel soignant).
- Comprendre les attentes et les besoins des femmes immigrantes en matière de soins périnataux.
- Cerner l'impact des interventions en santé reproductive dans le parcours de vie des femmes immigrantes.
- Dégager des pistes de réflexion pour la pratique auprès de femmes immigrantes lors de la période périnatale.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre présentera les repères conceptuels qui orienteront mon regard sur l'expérience de femmes immigrantes des soins en périnatalité. Tout d'abord, c'est par volonté de contextualiser les soins tels que prodigués aujourd'hui dans leur dimension historique et politique que je me suis tournée vers la pensée féministe autour de la médicalisation de la naissance, ainsi que vers les concepts foucauldien de biopouvoir et d'examen. Ces réflexions théoriques feront apparaître qu'au-delà de l'apparente évidence de la raison médicale du soin, il se joue dans la relation entre soignant.e.s et soignées une mécanique de pouvoir s'exerçant sur le corps des femmes. Les soins seront donc conceptualisés comme s'incarnant dans une interaction sociale, une relation, qui prend place dans un contexte qui influence ce qui s'y produit. En deuxième lieu, l'éclairage de la sociologie des interactions de Goffman, en particulier les théorisations autour du stigmaté, garnira mon coffre à outils conceptuel afin de me permettre de cerner la spécificité de l'expérience des femmes immigrantes et de placer au centre de l'analyse le point de vue, les actions et le sens que les femmes donnent à leurs expériences vécues.

2.1 Les soins : la médicalisation de la maternité sous la lunette du biopouvoir

Dans son ouvrage traçant l'histoire de la médicalisation de la maternité au Québec, Baillargeon (2004) démontre que le développement des soins périnataux résulte de rapports de force entre groupes sociaux et d'actions politiques. En effet, dans la foulée du développement de la santé publique, apparaissent, en 1893, les premières statistiques sur la mortalité infantile. Jugeant celle-ci inacceptable, l'État, médecins et membres de la bourgeoisie se mobiliseront afin de la réduire. Leurs visées sont nationalistes et natalistes : il s'agit de sauver les bébés afin que la nation canadienne-française soit croissante et que le capitalisme industriel satisfasse ses besoins de main-d'œuvre. Afin d'y arriver, il aura fallu convaincre les femmes de délaissé leurs savoirs sur la grossesse et l'accouchement pour s'en remettre à ceux détenus par les professionnels de la santé en faisant suivre leur grossesse par un médecin et en allant accoucher à l'hôpital. Ainsi, la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement va progressivement « s'emparer » du corps des mères, jusqu'à ce qu'il devienne impensable de se passer de ses interventions et de son savoir. Aujourd'hui, la santé périnatale est toujours un champ d'intervention de la santé publique au Québec, tel qu'en témoignent la Politique de périnatalité 2008-2018 (Québec, 2008) et les programmes de prévention précoce des Agences de santé publique québécoises (Québec, 2004). Ces derniers proposent une gamme d'interventions intensives et de longue durée auprès des femmes enceintes considérées vulnérables. Leurs objectifs ne se limitent plus à la diminution de la mortalité et de morbidité infantiles, ils visent désormais à favoriser le développement des bébés et jeunes enfants en améliorant les compétences parentales de leurs parents.

Du côté de la France, les féministes Négrié et Cascales (2016) situent le développement des soins de santé reproductive dans le cadre des rapports sociaux de sexe et de l'appropriation capitaliste du corps reproductif des femmes. Ainsi, au tournant de l'industrialisation de la production, les femmes se voient assignées à un rôle de

reproduction sociale. Afin de s'assurer de la croissance de la population, la gynécologie et l'obstétrique, pratiquée par des hommes, élaborent une conception des corps féminins comme une machine dont il faut s'assurer de la productivité par des interventions de la part du corps médical, telles que d'isoler les femmes les unes des autres, de faire reconnaître socialement le médecin comme seul détenteur de l'expertise nécessaire pour prodiguer des conseils ou des soins, de présenter les femmes enceintes comme irrationnelles et vulnérables, de les surveiller étroitement et de multiplier les interventions lors de l'accouchement, afin non seulement d'assurer la sécurité du fœtus, mais aussi de rendre docile le corps de la parturiente, de la convaincre de son incompetence à accoucher sans intervention médicale. Cette description des interventions mises sur pied en France (Négrié et Cascales, 2016) sont similaires à celles décrites au Québec par Baillargeon (2004). Ainsi, la médecine obstétricale, en poursuivant un objectif de régulation de la population, aurait contribué à un processus de subordination des femmes en réduisant leur possibilité d'autodétermination en ce qui concerne l'accouchement.

L'anthropologue Robbie Davis-Floyd s'est consacrée au développement des connaissances sur l'exercice de l'obstétrique et les conditions d'accouchement aux États-Unis. De nombreux terrains effectués au sein du milieu de la santé périnatale lui ont permis de développer une analyse révélant l'ancrage de la pratique obstétricale dans le contexte culturel au sein duquel elle s'exerce. Ainsi, les soins obstétricaux sont conçus et pratiqués aujourd'hui selon un modèle technocratique, dont la logique relève davantage de tendances sociétales et culturelles que de la science (Davis-Floyd, 2001). Dans la foulée de l'implantation de l'organisation scientifique du travail de Taylor en usine, le milieu hospitalier organise le travail de soins auprès des patients comme une chaîne de montage. Les accouchements s'y déroulent conformément à une vision du corps maternel comme étant une machine, le bébé, en vie et en santé, représentant son produit fini et l'objectif à atteindre. Le rôle des soignants consiste alors à gérer les risques de complications en intervenant afin de contrôler le processus d'accouchement,

grâce à un recours de plus en plus important à la technologie, qui est vue comme manifestation du progrès, de la supériorité du savoir scientifique et comme garante du contrôle désormais exercé par les hommes sur la nature.

Les ouvrages de Baillargeon (2004) et de Négrié et Pascales (2016) replacent tous deux le processus de médicalisation de la maternité dans le cadre de rapports de pouvoir. Davis-Floyd (2001), de son côté, fait apparaître que les soins obstétricaux sont pensés et pratiqués selon un modèle technocratique qui fait partie du paysage culturel de la société occidentale contemporaine. Ce faisant, leurs propos font écho aux concepts développés par Michel Foucault et font apparaître ce en quoi cette médicalisation s'inscrit dans la mise en place du biopouvoir contemporain (Foucault, 1976). Avant d'aller plus loin, prenons le temps de définir les concepts de biopouvoir, de discipline et d'examen.

Dans *La volonté de savoir* (1976), Foucault examine la profonde mutation historique des mécaniques d'exercice du pouvoir politique qui s'opère en France, lors du passage de l'époque classique à l'ère contemporaine, au 18^e siècle. Pour Foucault, le pouvoir souverain passe alors d'un droit de « *faire mourir et de laisser vivre* » à un pouvoir de « *faire vivre et laisser mourir* » (1976, p. 181). Foucault nomme cette nouvelle forme de pouvoir « biopouvoir », ce qui la fonde est sa capacité à gérer la vie plutôt qu'à donner la mort. Le biopouvoir est donc un pouvoir qui « *s'exerce positivement sur la vie, qui entreprend de la gérer, de la majorer, de la multiplier, d'exercer sur elle des contrôles précis et des régulations d'ensemble* » (1976, p. 180).

Ce pouvoir qui gère la vie s'est développé selon deux formes distinctes qui s'articulent l'une sur l'autre. Premièrement, l'anatomo-politique du corps humain est le pouvoir disciplinaire, qui conçoit le corps comme une machine qu'il faut dresser afin de maximiser son potentiel. Il s'exerce donc au plus près de l'intimité et du quotidien des individus. J'y reviendrai un peu plus loin. La deuxième facette du biopouvoir, que

Foucault nomme bio-politique de la population concerne le corps-espèce, le corps comme membre représentant de l'espèce humaine, et sa prise en charge par des contrôles régulateurs. La bio-politique de la population s'appuie donc sur le développement de connaissances de phénomènes propres à la vie de populations, constitutives du champ de la santé publique, comme la natalité, la longévité, les épidémies, l'urbanisation, l'habitat et l'alimentation, afin de développer des interventions qui viseront à prolonger la vie, à réduire la mortalité, à stimuler la natalité, bref, à transformer la vie humaine. Ainsi, pour Foucault, « *les disciplines du corps et les régulations de la population constituent les deux pôles autour desquels s'est déployée l'organisation du pouvoir sur la vie* » (1976, p. 183).

Dans une société où le biologique devient la pierre d'assise du pouvoir politique et son angle d'intervention sur ses sujets, la médecine devient l'institution par excellence d'exercice du biopouvoir. Elle fait jouer une technologie politique articulant la biopolitique de la population par les connaissances qui fondent son intervention et l'anatomo-politique du corps humain par ses techniques de surveillance et de soin. Ainsi, pour Foucault, « *la médecine, c'est un savoir-pouvoir qui porte à la fois sur le corps et sur la population, sur l'organisme et sur les processus biologiques, et qui va donc avoir des effets disciplinaires et des effets régularisateurs* » (1997, p. 225).

Dans *Surveiller et punir* (1975), Foucault se consacre à la description de l'apparition du fonctionnement de l'anatomo-politique du corps humain, facette du biopouvoir qu'il nomme alors discipline. Cette technologie de pouvoir se donne pour but de dresser les corps, de leur inculquer des gestes précis, d'ordonner les masses, de classer les individus et de corriger leur conduite. Pour Foucault, le socle sur lequel repose le pouvoir disciplinaire, sa procédure par excellence, est l'examen. Celui-ci combine lui-même deux procédures, la surveillance hiérarchique et la sanction normalisatrice. La première fait référence aux techniques permettant d'accumuler un savoir sur les individus, de les observer, de les objectiver. La surveillance est donc un pouvoir

relationnel. Quant à la sanction normalisatrice, elle établit, à partir des informations cumulées par la surveillance, quelle est la norme, qui devient l'idéal à atteindre, et intervient auprès des individus qui s'en écartent afin de les y ramener. Ainsi, pour Foucault, « *Le Normal s'établit comme principe de coercition* » (1975, p. 216).

L'examen est donc une procédure par laquelle se manifeste « *un regard normalisateur, une surveillance qui permet de qualifier, classer et punir.* » (Foucault, 1975, p. 217). C'est au sein de l'examen que les rapports de pouvoir et les relations de savoir se superposent (1975, p. 217). Lors de celui-ci, l'examineur, qu'il soit médecin ou enseignant, observe le sujet, le rend visible tout en restant lui-même dans l'ombre, le capte, l'objective, documente ses caractéristiques, mais aussi, le compare, le classe, établit son écart par rapport à la moyenne, à la norme, afin d'enfin tenter de le normaliser, le dresser, le redresser ou l'exclure (1975, p. 224). Enfin, pour Foucault, l'examen, événement toujours ritualisé, objective et assujettit l'individu, combine savoir et pouvoir, et ainsi assure une fonction disciplinaire. Nous verrons ci-dessous comment le biopouvoir, l'examen et ses caractéristiques s'incarnent dans le contexte des soins en périnatalité.

Le concept de biopouvoir comme mode d'exercice de la souveraineté des États modernes permet de saisir les similitudes dans la structure de l'organisation des institutions carcérales, scolaires, hospitalières et de production industrielle (Foucault, 1975) : il est le terreau dans lequel ces institutions, dans leur forme contemporaine, se sont développées. Ainsi, le modèle technocratique gouvernant les pratiques obstétricales décrit par Davis-Floyd (2001), tout comme le processus de médicalisation de la maternité peuvent être compris comme des manifestations du biopouvoir. Dans sa dimension biopolitique, la médicalisation de la maternité cherche à réguler la natalité et à diminuer la mortalité infantile. Dans sa dimension anatomo-politique, elle développe une mécanique de surveillance et d'interventions sur le corps maternel basée sur une conception de celui-ci comme une machine à contrôler afin de le faire entrer

dans les normes de la bonne santé. Ce faisant, cette manière de pratiquer les soins évacue la mère comme sujet, son vécu, sa sensibilité, pour ne s'attarder qu'à son corps biologique, qui doit être soumis à la surveillance hiérarchique du médecin (Davis-Floyd, 2001, Négrié et Cascales, 2016). Ce que DeKoninck (1991), dans sa recherche sur la normalisation de la césarienne, nomme la négation de la valeur de l'expérience des femmes, a pour effet d'assigner les femmes à un rôle passif dans une relation de soins où seul le médecin a un statut d'expert, de détenteur de savoirs pertinents et, par conséquent, de pouvoir. De plus, le corps maternel est perçu comme potentiellement défaillant. Tout écart des normes de déroulement normal de la grossesse et de l'accouchement mène donc à des interventions normalisatrices. Et même lors d'accouchements qui se déroulent normalement, on exerce de manière routinière toute une série d'interventions visant à en contrôler le déroulement, afin de prévenir les risques de complication. Ce faisant, on neutralise un processus physiologique vu comme potentiellement dangereux, pour le recréer artificiellement (Davis-Floyd, 2001). Ces interventions, bien que visant un objectif d'obtenir un bébé et une mère normaux, c'est-à-dire en bonne santé, sont parfois non seulement inutiles, mais ont régulièrement des effets iatrogènes sur la santé physique et mentale des mères (Davis-Floyd, 2001, Négrié de Cascales, 2016). Pour Saint-Amant (2013), si les interventions ayant été démontrées par la recherche comme étant inutiles pour le bon déroulement de l'accouchement continuent d'être pratiquées, c'est qu'elles n'ont d'autre raison d'être que d'assurer la fonction rituelle de soumission de la femme à l'examen médical, aux savoirs et à la technologie qui y sont déployés.

L'exercice du pouvoir disciplinaire produit des effets sur les personnes sur lesquelles il s'exerce, les témoignages de mères recueillis lors de diverses recherches sur la périnatalité en révèlent quelques-uns. Plusieurs femmes souscrivent à un fort désir de normalité, synonyme de bonne santé, et considèrent la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement comme la meilleure manière pour atteindre cet objectif d'avoir un enfant normal (De Koninck, 1990, Quéniart, 1987). Ce faisant, elles

adhèrent au discours médical en percevant le médecin comme l'expert, l'unique détenteur de savoirs sur la grossesse et l'accouchement, acceptant de lui octroyer le pouvoir et mettant au rancart leurs propres savoirs (De Koninck, 1990, Saillant, 1991). Si ces femmes témoignent de leur confiance en la médecine pour leur livrer un enfant en bonne santé, elles manifestent aussi souffrir de l'évacuation de leur expérience, souvent très intense, de la grossesse et de l'accouchement, ne sachant pas comment y donner sens (De Koninck, 1990). Les femmes voient souvent les interventions subies lors de l'accouchement comme étant nécessaires pour leur sauver la vie ou celle de leur bébé, elles accordent ainsi une grande reconnaissance au médecin les ayant pratiquées (Négrié et Cascales, 2016). Plus récemment, des témoignages de femmes affirmant avoir subi des violences ont vu le jour (Négrié et Cascales, 2016). Celles-ci font état de sentiments d'humiliation, de détresse, d'avoir été violée, ignorée ou encore, punie par le personnel soignant lors de leur accouchement. Suite à ces témoignages, le concept de violence obstétricale est apparu (Lévesque *et al.*, 2016) et il est désormais reconnu qu'il est possible de vivre un état de stress post-traumatique suite à l'accouchement (Gonnaud *et al.*, 2015)

2.2 Femmes immigrantes et interactions avec les soignant.e.s

L'analyse des soins de santé grâce aux concepts féministes et foucaaldiens nous a permis de développer une perspective plutôt macrosociale des rapports sociaux qui structurent le champ des soins périnataux. Puisque les objectifs de la présente recherche visent à saisir le point de vue de femmes qui font l'expérience de ces soins, il est donc impératif de nous doter d'une lunette d'analyse complémentaire en ce sens. C'est du côté de la sociologie des interactions développée par Goffman que nous trouverons des outils pour appréhender le vécu des femmes et leur agentivité.

L'œuvre du sociologue Erving Goffman s'intéresse aux interactions humaines, plus précisément, il propose une analyse fine de la manière dont les individus jouent et parfois déjouent l'ordre social à travers leurs interactions. Pour Goffman, les interactions constituent l'unité d'analyse privilégiée des faits sociaux. Résumée en quelques mots, cette sociologie postule que le déroulement fluide d'une interaction est déterminé par l'interprétation commune que font les participants de divers éléments, tels que le cadre ou le contexte dans lequel ils se trouvent, et l'identité sociale qu'ils s'attribuent l'un à l'autre. L'identité sociale de chacun est composée de multiples rôles et appartenances que l'individu met de l'avant selon la situation d'interaction et que son interlocuteur identifie à partir de signes et de symboles dont le sens est implicite, partagé. Ainsi, chacun définit sa ligne de conduite, contrôle les messages qu'il envoie et les impressions produites en fonction de son interprétation du cadre de l'interaction, du rôle joué par son interlocuteur et de l'image de lui-même qu'il veut projeter, mais aussi en fonction de ce qu'il pense que l'autre pense de lui. Cette modulation des comportements afin de nous conformer à ce que l'on croit que l'autre attend de nous, permet de garder la face et de préserver celle de l'autre (Goffman, 1973). L'ordre de l'interaction recrée l'ordre social, mais sans que l'un ne détermine directement et complètement l'autre.

Selon cette perspective, le système de santé, qui détermine l'accès aux soins et organise la manière de les prodiguer, sera conçu comme le cadre dans lequel l'interaction aura lieu, à la manière de tout ce qui entoure deux acteurs d'une pièce de théâtre : les décors, les accessoires, la durée de l'acte joué (Goffman, 1991, 1973). Il s'agit donc du contexte, qui détermine les rôles attendus des acteurs : médecin, infirmière, patiente, accompagnante, etc. L'épisode de soin, c'est-à-dire la rencontre entre un soignant et une patiente, sera examiné dans sa dimension relationnelle : il s'agit d'une interaction entre deux personnes jouant un rôle, ayant une identité intérieure et une identité projetée, prenant place dans un contexte précis. La manière dont se déroule cette

interaction peut produire des effets sur la trajectoire identitaire de l'un ou de l'autre des interactants.

Les concepts développés dans *Stigmate* (Goffman, 1975) méritent une attention particulière, pour deux raisons. Premièrement, la recension d'écrits a révélé que les personnes immigrantes font face à ce que Legault et Rachédi (2008) nomment des mécanismes d'exclusion, dont les conséquences visibles sont les moins bonnes conditions de vie et de santé. Pour ces auteures, ces mécanismes sont tissés de stéréotypes, de préjugés, de discrimination et de racisme, qui se manifestent au gré des multiples interactions qui jalonnent le quotidien des personnes immigrantes. Ainsi, la population immigrante porte un stigmate au sens de Goffman. Deuxièmement, Goffman y développe le concept d'itinéraire moral, qui éclaire l'aspect socialisateur des interactions tout en replaçant celles-ci dans un parcours identitaire qui se déploie sur une certaine durée.

Dans *Stigmate* (1975), Goffman élabore une théorie sociologique du stigmate. Il définit celui-ci comme « *un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler.* » (1975,13). Ainsi défini, le stigmate est un attribut que porte quelqu'un, qui le différencie négativement des gens dits « normaux », c'est-à-dire qui se conforment aux attentes que l'on se fait d'une personne appartenant à une certaine catégorie sociale ou jouant un certain rôle. Goffman donne l'exemple d'un diplôme universitaire : dans un milieu de travail où personne n'a terminé son secondaire, posséder un tel diplôme est un stigmate qu'on voudra dissimuler. Par contre, chez les travailleurs sociaux, posséder un diplôme universitaire est tout à fait conforme aux attentes, ce serait alors l'absence d'un grade universitaire qui jetterait un discrédit. Il faut donc toujours considérer l'attribut dans sa relation avec les stéréotypes, les attentes quant aux identités sociales, afin de le définir comme un stigmate. De plus, le stigmate peut être plus ou moins visible, et jeter un discrédit plus ou moins large sur la personne qui le porte, en fonction

non seulement de la possibilité de le dissimuler, mais aussi de l'idéologie du stigmaté, c'est-à-dire le stéréotype négatif associé au stigmaté lui-même. La personne portant un stigmaté voit son identité sociale souillée, elle s'expose alors à « *toutes sortes de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne.* » (1975, p.15).

Tout au long de *Stigmaté* (1975), Goffman s'attelle à énumérer toute la gamme de stratégies utilisées, de réactions au stigmaté et de gestes posés par les personnes stigmatisées lors de leurs interactions avec les « normaux » afin de préserver leur identité, leur dignité. Les phases d'adaptation au stigmaté, l'évolution de l'idée qu'elles se font d'elles-mêmes, les réactions à celui-ci, le développement de stratégies d'interaction, forment la trame de ce que Goffman nomme l'itinéraire moral des personnes stigmatisées. Tout au long de cet itinéraire moral, la personne stigmatisée entretient des relations avec une « communauté » de personnes portant le même stigmaté. Celles-ci, souvent ambivalentes, sont cruciales afin de saisir le processus de redéfinition de l'identité sociale, au travers du développement d'affiliations, de sentiments d'appartenance, mais aussi de rejet. Ainsi, l'itinéraire moral est un processus de socialisation qui se réalise à travers les expériences d'interactions et de relations autant avec des personnes affublées du même stigmaté qu'avec des personnes appartenant à la majorité des « normaux ».

Pour les femmes immigrantes enceintes, le parcours de redéfinition identitaire est double : elles vivent à la fois l'adaptation à une nouvelle société et l'adaptation au rôle de mère en devenir. De plus, tel qu'analysé précédemment, le suivi médical de grossesse a une fonction socialisatrice à l'identité de mère et de patiente, puisqu'il véhicule des attentes quant aux comportements des femmes au travers de relations où les soignant.e.s sont en position d'autorité.

Link et Phelan (2001), dans leur travail de recension des recherches utilisant le concept de stigmaté, soulignent deux critiques qui leur sont fréquemment adressées. La première met en exergue que ces travaux ne s'intéressent pas à l'expérience des personnes stigmatisées pour privilégier la perspective théorique du chercheur. La deuxième leur reproche d'être individualisantes, en ne s'intéressant qu'aux personnes stigmatisées, laissant dans l'ombre les mécanismes sociaux qui construisent et entretiennent la stigmatisation. Les deux critiques forment le positif et le négatif l'une de l'autre, et si la première pêche en présentant les stigmatisé.e.s en victimes passives, ce qui peut contribuer à alimenter leur stigmaté, la deuxième, en évacuant l'aspect structurel de la stigmatisation, peut mener à une responsabilisation des personnes stigmatisées, sommées de se « prendre en charge ». Les ancrages conceptuels choisis m'amèneront donc à rester vigilante afin d'éviter ces écueils, en me donnant des outils pour analyser le récit d'expérience des soins en périnatalité de femmes immigrantes dans leurs dimensions à la fois quotidienne, relationnelle, dynamique, en portant mon attention sur les manières d'interpréter et de gérer activement les interactions avec les soignant.e.s, sur les effets des interactions, qui s'inscrivent dans une trajectoire plus générale, un processus de socialisation, de femme immigrante d'abord, mais aussi, de mère, socialisation qui passe aujourd'hui en occident par le cadre du suivi médical. Finalement, les soins en périnatalité seront conçus comme des relations sociales enracinées dans un contexte qui définit un cadre de ce qui peut s'y produire comme interaction.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente les méthodes et outils qui ont été choisis afin de répondre aux questions et objectifs de recherche. On y trouvera d'abord la stratégie générale de la recherche, puis une description de la population à l'étude, du processus de collecte de données et des méthodes d'analyse des données. Enfin, les considérations éthiques qui ont balisé le déroulement du terrain tout comme les limites de l'étude seront présentées.

3.1 Posture épistémologique et stratégie générale de recherche

Comme la stratégie de recherche découle de choix faits en amont, prenons un temps pour récapituler les premières phases de l'élaboration du projet. Tout d'abord, la recension d'écrits a démontré que la question de la santé des immigrant.e.s, incluant la santé périnatale, a surtout été documentée sous l'angle des déterminants de la santé et des inégalités sociales de santé. De là, la problématisation s'est organisée autour d'un aspect très peu exploré de la recherche, c'est-à-dire l'expérience des soins qu'en font les femmes qui les reçoivent. Le cadre théorique a voulu fournir des concepts pour, d'une part, cerner les soins dans leur dimension politique, historique et de rapports sociaux, d'autre part, saisir l'expérience des femmes immigrantes comme s'inscrivant dans leur trajectoire identitaire et placer au centre de l'analyse le sens qu'elles accordent à leurs interactions et actions. Ces choix dans la construction de l'objet et

des outils conceptuels sont résolument sous la coupe des perspectives interactionniste et compréhensive, par conséquent, ils appellent à une démarche qualitative.

Pour Mayer *et al.*, (2000), le courant interactionniste en recherche sociale s'intéresse aux processus sociaux et aux interactions situées dans leur contexte. Plutôt que de chercher à identifier les causes des problèmes sociaux, la recherche vise à tenter de saisir les dynamiques qui contribuent à l'émergence de normes et de processus de désignation qui les font exister. De son côté, Fassin (2000) range les interactionnistes au sein de la perspective compréhensive. Pour celle-ci, il s'agit de saisir le sens donné par les acteurs à leur propre situation et à leurs conduites, et donc de comprendre les phénomènes sociaux de l'intérieur, selon la perspective de ceux qui les vivent. Ainsi, l'approche compréhensive « *enrichit la connaissance que l'on peut avoir de la manière dont les personnes vivent leur propre histoire et son inscription dans une histoire collective* » (Fassin, 2000, 140). Pour Pires (1997), les perspectives compréhensive et interactionniste se rejoignent dans leur souci de tenir compte du point de vue de l'intérieur, « *du sens que les acteurs donnent à leurs conduites ou à leur vie* » (p.33).

Vouloir saisir le sens de l'expérience des soins pour les femmes qui les ont vécus, ainsi que les effets de leur relation avec les soignant.e.s, sont des objectifs de recherche qui s'inscrivent dans ces perspectives épistémologiques, le choix d'une méthodologie qualitative en découle. En effet, selon Anadón (2006, 6), la recherche qualitative est « *associée à des postures épistémologiques et théoriques privilégiant d'une façon ou d'une autre l'expérience et les points de vue des acteurs sociaux* ». Ainsi, Anadón (2006, 15) propose une définition de la recherche qualitative comme étant

celle par laquelle les chercheurs se sont intéressés à comprendre les significations que les individus donnent à leur propre vie et à leurs expériences. Le point de vue, le sens que les acteurs donnent à leurs conduites ou à leur vie est matière d'observation et de recherche. Ici on met en valeur la subjectivité dans la compréhension et l'interprétation des conduites humaines et sociales. Mais ces significations et ces

interprétations sont élaborées par et dans les interactions sociales où les aspects politiques et sociaux affectent les points de vue des acteurs.

Cette définition souligne que les points de vue des acteurs sont façonnés par des éléments sociaux et politiques. Cela rejoint la perspective de Beaud et Weber (2003), pour qui la recherche qualitative, particulièrement l'ethnographie, conceptualise l'individu comme étant le résultat d'un processus, d'une histoire sociale et personnelle, de ses interactions passées, des cultures auxquelles il a été exposé. On peut donc « *lire son histoire, sa trajectoire, comme la rencontre entre plusieurs histoires collectives.* » (Beaud et Weber, 2003, p. 304). Ainsi, la recherche qualitative permet d'accéder à une connaissance de phénomènes sociaux via les récits d'individus.

Quelques auteurs définissent la recherche qualitative par rapport à une autre grande tradition méthodologique, celle de la recherche quantitative. Pour Pires (1997), les méthodes qualitatives en recherche se distinguent des méthodes quantitatives par leur « *capacité de décrire en profondeur plusieurs aspects importants de la vie sociale* » (Pires, 1997, 52). Dans le même ordre d'idées, Turcotte (2000) affirme que, lorsque l'objet de la recherche est une situation sociale ou un groupe social, les méthodes qualitatives permettent d'arriver à une compréhension approfondie et plus détaillée des phénomènes. Enfin, pour Fassin (2000), bien que la majorité des recherches portant sur les inégalités sociales de santé utilisent une approche quantitative, nécessaire pour mesurer les inégalités de santé, les méthodes qualitatives sont aussi pertinentes, car elles permettent de saisir des faits sociologiques ou anthropologiques utiles à la connaissance sur les inégalités de santé qui ne se prêtent pas à la mesure. Ainsi, les méthodes qualitatives permettent « *d'identifier l'impondérable et de dévoiler l'invisible* » (Fassin, 2002, 128), tels que les trajectoires sociales et personnelles, le sens donné par les individus aux événements vécus, les représentations sociales et les logiques d'action.

3.2 Population à l'étude, critères de sélection, modalités de recrutement, échantillon

3.2.1 Population à l'étude

L'objet de mon enquête concerne une catégorie de situation (Bertaux, 2006), c'est-à-dire la situation de femmes immigrantes au Québec ayant vécu une grossesse depuis leur arrivée. Afin de constituer mon échantillon, je devais donc recruter des femmes s'identifiant comme faisant partie de cette catégorie de situation. Le choix de mon échantillon reposait ainsi sur une sélection basée sur des caractéristiques précises plutôt que sur le hasard, selon une technique d'échantillonnage non-probabiliste (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). L'échantillon est composé de volontaires.

3.2.2 Critères de sélection

Afin d'obtenir des récits les plus détaillés possible du vécu de la période périnatale, j'ai décidé d'inclure les femmes ayant vécu une grossesse dans les cinq dernières années et d'exclure les femmes dont la grossesse était plus ancienne. Dans le même ordre d'idées, j'ai décidé d'inclure seulement les femmes ayant immigré au Québec dans les dix dernières années. Cette dernière période est plus longue, puisque le récit de la migration n'est pas aussi central pour ma recherche que celui de la période périnatale. Pour des raisons purement pratiques et logistiques, seules les femmes vivant dans la région montréalaise et étant à l'aise de s'exprimer en français ou en anglais pouvaient faire partie de l'échantillon. De plus, seules les femmes dont la grossesse a été suivie par un médecin pouvaient participer, ce qui exclut les femmes dont les soins ont été prodigués par une sage-femme. J'ai fait ce choix par souci d'homogénéité par rapport à l'offre de soins, puisque l'approche de la pratique sage-femme diffère sensiblement de celle des

médecins. Finalement, un dernier critère d'inclusion visait la couverture des soins de santé dont les femmes bénéficiaient. En effet, j'ai choisi de n'inclure que les femmes couvertes par la RAMQ ou le PFSI, ce qui leur permet de recevoir des soins gratuitement, toujours par souci de ne pas créer de trop grande hétérogénéité dans mon échantillon. Les personnes qui ne sont pas couvertes par la RAMQ ou le PFSI ont un accès beaucoup plus limité aux soins, puisqu'elles doivent payer pour chaque consultation, ce qui risque fort d'avoir un grand impact sur leur expérience des soins. Comme l'accès à une couverture gratuite des soins de santé est déterminé par le statut migratoire, ce critère a pour conséquence de limiter la participation aux femmes détentrices de certains statuts, tels que la résidence permanente ou le statut de demandeur d'asile ou de réfugié accepté.

Le pays d'origine des femmes et, outre la question de la couverture des soins de santé venant restreindre les possibilités de statuts migratoires, la catégorie d'immigration ne faisaient pas l'objet de critères de sélection. Ce choix visait à obtenir une diversité de parcours dans mon échantillon, reflétant celle de la clientèle des services de santé.

3.2.3 Modalités de recrutement

Afin de recruter des participantes à ma recherche, j'ai contacté des organismes communautaires dont les services s'adressent aux familles et des organismes pour personnes immigrantes. Le premier contact se faisait par courriel, suivi d'une conversation téléphonique avec la direction de l'organisme. Après m'être présentée et avoir présenté la recherche, je proposais trois possibilités pour le recrutement : diffuser une affiche en format papier ou électronique (appendice C), offrir aux intervenantes de parler de la recherche aux usagères, après quoi ces dernières pourraient me contacter directement ou de leur laisser leurs coordonnées, et finalement, me permettre de me présenter en personne lors d'activités de l'organisme. Quatre personnes ont été

recrutées grâce à une affiche (vue dans l'organisme pour deux femmes et sur les réseaux sociaux pour les deux autres). Deux femmes ont été recrutées suite à ce qu'une intervenante leur ait parlé du projet de recherche. Les deux dernières participantes ont été recrutées après que je me sois présentée en personne au sein de l'organisme m'ayant permis de le faire.

Que le premier contact soit par téléphone ou en personne, je présentais d'abord le projet de recherche et les modalités du déroulement de l'entretien. J'offrais ensuite à mon interlocutrice d'y penser et de me rappeler. Cette étape était particulièrement essentielle pour les femmes rencontrées en personne ou qui avaient donné leurs coordonnées à une intervenante. Lors de la conversation téléphonique suivante, un rendez-vous était pris à un moment et dans un lieu choisi par la femme.

L'échantillon est composé de huit femmes arrivées au Québec entre 2012 et 2017 et provenant de cinq pays : l'Algérie, Haïti, la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso et la France. Les caractéristiques de l'échantillon seront présentées plus amplement au chapitre IV.

3.3 La méthode et les instruments de collecte des données

Les objectifs de recherche visant à saisir des expériences vécues en les situant dans leur contexte, il s'est avéré approprié de choisir l'entretien de type récit de vie thématique (Mayer et Deslauriers, 2000; Bertaux, 2010) comme méthode de collecte de données. Cette forme d'entretien invite la personne interviewée à raconter en profondeur une partie de son expérience vécue touchant au thème de la recherche, en l'occurrence, la période périnatale. Le contenu ainsi recueilli est « *complexe et multidimensionnel* » (Mayer et Deslauriers, 2000, 180). Il permet d'accéder à une connaissance de la

manière dont une personne a agi dans une situation donnée, tout comme des réflexions sur son action et du sens donné à ses expériences (Mayer et Deslauriers, 2000).

Selon Bertaux (2010), le récit de vie est un outil privilégié pour générer des informations sur des phénomènes situés à différents niveaux, dont les trois principaux sont l'individu (l'intériorité du sujet), le niveau mésosocial, c'est-à-dire le réseau de relations sociales entretenues par le sujet et, troisièmement, le niveau « *des rapports sociostructurels propres* » au monde social du sujet (Bertaux, 2010, 71). L'analyse du récit de vie permet d'articuler ces trois niveaux. De plus, de par sa structure narrative, le récit de vie comporte une dimension diachronique, il relate une succession d'événements et d'actions. Cet aspect du récit de vie le rend particulièrement fertile pour éclairer des processus sociaux, « *des enchaînements d'actions et d'interactions d'acteurs placés en situation* » (Bertaux, 2010, 72), objectif fondamental en sociologie. Ainsi, le récit de vie a une visée sociologique (Houle, 1997), il permet, à partir d'histoires singulières, de construire un savoir sur un monde social :

En mettant en rapport plusieurs témoignages sur l'expérience vécue d'une même situation sociale, (...) on pourra dépasser leurs singularités pour atteindre, par construction progressive, une représentation sociologique des composantes sociales (collectives) de la situation. (Bertaux, 2010, 36).

Un récit de vie complet est habituellement recueilli grâce à une entrevue non structurée (Mayer et Deslauriers, 2000; Bertaux, 2010). Le récit de vie thématique, quant à lui, appelle à une technique d'entrevue qui se rapproche de l'entrevue semi-structurée (Mayer et Deslauriers, 2000, Mayer et Saint-Jacques, 2000), puisqu'il importe de centrer les propos sur la période visée par les objectifs de recherche. J'ai donc constitué un guide d'entretien composé de questions ouvertes centrées sur les thèmes liés à mes objectifs de recherche (appendice B). La première partie de l'entretien invitait la participante à raconter son parcours migratoire. Ensuite, la première mouture du guide d'entretien proposait de passer au récit de la grossesse vécue au Québec. Des sous-

questions visant à approfondir différents thèmes liés à la période périnatale, tels le vécu des soins reçus, les interactions avec le personnel soignant faisaient aussi partie du guide. Enfin, des questions de relance étaient disponibles en guise de soutien pendant l'entretien. Au fil des entretiens, j'ai pris conscience de l'importance pour les femmes de l'expérience de toutes les grossesses vécues. Ainsi, les grossesses vécues dans le pays natal avaient un impact évident sur les attentes et le sens donné à la grossesse vécue ici. J'ai donc modifié mon guide d'entretien afin qu'il invite au récit de toutes les grossesses.

La posture adoptée lors des entretiens s'inspire grandement de l'entretien compréhensif selon Kaufmann (2016). Ainsi, je me suis préparée à mettre en œuvre un savoir-être centré sur l'empathie, l'engagement, la proximité dans le respect et l'adoption d'un style conversationnel afin de rompre la hiérarchie.

Le choix du lieu du déroulement de l'entretien était laissé aux participantes. Six entretiens ont eu lieu à leur domicile, un entretien s'est déroulé dans la salle commune d'un immeuble d'habitation et un entretien a eu lieu dans un organisme communautaire. La durée de chaque entretien varie entre cinquante minutes et deux heures. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participantes.

3.4 Analyse des données

L'analyse thématique telle que décrite par Paillé et Mucchielli (2016) a été retenue comme principale méthode d'analyse des données. Celle-ci permet de synthétiser le contenu des entretiens ayant été réalisés dans le cadre de la recherche, d'identifier de manière rigoureuse et systématique les thèmes qui y sont abordés en lien avec les objectifs de la recherche, puis de regrouper les récurrences, de tracer des parallèles, de

noter les divergences entre l'ensemble des thèmes du corpus de données. De manière complémentaire, je me suis aussi inspirée de la méthode proposée par Bertaux (2010) pour l'analyse des récits de vie, qui est similaire, tout en approfondissant davantage la description du travail à effectuer en amont de l'analyse comparative.

Dès que possible suite à un entretien, je couchais dans un journal de bord mes premières impressions sur les propos tenus, sur le contexte dans lequel l'entretien s'est déroulé et sur la relation qui s'est établie entre la participante et moi-même. Puis, je me plongeais dans le travail de retranscription, me permettant une appropriation de l'entretien, de par les multiples écoutes qu'il exige. Comme le propose Bertaux (2010), l'analyse des données s'est amorcée dès le premier entretien. Cela m'a permis d'ajuster rapidement mon guide d'entretien, et d'effectuer en profondeur un travail d'écriture et de réécriture des thèmes au fur et à mesure que les entretiens s'accumulaient, ce qui, à son tour, a enrichi le travail de construction de l'arbre thématique, processus évolutif qui ne se passe de tâtonnements et d'essais et erreurs (Paillé et Mucchielli, 2016).

Dans l'esprit de la démarche de thématization en continu (Paillé et Mucchielli, 2016), après la transcription d'un entretien, je m'attelais à l'identification des unités de sens ou thèmes qui y étaient contenus. Ces thèmes étaient consignés dans un relevé de thèmes. Je notais aussi mes hypothèses interprétatives et réflexions dans un journal de thématization tenu en parallèle. Toujours consciente de l'influence structurante de mes objectifs de recherche et de ma posture épistémologique dans ma désignation des thèmes, je restais toutefois à l'affût de l'émergence d'éléments nouveaux, de thèmes inattendus. Simultanément à l'élaboration du relevé de thème de chaque entretien, je travaillais à la construction de l'arbre thématique, schéma qui englobe et structure les thèmes de tous les entretiens. À cette étape, j'effectuais une relecture des relevés de thèmes des entretiens précédemment thématisés, afin de m'assurer non seulement d'avoir nommé les thèmes abordant un même contenu de la même manière, mais aussi de la cohérence sémantique avec le propos de l'entretien. Plusieurs allers-retours entre

les relevés de thèmes et les transcriptions des entretiens ont été nécessaires afin d'élaborer l'arbre thématique de manière rigoureuse et complète. Les principaux thèmes ayant émergé de l'analyse se structurent selon la chronologie du parcours des participantes. Tout d'abord, le parcours migratoire a révélé les thèmes des motivations derrière le projet migratoire, des défis rencontrés et des conditions de vie. Puis, les récits des parcours de soins en périnatalité ont révélé les thèmes suivants : les perceptions et le sens donné aux soins et aux recommandations médicales, l'implication dans les soins et la qualité des relations avec les soignant.e.s. Enfin, la période postnatale a fait émerger le thème des besoins non comblés. Les expériences prémigratoires de la période périnatale font aussi partie des thèmes émergeant des récits.

3.5 Considérations éthiques

Mener à bien ce projet de recherche m'a amenée à réaliser une réflexion éthique sur ma position de chercheuse, ses implications sur ma relation avec les informatrices et son impact sur les données recueillies. Il m'est d'abord apparu que le travail de recherche qualitative impliquant des personnes humaines qui fournissent les données, ne pouvait se passer d'une posture réflexive de la part de la chercheuse, l'amenant à toujours tenir compte de son rapport aux enquêtés et de ses propres actions (Beaud et Weber, 2003).

Mener à bien des entretiens implique la création d'une relation bien particulière, mais qui ne peut toutefois s'extraire des structures de la société dans laquelle elle s'inscrit (Bourdieu, 1993). Cette relation est asymétrique, non seulement parce que la chercheuse a un plus grand contrôle sur le déroulement de la conversation, mais aussi, de par sa position sociale par rapport à celle de son interlocutrice. Ainsi, j'adhère à l'analyse de Bourdieu (1993), selon laquelle, afin non seulement de réduire la distance sociale et la relation de pouvoir qui en découle, mais aussi d'éviter au maximum d'exercer toute forme de violence symbolique lors de l'entretien, la chercheuse doit

développer une posture réflexive lors de la conduite de l'entretien, lui permettant de déceler sur-le-champ les effets de la structure sociale dans laquelle elle s'exerce. Dans le cas de ma propre recherche, j'ai décidé de dévoiler d'entrée de jeu mon identité de mère de jeunes enfants. Aussi, plusieurs des participantes à ma recherche détenaient un diplôme d'études supérieures, ce qui contribuait à les rapprocher de ma propre position sociale. Cependant, j'étais fort consciente que mon appartenance au groupe majoritaire, dont je détiens les codes culturels et linguistiques, tout comme à une classe sociale plus aisée que la plupart de mes interlocutrices, était fondatrice d'un rapport de pouvoir. Afin d'en réduire les effets, j'ai suivi les conseils de Bourdieu (1993) : lors de la conduite de l'entretien, j'ai exercé une écoute active et méthodique (p. 1393), où j'ai tenté au maximum de me mettre à la place de mon interlocutrice en pensée « *sans feindre d'annuler la distance sociale* » (p.1400), bref, j'ai fait preuve d'une grande empathie, ce que Bourdieu nomme un « *exercice spirituel* » visant à se mettre dans une « *disposition accueillante [...] qui incline à prendre et à comprendre [l'enquêté] tel qu'il est* » (p 1406). Cette manifestation d'empathie, pour Bourdieu (1993) ainsi que pour Kaufman (2016), permet d'établir une relation d'enquête basée sur la confiance, ce qui, à son tour, améliore le contenu des entretiens. Au-delà de l'entretien lui-même, le respect et la confiance ont aussi impliqué que les paramètres de l'entretien, sa durée, les sujets abordés, son début et sa fin soit planifiés et discutés en toute transparence au préalable, avant le consentement. Cette posture m'a permis de créer un espace sécuritaire, empreint d'empathie et de reconnaissance, qui a souvent débouché sur développement d'une relation complice se matérialisant par une dynamique proche de la conversation, ponctuée de sourires et d'éclats de rire. Plusieurs femmes m'ont remercié chaleureusement de les avoir écoutées et ont témoigné d'avoir apprécié de pouvoir témoigner de leur expérience. Certaines m'ont offert de les rappeler si j'avais des questions complémentaires. Cependant, en toute transparence, il n'a pas été possible d'atteindre cette dynamique avec une participante, qui s'avère être celle avec qui la distance sociale était la plus grande, puisqu'il s'agit d'une femme ne maîtrisant pas encore bien le français, provenant d'un milieu rural, sans éducation, appartenant à

une minorité visible et détentrice d'un statut migratoire temporaire. Bien que cette femme m'ait raconté de bon cœur son expérience, j'ai l'intuition qu'elle a choisi de rester en surface, le lien de confiance n'étant pas assez fort pour qu'elle livre le fond de sa pensée, comme elle l'aurait peut-être fait avec une personne plus proche d'elle socialement.

Les risques découlant de la participation à la recherche étaient la réactivation de mauvais souvenirs, voire de traumatismes liés aux soins reçus ou à la migration. Afin d'y pallier, j'avais sur moi une liste de ressources d'aide, dont je n'ai jamais eu besoin.

Un grand souci a été porté à l'obtention du consentement éclairé des participantes à la recherche. Lors du premier contact, souvent téléphonique, le sujet, les objectifs de la recherche, le déroulement de l'entretien et la possibilité de se désister en tout temps ont été expliqués. À cette étape, j'offrais aux participantes de prendre un temps pour penser à leur désir de participer à la recherche. Ensuite, la rencontre s'amorçait par la lecture du formulaire de consentement. Aucune femme ne s'est désistée de la recherche.

3.6 Les limites de l'étude

Bien que l'étude de récits de vie thématiques ait permis de mettre en lumière le sens donné à l'expérience des soins par celle qui l'ont vécu, ainsi que d'émettre des hypothèses sur les processus sociaux propres aux rapports entre soignant.e.s et femmes immigrantes lors de la période périnatale, cette recherche laisse dans l'ombre plusieurs aspects de la question des soins de santé périnatale auprès d'une population immigrante.

Tout d'abord, il est impossible de généraliser les résultats de la recherche. Premièrement, la petite taille de l'échantillon, tributaire des moyens octroyés à une

étudiante de maîtrise, ne permet pas de dégager avec certitude des tendances générales ou des profils d'expériences. De plus, mon petit échantillon s'est avéré très hétérogène, en raison du choix méthodologique de critères de sélection visant à permettre d'explorer une diversité d'expériences au sein de la population de femmes immigrantes ayant accès aux services publics de soins de santé. Cela a donné lieu à un échantillon assez diversifié composé de femmes de diverses origines et ayant des parcours fort différents les uns des autres. Bien que cela ait ses avantages, particulièrement dans le cadre d'une recherche exploratoire menée dans une perspective d'amélioration des soins, un échantillon plus homogène aurait permis d'approfondir certains aspects de leur parcours et de leur expérience. Par exemple, se limiter à un seul statut migratoire aurait pu permettre d'approfondir les particularités d'un type de parcours. Ou encore, définir l'échantillon par milieu d'origine aurait permis d'explorer plus en profondeur des dimensions symboliques partagées par une expérience d'enculturation commune. Enfin, un échantillon choisi en fonction d'une trajectoire de soins particulière aurait permis de dégager des connaissances sur les besoins et les dispositions spécifiques à cette trajectoire. Il fut donc périlleux, dans le cadre de ma recherche, d'effectuer une montée en généralisation théorique. Tout au plus, j'ai pu émettre des hypothèses qui pourront servir de pistes pour une recherche de plus grande envergure.

Ensuite, comme la recherche se centre sur l'expérience des femmes, c'est leur parole qui en fut la pièce maîtresse. Un objectif plus large, ainsi qu'un terrain ethnographique de longue durée au sein d'une clinique de soins de santé en périnatalité, aurait permis de dégager les points de vue d'un ensemble d'acteurs étant impliqués dans les soins dans un milieu donné, et, par conséquent, de mettre au jour des processus et des dynamiques sociales qui sont restées inexplorées.

Finalement, avoir accès aux perceptions des femmes n'a évidemment pas permis de documenter la discrimination dont elles font potentiellement l'objet, traduite par des disparités de traitement. Afin de mesurer les inégalités de santé entre la population née

au Québec et les femmes immigrantes, une étude quantitative des soins donnés dans un ou plusieurs départements d'obstétrique d'hôpitaux, ainsi que des terrains ethnographiques permettant une description riche des actions et interactions entre professionnels de la santé et patientes, tout comme entre les professionnels, dans l'arrière-scène, serait nécessaire.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les pages qui suivent seront consacrées au dévoilement des résultats de la recherche. Les entretiens ayant révélé un riche contenu composé de parcours fort diversifiés, la synthèse de l'analyse des données devra inévitablement sélectionner les éléments jugés les plus pertinents en lien avec les objectifs de recherche. Je présenterai en premier lieu les récits du parcours migratoire. Comme nous le verrons, l'expérience périnatale s'ancre dans un contexte de vie, et l'analyse des récits dégage souvent une cohérence entre ce contexte et l'interprétation des épisodes de soins. En deuxième lieu, je décrirai les parcours de soins en périnatalité dont les participantes ont relaté l'expérience. Cette section mettra en lumière les récits du vécu des interactions avec le personnel soignant. J'accorderai aussi une attention particulière aux récits des soins en périnatalité dont les participantes ont fait l'expérience dans leur pays d'origine. Ce thème s'est révélé, au fil des entretiens, être crucial pour comprendre le vécu des soins au Québec.

4.1 Présentation du parcours migratoire des participantes

L'objectif du portrait présenté ici sera de dégager les grandes lignes des parcours de vie des participantes à la recherche, dont la migration est un élément central. Le tableau 1 donne un aperçu de quelques-unes de leurs caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 1

	Pays d'origine	Études	Emploi pré-migratoire	Arrivée au Québec	Statut migratoire	Occupation actuelle	Composition du ménage	Enfants : de l'année de naissance
Aïcha	Algérie	Comptabilité	Comptable	2012	Résidente permanente	Mère au foyer	Seule, 1 enfant	2013
Basma	Algérie	Enseignement	Enseignante	2013	Résidente permanente	Éducatrice	Mari, 3 enfants	2004, 2005, 2014
Selma	France	Neuro-psychologie	Neuro-psychologue	2012	Résidente permanente	Neuro-psychologue (congé de maternité)	Mari, 2 enfants	2015, 2018
Djamila	Algérie	Génie	Ingénieure	2012	Résidente permanente	Mère au foyer	Mari, 4 enfants	2004, 2005, 2010, 2016
Eveline	Haïti	S/o	Vente de vêtements	2017	Demandeur d'asile	Préposée aux bénéficiaires	Mari, 2 enfants	2004, 2009, 2016, 2018
Diane	Burkina Faso	Hôtellerie	Hôtelière-pâtissière	2012	Résidente permanente	Étudiante	Mari, 2 enfants	2009, 2016
Grace	Côte d'Ivoire	Gestion	Vente de vêtements	2012	Résidente permanente	Travailleuse sociale	Mari, 2 enfants	2009, 2016
Janina	Haïti	Gestion	Étudiante	2016	Demandeur d'asile	Entretien ménage (congé de maternité)	Seule, 1 enfant	2010, 2018

Les pays d'origine des participantes sont répartis dans quatre régions du monde : trois femmes sont originaires de l'Algérie, deux femmes, de pays d'Afrique de l'Ouest, deux femmes, d'Haïti et une femme, de la France. Du côté du parcours scolaire, six des huit femmes interviewées ont obtenu un diplôme d'études postsecondaires avant la migration, dont cinq diplômes universitaires et un diplôme d'études techniques. Une femme a dû quitter le pays en cours d'études universitaires et une seule femme n'a aucun de diplôme. La grande majorité des femmes ayant terminé des études postsecondaires travaillaient dans leur domaine d'études lorsqu'elles ont quitté le pays.

Les motivations à l'origine du projet migratoire sont souvent multiples, il est possible de dégager quatre profils chez les participantes. Deux femmes ont nommé comme motivation première la volonté d'aller rejoindre leur amoureux, qui vivait déjà au Québec. Ces femmes étaient sans enfant au moment d'élaborer le projet migratoire. En deuxième lieu, elles ont nommé des considérations de carrière : pour la première, il s'agissait d'une opportunité de quitter une carrière insatisfaisante, alors que pour la deuxième, c'était plutôt la possibilité d'exercer sa profession au Québec qui fut déterminant. Le deuxième profil regroupe deux femmes algériennes qui ont nommé le désir d'offrir un avenir meilleur à leurs enfants comme premier motif pour aller vivre au Canada. Ces femmes ont affirmé qu'elles étaient prêtes à sacrifier carrière et bonnes conditions de vie afin d'offrir à leurs enfants la chance d'en avoir d'encore meilleures. Le troisième profil est composé de deux femmes issues de l'Afrique de l'Ouest, pour qui le désir de s'installer au Canada a été principalement motivé par des aspirations professionnelles : pour elles, vivre au Canada représente une opportunité d'étudier, d'accéder à une carrière satisfaisante et d'améliorer leurs conditions de vie. Finalement, le quatrième profil regroupe deux femmes haïtiennes pour qui quitter leur pays n'était pas un choix. C'est plutôt après avoir constaté que leur vie ou celle de leur conjoint était en danger qu'elles ont décidé de demander l'asile au Canada.

À leur arrivée au Québec, cinq femmes sur huit avaient le statut de résidente permanente. Une femme avait un visa de travail, elle a obtenu sa résidence permanente après deux ans passés au Québec. Deux femmes avaient le statut de demandeur d'asile, statut qu'elles avaient toujours au moment des entrevues. Ainsi, au moment de leurs grossesses, toutes les participantes avaient un statut d'immigration leur donnant accès à une couverture de soins de santé. Cependant, le délai de carence de 90 jours imposé par la RAMQ aux immigrant.e.s admissibles au régime a causé des problèmes d'accès aux soins pour deux femmes, dont une qui était enceinte à son arrivée. Nous y reviendrons dans la section 2.1 sur l'accès aux soins en périnatalité.

Le récit fait par les participantes de leur vie québécoise, de leur arrivée à aujourd'hui, fait apparaître les liens entre les motivations derrière le projet migratoire et la manière dont elles ont vécu de la migration. Nous conserverons donc les quatre profils esquissés précédemment. Pour les femmes du premier profil, la transition a été facilitée par la présence au Québec d'un conjoint ayant déjà un logement et un emploi. Cela a permis à ces deux professionnelles de maintenir de bonnes conditions de vie. L'intégration de l'une dans un programme d'études et de l'autre dans un emploi dans son domaine ont aussi été nommés comme des éléments ayant facilité l'adaptation. Finalement, devenir mères en sol québécois a été un événement crucial dans leur parcours post-migratoire, ayant été à la fois vécu comme plus difficile que si elles avaient été dans leur pays à cause, notamment, de l'absence de leurs proches, et à la fois comme un vecteur d'intégration via le développement d'un nouveau réseau social.

Les femmes du deuxième profil racontent toutes deux qu'elles ont quitté des professions hautement qualifiées afin d'offrir un meilleur avenir à leurs enfants. Basma décrit ainsi sa vie en Algérie : « *On travaillait, on gagnait notre vie correct, j'avais une voiture à moi, une maison, on avait une bonne situation* ». Ces deux femmes et leur famille subissent un grand déclassement socio-économique à leur arrivée, qu'elles n'ont jamais pu surmonter. En effet, leur diplôme universitaire, tout comme celui de

leur mari, n'est pas reconnu, il leur faudrait retourner aux études pour en obtenir l'équivalent, ce qui est impossible, puisqu'il faut subvenir aux besoins de la famille. Les emplois qui s'offrent alors à elles et leur mari sont bien en deçà de leurs qualifications. Leurs difficultés à joindre les deux bouts, alors qu'elles étaient auparavant à l'aise financièrement, le manque de reconnaissance rencontré dans leur emploi, tout comme le sentiment d'isolement dû à la perte du réseau social, les amène à vivre difficilement la migration. Ainsi, après sept années passées au Québec, Djamila exprime des regrets : « *On est venus pour les enfants... Moi je trouve que ça valait pas le coup. Si c'était à refaire, on serait pas venus* ». De plus, elle n'est plus certaine qu'elle offre à ses enfants de meilleures opportunités d'études et de carrière. Quant à Basma, c'est plutôt le doute qui filtre ses expériences : « *Tout ce qu'on vit ici, je rentre dans le doute : est-ce que j'ai fait le bon choix, oui ou non ?* ».

Les femmes du troisième profil, quant à elles, sont venues bâtir une vie où leurs aspirations professionnelles seraient comblées. La perte d'une situation financière stable, les premiers mois après l'arrivée, est vue comme temporaire, le temps que les projets de réorientation de carrière soient complétés. Même si la précarité financière est difficile à vivre, surtout lorsqu'on a un enfant à charge, la perspective d'un avenir épanouissant leur permet de garder le moral. De plus, les deux femmes ont rapidement pu compter sur un réseau social québécois : Diane a intégré la communauté de son église et s'y est fait de nombreux amis, Grace a été accueillie par sa sœur, néo-Québécoise depuis déjà quelques années. Lors des entrevues, Grace avait complété un baccalauréat et travaillait dans son domaine, alors que Diane était encore aux études, soutenue par son mari qui, lui, avait intégré le marché du travail. Les deux femmes ont affirmé que l'adaptation à la vie québécoise a été plutôt facile et manifestent de la gratitude de vivre au Canada.

Finalement, le quatrième profil regroupe deux demandeuses d'asile d'origine haïtienne. Elles ont chacune un vécu très différent de la migration. Eveline, issue d'un milieu

rural, sans éducation, arrive à Montréal avec son mari et son poupon. Son mari trouve aussitôt un emploi dans un entrepôt et elle amorce un programme de francisation. Après un congé de maternité, elle complète une formation de préposée aux bénéficiaires et se trouve un emploi. Depuis, elle est en voie d'obtenir un diplôme d'études secondaires et elle suit des cours de conduite. Elle nomme qu'elle est très reconnaissante d'avoir ces opportunités de poursuivre des études et de travailler tout en ayant des enfants. À cet égard, ses propos se rapprochent de ceux des femmes du profil précédent. Quant à Janina, au moment de son départ, elle poursuivait des études universitaires et vivait chez sa mère, une professionnelle. À son arrivée à Montréal, elle raconte qu'elle se retrouve seule, dans une situation de grande précarité financière, sans logement, sans réseau social. Elle se retrouve rapidement dans une situation de violence conjugale avec celui qui deviendra le père de son enfant, dans laquelle elle est encore prise au moment de l'entretien. Les sentiments de Janina par rapport à la migration se rapprochent de ceux des participantes du deuxième profil : elle affirme que bien qu'elle soit convaincue qu'il est avantageux pour son enfant de grandir ici, sa vie à elle est bien plus difficile qu'auparavant, et elle ne voit pas comment celle-ci pourra s'améliorer.

Pour résumer, la perte du réseau social a été nommée par toutes comme une difficulté après l'arrivée au Québec. Les difficultés financières ont été nommées par la plupart des femmes, particulièrement celles qui avaient déjà un ou des enfants à leur arrivée. Seules les femmes dont le principal motif d'immigration était d'offrir un meilleur avenir à leurs enfants ont exprimé des doutes ou des regrets par rapport à la migration. En plus des motivations derrière la décision d'immigrer, les origines sociales influencent le vécu de la migration : celles qui quittaient une situation de vie jugée bonne et qui ont vécu un déclassement ou une déqualification professionnelle ont une expérience plutôt amère de la migration. Celles quittant des conditions de vie considérées comme insatisfaisantes voient plutôt la migration comme une opportunité d'avoir une vie meilleure, même si elle implique de traverser une période de précarité, de difficultés financières et d'isolement. Finalement, seules les femmes ayant vécu leur

première grossesse au Québec ont nommé la maternité comme ayant teinté significativement leur vécu de la migration.

4.2 Expériences des soins en périnatalité

La présente section constitue le cœur des résultats de la recherche. La synthèse des expériences des soins suivra la forme des récits, qui se sont structurés en fonction de la chronologie des événements de la période périnatale. Ainsi, les démarches d'accès à un suivi ouvriront le bal, suivis par le déroulement de la grossesse, puis l'accouchement et enfin, la période postnatale. Puisque les femmes ayant vécu une grossesse dans leur pays d'origine m'ont fait part de l'impact de ces expériences sur leur appréciation des soins au Québec, chaque sous-section sera divisée en deux parties, la première faisant état des expériences prémigratoires, la deuxième, des expériences québécoises.

4.2.1 Accès à un suivi médical de grossesse

Le parcours de soins s'amorce par les démarches afin d'avoir accès à un suivi de grossesse. Nous exposerons ici les difficultés rencontrées et les éléments facilitateurs.

4.2.1.1 Expériences prémigratoires d'accès à un suivi

L'accès à un suivi de grossesse a été peu abordé lors des récits de grossesses vécues dans le pays d'origine. Plusieurs femmes ont simplement mentionné qu'elles ont facilement pu accéder à un suivi gynécologique lors de leurs premières grossesses. Pour

Djamila, obtenir un rendez-vous chez un gynécologue est plus facile en Algérie qu'au Québec, peu importe la raison de la consultation :

Ici, quand on a un problème, on peut pas voir la gynéco jusqu'au rendez-vous qui est programmé dans 2 mois. C'est inquiétant, c'est frustrant, ça met dans le stress. Mais là-bas j'ai des saignements, allô, je viens te voir, ok, j'ai de la place, tu passes dans la même journée, elle te donne le diagnostic tout de suite.

Par contre, pour Eveline, originaire d'un milieu rural en Haïti, il a été impossible d'obtenir un suivi de grossesse :

Vous avez pas de médecin pour suivi pendant la grossesse. Pendant toute la grossesse, y'a pas de rendez-vous. Y'a pas de suivi, ou bien si vous avez les sous un médecin privé. Il faut beaucoup d'argent pour un médecin privé. Moi j'avais pas d'argent, j'avais pas de médecin.

4.2.1.2 Expériences québécoises d'accès à un suivi

Le parcours d'accès à un suivi médical de grossesse est assez uniforme pour les participantes. La découverte de la grossesse déclenche aussitôt les démarches afin de trouver un médecin. Quelques femmes trouvent directement un hôpital ou une clinique qui les prendra comme patientes. D'autres se rendent dans une clinique sans rendez-vous où le médecin les informe qu'il ne suit pas de grossesse et leur remet une liste de cabinets et d'hôpitaux qui offrent ce service. Elles doivent alors téléphoner, laisser des messages et espérer qu'on les rappelle, ce qui arrivera après quelques jours d'attente.

4.2.1.2.1 Difficultés rencontrées pour accéder à un suivi de grossesse

La principale difficulté rencontrée dans les démarches pour accéder à un suivi consiste en le sentiment de devoir se trouver une place dans un système de santé inconnu : « *Je connaissais pas le système de santé vraiment ici. J'avais jamais eu affaire... Quand je*

suis tombée enceinte, je savais pas comment faire, je savais pas du tout. C'était stressant. » (Selma). À cela s'ajoute le stress causé par la réception d'une information selon laquelle elles doivent faire plusieurs appels afin de dénicher une clinique qui aura de la place, en se renseignant sur internet ou en recevant, lors de leur première consultation, une liste de cliniques qui offrent le suivi de grossesse : « *J'ai découvert qu'on n'allait pas dans l'hôpital qu'on voulait, qu'il fallait qu'il y ait de la place, ça, c'était stressant un peu.* » (Selma). Lorsqu'elles téléphonent, l'absence de contact avec une réceptionniste les laisse dans l'incertitude d'être rappelées et d'avoir une place : « *C'était vraiment stressant. J'avais appelé l'hôpital X, mais là, y avait un système de répondeurs... Je trouvais ça vraiment bizarre. J'étais enceinte, je sais pas s'ils vont rappeler...* » (Selma). Cette impression qu'il est difficile d'accéder à un suivi alimente la peur de ne pas trouver de médecin et convainc qu'il est impossible de choisir le lieu qui offrira le suivi. Cela amène Aïcha à accepter d'être suivie à la première clinique qui la rappelle, même si celle-ci est située dans un quartier très éloigné de chez elle :

[J]'ai commencé à chercher un médecin. C'était difficile, j'ai parti à un généraliste, il m'a donné des numéros de téléphone, une liste, et là j'ai fait mes appels pour des gynécologues. J'ai trouvé enfin une, c'était à [quartier X], je dois déplacer jusqu'à [quartier X], oui, c'est loin. J'ai tombé sur celle-là, c'est le premier à me rappeler, c'était, genre, j'ai pris le gynécologue qui m'a donné le premier rendez-vous.

Pour une participante, il a été impossible d'accéder à un suivi avant le 7^e mois de grossesse. Son parcours met en évidence le manque d'information disponible sur le droit à la couverture du régime public d'assurance-maladie, tout en éclairant l'état de détresse provoqué par ce déni de service. Basma arrive au Québec alors qu'elle est enceinte de deux mois. Avant son départ, elle est informée par les services d'immigration du délai de carence de trois mois imposé aux nouveaux arrivants avant d'obtenir la couverture de la RAMQ. On ne l'informe pas des situations pour lesquelles le délai de carence ne s'applique pas, dont la grossesse fait partie. Une fois arrivée, son besoin d'accéder à un suivi médical l'amène à se renseigner auprès de son entourage :

« *Je voulais faire des tests, je voulais faire une consultation, je demandais, plein de gens, ils m'ont dit : t'as pas la carte soleil, ils vont pas t'accepter.* ». Elle se résigne donc à attendre la fin du délai de carence, d'autant plus qu'elle a des soucis pressants : « *J'étais passionnée par remplir le ventre de mes enfants, parce que pendant trois mois, t'as pas droit à l'aide sociale, rien! Tu dois survivre avec tes propres moyens.* ». Enceinte de cinq mois, elle obtient enfin sa carte-soleil et se rend au CLSC :

La dame me dit : tu remplis le formulaire, on va vous rappeler. Je remplis le formulaire, personne n'a jamais appelé. Une autre fois, je me déplace, je dis madame, j'ai vraiment besoin d'avoir un médecin, elle me dit non, le médecin de famille c'est trop long, on n'a pas... ben... j'ai resté comme ça... jusqu'à 7 mois.

C'est seulement lors d'un séjour à l'urgence que le médecin de garde lui propose d'être suivie à la clinique externe de l'hôpital, ce qu'elle accepte aussitôt. Finalement, Basma décrit qu'elle ressentait le besoin d'avoir un suivi de grossesse afin de connaître l'état de santé de son bébé et de s'assurer du bon déroulement de la grossesse. Pour elle, ce suivi devrait être un droit. Ne pas y avoir accès l'a plongée dans un état de détresse nourri par un sentiment d'abandon de la société québécoise :

La chose qui m'a vraiment touchée, c'est que, j'ai pas demandé un gynécologue, juste une consultation ordinaire pour voir, est-ce que j'ai un petit monstre, j'ai un trisomie 21, j'ai... j'ai quelque chose qui ne va pas, ben juste... ça... j'ai pas demandé la lune! C'est comme, je me sentais seule, abandonnée.

4.2.1.2.2 Éléments facilitant l'accès à un suivi de grossesse

Le premier élément ayant facilité l'accès à un suivi de grossesse consiste en la recommandation d'une clinique ou d'un hôpital par un membre du réseau social en qui

on a confiance. C'est cette recommandation de la part d'une bonne amie qui a permis à Djamila de ne loger qu'un seul appel pour avoir accès à un suivi :

C'est ma copine qui m'a dit ne vas pas ailleurs, va à [hôpital X]. C'est une amie, on a fait l'université ensemble en Algérie, elle est venue avant moi. C'était elle qui m'a donné ce conseil, d'aller à [hôpital X]. Donc, quand j'étais enceinte, j'ai appelé direct [hôpital X], j'ai pas cherché ailleurs, non, non. Ils m'ont pris en charge.

Le deuxième et dernier élément qui a facilité l'accès aux soins est la continuité des services. En effet, si la plupart des femmes ont consulté un médecin dans une clinique sans rendez-vous, une seule d'entre elles est tombée par hasard sur une clinique qui offrait aussi un service de suivi de grossesse. Celle-ci n'a donc pas eu à prendre une liste de références et à faire plusieurs appels afin d'accéder à un suivi : « *Je suis allée à la clinique... C'était une clinique sans rendez-vous. Mais ils ont un service pour les femmes enceintes. C'est là que j'ai fait le suivi de grossesse.* » (Grace).

Cette section a permis d'identifier la principale difficulté d'accès à un suivi de grossesse, de devoir multiplier les démarches pour trouver un médecin dans un système inconnu où les places sont limitées. Les éléments facilitateurs que sont de recevoir une recommandation et la continuité entre les services ont permis à certaines femmes de ne pas faire face à ces difficultés. Finalement, les femmes ont exprimé qu'il était très important pour elles d'avoir un suivi médical de leur grossesse, afin de s'assurer que leur grossesse se déroulait normalement et que leur bébé était en bonne santé. Elles ont donc mis beaucoup d'énergie dans les démarches afin d'obtenir un suivi et celles qui ont dû attendre d'être rappelées par des cliniques ont affirmé avoir ressenti du stress lors de cette période, de crainte de ne pas trouver de médecin. Le témoignage de Basma illustre qu'au stress s'ajoutent de la détresse et un sentiment d'abandon au fur et à mesure que la grossesse progresse sans réussir à surmonter les barrières à l'accès à un médecin.

4.2.2 Le suivi de grossesse

Après m'avoir raconté leurs démarches afin d'obtenir une place auprès d'un médecin, le récit des femmes rencontrées s'est centré sur le déroulement de la grossesse et de son suivi médical. La section suivante s'ouvrira sur les expériences prémigratoires du suivi de grossesse, pour ensuite présenter les expériences vécues au Québec.

4.2.2.1 Expériences prémigratoires du suivi de grossesse

À l'instar de la question de l'accès aux soins, le suivi de grossesse dans le pays d'origine n'a pas été abondamment décrit par les cinq participantes qui l'ont vécu. Plusieurs femmes m'ont dit avoir vécu de belles grossesses, où tout s'est bien passé, autant du côté de la santé de la mère et du bébé que du côté des relations avec le médecin. Ces affirmations précédaient toujours le récit d'un événement éprouvant, le plus souvent un accouchement difficile. Dans un cas, la mention de la grossesse heureuse dans le pays d'origine était suivie de la description d'une grossesse au Québec marquée par la violence conjugale, la solitude et le stress financier.

Toutes les femmes ont mentionné que le déroulement du suivi médical de la grossesse était similaire à ce qu'elles ont vécu ici, en ce qui a trait à la régularité des rendez-vous et à l'examen morphologique du fœtus par échographie. Djamila a souligné avoir choisi d'être suivie au privé malgré les coûts associés, puisqu'elle considérait que la qualité des soins dans le public était médiocre : « *J'étais obligée de payer chaque consultation chez le privé... parce qu'à l'hôpital, ya pas une bonne prise en charge.* ». Djamila a affirmé avoir eu confiance en sa gynécologue et avoir été très satisfaite de son travail.

En ce qui concerne les préoccupations des femmes lors de leur grossesse, deux femmes ont nommé le souhait d'éviter la césarienne et d'accoucher par voie basse. Diane a raconté que, suite à une échographie révélant un fœtus plus gros que la normale, son médecin lui a conseillé d'envisager la césarienne. Elle a alors décidé d'aller chercher un deuxième avis dans une autre clinique, où les résultats de l'échographie se sont avérés rassurants. Elle a décidé de se fier à la deuxième échographie et d'opter pour un accouchement vaginal plutôt qu'une césarienne. De son côté, Grace a manifesté à plusieurs reprises son souhait d'accoucher par voie basse auprès de son médecin :

Moi, je voulais vraiment accoucher par voie basse. Pendant toutes les visites à l'hôpital, pendant tout le temps de la grossesse, il [le médecin] m'a toujours rassurée que j'allais accoucher par voie basse, qu'il y aurait pas de problème.

Les motivations derrière ce souhait d'accoucher par voie basse n'ont pas été explorées en profondeur. Dans les deux cas, la question des coûts élevés d'une césarienne a été mentionnée. Diane a aussi nommé les mauvaises conditions matérielles et hygiéniques des salles d'opération des hôpitaux de son pays d'origine. Quant à Grace, elle a affirmé son désir de ne pas subir une césarienne seulement pour enrichir un médecin corrompu.

4.2.2.2 Expériences québécoises du suivi de grossesse

Le déroulement du suivi de grossesse est semblable d'un établissement de santé à l'autre. Il est rythmé par des rendez-vous réguliers, où le médecin procède à un examen physique de la femme enceinte et prescrit d'autres examens, notamment par prise de sang et échographie. La détection de pathologies en cours de grossesse modifie le suivi, qui s'intensifie ou est bonifié par un suivi au sein d'une clinique spécialisée. En ce qui concerne les participantes à la recherche, trois d'entre elles ont vécu des grossesses qui ont été menées à terme sans complication, quatre femmes ont été éventuellement

suivies dans une clinique pour grossesses à risque élevée. Finalement, le suivi d'une femme a été écourté puisqu'elle a accouché d'un grand prématuré. Nous décrivons les similarités et les différences des récits du vécu des soins liés à la grossesse en commençant par l'attente et le déroulement du premier rendez-vous. Ensuite, nous aborderons le vécu des examens de routine, et enfin, la relation avec les soignant.e.s.

4.2.2.2.1 L'attente et le premier rendez-vous

Les deux femmes primipares ont abordé l'attente du premier rendez-vous, d'une durée d'environ deux mois depuis la découverte de la grossesse, qu'elles trouvent difficile. Elles ont le sentiment d'être seules dans l'inconnu, ressentent le besoin de rencontrer quelqu'un rapidement afin de pouvoir poser des questions sur les symptômes qui les assaillent, mais elles n'ont personne vers qui se tourner : « *[T]oute cette période, j'étais hyper malade, j'avais des nausées, mais je savais pas vers qui aller. Là, j'étais vraiment perdue, quoi.* » (Selma). Pour Aïcha, il est difficile de trouver réponse à ce besoin spécifique aux primipares lorsqu'on a perdu son réseau social : « *Ils donnent pas des rendez-vous tôt, surtout première grossesse, t'as personne ici, tu veux poser beaucoup de questions, tu veux savoir beaucoup de choses, c'est difficile.* »

La majorité des femmes n'ont pas été marquées par le premier rendez-vous de suivi. Cependant, pour trois femmes, cette première rencontre avec un médecin méritait d'être décrite. La première, Selma, vit sa première grossesse. Elle qui avait trouvé longue l'attente du premier rendez-vous, se retrouve face à un médecin qu'elle qualifie d'expéditif, qui ne prend pas le temps de l'écouter, de répondre à ses questions, de la préparer à ce qui sera son premier examen gynécologique, qu'elle décrit comme suit : « *C'est la première fois de ma vie que je vois un gynéco, donc spéculum, tout ça. Oh, là, là! C'était horrible. C'est des mauvais souvenirs, ouais, vraiment, des mauvais*

souvenirs. J'avais eu mal, j'avais eu super mal! ». Elle sera habitée par la crainte de subir à nouveau un examen douloureux lors de tous les rendez-vous suivants.

Pour Basma, le premier rendez-vous est synonyme de soulagement d'enfin obtenir la prise en charge souhaitée. En effet, comme décrit précédemment, Basma n'a pas réussi à trouver un suivi avant le 7^e mois de grossesse. Le premier médecin qu'elle rencontre, à l'urgence, est indigné de la situation et lui offre sur-le-champ de suivre sa grossesse. Basma affirme avoir apprécié que ce médecin reconnaisse que sa situation était inacceptable et qu'il propose d'y remédier. Son besoin d'être suivie est enfin reconnu.

Enfin, Djamila souhaitait être suivie par une femme. Pour elle, c'est une question de pudeur liée à l'islam. Lorsqu'elle apprend, sur place, qu'elle sera vue par un homme, elle demande de changer de médecin. Face au refus de la secrétaire, elle se dit :

Je suis à 3 mois, faut pas que je prenne de risque. On sait jamais, s'il y a quelque chose... Il faut que je fasse une écho pour la clarté nucale, c'est important que je le sache maintenant, c'est pas dans 2 mois, si je fais une autre demande de suivi...

Elle décide donc que son besoin d'obtenir les examens de dépistage est plus important que celui de rencontrer une femme médecin. Cependant, elle fait part au médecin de son souhait et celui-ci accepte aussitôt d'assigner son dossier à une collègue féminine.

4.2.2.2.2 Vécu des examens de routine

La plupart des femmes ont manifesté une grande appréciation des examens de routine rythmant le suivi de grossesse : « *J'ai aimé qu'on donne le rendez-vous pour observer comment va le bébé, capable de suivre comment le bébé grandit, s'il bouge bien, si tout normal.* » (Eveline). Cette affirmation d'Eveline rejoint les propos des participantes

qui ont nommé que les examens lors du suivi permettaient de les rassurer sur la normalité du déroulement de la grossesse et sur le bon état de santé du fœtus. Pour Aïcha, dont la grossesse est marquée par l'inquiétude, les échographies sont ce qui la rassure le mieux, puisqu'elles lui permettent de voir son bébé :

Même si quand on entend ses battements de cœur, ça ne me soulage pas très bien, parce que j'ai pas vu. Mais après cette échographie, j'étais soulagée. Je me souviens de l'homme qui a fait l'écho, il m'a dit : t'as un beau bébé en bonne santé... Oui, on a tout vu, ils ont tout mesuré, oui. J'étais soulagée.

De son côté, Djamila exprime qu'elle avait besoin que le suivi médical lui offre tous les examens disponibles afin de s'assurer que sa santé et celle de son bébé étaient bonnes. À cet égard, elle fut satisfaite :

Les examens, ça se passait bien. Ils étaient méticuleux, quand ils arrivaient pas à voir quelque chose, ils insistaient, ils abandonnaient pas, ils font vraiment le travail complet. Tous [les examens] étaient faits et tout était fait correctement, à temps.

Une autre perspective est exprimée par Selma, pour qui, à l'exception des échographies où l'on a pris le temps de répondre à ses questions, l'expérience des examens est marquée par l'absence de disponibilité et de communication de la part des soignant.e.s :

[À chaque rendez-vous], l'infirmière, elle te voit, elle te pèse, elle prend ton taux d'oxygène, elle prend ta pression, mais en fait, ils me disaient pas : c'est bien, c'est pas bien, le taux d'oxygène normal, pression normale, ils disaient rien! Donc ils prennent leur truc, ils écrivent, et après, tu te demandes...

Selma exprime qu'elle avait besoin d'être impliquée en ayant un retour sur les résultats de ses examens. Laisée dans l'ignorance, sans interaction avec les soignants, elle se sent seule, comme si on la réduisait à son état de grossesse : « *J'étais juste une grossesse de plus. En fait, je le sentais comme ça.* ».

Lorsque la détection d'une anomalie mène à une prise en charge particulière, les récits des participantes révèlent généralement leur sentiment d'être bien entourées. Eveline nomme qu'elle apprécie que le médecin ait une solution à son problème : « *Je fais un test, j'étais anémique, et puis le médecin me dit, médicament on se sent bien, c'est mieux. Eh ben! Tout est bien.* ». Diane, de son côté, a été suivie en clinique pour grossesses à risque élevée, car elle est diabétique. Elle décrit ainsi son vécu des examens :

J'étais vraiment bien suivie. Non seulement j'étais suivie par un médecin, mais j'étais aussi suivie par une nutritionniste. Et aussi par un endocrinologue. Donc à toutes les 2 semaines, parfois même à chaque semaine, j'étais à l'hôpital pour des examens. Donc, j'étais très, très bien encadrée. Ils vérifiaient mes glycémies, j'avais des prises de sang, j'avais des échographies, tout ça, c'était vraiment correct. J'ai fait plusieurs échographies, j'étais absolument bien suivie.

Ainsi, la multiplication des examens et des rendez-vous avec différents professionnels procure à Diane le sentiment que tout est fait pour s'assurer de sa bonne santé et de celle de son bébé. Ce suivi intensif la rassure que les graves complications qu'elle a vécues lors de sa première grossesse, alors que son diabète n'avait pas été détecté, ne se reproduiront pas. De son côté, Selma déplore encore le manque de dialogue dans son expérience des soins, alors qu'elle apprend qu'elle est diabétique : « *Ils te disent pas : on a trouvé exactement, combien, non. T'as le diabète de grossesse, t'es [inscrite] dans le groupe... Ya pas d'explication. C'est vraiment très robotisé. C'est l'hôpital, quoi.* ». La réception de ce diagnostic la plonge dans un état de stress alimenté par les inquiétudes quant à la santé de son bébé pour lequel elle n'a personne à qui parler. Cependant, le suivi spécialisé lui permet de développer une relation qu'elle qualifie de « *plus humaine* » avec une infirmière, répondant à un besoin qui était resté inassouvi :

J'ai un bon souvenir de cette infirmière-là parce que, du coup, je la voyais régulièrement pendant ma grossesse... J'avais une relation, mettons, plus humaine, une vraie relation avec elle. Parce que j'étais dans son bureau,

quand je faisais le test, et je la revoyais. Quand je la voyais dans le couloir, elle me disait bonjour, ça va? Alors que les autres se souvenaient pas de moi [rires].

Finalement, Janina a un vécu fort différent de son suivi en clinique pour grossesses à risque élevé (GARE) suite à la détection d'une anomalie sanguine. Sa grossesse se déroule dans un contexte de violence conjugale qui lui apporte beaucoup de soucis et aucun soutien. Elle doit donc assumer seule les préparatifs en vue de l'arrivée du bébé. De plus, elle travaille à temps plein dans un emploi exigeant qui l'épuise. Pour elle, la multiplication des rendez-vous est un fardeau qu'elle peine à assumer :

On m'a mis dans la clinique GARE, comme quoi je dois être suivie de près. Donc là, j'avais des rendez-vous chaque mois, là, ils ont augmenté mes rendez-vous à chaque deux semaines. Chaque deux semaines, je dois courir à l'hôpital, je dois faire des prises de sang, je dois courir au travail, je dois courir acheter toutes les choses dont j'ai besoin, je te jure que c'était horrible, horrible, horrible.

4.2.2.2.3 Postures face aux recommandations

La plupart des femmes ont exprimé le sentiment d'avoir eu le choix de passer ou non les examens proposés. Seule Selma a nommé que, se sentant prise dans le protocole d'interventions, elle n'avait pas la possibilité de s'informer pour pouvoir choisir :

J'ai pas eu l'impression que je pouvais poser de question. C'est un peu robotique : « là, il est temps de faire tel test, pis maintenant faut faire tel test ». Pour moi, ça faisait partie du protocole, il fallait le faire. J'ai pas senti... J'ai pas le souvenir qu'on m'a dit : « est-ce que tu veux le faire? C'est toi qui choisis de le faire. » Je l'aurais fait, je pense. Je suis quelqu'un qui préfère être rassurée...

Selma nomme à la fois qu'elle aurait apprécié avoir le choix et qu'elle aurait choisi d'effectuer tous les examens afin d'être rassurée quant à son état de santé et celui du

bébé. Toutes les autres participantes ont aussi affirmé avoir voulu passer tous les examens afin d'être rassurées, d'une part, et pour certaines, d'autre part, pour éviter une complication vécue lors d'une grossesse précédente. Seule Aïcha a refusé le dépistage de la trisomie 21. Elle raconte que sa gynécologue ne lui a pas mis de pression et a respecté son refus. Quant aux autres recommandations telles que la prise de médicaments ou l'observance d'un régime alimentaire, la plupart des femmes nomment les avoir toutes suivies, et ce, malgré leur caractère parfois contraignant. Deux femmes m'ont raconté des moments précis où elles ne se sont pas conformées aux recommandations. Lors de sa deuxième grossesse, toujours vécue au Québec, Selma, pour qui, rappelons-le, le premier suivi de grossesse n'a pas répondu à ses attentes d'avoir un espace de dialogue permettant le développement d'une relation « *humaine* » avec les soignant.e.s, décide de s'épargner plusieurs rendez-vous parce que « *ça ne m'apporte rien* ». De plus, elle affirme avoir « *fait parfois des écarts* » au régime alimentaire qu'elle doit suivre en raison de son diabète gestationnel. Selma m'explique qu'elle n'a jamais reçu de réponse satisfaisante à ses questions sur le diabète. Cela a provoqué un certain désengagement dans l'observance du traitement. La deuxième femme ayant refusé de suivre une recommandation, Diane, raconte qu'à son cinquième mois de grossesse, la gynécologue lui conseille de mettre un terme à sa grossesse en raison d'un risque que son enfant ait une malformation ou une maladie. Diane refuse d'avorter. Elle affirme que c'est sa foi qui l'amène à prendre cette décision, doublé de l'incompréhension de la raison derrière cette recommandation, puisque, pour l'instant, les examens ne révèlent aucun problème de santé chez le fœtus. Elle ne s'explique pas non plus pourquoi cette proposition arrive si tard dans sa grossesse, alors que sa condition de santé est connue depuis le début. Elle affirme que cela l'a « *beaucoup tiquée, ça m'a beaucoup travaillée pendant ma grossesse. Pourquoi, pourquoi, pourquoi?* ».

4.2.2.2.4 Relation avec les soignant.e.s

La première catégorie d'énoncés émis par les participantes sur leur relation avec les soignants concerne la communication. Plusieurs femmes ont affirmé qu'elles auraient préféré être vues par le même médecin d'un rendez-vous à l'autre. Cela aurait permis à Diane d'éviter qu'à chaque rendez-vous suivant son refus d'avorter, un médecin réitère la proposition d'interrompre sa grossesse, l'obligeant à réaffirmer sa décision. Cette insistance la « *choque beaucoup* ». Pour Selma, une plus grande stabilité et de plus longs rendez-vous auraient pu faciliter le développement de la relation qu'elle aurait aimé avoir avec son médecin, une relation « *proche* » au sein de laquelle elle est à l'aise de s'ouvrir. Elle aurait « *eu besoin qu'on parle... Juste parler avec quelqu'un! Juste discuter, une entrevue, quoi. Mais ça, ils font pas ça.* ». Le désarroi devant la courte durée des rendez-vous est partagé par Aïcha. Si elle rejoint Selma dans son impression que son désir de plus longues rencontres s'explique par sa situation de primipare, elle n'exprime pas autant le besoin de dialoguer que celui d'obtenir des réponses à ses nombreuses questions. La communication est d'autant plus difficile entre Aïcha et sa gynécologue que cette dernière est unilingue anglophone alors qu'Aïcha ne parle pas anglais. Djamila, de son côté, nomme qu'elle aurait aimé que les gynécologues donnent plus de conseils : « *Les gynécos, elles sont pas très conseillères. Elles disent pas « Madame faites attention à ça, madame, à ça », non. C'est juste, elles voient la grossesse, « tout est correct, c'est bon » et c'est tout, hein.* ». Ce propos rejoint ceux de Selma et d'Aïcha dans son allusion au caractère expéditif des rendez-vous.

Pour Grâce, c'est autant l'écoute de ses symptômes que les conseils qui ont fait défaut dans la communication avec son médecin :

J'avais commencé à sentir des douleurs, une fois de temps en temps. Je suis allée voir le médecin, bon, elle m'a rien dit, elle m'a dit de continuer à prendre les [vitamines]. Elle me disait que ça allait bien, qu'il y avait pas de problème.

Deux semaines suivant cette visite, ses douleurs s'amplifient, elle se rend à l'urgence. Grace raconte que c'est à ce moment qu'elle reçoit le conseil qu'elle aurait dû recevoir lors de sa première consultation : « *C'est là qu'ils m'ont dit que j'aurais dû me reposer, en fait, parce que il fallait pas que je subisse trop de pression, fallait pas que je me lève pour faire des travaux, ce genre de choses.* ». Grace accouchera d'un grand prématuré. Elle nomme que, par la suite, elle devra apprendre à vivre avec la culpabilité, puisqu'à ses yeux, c'est le stress et l'absence de repos qui a causé l'accouchement. Son contexte de vie difficile, alors qu'elle lutte quotidiennement pour remplir ses obligations financières tout en répondant aux besoins de base de sa fille et en poursuivant ses études, n'a pas pu être nommé lors des rencontres avec le médecin. Une écoute plus attentive de sa part, doublée de conseils appropriés, n'aurait peut-être pas permis de mener la grossesse à terme, cependant, ils auraient pu donner à Grace le sentiment qu'elle a été soutenue afin de tenter d'éviter l'accouchement prématuré.

À l'instar de Grace, plusieurs participantes vivaient des situations de vie difficiles lors de leurs grossesses, qui sont passées sous le radar des professionnels de la santé qui les voyaient régulièrement, les privant de l'aide dont elles auraient pu bénéficier. Plusieurs femmes vivaient dans une situation de grande pauvreté, parfois tout en travaillant, étudiant et ayant des enfants à charge, générant un stress quotidien qui était accentué par l'isolement social. Janina se sentait prise au piège dans sa relation avec un homme violent, sans savoir comment s'en sortir. Finalement, Djamila m'a raconté avoir passé toute sa grossesse en proie à des humeurs dépressives. Une meilleure communication entre ces femmes et les soignant.e.s aurait pu permettre de les orienter vers des ressources appropriées afin de leur permettre d'obtenir de l'aide.

Outre la communication, les propos des participantes sur leur relation avec leur médecin abordent la confiance. Seule Janina nomme qu'elle a perdu confiance l'équipe médicale qui la suivait après avoir reçu l'annonce que des résultats d'examen étaient de faux positifs et après avoir entendu des discours contradictoires de la part de

différents médecins. La multiplication des intervenants et l'incertitude autour de son état de santé l'amènent à perdre confiance. Elle me dira : « *Ils m'ont raconté beaucoup de choses, beaucoup de choses. Ils racontent beaucoup d'histoires.* ». Les autres participantes, pour leur part, qualifient leur relation avec leur médecin d'empreinte de confiance. Diane nommera qu'elle s'est sentie « *entre de bonnes mains* ». Aïcha affirmera de sa gynécologue que « *le meilleur qu'elle peut faire pour moi, elle l'a fait* ». Djamila exprimera qu'elle « *faisait totalement confiance à sa gynéco* ».

En conclusion, les participantes m'ont fait part de leur appréciation du suivi de grossesse vécu dans leur pays d'origine, révélant un lien entre leur expérience antérieure et celle vécue au Québec. En effet, plus la satisfaction était grande à l'égard des premiers suivis, plus les attentes étaient élevées envers les soins au Québec, et plus les premières expériences avaient été qualifiées de mauvaises, plus elles manifestaient une grande satisfaction des soins reçus au Québec. De manière générale, les femmes ont exprimé de la satisfaction à l'égard du suivi de grossesse vécu au Québec. Leurs récits révèlent qu'elles sentaient partager le même objectif avec l'équipe soignante : la naissance d'un bébé en bonne santé d'une mère qui l'est aussi. C'est à l'aune de ce souhait que les examens et interventions ont d'abord été appréciés. Celui-ci explique aussi la forte observance des recommandations. Les quelques fois où une recommandation a été rejetée, il a été exprimé que celle-ci ne faisait pas sens par rapport à ce désir de bonne santé. Par ailleurs, plusieurs femmes ont nommé des lacunes dans la communication avec leur médecin. Que ce soit en raison de la courte durée des rendez-vous, de l'absence de continuité du personnel soignant d'une rencontre à l'autre ou de l'attitude du médecin, ces femmes ont senti qu'elles n'avaient pas la possibilité de poser leurs questions, d'exprimer leurs soucis et d'être entendues. Néanmoins, les participantes ont généralement exprimé avoir eu confiance en l'équipe soignante dans leur capacité à atteindre leur objectif de bonne santé pour leur bébé et pour elles-mêmes. Ainsi, en reconnaissant au médecin le rôle de détenteur du savoir-faire technique pour assurer le bon fonctionnement du corps, il est possible de lui

accorder sa confiance malgré des ratés de communication. De plus, l'appréciation du suivi de grossesse est modulée par des éléments propres au passé et au contexte de vie de chacune, tels que des antécédents obstétricaux, la situation de primipare, les mauvaises conditions de vie, le stress, l'isolement social ou la violence conjugale. Finalement, les femmes dont les attentes concernaient les examens et celles qui en avaient peu ont exprimé une plus grande satisfaction que celles dont les attentes étaient liées à la qualité de la communication et de la relation humaine avec les soignant.e.s.

4.2.3 L'accouchement

Moments singuliers, les accouchements m'ont été racontés de manière très détaillée. Par nécessité de concision, j'omettrai la description des événements cliniques et me centrerai sur les éléments liés à mes objectifs de recherche. J'aborderai d'abord les expériences prémigratoires de l'accouchement, suivront celles vécues au Québec.

4.2.3.1 Expériences prémigratoires de l'accouchement

Les femmes ayant accouché dans leur pays d'origine ont résumé leur expérience avec des termes tels que « *cauchemar* » (Djamila), « *enfer* » (Basma), « *détesté* » (Eveline), « *terrible* » (Diane). Seule Janina m'a dit ne pas avoir de souvenir significatif des soins reçus lors de son accouchement en Haïti. Son discours était plutôt axé sur l'accompagnement offert par sa mère qui a rendu l'expérience agréable, alors que son accouchement au Québec a été marqué par la solitude. Toutes les autres m'ont raconté des accouchements prenant place dans un contexte de soins empreint de violence.

Le premier élément mentionné par les femmes à propos de leur accouchement dans leur pays d'origine est la douleur, pour laquelle aucune méthode de soulagement n'est

disponible. Lorsque le travail s'étire sur plusieurs heures, celle-ci devient insupportable : « *C'était long! Sans péridurale, c'est vraiment... C'était la mort, je voyais la mort. J'ai dit : sortez-le! Coupez-le en morceaux, je veux plus! J'arrachais mes cheveux, j'en peux plus!* » (Basma). Certaines femmes ont affirmé avoir regretté d'avoir choisi un hôpital public où la péridurale n'était pas offerte.

Les lieux de l'accouchement ont aussi été marquants. Certaines ont mentionné que ceux-ci étant inconfortables, décrivant des tables d'accouchement dures comme des tables de cuisine. D'autres ont parlé de leur insalubrité, de la saleté qu'elles ont remarquée, du cafard vu dans la salle d'opération lors d'une césarienne d'urgence. Toutes ont parlé du malaise vécu face à l'obligation d'accoucher devant plusieurs parturientes et de les voir accoucher, les salles d'accouchement étant collectives :

On m'a mis dans une salle, j'ai trouvé une femme en train d'accoucher, l'autre, elle était en train de pleurer, c'était affreux, affreux. Une salle d'accouchement, ils mettent comme ça plusieurs femmes... Voir une femme en train d'accoucher, c'est pas bon. C'est choquant! C'est démoralisant. (Djamila)

Certaines femmes ont décrit en détail les violences verbales et physiques qu'elles ont vécues en accouchant. Basma raconte que lors de son premier accouchement, elle dit à la gynécologue venue l'examiner qu'elle ressent de la gêne de se dénuder dans un endroit passant. La gynécologue lui répond avec rudesse que personne ne s'intéresse à elle, puis passe aux actes : « *Elle a écarté ma robe, comme ça : « laisse-moi faire mon travail! » ... J'ai pleuré! C'est comme, c'est méchant! Moi j'avais des douleurs, j'étais faible, et toi tu me dis ça, tu me fais ça!* ». Lors de son deuxième accouchement, alors qu'elle sent l'imminence de la naissance, la sage-femme lui ordonne d'attendre le changement de quart de travail. Basma accouche seule, sans assistance, dans la salle d'attente. Elle résumera ainsi la manière dont les soignant.e.s traitent les parturientes en Algérie : « *Ils deviennent plus des médecins avec humanité, ça devient des robots. Ouvre! Tu accouches! Sors! Tu rentres!* ».

De son côté, Grace raconte qu'elle a été victime d'un médecin corrompu lui ayant imposé une césarienne sans autre raison que celle d'obtenir une meilleure paye, la césarienne étant mieux rémunérée qu'un accouchement vaginal. Elle dit avoir eu le sentiment de s'être fait voler l'accouchement naturel qu'elle souhaitait.

Deux récits d'accouchements vécus dans le pays d'origine ont en commun de témoigner du manque de ressources, que ce soit en matériel ou en personnel compétent, entraînant des conséquences dramatiques. Lorsqu'un médecin constate une anomalie dans le déroulement du travail de Diane, elle est emmenée au bloc opératoire afin de subir une césarienne. Le médecin constate alors qu'il ne dispose pas du matériel nécessaire pour réaliser la chirurgie. Il abandonne Diane aux soins de sages-femmes. Diane raconte que, face à un accouchement qui se complique, celles-ci blâmeront son mari et de sa mère qui l'accompagnent et les expulseront de la pièce. Elles blâmeront ensuite Diane, l'insulteront et la laisseront seule. Au moment de la naissance, les complications deviennent sévères, aucun médecin n'arrive, les sages-femmes posent des gestes inappropriés. La mère et le mari de Diane, tous deux professionnels de la santé, interviennent et sortent eux-mêmes l'enfant, qui naît sans pouls. Il devra être réanimé et aura des séquelles permanentes. Diane exprimera que ce qui l'a le plus profondément marquée, c'est la violence des propos et des gestes, le mépris et l'indifférence des soignants. Elle est convaincue que la corruption est pour cause dans la manière dont elle a été traitée, il aurait fallu qu'elle offre un pot-de-vin pour recevoir les soins dont elle avait besoin. Dans le cas d'Eveline, c'est le manque de personnel qui aura des conséquences dramatiques. En effet, arrivée à l'hôpital, on l'installe dans une salle où il n'y a qu'une seule infirmière pour plusieurs parturientes. Alors que celle-ci s'occupe d'une autre femme, la fille d'Eveline naît. Personne n'est présent pour l'attraper, elle tombe au sol. Au bout de trois jours, elle décède, sans avoir vu de médecin, malgré les demandes répétées d'Eveline d'obtenir des soins. Eveline me fait part de son état de choc, de ses sentiments de culpabilité et d'impuissance envers le système de santé haïtien. Cet événement tragique aurait pu, à ses yeux, être facilement

évitée, si seulement un nombre suffisant d'infirmières et de médecins avaient été présents pour s'occuper d'elle et de sa fille.

Toutes les femmes m'ayant raconté leurs accouchements dans des contextes difficiles, empreints de violence, ont affirmé en avoir gardé des souvenirs très vifs et en avoir été habitées pendant longtemps. Le détail et l'émotion avec lesquels ces récits ont été livrés en témoignent. Grace a vécu une dépression post-partum suite à la naissance de sa fille. En me dira : « *Je sais pas si c'est à cause de la césarienne, mais j'avais beaucoup maigri, j'étais incapable de me laver ou de prendre soin de moi. Bon, c'est vrai que j'ai connu une détresse, la détresse après l'accouchement. Post-partum, je sais pas.* » De son côté, Diane nommera que les mois qui ont suivi l'accouchement,

Ça a été très, très, très dur. Très dur, très dur. Je le dis, ça a été très dur pour moi. Moi et mon mari, on s'est dit, on ne veut plus d'enfant. Ah non! On n'en voulait plus là, on n'en voulait plus. Des choses comme ça, ça peut pas vous quitter la mémoire jamais, jamais, non. Ça demeure... Ça demeure.

Elle souligne aussi que, sans le soutien de son mari et de ses parents, elle aurait « *risqué de craquer* ». Finalement, Eveline affirme, elle aussi, qu'après le décès de sa fille, elle ne voulait plus d'enfant, par crainte de revivre ce traumatisme. Elle redeviendra cependant enceinte quelques années plus tard. Elle raconte :

Le deuxième bébé, je veux pas aller à l'hôpital, c'est bon. J'ai accouché chez moi. Ma mère était là, elle dit qu'il faut aller à l'hôpital malgré tout, j'ai dit non! J'ai perdu ma fille là-bas, il n'y a pas de médecin, pas d'infirmière dans la salle d'accouchement et il y a plusieurs personnes en train de faire le bébé, je peux pas aller à l'hôpital!... C'est trop pour moi, c'est pas bon pour moi, en Haïti...

Ces expériences douloureuses moduleront les attentes et le vécu des accouchements au Québec, comme nous le verrons ci-dessous.

4.2.3.2 Expériences québécoises de l'accouchement

Toutes les participantes ont accouché dans un centre hospitalier, où elles ont été hospitalisées quelques jours. La plupart des femmes ont vécu un accouchement sans complication, cependant, deux femmes ont dû subir une césarienne d'urgence et une femme a donné naissance à un grand prématuré. La présentation des expériences d'accouchement suivra la structure suivante : j'aborderai d'abord le vécu des interventions médicales, pour ensuite m'attarder aux récits des gestes marquants. Enfin, je décrirai l'impact pour les femmes de l'accompagnement par un proche.

Pour cinq participantes, l'accouchement a été déclenché à l'hôpital. Trois d'entre elles expriment avoir été rassurées par cette intervention, puisqu'elle se produit dans le cadre d'un plan de gestion d'une complication de la grossesse auquel elles adhèrent. Pour Basma et Janina, le déclenchement est plutôt vécu comme un moment stressant. Les deux femmes mentionnent qu'elles n'ont pas été informées de la raison pour laquelle leur médecin a décidé de réaliser cette intervention, elles ont senti qu'elles devaient s'y plier sans en comprendre la pertinence. Quelques femmes mentionnent la douleur engendrée par cette intervention, pour laquelle elles ne sont pas préparées.

La plupart des femmes ont nommé avoir grandement apprécié la disponibilité de la péridurale en cours de travail. C'est particulièrement le cas de celles qui n'y avaient pas eu accès dans leur pays d'origine : « *Il m'a fait la piqûre. J'ai dit : c'est quoi ça? J'ai rien senti, j'ai accouché. My god! J'ai rien, rien senti (rires)! Entre ce que j'ai vécu au pays, ça a pas de rapport! Là-bas, c'est l'enfer, ça, c'est le paradis.* » (Basma). Si plusieurs femmes ont demandé la péridurale d'emblée, certaines ont affirmé qu'elles auraient souhaité s'en passer, mais que, face à la douleur, elles ont changé d'avis :

Je m'étais dit que j'aimerais mieux vivre [l'accouchement] sans épidurale. Mais là, avec la douleur, quand [l'infirmière] m'a dit : l'anesthésiste est là, si tu veux. Moi, j'ai dit : « Ouais, vas-y, je le veux! » (rires). J'avais vraiment mal. (Selma)

Toutes les femmes y ayant eu recours ont affirmé avoir apprécié le soulagement de la douleur et le sentiment de pouvoir se reposer que la péridurale procure.

Trois femmes ont vécu des complications lors de l'accouchement. Pour Janina, la césarienne d'urgence est accueillie avec ambivalence. D'une part, elle est déçue, car elle souhaitait un accouchement naturel. De plus, elle considère que la nécessité de la césarienne découle de l'échec du déclenchement de l'accouchement, avec lequel elle était en désaccord. D'autre part, elle est soulagée de mettre fin à un long et douloureux travail, ainsi qu'à la souffrance fœtale détectée par son médecin. Elle dira enfin que « *tout s'est bien passé* », puisqu'elle a perdu peu de sang et que le bébé est né en santé.

L'accouchement de Diane se termine, lui aussi, en césarienne d'urgence, décision avec laquelle elle est en accord. À la naissance, son bébé a besoin d'une réanimation néonatale, pendant laquelle elle revit le traumatisme de son premier accouchement :

Il est sorti, mais il n'a pas pleuré. Et là, je commençais à pleurer, à crier. Je pensais, bien sûr, au premier accouchement, et je pleurais, je criais : « C'est fini! Il pleure pas, il pleure pas! Il est mort, il est mort! » Mon mari me calmait, mais j'étais agitée parce que je revivais ce qui s'était passé [lors du premier accouchement].

Diane exprime qu'alors qu'elle est plongée dans une détresse aiguë, la présence de son mari est salvatrice, puisque toute l'équipe médicale est centrée sur le nouveau-né :

Quand l'enfant est sorti, personne est venu me parler. Tout le monde était groupé plutôt vers l'enfant. Y'avait pas mal de gens autour. Mais je savais pas ce qui se passait. Mon mari, lui, il attrapait ma main, c'est lui qui me rassurait, il me disait : « Non, ça va aller, sois sereine » et tout ça. Jusqu'à ce que l'enfant maintenant crie. Je l'ai entendu, ça a été un soulagement pour moi.

Même une fois le bébé tiré d'affaire, Diane raconte que personne de l'équipe médicale n'est venu s'enquérir de son état et l'informer de celui de son enfant. C'est encore son

mari qui remplit ce rôle. Elle vivra ensuite une longue convalescence qui sera facilitée par son sentiment de confiance envers l'équipe soignante, qu'elle décrit comme étant attentionnée et fréquemment présente à son chevet.

De son côté, Grace vit la naissance de sa fille à 23 semaines de grossesse. À travers cette expérience difficile, où elle doit faire face à l'inévitabilité d'un accouchement qu'elle ne souhaite pas vivre, elle souligne avoir apprécié l'accompagnement offert par l'équipe soignante. Elle nomme qu'une infirmière était avec elle en tout temps dès son admission. Elle ajoute que le médecin a pris le temps de lui expliquer les différents scénarios de soins, ce qui l'a rassurée même si elle se sentait incapable d'absorber ces informations tant son désir de ne pas accoucher prenait toute son attention. Puis, « *Après l'accouchement, il [le médecin] est venu me revoir pour me rassurer. On a parlé, elle m'a encore expliqué, elle m'a dit la petite va bien. Elle m'a vraiment bien expliqué les choses.* ». Pour Grace, cette présence et ces explications l'ont aidée à accepter cette épreuve et à accorder sa confiance aux soins donnés à son enfant.

À travers les récits d'accouchement, les participantes ont rapporté des gestes et des paroles de la part du personnel soignant qu'elles ont particulièrement apprécié ou, plus rarement, dont elles se seraient passées. Un premier élément qui ressort de ces descriptions d'interactions concerne la communication sous forme d'explications. Plusieurs femmes ont affirmé avoir aimé recevoir des informations sur le déroulement de l'accouchement, sur les décisions médicales, tout comme des descriptions des soins qu'elles allaient recevoir ou qu'elles étaient en train de recevoir. Pour Grace, les explications l'ont aidée à faire face à l'arrivée de son enfant prématurément. En post-partum, ses propos rejoignent ceux de Diane, puisqu'elles ont toutes les deux apprécié que les infirmières viennent régulièrement leur faire un compte-rendu des dernières heures de leur poupon placé en soins intensifs néonataux. Enfin, pour Aïcha, c'est la valeur pédagogique des informations reçues qu'elle apprécie particulièrement :

[Les infirmières] m'ont appris, je me souviens, comment l'allaiter, comment la prendre dans mes bras, comment l'habiller, le bain... Pour [me] montrer comment faire, surtout, c'est une première grossesse, premier accouchement, on sait rien!

À d'autres moments, c'est le manque de communication et d'explications de la part des soignant.e.s qui est souligné par les récits des femmes, comme dans le cas de Diane, suite à la réanimation de son enfant ou encore, ceux de Basma et de Janina lorsqu'on leur annonce qu'il a été décidé de déclencher l'accouchement.

Un deuxième élément concerne la présence offerte lors de l'accouchement. Plusieurs femmes ont apprécié la présence fréquente d'infirmières auprès d'elles. Pour Eveline, les infirmières devançaient ses appels : « *J'ai même pas eu à mettre la main sur la cloche, [l'infirmière] est venue et a dit : « Je suis là! je suis là »*. Elle affirme aussi avoir apprécié la présence d'un médecin et d'infirmières pour elle seule, dans une chambre individuelle. Cet élément a été nommé par toutes les femmes ayant accouché auparavant dans des salles collectives.

Plusieurs femmes ont raconté qu'elles ont été marquées positivement par une soignante en particulier. La douceur, le calme, la gentillesse, la discrétion sont les qualités les plus fréquemment mentionnées. Pour Djamila, cette soignante est une infirmière, « *un ange. Elle était très gentille, vraiment. Elle était belle, elle était charmante, elle était douce, elle était là, en train de me caresser, de me rassurer. Ça a fait une grande différence* ». Outre leurs qualités, ce sont les attentions, des gestes et paroles bienveillantes, qui m'ont été décrites. Pour Selma et Aïcha, une gynécologue s'est souciée de ce qu'elles sentaient lors d'un soin et leur a donné des mots d'encouragement. Eveline raconte qu'un ambulancier a insisté pour la transporter de chez elle à l'ambulance et l'a couverte avant de sortir : « *Je dis je suis capable, il dit ah non madame! Couchez-vous. Il a mis une [couverture] sur moi. Je me sentais bien.*

Je me sentais en sécurité. ». Pour Basma, c'est une préposée qui lui a amené un repas halal, qui lui a réchauffé des couvertures et l'a couverte pendant qu'elle allaitait :

Elle, je ne l'oublierai jamais. Sa façon de me couvrir, sa façon de me parler, tout ça... Ça m'a touchée, ça m'a vraiment cherchée, parce que dans mon pays, c'est un pays musulman, et la salle d'accouchement c'est pas comme ici. Là, arrivée ici, la femme, elle est pas musulmane, elle est pas arabe, elle me couvre, ben, j'ai pleuré! C'est des choses, des petites choses qui font toute la différence.

Cette citation de Basma fait apparaître que les expériences de soins sont comparées entre elles et jugées à partir de ce qui a été vécu auparavant. Ainsi, Basma a été touchée non seulement par les attentions elles-mêmes, mais aussi par le fait qu'elles contrastent avec la manière dont elle a été traitée dans son pays d'origine. Le témoignage de Diane sur la manière dont les infirmières se sont occupées d'elle va dans le même sens :

L'infirmière est venue, c'est elle qui m'a nettoyée, c'est elle qui s'est occupée de ma plaie, c'est elle qui m'a enlevé ma jaquette, c'est elle qui vidait ma sonde, quelqu'un vient m'apporter à manger. Chez nous c'est pas comme ça! Donc on s'est très bien occupé de moi à l'hôpital. Ça a été vraiment très, très bien.

Les participantes ont rapporté peu d'interactions négatives avec les soignant.e.s. Au nombre de deux, ces récits décrivent des paroles prononcées par des infirmières considérées comme déplacées et méprisantes. Dans les deux cas, elles véhiculaient des stéréotypes et des préjugés à propos des « Arabes » (Selma) ou des « Africains » (Diane). Diane et Selma ont affirmé avoir écouté les propos de l'infirmière et attendu son départ, pour ensuite en parler et en rire avec leur mari. Ceux-ci ont joué un rôle d'allié, soutenant leur conjointe afin qu'elle ne se laisse pas blesser par ces paroles.

Plusieurs participantes étaient accompagnées lors de leur accouchement, souvent par leur mari, parfois par une amie, alors que certaines étaient seules. Les propos des femmes révèlent que la personne à leurs côtés leur a procuré soutien et réconfort tout

au long de leur hospitalisation. Les femmes ayant accouché seules ont toutes souligné qu'elles ont grandement souffert de la solitude pendant leur séjour à l'hôpital.

Cette section a présenté les propos des participantes sur les soins reçus lors de leurs accouchements. Après avoir présenté les récits d'expériences prémigratoires difficiles et parfois traumatiques, je me suis penchée sur les expériences québécoises. Celles-ci ont généralement été appréciées, particulièrement par les femmes ayant déjà accouché dans leur pays d'origine et par celles ayant vécu peu d'interventions et aucune complication. La présence, les mots et gestes bienveillants, les attentions et les descriptions des interventions ont favorisé un vécu positif de l'accouchement. Les interventions médicales sont aussi perçues plus positivement lorsque le personnel soignant a pris la peine de fournir des explications quant à leur nécessité et leur déroulement, sinon, elles peuvent générer du stress. Par ailleurs, deux femmes ont témoigné avoir reçu des commentaires méprisants, empreints de stéréotypes et des préjugés sur leurs origines, de la part d'infirmières. Finalement, l'accompagnement des participantes par un proche a un grand impact sur le vécu de l'accouchement.

4.2.4 La période postnatale

De retour à la maison après l'accouchement, s'amorce la période postnatale, marquée à la fois par le besoin de la mère de récupérer de l'accouchement et par la nécessité de répondre aux besoins du nouveau-né. La présentation des expériences prémigratoires des soins lors de cette période sera suivie de celle des expériences québécoises.

4.2.4.1 Expériences prémigratoires de la période postnatale

Les récits des expériences des soins vécus dans le pays d'origine lors de la période postnatale révèlent que les soins² sont prodigués par des membres de la famille élargie et qu'ils dépassent largement les gestes habituellement réservés aux professionnels de la santé, puisqu'ils comprennent la prise en charge de l'ensemble des besoins et des responsabilités de la mère afin de la laisser se reposer. Ainsi, les participantes ont décrit que leurs proches, souvent leur mère, leurs sœurs et parfois des tantes ou des cousines s'acquittent des tâches domestiques, préparent les repas, s'occupent de la fratrie, lavent et changent le nouveau-né et prodiguent des soins corporels à la mère pendant plusieurs mois. Ces soins quotidiens permettent à la mère de récupérer de la grossesse et de l'accouchement : « *Après l'accouchement, ma mère était là, je pouvais rester deux mois allongée sur mon lit, juste allaiter l'enfant. Parce que ma mère, elle faisait tout pour moi.* » (Janina). Les propos de Grace vont dans le même sens : « *C'est quand elle [ma première fille] a eu six mois que j'ai commencé à m'occuper d'elle. Parce que là-bas, il y a toujours quelqu'un pour t'aider... Quand une femme vient d'accoucher, pendant 6 mois elle ne fait rien, elle allaite juste le bébé.* ». Plusieurs femmes affirment que cette présence constante a été bénéfique pour leur bien-être psychologique, créant autour d'elles une atmosphère « *chaleureuse, tu sens qu'il y a quelqu'un pour toi, que t'es soutenue partout* » (Basma). Grace nomme que cette présence et ces soins en continu ont facilité son rétablissement de sa détresse postnatale. Finalement, toutes les femmes ont souligné que, dans leur pays d'origine, les soins postnatals prodigués par des professionnels de la santé, tels qu'ils les ont vécus au Québec, sont inexistantes. Cela amènera Djamilia à dire : *[Après l'accouchement], c'est notre maman qui s'occupe de nous. C'est elle qui fait le CLSC, c'est elle qui fait l'infirmière, c'est elle qui fait tout.*

² Ici, le sens du mot soin dépasse son acception en contexte médical, et prend le sens de « l'ensemble des pratiques sociales contribuant à la production de la santé et comme pratiques d'entretien de la vie. » (Saillant, 1991).

Y'avait ma sœur aussi avec moi. C'est un très bon soutien. On ne peut pas être mieux servi que par ses parents. ». Elle poursuivra en affirmant que, bien qu'elle ait préféré son expérience québécoise des soins médicaux lors de la grossesse et de l'accouchement, elle serait volontiers retournée dans son pays lors de la période postnatale, « *pour être entourée, pour être chouchoutée, comme on dit.* ».

4.2.4.2 Expériences québécoises de la période postnatale

Pour les participantes, la période postnatale vécue au Québec est marquée par la solitude découlant de l'absence de leurs proches. Celle-ci est particulièrement forte chez les multipares, qui ont fait l'expérience des soins postnatals prodigués par les membres de leur famille. Plusieurs d'entre elles ont exprimé avoir eu envie de retourner dans leur pays d'origine ou avoir ressenti des regrets par rapport à la migration : « *T'es seule, la maison est vide, tes enfants sont seuls... Tu rentres dans le doute, est-ce que j'ai fait le bon choix [en venant vivre ici], oui ou non?* » (Basma).

La plupart des femmes ont affirmé avoir tout de même eu du soutien lors de cette période, bien que moins que si elles avaient été dans leur pays d'origine. Plusieurs femmes ont souligné que leur mari a pris en charge une partie des tâches domestiques et des soins aux enfants, qui auraient autrement été réalisées en totalité par une proche : « *Il aide les enfants à faire leurs devoirs, il prépare parfois à manger, il fait la vaisselle, voilà. Il m'aide du mieux qu'il peut.* » (Djamila). Certaines participantes ont aussi raconté qu'elles ont reçu la visite de leur mère, parfois accompagnée de son mari ou d'une sœur, qui est restée plusieurs semaines afin de leur apporter des soins.

En plus de la solitude, le manque de soutien en période postnatale entraîne beaucoup de fatigue, un sentiment d'être dépassée par ses responsabilités, de la culpabilité, pouvant aller jusqu'aux humeurs dépressives : « *Je ne peux pas manger, parce que je*

pleure tout le temps... J'en avais marre... » (Janina). Les participantes qui, comme Janina, n'ont eu aucun soutien sont celles qui ont exprimé la plus forte détresse.

Les deux femmes primipares ont affirmé avoir reçu beaucoup de soutien de la part de leur mari. Cependant, la présence d'une personne d'expérience afin de les accompagner dans l'apprentissage de leur nouveau rôle de mère leur a manqué. Toutes deux ont exprimé s'être senties stressées, inquiètes, dans l'inconnu et submergées de questions. Afin d'obtenir des réponses, elles se sont tournées vers les ressources institutionnelles :

J'avais beaucoup de questions, quand [l'infirmière] est venue, j'ai posé beaucoup de questions, j'ai eu beaucoup de réponses. Un numéro qu'ils m'ont laissé, c'était soit le 811 ou soit au CLSC, un numéro où il y a une infirmière qui peut me répondre, des fois j'appelais pour poser des questions, si j'ai un doute... (Aïcha)

Pour sa part, Selma fréquente la Halte-allaitement du CLSC, puis éventuellement des organismes communautaires offrant des activités et des services aux nouvelles mères. Elle affirme que la période postnatale suite à la naissance de son deuxième enfant a été facilitée par sa connaissance des services et ressources disponibles.

Toutes les femmes accouchant au Québec reçoivent la visite à domicile d'une infirmière quelques jours après leur retour à la maison. Lors de cette visite, l'infirmière procède à un examen du nourrisson afin de s'assurer que sa santé est bonne. Elle examine aussi la mère et lui prodigue des soins au besoin. Les deux primipares sont celles pour qui ces visites ont revêtu la plus grande importance. Aïcha exprime que l'infirmière a pu non seulement répondre à ses nombreuses questions, mais aussi lui prodiguer des enseignements et l'évaluer dans son rôle de mère :

L'infirmière aussi elle est venue à la maison, elle m'a montré beaucoup de choses, la température de la maison, le lit du bébé, ses affaires, ce que je dois lui mettre... Elle a vu que ma fille elle a pris un peu de poids, que je l'allaites bien, que tout va bien, alors elle m'a dit : « J'ai même pas besoin

de retourner te voir parce que c'est correct, tu fais les choses comme tu dois les faire », oui.

De son côté, Selma raconte que l'infirmière lui a annoncé que la prise de poids de sa fille était insuffisante, sans toutefois proposer de solution immédiate à ses difficultés d'allaitement. Cette annonce la plonge dans l'inquiétude et la culpabilité, alors qu'elle est déjà au cœur d'une période éprouvante psychologiquement. Cependant, l'infirmière la réfère à la halte-allaitement du CLSC, où elle trouvera réponses, soutien et réconfort.

Les multipares, bien qu'ayant aussi affirmé avoir apprécié la visite de l'infirmière, l'ont trouvée moins significative, puisqu'elles étaient déjà à l'aise dans leur rôle de mère et, conséquemment, avaient moins de questions et d'inquiétudes. Pour ces femmes, le rôle de l'infirmière se résume à faire un dépistage afin de s'assurer de la bonne santé du nouveau-né et de la mère, sans comporter de dimension de soutien dans l'apprentissage d'un nouveau savoir-faire. Djamila, faisant écho aux propos des primipares, affirmera :

Ce passage de l'infirmière est très important, surtout pour une femme qui a son premier bébé. C'est le premier, elle est toute perdue, c'est très réconfortant. On a des questions... pas comme quelqu'un qui a de l'expérience, qui a déjà eu des enfants, qui a sa maman qui est là.

Ce dernier commentaire met en lumière que, pour Djamila, l'infirmière prend le rôle que la mère de la primipare aurait pris dans son pays d'origine. Finalement, Basma a exprimé de son expérience des soins par une infirmière en postnatal qu'elle a ressenti beaucoup de honte de recevoir quelqu'un chez elle alors qu'elle était dans une situation de grande pauvreté et de solitude. Dans ce contexte, elle a apprécié l'empathie, la bienveillance, l'écoute attentive de l'infirmière, tout comme ses références vers des organismes communautaires qui lui ont fourni de l'aide matérielle et alimentaire.

En dernier lieu, les récits des participantes révèlent que plusieurs d'entre elles avaient des besoins pour lesquels il existe des services, mais qu'elles n'y ont pas eu accès, faute

de les connaître ou d'y avoir été référées, ou encore, parce qu'elles avaient honte de faire une demande. Les femmes n'ayant aucun soutien lors de la période postnatale auraient grandement bénéficié d'un service d'auxiliaire familiale. Quelques femmes ont nommé avoir vécu une détresse psychologique persistante, pour laquelle elles n'ont pas reçu d'aide. Janina faisait partie de ces femmes, vivant en situation de violence conjugale et de grande précarité financière, elle a vécu la période postnatale dans la solitude la plus totale et dans un état dépressif. Finalement, Aïcha a mentionné avoir eu un problème d'allaitement alors que sa fille avait six semaines, pour lequel elle n'a pas réussi à obtenir de l'aide à temps, ce qui a mis fin à l'allaitement plus tôt que voulu.

Pour conclure, les propos des participantes sur leur vécu de la période postnatale ont permis d'éclairer les pratiques de soins postnatals dans leur pays d'origine, qui ont beaucoup en commun. Les femmes ayant donné naissance avant la migration ont connu une période postnatale où elles étaient constamment entourées et soignées par les membres de leur famille, leur procurant bien-être physique et psychologique. Cette expérience contraste avec celle vécue au Québec, qui est marquée par la solitude et l'absence de soutien et de soins. Ainsi, cette période vécue en sol québécois est généralement qualifiée de difficile. Les participantes ayant un mari disponible et disposé à prendre le rôle qui aurait normalement été dévolu à leur belle-mère, tout comme celles ayant reçu la visite de leur mère ou d'autres proches, ont une meilleure expérience de cette période. Finalement, la visite de l'infirmière en postnatal a particulièrement aidé les femmes primipares, leur apportant du soutien dans l'apprentissage du rôle de mère. Cependant, cette visite a rarement orienté les femmes vers les ressources dont elles auraient eu besoin afin d'obtenir du soutien.

4.3 Conclusion

Ce chapitre a été consacré au dévoilement des résultats de la recherche. En première partie, les récits du parcours migratoire ont révélé que, bien que toutes les femmes aient vécu la perte de leur réseau social et plusieurs d'une stabilité financière, pour les femmes ayant subi une plus grande perte de leur statut socio-économique tout en ayant des enfants à charge, il est plus difficile de surmonter ces pertes. La deuxième section s'est attelée à la description des parcours de soins en périnatalité, en commençant par les obstacles et les éléments facilitateurs à l'accès aux soins. Ensuite, il ressort des récits du suivi de grossesse que les femmes ont une perception positive des examens proposés, qu'elles s'impliquent dans leur suivi en suivant les recommandations ou en les rejetant lorsque celles-ci ne sont pas au diapason de leur conception de la santé, et que les lacunes dans la communication affectent négativement la relation avec le personnel soignant. Puis, les récits d'accouchement ont mis en lumière que les qualités relationnelles, telles que la bienveillance, les attentions et l'aptitude à décrire et à expliquer le déroulement de l'accouchement et des interventions médicales, ont été déterminantes pour le vécu de cet événement. Enfin, la période postnatale est marquée par des besoins en soins dépassant ce qui est offert par le système de santé. Les femmes ayant donné naissance dans leur pays d'origine ont vu ces besoins comblés en période postnatale, contribuant à leur bien-être, alors qu'au Québec, la période postnatale est plutôt empreinte d'un manque de soutien ayant souvent mené à de la détresse.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Après avoir présenté de manière descriptive les résultats de l'analyse systématique des données recueillies dans le dernier chapitre, il convient de soumettre ces données à une deuxième analyse, plus théorique. Le présent chapitre sera donc consacré à dégager des pistes d'interprétation des données à la lumière des outils conceptuels et des connaissances présentées dans la recension d'écrits. Dans un premier temps, j'analyserai les perspectives des participantes sur les examens médicaux en les plaçant sous l'éclairage des concepts développés par Foucault (1975, 1976). Puis, c'est la lunette de la sociologie des interactions de Goffman qui me permettra d'élaborer une réflexion sur les témoignages recueillis à propos de la relation avec les soignant.e.s. Enfin, la conclusion fera un parallèle entre la recension d'écrits portant sur les déterminants sociaux de la santé des personnes immigrantes et les données recueillies dans la présente recherche.

5.1 Perceptions des examens médicaux

Toutes les femmes rencontrées ont exprimé à leur manière leur adhésion aux examens médicaux et aux soins proposés lors de la grossesse et de l'accouchement. À la racine de cette adhésion est nommé le souhait que leur grossesse débouche sur la naissance d'un bébé en bonne santé. Dans le discours des participantes, le terme « normal »,

fréquemment employé, est utilisé comme synonyme de bonne santé. Ces femmes souhaitent ainsi vivre une grossesse normale et voir naître un bébé normal. Pour elles, le suivi médical de grossesse est perçu comme la meilleure, voire la seule manière d'y arriver, grâce aux savoirs et à la technologie qui y sont mobilisés afin d'évaluer leur état de santé et de proposer des correctifs lorsque celui-ci déroge de la normalité.

Ce désir de bonne santé et le suivi de grossesse comme moyen d'y répondre ne signifie pas pour autant de s'en remettre entièrement entre les mains des soignants. En effet, les femmes rencontrées ont aussi nommé leur souhait de développer un savoir sur leur état de santé et celui de leur bébé, de connaître les résultats des examens, de comprendre les interventions proposées. Ainsi, leur satisfaction à l'égard des examens et des soins découle d'une part de ce que ceux-ci leur permettaient de révéler sur la normalité de leur grossesse et, d'autre part, du sentiment d'être impliquée, de faire équipe avec les soignant.e.s avec qui elles sentent partager l'objectif de la bonne santé. Pour les participantes, la forte tendance à observer les recommandations et à adhérer aux interventions proposées est corollaire au sentiment que l'équipe soignante répond à leurs attentes d'information, d'écoute et d'objectifs communs quant au déroulement et à l'issue de la grossesse. À l'inverse, les refus de suivre une recommandation étaient toujours justifiés par la conviction que celle-ci ne permettrait pas d'atteindre leur objectif de bonne santé. Les femmes sont donc loin d'être passives dans leur adhésion aux soins, elles s'y conforment activement et consciemment ou ne s'y conforment pas, démontrant par là leur capacité d'agir, leur agentivité (Haicault, 2012).

À l'égard de la perception du suivi médical comme essentiel pour répondre favorablement à leur aspiration à la santé, les récits des femmes immigrantes rencontrées rejoignent ceux recueillis par DeKoninck (1990). Alors que celle-ci explique cette perception par une adhésion au discours médical découlant de la socialisation des femmes, il m'est impossible d'émettre une telle hypothèse explicative, la présente recherche ne s'étant pas penchée sur la socialisation des femmes et des

discours sociaux qui l'ont alimentée avant la migration. Toutefois, il est possible de considérer que le désir de normalité et la recherche de soins médicaux pour y accéder sont au diapason du contexte socioculturel dans lequel s'élaborent la pratique et le discours médical depuis le 18^e siècle dans les sociétés occidentales, qui a pour toile de fond le biopouvoir (Foucault, 1976). Selon Foucault (1976), le biopouvoir comme modalité de gouvernement qui gère la vie des populations qu'il gouverne, s'articule sur l'accumulation de connaissances sur les individus membres de la société afin d'établir une norme ou un objectif à atteindre, ainsi que sur le développement d'interventions afin de corriger les écarts à cette même norme ou à cet objectif. Il implique donc une volonté de normalisation de certaines caractéristiques des individus composant la population. Ainsi, dans le champ de la santé, la normalité est une notion centrale, elle représente l'idéal à atteindre et la raison d'être du suivi médical. Toute personne ayant été socialisée dans les sociétés où le mode de gouvernement est celui du biopouvoir a ainsi été alimenté de discours sur la santé et sur le rôle des soins de santé au cœur desquels se trouvaient la notion de normalité.

Bien que le biopouvoir soit l'apanage des États occidentaux contemporains, il est possible d'émettre l'hypothèse que son influence s'étende au-delà des frontières des pays qui l'ont vu naître, par le biais de la colonisation. En effet, Foucault (1975, 1976) décrit l'apparition du biopouvoir en France au 18^e siècle, à l'époque où celle-ci est une puissance coloniale d'étendant sur plusieurs régions du monde. Il est ainsi possible que l'entreprise coloniale française ait imposé, au moins en partie, le biopouvoir comme mode de gouvernement dans ses colonies ou encore, que le biopouvoir ait influencé la médecine coloniale. Toutes les participantes à la présente recherche sont originaires de pays ayant été colonisés par la France. Il est donc possible qu'il existe certaines similitudes dans la socialisation des femmes originaires de pays ayant été colonisés par la France en ce qui concerne les soins médicaux. Cependant, ce mémoire de recherche ne s'étant pas attelé à cerner l'histoire du développement des systèmes de santé et de

santé publique dans les pays d'origine des participantes, ces réflexions sur la part jouée par la socialisation des femmes dans leur discours resteront au stade d'hypothèse.

Une autre piste interprétative du discours des femmes sur la normalité et leur recherche de soins de santé nous amènerait à nous attarder à leur opinion positive de l'offre de soins dans les pays occidentaux. En effet, plusieurs femmes ont affirmé leur conviction que les soins de santé offerts au Québec étaient de meilleure qualité que ceux offerts dans leur pays d'origine. Cette conviction existait déjà avant la migration. Leur recherche de soins et leur adhésion aux discours médicaux pourrait donc aussi provenir de leur socialisation dans un contexte social d'ex-colonie qui place encore sur un piédestal certains éléments des sociétés occidentales. Par ailleurs, il est aussi possible que les femmes partageant cette conviction aient des connaissances sur le taux de mortalité et de morbidité dans les différents systèmes de santé qu'elles comparent. De plus, il pourrait aussi être possible que les propos des participantes à la recherche témoignent simplement de leur adaptation aux discours véhiculés sur leur terre d'adoption, le Québec. Finalement, les mauvaises expériences de soins lors de l'accouchement ont certainement pu avoir un impact sur les perceptions des femmes des soins périnataux prodigués au Québec.

Les examens médicaux réalisés lors du suivi de grossesse sont autant d'exams tels que décrits par Foucault (1975). Procédure par excellence du pouvoir qui gère la vie jusque dans l'intimité des corps individuels, l'examen, selon Foucault, combine les deux techniques que sont la « *surveillance hiérarchique* » et la « *sanction normalisatrice* »³ (1975, p. 217). C'est en son sein que la superposition du savoir et du

³ Lors de l'examen médical, les deux facettes du biopouvoir, soit l'anatomo-politique du corps humain et la biopolitique de la population, se superposent : les caractéristiques du corps examiné sont comparées à une norme qui est établie à partir de statistiques sur une population, puis, si les caractéristiques de l'individu s'éloignent de la norme statistique, le médecin proposera une intervention afin de ramener l'individu vers la norme. C'est cette intervention normalisatrice, que Foucault nomme « sanction

pouvoir « *prend son éclat visible* » (1975, p. 217). En ce qui concerne la dimension de surveillance hiérarchique de l'examen, les participantes ont relaté que, lors de leurs rendez-vous, leur corps a été observé et mesuré grâce à différents instruments. Les résultats de ces mesures ont été notés dans leur dossier par le médecin. Ce faisant, elles sont entrées dans ce que Foucault nomme le champ documentaire, c'est-à-dire que certaines de leurs caractéristiques personnelles ont été révélées, mises en lumière, puis consignées dans un dossier à leur nom, participant ainsi à l'érection de toute un édifice de savoirs sur les individus. Le médecin, de son côté, reste dans l'ombre, il ne se dévoile pas, ce qui, toujours pour Foucault (1975), est un élément important de la relation de pouvoir : le médecin non seulement a le pouvoir de mesurer et de noter, d'exposer les caractéristiques de sa patiente et de les capter, de l'objectiver, il le fait de surcroît sans se dévoiler lui-même. De plus, pour que l'examen ait lieu, pour que le médecin puisse mesurer les caractéristiques des femmes, exercer une surveillance sur leur corps, celles-ci doivent consentir à se soumettre à son savoir-faire, à son pouvoir, au nom du statut d'expert qu'il mobilise en raison de son savoir. Ainsi, quelques femmes ont mentionné avoir senti qu'elles avaient dû se plier à des conditions d'examen désagréables, telles

normalisatrice ».

Foucault décrit en détail l'examen dans *Surveiller et punir* (1975). Ce faisant, il n'opère pas encore de distinction entre un dispositif de pouvoir disciplinaire et un dispositif de pouvoir sécuritaire. Ce n'est que plus tard, en 1978, dans *Sécurité, territoire, population* (2004), que Foucault affine sa description des mécanismes de pouvoir à l'œuvre, soit la normation dans ce cadre du pouvoir disciplinaire et la normalisation dans le cadre du pouvoir sécuritaire. Bien qu'il y ait des similarités entre l'examen dans le cadre de la normation et l'examen dans le cadre de la normalisation, il importe de souligner que l'examen médical se situe du côté de la normalisation et du dispositif sécuritaire. Le terme « sanction normalisatrice », bien qu'il puisse s'employer pour les deux dispositifs, est peut-être plus adapté au dispositif disciplinaire de normation. Dans le cadre de l'examen médical, l'action entreprise afin de normaliser les corps, motivée par la gestion du risque (Foucault, 2004), peut s'apparenter moins systématiquement à une sanction, bien qu'elle ait pour but de corriger vers la normale, de normaliser. Nous utiliserons donc le terme « intervention normalisatrice » pour la suite de la présente analyse.

que d'être examinées par un homme ou de sentir de la douleur lorsqu'un médecin peu attentionné les touchaient.

En ce qui concerne la dimension de l'intervention normalisatrice de l'examen, elle survint lorsque les observations faites sur les participantes furent comparées à une norme. Lorsqu'elles s'en éloignaient, le médecin recommanda des actions afin de les ramener à cette norme, de les normaliser. Ce fut le cas d'Eveline : son taux de globules rouges dans le sang étant anormalement bas, on lui prescrivit un médicament afin de corriger l'anomalie. Pour Diane et Selma, un traitement pour le diabète, impliquant régime alimentaire, prise de médicaments et suivi intensif, fut imposé afin de s'assurer du maintien de la glycémie à des valeurs normales. Pour Djamila, c'est la tension artérielle trop élevée qui mena au déclenchement médical de l'accouchement. Djamila n'est pas la seule pour qui l'intervention normalisatrice d'une mesure anormale proposée par les responsables du suivi de grossesse consista à provoquer la naissance du bébé. Ce fut aussi le cas de Diane, pour qui on évaluait que le poids du bébé était trop élevé, de Basma, pour qui on soupçonnait que la grossesse perdurait trop longtemps, et de Janina, suite à un diagnostic de maladie sanguine. L'intervention normalisatrice découlant de l'examen médical peut donc avoir très peu d'impact sur le vécu du déroulement de la grossesse ou, au contraire, en modifier grandement le cours.

Pour Foucault (1975, 213), lors de l'examen, le classement même de l'individu par rapport à une norme produit sur lui des effets. Ainsi, les savoirs générés en observant un individu et ceux mobilisés afin de les comparer à une norme ont un effet de pouvoir sur la personne qui subit l'examen. Pour les participantes à la recherche, cet effet se manifestait sous la forme de vives émotions lorsqu'on leur annonçait le résultat de leur classement par rapport à la norme. Lorsque leurs caractéristiques s'avéraient normales, elles ont rapporté avoir ressenti de la joie ou le soulagement. Lorsqu'elles s'avéraient anormales, les femmes ont rapporté avoir ressenti de l'inquiétude, de la culpabilité et

du stress. L'impact psychologique du classement lui-même dans l'échelle de mesure de la normalité était donc manifeste.

Bien que les femmes adhèrent aux protocoles de soins périnataux et reconnaissent le savoir détenu par le corps médical, il ne faudrait pas pour autant conclure qu'elles sont passives dans le processus de soins. Au contraire, toutes les femmes ont manifesté, d'une manière ou d'une autre, s'être activement impliquée dans le déroulement du suivi de grossesse. Certaines ont voulu développer leurs connaissances sur les examens proposés et sur leurs résultats. Toutes étaient attentives à leurs symptômes de grossesse et appréciaient les explications fournies par les soignant.e.s sur les examens et les soins. La relation de pouvoir avec le médecin ayant pour socle le savoir médical, il est possible que, pour les femmes, développer leurs connaissances sur les examens médicaux, sur la physiologie de la grossesse et sur leur propre corps leur permette de s'approprier un certain pouvoir. De plus, les recommandations émises par les soignants étaient évaluées par les femmes en fonction de leur cohérence avec leur conception de la santé et étaient soit suivies ou rejetées. Ainsi, tel que le note Foucault (1976, 125), le pouvoir est toujours relationnel et, là où il se manifeste, des formes de résistance se manifestent aussi. L'agentivité des femmes ne se serait ainsi pas seulement développée et exprimée malgré la relation de pouvoir avec les soignants, mais plutôt, au moins en partie, à travers cette relation.

Pour résumer, les participantes à la recherche ont exprimé leur reconnaissance des savoirs médicaux mobilisés lors du suivi de la grossesse et de l'accouchement. Elles ont aussi exprimé avoir vécu l'expérience d'équipes soignantes qui partageaient avec elles leur objectif de donner naissance à un bébé en bonne santé. Cela n'a toutefois pas empêché les femmes de faire appel à d'autres savoirs à l'extérieur de leurs rendez-vous afin de prendre des décisions concernant leur grossesse, tels que, par exemple, la foi, ou encore, leur propre conception de ce que représente la bonne santé en fonction de leurs valeurs, comme, par exemple, pour Aïcha, qui a choisi de ne pas subir le dépistage

de la trisomie 21 recommandé par son médecin. Finalement, certaines femmes ont déploré que les examens médicaux ne s'intéressent qu'à leur corps, alors qu'elles auraient souhaité qu'il y ait une place pour une communication bi-directionnelle, afin de pouvoir comprendre les savoirs déployés par les soignant.e.s et aussi de pouvoir amener leurs propres savoirs dans leur relation avec ceux-ci.

5.2 Interactions avec les soignant.e.s

À l'intérieur du cadre du rendez-vous médical, les attentes des femmes interviewées envers les soignant.e.s sont principalement axées sur les savoirs déployés dans le but d'assurer la normalité de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfant à naître. Ainsi, elles ont nommé s'être senties en confiance lorsque ces attentes étaient satisfaites grâce à la réalisation de plusieurs examens médicaux et à l'utilisation d'outils technologiques lors de ceux-ci. Cependant, une fois ces attentes liées au cadre satisfaites, il ressort des témoignages recueillis que l'élément le plus significatif pour l'appréciation des soins est la qualité de la relation avec les soignant.e.s, dont le pilier est la communication.

Les récits des relations avec les soignant.e.s ont révélé les éléments dans la communication dont la présence a favorisé une appréciation favorable des soins. Le premier de ces éléments consiste en l'offre d'explications sur le déroulement, l'objectif et les résultats des examens et des interventions médicales, de la part des soignant.e.s. Le partage du savoir ouvre la possibilité d'avoir une certaine prise sur le déroulement des examens médicaux, permet de s'approprier un certain pouvoir, qui devient alors, lui aussi, partagé. En deuxième lieu, l'écoute attentive de la part des soignant.e.s, tout comme le sentiment d'avoir le temps de s'exprimer, de poser des questions et d'obtenir des réponses a fortement contribué à la satisfaction des femmes. Ensuite, il y a les attentions, lorsque le personnel soignant s'enquière et s'assure du bien-être des femmes

pendant les interventions, ainsi que les paroles bienveillantes, encourageantes et rassurantes. Finalement, les femmes qui rencontraient le même médecin ou la même infirmière, au fil des rendez-vous de suivi, ont affirmé avoir apprécié cette continuité qui permettait de bâtir une relation dans le temps. La présence de ces éléments lors des interactions entre les soignant.e.s et les femmes, favorisent pour ces dernières le sentiment d'être impliquées dans le suivi médical de leur grossesse, ainsi que contribuent à donner un sens aux soins proposés, améliorant l'expérience des soins et le vécu de la grossesse.

Les propos recueillis lors des entrevues ont souvent souligné les lacunes dans la communication avec les soignant.e.s. Celles-ci composent l'envers des éléments mentionnés ci-dessus. En effet, ces lacunes concernent les explications, les attentions, l'écoute et la continuité dans les personnes rencontrées. Le caractère expéditif des rendez-vous, qui se manifeste par une attitude pressée de la part soignant.e.s, amène les femmes à constater qu'il n'est pas possible d'obtenir l'écoute nécessaire pour poser des questions ou nommer des parties de l'expérience de la grossesse qui, si elles sont pertinentes et significatives pour elles, ne semblent pas l'être pour les soignant.e.s. L'absence d'explications sur les soins proposés, sur les résultats des examens ou encore, l'absence de conseils, aura empêché les femmes qui l'ont vécu de donner un sens aux soins et aux examens médicaux, causant chez certaines un désengagement dans la relation et dans les soins, un sentiment d'être réduites à leur corps, et une augmentation du stress et de l'inquiétude pendant la grossesse. Ainsi, lorsque la communication est inexistante, la relation entre médecin et femme enceinte est réduite à une forme d'assujettissement, nuisant à l'expérience de la grossesse.

Pendant l'accouchement, le manque d'explications amènera certaines femmes, n'ayant pas eu l'occasion de comprendre les interventions proposées, à se sentir obligées de se soumettre à des interventions avec lesquelles elles ne sont pas en accord. La possibilité même de discuter du plan d'intervention et d'y consentir a semblé, pour ces femmes,

inexistante, ce qui a nui à leur expérience de l'accouchement. De plus, l'absence de communications sur le déroulement de la naissance et l'état du nouveau-né pourrait être particulièrement difficile à vivre pour des femmes ayant vécu un traumatisme lors d'accouchements précédents. À ce titre, il s'avère que celles qui ont vécu les traumatismes les plus importants lors de naissances précédentes étaient accompagnées lors de l'accouchement, et que leur mari leur a donné le réconfort nécessaire afin de ne pas revivre un traumatisme, alors que la communication de la part des soignant.e.s laissait à désirer. En ce qui concerne les lacunes dans l'écoute de la part du personnel soignant lors des rencontres, les femmes l'ayant vécue ont témoigné ne pas avoir reçu de réponses complètes à leurs questions, n'avoir pu avoir de discussion autour de certaines inquiétudes, ou encore, ne pas avoir eu même le temps de formuler une question ou d'aborder un sujet qu'elles souhaitaient aborder. Ce manque de disponibilité pour écouter les femmes aura eu pour effet de laisser les femmes seules avec leurs inquiétudes et leurs questions demeurées sans réponses, favorisant un sentiment de solitude, de ne pas être soutenue ou encore, que certains aspects de leur expérience n'est pas pertinente pour les soignant.e.s. Enfin, certaines femmes ont déploré qu'elles ne rencontraient pas le même médecin d'un rendez-vous à l'autre, ce qui nuit à l'établissement d'une relation favorisant la communication, puisqu'il est impossible de développer une familiarité permettant une prise de parole plus spontanée. Cette absence de continuité a amené certaines femmes à devoir répéter des informations à leur dossier ou encore, à recevoir des informations contradictoires d'un intervenant à l'autre, créant de la confusion et le sentiment d'être toujours une inconnue en face d'inconnus, minant la possibilité d'établir une relation thérapeutique.

Les propos des femmes sur les difficultés de communication avec les soignants rejoignent l'analyse de De Koninck (1990), ainsi que celle de Saillant (1991), qui soulignent que le contexte dans lequel prend place l'interaction entre médecin et femme enceinte, traversé d'une culture médicale, d'impératifs institutionnels, de discours, favorise l'instauration d'une relation où il est difficile de prendre en compte autre chose

que les savoirs du médecin. Une bonne partie de l'expérience des femmes, considérée comme ne relevant pas du champ médical, est donc évacuée de la rencontre clinique. Alors que De Koninck (1991) s'attarde sur la négation par les médecins des sentiments vécus par les femmes lors de la grossesse et de la douleur lors de l'accouchement, Saillant (1991) développe l'idée que tout ce qui se passe dans la sphère domestique, loin des murs des cliniques et des hôpitaux, est considéré comme étant hors du champ d'action du médecin, de ce qu'il peut offrir comme soin. Cette perspective permet d'éclairer pourquoi plusieurs situations de vie difficiles, telles que la dépression, la violence conjugale, la pauvreté matérielle, le stress financier et l'isolement social, sont passées sous le radar des professionnels de la santé qui voyaient ces femmes régulièrement, les privant ainsi d'avoir accès à l'aide dont elles auraient pu bénéficier. Les rencontres cliniques ne permettaient pas d'aborder ces sujets qui, pourtant, sont reconnus comme ayant un impact sur la santé (OMS, 2009). Ainsi, il semblerait que la pratique médicale n'ait pas eu d'outils afin de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé chez les femmes, centrant plutôt son attention sur leur corps, sans prendre le temps d'explorer, par la conversation clinique, leur expérience de la grossesse dans l'ensemble de leurs différentes dimensions.

La sociologie des interactions développée par Erving Goffman comme choix de cadre théorique m'a amenée à porter une attention minutieuse aux interactions tissant la relation entre soignant.e.s et femmes et à les enraciner dans leur contexte. Comme décrit précédemment, l'analyse des données sous cette lunette théorique a révélé que le cadre dans lequel prend place l'interaction, c'est-à-dire l'examen médical, ainsi que les attentes des femmes par rapport à ce cadre et quant au rôle joué par le médecin, influencent fortement la perception des paroles échangées lors de la rencontre clinique. Ainsi, tout en acceptant le cadre de l'examen médical et en reconnaissant le rôle du médecin comme détenteur de savoirs visant à assurer la santé et la normalité de l'enfant à naître, les femmes ont identifié des types d'interactions avec les soignant.e.s qu'elles

ont apprécié, ainsi que d'autres qu'elles ont déploré, ce qui ouvre des possibles pour la transformation du cadre de l'interaction.

Dans *Stigmat* (1975), Goffman souligne l'importance de l'identité mise de l'avant par les personnes stigmatisées, ce que l'on pourrait aussi nommer le rôle joué, afin de préserver son image de soi et éviter le plus possible le discrédit lors des interactions avec les personnes dites normales, c'est-à-dire ne portant pas de stigmat. Dans le cadre des rendez-vous de suivi de grossesse pour des femmes immigrantes, c'est l'identité de femme enceinte qui a été mise de l'avant par les femmes, conformément au contexte et au rôle du médecin. Ainsi, l'identité d'immigrante n'a pas été mentionnée par les femmes comme ayant influencé le déroulement des interactions avec les soignant.e.s. Contrairement aux femmes qui ont témoigné dans la recherche de Spitzer (2004) avoir été ignorées et moins bien traitées que les femmes blanches, les femmes interviewées dans cette recherche ont plutôt affirmé avoir eu l'impression d'avoir été traitées de la même manière que les femmes nées au Québec. De plus, les lacunes dans la communication relevées par les femmes n'ont pas été attribuées à l'aspect interculturel de l'interaction, mais plutôt au cadre médical. Cependant, il est impossible d'affirmer pour autant qu'il n'existe pas des disparités dans le traitement et la communication entre les femmes enceintes de diverses origines. Afin d'élucider la question de la discrimination et du racisme dans les soins, il faudrait des recherches ancrées dans les milieux de soins permettant de comparer les trajectoires de soins, les interventions et le déroulement des examens entre les femmes enceintes nées au Québec et celles venues d'ailleurs. Il faudrait aussi des recherches s'intéressant au point de vue des soignant.e.s afin de saisir leurs perspectives sur les particularités, s'il y en a, de l'intervention auprès d'une clientèle immigrante.

Les participantes à la recherche ont exprimé la perception que la plupart ou la totalité de leur expérience des soins fut exempte de discrimination ou de racisme. Seules deux femmes ont raconté un événement où elles ont subi des propos empreints de préjugés

et de stéréotypes quant à leurs origines, de la part d'infirmières. Dans un cas, l'infirmière affirmait que les parents de la même origine que la participante avaient pour habitude de lancer les nouveaux-nés dans les airs pour ensuite les rattraper, risquant ainsi de les blesser. Dans l'autre, l'infirmière affirmait que les femmes « arabes » demandaient trop la péridurale plutôt que d'accoucher sans analgésique, et que pour ces femmes, accoucher était un loisir. Dans les deux cas, les infirmières dévalorisaient ces comportements qu'elles attribuaient à la culture des parturientes. D'un même souffle, les infirmières conseillaient aux femmes de ne pas agir comme leurs compatriotes. Les comportements décrits étaient caricaturaux, empreints de stéréotypes et lourds de préjugés. Ces deux récits démontrent que, bien que probablement rares, les manifestations directes de racisme existent, avec tout leur potentiel dévastateur. Dans les deux récits rapportés, la présence du conjoint aux côtés de la femme accouchante a joué un rôle clé afin d'éviter les impacts destructeurs de ces commentaires. Une fois l'infirmière partie, le couple a pu revenir sur ses propos, en révéler le ridicule, s'indigner ensemble, en rire, et finalement rejeter le discrédit sur l'auteure des propos racistes. Tel que Goffman le souligne dans *Stigmate* (1975), l'appartenance à une communauté de personnes partageant le même stigmate, ou encore, d'alliés, permet de composer avec les atteintes à la dignité se produisant lors des interactions avec les « normaux ». Ainsi, bien qu'il faille d'abord et avant tout travailler à éradiquer les comportements racistes de la part des soignant.e.s, ces situations mettent en lumière l'importance de l'accompagnement des femmes immigrantes ou racisées, pour parer la violence de propos inappropriés.

En dernier lieu, et en guise de conclusion, il importe de faire un parallèle entre les données recueillies dans la présente recherche et les connaissances étayées dans la recension d'écrits, particulièrement sur les déterminants de la santé des personnes immigrantes. En effet, les recherches recensées portant sur l'état de santé des personnes immigrantes se penchent sur les déterminants de la santé, afin d'expliquer le moins bon état de santé des personnes venues d'ailleurs, par rapport à celui des personnes nées au

Québec ou au Canada. Ces recherches révèlent que les personnes immigrantes vivent des situations sociales qui minent leur santé, telles que la pauvreté (Piché, 2013 ; Cagnet *et al.*, 2012 ; Hyman, 2001, Battaglini *et al.*, 2002; Battaglini, 2011), l'isolement social (Montgomery *et al.*, 2010 ; Clarkson, 2005 ; Saillant, 2007 ; Ricard-Guay, 2014) ou la déqualification professionnelle (Le Gall et Montgomery, 2009 ; Clarkson, 2005 ; Saillant, 2007 ; Battaglini, 2011 ; Battaglini *et al.*, 2002). Ce faisant, elles soulignent l'importance des conditions de vie, de l'environnement physique et social dans lequel le quotidien est vécu, pour la santé physique et mentale. Les huit participantes à cette recherche ont en général des profils ressemblant aux données présentées dans les recherches portant sur les déterminants de la santé des personnes immigrantes. En effet, toutes ont vécu la perte de leur réseau social, certaines ont vécu une période prolongée d'isolement social ou en vivaient encore lors des entretiens, la plupart ont eu des difficultés financières, certaines vivaient encore avec de très faibles revenus, certaines ont vécu une déqualification professionnelle, ont connu des difficultés de logement, de l'insécurité alimentaire et une femme vivait, en plus des autres conditions de vie difficiles, une situation de violence conjugale. Cependant, malgré que les déterminants sociaux de la santé des personnes immigrantes aient été identifiés par des recherches précédentes, la présente recherche met en lumière que ces déterminants ne sont pas pris en compte par les soignant.e.s dans l'évaluation de la santé obstétricale. Les conditions de vie, ou tout autre déterminant de la santé, ne sont pas abordés par les soignant.e.s lors des rencontres, donnant l'impression de ne s'intéresser qu'au corps de la femme enceinte, physiquement présent et qu'il est possible d'examiner. Des changements s'imposent donc dans le champ de la pratique des soins en périnatalité, afin de prendre en compte le contexte de vie des femmes enceintes et leur expérience de la grossesse dans sa globalité. Cela est essentiel pour améliorer non seulement la santé, mais aussi l'expérience des soins. De plus, si l'on considère, comme l'OMS (2009) et Québec (2012), que le système de santé est lui-même un déterminant de la santé, il importe de s'intéresser, non seulement à l'accès

aux soins et aux interventions proposées, mais aussi à la qualité de la relation, des interactions entre soignant.e.s et soigné.e.s.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif principal de mieux comprendre le vécu des soins de santé reçus lors de la période périnatale par des femmes immigrantes, en cernant, notamment, leurs attentes, leurs besoins, leurs postures et leurs perceptions des soins et de leurs relations avec les soignants. Pour le réaliser, l'élaboration du devis de recherche s'est orientée vers une démarche qualitative visant le recueil de récits de vie thématiques. Le choix des concepts présentés en deuxième chapitre découlait d'une volonté, d'une part, de saisir les soins proposés aux femmes enceintes dans leur dimension historique et politique afin d'en dégager les enjeux pour les femmes qui les vivent, d'autre part, d'ancrer le positionnement épistémologique de la recherche dans la sociologie des interactions développée par Goffman. Suite à l'analyse systématique des données recueillies selon la méthode de thématisation en continu, les résultats ont été présentés, d'abord de manière plus descriptive, puis, en dégagant des pistes d'interprétation à la lumière des outils conceptuels et des connaissances étayées dans la recension d'écrits.

Les principaux résultats révèlent que les participantes à la recherche perçoivent la prise en charge médicale tout au long de la grossesse et lors de l'accouchement comme étant essentielle pour répondre à leur besoin de s'assurer de leur bonne santé et de celle de leur enfant à venir. L'accès aux soins est donc primordial pour leur bien-être pendant la période périnatale. De plus, les femmes interviewées ont rapporté s'être impliquées activement dans leur grossesse et leur suivi, en s'intéressant à l'avis de leur médecin, en posant des questions, en se souciant de leurs symptômes et de leur santé. Cependant, plusieurs ont rapporté des obstacles à leur désir d'implication, telles que des difficultés

dans leur vie quotidienne ou un manque de disponibilité ou de volonté d'entrer en relation de la part des soignant.e.s.

Les professionnels de la santé sont considérés par les femmes comme étant la première ressource vers laquelle se tourner pour obtenir des informations sur leur grossesse et pour partager leurs préoccupations et inquiétudes à ce sujet, et la seule ressource pour les femmes primipares et celles vivant de l'isolement, n'ayant pas rebâti leur réseau social au moment de la grossesse.

De manière générale, les femmes ont affirmé s'être senties bien prises en charge et en confiance aux mains du personnel soignant, considérant que celui-ci a leur santé à cœur. Les récits faits par les femmes de leurs interactions et relations avec les soignant.e.s révèlent que la qualité de celles-ci a un impact significatif sur leur bien-être lors de la grossesse et de l'accouchement. En effet, lorsque les femmes sentent qu'elles ont une relation avec les soignant.e.s où elles sont écoutées, où on leur fournit des explications sur les soins et des réponses à leurs questions, où on manifeste de la bienveillance et où il existe une continuité dans les personnes rencontrées, cela a un impact positif sur le vécu de la grossesse, de l'accouchement et des soins reçus. À l'inverse, l'absence de ces éléments a généré des sentiments d'inquiétude, de stress, de culpabilité, de solitude, pouvant aller jusqu'à une perte de confiance.

Enfin, les résultats de cette recherche font apparaître que plusieurs femmes étaient aux prises avec des difficultés importantes lors de leur grossesse, telles que des ressources financières insuffisantes pour répondre aux besoins de leur famille, de devoir assumer seule un grand nombre de responsabilités, de l'isolement social, de la violence conjugale, de la détresse psychologique, pour lesquelles elles n'ont pas reçu d'aide. Ainsi, les déterminants sociaux de la santé ne semblent pas pris en compte dans le suivi médical de la grossesse dans sa forme actuelle.

Il est possible de dégager de cette recherche quelques implications pour la pratique du travail social. Tout d'abord, pour améliorer l'expérience de la période périnatale par les femmes immigrantes, il est essentiel de développer une offre de soins et de services qui soit basée sur une vision de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum qui dépasse le corps biologique, pour englober l'ensemble des dimensions de la vie des femmes enceintes, dont les besoins psychosociaux. À cet effet, les praticien.ne.s du travail social sont particulièrement bien habilités pour répondre aux besoins psychosociaux des femmes enceintes, qui semblent être négligés par les professionnels de la santé responsables du suivi médical de la grossesse. Pour ce faire, il faudrait intégrer les professionnel.le.s du travail social dans la première ligne des soins en périnatalité et mieux outiller les médecins réalisant des suivis de grossesse afin qu'ils et elles soient en mesure de dépister les besoins psychosociaux des femmes immigrantes enceintes et de les orienter vers les bonnes ressources afin qu'elles reçoivent l'aide dont elles ont besoin. Ainsi, grâce à l'implication de professionnel.le.s en travail social, il deviendrait possible de travailler sur les déterminants de la santé périnatale, dans une optique de prévention des problèmes de santé.

Parallèlement, du côté de l'intervention spécialisée auprès d'une clientèle immigrante, il faudrait porter une attention particulière aux besoins des femmes lors de la période périnatale, afin de s'assurer que ceux-ci soient pris en compte, que ce soit en termes d'accès à un suivi médical ou concernant tout autre besoin psychosocial affectant la santé et le bien-être.

Enfin, tout un travail politique vers une transformation de la société québécoise reste à faire pour améliorer les conditions de vie des personnes immigrantes, d'éradiquer la discrimination et le racisme, de briser l'isolement social, de mettre fin aux inégalités sociales qui affectent la santé.

Les résultats de cette recherche permettent aussi de formuler quelques recommandations supplémentaires dans le but d'améliorer l'expérience des soins lors de la période périnatale pour les femmes immigrantes. En premier lieu, la communication étant primordiale pour le vécu des soins, il importe de l'améliorer, principalement en ouvrant un espace de dialogue avec les femmes enceintes afin de pouvoir fournir au besoin des explications sur les soins et sur les recommandations faites, afin de permettre aux femmes de poser des questions et d'obtenir des réponses, afin de décrire les soins proposés et enfin, afin de permettre aux femmes de s'impliquer dans leur suivi de grossesse. Comme l'impératif de gestion de ressources limitées dans l'organisation des soins de santé périnataux ne permet pas toujours aux médecins de prendre le temps nécessaire pour la création de cet espace de dialogue, il importe alors de référer ou d'impliquer des professionnels de la santé ou de l'intervention sociale pour que soit prise en compte l'ensemble de l'expérience des femmes immigrantes enceintes.

Ensuite, comme plusieurs femmes ont témoigné avoir vécu un traumatisme lors d'accouchements précédents, il est primordial de sensibiliser le personnel soignant à cette réalité et à son impact sur le vécu d'un nouvel accouchement. De plus, le personnel soignant devrait être formé pour intervenir selon une approche sensible au traumatisme (trauma-informed care) afin de s'assurer du bien-être des femmes lors des épisodes de soins et d'éviter une résurgence du traumatisme.

Finalement, les entretiens ont révélé que l'accompagnement par un proche améliorerait grandement l'expérience de l'accouchement. Les femmes ayant accouché seules ont toutes témoigné avoir trouvé l'expérience difficile et avoir souhaité être accompagnées. Afin de permettre aux femmes n'ayant personne dans leur entourage pour les accompagner à l'hôpital lors de leur accouchement, un service gratuit d'accompagnante à la naissance devrait être offert et proposé à la femme lors du suivi de grossesse. Ainsi, plus aucune femme n'aurait à accoucher seule.

ANNEXE A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Expérience des soins de périnatalité par des femmes immigrantes

Étudiant.e-chercheur.e

Paule Lespérance, étudiante à la maîtrise en travail social, UQÀM.

Tél. : 514-443-6121

Courriel : lesperance.paule@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

Audrey Gonin, professeure, École de travail social, UQÀM

Tél. : (514) 987-3000 poste 1563

Courriel : gonin.audrey@uqam.ca

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique de vous rencontrer pendant une période d'1h30 environ dans le lieu de votre choix afin de parler de votre expérience des soins de santé reproductive que vous avez reçus au Québec. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles de manière à ce que vous consentiez à participer en toute connaissance de cause.

Description du projet et de ses objectifs

Ce projet de recherche porte sur l'expérience des soins de périnatalité par des femmes immigrantes. Le but de la recherche est de mieux comprendre comment ces soins sont vécus et perçus par les femmes immigrantes, et l'impact qu'on ces soins sur leur parcours. Pour y arriver, huit femmes seront recrutées pour une entrevue d'une durée d'1h30. Le projet prendra fin en septembre 2019. Pour pouvoir participer, il faut : être une femme née à l'étranger, qui vit au Québec depuis moins de 10 ans, qui réside à Montréal, majeure, parlant français ou anglais, qui a reçu des soins périnataux (suivi de grossesse, accouchement, postnatal) dans les 5 dernières années et qui a un statut d'immigration en règle. Sont exclues de la recherche les femmes dont la grossesse a été suivie par une sage-femme.

Nature et durée de votre participation

Votre participation à la recherche consiste à accorder un entretien individuel d'une durée d'1h30 environ, au cours duquel on vous demandera de parler de votre expérience des soins de santé reproductive que vous avez reçus. Cet entretien aura lieu à l'endroit que vous aurez choisi. L'entretien sera enregistré si vous êtes d'accord.

Avantages liés à la participation

Cet entretien vous donne la possibilité de témoigner de votre expérience de manière confidentielle, dans un espace

sécuritaire. Cette recherche pourra éventuellement contribuer à l'amélioration des soins périnataux en contexte interculturel.

Risques liés à la participation

Il est possible que de parler des soins que vous avez reçus ravive des souvenirs douloureux. Vous n'êtes pas obligée de répondre à toute question difficile pour vous, et que vous pouvez prendre une pause de l'entrevue ou y mettre fin. De plus, si vous les souhaitez, l'étudiante-chercheuse peut vous donner des références de ressources où obtenir de l'aide.

Confidentialité

Le contenu de l'entrevue sera confidentiel. Vos informations personnelles ne seront connues que de l'étudiante-chercheuse et ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats. Les entrevues transcrites seront numérotées et seule l'étudiante-chercheuse aura la liste des participantes et du numéro qui leur aura été attribué. Les données de recherche et votre formulaire de consentement seront conservés séparément, dans des classeurs fermés à clé, chez l'étudiante-chercheuse, et seule celle-ci y aura accès, pendant toute la durée de la recherche. L'enregistrement de l'entretien, sa transcription et tous les documents relatifs à la recherche seront détruits 5 ans après la fin de la recherche.

Utilisation secondaire des données

La transcription de l'entretien, anonymisé, pourrait servir à d'autres projets de recherche similaires, avec votre accord. Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifiée que par un numéro de code.

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine à ces conditions ?

Oui Non

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser de participer à ce projet ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser Paule Lespérance verbalement; toutes les données vous concernant seront détruites.

Compensation

En guise de compensation pour les frais encourus en raison de votre participation au projet de recherche, vous recevrez 30\$. Si vous vous retirez du projet (ou s'il est mis fin à votre participation) avant qu'il ne soit complété, la compensation sera proportionnelle à la durée de votre participation.

Des questions sur le projet ?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Paule Lespérance, 514-443-6121, lesperance.paule@courrier.uqam.ca ou Audrey Gonin, directrice de recherche, 514-987-3000, poste 1563, courriel : gonin.audrey@uqam.ca.

Des questions sur vos droits? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines impliquant des êtres humains (CERPÉ 4) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez

participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'étudiante-chercheur au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ 4 : *sergent.julie@uqam.ca* ou 514-987-3000, poste 3642].

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'étudiante-chercheur tient à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

(a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire ; (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ;

(c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus ;

(d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

APPENDICE B

GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien : récit de vie reproductive

Partie 1

Consentement et déroulement de l'entrevue.

Partie 2

Peux-tu me parler de toi? (Questions socio-démographiques)

Lieu de naissance, lieux de résidence (pré-migratoire)

Âge (année de naissance)

Études

Emploi

Famille d'origine (parents, fratrie),

Composition de la famille nucléaire (conjoint, enfants, autres)

Date de naissance de chaque enfant, date du mariage

Contexte d'arrivée au Québec

Date d'arrivée au Québec (âge)

Lieu de résidence (au Québec)

Réseau social (ami.e.s, famille au Québec)

Religion

Peux-tu me parler de ton parcours, ce qui t'a amenée à immigrer, de comment ça s'est passé et de ta vie au Québec?

Décision de partir, démarches, statut, arrivée ici, adaptation (travail, logement, études, école, garderie, soins, aide reçue)

Partie 3

Peux-tu me parler de l'histoire de ta ou de tes grossesses?

Peux-tu me parler des soins, du suivi médical de ta/tes dernières grossesses au Québec?

Accès au suivi ; déroulement du suivi de grossesse ; examens et tests ; déroulement de l'accouchement ; interventions lors de l'accouchement ; déroulement du séjour à l'hôpital en post-natal immédiat; déroulement du suivi post-natal à domicile (CLSC); interactions avec le personnel soignant ; place du conjoint et de la famille (s'il y a lieu) ; Paroles ou gestes qui ont eu un impact ; sens des interventions ; posture lors des visites (à l'aise, stressée, etc) ; aise à parler avec professionnels (gestion des informations personnelles) ; informations données aux soignants ; consentement ; intimité.

Contraception, planification de future grossesse

Partie 4

Fin de l'entrevue : donner ressources si approprié.

APPENDICE D

CERTIFICATION ÉTHIQUE



No. de certificat: 3125

Certificat émis le: 14-
12-2018

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Expérience des soins de santé reproductive par des femmes immigrantes
Nom de l'étudiant:	Paule LESPÉRANCE
Programme d'études:	Maîtrise en travail social (profil avec mémoire)
Direction de recherche:	Audrey GONIN

6.1 Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

BIBLIOGRAPHIE

- Alhasanat, D. et Fry-McComish, J. (2015). Postpartum Depression Among Immigrant and Arabic Women : Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 17, 1882–1894 DOI 10.1007/s10903-015-0165-5
- Anadon, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Battaglini, A. (2011). Exclusion et santé. Le rôle de la santé publique vis-à-vis des populations immigrantes. Dans Gagnon, E., Pelchat, Y., Édouard, R. (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*. Québec: Presses de l'Université Laval, 187-199.
- Battaglini, A. (2007). *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes: estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*. Montréal: Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Battaglini, A., Alvarado, E., Poirier, L.-R., Caulet, M. (2005). *Les services de première ligne et les populations immigrantes: projet-pilote. Synthèse*. Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J., Poulin, C., Deblois, S., Durand, D., Lefebvre, C. & Heneman, B. (2002). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. *Service social*, 49 (1), 35–69.

- Beaud, S. et Weber, F. (2003). *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*. Paris, Éditions La découverte.
- Bertaux, D. (2010). *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie*. 3e édition. Paris, Armand Colin.
- Boerleider, A., Wiegers, T., Manniën, J., Francke, A. et Devillé, W. (2013). Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13 (81), 1-11. doi:10.1186/1471-2393-13-81
- Bourdieu, P. (1993). Comprendre. Dans Bourdieu, P. (dir.). *La misère du monde*. Paris : Éditions du Seuil, 1389-1424.
- Brabant, Z. et Raynault, M.-F. (2012). Health Situations of Migrants with Precarious Status : Review of the Literature and Implications for the Canadian Context – Part A . *Social Work in Public Health*. 27, 330-344.
- Chalmers, B. et Omer-Hashi, K. (2002). What Somali women say about giving birth in Canada. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), 268-282.
- Chavez, L. (2003). Immigration and Medical Anthropology. Dans N. Foner (dir.), *American Arrivals. Anthropology Engages in the New Immigration (197-227)*. Sante Fe: School of American Research Press.
- Chery, M. (2010). *Comparaison du profil de santé périnatale des femmes immigrantes haïtiennes à celui des femmes nées au Canada, pour la période 1981-2006, au Québec*. Mémoire, Faculté de Médecine (département de médecine sociale et préventive), Université de Montréal.
- Clarkson, M., (2005). La santé des immigrants récents au Québec : une intégration à adapter et à parfaire, *Santé, Société et Solidarité*, 1, 121-128.
- Cognet, M. (2004). La vulnérabilité des immigrants: analyse d'une construction sociale. Dans F. Saillant, M. Clément et C. Gaucher (dir.), *Identités*,

vulnérabilités, communautés (p. 155-188). Québec: Editions Nota Bene.

- Cognet, M. (2003). Politique d'immigration canadiennes et femmes d'ailleurs dans les emplois dans le secteur des soins et des services à domicile. Dans F. Saillant et M. Boulianne (dir.) *Transformations sociales, genre et santé: perspectives critiques et comparatives* (p. 183-205). Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Cognet, M., Hoyez, A.-C., Poiret, C. (2012). Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations. *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28 (2).
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23.
- De Koninck, M. (1990). La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts. *Anthropologie et sociétés*. 14, 1 (25-41)
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., Vigod, S., Dennis, C.-L. (2015). Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 70, 67-82, DOI: 10.1016/j.jpsychires.2015.08.010
- Fassin, D. (2000). Qualifier les inégalités. Dans Leclerc, A. (Dir.). *Les inégalités sociales de santé*. Paris, Éditions La Découverte : INSERM.
- Fortin, S. 2008. "The Paediatric Clinic as Negotiated Social Space", *Anthropology and Medicine*. 15 (3), 175-187.
- Fortin, S., Rietmann, M. et Duclos, V. (2011). Toutes les familles ont-elles une même voix en contexte de soins? Dans F. Kanouté et G. Lafortune (dir.). *Familles québécoises d'origine immigrante: Les dynamiques de l'établissement* (p. 11-28). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*. Paris : Seuil/Gallimard.
- Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France. 1976*. Paris : Seuil/Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Paris : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris : Éditions Gallimard.
- Gagnon, A., Dougherty, G., Wahoush, O., Saucier, J-F., Dennis, C.-L., Stanger, E., Palmer, B., Merry, L., Stewart, D. (2013). International migration to Canada: The post-birth health of mothers and infants by immigration class. *Social Science and Medicine*. 76, 197-207.
- Gagnon, A., Zimbeck, M., Zeitlin, J. & The ROAM Collaboration. (2009). Migration to western industrialised countries and perinatal health : A systematic review. *Social Science & Medicine*. 69, 934-946.
- Gamache, L. et Poissant, J. (2016). *Avis scientifique sur les meilleures pratiques en matière de suivi postnatal à la suite du congé hospitalier*. Institut national de santé publique du Québec. Récupéré de https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2189_suivi_postnatal_suite_conge_hospitalier.pdf
- Ganann. R., Sword, W., Black, M., Carpio, B. (2012). Influence of Maternal Birthplace on Postpartum Health and Health Services Use. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14, 223–229. DOI 10.1007/s10903-011-9477-2
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Paris : Éditions de minuit.

- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Éditions de minuit.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de minuit.
- Gonnaud, F., Dupont, C., Evrard, A. et Rudigoz, R.-C. (2015). État de stress post-traumatique et périnatalité. *Revue de médecine périnatale*. 7 (2), 96-104
- Gouvernement du Canada. (2017). *Programme des résidents permanents: catégories de l'immigration économique*. Récupéré de <http://bit.ly/2LTdm1M>
- Grewal, S. K., Bhagat, R., Balneaves, L., G. (2008). Perinatal Beliefs and Practices of Immigrant Punjabi Women Living in Canada. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*. 37, 290-300. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00234.x
- Groleau, D., Soulière, M., Kirmayer, L. J. (2006). Breastfeeding and the cultural configuration of social space among Vietnamese immigrant women. *Health and place*. 12, 516-526. DOI: 10.1016/j.healthplace.2005.08.003
- Haicault, M. (2012). Autour d'agency. Un nouveau paradigme pour les recherches de Genre. *Rives méditerranéennes*. 41. Récupéré de : <http://rives.revues.org/4105>.
- Hammersley, M. et Atkinson, P. (2007). *Ethnography : Principles in Practice*. Milton Park, Routledge.
- Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., Rankin, J. (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*. 16(89), 1-25, DOI: 10.1186/s12916-018-1064-0
- Higginbottom, G., Safipour, J., Yohani, S., O'Brien, B., Mumtaz, Z., Panton, P., Chiu, Y., Barolia, R. (2016). An ethnographic investigation of the maternity

healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16 (20), DOI 10.1186/s12884-015-0773-z

Higginbottom, G., Safipour, J., Yohani, S., O'Brien, B., Mumtaz, Z., Paton, P. (2014). An ethnographic study of communication challenges in maternity care for immigrant women in rural Alberta. *Midwifery*. 31, 297-304.

Houle, G. (1997). La sociologie comme science du vivant : l'approche biographique. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A.P. (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 273-289.

Hyman, I. (2001). *Immigration et santé. La série de documents de travail sur les politiques de santé ; documents de travail 01-05*. Ottawa, Santé Canada. Récupéré de <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H13-5-01-5F.pdf>

Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand-Colin.

Khanlou, N., Haque, N., Skinner, A., Mantini, A., Landy, K., (2017). Scoping Review on Maternal Health among Immigrant and Refugee Women in Canada: Prenatal, Intrapartum, and Postnatal Care. *Journal of Pregnancy*, 2017, 1-14, DOI : 10.1155/2017/8783294

Kuile, S., Rousseau, C., Munoz, M., Nadeau, L. et Oouimet, M. (2007). The universality of the Canadian health care system in question: Barriers to services for immigrants and refugees. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 3 (1), 15-26.

Lee, T., Landy, C. K., Wahoush, O., Khanlou, N., Liu, Y. C., Li, C. C. (2014). A descriptive phenomenology study of newcomers' experience of maternity care services: Chinese women's perspectives. *BMC Health Services Research*, 14 (114), 1-17 doi:10.1186/1472-6963-14-114

Le Gall, J. et Fortin, S. (2014). Les familles musulmanes et les professionnels de la santé périnatale à Montréal. Dans F. Kanouté et G. Lafortune (dir.). *L'intégration des familles d'origine immigrante* (65-82). Montréal, Presses de

l'Université de Montréal.

- La Gall, J. et Montgomery, C. (2009). Itinéraires thérapeutiques des nouveaux arrivants au Québec : entre le local et le transnational. *Colloque Amadès*. Récupéré de http://amades.hypotheses.org/files/2008/06/Coll_Amades_2009-LeGall_Montgomery-Texte.pdf
- Legault, G. et Rachédi, L. (dir.). (2008). *L'intervention interculturelle. 2e édition*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur.
- Lévesque, S., Bergeron, M., Rousseau, C. (2016). *Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance*. Rapport de recherche. DOI: 10.13140/RG.2.2.33053.51682
- Link, B. G. et Feland, J. C. (2001). *Conceptualizing Stigma*. *Annual Review of Sociology*. 27, 363-385.
- Marchand S. (2012). *Partir pour la famille. Fécondité, grossesse et accouchement au Québec, 1900-1950*. Montréal, Septentrion.
- Mayer, R. et Deslauriers, J.-P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative: l'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie. Dans Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., et Turcotte, D. (dir.). *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p.159-189). Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Mayer, R. et Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue de recherche. Dans Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., et Turcotte, D. (dir.). *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 115-131). Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D. et coll. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

- Merali, N. (2009). Experiences of South Asian brides entering Canada after recent changes to family sponsorship policies. *Violence against women*, 15 (3), 321-339.
- Montgomery, C., Le Gall, J. et Stoetzel, N. (2010). Cycle de vie et mobilisation des liens locaux et transnationaux: le cas des familles maghrébines au Québec. *Lien social et Politiques*, 64, 79-93.
- Nacu, A. (2011). À quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociologie du travail*, 53 (1), 109-130.
- Nilaweera, I., Doran, F., Fisher, J. (2014). Prevalence, nature and determinants of postpartum mental health problems among women who have migrated from South Asian to high-income countries: A systematic review of the evidence. *Journal of affective disorders*, 166, 213-226. DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.021
- Négré, L. et Cascales, B. (2016). *L'accouchement est politique. Fécondité, femmes en travail et institutions*. Breuillet, France : Éditions l'instant présent.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Santé reproductive*. Récupéré de http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. Récupéré de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
- Ouellet, F. et Saint-Jacques, M.-C. (2000). Les techniques d'échantillonnage. Dans Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., et Turcotte, D. (dir.). *Méthodes de recherche en intervention sociale* (71-90). Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.

- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Quatrième édition*. Paris : Armand Colin.
- Piché, V. (2013). Les théories migratoires contemporaines au prisme des textes fondateurs. *Population*, vol. 68 (1), 153-178.
- Pires, A.P. (1997). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A.P. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- Québec. Ministère de l'immigration, de la diversité et de l'inclusion du Québec. (2017). *Présence et portraits régionaux des personnes immigrantes admises au Québec de 2006 à 2015*. Québec: Caroline Palardy. Récupéré de <http://bit.ly/2LZ2AY0>
- Québec. Ministère de la famille. (2016). *Les familles immigrantes au Québec. Quelle famille? Un bulletin d'information statistique*. 4(1), récupéré de https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/chiffres-famille-quebec/bulletin_quelle_famille/Pages/print-2016-vol4-no1.aspx
- Québec. Ministère de l'immigration, de la diversité et de l'inclusion du Québec. (2016). *Regroupement familial: vous renseigner sur les exigences pour parrainer un proche parent*. Récupéré de <http://bit.ly/2AM572u>
- Québec. Ministère de la Santé et des services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Québec. Ministère de la Santé et des services sociaux. (2008). *Politique de périnatalité. 2008-2018*. Récupéré de <http://bit.ly/2OOIDBV>
- Québec. Ministère de la Santé et des services sociaux (2004). *Les services intégrés en périnatalité et en petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de*

vulnérabilité : Cadre de référence. Récupéré de <http://bit.ly/2Oa3dKI>

- Quéniart, A. (1987). *Le façonnement social de la grossesse : une analyse des diverses dimensions du vécu des femmes*. (Thèse). Université du Québec à Montréal.
- Reitmanova, S., Gustafson, D.L. (2008). “They can't understand it”: maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. *Maternal and Child Health Journal*. 12, 101–111. DOI 10.1007/s10995-007-0213-4.
- Ricard-Guay, A., Hanley, J., Montgomery, C., Meloni, F., Rousseau, C. (2014). Mère et sans-papiers au Québec. Dans F. Kanouté et G. Lafortune (dir.), *L'intégration des familles d'origine immigrante*. Montréal (p. 49-64). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Saillant, F. (2007). «Vous êtes ici dans une mini-ONU» : Les réfugiés publics au Québec. De l'humanitaire au communautaire. *Anthropologie et sociétés*, 31 (2), 65-90.
- Saillant, F. (1991). Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion. *Recherches féministes*, 4 (1), 11-29.
- Saint-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*. (Thèse). Université du Québec à Montréal. Récupéré de <https://archipel.uqam.ca/6134/1/D2593.pdf>
- Sauvegrain, P. (2013). Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropologie et Sociétés*, 37 (3), 119–137.
- Sorbye, I. K., Wanigaratne, S., Urquia, M. (2016). Variations in gestational length and preterm delivery by race, ethnicity and migration. *Best practices and research in clinical obstetrics and gynaecology*. 32, 60-68. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2015.08.017

- Spitzer, D. L. (2004). In Visible Bodies: Minority Women, Nurses, Time, and the New Economy of Care. *Medical Anthropology Quarterly*. 18(4). 490-508.
- Turcotte, D. (2000). Le processus de la recherche sociale. Dans Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., et Turcotte, D. (dir.). *Méthodes de recherche en intervention sociale* (39-68). Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Urquia, M. L., Glazier, R. H., Mortensen, L., Nybo-Andersen, A.-M., Small, R., Davey, M.-A., Roost, M., Essen, B. (2015). Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. *European Journal of public Health*. 25 (4), 620, 625.
DOI:10.1093/eurpub/cku230
- Vatz Laaroussi, Michèle (2001). *Le familial au coeur de l'immigration : les stratégies de citoyenneté des familles immigrantes au Québec et en France*. Paris, L'Harmattan, 279 p.
- Ville de Montréal. (2018a). *Immigration*. Récupéré de <http://bit.ly/2OgGrB1>
- Ville de Montréal. (2018b). *Profil sociodémographique, Recensement 2016: Agglomération de Montréal*. Récupéré de <http://bit.ly/2Ks8bQZ>
- Ville de Montréal. (2011a). *Population selon la citoyenneté et l'immigration - Agglomération, ville de Montréal et ses arrondissements, villes liées, 2011 (8 tableaux)*. Récupéré de <http://bit.ly/2OMDU2I>
- Ville de Montréal. (2011b). *Femmes selon la citoyenneté et l'immigration - Agglomération, ville de Montréal et ses arrondissements, villes liées, 2011 (8 tableaux)*. Récupéré de <http://bit.ly/2M7iGxV>
- Ville de Montréal. (2010). *Caractéristiques socioéconomiques des immigrants résidant à Montréal*. Montréal: Guy DeRepentigny. Récupéré de <https://bit.ly/2LSG4Qx>