

Expérience et perception de la prise en charge

Autor(en): **Kaiser, Barbara**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **110 (2012)**

Heft 9

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949393>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Femmes migrantes en Europe

Expérience et perception de la prise en charge

La filière sage-femme de la Haute école de santé de Genève a intégré depuis juin 2010 une action de recherche intitulée «Childbirth Cultures, Concerns and Consequences: Creating a dynamic EU framework for optimal maternity care». Financée par le fonds de recherche européen COST, son objectif principal est d'étoffer les connaissances scientifiques concernant les actions de santé à adopter auprès des familles, des mères et des enfants en Europe, au cours de la période périnatale. Pour les chercheurs impliqués dans ce programme, il s'agit d'identifier les pratiques de soins les plus efficaces, mais aussi les manques et besoins non assouvis dans ce contexte, pour quelles populations et dans quelles circonstances, ceci afin d'établir un modèle optimal de prise en charge périnatale.



Barbara Kaiser, Professeure HES, Haute école de santé de Genève, filière sage-femme
barbara.kaiser@hesge.ch

Au sein de cette action de recherche, un groupe de travail s'intéresse plus spécifiquement à la problématique des femmes migrantes. En effet, de nombreux rapports officiels ou encore des études qualitatives et quantitatives ont mis en évidence que les migrantes sont une des populations les plus désavantagées en ce qui concerne l'accès aux soins obstétricaux. La première étape du travail de ce groupe de chercheurs a donc été de faire un état des lieux des connaissances relatives aux besoins spécifiques et à l'expérience de la prise en charge périnatale des femmes migrantes en Europe. L'idée est de permettre aux professionnels de santé, et aux sages-femmes en particulier, d'optimiser leurs suivis lors de la grossesse, l'accouchement et le post-partum et ainsi répondre au mieux aux besoins de ces femmes.

Trouver du sens

Comme l'on pouvait s'y attendre, le problème majeur qui revient dans chacune des analyses d'entretiens effectuées auprès de femmes migrantes enceintes en Europe est la difficulté de communication avec les professionnels de santé. En conséquence, il s'avère que les femmes migrantes ne bénéficient objectivement pas de toute l'informa-

tion indispensable au bon déroulement de leur grossesse, concernant notamment le nombre, le rythme – voire la nécessité – des visites prénatales. Les failles dans le processus de communication liées quasi exclusivement à la barrière de la langue ont ainsi pour corollaire chez les migrantes un sentiment de stigmatisation, d'être perçues et traitées différemment, ce qui rend l'adaptation à leur nouveau contexte culturel et social encore plus délicat. Certaines études rapportent même que ces femmes ne se sentent du coup pas en droit d'exprimer leurs craintes ou de poser des questions aux sages-femmes. En retour et logiquement, elles expriment une insatisfaction par rapport aux soins qui leur sont apportés, voire un manque de soins.

En dépit de ces problèmes de communication reconnus, il apparaît que les femmes migrantes ont une réelle volonté de s'adapter au pays d'accueil et à leur système de santé dans le but de gérer au mieux leur grossesse. Elles voient en effet pour la plupart l'enfant à venir comme un passeport vers un meilleur statut social, plus particulièrement lorsqu'elles proviennent de pays particulièrement pauvres et/ou rongés par la guerre, qu'elles viennent de milieux socio-économiques très défavorisés, ou qu'elles ont connu avant leur grossesse la discrimination et le racisme. De ce fait, leur grossesse se voit investie d'une mission intégrative forte, ajoutant un poids aux adaptations psycho-sociales inhérentes à tout processus de maternité. Ceci cumulé à une situation migratoire souvent complexe, ces femmes s'avèrent sensiblement sujettes au stress pré- et postnatal ainsi qu'à une faible estime d'elles-mêmes. Les dépressions, l'anxiété, le sentiment de solitude et d'isole-

ment, corrélés à des nausées sévères ou des vomissements incoercibles pendant la grossesse sont également des phénomènes fréquemment rencontrés chez les femmes migrantes en période périnatale.

La philosophie médicale occidentale dominante est, de plus, perçue comme aliénante par les migrantes (plus spécifiquement pour les femmes issues du continent africain). L'intérêt médical de certains soins périnataux demeure totalement obscur pour la plupart d'entre elles qui préfèrent ainsi parfois s'en remettre davantage à leurs us ou à leur religion plutôt qu'à la technologie occidentale, notamment au moment d'accoucher. Celles qui malgré tout s'engagent dans les prises en charge ayant cours dans leur pays d'accueil expérimentent alors l'incompréhension, le manque de signification (si ce n'est de sens), un réel sentiment d'insécurité, d'impuissance, de désespoir, et la sensation de perdre le contrôle sur l'intégrité de leur corps pendant la grossesse et l'accouchement. La rupture avec les traditions et les pratiques courantes dans leur pays d'origine est alors perçue comme très violente (par exemple, le fait d'être exposée au regard des professionnels de santé inconnus et/ou masculins pendant l'accouchement). Elles se plient toutefois pour la plupart à ces «traditions» de soins occidentales afin de s'intégrer au mieux à leur pays d'accueil dans l'idée à nouveau que cet enfant sera le lien avec leur nouvelle vie. Mais encore une fois, cette volonté empêchée d'un fort sentiment d'incompréhension de la part des professionnels de santé fait le lit d'une souffrance psychologique intense pour ces femmes.

Importance du soutien social

C'est un fait reconnu pour toutes les femmes en périnatalité: le réseau social et professionnel, la famille, les amis, sont une source d'aide indispensable pendant la grossesse ou après l'accouchement. Ce que l'on nomme alors le soutien social s'avère, lorsqu'il est de bonne qualité, avoir une influence très positive sur le bien-être psychologique et la santé physique des jeunes mères. Ceci est d'autant plus vrai pour les migrantes qui disent puiser dans ce réseau, lorsqu'il est disponible, les forces nécessaires à l'adaptation à leur nouveau pays. Or ces femmes sont généralement loin de leur famille, et n'ont

Action COST ISO907 «Childbirth Cultures, Concerns and Consequences: Creating a dynamic EU framework for optimal maternity care»

Membres du groupe de travail (WG3) sur les femmes migrantes

- **Barbara Kaiser**, PhD, Professor at the Department of Midwifery, University of Applied Sciences, Avenue de Champel 47, 1206 Geneva.
- **Marie-Claire Balaam**, MA, Research Assistant at the Department of Midwifery Studies, University of Central Lancashire, Preston PR1 2HE, Lancashire, United Kingdom.
- **Kristin Akerjordet**, RN; INT; MNSc; PhD; Postdoctoral Research Fellow at the Department of Health Studies, Faculty of Social Sciences, University of Stavanger, N-4036 Stavanger, Norway.
- **Anne Lyberg**, RPN, MNSc, Associate Professor at the Centre for Women's, Family and Child Health, Faculty of Health Sciences, Vestfold University College, P.O. Box 2243, N-3101 Tønsberg, Norway.
- **Eva Schoening**, RM, MPH, Advisor for reproductive and sexual health and rights/population dynamics, German Agency for Technical Corporation (GTZ GmbH), Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5, 65760 Eschborn, Germany.
- **Anne-Mari Fredriksen**, RN, MNSc, Reg. Midwife, Researcher at the Centre for Women's, Family and Child Health, Faculty of Health Sciences, Vestfold University College, P.O. Box 2243, N-3101 Tønsberg, Norway.
- **Angelica Ensel**, PhD, Reg. Midwife, Anthropologist, Associate Fellow of the Midwifery Research Unit, Department of Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, Medical School Hannover, Germany.
- **Olga Gouni**, Prebirth psychologist, Trainer, Training in Prebirth Psychology (specialisation courses, vocational training), President of the Hellenic Union for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine (MGO), Director of cosmoanelixis (Prebirth Psychology Center), Greece.
- **Elisabeth Severinsson**, RPN; RNT, MCSc; DrPH, Professor/Director at the Centre for Women's, Family and Child Health, Faculty of Health Sciences, Vestfold University College, P.O. Box 2243, N-3101 Tønsberg, Norway.

parfois pas eu encore le temps de se constituer un réseau amical sur qui elles peuvent compter. Le conjoint (lorsqu'il est présent) et les professionnels de santé sont alors les personnes ressources en première ligne pour les accompagner dans le processus de maternité et de parentalité.

Toutefois, certaines études relatent le fait que le système de soins obstétrical européen est globalement perçu comme «patriarcal» par les femmes migrantes. Elles le considèrent donc comme inadapté à la réalité des femmes, non aidant de ce fait, voire effrayant.

En ce qui concerne les femmes ayant subi des mutilations génitales, elles ne se sentent pas suffisamment en confiance pour pouvoir en parler avant l'accouchement, car elles disent se heurter à un véritable manque de connaissances de la part des professionnels, impliquant un manque de prise en considération de leurs peurs, de leur anxiété, et un manque d'adaptation des soins à la situation particulière des mutilations.

Chez les femmes réfugiées et demandeuses d'asile, on retrouve une tendance à peu exposer leurs souhaits et besoins, tendance corrélée à un sentiment de ne pas avoir de légitimité pour exprimer ces demandes. La

plupart se retrouvent ainsi totalement démunies face au manque d'aide et de soutien de la part des professionnels en période postnatale.

Pour des raisons multifactorielles, les femmes migrantes s'inscrivent en général très tard dans les maternités et, de ce fait, ne bénéficient pas de la totalité des rendez-vous prénataux prévus et nécessaires. Le suivi et le soutien social professionnel qui en découlent sont donc forcément moins bons, et les issues de grossesse s'en ressentent. On retrouve en effet chez ces femmes un risque accru de prématurité et/ou de donner naissance à un enfant de petit poids, ainsi que des taux de mortalité/morbidité maternelle et infantile supérieurs à ceux de la population générale (indicateurs reconnus des inégalités sociales). Et ce sont bien les conditions économiques et sociales majoritairement précaires des femmes migrantes qui sont à l'origine de leur manque d'assiduité lors du suivi prénatal. Par exemple, leur isolement rend difficile le fait de faire garder leurs aînés, elles ont des difficultés pour se déplacer (absence de permis de conduire, transports publics trop onéreux et/ou méconnus). Le cas de certaines femmes réfugiées est aussi particulier dans la mesure où, étant logées dans des foyers,

elles se doivent de respecter les heures de repas fixes et imposées par leurs institutions d'accueil.

L'accès au soin et le soutien qui en découle est bien entendu rendu complexe également à cause de la barrière de la langue. Ainsi, de réels efforts du point de vue des services d'interprètes doivent être amorcés. Ces femmes disent que l'idéal serait bien sûr d'avoir des professionnels de santé qui parlent leur langue, ce qui est extrêmement rare! Mais il est intéressant de savoir qu'à défaut, elles préfèrent que ce soit leurs proches qui jouent le rôle d'interprète plutôt qu'un professionnel inconnu.

Des études qualitatives se sont penchées plus spécifiquement sur les attentes des femmes migrantes en maternité. Elles recherchent un conseil adapté à leur situation, prodigué par des sages-femmes et des médecins en qui elles ont confiance. Cette notion de confiance dans les soignants est systématiquement associée au fait que les professionnels aient des connaissances culturelles sur l'immigration et la situation des migrants, quelle que soit leur origine. Elles recherchent et attendent une prise en charge à la fois somatique et psycho-sociale de qualité, associée à une aide personnalisée postnatale adaptée à leur situation socio-économique (par exemple, une aide aux démarches administratives par rapport à l'enfant).

Les femmes migrantes sont aussi très attachées à la qualité de l'adaptation de l'information qui leur est transmise, les connaissances et les compétences de communication adaptées à leur statut, le respect que l'on peut leur témoigner, «l'empathie», et le fait que les soignants soient «gentils» avec elles. Ces attentes au final peu spécifiques sont d'autant plus prégnantes chez les femmes migrantes car elles ont le sentiment d'être dans une situation déjà vulnérable de par leur histoire de déracinement migratoire. L'éloignement de leur famille et le manque de soutien que cela implique les rendent d'autant plus sensibles à l'attention que les soignants peuvent leur accorder.

Une fois ces données connues, il s'agit à présent pour les équipes du COST de mettre en place dans les différents pays impliqués (dont la Suisse) des recherches locales visant à établir les spécificités des expériences, attentes et besoins des migrantes en périnatalité. Les prendre en considération pourrait ainsi aboutir à des aménagements des pratiques de soins permettant de respecter la singularité des situations de ces femmes dans le contexte de vulnérabilité particulier que constitue la grossesse, l'accouchement, et le post-partum. ◀

La bibliographie complète peut être consultée sur notre page Internet > Sages-femmes > Actualités pour les membres.