

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le Diplôme d'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 30 Mai 2018

Par

Hind KETTANI

Née le 06/04/1994

Réfugiées politiques du Proche et du Moyen-Orient : Vécu de leur maternité en exil.

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme EGULLION Claude

Gynécologue-Obstétricienne

JURY :

Mme BENJILANY Sarah

Sage-femme libérale

Mme DUQUENOIS Sylvie

Sage-femme enseignante, École Baudelocque

Mme RACCIOPPI Aurélie

Sage-femme et doctorante en sociologie

N° du mémoire 2018PA05MA15

« De toutes les formes d'inégalités, l'injustice en matière de soins médicaux est la plus révoltante et la plus inhumaine.»

Martin Luther King Jr., 25 mars 1966.

Remerciements

Je tiens à remercier très sincèrement l'ensemble des participants à cette étude qui m'ont aidé à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement les femmes réfugiées, sans qui ce travail n'aurait jamais pu être réalisé, et qui ont eu la gentillesse d'accepter de s'entretenir avec moi. Puisse ce travail leur être utile.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Claude Egullion, ma directrice de mémoire, pour ses conseils avisés, sa disponibilité et son soutien tout au long de ce mémoire.

Un grand merci à Véronique Boulinguez pour son grand soutien tant physique que morale ; à Samra Seddik qui m'a permis de faire la rencontre de la plupart des femmes réfugiées ; les membres de l'association Emmaüs au camp d'urgence d'Ivry-Sur-Seine, pour avoir accepté ma présence sur le terrain et pour leur temps qu'ils ont pu m'accorder. L'équipe du CADA de Créteil et surtout Gwenaëlle Malvoisain pour m'avoir permis de pouvoir réaliser des entretiens au sein de leur centre.

Enfin un grand merci à mes parents pour leur soutien pendant ma formation et l'intérêt qu'ils ont porté à mon mémoire. Ainsi que toute ma famille qui a toujours été là pour me soutenir. Et mes amies, pour leur soutien et leurs encouragements au cours de ces études et plus particulièrement ma petite bande de galère : Bahia, Bouchra, Nijani, et les Yasmine.

Résumé

Introduction : Ce mémoire s'intéresse aux femmes enceintes venant du Proche et du Moyen Orient victimes de guerres qui sévissent dans leurs pays d'origine (Syrie, Afghanistan, Iran, Yémen) et qui se retrouvent en situation d'exil. Notre objectif est d'explorer les enjeux psychiques et culturels de la maternité à l'épreuve des ruptures générées par l'exil « forcé ». Notre hypothèse principale suppose que, durant la période prénatale, les femmes demandeuses d'asile ou réfugiées ne parviennent pas à se projeter dans l'avenir du fait de l'incertitude de celui-ci ; d'autant plus que la barrière de la langue les empêche de communiquer avec le monde externe qui leur est étranger.

Matériel et méthode : Notre groupe d'études rassemble neuf femmes enceintes demandeuses d'asile ou récemment réfugiées d'origine de Syrie, d'Afghanistan d'Iran ou du Yémen. Nous les avons rencontrées entre décembre 2016 et novembre 2017 à l'aide du « bouche à oreille » ou auprès des associations d'Ile-de-France prenant en charge ces femmes. Pour mener notre recherche, nous avons effectué des entretiens semi-directifs à l'aide d'une grille d'entretien. Après la retranscription, nous avons analysé chaque entretien.

Résultats : L'analyse de nos entretiens a mis évidence que le travail psychique propre à la maternité se trouve complexifié par les contraintes générées par les conditions matérielles, le trauma dû à la guerre ainsi que les difficultés d'adaptation dans un pays étranger dans lesquelles vivent ces femmes.

Conclusion : Il s'agit de définir des modalités d'accompagnement et de concevoir un soutien pour ces familles qui ne soit pas seulement matériel mais qui intègre la dimension sociale, psychologique et culturelle. Ce mémoire se veut un outil de réflexion qui permet d'ouvrir notre regard et d'appréhender l'autre dans sa singularité au-delà même des cultures différentes.

Mots-clés : maternité, précarité, réfugiées, vulnérabilité, périnatalité.

Abstract

Background: This work deals with Middle Eastern pregnant refugees, victim of politic conflicts taking place in their countries of origine that have forced them into exile. The intention of this work is to explore the consequences of this forced exile on the psychic and cultural dimensions of maternity. Our main theory assumes that asylum seekers and refugee women during their prenatal period are incapable of planning for their future not least due to the inherent uncertainty created by this period but further exacerbated by the language barrier they face which empedes them in their efforts to communicate with a foreign world.

Methods of research: Our research cohort was made up of nine pregnant women that were either asylum seekers or refugees from Syria, Afghanistan, Iran or Yemen. We were introduced to these women either informally through personal connexions or through recommendations from organisations working with these women. We carried out semi-structured interviews which each of the identified women between December 2016 and November 2017. After transcribing each interview, they were anyalsed.

Results: The analysis of our interviews demonstrated that maternity specific psychological support is further complicated by the constraints these women face including their material wellbeing, war related trauma as well as their adaptation to living in a foreign country.

Conclusion: The aim of this work was to define appropriate support and intervention strategies for these women and their families but also the social, cultural and psychological dimensions. This dissertation has been written as a reflection guide to help practitioners keep an open mind and to apprehend people in their individuality and beyond their cultural differences.

Keywords: maternity, precariousness, refugees, vulnerability, perinatal.

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	4
Abstract	5
Liste des annexes.....	9
Lexique	10
Introduction	11
Contexte historique et sociologique de la migration	12
Pourquoi avoir choisi les pays du Moyen Orient tels que la Syrie ?	13
Grossesse et culture.....	14
Trauma de guerre.....	15
Première partie : Démarche de recherche	17
1. Objectifs et Hypothèses.....	17
1.1 Objectif principal	17
1.2 Objectifs secondaires.....	17
1.3 Hypothèse principale	18
1.4 Hypothèses secondaires	18
2. Modalités de l'étude	19
2.1 Type d'étude.....	19
2.2 Population étudiée	19
2.3 Déroulement de l'étude	20
2.4 Lieux d'étude.....	22
2.5 Supports et stratégies d'analyse	22
2.6 Considérations éthiques et réglementaires.....	22
Deuxième partie : Résultats et Analyses.....	23
1. Description générale de la population d'étude.....	23
2. Résumé des entretiens	25
2.1 Rita.....	25
2.2 Sanaa.....	26
2.3 Zineb	27
2.4 Sonia	28
2.5 Ines	30

2.6 Maria.....	32
2.7 Mounia.....	33
2.8 Keloume	34
2.9 Mina.....	36
3. Analyse des entretiens	38
3.1 <i>Enjeux physique et psychologique de la migration pendant la grossesse</i>	38
3.2 <i>Vécu de la grossesse, transparence culturelle et métissage</i>	41
3.3 <i>Traumatisme et syndrome post-traumatique.....</i>	44
3.3.1 Définition de l'État de Stress Post Traumatique (ESPT).....	45
3.4 <i>Difficultés rencontrées.....</i>	48
3.4.1 Décision à la suite de la découverte de la grossesse.....	48
3.4.2 Des conditions de vie difficiles.....	49
3.4.3 Difficultés de prise en charge	50
3.4.4 Barrière de la langue	51
3.4.5 Grande précarité sociale.....	54
3.4.6 Problématique de l'hébergement : instabilité et sentiment d'errance	54
3.5 <i>Maternité et opportunité</i>	57
3.5.1 L'enfant qui permet de combattre la solitude	58
3.5.2 Maternité et mise en sécurité.....	59
3.5.3 Enfant : entre espoir et doute sur l'avenir.....	60
3.5.4 Projection future.....	61
3.5.5 Entre rêves et désillusions	62
3.6 <i>Idées reçues et stigmatisation sur les migrants</i>	63
3.7 <i>La place du mari</i>	66
Troisième partie : Discussion.....	67
1. Résumé des principaux résultats	67
2. Discussion des résultats	70
2.1 <i>Les répercussions de l'exil sur la dynamique psychique et culturelle de la grossesse chez les femmes réfugiées</i>	70
2.1.1 Le manque et l'angoisse renforcés par l'isolement.....	72
2.1.2 La place du futur enfant en situation d'exil	73
2.2 <i>Conception de la maternité au Moyen Orient</i>	74
2.3 <i>Maternité et trauma migratoire</i>	75
2.4 <i>Anthropologie sociale et culturelle</i>	77

3. Les points forts et les limites de l'étude.....	78
3.1 <i>Les points forts de l'étude</i>	78
3.2 <i>Les limites de l'étude</i>	79
3.2.1 Les limites liées au choix des thématiques de la grille d'entretien	79
3.2.2 La représentativité de l'échantillon est insuffisante pour généraliser la portée des conclusions	79
3.2.3 La spécificité des grossesses primipares par rapport aux grossesses multipares.....	80
3.2.4 Autres biais rencontrés lors des entretiens	80
3.2.5 Les limites de la langue	81
3.2.6 Doutes sur la véracité des témoignages	81
3.2.7 Difficulté dans la détermination des États de stress post-traumatique	81
4. Implications et perspectives.....	82
4.1 <i>Plans d'action à mettre en place</i>	82
4.1.1 Approche interculturelle et anthropologique et meilleure attitude vis-à-vis de ces femmes.....	82
4.1.2 Perspective d'accompagnement : le rôle fondamental de la PMI.....	83
4.1.3 Programme d'accompagnement et groupe de parole.....	83
4.1.4 Former les professionnels du secteur médico-social et les étudiants ..	85
4.1.5 Améliorer la prise en charge globales des réfugiées	86
Conclusion	87
Bibliographie	89
Annexes	92

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien	93
Annexe 2 : Échéancier de recherche	95
Annexe 3 : Quelques définitions.....	96
Annexe 4 : Mieux comprendre la procédure de demande d'asile	98
Annexe 5 : Carte géographique des itinéraires migratoires des femmes interrogées	102

Lexique

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

AME : Aide Médicale d'État

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CAFDA : Coordination de l'Accueil des Familles de Demandeurs d'Asile

CEDRE : Centre d'Entraide pour les Demandeurs d'Asile et les Réfugiés

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence.

CIMADE : Comité inter Mouvements Auprès des Évacués

CMU-C = Couverture Maladie Universelle - Complémentaire

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

COMEDE : Comité pour la Santé des Exilés

ESPT : État de Stress Post Traumatique

FTDA : France Terre d'Asile

GSF : Gynécologues Sans Frontière

MDM : Médecins du Monde

OFII : Office Française de l'Intégration et de l'Immigration

OFPRA : Office Française de Protection des Réfugiés et Apatrides

PADA : Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

SOLIPAM : Solidarité Paris Maman Ile-de-France

Introduction

Du fait de l'intensification des conflits du Moyen Orient, le nombre de réfugiées d'origine syrienne, irakienne, afghane, yéménite, iranienne a beaucoup augmenté. Lors de mon dernier stage à l'Hôpital de Saint Denis, j'ai rencontré des futures mères réfugiées venues consulter en urgence. Je me suis demandée comment elles vivaient leurs grossesses et leur situation d'exil et si elles avaient des attentes particulières vis-à-vis de notre système de santé ?

Pour mieux comprendre ces femmes, j'ai voulu les rencontrer afin de connaître leurs vécus personnels et pour appréhender plus précisément leurs besoins. Mon but était de déterminer comment mieux les prendre en charge dans leur globalité et de lutter contre toute sorte de stigmatisation, d'après pouvant engendrer des discriminations durant la grossesse et le post-partum (1).

Ces femmes se trouvent souvent en situation économique précaire et parfois en situation d'illégalité et ont décidé malgré tout de poursuivre leur grossesse qui n'était parfois pas désirée. Ce mémoire tente de comprendre les éventuelles raisons pour lesquelles elles se retrouvent enceintes durant cette période critique, ce qui les pousse à poursuivre leur grossesse, comment vivent-elles celle-ci ainsi que leur début de maternité et leur accouchement, que leur apportent-ils dans leur situation, et comment les professionnelles du milieu peuvent les soutenir dans ce vécu.

Contexte historique et sociologique de la migration

La migration est un évènement sociologique inscrit dans un contexte historique, politique, économique mais également une histoire personnelle. Le parcours d'exil des migrants, parfois chaotique pour certains et semé d'embûches, est souvent l'aboutissement de situations de rupture déjà inscrite dans le pays d'origine : guerres civiles et ruptures marquées de violences qui doivent faire suspecter un traumatisme post migratoire, souvent occulté derrière la situation de précarité (2).

Il s'avère, au préalable, utile de produire quelques informations sommaires, tant démographiques qu'historiques, sur l'immigration récente en France des femmes venant du Moyen Orient, afin d'apprécier la position de ces dernières dans notre société dit d'accueil.

Selon le Comede, en France, les ressortissants des pays tiers sont principalement originaires d'Afrique du Nord (44%), d'Europe de l'Est (15%), d'Afrique de l'Ouest (10%), d'Asie de l'Est (7%) et d'Afrique centrale (7%), alors que certaines autres régions sont plus souvent retrouvées parmi les réfugiés (Asie du Sud 14% fin 2015), les demandeurs d'asile (Afrique de l'Est 14%, Moyen-Orient 12%) (3).

Certains groupes démographiques constituent des publics prioritaires pour les politiques publiques de santé et d'insertion, en raison de la fréquence des situations de vulnérabilité qu'ils rencontrent. Ces publics vulnérables concernent :

- **Les femmes** : 1,2 million de ressortissantes de pays-tiers, 44% des réfugiées, 34% des demandeurs d'asile, 38% des migrantes âgées (47% hors Afrique du Nord). Elles sont principalement originaires d'Afrique du Nord (41%), d'Europe de l'Est (15%), d'Afrique de l'Ouest (9%), d'Asie de l'Est (9%), d'Afrique centrale (7%), et des Caraïbes (4%).

- **Les demandeurs d'asile et les réfugiés** : fin 2016, 228 427 personnes étaient placées sous la protection de l'OFPRA (86% réfugiés, 1 % apatrides et 13% protections subsidiaires), qui enregistrait également 85 276 nouvelles demandes d'asile. Les demandeurs étaient principalement originaires d'Europe de l'Est (23%), d'Afrique de l'Ouest (14%), d'Afrique de l'Est (10%), du Moyen-Orient (10%), d'Afrique centrale (9%), et d'Asie du Sud (10%) (3).

Pourquoi avoir choisi les pays du Moyen Orient tels que la Syrie ?

Selon l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides, depuis le début du conflit syrien (mars 2011), l'OFPRA enregistre une sensible hausse des demandes d'asile en provenance de ce pays, hausse qui reste toutefois limitée quantitativement. En effet, alors qu'en 2012 les premières demandes syriennes ne représentaient que 450 dossiers hors mineurs (soit 1,1% de la demande totale), on en comptait 2 072 à l'issue de l'année 2014 (soit 4,6%), 3 403 à l'issue de l'année 2015 (soit 5,7%) et 3 615 à l'issue de l'année 2016. La demande syrienne a été multipliée par huit entre 2012 et 2016 (4).

Selon l'agence de statistique européenne Eurostat, en 2016 les Syriens sont demeurés la principale nationalité des personnes sollicitant une protection internationale dans les États membres de l'UE, devant les Irakiens (65 800 soit 9%) et les Afghans (61 800 soit 9%). Ils constituent les trois principales nationalités des primo-demandeurs d'asile dans les États membres de l'UE en 2016, représentant quasiment 60% de l'ensemble des primo demandeurs d'asile (5).

D'après les données portant sur l'ensemble de l'année 2016, le nombre de demandes d'asile ne cesse d'augmenter puisque 85 244 demandes d'asile ont été enregistrées en 2016, soit une hausse de 6,5% par rapport à l'année précédente (hors personnes placées en procédure Dublin).

Les ressortissants d'Afghanistan, du Soudan, de Syrie, d'Albanie et d'Haïti représentent près de 40% de l'ensemble des demandeurs d'asile (5).

Depuis quelques années, des milliers de personnes fuyant la guerre et les persécutions, arrivent en Ile-de-France et parmi les réfugiés se trouvent des personnes en situation de grande vulnérabilité notamment les femmes enceintes et enfants. Face à cette urgence humanitaire, les femmes et leurs familles se trouvent dans une situation de grande précarité.

Grossesse et culture

Une autre question se pose notamment concernant l'approche de la naissance qui peut devenir complexe dans un pays dont la culture est différente de celle du pays d'où vient la femme réfugiée. Elle peut avoir du mal à se faire aux habitudes médicales du pays d'accueil et à s'approprier les pratiques de celui-ci. Il sera important de situer toutes ces personnes dans leurs histoires de vie.

Dans notre profession où le contact humain est permanent, il importe de considérer la patiente dans sa globalité et, de ce fait, il paraît essentiel d'avoir un minimum de connaissance en sciences humaines pour appréhender son comportement, ses attentes, ses peurs et son langage. La femme enceinte se trouve confrontée à l'environnement hospitalier et à ses codes culturels, d'autant plus difficile à saisir qu'elle est issue de l'immigration.

Selon la psychiatre Marie Rose Moro, « La grossesse par son caractère initiatique, nous remet en mémoire nos apparténances mythiques, culturelles, fantasmatiques (...) Les éléments de l'ordre du privé dans l'exil vont parfois s'opposer aux logiques extérieures médicales, psychologiques, sociales et culturelles » (6).

Nous nous interrogeons rarement sur la dimension culturelle de la parentalité, mais surtout nous ne considérons pas que ces manières de penser et de faire sont utiles pour établir une alliance, comprendre, prévenir et soigner (M-R Moro).

L'exil ne fait que potentialiser cette transparence psychique qui s'exprime chez les deux parents, même si c'est de façon différente aux niveaux psychique et culturel. Les conséquences psychologiques de la migration sont maintenant bien étudiées, et l'on sait que la migration n'est pas seulement un fait social mais aussi un évènement de vie au sens psychologique du terme, avec ses potentialités traumatiques (6).

Les femmes étudiées dans ce mémoire vivaient pour la plupart au milieu de conflits armés. Elles ont été alors forcées de quitter leurs pays dans les plus brefs délais avec leurs familles, en laissant toute une vie derrière elles. En plus des difficultés rencontrées sur leurs parcours d'exil, certaines découvrent une grossesse inopinée.

Trauma de guerre

Les femmes migrantes et leurs familles ont non seulement quitté leur pays mais ont aussi bien souvent fui des violences inouïes. Elles ont été témoins de scènes violentes, tels que l'assassinat d'amis ou des proches sous leurs yeux. Elles ont vu leur maison tomber sous les bombes. En fuyant la ville, sur la route, elles ont marché plusieurs jours, tombant parfois nez à nez avec des corps jonchant le sol. La plupart sont traumatisées. Il arrive que des femmes doivent se séparer d'un des membres de leur famille dont parfois des enfants. Le risque à long terme est l'impact psychologique, la dépression, et des troubles de stress post-traumatique, qui se traduisent par des tensions, de l'anxiété et des cauchemars. Souvent les populations qui vivent toutes ces violences sont fragilisées psychologiquement et physiquement. Les symptômes ne sont pas apparents mais s'expriment par le biais de signes d'appel qu'il faut rechercher tels que les rêves, l'insomnie etc. Il s'agit de troubles inconscients voire des symptômes corporels (7).

Le *trauma* est un évènement psychique : c'est ce qui arrive à un sujet. Le *traumatisme* est un processus : il est en relation avec l'histoire antérieure du sujet (8). La question du trauma de guerre s'inscrit dans le parcours migratoire et peut congeler toute élaboration possible et nécessaire à la maternité. Or la maternité se construit dans l'appareil psychique. Ainsi, appréhender la question de la maternité dans un contexte d'asile suppose de prendre en considération les réalités passées (violences, conflits, traumatismes), présentes et projectives dans lesquelles ce contexte s'inscrit. Le trauma et les difficultés rencontrées en pré-migration et au pays d'accueil, tendent parfois à contaminer la vie psychique de la mère. Cette dernière ne parvient pas à se projeter dans l'avenir et à imaginer l'objet imaginaire qu'est le futur enfant. En outre, migrer implique la perte de son pays, de son identité antérieure. Pour les réfugiés fuyant les zones de guerre, ce travail de deuil est compliqué par les expériences du traumatisme. La problématique du traumatisme ne se substituant pas à celle du deuil mais venant l'enrichir et partiellement la recouvrir (9).

Au cours de nos enquêtes, nous avons tenté de comprendre comment les femmes réfugiées que nous avons rencontré vivent cette période sensible qu'est la grossesse, construisent leur relation avec leur futur enfant et comment l'exil et des possibles traumatismes mais aussi l'adaptation nécessaire à une autre culture et à des manières de faire différentes interfèrent avec cette construction.

Au terme de cette étude nous pourrons définir quelles actions seraient nécessaires pour mieux soutenir ces femmes afin d'améliorer leur suivi médical et psychologique et les aider dans leur adaptation à leur nouvelle vie avec un nouvel enfant.

Première partie : Démarche de recherche

La problématique que nous avons souhaité explorer dans ce travail est la suivante : Au vu des conditions d'exil et de leurs parcours de migration, on se demandera comment ces femmes vivent-elles leur maternité ?

1. Objectifs et Hypothèses

1.1 Objectif principal

L'objectif principal de ce travail était de montrer l'influence du parcours migratoire sur le vécu de la maternité chez des femmes enceintes et récemment mères, demandeuses d'asile (ou réfugiées statuaires), afin d'adapter au mieux leur prise en charge.

Notre étude portait sur la maternité des femmes réfugiées (ou demandeuses d'asile) : elle a exploré le sens de la maternité dans la vie des femmes qui ont dû quitter brutalement leurs pays en guerre, afin que cette dimension soit prise en compte dans la pratique professionnelle des sages-femmes ; en entendre la complexité et ajuster l'accompagnement.

1.2 Objectifs secondaires

D'autres objectifs venaient s'ajouter à notre objectif principal. Il s'agissait notamment de décrire l'approche transculturelle de la périnatalité et comment les femmes perçoivent puis s'adaptent au système de santé français et aux soutiens qui ont pu leur être proposés.

Il était important de décrire le processus psychique de la migration sur la maternité d'évaluer les besoins spéciaux et compensations nécessaires en termes d'accueil et de proposer des axes d'amélioration dans la prise en charge médico-psycho-sociale des femmes demandeuses d'asile dans le cadre d'une grossesse ou du post-partum.

1.3 Hypothèse principale

Nous avons pris comme hypothèse principale que les femmes demandeuses d'asile ne parvenaient pas à se projeter dans l'avenir du fait de l'incertitude de celui-ci; d'autant plus que la barrière de la langue les empêchait de communiquer avec le monde externe qui leur était étranger.

1.4 Hypothèses secondaires

D'autres hypothèses de travail avaient été formulées :

Le fait d'accoucher dans un autre pays que le sien va raviver des sentiments d'isolement, d'étrangeté chez beaucoup de femmes réfugiées, entraînant repli sur soi et impossibilité de faire coïncider son désir d'intégration et son besoin de référence à sa propre culture.

De plus, on peut supposer aussi que la situation de grande précarité et les difficultés auxquelles les réfugiées se voient confrontées entraîneraient une mise en suspens des capacités de la femme peu disponible aux changements spécifiques de la grossesse.

Les femmes demandeuses d'asile vivent leur grossesse de manière angoissante. Cependant, l'accouchement et l'arrivée de l'enfant auraient un effet positif qui aiderait ces femmes à rechercher des solutions pour leur avenir immédiat.

2. Modalités de l'étude

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative et descriptive basée sur neuf entretiens semi-directifs en face à face.

Les entretiens avec les réfugiées ou demandeuses d'asile ont été hétérogènes, certains courts, d'autres longs ; ils ont été organisés autour de thèmes récurrents, avec des questions sur la personne elle-même (âge, lieu d'origine, situation familiale...), sur le parcours d'exil (guerre), et sur le vécu de la grossesse actuelle lors du parcours migratoire ou hors parcours de migration. Enfin, des questions concernant le mode de vie ont été posées pour détecter d'éventuelles femmes atteintes d'un syndrome post-traumatique.

Une question ouverte sur les perspectives d'avenir a été posée. Ces thèmes ont suscité des récits d'expérience dramatique pour la plupart mais étaient aussi une façon de mettre en relief que les réfugiées et futures mères dans un pays étranger, étaient actrices de leurs parcours, malgré les contraintes.

2.2 Population étudiée

Les critères pour que les femmes fassent partie de l'étude étaient les suivants :

Principaux critères d'inclusion :

- Demandeuses d'asiles en procédure normale, venant du Proche ou Moyen-Orient (Syrie, Afghanistan, Iran, Yémen...).
- Enceintes ou ayant récemment accouchées.
- Réfugiées statuaires ou en cours de demande d'asile en Ile-de-France.

Principaux critères d'exclusion :

- Demandeuse d'asile en procédure Dublin (procédure destinée à déterminer l'État membre responsable de l'examen d'une demande d'asile).
- Migrante non demandeuse d'asile.
- Migrante économique (celles quittant leurs pays pour une meilleure qualité de vie).
- Migrante en situation de transition.
- Femmes mineures.

2.3 Déroulement de l'étude

Pour rencontrer ces femmes originaires du Proche et du Moyen Orient en proie à des conflits nationaux ou internationaux (Syrie, Afghanistan, Irak, Iran, Yémen), nous avons fait en sorte, dans un premier temps, de créer un réseau en nous faisant connaître dans les groupes de solidarité pour réfugiés sur les réseaux sociaux (type Facebook) ; en recourant à la méthode « boule de neige » ou le bouche à oreille (selon Mercklé 2004).

Ainsi nous avons parlé de notre mémoire à plusieurs sages-femmes concernées par le sujet qui travaillaient sur terrain et prenant en charge des femmes demandeuses d'asile (ou ayant reçu récemment leur statut de réfugié) ; dans le but d'accéder au terrain non par le biais d'une institution mais par l'entremise d'individus. Cependant, j'ai aussi dû procéder de façon plus institutionnelle pour avoir accès au CHU d'Ivry-Sur-Seine et au CADA de Créteil (FTDA). Après avoir obtenu leur accord pour me rendre sur le terrain, nous avons fait en sorte de nous renseigner sur les nationalités des femmes que nous pourrions interroger. Ensuite, nous avons débuté notre grille d'entretiens que nous avons divisé en plusieurs thèmes que nous aborderons avec l'interrogée. Une fois notre grille d'entretiens finie, nous l'avons présentée aux personnes qui étaient proches des réfugiées (exemple : bénévoles, professionnels de santé impliqués dans l'aide aux migrants ainsi que des professeurs de l'école) afin de la valider et de pouvoir la mettre en application.

Nous avons fait en sorte d'obtenir des entretiens individuels et semi-directifs avec la population cible pendant la période de la grossesse ou à la suite de l'accouchement. Nous nous sommes efforcé de mener les entretiens dans les lieux de vie des réfugiées et non dans des lieux publics. En effet, rencontrer les individus chez eux donnait un cadre plus familier pour la conversation tout en nous permettant d'observer concrètement leurs conditions de vie. Après un contact par téléphone, un rendez-vous donné dans leurs logements permettait de trouver la personne plus facilement. L'entretien avait lieu principalement dans leurs lieux d'hébergement. La méthode « *boule de neige* » a ainsi facilité la localisation des réfugiés, en contournant la quasi absence de données.

Afin de ne pas les perdre de vue, nous avons gardé leurs coordonnées téléphoniques qui étaient pour la plupart le numéro de téléphone du mari ; dans le but de pouvoir visualiser l'évolution de leur regard sur la société occidentale et leur grossesse dans un pays étranger ainsi que leur prise en charge. Ces entretiens nous permettaient ainsi de décrire le « parcours de vie » de ces femmes afin de mieux comprendre ces populations souvent mises à l'écart et stigmatisées par leur statut ou même leur grossesse. Cette meilleure compréhension permettra de mieux prendre en charge ces femmes.

En ce qui concerne la traduction des différentes langues concernées, nous avons pris contact avec des personnes sachant parler le pachto, farsi ou dari dans le cas où nous nous trouvions face à des femmes afghanes ou bien l'arabe littéraire si nous étions face à une syrienne. Il était nécessaire également d'instaurer la confiance avec les réfugiées pour faciliter le dialogue et recueillir des récits de vie authentiques.

Au total, neuf entretiens ont été réalisés en Ile-de-France entre décembre 2016 et novembre 2017.

2.4 Lieux d'étude

Les entretiens ont été réalisés sur différents terrains :

- Au C.A.D.A de Créteil (Association France Terre d'Asile).
- Au camp d'Ivry-Sur-Seine : Centre d'Hébergement d'Urgence (Association Emmaüs Solidarité).
- Dans les Hôtels du 115 de Cergy Saint-Christophe et Saint-Denis.
- Dans des lieux publics tels que le parc, un café ou l'hôpital pour certaines.

2.5 Supports et stratégies d'analyse

Notre étude est basée sur les témoignages de ces femmes, dont la parole énoncée était l'outil principal de notre recherche. Nous avons pris comme support le discours de la femme réfugiée telle qu'il est émis, afin de raconter son parcours migratoire de manière la plus authentique possible, en incluant dans ce parcours sa maternité.

Les neuf entretiens sont résumés dans la partie II. Résultats et Analyse, pour donner une vision globale des résultats. Nous faisons ensuite une analyse du contenu.

2.6 Considérations éthiques et réglementaires

Des obligations réglementaires et éthiques ont été nécessaires pour ce travail de recherche :

- L'accord de la réalisation des entretiens auprès du camp d'Ivry-sur-Seine et du C.A.D.A de Créteil.
- L'accord des femmes rencontrées (feuille de consentement préalablement écrite).
- L'anonymisation du nom des femmes interrogées et des informations recueillies.

Deuxième partie : Résultats et Analyses

1. Description générale de la population d'étude

Comme nous avons pu le dire plus haut, nous avons rencontré neuf femmes au total.

L'âge moyen au moment de l'entretien était de 29 ans (âgées entre 19 et 35 ans). Nous avons pu avoir cinq entretiens avec des femmes sur leurs lieux de vie sauf trois hors de leurs lieux d'hébergement (une dans un parc, une autre dans un café et une à l'hôpital). Une femme a choisi l'option de l'entretien téléphonique (Annexe 2).

Parité :

Pour la majorité, ce sont des multipares. Parmi les neufs femmes interrogées, deux seulement étaient primipares.

Nationalités :

Nous avons pu interroger cinq femmes venant de Syrie, deux femmes venant d'Afghanistan, une femme venant d'Iran (mais ayant vécu en Afghanistan) et une femme venant du Yémen.

Six femmes étaient en cours de demande d'asile lors des entretiens et les trois autres ont pu obtenir leurs statuts de réfugiée.

Elles sont toutes arrivées il y a moins d'un an quand nous les avons rencontrées, excepté une réfugiée syrienne qui était en France depuis maintenant deux ans.

Parmi ces neufs femmes, quatre étaient logées dans un CADA, une vivait dans un hôtel du 115, une autre femme était sans domicile fixe (yéménite), une femme (afghane) était hébergée au CHU d'Ivry-Sur-Seine, une femme (syrienne) vivait dans un squat avec sa famille et d'autres réfugiés syriens.

Enfin une femme (syrienne) a pu obtenir un logement stable d'une durée de dix ans, depuis qu'elle a obtenu son statut de réfugiée.

Migration et grossesse :

Trois femmes étaient enceintes en France et les six autres ont su leurs grossesses durant leurs exils.

Il nous a paru intéressant de résumer succinctement les entretiens.

Dans la majorité des cas, nous avons constatés que plus les femmes sont arrivées récemment plus elles étaient dans une situation de très grande précarité (souvent sans abris ou en centre d'hébergement d'urgence).

Celles qui ont préparé leurs arrivées en France et ayant des contacts vivant en France parvenaient mieux à « vivre » leur grossesse par rapport à celles dont l'avenir était moins certain.

2. Résumé des entretiens

Afin de respecter l'anonymisation des femmes interrogées, tous les prénoms ont été modifiés et sont donc fictifs.

2.1 Rita

Rita a 35 ans et est enceinte de huit mois lors de notre entretien. Elle est syrienne, originaire de la ville de Darayah. Elle a dû quitter la ville en raison des conflits actuels qui sévissent le pays. Elle est arrivée récemment en France, accompagnée de sa famille (son mari, sa mère et ses deux fils âgés de huit et deux ans), par avion en provenance du Liban où elle y a vécu un an en attendant le visa pour la France. Elle vient d'un milieu social aisé. En Syrie, elle travaillait dans la télécommunication et avait une vie paisible avant le début de la guerre, bien entourée par ses proches. Elle a fui en raison des bombardements et de la violence que des groupes terroristes faisaient subir aux habitants de la région. Rita a deux frères et une sœur. Elle n'a plus de contact avec sa sœur qui est encore en Syrie. Des rebelles ont tué deux de ses frères ainsi que son père qui a d'abord été arrêté sans raison dit-elle. Rita a choisi de venir en France car un de ses beaux-frères vit actuellement à Paris en tant que réfugié depuis deux ans. Quelques mois après son départ de Syrie, elle a su qu'elle était enceinte. Son début de grossesse a été suivi au Liban dans un camp de réfugiés syriens. Rita nous confie que la grossesse n'a pas été désirée au premier abord, en raison des conditions précaires dans lesquelles elle vivait, mais elle l'a tout de même bien accepté par la suite. Elle avait cependant beaucoup de mal à se projeter dans l'avenir quand elle était au Liban. Elle a dû attendre plusieurs mois pour obtenir l'autorisation de l'ambassade de France pour se rendre en France et faire sa demande d'asile. Tout le long de son parcours migratoire, elle a été bien entourée car a toujours voyagé avec sa famille. Quand elle parle de la Syrie d'avant-guerre, elle décrit un pays qui pouvait être assimilé aux pays occidentaux avec le même mode de vie.

Concernant sa grossesse actuelle, le vécu est tout autre que sa précédente grossesse, où elle a dû accoucher en plein bombardement à l'hôpital le plus proche.

Elle exprime une grande angoisse vis-à-vis du devenir de ses enfants. Elle a tout perdu lors de sa migration (un toit, un métier stable, des membres de sa famille etc), et a un mauvais vécu de son « séjour » au Liban où elle s'est sentie traitée en tant que « réfugiée » et non en tant qu'être humain. On sent qu'elle se retient de trop exprimer ses émotions et ne veut pas trop parler des horreurs qu'elle a vues car elle veut soutenir sa famille. Cependant son humeur varie et même si elle se sent en sécurité ici, elle fait souvent des cauchemars ou revoie les scènes de violence dont elle a été témoin et les cadavres dans les rues. N'étant que depuis une semaine en France, elle n'a aucune connaissance du système médical français mais fait à priori confiance d'autant que son dernier accouchement s'est déroulé dans un climat très anxiogène du fait de la guerre. Malgré des phases anxiо-dépressives, Rita dit garder espoir dans l'avenir en tentant de voir le côté positif de son parcours de vie. Elle parle couramment anglais et envisage d'apprendre le français pour s'intégrer en France et voudrait faire entrer ses enfants à l'école le plus vite possible.

2.2 Sanaa

Sanaa est iranienne et née en Afghanistan. Elle est âgée de 19 ans. Elle a accouché d'un garçon en avril dernier dans l'hôpital qui se trouvait le plus proche du CADA où elle loge actuellement avec son mari. Elle est issue d'une famille modeste et ne travaillait pas au pays. Elle a dû quitter l'Iran en raison de l'instabilité du pays et des problèmes personnels que son conjoint endurait. Le couple a donc quitté l'Iran début 2016. Sanaa et son mari ne souhaitaient pas venir vivre en France mais en Autriche. Cependant, l'accueil en Autriche était très loin d'être chaleureux. En effet, les autorités locales les ont forcés à quitter le pays sans délai. Sanaa a appris sa grossesse en Autriche. Avant cette grossesse, elle avait fait une fausse couche spontanée avant de quitter l'Iran. Sanaa n'a pas bien vécu sa grossesse, elle évoque une grande fatigue et un isolement social. Elle vit seule avec son conjoint. Sa famille est en Iran. Elle semble avoir perdu tout repère mais tient le coup pour sa famille.

Néanmoins, son conjoint avait un ami afghan qui pouvait l'aider à traduire du dari au français lors des consultations pour le suivi de grossesse. L'accouchement s'est donc bien passé car il y a eu des explications en amont grâce à l'interprète. Le couple a bien été accompagné tout le long de la grossesse et jusqu'à l'accouchement par le personnel soignant. Sanaa est heureuse d'être maman mais se sent seule dans un pays qui lui est encore étranger.

2.3 Zineb

Zineb est originaire d'Afghanistan. Elle a 20 ans et est enceinte de six mois lors de notre entretien. Nous l'avons rencontré dans un hôtel du 115 à Cergy-Pontoise où elle était hébergée. Elle et son mari ont fui le pays en raison des conflits armés et d'autres problèmes que Zineb ne souhaitait pas préciser. Elle et sa famille ont eu un long parcours migratoire avant d'arriver en France. Sa première grossesse s'est déroulée durant son exil où elle a dû accoucher en pleine nature avec le soutien et l'aide d'une habitante locale que le couple avait rencontré en chemin. D'autre part, les conditions climatiques étaient éprouvantes surtout avec un nouveau-né dans les bras.

Le couple n'avait pas choisi de venir vivre en France. Zineb et sa famille ont tout d'abord cherché à rejoindre l'Autriche où ils sont restés dix mois sans papiers dans l'attente d'obtenir un statut de réfugié. Cependant, la famille a été renvoyée par les autorités dans des camps de réfugiés en Croatie. Ils ont ensuite pris la décision de partir en France. C'est en Autriche que Zineb a su qu'elle était enceinte. Elle est arrivée en France, à Paris, fin 2016, avec son mari et sa fille âgée d'un an.

Zineb a été le plus traumatisé par la violence des autorités autrichiennes. Depuis cet évènement, elle craint toujours que les autorités débarquent dans leur logement, pour les renvoyer en Afghanistan.

Lorsque nous l'avons vue, la grossesse de Zineb se passait bien, mais du fait des conditions dans lesquelles se sont déroulés sa première grossesse et son premier accouchement, elle angoissait beaucoup à l'idée d'accoucher seule dans de mauvaises conditions.

A Paris, elle faisait suivre sa grossesse mais elle rencontrait beaucoup de difficultés de compréhension en raison de la barrière de la langue. Son mari comprenait légèrement l'anglais mais cela restait, malgré tout, difficile. Elle a pu avoir quelques informations générales grâce à un interprète, qui a pu être présent et disponible lors de la consultation de l'anesthésiste.

Son séjour en France a été pour l'instant chaotique car Zineb et sa famille ont dû changer de logement plusieurs fois depuis qu'ils sont arrivé en France. Elle était reconnaissante d'avoir croisé le chemin d'associations qui les ont aidés dans les papiers administratifs pour faire leur demande d'asile, et qui leur ont procuré un toit où dormir. Zineb est soucieuse du devenir de son futur bébé et de sa fille. Elle fait beaucoup de cauchemars qui continuent à la perturber même durant la journée. Les évènements passés l'ont beaucoup marqué influençant son humeur et son moral et entraînant des crises d'angoisses passagères. Elle était très demandeuse d'une aide psychologique durant l'entretien. En effet, associé aux crises d'angoisse, le mari de Zineb a également décrit des crises de pleurs et de rire inexplicables.

La situation actuelle instable avec le risque de se retrouver à la rue à n'importe quel moment entraîne un grand sentiment d'angoisse permanent chez Zineb et son mari.

2.4 Sonia

Sonia est syrienne. Elle a 24 ans et a quatre filles âgées respectivement de deux, quatre, six et huit ans. Elle était enceinte de cinq mois quand nous l'avons rencontré. Nous avons fait sa connaissance à l'hôpital et nous l'avons rencontré ensuite dans un parc près de chez elle car j'ai appris qu'elle logeait dans un squat, avec toute sa famille et d'autres réfugiés syriens, dans des conditions difficiles. Elle vient de la ville de Homs où elle a vécu son enfance avec sa mère souffrante dont elle s'est occupée durant la guerre. Elle s'est mariée tôt, avec son cousin, à l'âge de 16 ans. En raison des combats qui faisaient rage dans la ville de Homs depuis 2011, Sonia a quitté la Syrie avec son mari et ses filles. Elle est partie il y a maintenant six ans, après que leur immeuble ait été détruit. Elle y a laissé sa mère et ses frères qui n'avaient pas de papiers pour quitter le pays.

Un de ses frère a été tué par les bombardements. Sonia et sa famille se sont rendues au Liban et ont séjourné dans des camps de réfugiés dans l'attente d'un visa pour se rendre en Europe. Son but était de rejoindre sa sœur ainée, qui habite en périphérie parisienne, avec son second frère, sa sœur, son mari et ses filles. Une partie de sa famille a dû rester au Liban faute de visa. Sonia semble avoir très mal vécu la séparation avec une partie de sa famille. Elle, son mari et ses enfants ont ensuite rejoint l'Algérie en bateau à l'aide de passeurs puis le Maroc où ils y sont restés trois ans. Elle a accouché de ses deux dernières filles au Maroc. Elle semble avoir eu un bon vécu de ses grossesses au Maroc. La question de la barrière de la langue ne se posait pas puisqu'elle comprenait le dialecte marocain. Par contre on lui aurait conseillé de se rendre en France où il y avait de meilleures aides et une meilleure offre de soins. Ils se sont rendus en France à pied en passant par l'Espagne. Sonia a su qu'elle était enceinte en France mais n'a pas souhaité cette grossesse : « *au début j'ai regretté cette grossesse si j'avais pu, j'aurais avorté mais c'est péché* ». Elle a fini par l'accepter car c'était la volonté de Dieu, dit-elle. Elle espérait beaucoup que cela soit un garçon. Elle s'est ainsi rendue à l'hôpital près du squat où elle loge pour effectuer une échographie qu'un médecin lui avait prescrit. Elle a eu un très mauvais suivi. En raison d'un souci avec son identité, sa prise en charge par l'AME a été rejetée. Ne sachant ni parler français, ni anglais, le dialogue ne se faisait que par des gestes. Il n'y 'avait pas de traducteurs disponibles. Elle dit n'avoir pu s'expliquer ni avoir compris pourquoi on a refusé de lui faire la prise de sang prescrite le jour de l'échographie. Ce manque de communication a donc découragé Sonia qui n'a plus voulu être suivie à l'hôpital. Elle n'y est plus retournée depuis que nous l'avions rencontré. Elle s'est sentie délaissée. Elle semblait avoir perdue tout repères en France contrairement au Maroc où la langue n'était pas un problème et où elle s'est sentie mieux accueillie. Depuis qu'elle est en France, ses filles n'ont pas pu être scolarisées. Elle a beaucoup de mal à se projeter pour cette grossesse et dit ne pas voir d'avenir en France au vue de la situation difficile dans laquelle elle se trouve. Au Maroc, son mari travaillait en tant qu'assistant dentiste et ses filles allaient à l'école. En France, « *les jours passent et se ressemblent* », son mari le vit très mal, il angoisse beaucoup et perd patience. Le mari de Sonia semble être en état de choc.

Malgré les cauchemars à répétition qui lui rappellent son exil et l'insomnie qu'elle « combat », Sonia tente de tenir le coup. Mais avec les problèmes qui s'accumulent et ses doutes sur l'avenir, elle n'a pas le temps de penser à son futur bébé. Elle ne désire plus accoucher en France. Elle se rattache à l'idée de retourner au Maroc mais n'en a pas les moyens actuellement. Sonia croit en Dieu et a évoqué beaucoup le destin et la volonté de Dieu ; elle nous a dit puiser ses forces dans sa foi.

2.5 Ines

Inès est syrienne, elle a 32 ans. Elle a trois enfants, un garçon âgé de 5 ans, une fille âgée de 2 ans et une petite fille qu'elle a mise au monde en France, septembre dernier. Elle a fui la Syrie avec son mari et son fils qui était âgé de quatre mois. Elle vit actuellement dans un logement appartenant au CADA du 93. Avant de quitter la Syrie, Ines occupait un poste de direction dans une entreprise et son mari était chimiste. Ils vivaient aisément dans la ville de Damas qu'ils ont dû quitter en octobre 2012 sous les premiers bombardements. Ines a quitté le pays avec son mari en voiture jusqu'à l'aéroport le plus accessible, c'est-à-dire celui de Beyrouth au Liban.

Le couple souhaitait quitter le plus rapidement possible les zones de conflits sans attendre de Visa. Ils ont donc dû choisir l'Égypte où il n'était pas nécessaire d'avoir un visa. Ils ont tout vendu (voiture, effets personnels) pour parvenir à louer un logement. Ines et son mari ne souhaitent pas vivre en Égypte mais ont dû y rester quatre ans pour pouvoir ramasser assez d'argent afin de quitter le pays. Leur objectif était de rejoindre la famille du conjoint qui se trouvait en France dans le but d'un regroupement familial. Le couple y est parvenu en novembre 2016. Ils ont rejoint la famille du conjoint et ont séjourné chez eux le temps d'obtenir leur statut de réfugié et un toit où loger. Ines semblait traumatisée en Syrie, son fils avait quatre mois quand des bombardements ont éclatés près de son quartier, elle pensait mourir sous les bombes avec sa famille : « *si nous mourions aujourd'hui, au moins nous mourrions ensemble* ». Ils ont fui la ville pour se rendre au Liban. Elle évoque une deuxième période difficile où elle a dû se séparer de ses parents qui se sont rendu en Turquie.

Ines, son mari et son fils ont quitté le Liban pour se rendre en Égypte par avion. Ils attendaient d'obtenir le visa pour se rendre en France. Une autre difficulté s'est donc ajouté au parcours d'exil, puisqu'ils ont tout perdu, ils ont dû tout reconstruire à zéro. Devant la situation précaire dans laquelle la famille se trouvait, le mari d'Ines a effectué des petits « jobs » pour pouvoir louer un logement et nourrir sa famille. Ines a fait l'expérience du dénuement. Or, en Syrie elle avait une vie aisée et ne manquait jamais de rien : « *Pour nous c'était un choc, car nous avions une bonne situation de vie en Syrie* ». De plus, elle ne se sentait pas en sécurité en Égypte, elle craignait d'accoucher de son deuxième enfant dans de mauvaises conditions. Elle a pu se rendre en Turquie pour rendre visite à ses parents et accoucher plus paisiblement. Ines a attendu plusieurs mois pour quitter l'Égypte. Elle s'est donc rendue en France avec sa famille. Ils ont fait une demande d'asile qui a été rapidement acceptée. Ainsi, ils ont obtenu le statut de réfugié pour dix ans. Ils bénéficient d'un logement en CADA pour une durée indéterminée. Quelques mois après son arrivée, elle est tombée enceinte de son troisième enfant. Elle aurait souhaité arrêter la grossesse mais ne savait pas où s'adresser pour effectuer l'interruption de grossesse. Elle n'était pas prête à investir une nouvelle grossesse dans un pays étranger. Plus la grossesse se développait et plus Ines acceptait le futur enfant mais elle aurait souhaité d'abord s'installer, prendre ses repères et avoir une situation stable avant d'accueillir un nouvel enfant. Lors de sa grossesse, Ines a senti un grand écart de culture et de prise en charge médical quant au suivi de grossesse et à la fréquence du suivi. Le manque d'informations dû à la barrière de la langue l'angoissait à chaque consultation. Elle se sentait seule sans aucun proche pour l'accompagner dans cet évènement important qu'est la naissance. Ines a très bien su s'adapter en France pour pouvoir s'intégrer. Quand le personnel soignant ne pouvait pas s'exprimer en anglais, elle faisait en sorte de venir en consultation avec une personne qui pouvait lui faire la traduction. Elle envisage de s'inscrire à des cours de français quand elle aura une situation plus stable. Son mari a repris les études pour obtenir un diplôme équivalent à son ancien métier et son fils de quatre ans est inscrit à l'école. L'accouchement s'est bien passé et son bébé est en bonne santé.

Ines semble heureuse et confiante quant à l'avenir de ses enfants. Elle se sent plus en sécurité en France qu'en Égypte, ce qui la rend plus optimiste quant à la suite des événements.

2.6 Maria

Maria est âgée de 34 ans. Elle vient d'Afghanistan. Elle était enceinte de neuf mois quand nous l'avons rencontré. Elle a un enfant de deux ans qui n'a pas pu venir avec elle en France. Son garçon est avec son père en Grèce. Elle était arrivée en France tout récemment quand nous avons effectué l'entretien. Maria a été accueillie au CHU d'Ivry-sur-Seine en attendant d'obtenir le statut de réfugié. Elle est suivie pour sa grossesse par l'hôpital le plus proche du CHU d'Ivry. Maria a parcouru un long chemin à pied pour pouvoir venir en France. Elle a traversé quatre pays : Iran, Turquie, Grèce et Italie avant de rejoindre la France. Elle a souhaité venir vivre en France avec sa famille. Malheureusement elle a dû se séparer de son mari et de son petit garçon mais ils comptent la rejoindre dès que possible. Elle est tombée enceinte en Grèce. Elle a quitté l'Afghanistan, la ville de Bisod (près de Kaboul) en raison des conflits armés qui y régnaient. Lors de son exil, le mari de Maria a subi des violences de la part des autorités Turques à la frontière séparant l'Iran de la Turquie. Ils ont marché plusieurs jours pour atteindre la Grèce. C'est en Grèce, et en cours de grossesse, que le couple a dû se séparer. Maria parvient à rejoindre la France. Elle était stressée de devoir vivre seule sa grossesse ainsi que l'accouchement. C'était une grossesse désirée, elle semblait être satisfaite de vivre une seconde fois cet heureux événement. La seule appréhension qui subsistait, était la solitude de vivre seule l'accouchement et les suites de la maternité en l'absence de ses proches. Elle a vécu une seconde séparation avec son frère en France lorsqu'elle a été redirigée au camp d'Ivry. Elle se sent en sécurité en France, elle trouve qu'elle est bien prise en charge par l'équipe soignante du camp ainsi que par l'assistante sociale qui l'accompagnent dans ses démarches administratives. Sa famille lui manque et son passé migratoire continue à la hanter. Néanmoins, elle n'évoque pas d'angoisse quant à la prise en charge de la grossesse et le déroulement de l'accouchement.

2.7 Mounia

Mounia est âgée de 25 ans et originaire de la ville d'Alep en Syrie. Elle était enceinte de six mois lorsque que nous avons effectué l'entretien. Elle a deux garçons âgés de 4 et 7 ans. Elle était femme au foyer et son mari travaillait en tant que journaliste en Syrie. Elle a quitté le pays avec sa famille il y a quatre ans à cause de la guerre civile, la ville d'Alep était bombardée par le régime. Le couple a souhaité se rendre en France mais il leur a fallu attendre deux ans en Turquie pour obtenir le visa. En Turquie, le couple ne se sentait pas en sécurité en raison du métier qui mettait en danger le mari de Mounia et sa famille. En effet, les journalistes se faisaient tuer par Daech dans certaines zones de Turquie près de la frontière de la Syrie. L'évènement le plus traumatisant pour Mounia fut en Syrie lorsqu'ils ont été la cible d'un bombardement. Elle a été blessée par les projectiles de la bombe et sa maison a été complètement détruite. Ils ont tout perdu. Les enfants de Mounia avaient alors 3 ans et 7 mois. Malgré la guerre, les parents de Mounia ne souhaitaient pas quitter la Syrie. Mounia a su qu'elle était enceinte de son troisième enfant en France. Il s'agissait d'une grossesse désirée par Mounia mais pas par son mari. Il l'a cependant bien acceptée par la suite. Mounia était contente d'être enceinte et lorsqu'elle évoquait son futur enfant elle se projetait dans un futur heureux. Elle voyait en cet enfant un renouveau, un espoir pour la suite. Elle allait construire une nouvelle vie avec sa famille agrandie. Mounia vivait bien sa grossesse et n'avait pas d'appréhension pour la suite des évènements car elle se sentait en sécurité en France par rapport aux précédentes grossesses qu'elle avait vécues pendant la guerre. Elle a été traumatisée par l'accouchement de son fils cadet à l'hôpital d'Alep sous les bombardements en 2014. Elle ne pouvait pas vivre pire que ce genre d'épreuve. Mounia semblait rester optimiste sur sa vie et a su relativiser sur beaucoup d'aspects. Elle a dit avoir des connaissances sur le fonctionnement de l'hôpital car ses frères travaillent dans le milieu médical et sa sœur est infirmière en Syrie. Cependant des variantes subsistent puisque la prise en charge et le suivi de grossesse en France ne sont pas les mêmes qu'en Syrie. La seule grande difficulté qu'elle estime avoir rencontré à l'hôpital, en France, est celle de la langue puisqu'elle ne savait parler français ni anglais. Elle était toujours accompagnée de son mari pour traduire de l'anglais à l'arabe.

2.8 Keltoume

Keltoume vient du Yémen. Elle est âgée de 31 ans et a six enfants. Elle était enceinte de 40 SA lorsque nous l'avons rencontrée à l'hôpital. Au Yémen, Keltoume était femme au foyer et s'occupait de ses enfants. Elle vivait avec son mari qui est décédé lors du conflit armé. Elle a également perdu trois de ses enfants qui ont été tués par des bombes. Elle a elle-même été blessée et garde encore les marques des éclats de bombes sur son corps. Elle a fui le pays en 2014 avec ses trois enfants restant, sa mère et son second mari d'origine somalienne qu'elle avait rencontré plus tôt. Leur but était de rejoindre l'Europe. Malheureusement Keltoume a dû être séparée de ses enfants (âgés respectivement de douze, huit et quatre ans) et de sa mère avant d'emprunter un bateau avec d'autres migrants en direction de l'Europe en passant tout d'abord par le Soudan puis la Libye. Faute de passeport, les enfants de Keltoume et sa mère ne pouvaient pas rejoindre le Soudan et se sont dirigés vers l'Égypte par bateau. Le conjoint de Keltoume a poursuivi son voyage seul jusqu'en Italie à la recherche d'un travail afin de faire venir la famille en Europe.

Elle avait pour but d'aller tout d'abord en France pour mettre de l'argent de côté puis demander un regroupement familial. Keltoume a fait le chemin à pied voire parfois en camion à l'aide de passeurs qu'elle devait payer systématiquement. Arrivée en Libye, elle n'avait plus d'argent pour prendre le bateau jusqu'en Italie. Elle a alors été réduite en esclavage : « *J'ai dû travailler pour un passeur en faisant le ménage car je n'avais pas d'argent pour payer le car ni le bateau pour quitter la Libye. J'ai travaillé chez cet homme et sa famille pendant sept mois. Ils me nourrissaient en retour.* » Elle a pu finalement payer la traversée en mer pour l'Italie et rejoindre son mari. Elle a vécu beaucoup de violences et d'injustice en Libye notamment de la part d'hommes appartenant à des groupes terroristes : « *Des hommes masqués m'ont frappée et m'ont insultée. Ils ne cessaient de me dire : maintenant que tu as quitté ton pays, tu n'es qu'une pute ; tu n'aurais jamais dû quitter le Yémen* ». Elle est parvenue à rejoindre son mari en Italie fin 2016. Elle a su qu'elle était enceinte à cette période-là. Ce n'était pas une grossesse désirée mais elle a été bien acceptée. Ensuite elle a rejoint la France en janvier 2017.

Elle avait comme objectif premier de ramener ses fils et sa mère en France avec l'argent qu'elle allait gagner, le but étant de mettre à l'abri sa famille. Sa grossesse s'est bien déroulée mais elle pensait très souvent à sa famille restée en Égypte.

La grossesse de Keltoume lui donne espoir : « *C'est comme si je tournais la page à ce que j'ai dû vivre seule pendant mon exil. Une nouvelle vie s'ouvre à moi. Si j'accouche ici je pourrais rester en France et faire venir un jour ma famille* ». Elle a appelé son fils « Damarh ». Elle nous a dit que ce prénom faisait référence aux pays qu'elle a parcourus.

Keltoume a été prise en charge par une association qui l'a aidée à effectuer sa demande d'asile et trouver un toit temporaire (CADA). Après une confrontation au CADA avec sa colocataire et un malentendu, elle a été renvoyée du centre et s'est retrouvée sans abri à Paris. Elle s'est retrouvée à Porte de la Chapelle où elle a été repérée par des bénévoles d'une association qui l'ont conduite jusqu'à la maternité la plus proche pour être suivie pour sa grossesse. L'hôpital l'a gardée hospitalisée car elle n'avait pas de toit, arrivait au terme de sa grossesse et pouvait accoucher à tout moment. Lors de son séjour à l'hôpital, elle a rencontré l'assistante sociale qui l'a accompagnée dans les démarches pour nouvelle demande de logement dans un autre CADA en attendant son statut de réfugiée. Néanmoins, Keltoume a dû se rendre par ses propres moyens à la préfecture du Val d'Oise se trouvant à une heure de la maternité. Ne sachant parler ni français ni anglais, la tâche s'est avérée des plus compliquée. De plus, étant séparée de sa mère et de son mari, elle était seule et n'avait pas de proches pour l'accompagner et la soutenir au cours de cette maternité. Elle nous a dit ne pas parvenir pas à trouver le sommeil ni à se projeter dans le futur tant que sa famille ne sera pas à ses côtés.

2.9 Mina

Mina est syrienne originaire de la ville de Damas. Elle est âgée de 30 ans et a quitté seule Damas en 2014 pour se rendre au Liban où elle a rencontré son époux syrien. Du Liban elle a pris l'avion pour se rendre en France dès qu'elle et son mari ont obtenu leurs visas. Une fois en France, elle a fait une demande d'asile qu'elle a obtenu six mois plus tard.

Elle est actuellement statuaire « réfugiée » pour dix ans aux yeux de la loi française. Mina travaillait en tant que journaliste en Syrie. Depuis qu'elle est arrivée en France, Mina a repris ses études. Elle est actuellement en deuxième année de licence en sciences politiques. Tous les cours sont en français, Mina a appris le français en moins de deux ans. Ses parents sont d'abord restés en Syrie puis ont rejoint les sœurs de Mina en Allemagne en 2015. En raison de son métier, Mina, elle était plus à risque de se faire emprisonnée par les rebelles. Elle a donc vite quitté le pays en direction du Liban sans ses parents qui ont rejoint plus tard sa sœur en Allemagne. Une fois au Liban il lui a fallu attendre trois mois pour obtenir le visa. Mina a rencontré son conjoint dans le camp de réfugiés. Quand Mina et son mari ont obtenu leurs visas, ils ont rejoint la France car ce dernier travaillait en collaboration avec des français. Une fois en France, le couple a vécu une année très compliquée puisqu'ils ont eu du mal à trouver un logement. Ils ont dû repartir de zéro. A l'aéroport, la Croix Rouge n'avait pas de logement disponible à leur proposer. Ils ont été redirigés vers un CADA qu'ils ont trouvé difficilement faute de téléphone ou de réseau internet. Le centre n'avait pas de logement de disponible non plus. Un homme qu'ils avaient rencontré sur le chemin les a aidés pour la traduction et pour leur permettre de passer une nuit au CADA. Le lendemain, le centre a pu leur trouver une place dans un hôtel du 115. Ils y ont séjourné un an dans des conditions d'hygiène déplorables et sans aides financières en raison de leur statut de « travailleurs ». Il n'y avait qu'une douche pour tout l'hôtel, et il n'y avait pas de cuisine. Pendant cette année difficile, Mina a dû emprunter de l'argent et a trouvé un travail en tant que journaliste sur internet. Elle et son mari ont pu mettre de l'argent de côté et louer un logement. Dès qu'ils ont pu obtenir un petit appartement, elle a pensé à fonder une famille.

Elle a fait suivre sa grossesse par une sage-femme libérale puis à l'hôpital. Son mari et elle avaient pris la décision de ne pas avoir d'enfant tant que la situation n'était pas stable. Mina avait alors pris la décision d'apprendre le français et de reprendre des études de journalisme en français. Quelques mois après son installation dans l'appartement, Mina était enceinte. Sa grossesse s'est déroulée normalement. Elle semblait vivre une grossesse épanouie : « *Avoir un bébé permet de compléter mon projet de vie (...) je suis heureuse d'être enceinte, c'est une force* ».

L'enfant à naître existait déjà dans l'imaginaire de Mina. Elle appréhendait l'accouchement mais elle s'y est préparée à l'aide de la sage-femme. Ce qui l'aura traumatisée restera l'année où elle a vécu à l'hôtel : « *la première année en France était horrible, j'étais malade et je dormais peu (...) je n'avais jamais vécu une telle situation même en Syrie, ça m'a beaucoup choquée* ». Désormais, Mina se sent mieux et a du mal à réaliser qu'elle est parvenue à s'en sortir. Elle a repris confiance et a su s'adapter à son nouveau pays.

3. Analyse des entretiens

Il nous a paru important de dégager les points communs abordés par la plupart des femmes lors des entretiens. Ceux-ci concernant autant les conditions de leur exil que le vécu de leur maternité. Dégager ces points communs favoriseront la compréhension de la maternité à l'épreuve de l'exil.

3.1 Enjeux physique et psychologique de la migration pendant la grossesse

Déjà réfugiées ou encore demandeuses d'asile, les femmes que nous avons rencontrées vivaient des grossesses psychologiquement difficiles.

En effet, les femmes enceintes en situation d'exil vont être exposées à une double vulnérabilité : la vulnérabilité psychique des futures mères en rapport avec ce déplacement identitaire que constitue le passage de fille à celui du devenir mère (Bydlowsky, 1997). La vulnérabilité liée à l'exil et les nombreuses difficultés rencontrées lors du parcours (M-R Moro, 2001).

Avant d'avoir quitté le pays mais aussi après, presque toutes les femmes ont dû faire face aux violences de la guerre ou à des menaces, à la séparation parfois brutale avec l'un ou plusieurs des membres de leurs familles et à des deuils. C'est souvent ce qui les a poussés à fuir leur pays.

Devant ces exactions, elles se sont senties démunies et impuissantes. La seule issue possible était de fuir le pays le plus vite possible : « *L'assassinat de mon frère et de mon père par les rebelles nous a poussé à fuir le pays* » (Rita).

Pour certaines il y a eu aussi séparation d'avec une partie de leur famille au cours du trajet, ravivant des sentiments d'impuissance et des sentiments de solitude, facteurs d'angoisse : « *A cause de la guerre j'ai dû fuir le Yémen avec ma famille. J'ai été séparée de mon mari, mes fils et de ma mère car ils n'avaient pas de passeport.*

Ils ont pris un bateau qui menait en Égypte et moi j'étais dans un bateau qui se rendait au Soudan. C'est le passeur qui nous a emmenés jusqu'au Soudan. Ensuite j'ai pris la route jusqu'en Libye à pied et parfois en camion avec des passeurs qu'on devait payer » (Keltoume). De même pour Sonia qui a été confronté, à cette rupture familiale douloureuse : « Le plus dur dans ce voyage a été la séparation avec ma famille en Syrie ».

En même temps, nous pouvons remarquer chez la plupart de ces femmes une certaine résilience, c'est-à-dire la capacité à pouvoir rebondir après avoir subi des événements traumatisques. En effet, elles tiennent le coup pour leur famille, pour survivre et pour la survie de leur future progéniture.

En outre, pour celles qui ont démarré leur grossesse avant leur arrivée en France, en raison du long et difficile parcours de leur exil, leur grossesse s'est déroulée dans un environnement défavorable, mettant à l'épreuve leur condition physique.

Rita, une des femmes syriennes se trouvant au Liban et enceinte, devait travailler pour pouvoir payer le visa pour se rendre en France : « *Je travaillais la journée et mon mari cherchait du travail. Il y avait beaucoup de pression, beaucoup de circonstances n'étaient pas en faveur de cette grossesse* ».

Une femme sur deux a traversé à pied de longues distances et parfois plusieurs pays pour rejoindre leur « terres promises ». Elles étaient soit à leur fin de grossesse, soit accompagnées d'enfants en bas âges dans les bras.

Souvent les femmes afghanes traversaient plusieurs pays par le biais de passeurs comme cette femme qui dit avoir eu un voyage très long : « *Nous avons voyagé en grande partie à pied avec des passeurs. Nous avons parcouru la Turquie, la Grèce puis la Croatie, l'Autriche, l'Italie puis la France* » (Sanaa).

Elles ont toutes exprimé de la fatigue due à l'accumulation des péripéties du parcours aggravée par l'angoisse générée par la longue attente de leur demande d'asile avec l'espoir d'un toit stable à la clef. Une fois arrivée, les sentiments de solitude reste très prégnant dans le pays d'accueil.

Le manque et la solitude se fait encore plus ressentir à l'accouchement et en post-partum dans leur lieu d'hébergement : « *Je me sentais vraiment seule. Pour moi donner naissance dans un pays qui m'est étranger, sans ma famille, sans même un ami, c'était dur. Et avec deux enfants en bas âge c'est une grande responsabilité* » (Rita).

Le fait de ne pas avoir de proche avec lequel partager cette grossesse, les difficultés linguistiques, l'absence de stabilité dans l'hébergement, la faiblesse des ressources génèrent des angoisses, ainsi que des sentiments de détresse, de tristesse, de découragement.

Celles qui ont pu quitter leur pays en guerre, en famille, montrent plus de force et de courage pour continuer et poursuivre l'exil, se sachant entourées : « *Je suis heureuse car je suis avec mon mari, mes deux enfants et ma mère* » (Rita).

Zineb : « *Je suis venue avec mon mari et ma fille.* »

Certaines vont devoir s'occuper de leur nouvelle progéniture mais également de leur mère avec qui elles ont pu quitter leur pays. Elles se retrouvent alors avec une double responsabilité qu'elles assument automatiquement, car cela fait partie pour la plupart de leur culture.

3.2 Vécu de la grossesse, transparence culturelle et métissage

Si être enceinte est un facteur qui compte dans l'expérience quotidienne des femmes que nous avons interrogées, par rapport à leur fatigue, l'accès à la nourriture et la crainte de ne pas pouvoir atteindre leur « destination » étaient leurs préoccupations primordiales et ces inquiétudes envahissaient toutes leurs pensées.

Ainsi pour certaines femmes interrogées, la grossesse tout en restant la bienvenue n'a pas occupé la première place de leurs préoccupations. Pour elles, l'essentiel était de fuir les conflits armés et de vivre dans un pays où elles se sentirraient en sécurité et entourées de leur famille.

Des mouvements d'ambivalence sont observés pour certaines plus que pour d'autres. Si nous nous référons aux entretiens, quand Sonia nous dit : « *Je n'ai même pas le temps de penser à ma grossesse, à mon enfant tellement j'ai de problèmes (...)* *J'espère avoir un garçon, mais au début j'ai regretté cette grossesse, j'aurai bien avorté mais c'est péché je ne le ferais pas. Car je vois les conditions dans lesquelles mes filles vivent et en fait je ne veux pas de ça pour le dernier. Mais maintenant je l'accepte. Je n'ai pas d'autres choix* ». Nous constatons que Sonia vit sa grossesse mais qu'elle n'a pas le temps d'y penser.

Bien qu'avant tout très préoccupée par les soucis matériels et la survie de sa famille, elle montre quand même un investissement certain dans cette grossesse projetant qu'elle préférerait avoir un garçon en raison du fait qu'elle a quatre filles. Cependant en raison des nombreux problèmes dont elle doit se préoccuper, elle ne va pas pouvoir penser pleinement à cet enfant qui est en elle. Malgré tout cela elle sent que son enfant est là, elle parvient à l'imprégnier dans son moi corporel. Même si elle n'en voulait pas en amont, il est là, il grandit dans son ventre. Elle projette des choses donc il est bien existant, il est bien investi avec toute l'histoire que cet enfant porte.

La grossesse a été globalement vécue à la fois comme une force et à la fois comme une vulnérabilité quand il s'agissait de traverser des pays à pied et accompagnées d'enfants. Le stress accumulé a pu se répercuter sur le bon déroulement et le bon vécu de la grossesse : « *Je n'ai pas très bien vécu ma grossesse. Physiquement je me sentais très faible. Arrivée en France je tenais à peine debout. J'étais très stressée et angoissée car j'étais toute seule sans ma famille avec moi. Je pensais beaucoup à comment je vais accueillir le bébé. Je ne mangeais pas bien* » (Sanaa).

Nous constatons que la grossesse n'est qu'un des éléments qui façonne leur vécu. Certaines femmes avaient déjà été enceintes et dans des circonstances beaucoup plus dramatiques que ce qu'elles ont dû vivre en exil ou que ce qu'elles vivaient au moment où nous les avons rencontrées, comme c'est le cas de Rita : « *En Syrie, quand j'étais enceinte de mon petit garçon en plein hiver, il n'y avait plus d'électricité et la nourriture venait à manquer (...) j'avais peur pour mon bébé car je ne pouvais pas sortir de la maison sans billet de sortie pour lui acheter ce qu'il avait besoin* ».

Au vu de ce qu'elles avaient parcourues et vécues pour leurs précédentes grossesses, elles se sentaient souvent en sécurité dans le pays d'accueil, comme a pu le dire Zineb ou encore Rita : « *J'ai moins peur ici et je suis avec ma famille* ».

Nous constatons que ce sentiment de sécurité est plus présent si la femme a émigré avec sa famille.

Toutes les femmes syriennes que nous avons interrogées ont quitté leurs pays accompagnés de leur famille (mari et enfants), voire de leurs parents ou de leurs frères et sœurs. Certaines avaient pour projet de rejoindre de la famille déjà installée en France. Elles n'étaient jamais seules. Le regroupement familial s'avérait être primordial pour la plupart des femmes interrogées quand cela pouvait être possible.

Tandis que les femmes afghanes ont fui avec leur mari et leurs enfants et n'avaient aucune famille à rejoindre. Keltoume (d'origine du Yémen) a rejoint la France seule.

Ce qui nous a semblé flagrant lors de notre entretien avec cette femme fut sa méfiance, sans doute en raison de son passé et de son parcours difficile ainsi qu'une mauvaise expérience vécue en France, son exclusion du CADA du Moulin. D'emblée, elle n'a pas souhaité être enregistrée de peur « de passer à la télévision ou à la radio » mais accepte quand même l'entretien avec quelques airs de soupçons.

Malgré tout, pour les femmes que nous avons interrogées, accoucher ensuite dans un pays certes hors conflits mais au système de santé mal connu, reste un sujet d'appréhensions.

Quand il s'agissait d'une seconde grossesse, elles avaient tendance à comparer avec ce qu'elles avaient vécues. Certaines ont dit craindre des complications du fait de leurs mauvaises conditions de vie ou de ne pas pouvoir se faire comprendre :

Ines : « *J'ai peur d'avoir de nouveau une césarienne. J'ai accouché au pays d'une césarienne et ça s'est mal passé car j'avais beaucoup de douleurs* »

Sanaa : « *Je suis plus stressée que pour les autres grossesses. En plus nous vivons dans des conditions déplorables. Je n'ai même pas le temps de penser à ma grossesse, à mon bébé tellement j'ai des problèmes* ».

Mounia : « *Je n'arrêtai pas de penser à quand j'accoucherai comment j'allais leur exprimer mes ressentis* ».

Pour celles que nous avons rencontré en post-partum et qui avaient récemment accouché en France, l'accouchement s'était globalement bien passé mais persistait ce sentiment de solitude très marqué en suite de couche, surtout chez les Afghans qui ont l'habitude d'être entourées par une mère, une grand-mère ou une tante pour s'occuper des soins du bébé :

Maria : « *Je suis stressée car je suis toute seule. Normalement en Afghanistan on est toujours entourés par la famille. On prépare la venue de l'enfant. On est toujours soutenus mais cette fois-ci je le vivrai seule* ».

Sanaa : « *Je n'ai pas très bien vécu la grossesse. J'étais très stressée et angoissée car j'étais seule sans ma famille* ».

Nous avons remarqué que ces femmes, même multipares, ont perdu certains de leurs repères dans les soins du nouveau-né. Dans un pays qui leur est étranger, où les soignants avec qui elles sont en contact conseillent nos des façons de faire, ces femmes sont perdues et agissent comme de nouvelles mères. Ce n'est que lorsque la situation se stabilise que la femme peut vraiment se projeter dans sa grossesse.

3.3 Traumatisme et syndrome post-traumatique

Le parcours d'exil chaotique de ces femmes fait suite à l'exposition à des violences, des deuils et des situations de rupture dans le pays d'origine. Ces traumatismes peuvent être à l'origine de troubles post migratoire, très souvent occulté derrière la situation de précarité.

Certaines femmes interrogées ont été confrontées à la mort de manière répétée, ont craint pour leur vie et celle de leurs proches et en ont été très traumatisées :

Rita : « *Pendant ma migration j'ai vu beaucoup de choses qui m'ont traumatisé, en chemin on pouvait voir des cadavres d'enfants ou croiser des corps démembrés. On entendait des bombes au loin. Mes enfants avaient vu leur oncle mourir, Nous avions pris l'habitude de rencontrer la mort en face de nous. J'avais vu trop de choses difficiles en si peu de temps (...) En Syrie, nous étions encerclés par les coups de feu, des bombes ont explosées près de notre quartier. C'était très effrayant, j'avais très peur surtout que j'avais un bébé qui était âgé de quatre mois (...) avec ma famille nous nous disions que si nous devions mourir aujourd'hui au moins nous mourrons ensemble* ».

Mounia : « *Des bombes ont détruits une école près de chez nous, la bombe a été tellement puissante que notre maison a été aussi détruite et des projectiles ont atteint mon dos. J'ai encore les cicatrices et mon dos me fait encore mal. A ce moment-là mon fils avait 7 mois et mon plus grand avait 3 ans* ».

Il est important de prendre conscience que les familles que nous avons rencontrées avaient une vie sociale et stable, un métier etc. Et le fait de ne pas avoir de proche avec lequel partager cette grossesse, les difficultés linguistiques, l'absence de stabilité dans l'hébergement, la faiblesse des ressources génèrent des angoisses, ainsi que des sentiments de détresse, de tristesse, de découragement. Deux femmes se trouvaient dans cette situation d'isolement. Notamment pour Keloume qui a dû parcourir seule des pays sous l'emprise d'une dictature (la Libye, le Soudan) loin de ses proches.

Ainsi, il y a perte des réseaux d'étayage : ses enfants et sa mère étaient en Égypte et son mari était resté en Italie. Nous avons remarqué particulièrement pour cette femme qu'elle ne supportait pas de rester enfermer dans sa chambre d'Hôpital, et sortait souvent prendre l'air. Cette peur de l'enfermement se reflète à son vécu et à ses nombreuses fois où elle s'est retrouvée enfermée entre quatre murs ou durant plusieurs jours dans un bateau entre la vie et la mort : « *La première chose à ce que je pense c'est le fait d'être resté quatre jours en pleine mer dans le bateau qui menait au Soudan. J'avais très peur. Je priais pour pouvoir arriver saine et sauve. Il y avait des jeunes enfants dans le bateau. Nous mourrions de faim. J'avais froid et j'étais trempée* » (Keloume).

3.3.1 Définition de l'État de Stress Post Traumatique (ESPT)

Selon l'Institut Universitaire en Santé mentale de Montréal, l'État de stress post traumatisant (ESPT) par définition est un état se caractérisant par le développement de symptômes spécifiques tels que des reviviscences qui se caractérisent par des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, des cauchemars, des flashbacks ou de la détresse. Les symptômes peuvent se manifester aussi par l'évitement des souvenirs, des pensées et/ou des sentiments rappelant le trauma ou l'hyperactivation du système nerveux (irritabilité, excès de colère, hypervigilance, sursauts, difficultés de concentration ou des troubles du sommeil).

Ces symptômes apparaissent et font suite à l'exposition à un événement traumatisant dans un contexte de mort, de menaces de mort, de blessures graves ou d'agression sexuelle (10),(7).

Les principaux symptômes de l'État de Stress Post-Traumatique sont les suivants :

Des reviviscences	De l'évitement	Des altérations cognitives et émotionnelles	L'hyperactivation du système nerveux
<ul style="list-style-type: none"> • Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement • Cauchemars • Flashbacks • Détresse ou réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli associés à l'événement traumatisant 	<ul style="list-style-type: none"> • Évitement des souvenirs, pensées et sentiments liés au trauma • Évitement des éléments (personnes, lieux, activités, objets, situations) rappelant le trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement traumatisant • Croyances négatives persistantes et exagérées au sujet de soi, des autres ou du monde • Tendance à se blâmer • Émotions négatives persistantes (peur, horreur, colère, culpabilité, honte) • Diminution de l'intérêt pour les activités • Sentiment de détachement d'autrui • Restrictions des émotions positives 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilité ou excès de colère • Comportement imprudent ou autodestructeur • Hypervigilance • Sursauts • Difficultés de concentration

Une personne présentant certains de ces symptômes ne souffrent pas nécessairement d'ESPT. Ces symptômes doivent persister dans le temps de plus d'un mois ; et entraînent une souffrance significative (10),(7).

Pour toutes les femmes que nous avons interrogées, le trouble du sommeil était souvent mentionné mais elles ne rencontraient à priori pas de problème pour s'alimenter. Les flashbacks et les cauchemars reviennent souvent également :

Keltoume : « *J'ai du mal à trouver le sommeil. Je me réveille souvent pendant la nuit. Je n'arrive pas à dormir car je pense beaucoup à ma famille et je me demande comment mes enfants et ma mère vont réussir à me rejoindre d'Égypte (...)* »

Quand je ferme les yeux quelques secondes, il m'arrive de revoir des scènes qui m'ont marquées comme les bombardements, la séparation avec mes enfants, et les violences que j'ai subie en Libye ».

Zineb : « *Je fais beaucoup de cauchemars qui me hantent la nuit. J'ai peur qu'il arrive quelque chose pour mon bébé. Dans mes rêves je revois encore les policiers nous embarquer de force* ». Le mari rajoute lors de cet entretien que Zineb a des crises d'angoisse avec des crises de pleurs et des difficultés à respirer. « *Elle se met à rire sans raison* ». Cette femme était consciente de son état et appelait à l'aide. Les crises de larme/rire témoignent de sa nervosité et d'un épuisement psychique. Les cauchemars et les flash-back semblent être des signes de trauma ou d'une peur chronique qui s'est installée.

Les femmes ont aussi souvent été traumatisées par les violences des autorités. Elles sortent d'une guerre violente pour se retrouver dans un pays qui parfois ne les accepte pas et les rejette de la manière la plus inhumaine. La réfugiée se retrouve comme « apatride ». Leur futur est entre les mains des pays État qui décident de les accueillir ou non. On observe parfois un rejet des pays d'accueil :

« *Nous sommes restés plusieurs mois en Autriche, sans papiers, mais les autorités nous ont renvoyés dans le camp de Croatie* » dit Zineb. Elle rajoute : « *Mon mari et moi étions choqués de l'accueil en Autriche, nous n'étions pas les bienvenus et personne ne nous a aidé (...) la police a débarqué dans notre petit logement sans nous prévenir, ils ont été très violents et nous ont ramené de force à l'aéroport pour prendre le premier avion en direction de notre camp de départ : en Croatie (...) Je crains beaucoup que l'on soit repris par la police et j'en rêve souvent. Il m'arrive de revoir les scènes de notre voyage. Mes peurs deviennent réalité dans mes rêves* » (Zineb).

En somme, la fragilité psychique de la grossesse peut entraîner des troubles psychologiques en aval qu'il est important de repérer en période périnatale. De plus, cette vulnérabilité psychique risque de s'imbriquer avec d'autres difficultés rencontrées lors de leur parcours d'exil.

3.4 Difficultés rencontrées

Dans le discours des femmes que nous avons rencontrées, nous avons noté que les principaux problèmes qu'elles évoquent, sont plus liés à la migration qu'à la grossesse. Elles nous ont parlé des difficultés matérielles importantes qui viennent se rajouter à la fragilité psychique de la grossesse.

En outre, une partie des femmes interrogées (les afghanes et yéménite) n'avaient pas de famille en France et ne parlaient ni français ni anglais.

3.4.1 Décision à la suite de la découverte de la grossesse

Devant les difficultés qui s'accumulaient au fil du parcours migratoire, certaines ont envisagé d'arrêter leur grossesse à la découverte de celle-ci, mais y ont finalement renoncé par choix religieux souvent. En effet, toutes les femmes interrogées étaient de confession musulmane et pour certaines, la religion les a aidées à faire un choix. On note tout de même une certaine ambivalence vis-à-vis de la grossesse car si la plupart des réfugiées se sont appuyé sur la religion pour prendre leur décision, elles avaient eu néanmoins au départ l'idée d'avorter. Mais une telle décision n'était pas acceptable pour elles à cause de leur religion qui l'interdit : « *J'ai appris que j'étais enceinte ici en France mais je n'ai pas voulu l'être. C'est la décision de Dieu* » (Sonia). En ce qui concerne Ines, la grossesse n'était pas prévue mais a bien été acceptée : « *Non je n'ai pas souhaité être enceinte, c'était un accident. Mais c'est une décision de dieu, je l'accepte bien* ».

Rita : « *Nous n'avions pas assez d'argent ni de médicaments, vous savez, nous vivions dans une situation pas du tout stable, quand j'ai appris que j'étais enceinte, je ne m'y attendais pas. J'étais furieuse avec moi-même mais je l'ai finalement bien accepté* ».

Pour Mina et Mounia, deux femmes syriennes interrogées, il était d'abord nécessaire d'avoir une situation stable avant d'accueillir un enfant : « *Pour être honnête, quand j'ai appris que j'étais enceinte en France, le premier mois j'ai voulu arrêter la*

grossesse mais je ne savais pas où aller et à qui demander. Ce n'est qu'après, quand j'étais à mon 5^{ème} mois de grossesse, que j'ai su que c'était simple d'arrêter à grossesse, ils m'ont dit que je devais juste aller à l'hôpital et demander. En fait, je ne voulais pas de cette grossesse car j'étais vraiment nouvelle en France... Je voulais d'abord m'installer et prendre mes repères » (Mounia). Concernant Mina, la grossesse était un projet envisagé depuis un certain temps mais les conditions de vie dans lesquelles elle se trouvait ne lui permettait pas de concevoir un enfant aussi tôt : « *Je souhaitais être enceinte. C'est un projet que je voulais depuis un moment. Mais mon mari et moi voulions que notre situation soit plus stable d'abord. J'ai évité d'avoir des enfants pendant les situations difficiles ».* C'était aussi le cas pour Maria : « *J'avais besoin d'améliorer ma situation avant d'avoir un enfant ».*

3.4.2 Des conditions de vie difficiles

Lorsque les familles sont amenées à quitter leurs pays, commence l'exil à travers un déplacement qui représente une problématique en soi. Les déplacements, l'errance, la fuite mettent les familles dans des conditions d'insécurité. Des catastrophes peuvent survenir, une mère peut perdre un de ses proches. Le foyer domestique n'existe plus. Les familles que nous rencontrons sont soit entourées en famille mais deux ont été seules lors de leurs parcours. Elles ont dû laisser des enfants à mi-parcours et chaque séparation réactive d'ancienne séparations. Les histoires de maternité en exil sont donc singulières et multiples.

Globalement les femmes migrantes sont jeunes et en bonne santé et ne sont pas affectées par la grossesse. Ce sont les conditions de vie dans les camps ou lors de leur exil (problème d'hygiène, et de malnutrition) qui ont entraîné des problèmes de santé. Les conditions de vie laissent peu de place à l'intimité familiale et au maternage. Une des femmes interrogées (Keltoume) était sans abri jusqu'à ce qu'une personne, sachant parler l'arabe, l'accompagne à l'hôpital pour qu'on puisse la prendre en charge. Elle a dû être séparée de sa famille afin de reconstruire une nouvelle vie. Elle était perdue d'autant plus qu'elle ne savait pas parler français ni anglais.

3.4.3 Difficultés de prise en charge

En ce qui concerne la prise en charge de leur grossesse en France, le système de santé et l'organisation à l'hôpital étaient très peu compris. Nous remarquons qu'à leur arrivées les femmes sont très souvent désorientées et ne pensent pas à se rendre spontanément à l'hôpital pour le suivi de leur grossesse : « *Quand nous sommes arrivés en France j'étais à mon quatrième mois de grossesse. Nous n'avions nulle part où aller et on s'est retrouvé trois jours dehors vers le métro Jaurès. Des médecins ont vu que j'étais enceinte, ils se sont occupés de moi puis la police nous a placé à l'hôtel. Un autre médecin m'a redirigé vers l'hôpital à Saint-Denis et m'a pris un rendez-vous pour être suivie mais je n'avais pas le temps d'y aller* » (Sonia).

Ines : « *Pour être honnête, au début c'était difficile parce que c'est différent par rapport à notre pays. En Syrie vous choisissez le médecin et vous allez le voir si besoin mais nous n'allions jamais à l'hôpital. Ici c'est différent, et même par exemple quand vous vous sentez malade, vous devez aller aux urgences mais on doit attendre trois à quatre heures donc c'est aussi différent que dans notre pays. J'ai quand même sentis que j'étais en sécurité car ils faisaient vraiment attention à moi*

 ».

Ces femmes se trouvent dans un contexte d'acculturation et d'étrangeté avec ce nouvel environnement. Certaines ont préférés se stabiliser au niveau des papiers avant de se rendre à l'hôpital de peur de payer puisqu'elles n'avaient en général aucune ressource et d'autres appréhendaient l'accouchement : « *Comme je viens d'arriver je ne sais pas comment cela va se passer (...) Comme je n'ai encore aucun document je ne peux pas encore aller à l'hôpital* » (Rita).

« *J'ai peur de l'accouchement. Je ne sais pas comment cela va se passer. Je regarde souvent des vidéos sur internet sur comment sera l'accouchement. Je pose beaucoup de questions à la sage-femme* » (Mina).

Mounia connaissait déjà le monde hospitalier en raison d'une famille très axée sur la santé, donc elle n'avait aucunement peur de l'hôpital : « *Non je n'ai pas d'appréhension. Je ne suis pas surprise par l'hôpital, mon mari a des connaissances*

par rapport à l'hôpital, son frère est docteur, un autre est pharmacien et sa sœur est infirmière ».

Néanmoins, nous notons que le CHU d'Ivry Sur Seine paraissait mieux que les autres endroits au niveau de l'accueil, du soin etc. Les femmes semblaient plus au clair avec les démarches. Elles avaient un suivi régulier grâce à la PMI de Paris qui faisait intervenir des sages-femmes toutes les semaines pour pouvoir les prendre en charge et les accompagner dans toutes les démarches de soin notamment l'inscription à l'hôpital. Pour celles hébergées ailleurs et qui allaient directement dans les hôpitaux, la prise en charge avait l'air beaucoup plus difficile et sinueuse.

Mais les associations venaient toujours en aide aux femmes enceintes qui se trouvaient dans les places publiques telles que Jaurès ou Porte de la Chapelle. Cela a été le cas pour Keltoume qui était alors enceinte de 9 mois : « *Je me suis retrouvée à porte de la chapelle et de là des personnes ont vu que j'étais enceinte et m'ont conduit vers l'Hôpital le plus proche pour que je sois prise en charge* ».

3.4.4 Barrière de la langue

En France, la différence de la langue peut s'avérer être un obstacle, et peut augmenter les peurs et les angoisses des femmes. Les professionnels de santé qui ne peuvent ni expliquer leurs gestes, ni rassurer les femmes en l'absence d'interprètes, ne peuvent pas non plus se renseigner sur l'anamnèse des patientes.

Ceci crée un contexte de travail encore plus difficile et peut entraîner un manque de patience et de la nervosité voire de l'agressivité gestuelle pouvant décourager les femmes à revenir consulter. Du fait de leur situation sociale, de leur isolement et de leurs difficultés linguistiques, elles vivent des évènements qui génèrent de la détresse et de l'anxiété. Des mères disaient avoir souffert du manque d'interprétariat dans les maternités aggravant l'étrangeté de l'expérience de l'accouchement (périnéale, l'accompagnement de la sage-femme etc..), d'où l'importance de pouvoir bénéficier d'un interprète au moins une fois pour expliquer les différentes étapes de l'accompagnement à l'accouchement. Ainsi, certaines se retrouvaient face à un problème de manque d'information.

La non-connaissance du français est une difficulté de plus à surmonter.

Les professionnels de santé souvent n'anticipaient pas la consultation et ne prévoyaient pas d'interprètes adéquates, alors que les femmes avaient souvent beaucoup de questions à poser sur le déroulement de la prise en charge et le fonctionnement du système hospitalier français qui leur est très étranger. C'est ce que les femmes lors des entretiens reprochaient souvent :

Sonia : « *Comme je ne parle pas français les rendez-vous étaient rapides. Ils nous expliquaient rien. (...) On ne me laisse pas l'opportunité de pouvoir raconter mes problèmes ou mes besoins. Je ne peux pas m'exprimer* ».

Zineb : « *Le problème c'est que lorsque j'allais à l'hôpital on nous donnait peu d'informations sur le déroulement de l'accouchement. J'ai juste compris que je devais venir à l'hôpital si je dépasse le terme de la grossesse. J'ai aussi eu un rendez-vous pour la péridurale. Il y a eu un interprète ce jour-là pour me traduire sinon on échange par des signes de la main ou sinon mon mari traduisait un peu l'anglais. Mais c'était très difficile* ».

Sanaa : « *A cause de la barrière de la langue, je ne pouvais pas poser mes questions, je ne comprenais pas tout* ».

En outre, quand les migrantes parlaient anglais et étaient d'origine d'un milieu aisé, les professionnels de santé paraissaient plus patients et l'accueil semblait meilleur. Zineb nous dit : « *L'accouchement s'est bien passé parce qu'ils m'avaient tout expliqué avant grâce à la présence d'un interprète* ». Sanaa avait quant à elle des contacts pour ne pas se retrouver démunie lors des consultations : « *Nous avions (mon mari et moi) contacté un ami afghan pour nous faire la traduction à l'hôpital par téléphone* ».

Pour les femmes qui n'avaient pas pu faire d'études, et qui ne maîtrisaient pas du tout le français ni même l'anglais, nous avons constaté que la barrière de la langue a été un vrai handicap et leur a causé bien des problèmes, notamment pour Keloume (Yémen) qui devait se rendre à la préfecture à l'aide des transports en commun qui

se trouvait à une heure de l'hôpital où elle se trouvait sachant qu'elle ne savait ni parler, ni lire, ni écrire le français : « *Je dois me rendre à la préfecture pour faire une nouvelle demande de logement dans un CADA de la région. On m'a donné un plan pour m'y rendre mais comme je ne sais pas lire le français je suis perdue. La langue française est une grande barrière pour moi, heureusement qu'il y a des français qui savent parler l'arabe sinon je ne pourrais jamais m'en sortir* ». Pareillement pour Sonia qui s'est retrouvée dans cette même difficulté : « *A chaque fois que je me rends à l'hôpital avec mon mari ils nous font repartir avec un nouveau rendez-vous. Personne ne nous comprend, il n'y a aucun traducteur pour nous aider. Je ne veux plus aller à l'hôpital si c'est pour rien faire et nous donner de nouveaux rendez-vous sans rien nous expliquer (...) Après cela je ne suis plus partie à l'hôpital. L'assistante sociale m'a donné un rendez-vous mais n'a pas pu faire plus. On ne me laisse pas l'opportunité de pouvoir raconter mes difficultés ou mes besoins. Je ne peux pas m'exprimer. On nous dit c'est comme ça et pas autrement* ».

Elle n'avait pas le même niveau éducation que Rita ou Mina donc l'accueil était beaucoup plus compliqué dû au non partage de la langue. Le milieu dont est issu la femme joue beaucoup dans le système de survie dans lequel elle vit. Pour la femme issue d'un milieu « défavorisé » et qui n'a pas suivi d'études dont le rôle était de s'occuper exclusivement de sa famille, l'intégration dans un nouveau pays est d'autant plus difficile. D'autant plus si le mari ne sait pas non plus parler français ni anglais.

Comme toujours et partout, les personnes plus défavorisées et ayant un bas niveau socio-économique, sont moins bien accueillis : c'est la reproduction d'un système déjà ancré où les personnes de milieu social moins élevé sont moins bien reçues, en dehors même de toute considération que ce soient des migrants. La barrière de la langue renforce juste le mécanisme déjà existant.

3.4.5 Grande précarité sociale

La question de la procédure d'asile et de la précarité sociale sont des entraves à la disponibilité parentale. Les femmes ont trouvé de grandes difficultés à s'intégrer au sein de la société occidentale notamment en raison de la différence de culture et pour la plupart avec la difficulté de la langue. Les femmes sont contraintes de vivre en marge de toutes affiliations sociales. Elles sont vu comme des « migrantes » ou « réfugiées ». L'exil fait vivre une sorte de régression dans le sens où il réduit au silence et à cet état non communicatif. Les femmes enceintes que nous avons rencontrées vivent une forme d'errance, même celles hébergées de manière relativement stables en CADA ou en foyer. Cette errance qui nous frappe chez ces femmes est une recherche d'un lieu physique et psychique, d'un lieu d'accueil pour elle-même et leur enfant et qui fasse monde commun. L'inscription dans un monde commun en exil est rendue peu évident du fait de l'exclusion sociale que les politiques d'accueil actuelles accentuent.

La nervosité, l'inquiétude, l'angoisse, l'impatience, le manque de tolérance, les préoccupations matérielles envahissantes sont des plaintes fréquentes. Ainsi la plupart des femmes interrogées vivent à côté de leur grossesse par manque de disponibilité psychique.

3.4.6 Problématique de l'hébergement : instabilité et sentiment d'errance

Nous remarquons une grande précarité et une grande instabilité sur le plan de l'hébergement. La vie au foyer, dans la rue, au 115 ou dans un squat représentent une grande difficulté pour ces mamans.

Prenons l'exemple de Sonia qui vit dans un squat avec ses quatre filles, son mari et d'autres syriens, sans isolation, ni couverture, rendant la mère davantage inquiète de l'inconfort de ses enfants plutôt qu'attentive à ses besoins et aux besoins de son futur bébé. L'humidité qui y règne touche la santé de ses enfants et développe l'apparition d'asthme comme elle a pu nous le faire remarquer lors de notre entretien.

Précarité financière

Dans notre enquête, la question des ressources était très peu abordée car souvent ces populations gardent une certaine dignité et affirmaient avoir suffisamment à manger chaque jour.

Néanmoins, les difficultés financières pouvaient être très préoccupantes, par exemple, quand une mère n'avait pas les moyens d'acheter des couches et de quoi manger pour sa famille.

Instabilité de logement

Pour une femme afghane (Zineb), en plus des difficultés administratives, et des conditions d'insalubrité il y a eu le problème d'instabilité de logement. Sa famille a dû changer d'hôtel plusieurs fois en peu de temps : « *Nous étions dans des hôtels du 115 et cela fait maintenant trois semaines que nous sommes installés dans cette résidence étudiante. Cela fait quatre mois que nous changeons plusieurs fois d'hôtels* ».

Cette famille vivait dans une angoisse permanente car chaque jour ils risquaient de se retrouver à la rue. Cette instabilité et cet état de stress permanent venaient alors se répercuter sur la grossesse de cette femme. Mais ce n'était pas la seule femme qui subissait ce genre de problème. Cela concerne presque toutes les femmes de l'étude qui pour la plupart étaient hébergées pour des durées variables plus ou moins courtes et avaient dû changer de logement plusieurs fois.

Nous avons ressenti cette situation d'errance et d'instabilité permanente, concernant le lieu d'hébergement comme un des facteurs principaux de l'angoisse exprimée par ces femmes.

Perte des repères

Certaines montrent parfois des difficultés à s'approprier le rôle de mère dans un pays étranger entraînant une rupture de la transmission trans-générationnelle.

Ines, l'une des femmes qui a récemment accouchée de son troisième enfant, exprimait des difficultés à adopter les attitudes naturelles de soin malgré son passage à la maternité quelque jours plus tôt. Les questions posées ressemblaient à celles que nombreuses accouchées primipares avaient l'habitude de nous poser. Cette femme a accouché seule, sans son mari qui devait s'occuper de ses deux petites filles.

Son contexte social précaire formait une réalité étrange qui ne correspondait pas à l'image de la jeune mère qu'elle avait intégrée en Syrie.

Pour les parents, la difficulté était de donner des repères suffisamment rassurants quand eux même, sont envahies par le sentiment d'étrangeté et d'insécurité. Tous ces changements sont, pour la femme réfugiée génératrices d'angoisse.

Néanmoins, nous avons tout de même remarqué, au fil de nos entretiens que la maternité pouvait s'avérer bénéfique, notamment dans l'intégration de ces femmes au sein de leur nouveau pays d'accueil.

3.5 Maternité et opportunité

Nous appelons maternité tout ce qui concerne la construction du lien entre la mère et l'enfant : le désir de l'enfant, la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Nous avons remarqué que pour de nombreuses femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenue, la grossesse survenait souvent dans un projet de famille, ou d'agrandissement de famille pour celles qui avaient déjà un (ou des) enfant(s) avant la migration.

La question qui se posait fréquemment était celle du devenir de ses enfants et de la manière de construire une nouvelle vie à partir de rien.

La grossesse pour certaines, est vécue comme un nouveau départ et ravive l'espoir d'un futur heureux au sein des familles : « *Cette grossesse m'apporte du soutien. A l'annonce de la grossesse, je me suis dit que de belles choses étaient sur la voie. (...) J'étais très heureuse quand ma fille est venue au monde.* » (Ines).

Pour Sanaa, être mère dans le pays d'accueil où elle se sent en sécurité l'apaise mais le sentiment de solitude est amplifié : « *Je suis heureuse d'être maman, cela m'apporte de la joie et de la sérénité mais je suis quand même triste de me retrouver seule sans ma famille, sans mes parents à mes côtés* ».

Et quant à Mounia, cette mise en sécurité la rassurait : « *Je voulais être enceinte en France car c'est un pays sécurisé. Je veux que mon futur enfant vive dans un endroit sûre. C'est le dernier après j'arrête (...) Je suis contente d'être enceinte. Cette grossesse me permet de débuter une toute nouvelle vie et de tourner la page avec le passé* ».

La maternité prend un caractère particulier car le futur enfant semble apporter un souffle d'espoir et une source de paix intérieur. Il permet de combler un manque et faire le lien entre le passé et le présent (vécu actuel).

3.5.1 L'enfant qui permet de combattre la solitude

Pour deux des femmes interrogées qui se sont retrouvées seules dans les centres d'hébergement d'urgence ou à l'hôpital (Keltoume et Maria), la solitude extrême venait se rajouter à toutes les autres difficultés de l'exil précédemment citées.

Pour Keltoume, qui avait dû se séparer de ses enfants lors de son voyage, la grossesse servait en partie de « clef » pour faire venir un jour toute sa famille en France et également palliait à un manque et à ce sentiment de solitude : « *Cette grossesse me donne de l'espoir. C'est comme si je tournais la page à ce que j'ai dû vivre pendant mon exil. Une nouvelle vie s'ouvre à moi. Si j'accouche ici je pourrais rester en France et pouvoir faire venir un jour ma famille ; mes enfants et ma mère seront en sécurité ici et mieux qu'en Égypte* ».

La maternité était un support pour combattre la solitude.

Quant à Maria, la solitude était d'autant plus difficile qu'au sein de la communauté afghane, la venue de l'enfant est un évènement qui implique le père mais aussi le reste de la famille qui participent activement aux interactions avec le bébé et à son éducation : « *Je suis un stressée car je suis toute seule. Normalement en Afghanistan on est toujours entourés par la famille. On prépare la venue de l'enfant. On est toujours soutenus mais cette fois-ci je le vivrai seule. (...) Je veux juste accoucher dans de bonnes conditions. J'appréhende l'accouchement mais j'ai surtout peur pour le futur de mes enfants (...) Je serais toute seule pour accoucher. Dans mon pays on est toujours entourés par la famille* ».

Ainsi, il semble important que la femme puisse être bien entourée et soutenue lors de la grossesse, événement majeur de son parcours de vie, et d'autant plus lors du parcours d'exil.

3.5.2 Maternité et mise en sécurité

Nous avons constaté que les femmes interrogées ont toutes attendu plusieurs mois pour accéder à un statut légal de réfugiée. La décision judiciaire détermine en partie leur sort, mais souvent les femmes enceintes ont été rapidement prises en charge par des structures hospitalières à proximité de leur « logement » temporaire.

Elles ont pu bénéficier d'un lieu d'hébergement dans l'attente d'un logement fixe.

En effet, les femmes que nous avons interrogées de par leurs statuts de « femmes enceintes » et de « réfugiées » ont pu être très rapidement prises en charge dès leurs arrivées à Paris, et facilement si elles se trouvaient sur des lieux publics « occupés » par des migrants telle que la place Jaurès ou Porte de la Chapelle.

Les associations ainsi que la PMI de Paris qui repéraient ces femmes enceintes « errantes » les ont vite orientées vers des centres d'accueil pour demandeurs d'asile afin de faire leurs démarches administratives et pour que leur grossesse soit suivie.

Les femmes se sont toutes senties en sécurité en France, loin des conflits et se sentent de commencer une toute nouvelle vie :

« J'ai sentis que j'étais en sécurité. Les soignants faisaient vraiment attention à moi. (...) « Je me dit être ici est un nouveau départ, je dois soutenir mes enfants, je dois être forte car j'ai une famille à prendre en charge, j'ai ma mère que je dois soutenir aussi et parfois je me demande comment je pourrais gérer tout ça : mes enfants sont très demandeurs mais je ne peux pas répondre à leur besoin » (Rita).

« Je voulais un enfant dans un endroit sécurisé pour repartir de zéro et créer une nouvelle vie » (Ines). Maria nous dit quant à elle : « Je leur fais confiance, je me sens en sécurité en France en tout cas mieux qu'en Afghanistan ».

Ce sentiment de mise en sécurité confortait les femmes à l'idée de garder espoir quant à l'avenir de leur progéniture.

3.5.3 Enfant : entre espoir et doute sur l'avenir

D'une part, comme dit précédemment, la grossesse n'était pas souhaitée en raison de l'instabilité de leur situation et donc la question du devenir de l'enfant n'était pas posée au départ. La plupart des femmes auraient souhaités ne pas être enceinte voire mettre un terme à la grossesse.

Lorsque les signes de grossesse sont apparus et à la suite des échographies, l'enfant s'est concrétisé et son désir également. Cependant les femmes avaient déjà à leur charge d'autres enfants et souvent en bas âge. La question de leur survie se posait fréquemment.

D'autre part, la grossesse désirée marquait clairement un tournant dans la vie des femmes (primipares surtout). L'enfant permettait de sortir de la solitude, c'est un enfant qui répare. Il représentait l'espoir de retourner à une vie normale c'est-à-dire vivre dans de meilleures conditions et loin de cette position « d'errance ».

Ces mères souhaitent transmettre leur héritage culturel et leurs savoir mais savent que leur enfant grandira dans un monde différent qui lui est étranger.

Pour Keloume, qui se trouvait isolée, il s'agissait d'un enfant « étranger » : un futur bébé « français » de mère migrante mais qui donne un souffle d'espoir et de vie à cette future mère qui avait vécu des mois d'enfer. Le futur enfant est notamment personnifié, il prend toute son importance puisque comme elle a pu bien nous expliqué son prénom représente tous les pays qu'elle aura parcouru : « *C'est encore un garçon, je vais l'appeler « Damarh » en référence à tout le chemin que j'ai pu parcourir. Ce prénom me fait penser à tous les pays que j'ai parcouru* ».

Le nom que Keloume veut donner à son futur enfant doit être exceptionnel. Cet enfant imaginaire représente tout ce qui a été perdu dans sa propre histoire. Pour compenser les blessures qui lui ont été infligées, Keloume repose tous ses espoirs dans le futur enfant. On constate que l'enfant imaginaire est celui qui va tout accomplir, tout réparer, deuils, solitude, destin, sentiment de perte. La maternité aurait donc une fonction réparatrice : elle rétablit les liens apparemment rompus (13).

Mais dans un autre temps, on ressent une certaine culpabilité d'avoir « abandonné » ses enfants et sa mère dans un pays en difficulté et qui n'était pas les leur : « *Je n'ai pas eu de problème avec la grossesse. Je pense beaucoup à mes enfants qui sont en Égypte maintenant (...) Je n'arrive pas à dormir je pense beaucoup à ma famille. Je réfléchis beaucoup à comment mes proches vont réussir à me rejoindre un jour* » nous dit Keloume.

Lorsque l'accouchement s'est bien passé, celui-ci n'est pas un sujet qui est investi par les femmes lors de l'entretien. Il est en général mis de côté en faveur des difficultés rencontrées dans le parcours migratoire.

Comment les femmes réfugiées peuvent-elles se projeter dans l'avenir et accueillir un enfant dans un tel contexte migratoire ?

3.5.4 Projection future

Arrivées dans leur pays d'accueil on constate que la majorité des femmes interrogées vivent un quotidien précaire avec des perspectives d'avenir peu visibles. Dans la majorité des entretiens nous avons constaté que la vie était comme suspendue.

Dans le contexte de migration, les femmes doivent fournir un gros travail psychique pour se projeter avec leur enfant, pour le fantasmer, le rêver. En effet, les femmes avaient du mal à s'investir pleinement dans la grossesse et à se projeter dans l'avenir, dans leur nouvel environnement.

De plus, elles vivent leur situation comme irréversible et sont dans un état d'attente et d'incertitude qui laisse un flou insécurisant quant aux projets et un avenir difficile à investir, comme c'est le cas pour Sonia : « *Tous les jours passent et se ressemblent. Je ne vois pas de changement ni d'évolution* ».

Nous constatons aussi pour la plupart que la grossesse n'est pas toujours la priorité de ces femmes. Les doutes sur les possibilités de rester, et l'attente de leur demande d'asile provoquent des difficultés à penser l'avenir. La question du devenir du bébé se pose une fois sur deux.

Certaines placent leur confiance en Dieu et vivent souvent au jour le jour : « *Je ne pense pas vraiment au futur, je place ma confiance en Allah* » (Keltoume). Quant à Mounia, *la projection future est mise de côté* : « *Je ne sais pas comment je vais m'en sortir, j'évite de penser au futur maintenant* ».

Les femmes semblent être perdues et ne pas se projeter mais réfléchissent beaucoup sur les issues possibles du devenir de leurs enfants sans arriver à imaginer ce qu'il pourrait être : « *Je veux que mes enfants puissent construire leurs futures* » (Rita). « *J'ai peur pour l'avenir de mes enfants. J'ai des doutes sur notre avenir* » (Sonia).

3.5.5 Entre rêves et désillusions

Souvent l'Europe est vu comme « *l'El Dorado* » par de nombreux migrants et représente une lueur d'espoir pour ceux qui quittent une vie instable : « *On nous a dit que la vie serait meilleure en France et qu'on nous aidera au niveau des soins et financièrement* » (Sonia).

La prise de conscience de la réalité aboutit peu à peu à des désillusions avec l'accumulation des difficultés que certaines femmes ont rencontré tels que les soucis d'identité, le manque de soutien et d'accompagnement aggravé par la barrière de la langue et les problèmes de logement qui reviennent en permanence dans les discours de « *où irais-je dormir demain. Aurais-je toujours un toit demain ?* ».

Sonia, qui avait vécu précédemment au Maroc, regrettait d'être venue en Europe. Elle a du mal à se projeter pour cette grossesse car elle ne voit pas d'avenir ici. Cela crée cette sensation d'errance et de grande instabilité qui a rendu vulnérable son mari. Les enfants ne sont pas scolarisés ce qui empêche encore plus de se projeter dans un futur proche. La famille vit dans un réel état d'errance.

Tout comme Sonia, Keltoume ne s'attendait pas à ce que l'Europe l'accueille ainsi. Elle a vécu une grande déception : « *Si j'avais su que l'Europe serait comme ça, je n'aurais pas essayé de venir. C'est très difficile quand je ne parle pas un mot de français. En plus je ne sais pas lire ni écrire* ».

Une fois dans le pays-hôte, nous constatons que les réfugiées se retrouvent coincées entre un discours idéal sur l'asile, la réalité d'une opinion publique souvent hostile et des politiques migratoires contraignantes qui les forcent sans cesse à prouver qu'elles ne sont pas des fraudeuses ou des criminelles (Rousseau & Nadeau 2003).

3.6 Idées reçues et stigmatisation sur les migrants

Les parcours migratoires et les raisons de l'exil sont très variables d'un entretien à un autre, selon les contextes, mais la grande majorité de ces femmes voyageait en famille ou en couple (enceinte ou pas encore enceinte).

Nous avons constaté que la grossesse a peu compté dans la décision de l'exil et sur ses modalités mais peut devenir une motivation pour tenter de repartir à zéro et fonder une nouvelle vie.

Nous avons rencontré différents types de réfugiées :

- Des femmes qui avaient fait des études au pays avec un haut niveau d'étude (master, licence) avec plusieurs années d'expérience pour certaines. Elles vivaient également dans un milieu favorisé dans des grandes villes, urbaines avant que la guerre ne détruise tout.
- Des femmes au foyer qui n'avaient pas finis leur étude et qui n'avaient jamais travaillé auparavant.

Certaines ne se voyaient pas rester à la maison à ne rien faire et ont été actives dans leur apprentissage bien que dans un pays qui leur est étranger. Souvent ces femmes avaient travaillé auparavant. Tandis que les femmes qui n'avaient pas fait ou n'avaient pas poursuivi leur étude, restent sous la « dépendance » financières de leurs maris et gardent la responsabilité de leur « maison » (famille, enfants etc).

Les femmes actives envisageaient de travailler en France pour aider leur mari et parvenir à payer un loyer : « *J'ai fui la Syrie en raison de la guerre, en ayant tout laissé derrière moi (...) au Liban j'ai trouvé du travail en tant que réceptionniste (...) j'ai essayé de garder mon travail pour subvenir aux besoins de ma famille et obtenir le visa pour aller en France* » (Rita).

Contrairement aux idées reçues, les femmes que nous avons interrogées (sauf Sonia et Keltoume) souhaitent s'intégrer dans le pays d'accueil. Pour cela, elles envisageaient d'apprendre le français et s'adapter à la culture française : « *Je sais parler anglais. (...) j'essaie d'apprendre le français aussi* » (Rita).

« *Mais maintenant j'essaie d'apprendre le français pour ne pas me retrouver dans des situations compliquées comme je l'ai été (elle me montre la pile de livres qu'elle a pu obtenir pour étudier le français)* » (Ines).

Pour Mina il était question d'apprendre la langue du pays d'accueil avant de concevoir un enfant : « *J'ai évité d'avoir un enfant pendant les situations difficiles. J'avais besoin d'améliorer ma situation avant de tomber enceinte. En plus je ne savais pas parler français. Il fallait que j'apprennent le français d'abord. Car je ne trouvais pas cela logique de ne pas parler français* ».

En outre, quand elles doivent se rendre en consultation, certaines font en sorte de se faire comprendre, en étant accompagnée si possible d'une personne pouvant leur faire la traduction : « *J'avais du diabète et le diabétologue ne parlait pas anglais donc je devais trouver quelqu'un qui parlait anglais mais ce n'était pas une tâche facile. Après avoir beaucoup cherché, j'ai pu trouver quelqu'un, c'était une amie tunisienne, ce n'était pas une amie proche mais dieu merci elle a accepté de m'aider* » (Ines).

Ces femmes souhaitent également que leurs enfants soient scolarisés en France. Certaines, par leur statut de réfugié ont pu faire scolarisé leur enfant, comme c'est le cas pour Ines : « *Mon fils va à l'école maintenant. Et j'espère que ce sera un plus pour eux plus tard. Et je sens qu'ils sont en sécurité à l'école en France* ».

Nous constatons donc que les femmes s'investissent tant qu'elles le peuvent dans le pays d'accueil et font en sorte également d'intégrer leur famille.

Contrairement à ce qu'on peut croire, la France n'était pas le pays de premier choix. Certaines femmes n'ont pas souhaité venir en France mais n'avaient pas d'autres choix : « *Nous n'avons pas choisi de venir en France, nous voulions vivre en Autriche mais c'était trop compliqué et les autorités nous ont rejeté du pays de force* » (Zineb).

Nous avons remarqué que les syriens sont très attachés à leurs pays. Quitter la Syrie pour partir vivre ailleurs est vécu comme un déchirement et n'est pas une tâche facile mais ils disent ne pas avoir eu d'autres choix que de quitter leur patrie. L'Europe représente une opportunité pour reconstruire une nouvelle vie mais si la guerre cesse un jour ils envisagent de retourner dans leur pays : « *En Syrie, j'avais une très belle vie. J'avais ma maison, ma voiture, un travail et de l'argent que je mettais de côté* » (Rita).

« *Si notre maison n'avait pas été détruite on serait restés à Alep. Mais nous n'avions pas le choix, nous devions partir. Aujourd'hui la ville est complètement détruite. Nous aimons la France et y vivre mais le meilleur endroit restera la Syrie à nos yeux* » (Mounia).

En conclusion, à travers ces différents témoignages, nous avons pu rompre certains jugements préconçus des réfugiées. Un autre fait a pu être remarqué lors de nos entretiens, c'est celui de la place que prend le conjoint au sein de la famille dans ce contexte d'exil. Il était étonnant de constater que souvent cette notion de vulnérabilité pouvait s'appliquer tout autant chez le mari et de manière plus marquée pour certains.

3.7 La place du mari

Il est important d'aborder le sujet de la place du conjoint dans la mesure où il était souvent présent et impliqué lors de nos entretiens (notamment pour traduire l'entretien). Or, nombreux sont ceux qui manifestaient des signes de fragilité sur le plan psychique.

En effet, certains conjoints avaient l'air plus traumatisés que les femmes globalement, comme nous avons pu le constaté durant l'entretien avec Sonia : « *Mon mari aussi dors peu. Il est angoissé. Nous pensons beaucoup à l'avenir pour nos filles et notre futur enfant. Nous avons de gros problèmes pour dormir. Mon mari est quasiment en état de choc* ».

Nous avons tendance à penser que l'homme est fort et la femme faible, alors qu'au contraire, chez certains conjoints, nous observons plus de vulnérabilité par perte d'investissement. Tout d'un coup les hommes n'ont plus rien. Alors qu'ils s'investissaient dans leur métier et dans la vie sociale chez eux, dans un pays étranger, ils se retrouvent démunis et dépendants, dans une société qu'ils ne maîtrisent pas ou peu. Ils ont perdu tout repère.

Les femmes semblent plus fortes mentalement que les maris qui perdent patience plus facilement et vivent dans un état de traumatisme. Elles, disent avoir la nécessité de rester forte malgré tout pour le bien et la survie de sa famille : « *J'essaie de tenir le coup. Je suis plus patiente. Mon mari peut s'énerver très vite* » (Sonia).

Le rôle du mari et futur papa, semble prendre une signification nouvelle avec les circonstances qu'impose la migration.

Troisième partie : Discussion

1. Résumé des principaux résultats

Avant tout, rappelons notre problématique de l'étude :

Au vu des conditions d'exil et de leurs parcours de migration, on se demandera comment ces femmes vivent-elles leur maternité ?

Notre hypothèse principale était la suivante :

Les femmes demandeuses d'asile ne parviennent pas à se projeter dans l'avenir du fait de l'incertitude de celui-ci ; d'autant plus que la barrière de la langue les empêche de communiquer avec le monde externe qui leur est étranger.

Les neufs témoignages recueillis viennent répondre positivement à notre hypothèse principale. Pour chacune de ces femmes, la grossesse est un passage qui entraîne inconsciemment une réflexion sur le futur de ses enfants. Cette réflexion était, cependant, entravée par l'instabilité et les difficultés qu'elles rencontraient lors de leur exil et notamment au sein du pays d'accueil. La barrière de la langue était sans cesse évoquée et retardait la procédure de la demande d'asile.

Venons-en à la première hypothèse secondaire : les femmes ont un sentiment d'isolement et d'étrangeté. Très souvent les femmes que nous avons pu rencontrer nous disent qu'elles ont peur de se retrouver seules car elles avaient l'habitude d'être bien entourées dans leurs pays. Certaines appréhendent l'accouchement à l'hôpital, en raison du système hospitalier qui ne ressemble en rien à celui qui existait auparavant dans leur pays d'origine. Il y a, de plus, une perte du berceau culturel (parents, grands-parents etc.) que décrit Marie Rose Moro. Cela ravive des sentiments d'isolement car au moment de l'accouchement en lui-même il y a un groupe de femmes présent pour la plupart qui fait berceau pour la mère et pour l'enfant (6),(11).

La plupart n'ont pas précisé exactement de quoi elles avaient peur mais au vue des différents entretiens, la peur se définissait par une peur de l'inconnu. Cela vient surtout d'un sentiment d'étrangeté et d'une non maîtrise de la situation en raison de la non connaissance du lieu, de l'institution hôpital-maternité et tout ce que cela signifie au niveau des examens médicaux. Elles ne sont pas traumatisées par le suivi, les consultations à proprement parler. Cependant elles trouvent beaucoup de difficultés une fois sur place en raison de la barrière de la langue, difficulté qui est omniprésente que cela soit dans un premier temps administratif pour s'inscrire à la maternité ou lorsqu'elles sont face aux sages-femmes ou aux médecins en consultation. A défaut de la langue, les informations essentielles ne sont pas transmises et les femmes repartent avec de nouveaux rendez-vous sans avoir la moindre idée du déroulement de leur grossesse ou le déroulement même de l'organisation de l'hôpital.

Abordons la seconde hypothèse secondaire : la situation de grande précarité et les difficultés auxquelles les réfugiées se voyaient confrontées entraîneraient une mise en suspens des capacités de la femme peu disponible aux changements spécifiques de la grossesse. En effet, les femmes disent qu'elles n'ont pas le temps de penser à leur grossesse car elles ont beaucoup de problèmes à gérer. Cela s'explique par le fait que la très grande précarité expose à une sidération psychique, une anesthésie émotionnelle défensive ou à un envahissant sentiment d'impuissance (8).

Troisième hypothèse secondaire : les femmes demandeuses d'asile vivaient leur grossesse avec une angoisse permanente. Cette hypothèse émise en début d'étude a pu être soulevée lors de nos témoignages puisqu'elles exprimaient souvent de l'anxiété vis-à-vis de leurs situations instables accroissant un sentiment d'insécurité pour leur futur enfant.

Généralement les femmes que nous avons rencontrées s'angoissent pour beaucoup d'autres problèmes qui relèvent plus de la survie, que la grossesse, qui est mise en second plan. Nous n'avons pas relevé d'angoisse qui concernait spécifiquement leur grossesse. C'est l'angoisse du futur et du devenir de leurs enfants qui sont omniprésents et que nous relevons souvent. L'angoisse concernait surtout la situation dans laquelle elles se trouvaient et ce qu'elles ont vécu et moins l'accouchement(8). En effet, les migrations conduisent un nombre croissant de femmes à accoucher loin de chez elles. Le fait d'affronter cette épreuve seule, sans les soutiens familiaux habituels, sans l'aide matérielle des familles, sans pouvoir anticiper ce qui va leur arriver du fait d'un système médical différent et de la barrière de la langue plus que l'acte lui-même d'accoucher, les angoisse (12),(13).

Nous avons émis l'hypothèse que l'arrivée de l'enfant avait un effet positif qui aide ces femmes à rechercher des solutions pour leur avenir immédiat. Effectivement, elles ont su s'adapter à toutes les situations même si elles ne savaient pas parler la langue du pays d'accueil. Celles venues de loin, qui ont su surmonter des traumatismes, se montrent les plus créatives dans les stratégies de survie au quotidien. Ces femmes jouent un rôle essentiel au sein de leur famille. Comme beaucoup de résilientes, elles sont promptes à soutenir leurs proches au nom de la survie. Elles les apaisent par leur capacité de mise à distance de la souffrance. Enfin, elles s'avèrent souvent les plus aptes à envisager les possibilités et en cela, elles permettent aux autres de se construire à leur tour des images d'avenir(8).

Un point n'a pas été abordé dans les hypothèses. Il s'agit des effets du stress post-traumatique (PTSD) qui ont pu être évoqués chez certaines femmes lors de nos entretiens. Elles disaient souvent qu'elles faisaient des cauchemars ou qu'elles avaient vécus des épisodes de flashback très puissants qui les ramènent à revivre la situation de stress comme si elles y étaient. Cela peut amener à des situations de dissociation avec la réalité. Nous pouvions supposer que ces épisodes reviennent systématiquement après un évènement traumatisant et sont souvent suivis d'un épisode dépressif majeur. Cependant nous avons remarqué que ce syndrome de stress post-traumatique était loin d'être systématique.

Les réponses étaient très disparates à la souffrance. Il ne faut pas confondre réponse à la douleur et pathologie. Il faut repenser le traumatisme en tant que processus de métamorphose qui génère à la fois des forces et des difficultés sur le plan personnel et collectif.

Le travail de construction du sens se fait d'abord et avant tout dans les familles et au sein du groupe auquel le réfugié s'identifie (14),(15). Selon les travaux de Derek Summerfield, il existe une complexité de l'articulation entre traumatisme, expérience collective des événements et vécu subjectif. Tous ne développent pas des symptômes et une partie des souffrances psychiques observées ne relève pas du traumatisme, mais est associée à l'environnement et l'accueil vécu par les populations, autrement dit au stigmate, au rejet et au racisme auxquels les réfugiés sont souvent confrontés dans les pays d'accueil (15),(16).

Après avoir répondu aux différentes hypothèses, attardons-nous maintenant à la confrontation de nos analyses et des résultats avec la littérature.

2. Discussion des résultats

2.1 Les répercussions de l'exil sur la dynamique psychique et culturelle de la grossesse chez les femmes réfugiées

La grossesse est une période majeure dans la vie d'une femme. Cette expérience singulière s'inscrit dans le corps et la psyché mais aussi dans un contexte culturel et social dont il importe de tenir compte. Comme nous l'avons vu, dans nos entretiens, le vécu de la grossesse, est différent selon l'histoire, le parcours et la culture de la femme. Cet évènement a une organisation psychique qui lui est propre durant laquelle les contenus inconscients, refont surface.

C'est ce que Bydlowski (1997) a théorisé à travers le concept de transparence psychique. Par transparence on entend le fait qu'en période périnatale le fonctionnement psychique de la mère est plus facile à percevoir que d'habitude.

En effet les modifications de la grossesse font que nos désirs, nos conflits, nos mouvements s'expriment de manière plus explicite.

L'exil, migration sans projet préalable, nécessite un travail d'élaboration plus difficile et ne fait que potentialiser cette transparence psychique qui s'exprime chez les femmes : au niveau psychique par la reviviscence des conflits et l'expression des émotions et au niveau culturel par le même processus mais appliquée aux représentations culturelles, aux manières de faire et de dire propre à chaque culture (6),(17),(15).

En outre, les circonstances migratoires peuvent fragiliser la femme lorsque la migration constitue une rupture sociale et familiale et qu'elle s'accompagne d'incertitudes et d'instabilité. À cela s'ajoute des expériences pré-migratoires parfois traumatiques qui vulnérabilisent la femme et ce même si l'installation dans le nouveau pays constitue une forme de protection. Mais de toute évidence, les conséquences de l'exil ne sont pas équivalentes pour toutes les mères (13).

Nos résultats mettent en évidence que l'exil chez les réfugiées politiques du Proche et du Moyen-Orient n'est pas à elle seule prédictive des réaménagements psychiques propres à la période périnatale. Les mères migrantes vivent deux expériences fondatrices presque simultanément : celles de l'exil et de la maternité. Elles accueillent un nouvel enfant dans leur vie tout en ayant elles-mêmes à s'intégrer à une nouvelle société (13),(11).

On constate que les remaniements psychiques sont perturbés par les obstacles accumulés de l'exil. Il faut donc prendre en compte ces deux résultantes : la grossesse et l'exil.

2.1.1 Le manque et l'angoisse renforcés par l'isolement

Les femmes interrogées expriment quasiment toutes un sentiment de solitude durant leur grossesse. Les manifestations de détresse les plus fréquentes chez les femmes interrogées lors de l'étude étaient associées à la solitude et à l'angoisse.

Ce sentiment de solitude est associé à un isolement social marqué par le rejet de la société et accentué par la barrière de langue. Cet isolement va venir nourrir le doute sur le futur et sur les capacités de la mère à enfant.

En outre, le voyage et la distance fragilisent cette transmission vivante et mouvante des manières de penser et de faire autour du bébé. Face au dénuement que constitue pour certaines mères la situation d'exil, c'est le manque qui prédomine. Les mères migrantes intérieurisent donc du manque et du doute et doivent acquérir, souvent très rapidement, une confiance dans ce monde externe qui les a accueillies mais qui ne cherche pas toujours à être désirable ni à transmettre ses valeurs et ses manières de penser et de faire (18). Nos résultats vont dans le même sens qu'Odile Reveyrand-Coulon, qui affirme que l'inconnu, l'hostilité réelle ou imaginaire du monde extérieur activent le besoin de se reconnaître en d'autres semblables, afin que ressurgissent un sentiment d'unité rassurant. L'exil entraîne une rupture avec la famille élargie et un mode de vie. Ces femmes désorientées font l'expérience contrainte d'un sévère individualisme et d'un fort isolement. La maternité semble devenir leur repère et leur échappatoire (19). La maternité représente un phénomène doublement crucial : pour sa propre vie de femme et pour son existence d'exilée.

Outre le fait que l'exil entraîne une perte des repères, la grossesse peut être également vécue de manière angoissante dans ce contexte. Ce sentiment d'angoisse se voit surajoutée à l'isolement dans lequel les femmes se voient confrontées. Ces circonstances rencontrées lors de leurs parcours d'exil et post-migratoire, alimentent alors leurs doutes sur l'avenir de leurs situations et le devenir de leurs enfants. Selon la littérature, l'angoisse et les éléments de désorganisation repérés durant la grossesse ne sont pas systématiquement signes de mauvais pronostic : l'anxiété peut-être l'indice d'un travail psychique qui prend en compte une réalité anxiogène et la

désorganisation, le point de départ d'une régression structurante. L'intensité du conflit psychique qui se déploie durant la grossesse témoigne de l'intensité de l'ambivalence suscitée par la situation vécue et, par-delà, traduit un défaut d'inscription dans l'espace-temps que représente la France chez l'ensemble des participantes (19).

Ces recherches permettent donc de confirmer le fait que les femmes peuvent décrire un sentiment d'isolement et d'étrangeté.

2.1.2 La place du futur enfant en situation d'exil

Le futur enfant va permettre de faire le lien entre la culture de la femme réfugiées et celle de son pays d'accueil.

Notons que le désir inconscient d'enfant représente la signification d'un désir de combler un manque. La femme investit l'enfant à venir, l'enfant imaginaire pour combler une perte, une rupture, une cassure. L'enfant imaginaire va tout accomplir : réparer les deuils, la solitude. Le désir de grossesse correspond à une motivation inconsciente (19),(17). L'arrivée de l'enfant semble avoir un effet positif confortant ces femmes à rechercher des solutions pour leur avenir immédiat. Cela permet de confirmer une de nos hypothèses secondaires. Par ailleurs, la nouveauté de la situation d'exil peut aussi constituer une forme de protection pour certaines qui s'accrochent plutôt à l'avenir et à leurs espoirs. Les expériences passées, traumatisantes ou non, peuvent également représenter une force nouvelle. Il ne faut pas perdre de vue que cet espoir perdure généralement et peut souvent se traduire par une très grande motivation, par un désir de réussite et d'amélioration générale des conditions de vie (13).

Une grande partie des femmes ont affirmé se sentir confiantes face à ce que l'avenir leur réserve, ce qui porte à croire que leur état de fragilité émotive est lié aux expériences récentes et que ces difficultés se résorberont avec le temps, du moins à

leurs yeux. D'autres, cependant, sont plus affectées, réunissent de nombreux signes perturbateurs : perte d'appétit, insomnie, anxiété, voire culpabilité.

Nous constatons donc que la maternité est un processus de transformation. Or suivant les cultures, la maternité prend un sens différent. Pour certaines, selon leur pays d'origine, les pressions politiques vont favoriser ou interdire la natalité, et les principes religieux vont influer (6).

On se demandera dans une seconde partie comment est vu la maternité chez ces femmes au Moyen-Orient.

2.2 Conception de la maternité au Moyen Orient

Faisons un détour par l'Afghanistan. Les résultats de nos entretiens nous ont permis de mettre en évidence le fait que la maternité est un évènement très attendu par les familles. Après l'accouchement, les mères afghanes sont entourées de leur proche et ont l'habitude d'envelopper leur nouveau-né dans un tissu. Certains disent que cela permet de calmer le bébé qui s'arrête de pleurer, d'autres pensent que cela empêche d'éventuelles malformations. Or, cette pratique ne s'enseigne pas en maternité, en tout cas pas dans nos structures occidentales en post-partum immédiat. Les femmes afghanes peuvent se voir confronter à une incompréhension de cette pratique de la part du personnel soignant. Cela confirme alors un sentiment d'étrangeté, précédemment dit dans la partie analyse. En les interrogeant quand elles parlent de leur façon d'accoucher il existe des façons très différentes de faire telles que : l'entourage familial présent et l'enveloppement du nouveau-né. Or, elles tombent dans un système médical un peu différent. On estime que 9 femmes rurales sur 10 accouchent à la maison. Des facteurs socio-culturels qui empêchent les femmes de se déplacer sans permission ou sans être accompagnées par un parent de sexe masculin peuvent aussi limiter leur accès aux services essentiels (20),(21),(22). Les réfugiées sont souvent de classe moyenne ou élevée et elles accouchent pour la plupart par césarienne. Dans certaines parties de la population syrienne, elles peuvent être confrontées à un système où les césariennes se font pour indication médicale. En Iran, comme en Syrie, la césarienne est largement répandue.

Ici, elles vont être confrontées à un système où les césariennes ne se font qu'en cas d'indication médicale. Lors des derniers mois de la grossesse, l'attention de toutes les futures mères, surtout celles qui attendent leur premier enfant, se porte sur l'accouchement. Certaines femmes attendent ce moment avec appréhension et angoisse. En Iran, le taux de césarienne atteint 35 %, soit un taux trois fois supérieur au taux mondial. Or les trois quarts des césariennes effectuées en Iran ne sont pas médicalement nécessaires et sont faites par choix (23).

Les femmes ressentent des différences culturelles en ces moments importants autour de la naissance de l'enfant. Cela montre que les futures mères, surtout celles qui vont enfanter pour la première fois, ont besoin de conseils attentifs pour comprendre les conséquences de certains gestes comme la césarienne.

2.3 Maternité et trauma migratoire

Comme ce qui a pu être souligné précédemment, les femmes réfugiées interrogées ont toutes été forcées de quitter leurs pays et ont dû laisser toute une vie qu'elles avaient construit auparavant. Certaines ont même été la cible des bombes et en ont été blessées. D'autres ont vu leurs maisons détruites ou leurs proches mourir devant leurs yeux.

Tous ces événements marquent toute une vie et s'ancrent dans l'esprit de ces femmes. Certaines disent avoir été traumatisées par ce qu'elles ont pu voir et vivre. « La migration possède en elle-même des potentialités traumatiques, du fait de la rupture du contenant culturel qu'elle implique » (Nathan 1986). De plus, la grossesse est un événement qui ravive des éléments passés, des séparations et peut faire ressurgir ces images traumatisantes.

La psychanalyse reconnaît trois significations à la notion de traumatisme : celle d'un choc violent, celle d'une effraction, celles de conséquences sur l'ensemble de l'organisation. Le traumatisme migratoire n'est pas constant et inéluctable.

Marie-Rose Moro nous dit qu'il peut survenir quelle que soit la personnalité antérieure du migrant. « Les facteurs sociaux défavorables sont des facteurs aggravants. De plus, même lorsqu'il survient, ce traumatisme n'entraîne pas forcément des effets pathogènes. Il est parfois comme tout traumatisme, structurant et porteur d'une nouvelle dynamique pour l'individu, voire souvent germe de métamorphose et source d'une nouvelle créativité » (6).

La maternité, se construit dans l'appareil psychique. L'enfant avant de naître existe déjà dans l'imaginaire de la mère. Mais dans les situations difficiles qu'elles rencontrent, beaucoup de mères se voient en difficulté pour prêter un appareil à penser à leur bébé. Ainsi, le trauma et les difficultés tendent parfois à contaminer la vie psychique de la mère. Quelque part, le bébé pense d'abord avec l'appareil à penser d'un autre. Or, l'appareil à penser de certaines de ces mères semble être en détresse psychique. En effet, les femmes sont à la limite de l'effondrement et expriment leur incapacité à penser la suite, décrivant une tête vide et pleine à la fois, l'angoisse l'envahissant et paralysant toute élaboration. Si on la renvoie à sa grossesse, elle dit ne pas la ressentir, ne pas y penser, ne pas se projeter et quand elle pense à son bébé, elle voit l'enfant qui naît dans l'instabilité et l'insécurité (30). Les réfugiés qui ont vécu un trauma dans le pays d'origine vivent donc un triple traumatisme : le traumatisme pré-migratoire, les effets potentiellement traumatiques de la migration et le traumatisme découlant de leur vécu par le pays d'accueil (14). Ces traumatismes favorisent le repli sur soi et les dépressions du post-partum responsables de difficultés de relation avec le futur enfant.

De plus, dans la plupart des sociétés traditionnelles les femmes n'accouchement pas seules. Elles sont entourées, soutenues et certaines personnes ont pour rôle de superviser les accouchements. Cependant, selon Nathalie Losi, le syndrome de stress post-traumatique, sorte de prophétie, réprime non seulement l'intelligibilité de la souffrance, de ses causes, de son rapport au vécu mais aussi les opportunités d'expression dont l'individu peut éventuellement disposer à travers elle. Nonobstant, les effets douloureux des traumatismes, les individus peuvent les expérimentés comme une poussée vers le changement (9),(24). Donc il convient de le repérer mais pas d'en faire une prophétie.

2.4 Anthropologie sociale et culturelle

Par définition, l'anthropologie est l'ensemble des sciences qui étudient l'homme dans ses différentes dimensions. L'Union Internationale des Sciences Anthropologiques et Ethnologiques (IUAES) reconnaît quatre principales disciplines : l'anthropologie sociale et culturelle, l'archéologie et la paléoanthropologie, l'anthropologie biologique (autrefois qualifiée d'anthropologie physique) et la linguistique.

« L'anthropologie sociale est une discipline des sciences humaines et sociales qui étudie l'homme en société.

En d'autres termes, elle étudie les rapports sociaux propres à chaque groupe humain ou à chaque situation, s'intéressant dans le même mouvement à la grande variabilité des formes de vie sociale (25).

L'anthropologie s'avère donc utile pour la compréhension de l'autre. Le concept de culture ne s'applique pas seulement au lointain ; il concerne chaque individu. Ainsi, il faut prendre conscience que notre façon de vivre est un fait tout aussi observable que celui de populations lointaines et que les faits les plus évidents pour nous ne le sont pas pour d'autres. Il n'y a pas une culture au-dessus d'une autre, toutes se valent et chacune d'elle représente une façon différente de voir le monde et de le vivre. La position anthropologique est une position d'observation qui nécessite de se décentrer, de prendre de la distance pour tenter de comprendre l'autre. Cette position de l'anthropologie apporte curiosité et ouverture d'esprit (19). Il est important de savoir se « décentrer » pour le soignant pour savoir adapter son discours et sa manière de procurer des soins qui seront compréhensibles et acceptables par la personne à soigner sans déroger sur la qualité des soins à procurer (26),(27).

Ceci nécessite de se détacher des stéréotypes et des idées préconçues et ne nécessite pas de connaître en détail la culture de l'autre mais d'être attentif à l'autre.

3. Les points forts et les limites de l'étude

3.1 Les points forts de l'étude

Nous avons pu rencontrer la bonne population cible et un certain nombre de femmes qui viennent toutes d'un même air géographique. Ainsi, nous avions un échantillon représentatif de la population.

Pour cinq femmes sur neuf, l'étude a pu se poursuivre au moins jusqu'aux suites de couche. Nous avons fait en sorte de garder leurs coordonnées afin d'avoir de leurs nouvelles sur le déroulement et le vécu de leur accouchement et du post-partum immédiat. Nous avons pu ainsi avoir eu des nouvelles de Rita, Zineb, Ines, Mounia et Mina sur un an d'étude. De plus, les femmes ont été vues dans différentes situations : il y avait celles hébergées dans des hôtels du 115, celles en CADA ou en CHU (Ivry-Sur-Seine) et celles se trouvant sans domicile fixe. Nous avons pu ainsi voir une diversité des situations. Pour pouvoir rencontrer ses femmes, nous avons « crée » un réseau multidisciplinaire nous permettant de rencontrer notre population cible. Nous avons pris contact avec des psychologues, des sages-femmes de PMI, des assistantes sociales, un médecin travaillant pour Gynécologue Sans Frontière, des infirmières et puéricultrices travaillant en CHU ou en CADA et personnes ; bénévoles travaillant pour des associations d'aide aux personnes en situation de précarité (Emmaüs Solidarité, Solidarité Migrant 95, Un Petit Bagage d'Amour, France Terre d'Asile).

Enfin, le stage de PMI m'a permis de me rendre sur le terrain en compagnie de sages-femmes de PMI qui avaient des « permanences sage-femme » sur les lieux d'étude tels que le CHU d'Ivry-sur-Seine, les ESI (Espace Insertion Famille), les centres de planning familial (Centre Curial) ou dans les structures hospitalières tels que La Pitié Salpêtrière et Port Royal et qui prenaient en charge ces femmes en situation de grande précarité. Cela m'a permis d'avoir une meilleure visibilité sur leur parcours globales (parcours administratifs et sociaux, parcours de soin etc). J'ai ainsi pu mieux me rendre compte des difficultés qu'elles rencontraient.

3.2 Les limites de l'étude

La particularité des représentations maternelles mises en évidence dans cette étude doit être réinterrogée au regard de plusieurs éléments. En effet, nous avons rencontré plusieurs limites lors de notre étude.

3.2.1 Les limites liées au choix des thématiques de la grille d'entretien

Le choix des thèmes est d'une grande importance pour l'étude du phénomène observé. Le choix des variables testées a été effectué en fonction des hypothèses sous-jacentes et des objectifs de l'étude.

En effet, nous avons omis d'aborder le sujet de la contraception. Il aurait été intéressant de se renseigner sur les connaissances des différentes méthodes contraceptives et si ces femmes en avaient à disposition dans leur pays ou dans les camps où elles ont séjourné. De plus, l'ensemble des femmes étaient souvent enceintes par accident et ne désiraient pas l'être lors de leur exil. La grille d'entretien n'était donc pas complète.

3.2.2 La représentativité de l'échantillon est insuffisante pour généraliser la portée des conclusions

Le nombre de femmes rencontrées est trop faible ceci étant dû à la particularité de la population ciblée et la crainte que peut générer chez des femmes se trouvant dans une situation de grande précarité tout interrogatoire. Il serait intéressant de poursuivre cette étude avec un échantillon plus important.

D'autre part, les critères d'exclusion et d'inclusion n'ont pas été tout à fait respecté en raison de la découverte fortuite de leur réel statut, pendant les témoignages : certaines étaient en procédure Dublin puisque leurs empreintes ont été enregistrées dans un autre pays d'Europe. Une femme a été dans une situation très instable et n'avait pas pour projet de rester en France.

3.2.3 La spécificité des grossesses primipares par rapport aux grossesses multipares

Une des limites de cette étude est que la parité n'a pas été établie comme critère d'inclusion dans la population étudiée. De ce fait, les sept femmes interviewées ont déjà eu des enfants alors que deux d'entre elles (Sanaa et Mina), vivent l'expérience de la maternité pour la première fois. Aussi, on peut supposer que le fait d'avoir pour la première fois un enfant influence fortement l'expérience de la maternité et les représentations maternelles qui en découlent. La grossesse n'est donc pas vécue de la même manière pour une femme primipare et une femme multipare.

3.2.4 Autres biais rencontrés lors des entretiens

Notre étude n'a pas pu aller plus loin que le post-partum immédiat pour observer et se rendre compte de ces difficultés et de ce clivage transculturel sur du long terme.

D'autre part, lorsque nous avions deux entretiens le même jour, nous présentions une baisse de degré d'attention aux détails des récits et un manque de réactivité dans les questions. Les entretiens duraient moins longtemps aussi.

Nous nous sommes rendu compte qu'il était très difficile de réaliser des entretiens semi-directif avec cette population qui sort d'un évènement traumatisant. Il était difficile de parler de leur passé, elles avaient une certaine pudeur et semblaient poser des barrières. Parvenir aux réponses attendues me paraissait compliqué à atteindre ; je me suis souvent retrouvée face à un entretien dit directif ; car soit la femme ne voyait pas où je voulais en venir avec mes questions vastes, ou bien elles répondaient par des réponses courtes sans précisions par crainte peut-être que leurs témoignages ne puissent être utilisés contre elles. Certaines refusaient de s'exprimer sur certains sujets sensibles comme la cause de leurs départs.

3.2.5 Les limites de la langue

Chaque entretien était traduit par un interprète ou par moi-même, cependant le risque était la perte d'une partie d'informations en plus des limites de la traduction, du fait de la subtilité des différentes langues (expression idiomatique propre à chaque ethnie que l'on ne peut traduire). Il nous arrivait parfois de ne pas parvenir à traduire mot pour mot certaines phrases. Nous rencontrions des difficultés à trouver des variantes pour certaines expressions lors de la retranscription. Il nous arrivait aussi de pas pouvoir se faire comprendre car la question pouvait être mal tournée. Tout cela venait perturber l'authenticité des entretiens. Un « questionnaire test » pour chaque langue aurait pu être proposé aux interprètes qui m'accompagnaient.

3.2.6 Doutes sur la véracité des témoignages

Nous ne sommes jamais sûres que les témoignages soient dans leur intégralité véridiques. Surtout dans un contexte où elles doivent en permanence se justifier sur les raisons de leur demande d'asile. Tout en œuvrant à combler les besoins élémentaires de leur existence, elles doivent, pour obtenir le statut de réfugiée, travailler à convaincre les représentants de l'État français du bien-fondé de leur demande, raconter en détail leur histoire, exposer la partie intime de leur existence, préciser les violences et les souffrances endurées (15). Il s'avérait donc normal que les femmes que nous avons interrogées soient sur leur défensive. Il existait également un doute sur la liberté de répondre sincèrement à nos questions. Comment être sûre que ma présence n'était pas présentée comme autre chose qu'une enquête universitaire ?

3.2.7 Difficulté dans la détermination des États de stress post-traumatique

Il était difficile de déterminer si les femmes présentaient ou non, un syndrome post-traumatique, en raison de la multiplicité des symptômes et du contexte de précarité surajouté. Un mode de survie est activé et semble prendre le devant. Comme dit plus haut, ces troubles n'étaient pas systématiques.

4. Implications et perspectives

4.1 Plans d'action à mettre en place

4.1.1 Approche interculturelle et anthropologique et meilleure attitude vis-à-vis de ces femmes

Il faut considérer que, quelles que soient sa situation sociale et sa culture d'origine, l'autre a ses propres logiques qui peuvent différer des siennes et de celles de la culture des professionnels de santé. Considérer que des pratiques ont du sens pour l'autre, même si on ne les comprend pas. Il est donc important de se décentrer et de prendre du recul pour prendre mieux en charge ces femmes et ne pas les juger.

L'écoute, au sens large du terme, est le premier outil que le soignant se verra utiliser pour entrer en contact avec ses femmes, en tout cas pour celles qui peuvent communiquer en français ou en anglais. L'écoute permet de prendre en compte les savoirs et les savoir-faire des mères. C'est une combinaison d'observation, d'écoute, d'échange ainsi que de décentrement, d'absence de jugement qui permettra aux soignants d'accueillir les familles de différentes origines. La curiosité et l'intérêt portés à l'autre peuvent aider le professionnel à voir la patiente et sa famille dans leur singularité (8),(11),(26). Quant aux femmes qui ne parlent ni le français ni l'anglais ; au moins un regard réconfortant, des gestes rassurants peuvent au moins mettre en confiance la femme qui arrive en consultation ou aux urgences.

La sage-femme a pour rôle essentiel d'entrer en relation avec les patientes de façon intime durant un séjour en maternité ou même en consultation lors de l'ouverture du dossier ou pour le suivi de grossesse. Les soins s'étendent au-delà de la dimension de la santé et soulèvent des questions d'identité, de reconnaissance et d'altérité, mais aussi de sens que peuvent revêtir certaines pratiques. Les soignants doivent savoir reconnaître cet aspect du soin et le prendre en considération pour éviter des situations dramatiques (8).

4.1.2 Perspective d'accompagnement : le rôle fondamental de la PMI

La PMI : Protection Maternelle Infantile est une institution qui a pour mission de promouvoir la santé médico-psycho-sociale de l'enfant et de sa famille.

Les missions de la PMI ne se réduisent pas qu'à un suivi médicalisé mais engagent les sages-femmes dans une préoccupation préventive. Or il est bien admis que cette prévention commence en période périnatale, reconnaissant ce qui est préventif et curatif pour la future mère, est préventif pour l'enfant à venir.

C'est donc avec cette attention que tous les acteurs de la PMI seront amenés à collaborer pour accompagner et soutenir les futures mères les plus vulnérables. Il faut aussi prendre en compte que ces personnes amènent avec elles, souvent silencieusement, des violences inédites qui viendront empiéter notre espace psychique et déborder nos possibilités de représentation, suscitant alors angoisse et malaise. Le désarroi, la difficulté de penser ces situations témoignent aussi des effets contre transférentiels d'une clinique traumatique souvent sous-estimée par nos institutions. Mais il faudra bien continuer à accueillir et écouter les désirs et rêves de nos patientes sans les réduire à n'être que des sujets de besoins (26).

L'accompagnement global de cette population dite « vulnérable », s'avère être nécessaire pour diminuer leur sentiment d'isolement. Mais cet accompagnement doit être travaillé en amont pour s'adapter au mieux à leurs demandes.

4.1.3 Programme d'accompagnement et groupe de parole

Le programme d'accompagnement des « futurs mères venues d'ailleurs » aurait pour objectif de procurer à ces femmes, en situation de grande précarité, un lieu de parole et de rencontre à côté de leur suivi médical. Notons que ces programmes existent déjà dans différentes structures des départements du 93 (en Seine Saint-Denis, Hôpital de Montreuil en PMI) ou du 75 (Hôtel Dieu, PMI Institut de puériculture), mais il serait judicieux de le proposer dans d'autres structures hospitalières notamment

dans les maternités qui accueillent souvent les migrantes telles que Lariboisière, Bichat, La Pitié Salpêtrière, Kremlin Bicêtre, Tenon voire Port Royal.

Le programme d'accompagnement consisterait en la réunion des femmes migrantes, venant du même pays (ou la même aire géographique) ou ayant la même culture, une fois par mois dans une salle conviviale de la PMI. L'accueil des femmes pourrait se faire dès le début de la grossesse et jusqu'au premier mois de vie de l'enfant. Plusieurs thématiques peuvent être abordées et peuvent être d'une grande richesse. Elles balayent le passé et le présent, rassemblent des situations communes, mais aussi laissent la place aux histoires individuelles. Concernant la langue, nous proposerons des groupes de paroles pour des femmes anglophones et si cela est possible des groupes de parole pour des femmes arabophones avec la présence d'un interprète disponible pour la sage-femme ou l'intervenant. Un accompagnement approprié des professionnels prend alors tout son sens (28).

Les soignants pourront leur apporter un peu de support et le soutien dont elles ont besoin. Ainsi, permettre à la femme de se réapproprier son histoire, de donner du sens à son parcours, à sa présence dans ce nouveau pays est essentiel mais aussi fondateur. Cette période de grossesse, à l'approche de l'accouchement, est aussi le temps des interrogations sur les origines, la culture et la transmission. Les réponses vont être différentes selon le degré d'acculturation de chacune mais aussi en fonction de leur histoire individuelle et d'éventuels rapports plus ou moins conflictuels avec leur famille ou communauté d'origine.

Sur le plan préventif, on perçoit à travers ces vécus, la nécessité de permettre à la femme enceinte d'avoir une représentation acceptable de ce dont elle a besoin pour elle-même et pour son bébé, quelles que soient les difficultés qu'elle traverse.

Cet accompagnement a l'avantage de permettre d'identifier parmi les patientes celles qui présentent ou développent pendant la grossesse des troubles psychologiques plus graves dont la prise en charge ne relève plus d'un simple accompagnement mais d'un véritable travail psychothérapeutique (26),(2).

Proposer des groupes de parole nous a paru comme une proposition pertinente dans ce contexte de solitude.

4.1.4 Former les professionnels du secteur médico-social et les étudiants

Il est important de donner aux professionnels des outils leur permettant d'entrer en contact avec des personnes de toute origine dans une démarche d'ouverture et non de leur transmettre des savoirs sur une communauté donnée. Ainsi, il s'agit de fournir les bases permettant d'avoir une pensée ouverte dans le but d'aider à rencontrer l'autre quel qu'il soit et d'où qu'il vienne. Il est important de changer l'état d'esprit des soignants et améliorer leurs connaissances en anthropologie et ethnopsychiatrie en brisant les discriminations (26).

Il serait donc intéressant de proposer lors du cursus de maïeutique, une formation sur la précarité avec différentes thématiques qui seront abordées lors d'une journée de cours (procédure de la demande d'asile, les droits sociaux des demandeurs d'asile, orientation des populations en situation de grande précarité, les risques médicaux de ces populations souvent rencontrées etc.).

Il s'agira de mettre en place une table ronde avec un psychologue, une assistante sociale, une sage-femme de PMI, un pédopsychiatre et un médecin travaillant auprès de ces populations cibles (MDM, GSF, médecin de PMI...), pour discuter des différents rôles de chacun de ces acteurs et se rendre compte de l'importance du réseau à créer en tant que future sage-femme. Cette formation pourrait être proposée aux étudiants en deuxième année d'école (sma3) et remis en place en dernière année d'étude (sma5), où l'étudiant aura pris plus de recul sur le sujet et aura pu rencontrer en stage des situations où il a fallu prendre en charge ces femmes enceintes et réfugiées ou récemment accouchées.

Cette première approche théorique permettrait d'améliorer en aval la prise en charge de ces femmes souvent mises de côté lors de nos études. Car finalement, mieux connaître, c'est mieux prendre en charge ces patientes dans leur globalité mais c'est aussi permettre d'éviter toute sorte de stigmatisation, d'a priori, et de discrimination par la suite.

4.1.5 Améliorer la prise en charge globales des réfugiées

Le manque d'information est souvent relevé, notamment en raison de la barrière de la langue mais aussi dans le manque d'effort de la part du professionnel de santé qui les prend en charge. Il serait important de pouvoir bénéficier d'interprètes dans les structures hospitalières pour ces populations, ou au moins mettre en place des brochures d'informations dans les salles de consultation (consultations obstétricales aux urgences, suivies de grossesse, consultation anesthésistes ou consultation diabétologue), en arabe, en dari, farsi ou pachto.

Il faudrait également que les personnels soignants prennent le temps de les informer sur le déroulement du suivi de grossesse tant que possible.

Améliorer leur prise en charge psychologique

La souffrance qui résulte de ces expériences est souvent interprétée dans le pays d'accueil à partir d'un modèle médical qui se centre sur les manifestations psychopathologiques chez les individus et en particulier sur la présence du syndrome de stress post-traumatique. Dans un tel contexte d'exil, les équipes cliniques peuvent jouer un rôle de médiation important en permettant d'une part aux familles réfugiées de se réapproprier et de valider les stratégies traditionnelles ou politiques qui leur sont disponibles dans le pays d'origine et, d'autre part, en facilitant la construction de solutions métisses qui reflètent la multiplicité des univers dans lesquels naviguent les réfugiés. Les professionnels de santé doivent se munir d'une grille, ou de questionnaires pour dépister des troubles lors de leur consultation et afin d'identifier un ESPT. La présence de proches peut apporter du soutien à la personne ayant vécu un évènement traumatisant(29),(30). La mobilisation des professionnels pour une meilleure prise en charge des demandeurs d'asile s'appuie donc sur la multiplication des initiatives prises pour prendre en charge la souffrance psychique des exilés.

Conclusion

Nous avons cherché à comprendre par ce travail comment ces femmes vivaient leur maternité, au vu des conditions d'exil et de leurs parcours de migration.

Les paroles énoncées et recueillies ne sont pas une vérité absolue, mais des vérités pour chacune. Ce sont leurs paroles de femmes et qui sont avant toute chose à entendre.

Nos résultats mettent en évidence les difficultés qu'avaient rencontrées ces femmes lors de leur parcours migratoire mais aussi dans le pays d'accueil pendant leur grossesse ou après la naissance. Nous avons ensuite discuté du vécu de leur maternité dans sa globalité. Ces femmes réfugiées et enceintes se retrouvent prises dans des problématiques qui touchent au social, au politique, au culturel et à l'économique. La maternité représente pour ces femmes, dites vulnérables, un lieu d'ancrage, voire un vrai refuge, souvent le seul qu'elles aient à ce moment de leur vie.

Toute migration est un acte courageux qui engage la vie de l'individu et entraîne des modifications dans l'ensemble de l'histoire familiale. La migration n'est pas seulement un fait social mais aussi un événement de vie au sens psychologique du terme. Désirer un enfant lors du parcours migratoire ou en France consiste à rétablir un lien avec leur propre culture, leur origine et avec leur famille. Malgré les dispositifs mis en place, le devenir de ces femmes et de leurs enfants dans le contexte politique actuel reste indéterminé.

Ces femmes nous ont donné à entendre toute leur singularité et leur richesse. Elles ont clairement affirmé leur volonté d'exister comme sujet, dans toutes les dimensions de leur humanité. Cette étude redonne une place à ces femmes souvent invisibles socialement.

Notre travail de recherche a ses limites. En revanche c'est un sujet d'actualité qui s'avère intéressant de traiter sous différents angles comme l'organisation du parcours de soins ou l'amélioration de la connaissance anthropologique et culturelle de ces populations que l'on connaît peu finalement. En ceci, la recherche sur la maternité des femmes réfugiées politiques du Proche et du Moyen Orient doit encore être approfondie. Cette étude constitue donc une invitation à la mise en place d'actions autour de ces maternités exposées et vulnérables.

Au terme de ce travail, les retours que nous avons eu de nos entretiens auprès des femmes sont positifs : elles gardent toutes espoir et expriment l'envie d'avancer et de repartir à zéro avec l'espoir de construire une nouvelle vie.

Nous espérons très modestement, que notre travail aura pu modifier le regard porté sur la femme réfugiée, et que, au-delà de son statut social, puissent être entendues la femme et la mère, dans toute leur singularité.

Bibliographie

1. Douillet-Dupont D. Parcours médical des migrants primo-arrivants à Angers. Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine. Angers : Université Angers Faculté de Médecine. Avril 2016. 119 pages [Internet]. [cité 14 avr 2018]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20061644/2016MDEMG5225/fichier/5225F.pdf>
2. Davoudian C. Mères et bébés sans-papiers. Eres. 2012. 248 p. (1001 BB - Drames et aléas de la vie des bébés).
3. Comede. Les demandeurs d'asile [Internet]. Comede. 2016 [cité 14 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.comede.org/demandeurs-dasile/>
4. OFPRA. Focus sur la Syrie [Internet]. 2018 [cité 14 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/l-ofpra-en-chiffres/focus-sur-la-syrie>
5. Eurostat. Communiqué de presse. Décisions sur les demandes d'asile dans l'UE. 70/2017 - 26 avril 2017. [Internet]. [cité 14 avr 2018]. Disponible sur: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8001725/3-26042017-AP-FR.pdf/66d179f7-34e6-4382-b240-fc3713487497>
6. Moro MR. Enfants d'ici venus d'ailleurs. France: Edition Fayard/Pluriel; 2011.
7. Perreault. A. L'État de stress post-traumatique chez les réfugiées : détresse psychologique et raisons de vivre. Mémoire pour le diplôme de psychologie. Québec : Université du Québec à Trois-Rivières. Novembre 2000. 145 pages. [Internet]. [cité 14 avr 2018]. Disponible sur: <http://depot-e.uqtr.ca/3095/1/000673334.pdf>
8. El Amrani M. L'approche anthropologique dans la pratique du métier de sage-femme. Approches interculturelles en périnatalité. Février 2009;8-11.
9. Fassin D., Rechtman R. L'empire du traumatisme : enquête sur la condition de victime. Flammarion. Paris; 2007. 452 p.
10. Institut Universitaire en santé mentale de Montréal. État de stress post-traumatique [Internet]. 2018 [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/etat-de-stress-post-traumatique.html#symptomes>
11. Moro MR. Maternité en exil. La Pensée Sauvage. 2008.
12. Scoazec C. Grossesse et précarité: étude descriptive du réseau Solipam. :85.

13. Battaglini A, Gravel S, Boucheron L, Fournier M, Brodeur J-M, Poulin C, et al. Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. *Serv Soc* [Internet]. 2002 [cité 14 avr 2018];49(1):35. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/006877ar>
14. Baubet, T., Abbal, T., Claudet, J., Le Du, C., Heidenreich, F., Lévy, K. & Moro, M. R. Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France: des spécificités cliniques et thérapeutiques.
15. d'Halluin E. La santé mentale des demandeurs d'asile. *Hommes Migr Rev Fr Réf Sur Dyn Migratoires* [Internet]. 1 nov 2009 [cité 14 avr 2018];(1282):66-75. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/447>
16. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ* [Internet]. 13 janv 2001 [cité 14 avr 2018];322(7278):95-8. Disponible sur: <https://www.bmjjournals.org/content/322/7278/95>
17. Bydlowski M. Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité. Odile Jacob. Paris; 2000.
18. Moro MR. Mille et une façons de bien s'occuper des bébés : aider les parents et les bébés d'où qu'ils viennent. Edition Fondation Mustela. 2011.
19. Reveyrand-Coulon O. Immigration et maternité. Presses Universitaires du Mirail. Toulouse; 1993.
20. En Afghanistan, donner naissance en sécurité reste un luxe [Internet]. Médecins sans frontières. 2016 [cité 14 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.msf.fr/actualites/en-afghanistan-donner-naissance-en-securite-reste-un-luxe>
21. Mann C. L'enfance est-elle possible en Afghanistan ? *Enfances Psy* [Internet]. 2008 [cité 14 avr 2018];(40):165-74. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psychologie-2008-3-page-165.htm>
22. UNICEF. Les soins obstétricaux en Afghanistan. 2009 [Internet]. [cité 14 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/french/sowc09/docs/SOWC09-Encadres-3.4-FR.pdf>
23. Courrier International. IRAN. Enfanter dans la douleur (ou pas) | Courrier international [Internet]. Courrier Sciences. 2009 [cité 14 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.courrierinternational.com/article/2009/01/15/enfanter-dans-la-douleur-ou-pas>
24. Losi N. Guérir la guerre. L'Harmattan. 2016. 224 p.
25. Association Française des Anthropologues. Qu'est-ce que l'antrhopologie ? [cité 4 févr 2018]; Disponible sur: http://www.afa.msh-paris.fr/?page_id=32

26. Cadart M-L, Egullion C, Ekoué L. Ethnopsychanalyse en maternité, Summary, Resumen. *Divan Fam* [Internet]. 2009 [cité 14 avr 2018];(22):81-92. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-le-divan-familial-2009-1-page-81.htm>
27. Frydman R., Szejer M. *La Naissance : Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. Paris: Albin Michel; 2010.
28. Egullion C. L'arbre à palabre, un groupe de mères en maternité. Approches interculturelles en périnatalité. *Journal Vocation de Sage-femme*. 2009;
29. Panaccione E. De la maternité chez des femmes migrantes en errance. [Thèse de doctorat en psychologie clinique et psychopathologie.]. [France]: Université Paris Descartes; 2013.
30. Baubet, T., Abbal, T., Claudet, J., Le Du, C., Heidenreich, F., Lévy, K. & Moro, M. R. Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France: des spécificités cliniques et thérapeutiques.

Documentaires

- Bluemel J. « Exode, un million de destins » Documentaire de 2 heures, 2015. Diffusé sur Canal+ (BBC/ KeoFlims/ avec la participation de Canal+). Disponible en multidiffusion sur Canal plus.
- Bluemel J. « Exode, l'odyssée continue » Documentaire, 2017. (1h40). Disponible en multidiffusion et à la demande sur Canal Plus.

Conférences

- La Grossesse à l'épreuve des Migration. Conférence déroulée le 09/06/2017. Comité scientifique : Azria E., Deneux C., Essén B. Small R., Zeitlin J. Auditorium de l'Hôtel de Ville de Paris. Vidéos disponibles en ligne sur : <http://www.relations-medicales.com/replay/C172/event.html>
- Réunion sages-femmes PMI de Paris. La demande d'asile. Formation CAOA Paris. Présentée le 15 mars 2018 par Salia Hamzehlouyan. MDM (Médecins Du Monde au centre Eastmann).
- 7^{ème} Rencontre SOLIPAM 2016. T. Harvey, P. Herschkorn Barnu, E. Azria, C. Gonthier et al. « Risques périnatals et précarité : des éléments de compréhension ». Jeudi 17 novembre 2016. Auditorium - Hôpital des Diaconesses.

Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Entretien Narratif Semi-directif à type de Récit de Vie	Réponses attendues	Ce qui a été réellement dit
Thème 1 : Généralités		
<ul style="list-style-type: none"> - Quel âge avez vous ? - De quelle nationalité êtes vous ? <p>How old are you ? Where are you from ?</p>	Femme majeure - Syrie - Irak, Iran - Afghanistan - Yemen, Kurdistan	
Degré de scolarisation dans le pays d'origine ? Métier ? <p>What kind of studies did you do in your country? Did you have a job ?</p>	- Scolarisé Bac + - Etudes supérieures : ingénieur, médecin, IDE ... - Non scolarisée	
Situation familiale ? <p>Are you married ? Do you have children ?</p>	- mariée (ou mariage forcé) - célibataire (femme isolée) - divorcée - veuve	
Thème 2 : Questions sur l'exile		
<ul style="list-style-type: none"> - Quand êtes vous arrivée en France ? - Pourquoi avoir choisis la France comme pays d'accueil ? <p>When did you arrive here ? And why did you choose to live in France ?</p>	- Courant 2016 - J'ai de la famille en France. - Je connais des personnes en France pour m'accueillir (amis proches, bénévoles, association)	
Pour quelles raisons avez vous quitté le pays ? <p>For what reasons did you leave your country ?</p>	- migration politique (guerre civile, conflits..) - mariage forcé - Problèmes familiaux	
Quels ont été les faits marquants de votre migration : <ul style="list-style-type: none"> —> Qu'est ce qui a été difficile pendant votre migration ? —> Vous avez bcp marché ? —> Qu'est-ce ce qui a été le plus effrayant ou le plus dur? <p>What were the significant events of your migration ? what kind of things have you been through your migration? / What was the hardest thing about leaving the country? How far was it different from your country? How did you travel?</p>	- Rejet par les pays voisins - Aucune écoute , aucune empathie de la part des autorités territoriaux, Traitées comme des animaux - Violences sexuelles pour passer les frontières - Violences physiques/verbales - Racisme	
Thème 3 : Vécu de la grossesse et Post Partum		
Parlez moi de votre grossesse : <ul style="list-style-type: none"> - A quel moment avez vous su que vous étiez enceinte ? - Etes vous partie enceinte du pays ? - Est ce que vous vouliez être enceinte à ce moment là ou plus tard ? - Qu'est ce que cette grossesse vous apporte ? (« Pourquoi avoir choisis d'être enceinte » ?) - Etes vous bien entouré pour cette grossesse ? berceau culturel?? <p>How about your pregnancy ? When did you get pregnant ?</p>	- enceinte au pays - enceinte en cours de migration - enceinte en France ex : —> Cette grossesse survient 6 mois après la naissance du 1er enfant alors que leurs parcours d'exile n'est pas encore finis bien que ce n'est pas été dit explicitement par les parents , on peut comprendre que cela a été fait accidentellement mais grossesse bien acceptée.	
La grossesse a-t-elle été suivie ? <p>Did you have any check-ups during the course of your pregnancy ?</p>	Non	
Vécu global de la grossesse : <ul style="list-style-type: none"> —> Est ce que la grossesse a rendu les choses plus difficile ? ou au contraire c'était une force ? <p>How do you live your current pregnancy ?</p>	- angoissante - vécu positivement : c'est une force	

Entretien Narratif Semi-directif à type de Récit de Vie	Réponses attendues	Ce qui a été réellement dit
<p>Avez vous des appréhensions vis à vis de l'hôpital ? ou l'accouchement en lui-même ? -> Avez vous peur d'accoucher ici ?</p> <p><i>Are you afraid to deliver in a foreign country, with a brand new language and a different culture ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Angoissée d'accoucher dans un « terrain inconnu » loin de mes proches - Peur d'être incomprise - Peur du médecin / soignants -> inconnus - Peur des soins 	
<p>Vécu de l'accouchement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Où avez vous accouché ? Dans quelles circonstances ? - L'accouchement s'est bien passé ? - Est-ce qu'on vous a bien accompagné ? - <p><i>Where did you give birth ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si vous deviez accouché dans votre pays, quel suivi auriez vous eu ? - Où auriez vous accouché ? - Qu'avez vous trouvé de différent ici ? <ul style="list-style-type: none"> - <i>If you would deliver in your country what kind of care you would have ?</i> - <i>Where would you give birth ?</i> - <i>If you would compare France with your country what difference did you notice about the care ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Accouchement généralement bien vécu (hors contexte pathologique) hormis barrière de la langue. Problème de communication ++ - Accouchement à l'hôpital public. Amenée à l'hôpital par les pompiers ou un bénévole. 	
Thème 4 : PEC en France		
<p>Avez vous rencontré des difficultés durant votre prise en charge ?</p> <p><i>Did you find difficulties during your care ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - barrière de la langue ++ problèmes de communication et de compréhension - Incompréhension de ma culture, mes croyances, mes désirs 	
<p>Traducteur sur place ?</p> <p><i>Did you have translator at your service at the hospital ? at the Foster home ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité d'avoir un traducteur mais pas souvent sur place - Jamais présent . - Présents au foyer - Soignants ne parlant pas ma langue 	
<p>Qui vous a aidé dans votre PEC administratif, orientation etc ?</p> <p><i>Did someone help you for the paperwork ? -</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - associations - bénévoles - connaissances - aucune personne 	
Thème 5 : Syndrome post-traumatique		
<ul style="list-style-type: none"> - Arrivez vous à bien dormir ? - Sommeil perturbé ? - Mangez vous assez ? - Avez vous des craintes? doutes vis à vis de votre grossesse ? Ou de l'accouchement ? - Flashbacks à répétition ? - Séquences d'évènement répétitifs ? - Bien entourée)? Famille avec vous? Papa/maman?! 	<ul style="list-style-type: none"> - sommeil perturbé par des images répétitifs qui la hantent - difficultés pour dormir ou manger - doutes d'évènements graves - Envie de mort, réminiscences - Ne veut plus sortir 	

Annexe 2 : Échéancier de recherche

30/10/16	État des lieux. Recherche d'un directeur de mémoire.
08/11/16	Entretien téléphonique avec Mme Véronique Boulinguez : sage-femme missionnée par la mairie de Paris pour faire des maraudes auprès des camps de migrants et rendant visite aux femmes enceintes dans les hôtels du 115.
17/11/16	7 ^{ème} Rencontre SOLIPAM. T. Harvey, P. Herschkorn Barnu, E. Azria, C. Gonthier et al. « Risques périnatals et précarité : des éléments de compréhension ». Auditorium - Hôpital des Diaconesses.
25/12/16	1^{er} entretien avec Rita*, 35 ans. Syrienne, 3^{ème} geste et 3^{ème} pare au CADA de Créteil.
01/03/17	Contact par mail avec la Directrice Générale d'Emmaüs Mme El Hassak Marzorati pour une demande d'autorisation de réaliser mes entretiens au camps d'Ivry-Sur-Seine.
16/03/17	Entretien avec la Directrice Générale d'Emmaüs Mme El Hassak Marzorati.
30/03/17	Rencontre avec l'équipe du camp d'Ivry-Sur-Seine au CHU d'Ivry.
22/04/17	2^e entretien avec Sanaa*, 19 ans. Iranienne, primipare au CADA de Créteil. 3^{ème} entretien le même jour avec Zineb*, 20 ans. Afghane, 2^e pare. Rencontre dans un hôtel du 115 dans le département du 95.
25/09/17	4^e entretien avec Sonia*, 24 ans. Syrienne, 5^e pare, rencontre dans un parc public.
27/09/17	5^e entretien avec Ines*, 32 ans. Syrienne, 3^e pare. Rencontre dans un logement du CADA dans le département du 93.
27/09/17	6^e entretien avec Maria*, 34 ans. Afghane, 2^e pare. Rencontre au CHU d'Ivry-Sur-Seine.
26/10/17	7^e entretien avec Mounia*, 25 ans. Syrienne, 3^e pare, Rencontre dans un café.
12/11/17	8^e entretien avec Keltoume*, 31 ans. Yéménite, 7^e pare. Rencontre à l'hôpital dans le département du 92. Enceinte ce jour au terme de 40 SA.
25/11/17	9^e entretien avec Mina*, 30 ans. Syrienne, primipare. Entretien téléphonique en français/anglais. Enceinte ce jour au terme de 25 SA.

Annexe 3 : Quelques définitions...

Acculturation : Processus par lequel une personne ou un groupe assimile une culture étrangère à la sienne.

Culture : Ensemble des représentations de l'univers, des principes d'organisation de la société, des valeurs et des normes de conduites, positives et négatives auxquelles se réfèrent les individus et les groupes qui composent une société lorsqu'ils agissent sur les autres, sur eux-mêmes et sur le monde qui les entoure (M.Godelier. 2012).

Discrimination : Selon la loi française, modifiée en novembre 2016, « *constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques ou entre les personnes morales sur le fondement de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur perte d'autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leur activités syndicales, de leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée.* »

Immigrée, migrante ou exilée : Femme née dans un pays étranger, qui vit en France. Elle peut être étrangère ou française. Pour les exilées, la migration est le plus souvent contrainte.

Moyen Orient : désigne une région d'Asie allant de la Syrie à la frontière irano-afghane en passant par la péninsule arabique. Les limites ne sont cependant pas non plus clairement définies.

Procédure Dublin : Un seul État est responsable de l'examen d'une demande d'asile dans l'Union Européenne. Selon le règlement Dublin III, c'est soit l'État européen qui a accordé un visa ou un titre de séjour ou une protection internationale avant l'arrivée en France, soit le pays par lequel est entré le demandeur et dans lequel il a été contrôlé (dans lequel sont enregistrées ses empreintes digitales). La procédure Dublin permet d'établir quel pays est responsable pour l'examen de la demande d'asile. La procédure peut durer plusieurs mois (entre 6 et 8 mois). Les droits sont les mêmes que les autres demandeurs d'asile hormis la place dans un CADA. Si le demandeur n'a pas été transféré dans les 6 mois à compter du jour où le pays contacté a donné son accord, la France devient responsable de la demande d'asile.¹

Proche Orient : Le Proche-Orient est une région d'Asie et d'Afrique, comprenant les pays du sud-est du bassin méditerranéen. Il est souvent inclus dans le Moyen-Orient. Il comprend les pays suivants : Chypre, Égypte, Israël (Palestine), Liban, Syrie et Turquie. Mais la région n'est pas délimitée officiellement.

Statut de réfugié : Personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951. « Article premier- A2 : *Aux fins de la présente Convention, le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant, avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner*».²

¹ Définition tirée de la Commission Européenne : « Je suis sous procédure Dublin - qu'est-ce que cela signifie? » 2013;(604):16.

² Définition de l'OFPRA. En ligne sur : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-different-types-de-protection/le-statut-de-refugie>

Annexe 4 : Mieux comprendre la procédure de demande d'asile

Pour tous ceux qui souhaitent rester en France et obtenir le statut de « réfugié », une demande d'asile doit être effectuée. Pour se faire, les demandeurs d'asile doivent d'abord passer par la Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA).

La Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

La PADA a pour rôle :

1. D'informer sur la demande d'asile
2. D'aider à remplir le formulaire d'enregistrement de la demande d'asile
3. De prendre un rendez-vous au guichet unique (préfecture et OFFI) dans les 3 jours (ou 10 jours si le nombre de demandeurs est très important) et de remettre une convocation

Si après le passage au guichet unique, l'OFFI ne propose pas d'hébergement en centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), les demandeurs doivent retourner à la PADA qui doit :

- Domicilier
- Remplir le dossier OFPRA de demande d'asile et aider à écrire le récit d'asile et à le traduire
- Aider à obtenir une couverture maladie (compter un mois d'attente avant d'avoir la CMU-C)
- Accorder des aides exceptionnelles (bons, colis alimentaires) et orienter vers le service intercommunal d'accueil (CCAS)

Il existe une PADA par département mais le dispositif parisien est différent :

- La PADA France Terre d'Asile est chargée de traiter les demandes d'asile des personnes isolées

- La CAFDA du Centre d’Action Sociale Protestant est chargée de traiter les demandes d’asile des familles (femmes enceintes, familles avec enfants). A noter que la CAFDA est un dispositif exceptionnel qui n’existe qu’à Paris.

Tous les demandeurs d’asile ont droit à l’assurance maladie (CMU-C selon leurs ressources).

Les premières démarches au guichet unique de demande d’asile

Après la PADA, les demandeurs doivent se rendre au Guichet Unique pour Demandeurs d’Asile (= GUDA) à la date de la convocation fournie par la PADA.

1. à la Préfecture, on commence par prendre les empreintes digitales :
pour vérifier s’il est dans le fichier Eurodac. La préfecture va rechercher également d’autres indices (ou signes) d’un passage dans un autre pays de l’Union européenne.

Si les empreintes sont trouvées dans le fichier Eurodac ou si la préfecture trouve un autre indice d’un passage dans un autre pays européen, le demandeur pourra être placé en procédure « Dublin », sinon on peut demander l’asile en France.

2. Le demandeur d’asile peut-être placé soit en procédure « normale », « accélérée » ou « Dublin ».

3. Le demandeur d’asile se voit délivrer une attestation de demande d’asile

Si le demandeur d’asile est placé en procédure normale ou accélérée, la préfecture doit enfin remettre le dossier OFPRA (ils n’ont que 21 jours pour remplir le dossier et l’envoyer). La PADA doit aider à remplir le dossier OFPRA et écrire le récit de vie de la personne avec l’aide d’un(e) interprète. Si cela risque de ne pas être fait dans les 21 jours, vous pouvez orienter vers des associations comme la CIMADE, le CEDRE (Centre d’Entraide pour les Demandeurs d’Asile et les Réfugiés) ou Dom’Asile.

Le rôle de l'OFII (Office Français de l'immigration et de l'Intégration)

L'OFFI doit informer sur les droits, s'occuper de l'hébergement et de l'allocation pour demandeurs d'asile (ADA). En ce qui concerne l'hébergement, l'OFII doit faire une proposition d'hébergement en fonction des places disponibles en CADA. Si l'OFII ne fait aucune proposition, il réoriente vers la PADA. Il est alors dit de téléphoner au 115 pour trouver un hébergement d'urgence. Si le demandeur d'asile est hébergé « durablement » dans un centre, il pourra utiliser cette adresse comme adresse de domiciliation pour la procédure d'asile.

Les Demandeurs d'asile bénéficient de l'ADA (Allocation pour Demandeur d'Asile) qui s'élève à 6.80 euros par jour pour une personne isolée et + 3,40 euros par personne supplémentaire : conjoint ou conjointe, et enfant(s) (4.20 euros sont prévus en plus pour les personnes non hébergées).

Pour toucher l'ADA , il faut avoir plus de 18 ans, avoir une attestation de demande d'asile (ou un récépissé) et avoir déposé son formulaire OFPRA dans les délais.

L'OFFI reçoit le demandeur d'asile en entretien personnel afin de voir si ce dernier est une personne « vulnérable » c'est-à-dire une personne handicapée, une femme enceinte, une personne malade, etc. Dans ce cas, ils doivent remplir un formulaire spécifique par un médecin de PASS dans les 15 jours pour devenir prioritaires pour l'hébergement.

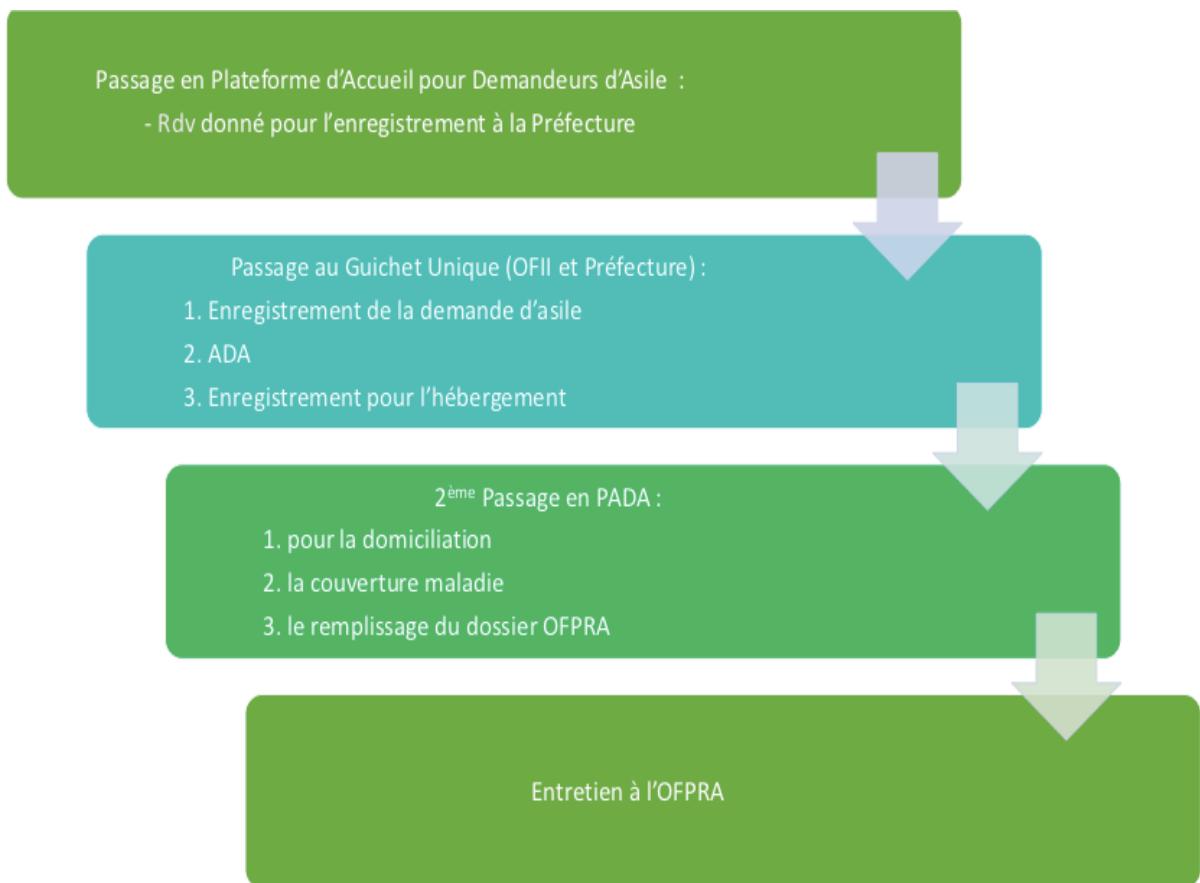
La demande à l'OFPRA

Après le rendez-vous en préfecture, le demandeur d'asile doit remplir le formulaire de demande d'asile de l'OFRPA en français. Le récit d'asile doit expliquer les raisons pour lesquels le demandeur a fui son pays et les craintes en cas de retour dans son pays. Il y a un entretien avec un « agent de protection » avec l'aide d'un interprète.

L'OFPRA doit statuer en principe dans les 6 mois qui suivent l'entretien, mais ce délai peut être plus long.

En cas de rejet, la date de réception de la décision est fondamentale car il y a un mois à partir de cette date pour faire un recours.

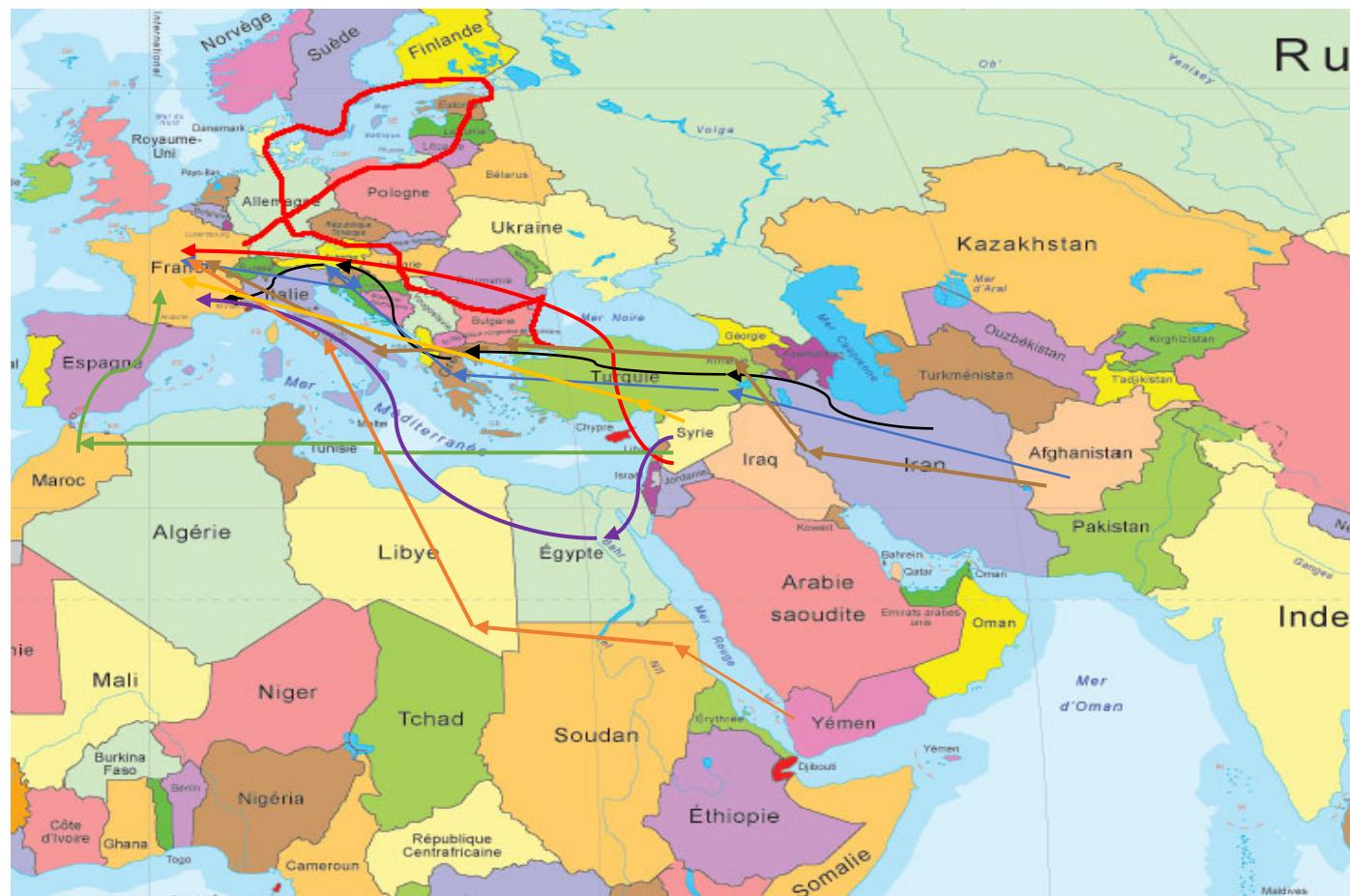
Schéma récapitulatif de la procédure de demande d'asile



A noter que dans le cas où une personne ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître la qualité de réfugié, et pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'il existe un risque réel de subir des violences dans son pays (telles que la peine de mort, exécution, torture ou des peines ou des traitement inhumaine ou dégradants), la *protection subsidiaire* peut lui être accordée.³

³ Ses informations sont issues de la Formation CAOA présentée le 15/03/2018 à Paris (Centre Georges Eastman) par Salia Hamzehlouyan. Médecins du Monde. (Réunion des SF de PMI).

Annexe 5 : Carte géographique des itinéraires migratoires des femmes interrogées



1. **Itinéraire de Rita** : Syrie (Darayah) → Liban (Beyrouth) → France (par avion)
 2. **Itinéraire de Sanaa** : Iran → Turquie → Grèce → Croatie → Autriche → Italie → France (à pied)
 3. **Itinéraire de Zineb** : Afghanistan → Iran → Turquie → Grèce → Croatie → Autriche → Croatie → Italie → France (à pied)
 4. **Itinéraire de Sonia** : Syrie (Homs) → Liban → Algérie (bateau) → Maroc → Espagne → France (à pied)
 5. **Itinéraire d'Ines** : Syrie (Damas) → Liban → Egypte (avion) → France (avion)
 6. **Itinéraire de Maria** : Afghanistan → Iran → Turquie → Grèce → Italie → France (à pied)
 7. **Itinéraire de Mounia** : Syrie (Alep) → Turquie (à pied) → France (avion)
 8. **Itinéraire de Keloume** : Yémen → Soudan (bateau) → Libye → Italie (bateau) → France (à pied)
 9. **Itinéraire de Mina** : Syrie (Damas) → Liban → France (avion)

DROITS DE REPRODUCTION

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.