

Périnatalité et migration :
Accompagnement dans les soins



Mémoire de DIU Santé Société et Migration - Année 2015/2016

Directeur de mémoire : DR GANSEL Yanis

Par HUSSON Lydie

SOMMAIRE :

Introduction

Chapitre I : Présentation clinique

A. Présentation du cadre de travail

B. Présentation d'un cas clinique : de Mlle X et son fils A.

Chapitre II : Discussion : Périnatalité et situation d'immigration, période de fragilité

A. Aspects Médico-sociaux

- 1) Rappels historiques sur l'immigration
- 2) Les dispositifs de protection sociale
- 3) Mère en situation d'immigration, aspect social
 - a. Aspects sociaux démographique et parcours migratoire
 - b. Précarité et immigration
 - c. Errance et système de soin français
 - d. Aspect familiale, immigration et réorganisation familiale
- 4) Approche des soins et Aspect culturel

B. Aspects Médico-psychologiques et Accompagnement dans les soins

- 1) Approche psychanalytique de la périnatalité et immigration
 - a. Lien mère enfant
 - b. Mandat transgénérationnel et aspects culturel
- 2) Exemple de la Dépression périnatale et de l'état de stress post traumatique, et immigration
 - a. Dépression périnatale
 - b. Etat de stress post traumatique

Conclusion

Introduction

La période de la périnatalité comprend le avant – pendant et après accouchement. Elle prend en compte le couple parental et leur bébé tout en gardant à l'esprit la famille au sens large du soutien parental. De la conception à l'accouchement en passant par la grossesse, tant d'étapes pouvant être sources de questionnements et de difficultés... Le post natal précoce est également considéré comme faisant partie de la périnatalité avec une prise en charge double des parents et de leur bébé ; triade qui présentent des besoins très spécifiques et une vulnérabilité importante.

En effet, la période de la périnatalité est une période source de fragilité tant psychique que somatique et sociale pour la future mère et le bébé. Le lien mère enfant qui s'instaure dès la grossesse permet à la future mère de prendre soin de son enfant afin que celui ci puisse grandir dans un environnement sécurisant. Il a été démontré, par de nombreux auteurs, qu'une altération de ce lien primaire était source de troubles du développement des enfants. La littérature retrouve de nombreux facteurs de risques qui peuvent concourir à une altération de ce lien primaire tels que la présence d'un trouble psychique chez un des parents, une grossesse et / ou un accouchement difficile, la monoparentalité, l'isolement, les traumatismes psychiques, un mauvais accès aux soins... Dans le post partum, des troubles psychiatriques peuvent apparaître, tel qu'une dépression du post partum par exemple, et être à l'origine d'une altération des premières relations mère - enfant, avec une nécessité de soins psychiatriques rapide quand cet état pathologique est atteint. Ces états pathologiques sont plus susceptibles d'apparaître dans des situations de vulnérabilité familiales avec des difficultés au cours de la grossesse ou du post partum mais aussi des facteurs de risques similaires à ceux décrits précédemment.

On retrouve également que le désir d'enfant est associé, dans les esprits, à un projet parental avec un idéal d'accueil pour ce bébé. Pour autant on rencontre de plus en plus de situations où la venue au monde d'un enfant est corrélée avec cet idéal mis à mal. La conception d'un enfant renvoie également à des mandats transgénérationnels recouvrant toute l'histoire familiale portée par la future mère et le futur père. L'enfant est accueilli à la fois dans un foyer mais aussi dans une famille au sens large avec les valeurs, les croyances, les vécus de cette famille.

Au vue de ce qu'on vient de dire, on peut se demander si l'immigration pourrait être en soi un facteur de vulnérabilité. En effet, les migrants sont soumis à des remaniements familiaux, à des isolements, à des traumatismes... L'immigration a une histoire en France qui remonte au 19^{ème} Siècle mais qui a présenté des changements au fil des décennies. Et aujourd'hui différents types de migrations existent : pour faire des études, pour rejoindre un époux ou une épouse, pour travailler, parce qu'on est malade ou qu'un membre de sa famille est malade, pour fuir une oppression ... Ces différentes immigrations sont soumises à des contextes de départ et d'arrivée bien différents sur le plan social, familial, juridique, avec des besoins par conséquent différents.

Dans ma pratique de la pédopsychiatrie de périnatalité à l'Hôpital Femme Mère Enfant (HFME) de Lyon, j'ai été amenée à rencontrer de nombreuses familles pour lesquelles le contexte d'immigration était très présent dans leur relation avec leur enfant. L'accompagnement de ces mères en prenant en compte toutes leurs fragilités y compris celle de l'immigration m'a semblé importante afin qu'elles puissent elles-mêmes prendre soin de leur enfant, future membre actif de nos sociétés. Il a été nécessaire pour cela, de faire des prises en charge multidisciplinaires – médicale, psychologique, sociale – de ces familles afin de répondre à leurs besoins dans une approche globale de leurs difficultés.

En quoi le contexte de migration peut être considéré comme un facteur de vulnérabilité ?

Est-ce que toutes les formes d'immigration amène une fragilité dans le contexte de la périnatalité ?

Quelles sont les particularités de la périnatalité dans le contexte de l'immigration ?

Comment peut-on accompagner ces familles en prenant en compte leurs vulnérabilités sans stigmatisation ou intolérance ?

Pour ce mémoire, je me suis appuyé sur ma pratique clinique à l'HFME ainsi que sur des articles et ouvrages portant sur la périnatalité et l'immigration. Dans un premier chapitre je propose de revenir sur la pratique de la périnatalité dans une maternité publique et sur un cas clinique. Dans un second chapitre je propose une discussion sur l'état actuel des connaissances de la périnatalité en situation d'immigration avec les aspects médicaux, psychologiques et sociaux, ainsi que l'accompagnement que l'on peut proposer.

Chapitre I : Présentation clinique

A. Présentation du cadre de travail

La période de la périnatalité s'étend de la conception au post partum, de huit jours à un an après la naissance selon les auteurs. Au cours de cette période le dispositif de soin français propose l'intervention de multiples intervenants que ce soit les médecins généralistes, les sages femmes, les obstétriciens, les pédiatres, mais aussi les pédopsychiatres et assistantes sociales si besoin.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)* révisées en mai 2016 déterminent un suivi des femmes enceintes dans un objectif de santé publique de prévention maternelle et fœtale au cours de la grossesse.(1) Le soin est proposé dès le pré-conceptionnel, avec une consultation médicale avant la mise en route de la grossesse, afin de réaliser un bilan clinique voire biologique pour évaluer les dispositifs médico-sociaux à mettre en place. L'organisation des soins comprend sept consultations et trois échographies ainsi que des bilans biologiques pris en charge par l'assurance maladie. Une première consultation avant dix semaines d'aménorrhée (10SA)* est proposé afin de faire le diagnostic de grossesse et une réévaluation clinique et biologique, un bilan biologique est d'ailleurs non pas recommandé mais obligatoire à ce moment là. Une deuxième consultation avant 15 SA est programmée, au cours de laquelle est établie la déclaration de grossesse, étape cruciale pour l'accès à des droits financiers, avec toujours une réévaluation clinique et biologique si besoin. Au cours de cette deuxième consultation il est spécifié dans les recommandations de « *rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)* ». Une première échographie pourra être pratiquée dans cet intervalle. Le parcours de soin prévoit deux autres échographies, une au quatrième mois et une au septième mois de grossesse. Des consultations régulières auprès de sages femmes ou d'un médecin, à hauteur d'une fois par mois, sont recommandées pour la suite de la grossesse. Des examens biologiques sont recommandés voire obligatoires. Au cours de la consultation du neuvième mois les recommandations précisent de « *Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant* ».

De nombreuses démarches administratives sont nécessaires au cours de la grossesse en France « *pour établir la filiation et bénéficier de certains droits* » phrase retrouvée sur le site service-public.fr (site officiel de l'administration française).

Une étape primordiale au cours de la grossesse est la déclaration de grossesse, étape nécessaire afin de bénéficier d'un remboursement des soins au cours de la grossesse et du post partum, déclaration à envoyer à la Caisse d'Assurance Maladie (CAF)*. La déclaration permettra également d'inscrire la grossesse et donc l'enfant à venir dans la filiation avec des aides financières et humaines dans le post partum. Elle sera complétée de la déclaration de naissance de l'enfant avec l'inscription sur le livret de famille, déclaration à réaliser dans les trois jours après la naissance. Les déclarations de grossesse et de naissance doivent également être envoyées à la caisse d'assurance maladie et la mutuelle pour la prise en charge financière des soins, avec des délais parfois longs de traitement des données. En cas de retard d'inscription, du fait de ces délais administratifs, les jeunes parents peuvent se retrouver confrontés à des périodes de latence et donc à devoir avancer les frais des soins. En situation de difficultés financières, l'accès aux soins peut en être limité. Tout cela implique évidemment une inscription à la caisse d'assurance maladie plus ou moins à une mutuelle et donc d'être en situation régulière en France.

Dans les autres situations l'Aide Médicale d'Etat (AME), créée en 1999 permet un remboursement des soins sous certaines conditions. En dehors de ces conditions les patients ne peuvent pas prétendre à un remboursement des soins. Des dispositifs de soins tels que les Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)* peuvent accueillir les patients temporairement dans les délais de la mise en place des droits sociaux. Les services d'urgences sont également des lieux de ressources de santé pour ces patients en situation irrégulière mais ne pouvant bénéficier de l'AME.

On perçoit déjà la complexité du système de soin et de l'administration française, avec des rendez vous multiples, des examens biologique et d'imagerie, des démarches administratives à réaliser dans des délais préétablis, vers différentes institutions. Il n'est pas possible de faire abstraction de l'administratif dans les prises en charge des patients immigrés. L'aspect médical est alors fortement intriqué à l'aspect social. Il est nécessaire en tant que professionnel de santé de s'assurer que les patientes auront accès aux soins prescrits.

Pour ce qui est des lieux de soins possible, notre système de soin proposent aux patientes des services de soins privés (médecins libéraux, maternité privée, sage femmes libérales) avec des

prises en charge financières ne comprenant pas les sur-honoraires souvent présent, mais aussi des services de soins publics. Ces derniers se situent en maternité publique et offrent un soin complet pris en charge par la sécurité sociale. Les intervenants étant selon les besoins des sages femmes, des obstétriciens, des pédiatres, pédopsychiatres et assistantes sociales. L'HFME est un établissement public faisant partie des Hospices Civiles de Lyon (HCL). Il propose pour les soins de périnatalité, des lieux de consultations d'urgences ou programmées, un service d'hospitalisation pour les femmes enceintes, une maternité avec l'intervention des pédiatres auprès des nouveaux nés. L'HFME étant une maternité de niveau trois offre également des soins de néonatalogie où sont hospitalisés les nouveaux nés présentant des difficultés de début de vie (prématurité, difficultés respiratoires, cardiaques, digestives, malformations graves....) avec un service de réanimation et un service de soins intensifs. Chacun de ces services propose une prise en charge médico-psycho-sociale.

Les recommandations insistent sur une prise en charge la plus précoce possible des difficultés des jeunes parents afin de mettre en place les aides nécessaires dans un objectif de prévention. Cela implique donc un souci pour chaque professionnel travaillant dans le champ de la périnatalité de rechercher les facteurs de risque médico-sociaux et cela quelque soit le moment de la grossesse ou du post partum mais également une pluridisciplinarité autour des jeunes parents et de leur bébé.

L'équipe de pédopsychiatrie de périnatalité est amenée à être interpellée par les soignants pour intervenir auprès des familles présentant un besoin d'ordre psychologique à chaque moment de ce parcours de la grossesse. Elle peut être amenée à faire des suivis anténatals, rencontrer les patientes en maternité ou accompagner en néonatalogie auprès des nouveaux nés hospitalisés. Les difficultés sont variées : des angoisses, des dépressions, des troubles psychotiques...avec le souci d'avoir une vision globale de la situation familiale. Un accompagnement le plus précoce possible a pour objectif la mise en place du lien mère enfant(2). Celui-ci permet à la jeune mère de prendre soin de son enfant avec des capacités d'adaptation à ces besoins de façon quasi parfaite et instantanée. Ce lien implique une préoccupation maternelle primaire (3) qui se construit tout au long de la grossesse, qui lui permet une capacité d'abstraction de ses propres besoins et donc l'adaptation au nourrisson. Au cours des périodes de l'anté et du post natale, la future mère rencontre différents bouleversements psychiques qui, dans des situations de fragilité supplémentaire, peuvent

amener à une décompensation anxieuse voire dépressive. Le lien mère enfant peut alors en être altéré. Par exemple, la présence familiale est souvent recherchée par la future mère avec notamment le besoin du soutien de la future grand-mère. L'immigration entraîne souvent une dislocation familiale avec la perte de ce soutien ou du moins un soutien à distance. L'aspect culturel peut également être source de difficultés avec la confrontation à la culture d'accueil, l'isolement familial ne permettant pas de pouvoir respecter ces aspects et les incompréhensions de chacun pouvant contribuer à un isolement plus grand.

Le pédopsychiatre dans sa pratique de périnatalité doit pouvoir travailler en pluridisciplinarité et en lien avec la famille afin de limiter les incompréhensions et d'accompagner dans les différentes étapes.

Il est alors nécessaire de travailler conjointement avec la famille et les équipes médicales somatiques (obstétriciens, sages femmes, pédiatres, médecin généraliste), sociales (assistante sociale intra hospitalière et de secteur) et extra hospitalières (Protection maternelle et infantile (PMI)*, psychologue/psychiatre, centre d'accueil mère bébé...).

En effet la prise en charge à l'hôpital est par définition de durée limitée dans le temps, il est donc nécessaire de pouvoir accompagner le plus tôt possible les familles vers les soins médico-sociaux extra hospitaliers. En France le service public est sectorisé, c'est-à-dire dépendant du lieu de résidence, afin de proposer un soin de proximité. La pédopsychiatrie n'échappe pas à ces règles tout comme la PMI rattachées dans la région du Rhône Alpes aux Maisons Du Rhône (MDR)*.

Même si les dispositifs sont nombreux on peut percevoir la complexité de l'organisation des soins pour un patient ne le connaissant pas et isolé, et les difficultés d'adaptation de ce soin à une clinique de la précarité et de l'errance. Peut se rajouter une barrière de langue qui peut limiter les propositions de soins par mauvaises perceptions des besoins.

J'ai rencontré plusieurs familles pour lesquelles la question de l'immigration était bien présente dans cette période de vie. Il n'est pas question que d'immigrations imposées, ou des situations d'exils, toute immigration amène à une séparation, une adaptation, une perte des repères, éléments d'autant exacerbés dans la période de périnatalité. Il est important d'avoir un regard global et objectif de la situation de ces familles.

Je propose de présenter l'histoire d'une mère et de son enfant que j'ai suivi quelques semaines.

B. Présentation d'un cas clinique : Mlle X et son fils A.

J'ai été amenée à rencontrer Mlle X et son fils A. au cours de ma pratique d'interne en pédopsychiatrie de périnatalité.

A. était alors hospitalisé en néonatalogie, en soins intensifs dans un contexte de naissance prématurée à 32 SA et 3 jours, l'accouchement s'est fait par césarienne en urgence. A. a été immédiatement hospitalisé en réanimation devant une détresse respiratoire et Mlle X a été hospitalisée environ cinq jours en maternité, protocole d'hospitalisation suite à une césarienne. Parmi les soignants de la néonatalogie il y a des infirmières PMI dont la fonction est d'assurer la continuité des soins en faisant le relais vers la PMI de secteur après sortie d'hospitalisation des enfants. Me J., infirmière de PMI m'a interpellé lors d'une réunion médico-sociale à propos de la situation de A. et de sa maman qu'elle trouvait bien triste.

Je suis alors allée à la rencontre de cette jeune maman. Mlle X était âgée de vingt ans. Originaire du Congo, elle a immigré en 2013 à l'âge de dix sept ans. Sa mère était retournée vivre au Congo après avoir confié Mlle X et ses frères et sœur à une cousine sur la région Lyonnaise. Mlle X a un frère plus âgé qui vit au Congo, une sœur de dix sept ans et un frère cadet de quatorze ans.

Au cours de nos entretiens Mlle X présentera un contact distant me regardant peu avec quelques sourires gênés et rires, mais toujours enthousiaste de ces moments de parole et investissant cet espace thérapeutique.

Elle a pu me parler de sa famille mais avec beaucoup de discrétion. J'ai compris que l'immigration avait fait suite au décès de son père mais je ne sais pas dans quelles circonstances a eu lieu ce décès, il semble que le sujet était difficile à aborder pour elle, j'ai respecté son choix de ne pas m'en parler. Elle et son frère aîné auraient été élevés par sa grand-mère maternelle, du fait du jeune âge de leur mère à leur naissance. Elle appelle d'ailleurs indifféremment sa mère et sa grand-mère « maman » au cours des entretiens. Ses parents semblent avoir été plus présents pour ses frères et sœurs plus jeunes.

Suite à son arrivée en France, Mlle X a pu bénéficier d'un Titre de séjour de dix ans. Son frère et sa sœur ont été scolarisés. Elle explique avoir dû travailler rapidement afin de participer aux frais du quotidien. Elle a fait une formation de six mois et a rapidement travaillé comme auxiliaire de vie pour personnes âgées à partir de 2014.

Elle a vécu avec sa famille chez cette cousine jusqu'à la grossesse. Suite à la découverte de la grossesse, Mlle X aurait été rejetée par cette cousine et a dû se chercher un logement personnel, en foyer ADOMA.

Pour ce qui est de la grossesse, ce n'était pas programmé. Mlle X a eu une relation avec un homme plus âgé (trente huit ans) d'origine africaine qui lui aurait caché le fait qu'il avait une famille. A la découverte de la grossesse, son compagnon lui a expliqué sa situation familiale et lui aurait demandé de ne pas maintenir la grossesse. Le papa n'a pas présenté d'investissement au cours de la grossesse, il sera présent à l'accouchement à la demande de Mlle X du fait de son isolement familiale à ce moment là. Pour autant, il n'a pas déclaré son fils. Pour le suivi en anté natale elle a été prise en charge par son médecin généraliste pendant le premier trimestre puis celui-ci l'a orientée vers une maternité privée. Mais elle n'avait pas de droit Couverture Maladie Universelle Complémentaire d'ouvert et cette clinique l'aurait réorientée vers une maternité publique. Elle a été suivie dans cette maternité publique par une sage femme puis au moment de l'accouchement, au vue de la prématurité de son fils, elle a été orientée vers l'HFME.

Pour l'alimentation de A., Mlle X a fait le choix d'une alimentation par lait artificiel, choix qu'elle avait déjà réfléchi quand elle se projetait maman avec ses amies au Congo, plus dans une vision esthétique des choses.

La grossesse a amené à beaucoup de conflits intrafamiliaux. La famille de Mlle X n'est jamais venue les voir elle ou son fils durant les quatre semaines d'hospitalisation. Elle exprime beaucoup de honte face à cette grossesse. Elle rapporte un rejet de la part de sa famille qui se serait montrée très culpabilisante, lui reprochant d'avoir fait un enfant en dehors des règles du mariage. En effet la famille de Mlle X est chrétienne pratiquante. Seule sa grand-mère se serait montrée compréhensive et soutenante d'après Mlle X. Elle décrit une pression et un jugement quotidiens par sa cousine et met en lien ce stress et cette honte avec l'accouchement prématuré « c'est pas que la faute à ma cousine mais un peu quand même ». Un contact a été maintenu surtout téléphonique mais aussi avec son frère et sa sœur qui passent lui rendre visite à son appartement.

La honte ressentie l'amenait à ne pas se montrer enceinte. Elle profitait ainsi de l'hiver pour se cacher derrière des vêtements amples, et ne faisait que des allers et retours travail - domicile pour éviter de croiser des connaissances et affronter leur regard. Son travail a amené

un regard plus serein avec des personnes âgées bienveillantes à son égard et ainsi à une revalorisation de sa grossesse.

Elle décrit des idées noires au début de la grossesse surtout suite au non soutien par sa famille. Elle a pu se faire un réseau amical de jeunes femmes immigrantes (sénégalaises, russes et de divers confession chrétienne, musulmane...) qui semblent soutenantes par rapport à ce sentiment de rejet de la famille « déjà installée en France », comparant leurs expériences. Toutes les idées noires ont disparu après la naissance d'A.

Au cours de nos rencontres, Mlle X reviendra très régulièrement sur les traditions de son pays avec toujours une certaine nostalgie et dans un mouvement de comparaison de ce qui se passe en France. Elle reviendra sur l'accueil de ce bébé : « chez moi quand on est enceinte c'est entre la vie et la mort » sous entendu il faut en prendre soin parce qu'on ne sait pas ce qui peut arriver à la femme « ici en France on s'en fou » « ici on est seul on (les proches) peut pas venir il y a le travail » en comparaison au Congo où les femmes sont prises en charge par la famille et beaucoup visitées me dira-t-elle ; elle fait également la comparaison avec le post partum : « au Congo la jeune maman ne fait rien même pas les soins du bébé, elle dort elle mange » « et elle grossit elle ne bouge pas du coup elle grossit ».

Mlle X justifiera au cours d'un entretien le manque de soutien familial en France par la présence des institutions : « chez moi les femmes enceintes on en prend soin, les autres font à manger (...) ici je suis toute seule, mais en France c'est plus facile alors que là-bas il faut plein de monde c'est plus difficile ».

Elle evient beaucoup sur l'absence de la famille au quotidien « si j'étais chez moi je n'aurais pas besoin de chercher pour le garder, il serait en sécurité » et met en lien avec un confort pour la jeune maman. Pour autant peut dire qu'au Congo sa situation de mère célibataire aurait été difficile du fait de la rareté et des coûts des soins et du lait.

Mlle X recherche beaucoup le contact avec des parents dans le service de néonatalogie afin de pouvoir avoir des échanges de vécu de maternité et de la réanimation. Elle a rencontré des parents congolais amenant leur bébé né prématuré pour subir un examen. Elle s'est présentée très heureuse de cette rencontre à la foi dans un mouvement de ressemblance : parents congolais en France, mais aussi sur le fait de rencontrer des « bébés ancien prématuré et en bonne santé. ». Elle a pu me dire avoir été rassurée de voir une autre mère élever son enfant sans la famille à côté d'elle. Mlle X pouvant exprimer ses difficultés pour parler des soins

avec sa famille, celle ci une vision des soignants français remplaçant la mère auprès de l'enfant. Mlle X revient sur la possibilité de rencontrer des parents ayant vécu une situation similaire de prématurité car ne se sent pas soutenue et comprise par sa famille « ne connaît pas les soins français (...) chez moi les bébés qui naissent trop tôt ils meurent vite » « dans ma famille personne n'a vécu la prématurité comme moi » « de rencontrer une maman qui a un prématuré me rassure – qu'est ce qui vous rassure ? – le bébé il est pas mort ...et j'ai des questions comment il a eu ses dents, ses premiers pas ... »

Au cours des entretiens Mlle X pourra me parler de son arrivée en France. Elle exprimera la nostalgie de son pays, la séparation de sa famille et d'aller vers l'inconnu. Mlle X précisera qu'au Congo « tout le monde veut venir en France » et que la plupart des visas sont refusés « j'étais heureuse mais quand j'ai quitté ma maison c'est là que j'ai réalisé de où je vais aller en France, j'ai pleuré ». Elle exprimera également une perte des repères, des soutiens, jusqu'aux objets qui lui appartenaient, pour un nouveau départ avec la nécessité de tout recommencer « quand on part on laisse tout même les vêtements pour les amis, on arrive en France et on rachète ». Elle pourra mettre en avant son souhait de retourner au Congo un jour. Elle me parlera également des conflits qui règnent dans son pays, avec les « dictateurs », des conflits de « l'autre côté du fleuve c'est la guerre, si par exemple je traverse je suis tuée (...) j'y suis jamais allée, nous on accueille les gens qui fuient, on est gentils », sans angoisses particulièrement associées. En effet elle ne semble pas avoir vécue d'évènements de guerre directement.

Au fur et à mesure des entretiens, Mlle X sera de plus en plus à l'aise dans cet espace. Elle pourra parler de son désir de grossesses ultérieures, mais précise qu'elle n'aura d'autres enfants que dans le cadre du mariage « cette fois ci je vais me marier comme tout le monde parce que c'est pas facile. Vous avez vu tout le parcours que j'ai vécu ».

Mlle X me parlera du papa d'A. , papa d'origine Angolaise qui parle le congolais « il parle ma langue, il m'a envoûtée ». En effet, elle peut dire s'être sentie en confiance avec quelqu'un qu'elle croyait d'origine Congolaise. Elle fera des liens entre son origine et son comportement envers elle, pouvant dire que si elle avait été angolaise il l'aurait traitée avec plus de respect. Elle le rend responsable de la honte et de l'humiliation qu'elle ressent encore aujourd'hui, se sent victime de lui et refuse à présent qu'il revienne voir son fils en néonatalogie voulant de lui une implication parentale auprès d'A. (matérielle, financière, présence et inquiétude, se retrouvant en situation monoparentale pour élever son fils.)

Le lien mère enfant était bien présent, avec une préoccupation maternelle primaire qui s'est construite tout au long de la grossesse malgré les difficultés. Mlle X sera présente quotidiennement auprès de son fils, toutes les après-midi, active dans les soins. Elle se montrera en capacité d'interagir avec son fils et d'être une présence sécurisante et protectrice pour lui. Mlle X pourra parler des différences culturelles et de ses difficultés à devoir vivre si différemment sa maternité que si elle était au Congo. Elle parlera de la prématurité de son fils et des angoisses associées, peut dire se sentir coupable de la prématurité et ainsi des conséquences de la prématurité.

Elle abordera la honte de sa situation tout en se culpabilisant de ce sentiment tout en disant qu'elle est fière de son fils et exprime le souhait de pouvoir bientôt le présenter à ses amies. La question du papa et de la place qu'elle souhaitait qu'il prenne, pouvant être pour elle source de culpabilité, craignant un ressentiment de la part de son fils plus tard, avec une vision idéalisée de la famille mis à mal. Elle envisagera l'éducation de son fils en pays étranger avec des craintes, revenant beaucoup sur le manque de soutien familial et paternel.

Au cours de nos entretiens, la question administrative revient beaucoup du fait de sa complexité et du stress consécutif aux démarches. En effet quand je la rencontre, elle n'avait pas encore ses droits CAF ouverts. Elle a reçu une formation accélérée en anténatale (par qui ?) sur les différentes démarches à faire au cours de la grossesse et après l'accouchement mais elle exprime bien l'aspect complexe et n'a pas pu tout retenir. Elle peut dire ne pas avoir tout compris non plus sans pouvoir le dire, on peut supposer par honte ou par manque de temps. Elle s'est sentie débordé et du fait des délais de traitement de dossier, son fils n'était pas inscrit sur la carte vitale avec un avancement des frais de pharmacie à la sortie.

Il a été nécessaire de solliciter l'intervention de l'Assistante Sociale du service en post natale pour faire les démarches avec elle et la mettre en contact avec l'assistante sociale de la MDR de son secteur pour la suite. Quand on aborde le sujet de l'administratif, elle exprime sa lassitude d'envois multiples et quotidiens de papiers à différentes structures : « la France c'est difficile » « là-bas chez moi je n'aurais pas à faire tout ça, avec la famille très présente », se sent dépassée par toutes ces démarches. Mlle X peut exprimer un vrai soulagement devant ce soutien.

Au fur et à mesure de la prise en charge de cette jeune maman l'équipe a pu percevoir l'incompréhension des soins français par la patiente. En effet la maman a présenté des difficultés pour faire ses soins post césarienne, elle n'avait pas compris dans quels délais les

agrafes devaient être retirées, ni ne savait par qui le faire. C'est suite à des douleurs exprimées que les soignants ont pu l'orienter vers des sages femmes. Elle me dit avoir un médecin généraliste en lequel elle a confiance mais qui correspond à son ancienne adresse soit presque une heure de transport en commun. Elle souhaite trouver un autre médecin généraliste à proximité mais confond les prises en charge de la mutuelle et CMU et ne sait plus ce à quoi elle doit être vigilante pour que le médecin veuille bien la recevoir.

Au vu de ce que nous avons perçu des difficultés de la patiente, en tant qu'équipe nous avons pu lui proposer pour le retour à domicile un soin psychologique de soutien ambulatoire, gratuit, comprenant un soin de psychologie périnatale avec orientation vers un dispositif associatif, pouvant exprimer le besoin de parler de ses angoisses de jeune mère et un soin de psychothérapie transculturelle

La PMI et la MDR de secteur ont également été contactées. Un groupe de jeunes parents pourra lui être proposé qui est un lieu d'échanges autour de la parentalité, avec qui elle pourra échanger et avoir des liens sociaux ce qui semble beaucoup lui manquer.

Chapitre II : Discussion

Périnatalité en situation d'immigration

Période de fragilité

A. Aspects Médico-sociaux

« La famille migrante » a une dimension politique, sociale et culturelle. « *le fait d'émigrer, de quitter des personnes importantes, de quitter un environnement social, physique et culturel connu, constitue un ensemble de deuils que le migrant doit réaliser. Ces deuils sont généralement vécus (...) alors que les réseaux sociaux et professionnels sont à rebâtir, qu'un nouvel environnement est à découvrir et que les institutions, une langue et la culture sont encore inconnues* » (4)

1) Rappels historiques de l'immigration

Ces rappels historiques, non exhaustifs, permettent de comprendre l'évolution de l'immigration en France. Différentes vagues d'immigrations se sont produites en France depuis plus d'un siècle. La question de l'immigration sur le plan politique et juridique n'est pas nouvelle. Elle est toujours en mouvance, avec un objectif de contrôle et de limitation depuis 50 ans. Aux flux d'immigration de main d'œuvre, de travailleurs et de regroupement familial, s'ajoute une immigration de réfugiés associée à l'idée d'une immigration forcée empreunte de traumatismes et de séparations.

On retrouve peu de mouvements migratoires significatifs avant 1850. C'est entre 1850 et 1900 qu'une immigration de main d'œuvre venue des pays voisins en campagne et en ville dans le contexte de l'industrialisation se met en place. Jusque là on parlait d'étrangers de la même façon pour une personne venant d'un autre pays que pour une personne venant d'une autre ville. C'est à partir de 1889 suite à la loi sur la nationalité qu'émerge de la notion juridique de nationalité. Entre 1872 et 1914 c'est la période des colonies, l'immigration Coloniale est « saisonnière » essentiellement temporaire. On assiste à des immigrations pour des études ou du travail. Sur la fin du XIXème Siècle et sur la première moitié du XXème

Siècle, on assiste à des vagues de migrations européennes avec des flux venant d'Italie, d'Espagne et du Portugal notamment, en lien avec des conflits nationaux ou des besoins économiques.

A noter que jusqu'en 1917 un étranger peut rester en France et travailler, pour cela une simple déclaration à la mairie de leur résidence suffisait. C'est en 1917 qu'est créée de la première carte de séjour.

Au cours des deux conflits mondiaux, on assistera à une immigration de main d'œuvre pour le combat ou pour la reconstruction. Beaucoup d'immigrants Maghrébins s'installeront en France. Par la suite, des mouvements migratoires pour des raisons économiques amèneront nombreux Maghrébins à vivre en France. De même, pour des raisons militaires, de nombreux vietnamiens sont ainsi amenés à travailler et vivre en France, accompagnée plus tard de vague de migrations en liens avec des conflits dans le pays d'origine. Dans ce même mouvements, de nombreux migrants venant des pays africains subsahariens, Congo, Mali, Cameroun, pour sont réquisitionnées pour des raisons militaires puis d'autres mouvements suivront mais pour des raisons politiques et économique. En effet nombreux conflits ethniques amènerons à des flux moratoires notamment en France. Une immigration économique va naitre également en lien avec un chômage croissant. Ainsi beaucoup sont envoyés vivre et travailler en France avec pour objectif d'envoyé de l'argent vers la famille restée vivre au pays.

Les 1^{ères} immigrations d'exils, originaires d'Italie et d'Arménie notamment, apparaissent entre 1925 et 1938. On se rend bien compta qu'il ne s'agit pas d'une question politique d'aujourd'hui.

En 1945 : création de l'ONI (Office National d'Immigration), qui deviendra l'OMI en 1988 (Office des Migrations Internationales) ce qui donne à l'Etat la gestion de l'immigration. En parallèle sont instaurées trois cartes de séjour d'une durée de 1 an, 3 ans ou 10 ans.

Entre 1946 et 1967, l'immigration est essentiellement représentée par les travailleurs, mais la question des demandeurs d'asile commence à se poser.

La convention de Genève* est faite en 1951, elle conditionne la protection des demandeurs d'asile et en 1952 on assiste à la création de l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) qui a pour mission de statuer « *en toute indépendance sur les demandes d'asile et d'apatridie qui lui sont soumises* ». Entre 1956 et 1972, l'immigration

s'accélère avec la décolonisation et en 1966 est créée la Direction de la population et des migrations (DPM) au sein d'un ministère.

C'est alors qu'une politique de régulation des flux apparaît avec, en 1972, les circulaires "Marcellin" (ministre de l'intérieur) -" Fontanet " (ministre du travail) liant l'autorisation de séjourner en France à la détention d'un emploi, ce qui signifie que la perte de l'emploi implique la perte de la carte de séjour. Poursuite de ce mouvement avec en 1974 une fermeture des portes de la France à l'immigration économique : l'immigration des travailleurs est suspendue jusqu'en 1977. Tandis que les demandeurs d'asiles ont vu leur droit au travail supprimé en 1975.

Afin d'encourager au retour dans les pays d'origine, en 1977 est mis en place une aide financière au retour volontaire. A partir de 1978 on assiste à l'organisation de retours forcés et en 1980 la Loi Bonnet permet l'expulsion des personnes en situation irrégulière (elle sera abrogée en 1981). Suite à cela on voit plusieurs mouvements de contestation avec notamment le 7 juin 1980 des manifestations à Paris, Strasbourg, Bordeaux, Marseille contre la politique d'immigration du gouvernement, à l'appel de soixante dix associations antiracistes, religieuses et familiales, de la CGT, la CFDT, la FEN, le PCF et du PSU.

A noter en 1985 la création des accords de Schengen sur l'ouverture des frontières.

En 1989, la loi Joxe assure la protection contre l'expulsion des personnes ayant des attaches personnelles ou familiales en France. Et en 1991 on assiste à la création des CADA (Centre d'accueil des demandeurs d'asile) avec des travailleurs sociaux d'accompagnement.

Presque dix ans plus tard est mise en place la loi relative à la nationalité, en 1998, avec la possibilité pour les enfants nés en France de parents étrangers de demander la nationalité française dès l'âge de 13 ans avec l'autorisation de leurs parents, et dès l'âge de seize ans sans autorisation parentale.

En 2004 : L'OMI qui est devenue l'OFII (Office Français de l'immigration et de l'intégration), actuellement placé sous la tutelle du Ministère de l'Intérieur. L'OFII a quatre principaux objectifs: la gestion des procédures régulières aux côtés ou pour le compte des préfectures et des postes diplomatiques et consulaires ; l'accueil et l'intégration des immigrés autorisés à séjourner durablement en France ; l'accueil des demandeurs d'asile ; l'aide au retour et à la réinsertion des étrangers dans leur pays d'origine. Tout comme l'OFII, l'OFPRA a été placé sous la tutelle du ministère de l'Intérieur en 2010.

En 2010 selon l'INSEE, il y avait approximativement cinq millions trois cents milles immigrés en France.

Lors d'une réunion à Bruxelles des ministres de l'Intérieur de l'Union européenne en 2011, une réforme des accords de Schengen a été adoptée pour permettre exceptionnellement le rétablissement temporaire d'un contrôle aux frontières, notamment en cas d'arrivée massive d'immigrés en situation irrégulière.

Puis en 2015, une loi relative à la réforme de l'asile a été promulguée. Cette loi institue une nouvelle procédure accélérée, mise en œuvre par ou sous le contrôle de l'OFPRA, qui remplace l'actuelle procédure prioritaire. *« Elle prévoit aussi une nouvelle procédure contentieuse, avec la création d'une procédure de recours suspensif accélérée devant un juge unique de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) en cinq semaines, à l'égard des demandeurs d'asile ayant fait l'objet d'une mesure d'éloignement. »*

« ONI, OMI, ANAEM, OFII : ces quatre noms symbolisent, depuis plus de six décennies, les grandes étapes de la politique de l'immigration conduite par la France, avec la nécessité, pour notre pays, de s'adapter constamment à l'évolution des flux migratoires, qui, avec la mondialisation, se sont, au cours des dernières années, formidablement accélérés, projetant ainsi la question de l'immigration au cœur du débat public. Fidèle à sa tradition d'accueil et d'intégration, la France conduit, en matière d'immigration, une politique faite de générosité et d'humanisme avec, comme ligne d'horizon, le dépassement des valeurs d'origine et l'adhésion à des valeurs communes qui sont celles de la République. L'OFII est aujourd'hui le point d'ancrage de cette politique d'intégration et le lieu d'accueil de tout immigré sur notre sol. » Extrait issue du site officiel de l'OFII.

2) Les dispositifs de protection sociale :

En France, les soins sont pris en charge selon le statut juridique de la personne par différentes protection sociale ayant pour but une aide au financement des soins et donc d'améliorer l'accès aux soins. Dans le contexte de la famille, différentes étapes sociales peuvent être retrouvées dans son histoire, avec différents statuts et donc différents droits et ressources.

La Sécurité sociale a été créée en 1945 avec un triple objectif : unité de la sécurité sociale, généralisation quant aux personnes, extension des risques couverts.

Extraits de l'ordonnance du 4 octobre 1945: « *La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes.* » « *Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité.* ». Ce système de protection sociale est bâti sur le « travailleur », celui qui travaille, qui cotise et qui peut donc bénéficier de ce système.

La Loi du 28 juillet 1999 prévoit l'instauration d'une couverture maladie universelle (CMU) et protection complémentaire: protection de base sur le seul critère de résidence, mise en place pour les plus démunis. Depuis le 1er janvier 2016, la CMU est remplacée par la protection universelle maladie (PUMA) permettant l'accès et le remboursement des soins, des prestations et médicaments. Elle permet l'accès à l'Assurance Maladie pour toute personne de nationalité française ou étrangère, résidant en France depuis plus de trois mois de manière stable et régulière et qui n'est pas déjà couverte par un régime de Sécurité sociale. Elle est gratuite pour les assurés ayant un revenu annuel inférieur à un plafond déterminé.

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc) est une assurance complémentaire permettant de couvrir plus de remboursements. Cependant ces conditions d'accès sont strictes : résider en France de manière régulière et avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou bien avoir entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour ; résider en France de manière stable de manière ininterrompue depuis au moins trois mois ; avoir des ressources inférieures à un plafond.

Pour les personnes en situation irrégulière en France a été créée L'Aide Médicale d'Etat (AME), mais elle comporte des conditions d'accès strictes également : résider en France de manière irrégulière (sans disposer d'un titre de séjour, d'un récépissé de demande ou de tout document attestant de démarches en cours); de manière stable depuis une durée ininterrompue de trois mois au moins; avoir des ressources inférieures à un plafond.

A noter la possibilité pour les personnes ne pouvant pas bénéficier d'une de ces protections sociales, d'avoir des soins dans les PASS en attendant la mise en place des droits avec relais vers les structures médico-sociales de proximité telle que la PMI. Les PASS n'ont pas pour objectif de proposer un soin à long terme, mais bien de donner des soins non urgents (les

urgences étant gérées par les services d'urgences des hôpitaux), et d'accompagner, le temps nécessaire d'obtention des droits par les patients. Puis ils organisent le relais vers la médecine de ville en fonction des besoins.

Les PMI sont des lieux de relais médico-sociaux et d'accueil pour les femmes enceintes ou dans le post partum, et sont particulièrement importantes pour les femmes en situation de précarité, comme cela peut se voir parfois dans le contexte d'immigration. La PMI offre des soins multidisciplinaires autour de la périnatalité dans un objectif de santé publique pour la mère et son bébé, un accompagnement social pour les démarches administratives, mais aussi un lieu social de rencontre entre parturiente notamment.

3) Mères en situation d'immigration – aspect social

a. Aspects sociaux démographiques et parcours migratoire

Dans une étude canadienne, les chercheurs avaient défini des caractéristiques sociodémographiques des mères migrantes en fonction du type d'immigration : forcée ou volontaire.(4) Pour les migrantes en situation de migration « forcée », suite à des persécutions ou conflits dans leurs pays..., les auteurs notaient que leur grossesse était souvent non désirée, elles étaient plus âgées, multipares, moins scolarisées, ne parlaient pas la langue du pays d'accueil, laissaient derrière elle leur famille (mari ou enfants) et à leur arrivée dans le pays d'accueil ils notaient une instabilité de statut, une errance, une monoparentalité... Pour ces femmes l'immigration a été brutale, avec des conséquences psychologiques et sociales : des angoisses pour la famille restée au pays, l'impossibilité de préparation (pas d'apprentissage de la langue, pas de connaissance locale), avec, parfois, la présence de traumatismes liés à l'exil.

Pour les migrantes en situation de migration « choisie », regroupement familial, étude ..., les auteurs notaient la présence souvent de parrainage (présence d'un soutien social dans le pays d'accueil) donc moins d'errance, grossesse souvent désirée, elles étaient plus jeunes, plus scolarisées, parlaient la langue du pays d'accueil.

Les auteurs soulignent qu'il s'agit d'une division arbitraire et non généralisable à toutes les migrations, mais elle permet de visualiser des besoins différents. Les besoins dépendent en partie du parcours de l'immigration.

Dans cette même étude, ils avaient observé que plus la taille du réseau familial est petite plus celle du réseau social est grande, dans un probable mécanisme de compensation. Ils précisent également la place que prennent alors les professionnels médico-sociaux pour un soutien aux plans matériel, moral et informatif.

b. Précarité et immigration

On associe souvent immigration avec précarité. Cependant il y a des immigrations non précaires et des précarités sans immigration. L'isolement, la pauvreté, le manque de soutien socio-familial, la méconnaissance des services de santé ou les troubles psychiques, sont des facteurs de vulnérabilités pour les futurs parents, mais ne sont pas spécifiques à la situation d'immigration. Cependant celle-ci est susceptible de les exacerber. La précarité est également corrélée à un futur incertain, avec la possibilité d'expulsion à plus ou moins long terme pour certain, entraînant un stress chronique et une impossibilité de s'inscrire dans un projet de vie. Dans une étude Suisse de 2015 (5), les auteurs soulignent également l'importance de prendre en compte le statut d'immigration des patientes, sans papier ou bénéficiant d'un « séjour provisoire ». Les auteurs soulignent que ces patientes sont plus susceptibles d'être confrontées à plus de précarité : précarité financière, interdiction de travailler ou emploi précaire, logement en foyer collectif, pas d'assurance maladie ; ce qui peut être mis en lien avec des soins tardifs, pas de suivi, pas de contraception.

A noter que les demandeurs d'asile n'ont pas la possibilité de travailler, et c'est également le cas pour certain titre de séjour, ce qui est source de grande précarité et de dépendance vis-à-vis de la famille ou des institutions. Les conséquences sont financière, sanitaire avec des besoins de bases non pourvus, mais aussi psychologique avec des dévalorisations et une perte des repères familiaux. Des parents qui ne peuvent plus travailler peuvent se sentir démunis, dévalorisés face à leurs enfants.

La barrière de la langue est souvent rapportée dans les articles comme une difficulté clé puisqu'elle entrave la recherche d'emploi, limite les relations sociales et limite l'accès adéquat aux services sociaux et de santé. (4)

De plus la question de gains et de pertes est au cœur de l'immigration. En effet, à travers l'immigration, les familles cherchent à améliorer leur qualité de vie que ce soit pour faire des études, rejoindre un conjoint, ou à l'extrême fuir une oppression. Mais quel que soit le

parcours, cette recherche d'amélioration sera ponctuée de perte, de séparation et de deuil plus ou moins difficiles selon l'histoire de chacun.

De plus les migrants sont confrontés aux démarches administratives, on perçoit bien la nécessité d'un accompagnement dans les démarches administratives. Le remboursement des soins déterminera en grande partie l'accès aux soins des personnes. Dans le cas de Mlle X., la question de la mise en place de ses droits administratifs de protection sociale pour elle et son fils a très souvent été amenée dans les entretiens. Mlle X. pouvant se sentir démunie et dépassée par les démarches. Elle n'avait pas de barrière de langue et était instruite, elle a pu être aidée par des professionnels, pour autant elle s'est trouvée vite en difficulté. On peut imaginer les difficultés pour une personne migrante qui ne parle pas le français.

c. Errance et système de soin français

Une autre dimension de l'immigration est l'errance, non systématique, souvent associée à l'immigration forcée, l'errance se confronte au réseau de soin sectorisé. En effet comme dit précédemment, le soin public en France est sectorisé, donc dépendant de là où la personne réside. De ce fait, cela induit beaucoup de perte de soutien. Pour Mlle X. la question ne se posait pas. Il a été possible de l'aider à prendre des contacts médico-sociaux de proximité afin d'avoir des points d'accueil et d'aide, fixe et durable. Mais pour d'autres personnes en situation d'immigration, la question de l'errance implique une perte régulière des liens médico-sociaux qui peuvent se mettre en place. Ce « sans domicile fixe » amène à beaucoup de difficultés de suivi pour les situations de périnatalité. Les patientes en situation d'errance ne bénéficieront que d'un soin en pointillé, changeant d'équipe médico sociale régulièrement, et ainsi une instabilité médicale. Cette errance, souvent aggravée par un isolement social important, est source de grande précarité avec une attention concentrée sur les besoins primaires en anté et post natal.

La question se pose de la mise en place de la préoccupation maternelle primaire alors que la mère est en recherche constante de nourriture pour elle, pour son enfant, en recherche de couches, allant d'hébergement en hébergement... Elle ne peut pas offrir à son bébé un contenant sécurisant; en conséquence, la dynamique des interactions mère-bébé peut en être perturbée.

« les réponses institutionnelles apportées à l'errance de ces femmes sans droits et à leurs enfants sont peu sécurisantes et reproduisent, comme en miroir de leur parcours migratoire, des ruptures à répétition »(6).

d. Aspect familiale, immigration et réorganisation familiale

En période de périnatalité, le besoin de ressources et de soutien est grandissant sur le plan matériel, social et moral alors même que les mères voient leur mobilité réduite ce qui peut accroître l'isolement. Le soutien familial est nécessaire en situation de périnatalité, pour un portage familial de la mère et de son enfant. La famille représente une source d'aide traditionnelle, mais souvent absente dans un contexte d'immigration. L'immigration amène à des séparations. Ces séparations sont sources d'isolement.

Pour Mlle X., cette absence est souvent rapportée dans les espaces d'entretiens et avec les soignants de néonatalogie. Elle soulignera cette absence dans le quotidien avec le besoin d'aide matérielle et de soutien, mais aussi cette absence dans la transmission de savoir et de culture.

En effet, l'absence de la famille étendue peut amener les parents à avoir des responsabilités pour lesquelles ils n'ont pas été préparés avec un remaniement de l'organisation familiale. (4,7) Les situations de séparation familiale sont différentes selon si l'immigration est choisie / programmée / organisée avec, souvent, un maintien du contact avec la famille restée au pays, comme c'est le cas pour Mlle X. (même si cette immigration a été le choix de sa mère plus que le sien). Ou au contraire, si l'immigration est forcée en contexte d'exil / sans planification / brutale pour laquelle une rupture parfois totale des contacts avec la famille et la présence de traumatismes physiques et psychiques peuvent être présents. Les conséquences de l'immigration sont variables d'une situation à l'autre : dans certains cas, l'immigration s'intègre dans un projet avec l'aspect volontaire et souvent un soutien dans le pays d'accueil, en comparaison à d'autres situations où le projet est involontaire et couplé à des ruptures. (8)

De plus, il est important de souligner de prendre en compte le père et sa place dans ces circonstances et dans quelle mesure les rôles parentaux sont préservés. Les normes culturelles à l'intérieur de la famille peuvent être mises à mal et amener à une réorganisation des rôles de chacun. L'immigration amène un bouleversement qui peut déstabiliser l'organisation familiale. (4) Ainsi, les pères se retrouvent dans une position dans laquelle ils ne peuvent pas jouer leur rôle traditionnel, tant sur le plan familial que social, avec souvent une

déqualification de l'emploi et une perte de revenus voir pas de revenu du tout. Ceci contribue à l'apparition d'angoisses et de la dévalorisation, qui peuvent nuire aux conditions parentales surtout lors de l'arrivée d'un nouvel enfant. Pour les futurs pères, cela peut être aussi en lien avec une place à prendre. Parfois les traditions ne laissent pas cette place près de la mère au père, le réseau féminin étant présent auprès de la future mère. Lors de la migration cette place disponible peut parfois être investie par le futur père. Donc de façon paradoxale l'immigration peut amener à une plus grande implication parentale du père par manque de réseau.

Il est à noter que la présence des proches n'est pas systématiquement garante d'une aide additionnelle. Le réseau familial présent dans le pays d'accueil peut ne répondre pas toujours aux besoins de la jeune mère, parfois éloignés physiquement, parfois travaillant, parfois ayant eux-mêmes une famille en charge.

Parfois, les personnes migrantes ont, pour certaines, des responsabilités de soutien économique à la famille restée au pays, avec des responsabilités spécifiques. (8) Cela peut amener à un stress chronique de respecter ces responsabilités, avec la possibilité d'un surinvestissement de la personne immigrée par la famille restée au pays. Pour Mlle X, la situation d'accueil en France a amenée celle-ci à devoir rapidement se trouver un emploi afin de contribuer aux dépenses engendrées par sa présence et celle de son frère et de sa sœur. Elle pouvait également être sollicitée par sa famille restée dans le pays d'origine. Cependant avec la grossesse et la baisse des revenus, cette contribution financière a été difficile à maintenir.

Pour Mlle X. on perçoit bien que, malgré la présence d'une partie de sa famille, le réseau de soutien n'était pas celui adapté à ces besoins. En effet, elle souhaitait souvent dans ces entretiens la présence de sa grand-mère, figure maternelle pour Mlle X. De même le soutien a été limité par les préoccupations sociales de la famille, leur famille en charge, leur travail, et en conséquence peu de temps auprès de la patiente. On peut également se poser la question d'un décalage culturelle entre une migrante arrivée récemment dans le pays d'accueil et ayant pour référence les traditions du pays d'origine, et une famille présente depuis longtemps dans le pays d'accueil pour laquelle les traditions du pays d'origine sont moins présentes. Pour Mlle X., plusieurs conflits et incompréhensions sont nées de ces regards différents au sein même de la famille.

En conclusion, dans une étude Canadienne de 2008 (7), des descriptions détaillées d'expérience de la dépression chez les femmes ont révélé l'importance des contraintes psychosociales, en particulier celles liées à l'expérience de la migration, comme significatives de leur contribution à la dépression, avec une tendance à se concentrer sur l'ensemble de la période périnatale plutôt que sur le post-partum. Les auteurs s'appuient sur cette constatation pour argumenter un soutien pour ces femmes qui devrait aller au-delà de la prise en charge médicale de la dépression et inclure une gamme de supports qui tiennent compte des facteurs sociaux, culturels et autres facteurs contextuels.

Dans cette étude, de nombreuses femmes ont décrit leur dépression comme résultant d'une absence (ou le manque perçu) d'un soutien adéquat de leur mari et des membres de la famille. La famille souvent absente, ces femmes se tournent vers leur mari qui doit prendre une place pour laquelle il n'était pas préparé, la qualité de son soutien en est altérée parfois. Les auteurs soulignent la nécessité pour eux d'une compréhension culturelle dans l'approche psychiatrique et donc de reconnaître une convergence des étiologies physiologiques et culturelles.

4) Approche des soins et aspects culturels

Dans le contexte de la périnatalité, l'utilisation des services de santé est inévitable. Là encore peut se jouer la balance des gains et des pertes. En effet, selon les situations de migrations, les soins accessibles dans le pays d'origine, les soins peuvent être perçus comme meilleurs en terme de technicité dans les pays d'accueil, mais aussi plus difficiles d'accès dans l'interaction avec les soignants. La communication est un des éléments retrouvés dans les différentes études comme barrière importante dans des soins confortables et adaptés aux besoins.

« Pour toute nouvelle mère, mettre au monde un enfant engendre doutes et incertitudes : Suis-je en mesure de prendre soin de mon enfant? Suis-je une bonne mère? Dois-je donner le sein ou le biberon? Les repères socioculturels sur les rôles parentaux peuvent être ébranlés si la nouvelle société reconnaît seulement en partie ce qu'une mère croit être bon et adapté pour son enfant, en matière d'éducation et de soins de santé. » (8)

L'immigration implique souvent des changements d'habitudes qui parfois sont perçus comme une amélioration, parfois non. Dans un nouvel environnement, les migrantes subissent des

influences différentes (influences professionnelles, médias, voisins, etc.) qui les incitent à vivre des changements pas toujours désirés. Les habitudes de vie influencent la santé, par exemple l'hygiène ou l'alimentation varient souvent d'un pays à l'autre, d'un individu à l'autre ; l'allaitement maternel ou par lait artificiel est un exemple. Parfois dans les pays d'origine la question ne se pose pas ou peu, l'allaitement maternel étant la seule possibilité de nutrition de l'enfant. Lors de l'immigration, la question peut se poser avec un lait artificiel disponible, qui peut amener une certaine qualité de vie pour la mère. Dans certaines études, il est retrouvé que l'allaitement a été moins long ou arrêté pour un allaitement artificiel en lien avec un épuisement maternel ou trop de stress environnemental.(4) En effet, l'allaitement artificiel peut permettre plus de repos pour la maman avec un partage des soins à l'enfant avec le papa. Pour autant, ça peut être vécu comme culpabilisant.

Mlle X avait pu remettre en doute l'allaitement artificiel, alors même que c'était une décision ancienne, sans lien avec l'immigration, mais dans une culpabilité de ne pas donner tout ce qu'elle pouvait pour son fils, privilégiant son confort à la santé de son fils. En effet, quand elle mentionnait l'allaitement artificiel, elle a pu dire que l'allaitement artificiel lui avait permis du repos et moins de contraintes horaires à l'hôpital. Mlle X se reposait sur les publicités et la technicité occidentale pour passer au-delà de ce sentiment de culpabilité, « c'est la même qualité de lait voire mieux ». Elle recherchait également mon soutien dans cette décision, se rassurant de ce choix par rapport à son fils.

Ce qui peut être d'autant plus compliqué est tout ce qui a trait au versant éducatif, et aux règles de portage, place des cris, ...qui peuvent être source d'incompréhension lors des prises en charge soignantes. Dans ces situations, la mise en place d'un dialogue ouvert, sans stigmatisations, semble indispensable afin de mettre en place une relation thérapeutique saine et aidante.

De même, les gestes techniques autour de la grossesse, proposés en France, peuvent être perçus comme intrusifs par certaines patientes qui ne les connaissent pas. Il semble important, là encore, de travailler autour d'un dialogue avec ces patientes en leur expliquant ces gestes et leurs objectifs. Ces gestes peuvent se confronter à une vision différente de l'approche du corps en lien avec la culture d'origine ou des croyances (ce qui est vrai même en dehors du contexte de l'immigration). « *Pour adapter nos stratégies de prévention et de soins, nous sommes contraints de penser cette altérité pour que, loin d'être un obstacle à l'interaction, elle devienne une chance de nouvelle rencontre.* » (9)M.R MORO. L'échographie est

l'exemple d'un acte qui peut paraître banal mais qui, pour certaines patientes, peut être intrusif envers elle et l'enfant en lien avec des croyances ou des rituels d'accueil de l'enfant à naître. Il n'est pas question de priver ces mères d'un soin possible, mais bien de l'accompagner d'explications et d'écouter leurs inquiétudes sans a priori.

Ces éléments sont retrouvés dans d'autres études (7,11,12), avec la perception de soins médicaux de moins bonne qualité par les parturientes en lien avec une méconnaissance de leurs besoins y compris dans une approche culturelle, souvent en lien avec une barrière de la langue et un manque d'information par les soignants. Un exemple est donné dans une de ces études : dans la médecine traditionnelle chinoise, il y a la conviction que l'eau et l'exposition à l'air vont vous rendre malade pendant et juste après la grossesse. Pour les femmes chinoises, le premier mois après la naissance est considéré comme particulièrement critique, et ces femmes ont indiqué la nécessité d'un plus grand soutien pendant cette période. On peut se poser la question d'une adaptation du soin aux besoins ressentis par la patiente tout en gardant une juste distance médicale et impliquer les acteurs sociaux et familiaux. Cependant, ceci est à mettre en parallèle avec d'autres études, dans lesquelles les jeunes mères soulignent un gain avec un accès à des soins que certaines n'auraient pas eu dans leur pays d'origine, mais aussi l'opportunité d'un accès à un soin plus global et social. Cependant ce gain est souvent de l'ordre de la technicité avec plus de bilan biologiques ou d'imageries, mais souvent mis en parallèle d'une perte de relations humaines entre soignants et soignés.

Dans une étude Finlandaise de 2012 (10), les auteurs soulignent le fait que le prendre soin a une définition qui varie selon les cultures. Les mères soulignent dans cette étude un gain de soins dans leur pays d'accueil tant sur le plan matériel que humain. Mais il est retrouvé que les soignants ne prennent pas assez connaissance des aspects culturels de leurs patientes et celles-ci se sentent moins comprises et plus stigmatisées. Les auteurs soulignent la variabilité des situations, en effet certaines mères migrantes souhaitent maintenir des soins traditionnels de leur pays d'origine, tandis que d'autres souhaitent faire avec une approche traditionnelle du pays d'accueil. L'importance reste bien l'écoute et l'accompagnement des soignants dans les besoins de ces jeunes mères.

Dans une étude datant de 2014 (13), les auteurs soulignent que même dans des contextes où les soins de santé sont gratuits pour toutes les femmes pendant la grossesse quel que soit leur statut juridique, les femmes immigrantes sont plus susceptibles de recevoir les soins prénataux en retard et d'avoir des complications per-partum. L'étude retrouve aussi que les femmes

immigrées sont plus souvent insatisfaites de l'appui donné par le personnel administratif et médical lors des visites prénatales, par rapport aux femmes autochtones. Les auteurs soulignent comme causes : des attentes différentes concernant les soins prénataux, les rôles des professionnels différents dans le pays d'origine, les difficultés de communication au cours des rencontres, le manque de connaissance des droits des immigrants. Les auteurs parlent de discrimination directe et indirecte qui est une source importante de disparités dans les soins de santé.

Les résultats de la présente étude indiquent que le libre accès est seulement l'un des aspects à considérer lorsque l'on cherche à fournir des soins prénataux adéquats aux populations immigrées. L'aspect culturel est à prendre en compte avec la mise en place d'un dialogue et d'une écoute, parfois certes difficile au vue d'une barrière de langue. La question de la présence de traducteurs professionnels ou issue du réseau socio-familiale à toute sa place ici au vue des résultats des études.

B. Aspects médico-psychologiques et Accompagnement dans les soins

La psychopathologie de la période périnatale a intéressé les chercheurs après que les études épidémiologiques aient montré que les dysfonctionnements des interactions précoces entre la mère et son bébé avaient des conséquences néfastes sur le développement de l'enfant.

Historiquement, au 19^{ème} siècle, Esquirol propose le terme de « folie de l'accouchée ». En effet, il était retrouvé que la maternité pouvait être l'occasion de troubles du comportement de gravité diverse. Par la suite Marcé, répertorie de nombreux cas de troubles psychiatriques maternels dans le post partum, concordant avec des statistiques qui notaient un pourcentage plus élevé de dépression chez les femmes entre 25 et 45 ans, soit la tranche d'âge de la maternité.

L'accompagnement psychologique des femmes dans cette période se justifie pour un objectif immédiat de prévention de troubles psychiatriques avérés en lien avec un état de stress psychique et physique, mais aussi en matière de santé publique de prévention de troubles chez l'enfant.

1) Approche psychanalytique de la périnatalité, et immigration

a. Lien mère enfant

Winnicott, psychanalyste et pédiatre anglais, est l'un des fondateurs de la notion de la « préoccupation maternelle primaire »(2). Il parle « *d'état psychiatrique très particulier de la mère* » qui se met en place progressivement au cours de la grossesse et persiste plusieurs semaines après la naissance. Cet état permet à la mère d'acquérir un stade « *d'hypersensibilité* » et donc de « *s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité* », soit des soins maternels satisfaisants. Cette préoccupation maternelle primaire offre un cadre sécurisant pour l'enfant lui permettant de se développer. « *Quand l'environnement facilitant, qui doit être à la fois humain et personnel, est suffisamment bon, les tendances innées du bébé à grandir commencent à s'accomplir* ».

Si l'environnement n'est pas « suffisamment bon » l'enfant peut développer des mécanismes de défense primitifs qui peuvent, s'ils perdurent dans le temps, créer des troubles dans la construction du psychisme de l'enfant (exemple : faux self).

On se rend compte ici de l'enjeu de la santé maternelle dans la période de périnatalité. En cas de dépression, cet environnement sécurisant ne peut pas être présent. Il est décrit des dépressions du nourrisson en réaction à des dépressions maternelles. Ces bébés se présentant alors dans un retrait de l'interaction, avec des troubles de l'appétit, un repli sur soi (éviction du regard, pas de sourire réponse, pas de pointage...). Si ce n'est pas pris en charge rapidement par un soin mère bébé, cela peut aller jusqu'à des aménagements autistiques chroniques et donc une altération du fonctionnement social à long terme.

Sur le même plan, D. Sterne amène la notion « d'accordage affectif » mais pour qu'il y est cet accordage il est nécessaire d'avoir un environnement sécurisant. L'accordage demande à ce que la mère puisse être capable de lire l'état affectif de son bébé à travers les éléments comportementaux, mais aussi une réponse de sa part qui ne soit pas dans une imitation mais une réponse « dans un codage transmodale » qui respecte les critères d'intensité, de rythme et de durée. Et ainsi le bébé est également en accordage car il comprend que ce n'est pas une imitation mais bien une réponse en rapport avec ce qu'il ressent initialement. Cela implique une attention portée l'un à l'autre et pour cela une capacité pour la mère d'être dans cette dynamique.(13)

La diminution du réseau socio-familial amène à une réduction de l'aide instrumentale, donc moins de temps libre, pas d'aide ménagère. Le manque de répit parental, tout comme le

manque de soutien moral et affectif peut amener à une impression de perte entraînée par l'immigration.

Pour que la mère puisse offrir un portage satisfaisant au bébé, elle a besoin elle-même d'un portage, traditionnellement offert par la famille, famille souvent absente dans le contexte de la migration. La place d'un entourage est primordial, pour permettre à la future mère des périodes de régressions et de portage complet, nécessaire pour une mise en place de la préoccupation maternelle primaire. De plus dans le cadre de l'immigration, la jeune mère peut être emprise par les éléments de survie de base (nourriture, hébergement, ...) être elle-même en insécurisé permanente et donc ne peut pas offrir cet environnement suffisamment bon.

Dans les post partum, les jeunes mères se retrouvent dans une nouvelle place avec des angoisses de réussite, de bon maternage, ce qui nécessite un accompagnement au quotidien pour prendre confiance et s'adapter à ce nouveau statut. La question de la future grand-mère est en jeu aussi, avec pour la jeune mère une dette de vie réglée et un changement de statut pour toutes les deux. Pour se faire avec sérénité, la présence de la future grand-mère (ou du moins celle qui porte ce rôle) est souvent recherchée par la future mère.

Marie Rose Moro souligne dans un de ses articles (9) que la migration entraîne une perte du portage par le groupe, l'étayage familial social et culturel, ce qui peut engendrer également une perte de sens culturellement acceptable aux dysfonctionnements (tristesse, sentiment d'incapacité, trouble du lien mère bébé). On en revient à la signification des cris, à la place des rituels du quotidien (repas, change, nuit...) qui sont codés par une culture familiale qui parfois ne peut pas se rejouer ou difficilement quand ceux qui en donnent le sens (les grands parents, les femmes de la famille) sont absents. Ceci pouvant être en confrontation avec des soins instruits par les soignants sur des conceptions médicales.

Mlle X. a développé rapidement sa préoccupation maternelle envers son fils et celle-ci à pu se maintenir grâce à un soutien au quotidien de cette jeune maman. Les préoccupations d'un quotidien compliqué n'ont pas entaché ce lien mère bébé. Les soignantes de l'hôpital ont eu une position de portage de cette jeune maman, quotidien, lui proposant leurs conseils et leur écoute. En effet, ce soutien a permis, par exemple, d'accompagner dans les gestes autour de l'enfant, le laver, le changer, le porter, mais aussi de recueillir ses inquiétudes et de pouvoir trouver ensemble des solutions. Elle a pu dans les entretiens revenir souvent sur le fait que sa famille ne pouvait pas comprendre ce qu'elle vivait, « ils ne connaissent pas la prématurité », et elle amenait aussi un sentiment de jugement qu'ils lui renvoyaient avec une insécurité pour

leur soutien. Mlle X s'est également rapproché d'un groupe de femmes migrantes qui pouvaient être source de réassurance quand à la question de l'éducation en pays d'exil.

b. Mandat transgénérationnel et aspect culturel

« (...) il s'agit de la situation de devenir parent pour la première fois de sa vie en terre d'exil. Une telle expérience contraint aussi l'expérience de rejoindre des catégories, la catégorie des pères, la catégorie des mères, pour la première fois. C'est une épreuve psychique où que ce soit, et c'est une expérience que la psychanalyse interroge au plan des processus psychiques qui permettent au sujet de s'accepter en tant que parent » Oliver Douville (14).

Il semble important de s'enquérir des éléments de modèle culturel quand on prend en charge une famille, mais ce n'est pas suffisant. Devenir parent ne signifie pas uniquement se conformer à un statut culturel, c'est aussi le résultat de contextes familiaux qui sont transmis de génération en génération, et qui sont différents pour les individus évoluant dans la même société.

S. Lebovici a beaucoup travaillé sur la question de la transmission transgénérationnelle (15). Les parents sont eux-mêmes porteurs de leur histoire, de l'histoire familiale, l'arbre de vie ou génogramme psychique, qui se ravivera au moment de l'accueil de l'enfant. L'enfant qu'ils ont été, les liens avec leurs parents, les éléments culturels partagés par le groupe ... resurgissent dans la venue d'un bébé.

« (...) l'arbre de vie témoigne aussi de l'existence de fantômes dans la nurserie ». Les parents sont porteurs de représentations plus ou moins conscientes, venues de leur histoire et de leurs ascendants de façon transgénérationnelle.

« l'enfant attendu est ainsi porteur d'avance des aléas biographiques (...) de ses ascendants (...) porteur de leurs deuils significatifs et de leur difficultés identitaires » M. Bydlowski (16).

M. Bydlowski développe également la théorie de « la dette de vie », faire un enfant à ses parents, ce qui implique une grande importance donnée aux futurs grands parents au cours de la périnatalité. La disparition ou l'éloignement de ses parents, peut amener la future mère à être en difficulté face à cette dette de vie. « (...) par l'enfantement et singulièrement par le premier enfant, une femme règle sa dette à l'égard de sa propre mère ». Ces éléments sont bien perceptibles au cours de la grossesse grâce à l'état de « transparence psychique », c'est-à-

dire, de perméabilité des émotions de la future mère, avec retour des éléments de liens précoces et infantiles avec ses propres parents.

« La parentalité cela se fabrique avec des ingrédients complexes. Certains (...) appartiennent à la société (...) historiques, juridiques, sociaux, et culturels. D'autres sont plus intimes (...) appartiennent à chacun des deux parents en tant que personne et en tant que futur parent, au couple, à leur propre histoire familiale du père et de la mère (...) L'arbre de vie de l'enfant, c'est-à-dire le mandat qui lui est attribué dans la transmission transgénérationnelle fait donc entrer dans sa vie psychique la génération des grands-parents par l'intermédiaire des conflits infantiles de ses parents qu'ils soient préconscients ou refoulés. Des conflits plus actuels, et en particulier des traumatismes, peuvent aussi s'inscrire dans cet arbre de vie, événements qui parfois bien sûr redonnent un sens dans l'après-coup à des conflits ou des moments traumatiques infantiles ». M.R Moro (9)

M.R MORO parle de transparence culturelle, c'est-à-dire une reviviscence des représentations et éléments culturels appartenant à la génération précédente qui se réactive. Dans son article, M.R Moro souligne les deux extrêmes possibles pour la jeune mère devant des pratiques culturelles différentes : soit *« une acculturation précipitée : tout ce qui vient de moi est mauvais et tout ce qui est bon vient du dehors »* et à l'opposé des *« rigidifications culturelles »* revenant à des pratiques culturelles parfois dépassées dans leur famille.

Ces éléments issues de la psychanalyse sont essentiels pour l'inscription de l'enfant dans la famille soit la filiation. En effet, la filiation permet à l'enfant d'être inscrit dans la famille, recevant ainsi la transmission d'un Nom, d'une histoire familiale, d'un héritage. Mais la filiation permet aussi d'inscrire la jeune mère dans son nouveau statut avec une reconnaissance de sa dette de vie envers sa propre mère et les générations passées. Cette étape de reconnaissance est souvent matérialisée par des rituels permettant l'accueil de la mère et de son bébé dans le groupe socioculturel qu'est la famille.

On perçoit bien les difficultés supplémentaires engendrées par le contexte de l'immigration du fait de l'éloignement de la famille, porteuse d'une histoire transgénérationnelle, d'une culture à transmettre, et d'un portage, afin que le nouveau né puisse s'inscrire dans la famille. Egalement, les jeunes parents doivent pouvoir s'inscrire à une nouvelle place dans leur famille, tout comme les grands parents, et ainsi de suite amenant à des réorganisations familiales nécessaire mais pouvant être sources d'angoisses. Cette réorganisation familiale et

psychique peut être mise à mal en l'absence de ceux qui sont porteurs de l'histoire familiale tant personnelle que culturelle.

2) Exemple de la Dépression périnatale et de l'état de stress post traumatique, et immigration

a. Dépression périnatale

Dans le DSM IV, la dépression du post partum est classé dans les troubles de l'humeur, comprenant les caractéristiques de la dépression, mais avec la spécificité d'apparaître dans les 4 premières semaines du post partum. Les éléments cliniques sont : l'humeur triste, les troubles du sommeil et de l'appétit, la culpabilité, le manque d'intérêt, parfois des idées suicidaires, un manque d'énergie pour s'occuper de l'enfant et d'elle-même, l'absence de plaisir, une irritabilité... il s'agit d'une maladie universelle retrouvée dans tous les pays, et répertoriée dans les classifications internationales. Reconnaître une dépression du post partum peut s'avérer compliquer, du fait de la mère qui peut confondre ses symptômes avec les troubles hormonaux, du fait de l'isolement parfois présent mais aussi de la vision sociétale qui a une vision idéalisée de la maternité, période qui est associée à l'image d'un épanouissement pour la femme.

Dans l'étude Suisse de 2015 (5), les auteurs retrouvent que la santé des migrantes dans les pays européens est moins bonne que celle des autochtones : elles présentent plus de complications obstétricales, telles que des accouchements prématurés, des césariennes, et ont un risque accru d'avoir un bébé avec un faible poids de naissance ou une malformation congénitale. On retrouve comme facteurs de risque une interaction de facteurs biologiques et socio-économiques, la facilité d'accès aux soins et la qualité des interactions des migrantes avec le système de santé, en particulier des primo-arrivantes ne parlant pas la langue locale. Pour rappel, les auteurs soulignent également l'importance de prendre en compte le statut d'immigration des patientes, être sans papier ou bénéficiant d'un « séjour provisoire », car sont susceptibles d'être confrontées à plus de précarité; ce qui peut être mis en lien avec des soins tardifs, pas de suivi, pas de contraception. Dans cette étude, les auteurs notent que le fait d'être primo-arrivante est le facteur prédictif le plus important de la dépression postnatale parmi les facteurs de risque psychosociaux en lien avec des stressseurs potentiels comme la mauvaise maîtrise de la langue locale, la nécessité de s'adapter à la culture locale, la

méconnaissance du fonctionnement des services de soin, ainsi qu'au manque de réseaux familial et social, qui viennent s'ajouter au stress « normal » éprouvé durant la grossesse.

De plus, certaines études américaines ont mis en évidence un lien entre la dépression anténatale et la survenue d'un risque accru de complications obstétricales. Dans l'étude Suisse, les auteurs rappellent que d'après certaines études les mères migrantes sont statistiquement plus à risque de présenter une dépression anté natale 25 à 42% contre 12 à 25% en population générale, et une dépression post natale de 38 à 50% contre 10 à 15% en population générale.

Les facteurs de risque *spécifiques à la migration* invoqués pour expliquer les importantes disparités en terme de prévalence se rapportent le plus souvent aux facteurs psychologiques, tels que les événements traumatiques pré migratoires (notamment chez les demandeuses d'asile), les violences conjugales durant la grossesse, les grossesses involontaires, ainsi qu'aux facteurs psychosociaux post migratoires tels qu'un statut de séjour incertain, les difficultés socio-économiques, l'isolement social, la séparation avec la famille, le décalage culturel, la difficulté d'accès aux soins et la communication avec les soignants.

Les migrantes enceintes se retrouvent souvent coupées du soutien et de l'étayage familial, des savoir-faire et de la transmission autour des pratiques culturelles que peut apporter l'expérience des femmes plus âgées. Alors que ce soutien est primordial lors de la transition à la parentalité car il permet d'inscrire la mère et l'enfant dans une filiation et une appartenance culturelle. Ainsi, la migration entraîne une déstabilisation des routines socioculturelles et une perte de repères internes.

Dans le cas de Mlle X. on retrouve plusieurs des facteurs de risque mentionnés ci-dessus. Elle n'avait pas développé de troubles psychiatriques mais, au vu de ces éléments, il semble important d'intervenir avant la formation des symptômes afin de permettre une prévention pour la mère et son enfant. Une tristesse avait pu s'installer en lien avec l'isolement socio-familial, son départ du Congo, mais aussi avec le rejet familial suite à la grossesse. En effet, Mlle X avait pu m'interpeller à plusieurs reprises sur la honte qu'elle avait éprouvé, la culpabilité de ressentir ce sentiment face à son fils, la colère envers sa famille de lui avoir induit ce stress et les liens très culpabilisant qu'elle a pu faire entre ces états de stress et la naissance prématurée. L'aspect familial et social était au cœur de nos entretiens avec pour Mlle X quelque chose qui pourrait se réparer grâce à son fils, qui pourrait effacer cette honte.

Une attention particulière à ces patientes, très précocement, permet la mise en place de soins préventifs ou curatifs. Le développement de l'enfant dépendant de l'état psychique de la mère, et l'état psychique de la mère dépendant de l'interaction avec son enfant, il est indispensable de prendre en charge mère et bébé ensemble. Cet article souligne bien que les aspects psychanalytiques s'ajoutent aux aspects sociaux familiaux et à l'histoire personnelle de chaque couple mère bébé. Une vigilance médicale pour ces patientes à risque de troubles psychique est importante en termes de santé publique.

b. Etat de stress post traumatique

La question du traumatisme est également à prendre en compte.

« certaines circonstances migratoires peuvent vulnérabiliser les mères immigrantes sur le plan émotionnel lorsqu'elles représentent une rupture sociale et familiale et qu'elles s'accompagnent d'incertitudes (quant au statut, quant au fait de revoir la famille, etc.) et d'instabilité (adaptation, précarité). À cela s'ajoute l'expérience prémigratoire qui parfois peut rendre vulnérables émotivement celles qui ont été témoins de conflits dans leur pays d'origine » (8)

L'immigration n'est pas un traumatisme en soi mais des événements traumatiques peuvent avoir induits l'exil ou se produire sur le trajet de celui-ci. Des états psychiques, pathologiques, tels que les états de stress post traumatiques, peuvent se créer, de façon non systématiques mais quand ils sont présents peuvent être très difficiles à gérer pour les proches. La symptomatologie, qui n'est pas spécifique à la période de périnatalité, est composée notamment de troubles du sommeil, des cauchemars, des réviviscences des événements, une éviction de ce qui pourrait rappeler l'événement (inducteur d'isolement), angoisses et une hyper-vigilance. Un bébé, face à une mère souffrant d'un traumatisme, peut être source de difficulté supplémentaire pour elle, soit parfois parce que trop demandeur de soins que la maman n'a pas la force de lui prodiguer, soit parfois parce qu'il lui rappelle le traumatisme. (13)

Les mères traumatisées peuvent souffrir de phénomènes de répétition, avec des émotions qui peuvent resurgir en décalage avec la situation actuelle, souvent des émotions négatives telles que la peur, la colère, la sensation de mort imminente... Elles peuvent présenter également des « représentations forcées », des images de la scène traumatique, ce qui peut amener à des paroles ou comportements décalés par rapport au contexte actuel. Et enfin elles ressentent

parfois des réviviscences psychosomatiques du traumatisme sous forme de spasmes, de douleur.

Toutes ces sensations sont en désaccord avec la situation au cours de laquelle elles apparaissent, à distance du traumatisme. Le bébé par ses demandes, ses jeux peut mettre à distance la scène traumatique ou au contraire la ravivée. Ce qui peut conduire à des évitements de la mère envers son bébé afin de ne pas ressentir ces sensations. Parfois quand le bébé est source d'apaisement des affects du traumatisme pour la mère, le risque est qu'elle surinvestisse l'espace apaisant avec son enfant et soit dans une « intrusion » de l'espace psychique de son bébé. Dans ces situations c'est l'état affectif de la mère qui construit l'interaction. La difficulté peut aussi être dans une insécurité de la continuité, avec une mère qui pourra présenter par moment une position d'accordage affectif correcte avec son enfant, et à d'autres moments être en décalage, soit en évitement soit en hyper investissement, ce qui conduit à beaucoup d'instabilité pour le bébé, avec parfois des situations de clivage où la mère passe d'un état affectif adapté à une froideur extrême, défensive mais déstabilisante pour le bébé.

A cela s'ajoute le stress « normal » présent au cours de n'importe quelle grossesse. L'accueil dans la famille, la lignée, d'un enfant, amène à des mouvements psychiques très intenses, parfois angoissant. L'anxiété est souvent présente dans la clinique de la périnatalité, en dehors de toute question migratoire, en lien avec le nouveau statut de mère et l'accueil de ce bébé. Cette dimension est susceptible d'être amplifiée dans des situations d'immigration avec les éléments propres à la migration.

L'accompagnement des mères en souffrance, dépression ou état de stress post traumatique, est nécessaire et différentes structures existent en France. Pour des situations d'une particulière gravité des hospitalisations spécialisées peuvent être proposées avec la possibilité en parallèle d'accueils mère bébé en unité spécialisée, dès que l'état de la mère le permet. Pour un soin important mère bébé, des unités mère bébé proposent des accueils de jour et travaillent sur le quotidien le lien mère enfant. Puis à un niveau moindre en intensité, mais très important, on retrouve les CMP (centre médico psychologique) avec des accueils spécialisés de petite enfance et mère bébé afin de répondre aux besoins psychologiques. La prise en charge de la famille dans sa globalité est toujours recherchée avec, si possible, l'implication du père.

La question de la présence familiale dans le contexte de l'immigration est importante du fait qu'il faut pouvoir évaluer le soutien que la maman pourra avoir. Pour autant, il est nécessaire d'apprécier le soutien non pas que matériel mais aussi psychologique, les familles pouvant avoir une position rejetante envers la future mère en lien direct avec la grossesse ou les circonstances de la conception. Cela peut aller jusqu'à des remaniements familiaux importants et induire du stress supplémentaire au cours de la grossesse.

CONCLUSION

L'immigration est une question politique, sanitaire et sociale ancienne, dont l'image publique est différente selon les époques. En France le statut juridique, selon que la personne est demandeur d'asile ou en possession d'un titre de séjour, amènera à un accès aux soins et à des droits différents. Il y a des migrations sans précarité et des précarités sans immigration. Les parcours migratoires sont variés, pouvant être inscrit dans un projet de longue date, préparé, avec des ressources familiales ou sociales et une stabilité du statut juridique. Mais d'autres parcours sont issus de ruptures brutales, sans possibilité de préparation, amenant à un isolement majeur, un manque de ressource et de soutien, parfois entachés de traumatismes.

La période de périnatalité est une période de fragilité tant psychique que physique et sociale avec des besoins spécifiques. La littérature, ainsi que la clinique, nous rapportent que les facteurs de vulnérabilité sont nombreux et ne sont pas propre à l'immigration. Il apparait que l'immigration en tant que telle est un facteur d'exacerbation des vulnérabilités, ce qui a un impact sur leurs conditions parentales. Les mères immigrantes sont affectées par un isolement, des difficultés sociales, des possibles conditions socio-économiques précaires... Et même si les conditions d'immigration peuvent variées fortement d'une famille à une autre, l'immigration en soi est source de deuils, de séparations, de réaménagements, d'adaptation, qui peuvent contribuer à des difficultés en période de périnatalité, période pendant laquelle les besoins sont multipliés.

La particularité retrouvée dans la littérature étant un accès aux soins qui est inégalitaire pour cette population qui semble, paradoxalement, plus fragile. Il s'en suit des troubles plus fréquents tant somatiques que psychiques. Les répercussions peuvent en être graves avec des troubles chroniques, également chez le bébé. L'accès aux soins, comme nous l'avons vu, implique l'Etat et les administrations, mais aussi les soignants avec la nécessité d'un réseau solide. Devant cette question de santé publique, les réseaux de soin sont confrontés à des situations d'errance, de perte des contacts, d'absence de ressources, qui amènent à une irrégularité et une perte de chance. Les professionnels devant pouvoir orienter au mieux les patientes et leur famille pour des soins complets et cohérents. Mais le système de soin tel qu'il existe en Europe peut se confronter à cette clinique de l'errance, qui peut mettre en difficulté les prises en charge. Le système de santé publique, mais aussi associatif, ont créé des

dispositifs divers pour tenter de palier à cet état de fait, mais pour autant, statistiquement, on se rend compte que l'errance se retrouve dans les soins en lien avec l'errance sociale et juridique. Selon le titre de séjour, donc de statut juridique, la famille aura accès à différents types de protection sociale, donc accès à différents types de structures de soins. Là-dessus, s'ajoute la domiciliation qui elle-même détermine les lieux de soins, cette domiciliation pouvant également changer en fonction du statut juridique (CADA, logement SAMU sociale, appartement...).

Il ressort également de la littérature, et des expériences des patientes, une difficulté dans la communication, la barrière de langue étant souvent source d'incompréhension des besoins et des attentes. La difficulté pour les soignants étant de trouver un juste milieu entre imposer des valeurs locales, qui font référence à la culture d'accueil, et à l'opposer, d'assimiler des aprioris culturels de façon systématique en fonction du pays d'origine. La place d'un dialogue et d'une écoute est nécessaire afin d'apporter des soins adéquats dans une relation thérapeutique de qualité.

En effet, si l'on considère que les circonstances migratoires peuvent affecter les conditions de vie parentales, et qu'il faut en tenir compte pour mieux évaluer la vulnérabilité des mères immigrantes, il semble également être important de rester dans une position de non jugement. Le parcours migratoire, comme nous l'avons vu, influence par différents processus la périnatalité, et doit être pris en compte dans l'approche de ces mères et de leurs enfants. Le respect de ce qu'elles amèneront tout comme le respect de ce qu'elles garderont pour elles demande une écoute empathique.

La maternité est une période charnière marquée par la transmission d'un héritage à toute une nouvelle génération d'enfants. Tenir compte des facteurs de vulnérabilité associés aux circonstances migratoires permettra non seulement d'améliorer l'accessibilité aux programmes de santé publique de périnatalité, et d'éviter des inégalités en matière de santé pour les femmes immigrantes, mais aussi d'ajuster ces interventions en fonction de besoins médicaux-psychologiques, sociaux et culturels. L'objectif étant pour la mère, le père et l'enfant qui sont impliqués, au moment de la prise en charge mais aussi à long terme, de prévenir des troubles psychologiques voire psychiatriques de chacun d'entre eux.

GLOSSAIRE

CAF : Caisse d'Allocation familiale

Conventions de Genève : Elles définissent des règles de protection des personnes en cas de conflit armé, notamment les soldats de certaines actions, les blessés et prisonniers de guerre, mais aussi les civils et leurs biens. Cela comprend : quatre Conventions de Genève du 12 août 1949, les deux protocoles additionnels du 8 juin 1977 et le troisième protocole additionnel de 2005

HAS : Haute Autorité de Santé : autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale créée par la loi française du 13 août 2004. La HAS est organisée autour d'un collège de professionnel de la santé et remplit trois grandes fonctions : évaluation, recommandation et certification/accréditation.

MDR : Maison Du Rhône : services sociaux de proximité

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé. Etablissement publique de santé, créée suite à la loi de 1998 relative à la lutte contre l'exclusion, accueille les personnes en situations de précarité pour des soins gratuits en dehors des soins d'urgences en attendant l'ouverture des droits, avec un accompagnement dans les démarches administratives.

PMI : Protection Maternelle et Infantile : organisme publique proposant une activité pluridisciplinaire avec assistante sociale, pédiatre, sage femme, puéricultrice, psychologue

SA : semaines d'aménorrhées, méthode de calcul du terme de la grossesse en fonction de la date des dernières règles de la mère.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAUTE AUTORITE DE SANTE - suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf [En ligne]. [cité le 28 mai 2016]. Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
2. Winnicott DW. La mère suffisamment bonne. Payot et Rivages.
3. Winnicott DW. La relation parent-nourrisson. Edition Payot et Rivages. 2011.
4. Battaglini A, Gravel S, Boucheron L, Fournier M. Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles ! facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale. oct 2000;
5. Battaglini A, Gravel S, Boucheron L. Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. 2002;36.
6. Moro M-R, Radjack R. Approche transculturelle de la périnatalité. Théorie et pratique. :12.
7. Hennegan J, Redshaw M, Miller Y. Born in another country: women's experience of labour and birth in Queensland, Australia. Women Birth J Aust Coll Midwives. juin 2014;27(2):91- 7.
8. Morrow M, Smith JE, Lai Y, Jaswal S. Shifting landscapes: immigrant women and postpartum depression. Health Care Women Int. juill 2008;29(6):593- 617.
9. Veleminsky M, Průchová D, Vránová V, Samková J, Samek J, Porche S, et al. Medical and salutogenic approaches and their integration in taking prenatal and postnatal care of immigrants. Neuro Endocrinol Lett. 2014;35 Suppl 1:67- 79.
10. Wikberg A, Eriksson K, Bondas T. Intercultural caring from the perspectives of immigrant new mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN NAACOG. oct 2012;41(5):638- 49.
11. Almeida LM, Santos CC, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Obstetric care in a migrant population with free access to health care. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. sept 2014;126(3):244- 7.
12. Ratcliff BG, Sharapova A, Kraft CP, Grimard N, Radeff FB. Dépression périnatale et complications obstétricales chez des migrantes primo-arrivantes à Genève. Devenir. 9 juill 2015;27(2):77- 99.
13. LACHAL C. Le partage du traumatisme. Contre transferts avec les patients traumatisés. La pensée sauvage. 2006. (TRAUMA).

14. Davoudian C. Mères et bébés sans-papiers Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ? érès. 2014. (1001 BB).
15. Lebovici S. L'arbre de vie Eléments de la psychopathologie du bébé. érès. 2009. (A l'aube de la vie).
16. Bydlowski M. La dette de vie Itinéraire psychanalytique de la maternité. 6eme éd. Presse Universitaire dec France; 2014. (Le fil rouge).

<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-immigration/chronologie-immigration/>

<http://www.ofii.fr>

<https://www.ofpra.gouv.fr>

<http://www.securite-sociale.fr>

<http://www.cmu.fr>