

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
CENTRE – URBANISATION CULTURE SOCIÉTÉ

DEVENIR MÈRE EN ÉTANT IMMIGRANTE TEMPORAIRE AU QUÉBEC :
au carrefour des temporalités

Par

Elisa Beatriz RAMIREZ HERNANDEZ

Mémoire présenté pour obtenir le grade de

Maître ès sciences, M.Sc.

Maîtrise sur mesure en sciences sociales sur les liens familiaux

Août 2024

Ce mémoire intitulé

DEVENIR MÈRE EN ÉTANT IMMIGRANTE TEMPORAIRE AU QUÉBEC :
au carrefour des temporalités

et présenté par

Elisa Beatriz RAMIREZ HERNANDEZ

a été évalué par un jury composé de

Mme Laurence CHARTON, directrice de recherche, Institut National de la Recherche
Scientifique _ Centre Urbanisation, Culture et Société

Mme Stéphane GUIMONT MARCEAU, examinatrice interne, Institut National de la
Recherche Scientifique _ Centre Urbanisation, Culture et Société

Mme Stéphanie-May RUCHAT, examinatrice externe, Université du Québec à Trois
Rivières

À Michel

RÉSUMÉ

Les enjeux associés à la transition à la maternité peuvent être amplifiés pour les femmes immigrantes, en particulier celles vivant dans un contexte de migration temporaire. Ainsi, cette recherche vise à cerner l'expérience périnatale des femmes d'origine latino-américaine qui deviennent mères tout en étant immigrantes temporaires au Québec. Ce sujet est abordé à la lumière du concept de vulnérabilité et de la perspective théorique du parcours de vie. À travers une démarche méthodologique qualitative, l'étude repose sur l'analyse thématique de dix entretiens semi-dirigés menés avec des femmes récemment arrivées à Montréal pour étudier, travailler ou accompagner leurs conjoints. Ces femmes rencontrent des difficultés similaires à celles d'autres mères immigrantes durant le parcours périnatal, tel que la méconnaissance du système de santé, les barrières linguistiques et culturelles, la précarité socio-économique et le manque de réseaux de soutien. Cependant, l'expérience périnatale des immigrantes temporaires est compliquée par les restrictions d'accès aux soins imposées par leur statut, ainsi que par l'incertitude et l'instabilité dues aux conditions temporaires de leur séjour. Affronter cette double transition dans un court laps de temps nécessite une mobilisation accrue de leurs ressources. Ainsi, cette recherche met en évidence que l'interaction des trajectoires migratoires et périnatales peut exacerber la vulnérabilité des femmes immigrantes temporaires.

Mots-clés : migration temporaire; femmes immigrantes; nouvelles mères; vulnérabilité; périnatalité; parcours de vie; Amérique latine; Québec

ABSTRACT

The challenges associated with the transition to motherhood can be magnified for immigrant women, particularly those living in a context of temporary migration. This research aims to delineate the perinatal experience of Latin American women who become mothers while being temporary immigrants in Quebec. This topic is examined through the lens of vulnerability and life course theory. Using a qualitative methodological approach, the study is based on thematic analysis of ten semi-structured interviews conducted with women who have recently arrived in Montreal to study, work, or accompany their partners. These women face challenges similar to those experienced by other immigrant mothers during the perinatal period, such as unfamiliarity with the healthcare system, linguistic and cultural barriers, socioeconomic precariousness, and lack of support networks. However, the perinatal experience of temporary immigrants is further complicated by access restrictions to healthcare imposed by their status, as well as the uncertainty and instability arising from the temporary duration of their residency. Facing this dual transition in a short period requires a heightened mobilization of their resources. Thus, this research highlights that the interplay of migratory and perinatal trajectories can exacerbate the vulnerability of temporary immigrant women.

Keywords: temporary migration; immigrant women; new mothers; perinatal; vulnerability; life course; Latin America; Quebec

AVANT-PROPOS

Avant de devenir étudiante internationale à Montréal, j'avais déjà traversé un double processus de migration, au Brésil et au Canada. Deux mois après mon arrivée au Québec, la pandémie de COVID-19 a éclaté. Cela fait maintenant quatre ans que je vis au Canada. Mon conjoint m'accompagne dans ce long parcours transnational. Je viens d'avoir 36 ans. Nous n'avons pas d'enfants. Ces expériences de vie m'ont amené à m'intéresser au sujet de cette recherche.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier profondément toutes les personnes et les institutions qui m'ont permises de réaliser ce travail. Je remercie tout d'abord ma directrice de recherche, qui m'a accompagnée pendant des moments difficiles et qui m'a toujours montré une patience et une générosité immense. Je suis reconnaissante aussi du soutien reçu par l'INRS à travers une bourse d'exemption des frais de scolarité majorée, sans laquelle je n'aurais pas pu réaliser cette maîtrise. Merci également au RISUQ, au PRFM et à la Fondation INRS pour le soutien financier que m'a permis de surmonter plusieurs obstacles sur ce chemin. Merci à mes collègues de cours et aux excellent·e·s professeurs et professeures qui m'ont fait aimer encore plus la recherche, en me la montrant comme une force de transformation sociale. Je dois dire « gracias » à toutes les femmes qui ont accepté de partager leur histoire. Merci pour votre sincérité, votre ouverture et votre engagement dans cette démarche. Et finalement, encore plus de « gracias » à mes parents, ma famille et mes ami·e·s, pour leurs solidarité, compréhension et force. À ma mère et à mon père, qui m'ont appris à être libre.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	12
1. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS	14
2. REVUE DE LITTÉRATURE	16
2.1 Les enjeux associés à la transition à la maternité	16
2.2 Les défis de devenir mère en contexte migratoire	16
2.2.1 <i>Les défis d'accès aux soins périnataux en contexte migratoire</i>	18
2.2.2 <i>Conditions de vie précaires et un faible réseau de soutien</i>	19
2.2.3 <i>Le enjeux associé au parcours migratoire de femmes en périnatalité</i>	23
2.3 Les défis de devenir mère en étant immigrante temporaire.....	24
2.3.1 <i>L'accès aux soins de santé des femmes immigrantes temporaires au Québec</i>	28
2.3.2 <i>Les soins périnataux aux immigrantes temporaires sans couverture de la RAMQ</i>	32
3. PERSPECTIVES THÉORIQUES	40
3.1 Une perspective élargie de la vulnérabilité	40
3.2 La vulnérabilité au prisme des temporalités	40
3.3 Le parcours de vie de mères migrantes : âges, transitions et trajectoires	42
4. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	52
4.1 L'approche qualitative par entretiens semi-dirigés.....	52
4.2 Les critères de sélection des participantes.....	52
4.3 Des considérations éthiques	53
4.4 Le recrutement.....	55
4.5 Le déroulement des entretiens semi-dirigés.....	57
4.6 L'analyse thématique des entretiens	60
5. ANALYSE DES ENTRETIENS	60
5.1 Description du contexte migratoire des femmes.....	61
5.1.1 <i>Le profil des femmes rencontrées</i>	61
5.1.2 <i>L'adaptation du couple après l'arrivée à Montréal</i>	64
5.2 Immigration et désir d'enfant.....	70
5.2.1 <i>Immigrer pour former une famille ailleurs</i>	70
5.2.3 <i>Annonce de la grossesse</i>	75
5.3 Parcours de soins périnataux et vécu de la grossesse.....	80
5.3.1 <i>Les défis d'accès au suivi périnatal</i>	80
5.3.2 <i>Des solutions alternatives déployées face aux obstacles</i>	80
5.3.3 <i>Les ressources de soutien mobilisées pendant la grossesse</i>	88
5.4 Récits d'accouchement et gestion médicale du corps en douleur	90
5.4.1 <i>Le moment d'accoucher : perspectives des femmes et accueil à l'hôpital</i>	98
5.4.2 <i>Interactions auprès du personnel soignant à l'hôpital</i>	98
5.4.3 <i>Modalités d'accouchement et sortie de l'hôpital</i>	102
5.5 Devenir mère immigrante : les enjeux au postpartum	105
5.5.1 <i>Les défis de l'allaitement et la prise en charge des nouveau-nés</i>	111
5.5.2 <i>L'état émotionnel des nouvelles mères</i>	111
5.5.3 <i>Réseaux de soutien et formes d'accompagnement pendant le postpartum</i>	115

6. DISCUSSION DES RÉSULTATS	122
6.1 Les multiples transitions de vie des mères immigrantes temporaires	122
6.2 Avoir un enfant dans un contexte migratoire incertain	129
6.3 Réussir la périnatalité en contexte migratoire précaire	129
7. CONCLUSION	141
BIBLIOGRAPHIE.....	145
ANNEXE 1. CERTIFICAT ÉTHIQUE.....	152
ANNEXE 2. GRILLE D'ENTRETIEN EN FRANÇAIS ET EN ESPAGNOL.....	153

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Profil des participantes.....	62
---	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
IRCC	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
RNP	Résidents non permanents
PEQ	Programme de l'Expérience Québécoise
EIMT	Étude d'impact sur le marché du travail
MSP	Migrants à statut précaire
UQAM	Université du Québec à Montréal
LAM	Loi sur l'assurance maladie
RAIP	Régie de l'assurance maladie du Québec
RIQ	Règlement sur l'immigration au Québec
PFSI	Programme fédéral de santé intérimaire
MdM	Médecins du Monde
OMS	Organisation mondiale de la santé
PTO	Permis de travail ouvert
CLSC	Centres locaux de services de santé
RP	Résidente permanente
PTPD	Permis de travail post-diplôme
MSP	Immigrantes à statut précaire

INTRODUCTION

La transition à la maternité représente un moment crucial dans la vie de toute femme, mais elle revêt une complexité particulière pour celles qui migrent. Dans ce mémoire, nous explorons en profondeur les enjeux et défis spécifiques auxquels font face les femmes immigrantes qui deviennent mères en étant immigrantes temporaires au Québec. Le processus de migration implique souvent des transitions profondes et multiples, que ce soit sur le plan géographique, culturel, social, économique ou familial. Dans ce contexte, la grossesse représente elle-même une transition majeure dans la vie d'une femme.

Depuis 2001, l'augmentation de la population québécoise est surtout due à la migration (Street 2009) et, pour la première fois en 2016, plus de 30 % des naissances au Canada étaient issues de mères immigrantes (Lee et al. 2020). Les conditions entourant les trajectoires des mères migrantes varient toutefois et ont un impact sur leur expérience périnatale. Au Québec, le nombre d'immigrant-e-s temporaires a récemment augmenté en raison des mesures visant à attirer et retenir les personnes étudiantes internationales et les travailleuses qualifiées, afin de répondre aux besoins de main-d'œuvre (Diallo et al. 2022). Pour les femmes immigrantes temporaires, l'entrée à la maternité se chevauche avec une trajectoire migratoire complexe.

À partir de ces constats, le **premier chapitre** de ce mémoire aborde la problématique et les objectifs de la recherche. Le **deuxième chapitre** constitue une revue de littérature qui pose les bases de notre étude. Il examine les enjeux associés à la transition à la maternité en mettant en lumière les défis universels liés à devenir mère, ainsi que ceux spécifiques rencontrés par les femmes en contexte migratoire. Ce chapitre détaille les obstacles à l'accès aux soins périnataux, les conditions de vie précaires, et les implications des parcours migratoires sur la périnatalité. Ensuite, il traite des défis uniques rencontrés par les immigrantes temporaires, notamment les difficultés d'accès aux soins de santé publique au Québec et les caractéristiques complexes de leurs trajectoires migratoires.

Le **troisième chapitre** introduit les perspectives théoriques pertinentes pour comprendre ces enjeux. Nous explorons une vision élargie de la vulnérabilité, les impacts des temporalités sur le vécu des migrantes, et le parcours de vie des mères migrantes, en considérant les âges, les transitions et les trajectoires spécifiques à ces groupes sociaux. L'approche méthodologique, décrite au **quatrième chapitre**, présente une démarche qualitative basée sur l'analyse thématique d'entrevues semi-dirigés. Nous détaillons les critères de sélection des participantes,

les considérations éthiques, le processus de recrutement, ainsi que la manière dont les entretiens ont été conduits et analysés.

Le **cinquième chapitre** fournit une analyse détaillée des entretiens, offrant une vue d'ensemble du contexte migratoire des femmes, de leurs désirs parentaux, et des parcours de soins périnataux. Il documente les défis d'accès au suivi périnatal, les solutions alternatives mises en place pendant la grossesse, ainsi que les expériences vécues lors de l'accouchement et du postpartum.

Enfin, la discussion des résultats dans le **sixième chapitre** synthétise les facteurs entourant les multiples transitions de vie des mères immigrantes temporaires, les défis spécifiques associés à la maternité dans un contexte migratoire incertain, et les stratégies de réussite de la périnatalité en milieu précaire. Cette analyse vise à offrir une compréhension approfondie des mécanismes sous-jacents aux difficultés et aux stratégies de résilience des mères migrantes. Le mémoire se conclut par une mise en valeur des contributions de cette recherche, ainsi que par des ouvertures potentielles qui en découlent.

1. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

La transition vers la parentalité est influencée par des facteurs biologiques, mais dépend aussi de l'histoire des futurs parents et des interactions avec différents milieux socioculturels (Beneraju 2018). Cette transition s'avère une période de vulnérabilité accrue qui affecte les dimensions physiques, psychologiques et sociales de la vie des femmes (Diamond et al. 2020; Hamelin-Brabant et al. 2015; Battaglini et al. 2002). L'expérience périnatale est également façonnée par les trajectoires biographiques (Schneider 2023; Fortin et Le Gall 2012); avec des implications à court et à long terme pour les futurs parents, leur famille et la société (Seefat-van Teeffelen et al., 2011 ; Larkin et al., 2009).

Avoir des enfants dans un contexte migratoire entraîne des défis supplémentaires, en particulier pour les femmes. Elles font face souvent à divers défis dans leur expérience de maternité, notamment socioéconomique, d'isolement et de solitude dus au manque de soutien social et familial, parfois à des barrières linguistiques et culturelles, ainsi qu'à des difficultés d'accès aux soins (Fair et al. 2020; Battaglini et al. 2002; Duffour-Turbis et al. 2019). Par ailleurs, les femmes immigrantes sont plus à risque de souffrir de stress, d'anxiété et de dépression post-partum que les femmes non immigrantes (Battaglini et al. 2002). Ces expériences peuvent varier selon les caractéristiques du contexte migratoire.

Au Québec, le calendrier de la migration et les parcours des femmes immigrantes entrecroisent fréquemment leur entrée en maternité (Street et Laplante, 2014; Schneider 2019). Le statut migratoire et le type de permis de séjour jouent souvent un rôle dans la planification reproductive et le déroulement de la grossesse, l'accouchement et le postpartum (Fair et al. 2020; Gonin et al. 2022). Les femmes migrantes temporaires font face par ailleurs à des défis spécifiques qui peuvent perturber leurs projets de maternité, avec des vulnérabilités accentuées par les contraintes temporelles du statut, les droits limités, l'instabilité des changements institutionnels (Coustere et al., 2021). Les conditions associées au statut temporaire limitent souvent leur accès aux soins de santé publics (Ridde et al. 2020), y compris aux services en périnatalité.

Les facteurs de vulnérabilité liés à la périnatalité, au contexte migratoire et aux conditions du statut d'immigration, impactent les expériences de transition à la maternité des femmes et d'immigration. Ce cumul de vulnérabilités (transition à la maternité et immigration, notamment en ayant un statut temporaire) constitue une problématique qui est le fondement de notre recherche.

Objectifs

Cette recherche a pour objectif principal de *comprendre l'expérience de transition à la maternité de femmes latino-américaines ayant un statut de résidence temporaire au Québec*. Les objectifs spécifiques de la recherche sont les suivants : 1) Décrire les profils et les parcours de ces femmes qui deviennent mères; 2) Documenter les enjeux liés au vécu de la grossesse, l'accouchement et les premiers moments du post-partum chez ces femmes; et 3) Analyser les facteurs qui jalonnent l'expérience périnatale de ces femmes à la lumière de l'imbrication des trajectoires migratoires et familiales.

2. REVUE DE LITTÉRATURE

2.1 Les enjeux associés à la transition à la maternité

La périnatalité : une étape de transition sensible

La transition à la parentalité est une étape majeure du développement de la vie et un événement qui influence les parcours de vie des individus, des couples et des familles (Lévesque et al. 2020). Dans la présente recherche, cette transition se focaliser sur la période périnatale. La périnatalité est un terme lié au champ médical et vise à délimiter les processus ayant lieu dans un cadre temporel spécifique « autour de la naissance »¹. Diamond et al. (2020) considèrent comme « périnatalité » la période de développement avant et après la naissance, aussi largement que possible pour inclure la planification familiale et la conception, la période prénatale, le travail et l'accouchement, et le post-partum (jusqu'à 6 semaines après l'accouchement).

La périnatalité est une étape sensible pour le développement et la sécurisation de l'enfant et de la mère, qui peut contenir les prémises de la santé et du bien-être de l'individu tout au long de la vie (MSS 2020,12). La perspective des « origines développementales de la santé et des maladies », par exemple, aborde les liens qui existent entre l'adversité dès les premiers stades de la vie et un cercle vicieux du risque qui s'étend jusqu'à l'âge adulte et qui peut conduire à des maladies chroniques (MSS 2020,12).

La transition à la maternité est une « période d'exceptionnelle vulnérabilité » qui entraîne une augmentation du stress, ainsi qu'un risque de morbidité psychiatrique accru (Dugnat 2002). Des recherches abordent les répercussions de cette transition sur la santé psychologique et physique des nouveaux parents, notamment des femmes, ainsi que sur les conditions associées à la qualité des soins de santé périnatales (Lévesque et al. 2020 ; Nilsson et al. 2013 ; Vogels-Broeke, de Vries et Nieuwenhuijze 2020). Il s'agit d'une période de transition qui peut être extrêmement chargée émotionnellement et parfois associée à une détresse, ainsi qu'à des symptômes élevés de dépression et d'anxiété qui touchent un nombre relativement important de femmes (Highet et al. 2014 ; Rallis et al. 2014).

¹ Le préfixe « péri » signifie « autour ». Alors l'étymologie du mot « périnatalité » décrit le contexte « autour de la naissance ».

Certains auteurs cherchent à montrer les spécificités du *stress*² périnatal comme un état émotionnel négatif distinct, afin de comprendre la détresse périnatale dans un éventail d'expériences émotionnelles et de défis associés à la transition vers la maternité (Rallis et al. 2014 ; Emmanuel et John 2010). Cette perspective vise à fournir un cadre plus large qui englobe le contexte psychosocial des femmes durant la périnatalité, y compris des déterminants sociaux et des facteurs de santé mentale.

Dans ce contexte, la perception d'un soutien social insuffisant ou inadéquat peut aggraver l'expérience périnatale des nouvelles mères (Highet et al. 2014). Le soutien social positif est une méthode efficace pour faire face au stress, car il est associé à une diminution de la dépression et de l'anxiété, du temps de récupération, voire à une réduction de la mortalité, selon Radjack et al. (2016).

Sur le plan social, les recherches montrent que les femmes, en particulier, sont soumises à de fortes pressions pour être à la hauteur et se conformer aux définitions de la mère idéale. Ces représentations s'éloignent souvent des réalités diverses et des contextes qui les entourent. Dans ce sens, les femmes doivent faire face aux normes sociales et aux jugements qui définissent leur performance maternelle, tout en maintenant un équilibre entre leurs rôles de mère, de partenaire et de professionnelle (Lévesque et al. 2020). Cette pression sociale, ainsi que des changements qui accompagnent l'expérience de transition à la maternité (la perception de soi, les nouvelles responsabilités, les préoccupations pour la santé, le futur professionnel, la dynamique du couple, etc.), contribuent à exacerber les enjeux associés à la périnatalité.

Les multiples dimensions de l'expérience périnatale

Ces constats indiquent que la périnatalité affecte plusieurs sphères de la vie des femmes. Dans notre étude, nous comprenons cette transition à partir d'un prisme biopsychosocial, de caractère rationnel et systémique (Diamond et al. 2020) Cette approche globale et contextuelle de la périnatalité considère le domaine biomédical (les aspects physiologiques de la santé); le psychologique (les pensées, sentiments et santé mentale en général); et le social (les déterminants sociaux de la santé, les interactions avec leur environnement et les relations).

² Dans la littérature périnatale, les termes de stress, détresse et anxiété sont souvent utilisés de manière interchangeable et avec des définitions variées, dans le but de décrire une vaste gamme d'expériences négatives (Rallis et al. 2014).

Ces aspects sont souvent interdépendants et contribuent à une compréhension plus élargie de l'expérience périnatale (Downe et al. 2018 ; Larkin et al. 2009 ; Seefat-van Teeffelen et al. 2011). Cependant, Vogels-Broeke et al. (2020) affirment que la plupart des recherches portent peu d'attention à l'ensemble de ces éléments, et abordent davantage les aspects cliniques et psychologiques de l'expérience périnatale.

Le vécu de la transition à la maternité est affecté par des contextes sociétaux, environnementaux, organisationnels et politiques (Larkin et al. 2009). Ces éléments s'imbriquent au sein des trajectoires et des conditions structurelles entourant le parcours de vie des femmes, comme c'est le cas du contexte migratoire. Néanmoins, peu d'études semblent explorer comment l'expérience périnatale est influencée par les liens d'une femme avec les autres et son système de soutien social direct, ainsi que la société en général - via la législation, la réglementation, le travail et les médias (sociaux) (Vogels-Broeke et al. 2020).

Vivre la périnatalité en contexte migratoire, par exemple, entraîne des défis particuliers pour les nouvelles mères. Dans notre recherche, nous nous intéressons à des multiples dimensions de l'expérience périnatale des femmes immigrantes, notamment en lien avec leurs trajectoires migratoires.

2.2 Les défis de devenir mère en contexte migratoire

Les déterminants de l'expérience périnatale en contexte migratoire

Une revue de la littérature sur les expériences périnatales des femmes immigrantes, menée dans six pays (Australie, Canada, États-Unis, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande et Suisse), fait ressortir quatre thèmes principaux (Benza et Liamputtong 2014) : a) les attentes et les perceptions des femmes concernant la périnatalité; b) les expériences de la maternité ; c) les conflits liés aux croyances; et c) les défis de la migration. L'étude conclut que les expériences périnatales et de maternité des femmes migrantes sont influencées par des valeurs sociétales et culturelles, et varient en fonction du processus d'adaptation dans le nouveau pays d'origine (Benza et Liamputtong 2014, 575) .

Des recherches réalisées sur l'expérience de soins périnataux des femmes immigrantes dans 14 pays en Europe font ressortir quatre thématiques principales (Fair et al. 2020) : a) les difficultés de ces femmes à naviguer à travers le système de santé; b) les enjeux de communication entre

les femmes et le personnel soignant; c) les traitements méprisants et discriminatoires subis par les immigrantes enceintes; et d) les besoins et les défis liés au contexte migratoire de ces femmes qui affectent leur vécu de la maternité.

Dans le contexte québécois, les travaux fondateurs de Battaglini et ses collaborateurs (2000, 2002) ont également identifié certains facteurs de vulnérabilité des mères immigrantes, tels que la précarité socioéconomique, l'isolement, les troubles émotifs, la faiblesse du réseau de soutien et la méconnaissance des services de santé. Au moment de la publication de ces études, très peu d'écrits avaient porté sur ce sujet au Québec. Battaglini et al. (2000) démontrent que l'expérience des parturientes immigrantes n'est pas pareille à celle des femmes natives, notamment parce que le vécu de la transition à la maternité des femmes immigrantes est particulièrement ancré dans leur expérience migratoire.

À partir des écrits recensés, nous identifions trois grandes dimensions pour aborder les défis de l'expérience périnatale des femmes immigrantes : 1) les défis d'accès aux soins périnataux; 2) les conditions de vie précaire et le faible réseau de soutien; et 3) les enjeux liés au parcours migratoire. Nous abordons ces aspects dans les prochaines sections.

2.2.1 Les défis d'accès aux soins périnataux en contexte migratoire

Une méconnaissance du nouveau système de santé

Les femmes migrantes rencontrent souvent des difficultés pour accéder aux soins dans un nouveau pays en raison de leur méconnaissance du système de santé (Fair et al. 2020; Collins 2016). Elles ignorent parfois leurs droits et les services disponibles et peuvent faire face à des obstacles lors de l'acceptation pour l'enregistrement, l'accès aux établissements de santé, ou la remise de documents nécessaires, affirment Fair et al. (2020),

Les limitations d'accès aux soins et les enjeux de santé génésique (reproductive) sont identifiés par Hyman (2020) comme des déterminants de santé propres aux femmes immigrantes au Canada. L'autrice indique que les barrières d'accès aux soins de santé peuvent être d'ordre informationnel, financier, linguistique, culturel et systémique, entre autres.

Les difficultés liées à la planification reproductive après l'arrivée au pays d'accueil

Au Québec, Gonin et al. (2022) montrent que le contrôle de la fécondité chez les femmes immigrantes est limité notamment par leurs difficultés d'accès au système de santé provincial, étant la population d'immigration récente la plus affectée. Selon l'étude de Gonin et al. (2022), réalisée auprès de femmes étant arrivées au Québec dans un intervalle de 10 ans, les obstacles le plus fréquents pour accéder à une méthode de contraception chez ces femmes sont « une méconnaissance du système de santé, les coûts élevés des méthodes contraceptives médicalisées, les problèmes d'accès à un-e médecin, les préoccupations vis-à-vis des effets secondaires et le manque d'écoute lors de consultations médicales » (Gonin et al 2022, s.p.).

Les obstacles d'accès aux droits reproductifs des femmes immigrantes peuvent influencer les conditions et le moment d'une grossesse, impactant leur expérience périnatale. Selon Christensen et al. (2011), l'annonce d'une grossesse non-désirée ou non-planifiée peut entraîner des situations de stress particulier chez ce groupe. Pour les immigrantes économiques, par exemple, une grossesse non planifiée est susceptible d'entraver les objectifs associés au projet migratoire, surtout quand cet événement arrive peu de temps après l'immigration (Christensen et al. 2011). En plus de la catégorie migratoire et le temps d'arrivée, le statut migratoire des femmes pourrait aussi influencer les droits reproductifs et les conditions de planification d'une grossesse.

Les barrières linguistiques et interculturelles dans les soins périnataux

Les problèmes de communication et de compréhension liés aux soins périnataux peuvent être dus à des barrières linguistiques, à des besoins informationnels non satisfaits et à des différences dans les attentes en matière de soins, indiquent Fair et al. (2020). Les barrières linguistiques compliquent la relation avec les professionnels de santé, entravent la compréhension des termes médicaux et limitent leur capacité à choisir des options de soins appropriées (Fair et al. 2020).

Ces études montrent également que les femmes immigrantes manquent souvent d'informations accessibles et claires sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum, et se trouvant en conflit entre les conseils professionnels et ceux issus de leur culture ou leur famille, ce qui crée de l'insécurité. Ces besoins informationnels non satisfaits sont liés aussi au manque de compréhension des coutumes traditionnelles et des attentes des femmes en matière de soins maternels par le personnel soignant (Fair et al. 2020).

Les attentes des femmes migrantes en matière de soins périnataux sont largement façonnées par une multitude de cadres culturels, ainsi que par des pratiques et savoirs traditionnels provenant de leurs pays d'origine, affirment Benza et Liamputtong (2014). En conséquence, certaines

procédures médicales ne leurs sont pas toujours familières ou rentrent en contradiction avec leurs croyances culturelles, ce qui peut générer de la peur et un manque de confiance, soulignent les auteurs. Des conflits émergent notamment lors de l'utilisation d'analgésiques, des procédures médicales invasives, ou de la présence de soignants de sexe masculin, entre autres (Benza et Liamputtong 2014; Fair et al. 2020; Le Gall et Fortin 2014).

En contexte québécois, Le Gall et Fortin (2014) se sont intéressées à la négociation de savoirs dans la rencontre soignant-soignée et à l'influence du fait religieux sur les relations entre les familles musulmanes maghrébines de Montréal et les professionnels de la santé. Les chercheuses montrent que, malgré les barrières interculturelles rencontrées, les mères immigrantes valorisent le savoir des intervenantes. Il est montré aussi que ces femmes n'hésitent pas à utiliser Internet et à consulter les membres féminins de leur entourage immédiat, ou en ligne, pour avoir accès à leurs savoirs traditionnels.

Un constat essentiel qui ressort de ces études est la nécessité de tenir compte des besoins des femmes en dehors du cadre ordinaire de la prestation de soins de maternité des modèles traditionnels. Les préoccupations liées à ces conflits interculturels et communicationnels ont des impacts sur l'état de bien-être de ces femmes et sur leur capacité à se concentrer sur la grossesse.

Des traitements méprisants et discriminatoires

Les femmes migrantes sont souvent confrontées à des traitements méprisants en milieu institutionnel et de la santé, ce qui peut entraîner des sentiments d'inadéquation et de mécontentement vis-à-vis du nouveau système de santé. Certaines femmes perçoivent le personnel aux soins périnataux comme peu sympathique, irrespectueux, et négligeant leurs préoccupations; souvent en raison des préjugés, des stéréotypes et de la stigmatisation (Fair et al. 2020; Ahmed et al. 2008).

Étant un groupe minoritaire dans la société d'accueil, ces femmes sont susceptibles aussi de souffrir de la discrimination raciale et des interactions négatives avec le personnel soignant (Benza et Liamputtong 2014). Ces situations peuvent susciter des doutes sur leurs propres capacités, un sentiment d'isolement et de peur, voire mener à des issues maternelles défavorables (Fair et al. 2020). Des études montrent la variation considérable des facteurs de risque périnataux en fonction de la race et de l'origine ethnique de la mère, avec une incidence plus haute de ces facteurs chez les populations noires et immigrantes (Batram-Zantvoort et al. 2021 ; Guendelman et al. 2006).

D'après les études consultées par Fair et al. (2020), les femmes immigrantes enceintes soulignent l'importance des soins de qualité, en particulier ceux fournis par des spécialistes périnataux encourageants, soutenant, bons auditeurs et clairs dans leurs explications. Elles associent de bons soins à une relation de confiance et à un environnement émotionnellement sûr, ce qui les aide à se sentir prêtes et confiantes pour l'accouchement, conclut l'étude.

2.2.2 Conditions de vie précaires et un faible réseau de soutien

Précarité socioéconomique et conditions de vie difficiles

Les études montrent que les conditions de vie instables, les difficultés financières et le manque de réseau familial sont des défis majeurs pour les femmes migrantes, aggravant les facteurs de risque en période périnatale (Fair et al. 2020; Battaglini et al. 2000; Ahmed et al. 2008). Les pressions financières entraînent des difficultés pour couvrir les frais de base, le transport aux rendez-vous médicaux, et les coûts des soins essentiels, indique l'étude de Fair et al. (2020). Ces difficultés sont exacerbées par les restrictions sur le travail dans le pays d'accueil, qui entraînent souvent des conditions pénibles, ainsi que par la difficulté à trouver un emploi (Fair et al. 2020; Benza et Liamputtong 2014).

Au Québec, la précarité socioéconomique affecte de manière générale l'expérience périnatale de femmes immigrantes, selon l'étude de Battaglini et ses collaborateurs (2000; 2002). En dépit des différences en termes de scolarité, d'âge ou de formation, toutes les femmes éprouvent une précarité liée à la migration. Les auteurs soulignent que ce phénomène de nivellement socio-économique conduit à une uniformité des conditions de vie : certaines femmes bénéficient d'une légère ascension sociale, tandis que d'autres connaissent une déqualification sociale et économique.

Ces conditions de vie difficiles comprennent également des obstacles d'accès au logement de qualité et des risques de surexposition à la violence domestique, entre autres (Fair et al. 2020; Hyman 2020). Les femmes victimes de violence domestique éprouvent souvent des difficultés à en parler en raison des tabous culturels, du manque d'information sur les lois locales, et de la peur d'être expulsées du pays d'accueil (Fair et al. 2020). Ces facteurs limitent leur recours aux services de soins et de soutien disponibles.

Conditions d'isolement et un faible réseau de soutien

Le manque de réseaux de soutien social et l'isolement sont parmi les défis les plus importants auxquels les femmes sont confrontées pendant la période périnatale (Moro 2008; Battaglini et al. 2000; Collins 2016; Dufour-Turbis et al. 2019; Ahmed et al. 2008). Les possibilités réelles de mobilité, affectées par des limitations financières ou des conditions du statut, peuvent impacter négativement les conditions de soutien périnatal (Fortin et Le Gall 2012). L'absence du soutien familial dans le pays d'accueil, notamment celui des mères, accentue le sentiment de solitude et de détresse chez les femmes immigrantes lors de la transition à la maternité (Fair et al. 2020; Benza et Liamputtong 2014; Hamelin-Brabant et al. 2015).

Pendant la grossesse, les femmes ayant un niveau plus élevé de soutien social présentent de meilleurs résultats en matière de santé mentale (Radjack et al. 2016). Cependant, c'est durant la période postnatale que ces femmes ressentent le plus le besoin de soutien social, pouvant déclencher des symptômes de dépression post-partum (Ahmed et al. 2008). Des recherches montrent que l'isolement et le manque de soutien social après la naissance augmentent le fardeau émotionnel et affectent la santé mentale des femmes migrantes (Benza et Liamputtong 2014; Dufour-Turbis et al. 2019; Chevalier-Cliche 2015).

Par ailleurs, le vide familial et social que crée l'immigration détermine d'une certaine façon un contexte favorable pour l'implication du conjoint, qui devient parfois la seule source de soutien disponible (Battaglini et al. 2000; Dufour-Turbis et al. 2019). Lors de l'absence de la famille élargie, Fortin et le Gall (2012) soulignent que les rapports de genre du couple peuvent se transformer pendant la période périnatale. Les autrices expliquent également que la transition à la maternité peut contribuer à la formation de réseau et insertion dans la société d'accueil.

En contexte migratoire, Schneider (2019) affirme à son tour que la périnatalité contribue aux reconfigurations importantes des liens familiaux, favorisant le processus de nucléarisation de la famille. En plus, les formes d'appui issues des réseaux de liens locaux (développés en contexte migratoire) et transnationaux (des proches dispersés géographiquement) jouent un rôle fondamental dans l'expérience des mères immigrantes (Montgomery et al. 2010; Fortin et Le Gall 2012 ; Schneider 2019).

2.2.3 Le enjeux associé au parcours migratoire de femmes en périnatalité

Les déterminants du parcours migratoire des femmes enceintes

L'âge au moment de la mobilité, le statut migratoire, la durée de résidence dans le pays d'accueil, et le stress qui caractérise l'étape d'établissement sont des facteurs qui peuvent accentuer la vulnérabilité physique, sociale et émotionnelle des femmes migrantes (Hyman 2020). En termes de santé génésique, les issues de la grossesse et de l'accouchement chez ces femmes varient considérablement en fonction de leur statut migratoire, des conditions au pays d'origine et de la durée du séjour (Hyman 2020; Fair et al. 2020).

Les tendances d'augmentation de la population immigrante dans les pays du Nord, où une majorité de femmes sont en âge de procréer, soulignent l'importance d'examiner la fécondité et la maternité dans un contexte migratoire (Fair et al. 2020; Street et Laplante 2014). Les recherches indiquent que les niveaux de procréation sont élevés dans les premières années après l'immigration (Kulu et Milewski 2007). Au Québec, les femmes qui migrent à l'âge adulte sont plus susceptibles d'avoir des enfants dans les années qui suivent leur arrivée (Street et Laplante 2014). En plus, les calendriers des premières naissances peuvent être fortement influencés par les raisons de la migration, telles que le mariage ou le travail/études (Kulu et al. 2019).

Dans ce contexte, il est pertinent de souligner que l'expérience de devenir mère diffère de celle d'avoir un enfant supplémentaire en contexte migratoire. Pour les femmes immigrantes sans enfant et qui le souhaitent, la première naissance peut être perçue comme un événement tournant dans le parcours de vie. Cette transition à la maternité est vécue au milieu d'autres transitions liées à la migration. Cependant, nous observons que la plupart des études sur la maternité en migration ne se concentrent pas spécifiquement sur chaque cas, mais considèrent plutôt ces différences comme un élément parmi d'autres pour toutes les mères migrantes. En somme, l'expérience périnatale des femmes immigrantes peut ainsi être conditionnée par le moment de l'annonce de la grossesse au cours de leur trajectoire migratoire, le nombre de grossesses vécues, et leurs motivations migratoires.

Le statut migratoire au Canada

Au Canada, le « statut d'immigration » indique si la personne est « non-immigrante », « immigrante » ou « résidente non permanente » (Statistique Canada 2017a ; 2017b). La catégorie de « non-immigrante » comprend les personnes qui sont des citoyennes canadiennes de naissance, y compris celles nées à l'extérieur dont l'un des parents est canadien, ce qui les rend éligibles à demander la citoyenneté. Les personnes « immigrantes » sont celles à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au pays en permanence (qui détiennent un permis de résidence permanente), y compris les citoyens et citoyennes. Les personnes

qualifiées de « résidentes non permanentes » (RNP) sont celles originaires d'un autre pays, titulaires d'un permis de travail ou d'un permis d'études ou qui revendiquent le statut de réfugié·e; ainsi que les membres de leur famille partageant le même permis et vivant avec elles au Canada.

Les personnes étrangères peuvent devenir résidentes permanentes de trois manières, en étant : a) Immigrant·e économique (par études, travail, investissements etc.) ; b) Immigrant·e parrainé·e par la famille (à travers un processus de regroupement familial) ; et c) Réfugié·e. (personnes qui demandent du refuge parce que leur vie est potentiellement en danger ailleurs) (Statistique Canada 2017b). Ces « catégories d'admission » migratoire illustrent certaines conditions du parcours des femmes immigrantes qui deviennent mères : la nature volontaire ou forcée du déplacement, les raisons de la mobilité, les différents statuts migratoires et les étapes associées à chacune de ces trajectoires.

Des parcours migratoires diversifiés

À partir d'une recherche sur la périnatalité des femmes immigrantes sud-asiatiques au Québec, Schneider (2019) souligne que les parcours migratoires, en général, et les parcours périnataux en particulier, semblent largement façonnés par les projets migratoires. Selon l'autrice, ces projets sont liés aux trajectoires typiques qui se tissent en fonction des motifs et des plans migratoires. L'étude identifie trois trajectoires types³ : a) les mariages transnationaux dont les femmes sont parrainées par leurs maris ou leurs sponsors au Canada ; b) les femmes ayant des projets professionnels personnels et de progression sociale (travail, études) ; et c) les demandeuses d'asile sur place au Canada (réfugiées).

Battaglini et al. (2000, 2002) examinent comment les différentes catégories migratoires — économique, parrainage, et refuge — affectent l'expérience périnatale des mères migrantes. Comme Schneider (2019), Battaglini et al. (2000), identifient que les femmes réfugiées sont souvent les plus vulnérables pendant la périnatalité, en raison des conditions de départ involontaires et parfois dramatiques traversant leurs parcours. Les auteurs notent que les femmes parrainées et les immigrantes économiques présentent des similarités. Elles sont souvent plus scolarisées, plus jeunes, et maîtrisent l'anglais ou le français, suggérant une migration planifiée et réfléchie. Les femmes parrainées bénéficient de l'accueil de leur conjoint déjà au Canada, tandis que les immigrantes économiques arrivent en couple et avec des moyens financiers pour

³ Cette classification ressemble les catégories d'admission d'immigrant·e·s (Statistique Canada 2017b).

une meilleure intégration socio-économique. Ces aspects vont déterminer en grande mesure les conditions financières et les ressources de soutien disponibles au moment de la maternité.

Cette classification aide à comprendre les motivations migratoires et les réalités spécifiques de l'expérience périnatale de chaque groupe, mais il est à noter que ces catégories correspondent généralement à des femmes ayant le statut de « résidence permanente » au Canada. En revanche, les trajectoires migratoires de ces femmes ne sont pas limitées aux « catégories d'admission » au pays. Il a été constaté que peu d'études se penchent sur une compréhension globale des parcours biographiques liés à la périnatalité, puisque ces femmes ne sont étudiées que dans un espace et un temps restreint (Schneider 2019). Nous soulignons que, pour mieux comprendre l'expérience périnatale en contexte migratoire, il est essentiel d'intégrer les processus et dynamiques des trajectoires migratoires des femmes et leurs familles.

Les rôles des membres du couple dans le projet migratoire familial

Lorsqu'il s'agit d'un projet migratoire volontaire et en famille, les rôles joués par les membres du couple dans ce processus peuvent déterminer aussi les conditions d'intégration des femmes, y compris le vécu de la maternité dans le pays d'accueil. Dans le cadre d'un processus de demande de résidence permanente, depuis l'extérieur ou l'intérieur du Canada, chaque membre de la famille est désigné comme titulaire principal, conjoint, ou personne à charge (Statistique Canada 2017b). Le membre du couple désigné pour le rôle principal est souvent celui qui dispose des meilleures conditions en termes d'éducation, d'expérience de travail, de compétences linguistiques, entre autres.

Une recherche de Banerjee et al. (2015) indique le manque d'études sur le rôle des femmes en tant que « *tied-movers* » dans les familles immigrantes nouvellement arrivées au Canada. Les auteurs montrent que le processus sélectif de l'immigration canadienne et les défis d'intégration au marché du travail accentuent les inégalités de genre, avec les hommes souvent en rôle de « demandeur principal » et les femmes en rôle de « dépendante ». Cette dynamique, renforcée par les rôles de genre traditionnels et le manque de soutien familial pour les tâches domestiques, accroît les désavantages professionnels des femmes immigrantes, conclut l'étude. Dans ce contexte, la transition à la maternité pourrait renforcer les conditions d'inégalité chez les femmes immigrantes.

Il convient de préciser que ces auteurs ne considèrent que les familles immigrantes au Canada dans la catégorie « économique » et ayant le statut de « résident-e permanent-e ». Notre

recherche se concentre davantage sur les femmes suivant un projet migratoire économique, mais ayant un statut temporaire pendant la période périnatale. Dans ce cas, les femmes occupent trois rôles possibles dans le processus migratoire familial au Canada : elles étudient, elles travaillent, ou elles accompagnent leur conjoint qui travaille ou étudie (ces dernières femmes peuvent aussi travailler).

Des différents statuts migratoires

En plus des personnes arrivant au Canada avec un statut de résidence permanente, d'autres immigrant·e·s peuvent avoir différents statuts au cours de leur séjour, selon leurs projets et les évolutions de leurs conditions de vie ou de leur situation légale. Le statut migratoire joue un rôle essentiel dans l'expérience périnatale des femmes immigrantes, notamment en lien avec l'accès aux soins de santé et les facteurs de risques pour la santé mentale (Virole-Zajde 2016; Sharapova et al. 2021). Cependant, nous remarquons que la plupart des recherches portant sur la maternité en contexte migratoire se concentrent sur les parcours migratoires plutôt que sur le statut ou les temporalités des trajectoires, comme l'ont montré les études précédentes (ex. des catégories d'admission au Canada).

Des travaux qui abordent les enjeux relatifs au statut migratoire lors de la périnatalité se concentrent notamment sur l'expérience de maternité des femmes en grande précarité ou en migration forcée, comme les demandeuses d'asile ou les sans-papiers (Virole-Zajde 2016). Ainsi, notre recherche vise à combler ce besoin de comprendre la réalité d'autres groupes, tel que celui des femmes « immigrantes économiques » (des femmes qualifiées qui migrent volontairement), mais qui ont un statut temporaire. Il se peut que les femmes étudiantes internationales ou travailleuses temporaires ne soient pas considérées comme « les plus précaires » lors de la transition à la maternité, en comparaison à d'autres populations migrantes plus vulnérables. Cela peut être dû au fait que leur migration est plus « volontaire », que leur séjour est « temporaire », ou qu'elles ont plus de ressources socio-économiques pour s'adapter ou retourner dans leur pays d'origine. Quoi qu'il en soit, ces femmes demeurent hors de l'attention de ce type d'études.

En outre, la condition d'« immigrant·e récent·e » est aussi considérée comme un facteur de vulnérabilité lié à la trajectoire des mères immigrantes, mais cela n'est pas généralement associé à un statut spécifique (Dufour-Turbis et al. 2019). Les immigrantes récentes sont des femmes qui sont arrivées au pays d'accueil dans les dernières cinq ou dix années (Dufour-Turbis et al 2019; Schneider 2019), y compris les résidentes permanentes.

2.3 Les défis de devenir mère en étant immigrante temporaire

Définition et portrait de la migration temporaire au Canada

Selon Statistique Canada, le terme « *résidentes non permanentes* » (RNP)⁴, « désigne une personne d'un autre pays ayant un lieu habituel de résidence au Canada et qui détient un permis de travail ou d'études, ou qui a demandé le statut de réfugié·e (demande d'asile), indiquent Tuey et Bastien (2003, s.p) ». Les membres de la famille vivant avec des titulaires de permis de travail lié à une offre d'emploi ou un permis d'études sont également inclus, à moins qu'ils soient déjà citoyens canadiens, immigrants reçus ou résidents permanents, précisent les auteurs⁵.

Parmi la population immigrante au Canada, si importante en termes démographiques, le nombre de Résidents non permanents (RNP) a augmenté de façon inédite au cours des dernières années, représentant 2,5% (924 000) de la population dénombrée lors du recensement de 2021 (Tuey et Bastien 2023). Le recensement canadien de 2021 a pour la première fois différencié les types de résidence temporaire en fonction des raisons du séjour, au lieu de regrouper toutes les personnes avec des permis temporaires sous la même catégorie de RNP (Tuey et Bastien 2023). Au Canada, les RNP, notamment en lien avec un projet d'études ou de travail, jouent un rôle croissant dans l'économie et les dynamiques démographiques du pays.

En lien avec des tendances mondiales de circularité migratoire (au lieu de la mobilité unidirectionnelle), la politique migratoire canadienne se traduit par une forte hausse des entrées de migrant·e·s titulaires d'un permis de résidence temporaire, qui ont dépassé le volume de personnes résidentes permanentes au milieu des années 2000 (Coustere et al. 2021). « Le nombre de résidents non permanents a atteint son niveau le plus élevé, jamais enregistré, en 2022 »⁶ (Tuey et Bastien 2023, 20). Au Québec, les politiques sont orientées aussi pour retenir les immigrant·e·s temporaires sur place, qui seraient mieux intégré·e·s au moment d'obtenir la

⁴ Nous présentons cette définition adoptée par Statistique Canada sur les RNP lorsque nous utilisons les données issues des recensements canadiens.

⁵ Parmi ce groupe très vaste des personnes immigrantes temporaires, on observe que certaines personnes sont autorisées à venir au Canada avec leurs familles (étudiant·e·s, personnes travailleuses étrangères) et d'autres personnes non (personnes travailleuses saisonnières, les aidant·e·s).

⁶ Cependant, il reste difficile à déterminer directement l'augmentation précise du nombre de ce groupe par rapport aux recensements antérieurs, en raison de la nouvelle méthode de collecte des renseignements sur les RNP implémentée dans le recensement de 2021, indique le rapport de Tuey et Bastien (2023). Les analystes déclarent qu'en 2021, les données du recensement ont été intégrées aux dossiers administratifs d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, tandis que les recensements précédents (1991 à 2016) ont tiré les données sur les personnes résidentes non permanentes à partir des réponses aux questions sur le statut d'immigrant et la citoyenneté (Tuey et Bastien 2023).

résidence permanente. Entre 2012 et 2016, la population immigrante temporaire au Québec représentait en moyenne 9 % du total d'immigrant·e·s de l'international, mais ce chiffre a bondi à 64 % en 2019 (Diallo et al. 2022).

En ce qui concerne les catégories migratoires temporaires, *Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada* (IRCC) désigne les « résidents temporaires » comme étant les visiteurs, les travailleurs temporaires et les étudiants étrangers ; tandis que les demandeurs d'asile constituent un concept distinct. Par conséquent, le concept de RNP utilisé par Statistique Canada et le concept de résident temporaire d'IRCC ne peuvent pas être utilisés de manière interchangeable. » (Tuey et Bastien 2023, s.p.).

Dans le cadre de notre recherche, nous faisons référence aux « personnes immigrantes ou résidentes temporaires », afin de mettre l'accent sur la dimension de temporalité associée au statut migratoire des femmes rencontrées. Étant donné que les types de permis de résidence temporaire sont définis selon les motifs du séjour au Canada, nous nous attardons sur le parcours des femmes résidentes temporaires liées à un projet économique (études ou travail).

Les immigrant·e·s temporaires pour raisons économiques

Aux fins de cette recherche, il est essentiel de décrire le contexte des personnes immigrantes temporaires économiques, afin de comprendre les aspects qui jalonnent les parcours des femmes qui deviennent mères dans ces circonstances. Il s'agit des femmes détentrices d'un permis de travail ou d'études, ainsi que de celles qui accompagnent un travailleur ou un étudiant international.

Selon le recensement de 2021, les personnes détentrices de permis de travail constituent le groupe le plus important parmi les résident·e·s non permanent·e·s, représentant presque le double de celles qui détiennent un permis d'études, indique l'analyse de Tuey et Bastien (2023). Le permis de travail peut être « ouvert » ou « fermé », en fonction de certaines conditions qui s'y appliquent ⁷. Or, il est notable que le Canada devient un leader parmi les autres grands pays occidentaux en matière d'augmentation de la population d'étudiants étrangers, souligne le rapport.

⁷ Un permis de travail ouvert est un permis de travail qui n'est pas lié à un emploi donné. Un permis de travail fermé est lié à un employeur donné. Il contient donc des conditions associées au travail telles que le nom de l'employeur, la durée de la période de travail et le lieu de travail. (OTP 2019, 18)

Plusieurs conditions s'appliquent aux personnes titulaires de permis de résidence temporaire pour études ou travail. Celles qui détiennent un permis de travail « fermé », par exemple, doivent respecter les conditions et la durée d'une offre d'emploi spécifique⁸. Par ailleurs, le permis de travail « ouvert » peut être porté par les conjoint·e·s⁹, et c'est attaché au statut du membre familial qui détient le permis « principal »¹⁰. En outre, les exigences liées au permis d'études peuvent varier en fonction des critères académiques, de la durée et du financement des cours¹¹. Les étudiant·e·s peuvent aussi travailler pendant les études, sous certaines conditions¹² ; ainsi que demander un permis de travail ouvert de durée limitée après la diplomation.

Limitations et difficultés du statut temporaire

Les enjeux associés aux conditions de résidence temporaire peuvent affecter le vécu de la périnatalité de ces femmes immigrantes. Limité dans le temps et souvent assorti de droits réduits, le statut temporaire peut engendrer des conditions de vie précaires et accentuer la vulnérabilité, en créant des interdépendances entre les trajectoires (professionnelles, familiales et migratoires) (Coustere et al. 2021). En plus, étant donné que les immigrantes temporaires viennent souvent d'arriver dans le pays d'accueil, leur expérience de maternité rend l'accès aux ressources de soins et de soutien périnatal encore plus difficile (Dufour-Turbis et al. 2019).

Les conditions de séjour des résident·e·s temporaires au Canada varient tout au long de leur parcours migratoire, dû à plusieurs changements au niveau personnel, institutionnel ou contextuel. Ces personnes peuvent changer le type de permis en fonction des conditions d'études ou de travail; voire perdre et récupérer leur statut, affirment Coustere et al. (2021). Pendant les délais de traitement des demandes des renouvellements des permis, par exemple, elles peuvent se retrouver en « statut implicite », limitant leurs droits et capacité d'agir, précise l'étude¹³. En

⁸ Les entreprises doivent obtenir un permis des autorités fédérales (EIMT) afin de vérifier les pénuries de main d'œuvre dans le secteur demandé (Walsh 2014).

⁹ D'autres groupes d'immigrant·es peuvent avoir accès à un permis de travail ouvert, mais nous nous référons ici à celles qui sont d'intérêt pour notre recherche.

¹⁰ IRCC, Immigration et Citoyenneté Canada. Permis de travail ouvert : Présenter une demande au titre de la catégorie des époux ou conjoints de fait parrainés au Canada. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/immigrer-canada/parrainer-membre-famille/epoux-partenaire-enfant/epoux-conjoint-fait-canada-permis-travail-ouvert.html>

¹¹ IRCC. Conditions du permis d'études. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/etudier-canada/permis-etudes/pendant-vos-etudes/conditions-permis-etudes.html>

¹² IRCC. Travailler au Canada à titre d'étudiant étranger. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/etudier-canada/travail.html>

¹³ Le statut implicite leur permet de rester au Canada avec le même statut antérieur, même s'il est expiré, en attendant les réponses des autorités migratoires à une demande migratoire réalisé à l'intérieur du pays (Coustere et al. 2021).

somme, ces fluctuations impactent l'état de bien être des femmes enceintes, ainsi que les conditions d'accès à l'emploi et aux soins de santé au cours de la période périnatale.

Le rapport de Tuey et Bastien (2023) sur la migration temporaire au Canada rappelle que le recensement de 2021 a été mené pendant la pandémie de COVID-19, mettant en évidence notamment la précarité des RNP. Le Canada, comme d'autres pays, a imposé des confinements, des fermetures de frontières et des restrictions de voyage. En conséquence, plusieurs immigrant·e·s temporaires n'ont pas pu retourner dans leur pays d'origine comme prévu, tandis que d'autres ont été impacté·e·s par des changements dans leurs programmes d'études ou par la perte de leurs emplois.

Du statut temporaire à la résidence permanente

Certaines formes d'immigration temporaire deviennent des voies fréquentes vers la résidence permanente au Canada, et les immigrant·e·s, malgré les défis, sont souvent déterminé·e·s à s'établir définitivement dans le pays (Coustere et al. 2021). Par exemple, les personnes étudiantes internationales sont considérées comme une réserve de main-d'œuvre temporaire et une future source d'immigration qualifiée au Canada (Walsh 2014).

Une fois qu'elles finissent leurs études, les personnes étudiantes sont admissibles à obtenir un Permis de travail post-diplôme (PTPD), ouvert à plusieurs employeurs. Ce permis est accordé une seule fois, c'est-à-dire qu'il est non renouvelable, et sa durée peut varier dépendant des conditions et de la durée du programme d'études, selon IRCC¹⁴. L'expérience de travail canadienne acquise à travers ce permis, ainsi que d'autres types de permis de travail, favorise les conditions de demande de résidence permanente au Canada¹⁵.

Une recherche sur le parcours de migrantes temporaires qualifié·e·s en Australie rend compte d'un type de « migration échelonnée » (*staggered migration*), qui souligne l'intersection et la superposition de multiples échelles de temps (institutionnelles, biographiques, quotidiennes) (Robertson 2019). Ces « échelons » représentent les différents stades, changements et ajustements qui façonnent les trajectoires migratoires axées sur un séjour temporaire.

¹⁴ IRCC, Immigration et Citoyenneté Canada. Travailler au Canada après l'obtention de votre diplôme : Qui peut présenter une demande ? Consulté le 21 octobre 2023. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/etudier-canada/travail/apres-obtention-diplome/admissibilite.html#admissibilite>

¹⁵ IRCC, Immigration et Citoyenneté Canada. Permis de travail : Qui peut présenter une demande. Consulté le 21 octobre 2023. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/travailler-canada/permis/temporaire/admissibilite.html#centred-popup1>

Ces trajectoires migratoires dépendent de plusieurs facteurs temporels, tels que la durée nécessaire pour le travail ou les études avant de demander la résidence permanente, les délais de traitement administratif des démarches migratoires, et les délais supplémentaires causés par certains événements. Dans ce contexte, le désir de devenir mère ou l'annonce d'une grossesse peuvent représenter des facteurs de pression importants pour les femmes immigrantes temporaires.

Au Québec, par exemple, les étudiant·e·s venant de l'international pouvaient demander la résidence permanente à la fin de leurs études, ainsi que les personnes travailleuses étrangères après un an de travail, grâce au Programme de l'Expérience Québécoise (PEQ)¹⁶. Une réforme de ce programme annoncée en juillet 2020 a augmenté la durée du séjour requise pour ces groupes de RNP¹⁷, au milieu du contexte de la pandémie COVID-19. Ces mesures ont été révisées en 2023 pour rétablir les conditions antérieures d'accès au PEQ. Tous ces changements institutionnels, ainsi que des événements majeurs comme la pandémie de COVID-19, affectent les conditions de grossesse et d'accouchement des migrantes temporaires.

2.3.1 L'accès aux soins de santé des femmes immigrantes temporaires au Québec

Les barrières d'accès aux soins de santé chez la population immigrante

Le Canada s'éloigne des standards internationaux en ce qui concerne le droit à la santé des personnes migrantes sur leur territoire, affirment des spécialistes de l'équipe de proximité de *Médecins du monde* (MdM), en raison de l'absence d'une couverture sanitaire et sociale universelle garantie (Cébron et Sénat 2022, 28). Une étude réalisée à Montréal montre que, parmi les immigrant·e·s avec un statut légal, certains sous-groupes ont déclaré des besoins de santé non satisfaits élevés, notamment les personnes travailleuses et étudiant·e·s temporaires et leurs dépendants, les et leurs dépendant·e·s (Ridde et al. 2020). Dans le groupe des personnes immigrantes sans couverture médicale, l'étude indique que la majorité se trouvent en milieu de

¹⁶ Programme d'immigration que permet à certains immigrants temporaires devenir résidents permanents grâce à leur expérience d'études ou de travail dans la province.

¹⁷ Les étudiant·e·s devaient accumuler 1 à 2 ans d'expérience de travail après leurs études, et les personnes travailleuses temporaires démontrer deux ans de travail supplémentaire au lieu d'un an.

carrière, marié·e·s, éduqué·e·s et disponibles pour le marché du travail, mais vivant avec un statut d'immigration temporaire et précaire.

Les conditions d'accès aux soins de santé, selon le modèle de Lévesque et al. (2013), sont influencées par plusieurs caractéristiques du système sanitaire, telles que l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité, l'abordabilité et la pertinence des services. Ce modèle prend également en compte les capacités des individus à reconnaître leurs besoins de santé, à rechercher, accéder et financer des services, tout en s'engageant dans leur parcours de soins. Dans ce contexte, les immigrant·e·s temporaires ou à statut précaire sont souvent confronté·e·s à différentes sortes d'entraves qui limitent leur accès aux soins de santé.

Les résultats de recherche de Ridde et al. (2020) indiquent que le principal obstacle à l'accès aux soins de santé chez les immigrant·e·s est essentiellement financier. D'autres barrières identifiées sont la peur d'être surfacturé, les implications potentielles sur le statut migratoire, notamment pour les personnes sans-papiers, et la crainte d'être rejeté par les établissements de santé, précisent les auteurs. En plus, le manque de nourriture, un signe significatif de privation, est fortement lié à des besoins de santé non satisfaits, reflétant une détresse sociale plus large.

Finalement, les auteurs soulignent que cette population fait face à un double défi : la méconnaissance de leurs droits en matière de soins de santé et d'autres services sociaux et juridiques; ainsi qu'un accès limité ou inexistant à ces droits et services. Pour les femmes immigrantes qui deviennent mères, il y a également la question de devoir faire face pour la première fois à un suivi prénatal dans un contexte peu familial.

Admissibilité à la RAMQ selon le statut migratoire

L'admissibilité à la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) est déterminée par la Loi sur l'assurance maladie (LAM) et le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes (RAIP) auprès de la RAMQ. Les deux critères principaux pour cette admissibilité sont le statut migratoire et des règles de présence au Québec. Concernant le statut migratoire, il est à noter que les personnes en situation irrégulière (sans statut) et celles demandeuses d'asile¹⁸ ne sont pas couvertes par la RAMQ. Cependant, ces dernières bénéficient du *Programme fédéral de*

¹⁸ Des personnes qui demandent une protection gouvernementale sur le territoire canadien en raison de certains risques à leur intégrité ou droits de la personne. Ce statut décrit notamment le vécu d'un processus de « demande », d'attente, et il est différent de celui des personnes réfugiées.

santé intérimaire (PFSI) qui leur garantit l'accès à la santé publique¹⁹. L'accès aux soins de santé publique (la RAMQ) est donc déterminé selon deux catégories de groupes dont l'admissibilité varie : les personnes établies au Québec; ou les personnes en séjour temporaire au Québec.

Les conditions de base permettant de bénéficier du régime d'assurance maladie québécois sont les suivantes (RAMQ 2022, 7; RAMQ s.a.):

- Avoir l'un des statuts d'immigration prévus à la LAM et au RAIP.
- Être domicilié au Québec (pour les personnes établies au Québec).
- Être présent au Québec plus de 6 mois :
 - par année civile pour les personnes établies;
 - document d'immigration émis pour plus de 6 mois pour les personnes qui séjournent temporairement.

Les personnes « établies » au Québec, celles qui ont une résidence permanente ou une citoyenneté canadienne, ont le droit d'accès à la RAMQ. Au Canada, il s'applique aussi le « droit de sol », ce qui confère la citoyenneté à toute personne née en sol canadien. Aussi, une personne née au Québec est automatiquement inscrite à l'assurance maladie si ses parents sont admissibles au moment de sa naissance (RAMQ s.a.). Parmi les personnes résidentes temporaires au Québec, l'accès à la RAMQ varie considérablement en fonction de plusieurs critères (OTP 2019, 18) :

- Résident·e·s temporaires avec accès à la RAMQ :
 - Étudiant·e·s étranger·e·s dont le pays d'origine a une entente avec la RAMQ²⁰;
 - Personnes travailleuses étrangères avec un permis fermé de plus de 6 mois, avec un permis de travail post diplôme (PTPD) ou étant travailleur·se agricole.
- Résident·e·s temporaires sans accès à la RAMQ, dans la plupart de cas²¹ :
 - Étudiant·e·s dont le pays d'origine n'a pas d'entente avec la RAMQ²²;
 - Visiteurs;
 - Travailleurs étrangers temporaires avec un permis ouvert ou un permis fermé de moins de 6 mois.

Les conditions d'accès à la RAMQ déterminées pour une personne s'appliquent à l'ensemble de l'unité familiale (RAMQ 2022). Par exemple, les conjointes de travailleurs étrangers ayant un permis de travail fermé peuvent accéder également à la RAMQ, tandis que celles des étudiants

¹⁹ La couverture du PFSI est similaire à la couverture de la RAMQ. Cependant, de nombreuses cliniques refusent les patients avec le PFSI (OTP 2019).

²⁰ Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Luxembourg, Norvège, Portugal, Roumanie et Suède.

²¹ Certaines exceptions s'appliquent, mais elles ne sont pas d'intérêts aux effets de notre recherche.

²² Aux effets de notre recherche, nous faisons référence aux étudiant·e·s comme des personnes n'ayant pas de d'accès à la RAMQ, car aucun pays de l'Amérique Latine a une entente de réciprocité en matière de sécurité sociale avec Québec.

internationaux n'y ont pas droit. Étant donné que l'accès à la RAMQ dépend du statut migratoire, l'expiration ou les changements relatifs au statut affectent aussi l'accès à la santé. Ces changements affectent particulièrement les personnes avec un statut temporaire. « Une proportion non négligeable de personnes ayant un statut de résident temporaire ou étant en attente d'une décision concernant leur statut migratoire n'ont pas accès à la RAMQ » (OTP 2019, 16).

En ce qui concerne les règles de présence au Québec, il est stipulé qu'une personne qui arrive d'un autre pays ou qui revient à la province après plus de 183 jours d'absence doit attendre jusqu'à 3 mois pour avoir accès à la RAMQ, même si elle est citoyenne canadienne ou résidente permanente (RAMQ 2022; OTP 2019). Pendant ce « délai de carence », certains services de santé sont toutefois gratuits, notamment pour les victimes de violence conjugale ou sexuelle, les soins liés à la grossesse, l'accouchement, l'interruption de grossesse, certaines vaccinations et les soins pour les infections ayant un impact sur la santé publique (OTP 2019, 18).

Ce contexte illustre que l'accès à la RAMQ varie considérablement pour les immigrant·e·s temporaires en fonction du type de permis, des conditions et de la durée de leur séjour. Cette variabilité est attribuable à l'hétérogénéité de ce groupe ainsi qu'aux fluctuations de leur statut, qui influencent l'accès aux soins de santé. En conséquence, l'accès aux soins périnataux pour les immigrantes temporaires pourrait également être instable durant toute la grossesse et l'accouchement.

2.3.2 Les soins périnataux aux immigrantes temporaires sans couverture de la RAMQ

Les options d'assurance de santé pour les femmes sans accès à la RAMQ

Parmi les femmes enceintes qui ne sont pas admissibles à la RAMQ, certaines bénéficient d'autres types d'assurances maladie. Les étudiantes internationales et les jeunes participantes au Programme Expérience internationale Canada ont l'obligation de détenir une assurance maladie et hospitalisation privée pour toute la durée de leur séjour au Québec en vertu du Règlement sur l'immigration au Québec (RIQ)²³, indique un rapport de la RAMQ (2022). En plus, certaines femmes travaillant au Québec peuvent bénéficier d'une assurance collective par le biais

²³ Consulter sur : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/I-0.2.1.%20r.%203>

de leur employeur ou de l'emploi de leur conjoint; et elles peuvent aussi avoir une assurance privée couvrant les soins maternels, bien que ce ne soit pas obligatoire (RAMQ 2022).

Néanmoins, « les assurances privées disponibles pour les femmes immigrantes temporaires peuvent être coûteuses et ne pas couvrir tous les aspects des soins de maternité, tels que l'accouchement ou les soins périnataux » (Collectif FEMSAM 2024). Bien que nous n'ayons trouvé aucune régulation concernant la couverture des soins périnataux par les assurances de santé privées, d'autres recherches ont constaté que « l'un des soins très rarement couverts par tout type d'assurance est l'accouchement et, dans une plus large mesure, les soins périnataux comme l'échographie » (Collectif FEMSAM 2024). En effet, les compagnies privées pourraient être réticentes à couvrir la grossesse et l'accouchement en raison des risques financiers élevés et imprévisibles.

Des conditions précaires de santé périnatale

Du point de vue humanitaire et à l'égard de l'accès aux soins de santé, les femmes RNP sont comprises dans la catégorie plus ample de personnes *Migrantes à statut précaire* (MSP), c'est-à-dire une personne née dans un autre pays qui n'a ni statut migratoire permanent ni statut garanti, ou qui n'a aucun statut officiel. Il existe peu de données sur le nombre de personnes MSP au Canada, mais en 2014, l'organisation MdM a estimé qu'il y avait environ 250 000 MSP au pays, dont 40 000 à Montréal (CIDDHU-UQAM et MdM 2015). La notion de « précarité » fait référence à tout un éventail de situations migratoires diverses qui ont un impact sur la santé de ces femmes, indépendamment du fait qu'elles aient un statut migratoire légal ou non.

Entre janvier 2015 et décembre 2021, la RAMQ (2022) dénombre 9 917 femmes²⁴ ayant accouché alors qu'elles n'avaient pas d'assurance maladie, une tendance en hausse. Il est cependant difficile de déterminer combien de femmes et de familles ont payé pour les soins prénataux, ainsi que de connaître leur statut migratoire au moment de l'accouchement, de suivre leur parcours migratoire, et de confirmer si elles résident toujours au Québec (RAMQ 2022).

²⁴ Ce groupe englobe les femmes dont le statut d'immigration ou la durée de présence au Québec ne leur donne pas droit à l'assurance maladie provinciale (RAMQ) ou fédérale (PFSI) et qui ne détiennent pas d'assurance privée. Y compris celles n'ayant jamais eu le projet de s'établir au Québec et celles dont la seule intention était de venir accoucher au Québec. (RAMQ 2022)

Ces barrières d'accès aux soins périnataux chez les immigrantes temporaires affectent gravement les issues de la grossesse et de l'accouchement. Les femmes migrantes sans assurance maladie utilisent moins les services de soins disponibles, commencent leur suivi de grossesse tard ou ne se présentent qu'à l'accouchement (Fortin et Le Gall 2007). Or, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande fortement un suivi de grossesse rigoureux afin de réduire les risques de mortalité maternelle, de fausse couche, de naissance prématurée, de faible poids de naissance ou de mortinatalité (Debessai et al. 2016).

Les coûts associés aux soins périnataux des femmes non assurées par la RAMQ

Les personnes sans assurance provincial (RAMQ) ou fédéral (PFSI) doivent payer des coûts plus élevés pour recevoir des soins de santé et des services sociaux au Québec, car elles sont imposées d'une surcharge du 200% sur les tarifs de base²⁵. Un rapport de la RAMQ (2022) indique qu'une minorité de femmes choisit le parcours complet en maison de naissance, et il est difficile d'estimer leur nombre. Cependant, ce type de services pourrait aussi être soumis à une surcharge de 200 %.

En principe, les établissements doivent facturer selon les circulaires ministérielles, mais les coûts d'hospitalisation et les tarifs des médecins peuvent varier considérablement d'un hôpital à l'autre (OTP 2019). Selon l'Observatoire des tous petits (OTP 2019, 31) au Québec, les frais associés à une grossesse et à un accouchement sans complication peuvent osciller entre 8 934 \$ et 17 280 \$. De plus, les frais d'accouchement peuvent varier en fonction du nombre de jours passés à l'hôpital et des tarifs appliqués par le médecin. Selon le rapport, ces frais peuvent aller de 2 700 \$ pour un accouchement vaginal à 4 600 \$ pour une césarienne.

Il est difficile de déterminer le coût exact du suivi de grossesse pour les femmes non couvertes par l'assurance maladie (RAMQ 2022). De plus, les estimations disponibles ne tiennent pas compte de certains coûts associés, tels que les tests, les échographies, les soins particuliers comme le besoin d'hospitalisation, les soins post-partum et les médicaments (OTP 2019; RAMQ 2022). Il a été constaté que de nombreuses femmes enceintes sans couverture médicale

²⁵ Cette surcharge est établie en vertu de l'annexe 1 de la circulaire 2018-021 publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (avril 1992), pour « compenser, entre autres, les coûts de la composante immobilière non comprise dans le prix de journée ». Les médecins et établissements privés sont libres de suivre ou non cette directive, mais elle s'applique aux institutions de santé de l'État. (OTP 2019; Collectif FEMSAM 2024)

renoncent à leurs soins obstétricaux, en raison de leur incapacité à payer des frais médicaux (OTP 2019, 37).

Mesures de soutien destinées aux femmes enceintes sans couverture de la RAMQ

Le rapport de la RAMQ (2022) indique qu'aucun programme au Québec ne couvre les frais d'accouchement des femmes ne disposant pas d'une couverture santé. Toutefois, certains organismes ont pour mission de réduire les inégalités sociales en aidant les femmes enceintes en situation de vulnérabilité (RAMQ 2022) :

- Dans certains quartiers de Montréal, *La Maison Bleue* offre des services d'évaluation et de suivi psychosocial ainsi que des services psychoéducatifs pour les enfants de 0 à 5 ans. Cet organisme offre également des services médicaux gratuits liés au suivi de grossesse et au suivi postnatal aux femmes qui n'ont pas accès à la RAMQ ou au PFSI. De même, des montants sont consentis pour les tests diagnostiques (tests sanguins, échographies).
- *Médecins du Monde* (MdM), pour sa part, offre des soins de médecine générale à sa clinique de Montréal destinés exclusivement aux personnes migrantes à statut précaire qui ne sont pas couvertes par la RAMQ, le PFSI ou par une assurance privée et qui n'ont pas les moyens de payer les soins dont elles ont besoin. La clinique est ouverte deux à trois journées par semaine pour des consultations confidentielles et gratuites. L'une de ces journées est exclusivement réservée aux femmes migrantes enceintes ou venant d'accoucher et à leurs enfants.
- En avril 2022, la *Fondation Olo*, qui œuvre auprès de familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, a invité ses membres associés sur le territoire à remettre à la clientèle sans couverture RAMQ ou PFSI des coupons échangeables dans les épiceries, dépanneurs et pharmacies du Québec contre des œufs, du lait et des légumes surgelés ainsi que des vitamines prénatales. Par cette invitation, la Fondation encourage ses membres à soutenir ces femmes enceintes et ces familles, et ce, peu importe le contexte dans lequel les coupons sont remis.

Un portrait incomplet des femmes enceintes sans couverture de santé publique

Selon la RAMQ (2022), les données actuelles ne fournissent pas une vue complète de la situation des femmes enceintes au Québec qui n'ont pas de couverture santé. Bien que la volumétrie

annuelle estimée de cette population soit de 2 019 femmes, le nombre exact n'est pas connu (RAMQ 2022, 21)²⁶. D'autres lacunes importantes concernent leur statut d'immigration et marital, leur niveau de précarité socioéconomique, et les causes de leur vulnérabilité (notamment combien sont au Québec par choix et combien sont contraintes par des circonstances). Cette absence d'informations complètes représente un obstacle significatif à l'établissement de critères pour l'accès aux soins de santé pour ces femmes, conclut ce rapport. Ainsi, notre recherche vise à combler ces besoins d'informations, en explorant l'expérience des immigrantes temporaires suivant de projets de mobilité économique (études ou travail).

²⁶ « Estimation faite à partir des données de la RAMQ, soit le nombre de femmes non admissibles au moment de leur accouchement pour les années 2018 à 2020. L'année 2021 a été exclue en raison de la situation pandémique. » (RAMQ 2020, 21)

3. PERSPECTIVES THÉORIQUES

3.1 Une perspective élargie de la vulnérabilité

Les vulnérabilités des femmes immigrantes en périnatalité

La période périnatale peut être considérée comme un moment vulnérable dans les trajectoires de femmes, mais certaines conditions intensifient encore cette vulnérabilité chez des populations plus défavorisées, comme c'est le cas des femmes migrantes. Concernant la vulnérabilité en matière de santé des populations migrantes, *Médecins du Monde* évoque spécifiquement les « migrants à statut précaire » (MSP). Ainsi, la notion de « vulnérabilité » a été souvent associée à celle de « précarité » pour aborder les expériences des populations migrantes (Vogels-Broeke et al. 2020) et des femmes immigrantes enceintes (Virole-Zajde 2016).

Lors de la transition à la parentalité, les femmes immigrantes sont susceptibles d'expérimenter un état de vulnérabilité aux dimensions multiples, imbriquer les unes aux autres, particulièrement si elles manquent du soutien social nécessaire (Hamelin-Brabant et al. 2015). La vulnérabilité en période périnatale fait référence à « une situation de transition pouvant compromettre la santé des membres de la famille, en l'occurrence les parents, qui expérimentent la naissance d'un enfant » (Hamelin-Brabant et al. 2015, 28). Cette notion est mobilisée pour rendre compte des dimensions biologiques, psychologiques, cognitives et sociales qui sont interreliées dans l'expérience périnatale, en lien avec les réseaux de soutien informel et semi-formels associés.

En contexte migratoire, Battaglini et al. (2000) classifient la vulnérabilité périnatale des femmes en trois niveaux — élevée, moyenne et faible — en fonction de leur parcours migratoire, de leurs conditions parentales, de leurs caractéristiques sociodémographiques, de leur origine ethnique, de leur état de santé et de leurs réseaux sociaux. Les auteurs indiquent que la source de la vulnérabilité de ces femmes immigrantes est bien souvent circonstancielle et liée au contexte et aux événements associés à leurs parcours migratoires. Dans le cadre de notre recherche, nous proposons d'élargir la compréhension de la vulnérabilité à la lumière des trajectoires de vie des populations considérées justement comme plus « vulnérables », dont les nouvelles mères immigrantes temporaires.

Les vulnérabilités au cours de la vie

Les contributions de Judith Butler (2009) dans le champ de la philosophie politique, par exemple, ont imprégné des réflexions sur une « théorie de la vulnérabilité »²⁷. La pensée de Butler sur la vulnérabilité mise notamment sur la condition de précarité du corps humain, ainsi que sur des « cadres d'appréhension » qui façonnent la manière dont cette vulnérabilité est socialement construite par autrui. Dans ce sens, autant la dimension corporelle que les liens sociaux façonnent des conditions de vulnérabilité qui affectent l'expérience périnatale des femmes, en particulier immigrantes temporaires.

En prenant compte du caractère multidimensionnel de cette expérience, le concept de vulnérabilité s'avère utile pour développer une approche interdisciplinaire reliant des aspects psychologiques, sociologiques et médicaux (ou pathologiques) dans les parcours de vie de ces femmes. Or, il reste toutefois controversé. Les cadres disciplinaires existants, selon Oris (2017), restreignent souvent la construction d'une approche holistique nécessaire pour comprendre les vulnérabilités humaines. Si bien que la notion de *vulnérabilité* est considérée parfois comme trop « vague » ou « faible » méthodologiquement, la nature « fourre-tout » de ce terme peut devenir une formule de succès pour analyser plusieurs objets à travers les multiples disciplines (Oris 2017).

Ainsi, l'auteur propose d'articuler le concept de vulnérabilité avec une structure théorique qui le rend plus « solide », tel que la perspective du parcours de vie. Une analyse des processus de vulnérabilité à travers le prisme du paradigme interdisciplinaire du parcours de vie vise à doter ce concept d'une forme de connaissance plus structurée ou du moins plus cumulative (Oris 2017). Cette approche mobilise également les contributions de la théorie de l'accumulation d'avantages et désavantages au cours de la vie, largement utilisée dans les études sur les inégalités sociales et de santé (Diprete et Eirich 2006). Il persiste toutefois des lacunes sur les mécanismes sous-jacents à cette « accumulation » dans les trajectoires, ainsi que la méprise de la capacité d'action des sujets, selon Oris (2017).

L'approche de Butler (2009; 2019) remet en question les modèles traditionnels, voire hégémoniques, qui préconisent l'élimination de la vulnérabilité comme condition préalable à la politique. L'autrice fait référence à un sujet politique vulnérable et sensible qui est capable d'agir et de transformer les cadres normatifs autour, soit les attentes, tout en demeurant dans un état de vulnérabilité. Pour sa part, Ferrarese (2019, 78) essaie d'avancer cette réflexion plus loin, en proposant une politique de la vulnérabilité « qui implique certes le renversement de ce qui était

²⁷ Notamment à partir de l'œuvre « *Ce qui fait une vie. Essai sur la violence, la guerre et le deuil* » (Butler 2009).

précédemment institué, mais prend aussi réflexivement en charge, dans son entreprise d'institution de nouvelles attentes, l'être en commun qui se tisse entre des sujets dont les vulnérabilités diffèrent ». Dans notre recherche, nous comprenons que les femmes immigrantes temporaires sont aussi des sujets actifs, capables de redéfinir leurs propres cadres de vulnérabilité.

3.2 La vulnérabilité au primse des temporalités

Les trajectoires des sujets plus vulnérables ont été un des domaines d'intérêts dans les études du parcours de vie, à la lumière de différentes approches théoriques mobilisées (Brown 2018; Holman et Walker 2021; Ferrer et al. 2017). Giele (2009) a mis l'accent par exemple sur l'importance des méthodes qualitatives pour aborder des trajectoires de vie des femmes, en intégrant les dimensions de classe sociale, genre et race. Dans ce sens, le cadre théorique de notre recherche s'appuie sur une perspective de la vulnérabilité qui tient compte des trajectoires migratoires et maternelles des femmes rencontrées, ainsi que du croisement de multiples transitions de vie dans leurs parcours.

Une approche dynamique et processuelle au concept de vulnérabilité permet de comprendre la manière dont les multiples conditions de vulnérabilité peuvent s'accumuler et/ou changer tout au long d'une vie. Dans ce sens, « les processus de vulnérabilisation et de résilience qui influencent les trajectoires de vie et le bien-être dépendent de la répartition inégale des ressources et des risques » (Oris 2017, s.p.). Les femmes immigrantes peuvent devenir particulièrement vulnérables à travers les processus de mobilité internationale, surtout lorsqu'elles se trouvent dans des conditions migratoires précaires ou instables, comme c'est souvent le cas pour des séjours temporaires. Devenir mère dans ce contexte accentue les vulnérabilités préexistantes. La superposition de multiples transitions peut accroître le risque de vulnérabilité et le stress, nécessitant un effort supplémentaire de la part des groupes avec moins de ressources pour y faire face.

Une femme hautement qualifiée et porteuse d'un fort capital social dans un pays de l'Amérique du Sud, par exemple, peut être considérée comme faisant partie d'une population « vulnérable » les premières années après avoir immigré dans un pays du Nord. En plus des changements de statut social qui accompagnent souvent un processus migratoire, les repères culturels et identitaires sont radicalement transformés. Possiblement, « être femme » au Canada ne

ressemblerait pas à « être femme » dans sa ville de naissance, en termes de sécurité sociale et droits de la personne, par exemple. Or, le contexte d'accueil ajoute un regard racialisé sur cette femme, qui devient alors membre d'une « minorité visible ou non », selon les statistiques nationales. Les expériences vitales et les trajectoires de ces femmes immigrantes peuvent être dorénavant traversées par cette « vulnérabilisation » de leur parcours.

Les femmes immigrantes enceintes ou nouvelles mère peuvent intégrer des groupes considérés « officiellement » comme vulnérable, en raison des risques ou difficultés particulières qu'elles peuvent rencontrer. Cette « classification » pourra autant contribuer à la définition des besoins spéciaux de soutien et d'accès à certains avantages sociaux, qu'à avoir un impact négatif et de « stigmatisation » aux yeux des autres groupes, selon Oris (2017). Ainsi, la compréhension de la vulnérabilité repose, entre autres facteurs, sur le contexte entourant un groupe social, façonnant les critères et les valeurs de normativité dans chaque contexte.

Cette vulnérabilité peut être élaborée de différentes manières par les personnes « recensées » dans les statistiques. Une femme immigrante professionnelle, qui arrive au Canada avec un capital social important, pourrait même dénier ce statut de « vulnérable », pour le considérer comme dénigrant son potentiel ; ou bien s'approprier cette nouvelle « étiquette » en tant que mécanisme d'adaptation face aux nouvelles adversités rencontrées. Une analyse approfondie doit ainsi être réalisée afin de mieux saisir les interactions entre ce qui relève des conditions de l'« inégalité » et de la « vulnérabilité ».

L'inégalité découle de réalités tangibles et mesurables liées à la répartition du capital ou des ressources. En ce qui concerne la vulnérabilité, elle se manifeste comme une évaluation de la personne et de sa situation par son environnement social et institutionnel. La vulnérabilité est également une expérience vécue de manière subjective par l'individu (Oris 2017, s.p.).

La dimension subjective de cette vulnérabilité est également remise en question par certains courants de pensée abordant ce concept (Butler 2019; Ferrarese 2019).

La vulnérabilité n'est pas simplement un état ou une disposition subjective, elle est toujours liée à un objet, à une perspective, à un monde qui affecte (...) Quelle que soit la forme sous laquelle se manifeste la vulnérabilité (excitation, susceptibilité, désir, joie, peur, angoisse, appréhension), elle relève toujours déjà d'une épreuve relationnelle. (Butler 2019, 24)

Cette conception relationnelle associe le concept de vulnérabilité aux liens sociaux, ce qui est particulièrement pertinent dans le cadre de cette recherche portant sur des trajectoires de femmes. En discutant la théorie de Butler, par exemple, Ferrarese (2019) part du fait que la vulnérabilité procède toujours d'un manquement à des attentes d'ordre moral entre les sujets, et développer une réflexion sur la notion d'« attentes normatives ».

Selon Ferrarese (2019), la notion d'*attentes normatives* offre une perspective sur la vulnérabilité en tant qu'elle surgit simultanément avec un ensemble d'obligations, qu'elles soient satisfaites ou non, ainsi que des jugements normatifs, se manifestant au sein des interactions et liens sociaux. À la lumière de la théorie critique de Francfort, elle avance une critique sur l'« institution » de la vulnérabilité fondée sur ces attentes, d'autant que leur acceptation suscite un engagement moral, étant perçue comme des représentations légitimes de la réalité auxquelles il convient d'adhérer.

Les attentes normatives portent sur ce qui m'est dû, par autrui ou de la part de la communauté dont je suis membre, et ce dû est découpé dans la trame d'une mutualité, d'une généralité, voire d'une universalité nécessaire. Elles constituent, autant que des aspirations personnelles, des attentes d'un agencement social juste et/ou bon. Elles prennent d'ailleurs fréquemment la forme, lorsqu'elles s'expriment, c'est-à-dire lorsqu'elles échouent, d'un sentiment d'injustice. Elles sont le lieu de l'*expérience* des manquements à un ordre juste, et c'est à la lumière de leur déception qu'une revendication de justice peut être élaborée par celui qui en est l'objet. (Ferrarese 2019, 83)

Concernant les liens entre la notion de vulnérabilité et la perspective du parcours de vie, la vulnérabilité est vue comme un processus influencé à la fois par le contexte sociostructurel et par les caractéristiques des transitions et leur chronologie dans les trajectoires individuelles. Utiliser la perspective du parcours de vie pour analyser la vulnérabilité vise à « fonder une heuristique d'étude des vulnérabilités qui met l'accent sur leur construction dans le temps, ce qui implique nécessairement d'intégrer la résilience dans les analyses » (Oris 2017, s.p.). Les temporalités deviennent alors un élément central de cette approche.

3.3 Le parcours de vie de mères migrantes : âges, transitions et trajectoires

La théorie du parcours de vie²⁸ éclaire les événements des individus situés à l'intersection de différentes temporalités, en examinant comment les trajectoires de vie, les parcours et les changements sociaux interagissent (Elder et al. 2003) Dans le cadre de cette perspective, la vie d'un individu est abordée à partir d'une série de transitions ou d'événements qui s'inscrivent dans des trajectoires (professionnelles, familiales, etc.), et qui leur donnent une forme et un sens distincts (Elder 1985).

Dans ce sens, les parcours comportent plusieurs trajectoires, des représentations temporelles de chaque sphère de la vie, qui sont interreliées et rythmées par des événements et des transitions (Coustere et al. 2021). Les *trajectoires* définissent les séquences de rôles et d'expériences, constituées par des transitions qui délimitent ces changements (Elder et al. 2003). L'expérience de transition à la maternité des femmes immigrantes met en évidence l'entrecroisement des trajectoires migratoires et familiales, dans un contexte socioculturel et historique donné. Ainsi, le vécu d'un groupe de femmes dans ces conditions peut être déterminé, par exemple, par les politiques migratoires en place à une époque, ou bien par un contexte sanitaire particulier comme la pandémie de COVID-19.

La notion de *cohorte* permet quant à elle d'établir un lien entre *l'âge* et le temps historique (contextes). *L'âge* renvoie à une étape particulière du cours de la vie et au moment de l'occurrence (ou non) de certaines transitions qui balisent les trajectoires des individus dans une société. Dans les études du parcours de vie, les discussions sur la vulnérabilité renvoient à la définition sur *l'âge* en tant que concept construit socialement; comme c'est le cas, par exemple, des attentes par rapport à *l'âge* du mariage et de la maternité chez les femmes. Cette « normativité » des transitions influence les liens sociaux et les trajectoires individuelles.

Les attentes liées à *l'âge* définissent les moments appropriés pour les principaux événements et transitions de la vie, de façon que, en révolutionnant à travers les structures d'*âge*, les individus sont conscients d'être en avance, à temps ou en retard par rapport aux rôles qu'ils ou elles sont supposé·e·s d'exécuter (Elder et Giele 2009). Cela est particulièrement significatif dans l'analyse de la transition à la maternité, par exemple, car les femmes sont souvent confrontées à des attentes sociales fixés par rapport à *l'âge* d'être en couple ou mariée et d'avoir des enfants. Les situations liées au processus migratoire, notamment dans le cas des séjours temporaires étalés

²⁸ Le concept de *parcours de vie* est souvent utilisé de manière interchangeable avec d'autres termes tels que « la durée de vie » (*life span*), « l'histoire de la vie » (chronologie des événements tout au long de la vie) et « le cycle de vie » (séquence d'événements dans la vie ; processus de reproduction d'une génération à l'autre, etc.), mais ces concepts ne sont pas équivalents. (Elder et al. 2003)

sur plusieurs années, peuvent avoir des impacts sur leurs capacités à répondre à ces attentes sociales, culturels et personnels.

Les trajectoires s'articulent en fonction de trois différents niveaux de temporalités. Le concept de temporalité historico-culturel qui concerne l'emplacement de l'individu dans une période historique et une société ; la temporalité sociale faisant référence à la vie des individus qui est influencée par les calendriers sociaux de leur groupe ou génération d'appartenance ; et la temporalité biographique qui définit l'enchaînement chronologique de la vie de l'individu. (Charton 2005 ; Gherghel et Saint-Jacques 2013). Dans les études sur les trajectoires familiales, par exemple, des événements comme la naissance du premier enfant peuvent se répercuter de manière différenciée selon le moment où elles surviennent dans la trajectoire individuelle (temps biographique) et en fonction des normes et des contraintes sociales spécifiques au contexte de l'événement (temporalités historique et sociale).

Certaines transitions sont définies dans le parcours de vie comme des *tournants* (*turning points*), car elles indiquent un changement substantiel dans le sens de la vie (subjectif ou objectif). Il s'agit d'une autre caractéristique des temporalités abordée par George (2009, 169), qui se concentre sur ces « points d'inflexion », c'est-à-dire sur « des événements spécifiques qui modifient sensiblement la direction et/ou la tendance d'une trajectoire ». Dans la biographie personnelle, « les tournants sont souvent décrits comme des 'moments décisifs' ou des 'expériences marquantes'. On s'attend généralement à ce que les tournants aient une incidence sur des résultats spécifiques » (George 2009, 169)

Les principes du parcours de vie

Les principes fondamentaux du parcours de vie visent à expliquer comment les vies sont socialement organisées dans les contextes biographique et historique (Elder et Giele 2009 ; Elder et al. 2003). Cinq principes se dégagent plus spécifiquement : a) le principe du temps et du lieu (*time and place*), avec le contexte historique et géographique qui façonne les trajectoires ; b) le principe des vies liées (*linked lives*), qui compte l'interdépendance des vies à travers les réseaux de relations partagées ; c) le principe d'agencitivité (*agency*), avec la capacité de choisir et d'agir des individus face aux opportunités et aux contraintes des circonstances ; d) le principe de la temporalité chronologique des événements (*timing*), comprenant les effets et conséquences des événements chez les individus selon le moment où ils se produisent dans le parcours de vie ; et e) le principe global du développement tout au long de la vie (*life span development*). Chacun des cinq principes « s'applique à l'ensemble de la durée de la vie, conformément au principe du

développement de la durée de vie, selon lequel le développement humain et le vieillissement sont des processus qui durent toute la vie » (Elder et Giele 2009, 9).

Le principe du *temps et lieu* est développé à travers les études sur *l'âge* et les *cohortes*, ce qui permet de saisir les trajectoires individuelles à la lumière des conditions historiques où elles surviennent. Les individus appartenant à une même cohorte de naissance (*birth cohort*) partagent une expérience historique particulière, avec des opportunités qui varient en fonction de la situation géographique. Par ailleurs, « ce principe souligne les multiples couches de l'expérience humaine, les hiérarchies sociales, les variations culturelles et spatiales, ainsi que les attributs sociaux et biologiques des individus » (Elder et Giele 2009 : 12). La pandémie de COVID-19, par exemple, a affecté l'expérience périnatale des femmes dans le monde entier, mais les impacts varient en fonction des régions, des conditions spécifiques des groupes sociaux, et des niveaux d'accès aux soins.

Le principe de *vies liées* indique que la vie d'une personne est imbriquée dans celle de ses proches. Ce principe est fondé sur une approche relationnelle, de façon que « les vies changent au fur et à mesure que les relations et les rôles sociaux changent » (Elder et Giele 2009 : 9), tel que dans le cas des changements dans les relations de parentalité et des liens familiaux intergénérationnels. Des études ont montré la centralité des réseaux de soutien autour des femmes immigrantes qui deviennent mères, par exemple, que ce soit dans le rôle joué par les conjoints/pères dans ce processus, ou bien dans les relations tissées avec la famille élargie qui reste dans le pays d'origine (Fortin et Gall 2012; Schneider 2019).

Le principe d'*agentivité* décrit à son tour comment les personnes construisent leurs parcours dans le cadre de contraintes données, comment elles agissent face à une situation ou font des choix qui leur donnent la possibilité de contrôler leur vie (Elder et Giele 2009). Cependant, cette capacité d'agir et notamment limiter lors des événements ou des environnements échappant au contrôle des individus. Ces choix se font donc en fonction de certains paramètres institutionnels et contextes historiques, de façon à ce que « les contraintes sociales restreignent et canalisent l'expression de l'action (Elder et Giele 2009 : 14).

Par exemple, les institutions médicales et migratoires vont établir certaines normes et procédures, variables selon les contextes historique et géographique, qui limitent les choix des femmes immigrantes primipares par rapport aux soins périnataux et aux cheminements des projets migratoires. Des changements dans certaines lois migratoires, ainsi que des restrictions sanitaires lors de la pandémie sont des faits qui montrent également le caractère dynamique de ces

contraintes à travers le temps et le lieu. Une question forte intéressante dans cette voie d'analyse est celle d'aborder les « arrangements » créés par des individus face à ces contraintes, ou même au-delà des limites conventionnelles.

Le principe du *timing*, qui répond à la question du « quand » ces événements ou transitions ont lieu dans la vie d'une personne. Le concept de *timing* a été développé notamment à partir des « significations normatives et subjectives de l'âge », car « les attentes sociales ou normatives déterminent en partie une transition de rôle » et « si elle est précoce ou tardive par rapport aux autres personnes et aux attentes (...) » (Elder et Giele, 2009 : 10). La question cruciale du *timing* (moment) des événements contribue à expliquer comment les expériences ou les contextes peuvent affecter les individus différemment en fonction du moment où ils se situent dans le parcours de vie.

Enfin, le moment de la vie où surviennent certains événements influence également la manière dont les personnes et le groupe coordonnent leurs réponses et utilisent les ressources disponibles pour y faire face, selon Elder et Giele (2009). Les auteurs soulignent ainsi que « le *timing* des événements de vie peut être compris comme des adaptations passives et actives permettant d'atteindre des objectifs individuels et collectifs », tout en illustrant des stratégies potentielles (Elder et Giele 2009, 14). Par exemple, l'expérience de maternité peut être largement influencée par le moment de l'annonce de la grossesse, selon les stades des trajectoires de couple, migratoires ou professionnelles des femmes.

Les recherches sur la fécondité des migrantes (Kulu et Milewski 2007) montrent comment la transition à la parentalité est synchronisée avec d'autres transitions et trajectoires de vie (migratoires, professionnelles). Ces séquences d'événements et de transitions sont définies sur le plan social, culturel et historique (Beneraju 2018). La corrélation entre une transition à la parentalité et le projet migratoire ouvre un débat sur le *timing* précis dans le parcours de vie, en lien avec les conditions entourant les trajectoires. Ces aspects sont aussi différemment construits selon les cultures et les générations. Les attentes sociales, les limitations liées aux expériences des transitions dans le parcours de vie sont d'ailleurs déterminées par le genre, la race, la classe sociale et la sexualité des sujets (entre autres aspects).

Les parcours désavantagés des groupes sociaux vulnérables

Parmi les évolutions théoriques de la perspective du parcours de vie, Elder et Giele (2009) mentionnent quatre orientations importantes de recherche : a) la contextualisation des vies; b) les

analogies à l'accumulation d'avantages et désavantages; c) le stress et le parcours de vie; et d) le parcours de vie et les interventions sociales. Ces thématiques mettent l'accent sur les inégalités et les multiples facteurs de vulnérabilité qui affectent davantage les trajectoires de certains groupes sociaux, tels que les mères immigrantes.

L'approche théorique sur *l'accumulation d'avantages et désavantages* est souvent utilisée pour aborder l'hétérogénéité des trajectoires, ainsi que la production d'inégalités entre les individus (Dannefer 2003; Elder et Giele 2009). « Cette perspective permet de réfléchir à la dynamique cumulative des liens sociaux — pérennes, faibles ou coupés. Le changement des liens sociaux peut affecter la santé et le bien-être » (Elder et Giele 2009, 18). Par ailleurs, la notion de « périodes critiques » est aussi mobilisée par des recherches qui embrassent le postulat développemental²⁹, selon lequel certaines tâches doivent être accomplies dans un segment spécifique du parcours de vie pour que des tâches ultérieures ne soient pas affectées.

Ces périodes peuvent être observées, par exemple, à partir des *événements* marquants ou des *transitions* fondamentales qui deviennent des *tournants* dans le parcours de vie, telles que la période périnatale, ainsi que le *timing* de ces transitions (ex. au début de la trajectoire migratoire). Il est primordial de comprendre les mécanismes qui sous-tendent ces périodes et d'établir leur *timing*, car « l'exposition différentielle à des facteurs sociaux et environnementaux pendant les périodes sensibles est donc considérée comme un moteur essentiel des disparités de santé » (Jones et al. 2019, S48), avec des effets pérennes sur les trajectoires de santé. La transition à la maternité peut être une de ces périodes critiques dans le parcours de femmes, mais le contexte migratoire rajoute d'autres facteurs de vulnérabilités qui se cumulent dans l'expérience périnatale des nouvelles mères.

Les conditions précaires entourant les trajectoires des femmes immigrantes peuvent aggraver considérablement leur santé périnatale. Les disparités de santé, selon Jones et al. (2019), peuvent être également liées aux efforts supplémentaires qui doivent mettre en place des membres des populations défavorisées pour répondre aux attentes sociales à certaines étapes de la vie. « Les normes sociales locales, les attentes de la société, la menace de l'identité sociale, la stigmatisation, la discrimination, le racisme et la vigilance sont des éléments importants à prendre en compte lors de la formulation de possibles expositions activant le stress » (Jones et al. 2019, S50).

²⁹ Voir Jones et al. (2019) sur les deux approches principales dans les études de parcours de vie.

Des études sur les transitions de vie et les trajectoires de santé des groupes marginalisés adoptent une perspective plus structurelle du parcours de vie, mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé. Ces modèles structurels sont cruciaux pour comprendre comment les structures sociales créent des inégalités en matière d'expositions et de ressources, en fonction de la race, de la classe sociale, du genre, de l'orientation sexuelle, de la religion, du handicap ou du statut d'immigrant. (Jones et al. 2019)

Du point de vue du stress, ces transitions peuvent également nécessiter une adaptation individuelle qui épuise les ressources psychologiques et physiques, voire les ressources génétiques. (...) Comme les transitions s'inscrivent dans des trajectoires de vie qui influencent l'expérience de la transition, ces environnements contextuels doivent être pris en compte dans l'évaluation de la manière dont les transitions affectent le stress et le bien-être ultérieur. Nous soutenons que le stress augmente pendant les périodes d'incertitude et que les transitions, par leur nature même, remettent en question les routines passées et invitent à une nouvelle adaptation. En outre, l'expérience acquise tout au long de la vie permet aux individus d'apprendre à gérer les transitions et de développer des adaptations réussies auxquelles ils peuvent à nouveau faire appel. (Almeida et Wong 2009, 141)³⁰

L'intégration d'une perspective de genre dans l'analyse de la transition à la maternité, par exemple, est apparue particulièrement pertinente pour la compréhension de l'expérience périnatale. Selon Miller (2007), les approches féministes révèlent comment les expériences personnelles des mères interagissent avec les discours genrés sur la maternité. Néanmoins, certains aspects des discours dominants continuent d'influencer les récits des femmes, qu'elles s'appuient sur des conceptions naturelles ou culturelles de la maternité (Miller 2007).

Dans le cadre des études sur la migration des femmes, y compris celles sur le vécu de la maternité en contexte migratoire, les femmes sont souvent considérées comme des « sujets précaires » (Virole-Zajde 2016) qui subissent de multiples formes de discrimination concomitantes (Catarino et Morokvasic 2005). Cette perspective ne vise pas à annuler la capacité d'agir des femmes pour transformer ces relations de domination, mais plutôt à préciser un « état » de précarité qui

³⁰ "From a stress perspective, these transitions also may require individual adaptation that depletes psychological and physical resources or even genetic resources. (...) Because transitions are embedded in life course trajectories that influence the transition experience, these contextual environments must be considered in assessing how transitions affect stress and subsequent well-being. We contend that stress increases during periods of uncertainty and that transitions, by their very nature, challenge past routines and invite new adaptation. Furthermore, experience over the life course results in people learning how to handle transitions and developing successful adaptations that they can call on again."

s'exprime autant par des mauvaises conditions matérielles et de vie du sujet, que par l'absence de droits juridiques et sociaux, de soutien institutionnel et pour l'estime de soi. Dans cette même direction, le concept de « vulnérabilité » a été souvent mobilisé pour aborder les trajectoires et les expériences des groupes plus défavorisés dans la société.

En somme, ces perspectives invitent à repousser les limites théoriques et méthodologiques des études traditionnelles sur les parcours de vie, afin de comprendre les trajectoires défavorisées de certains groupes sociaux. Aux fins de notre recherche, la perspective du parcours de vie est mobilisée à la lumière des processus de vulnérabilisation qui configurent des inégalités chez ces groupes, en particulier celui composé de femmes immigrantes temporaires nouvellement mères.

4. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

4.1 L'approche qualitative par entretiens semi-dirigés

Cette recherche s'inscrit dans une approche méthodologique qualitative interprétative fondée sur l'analyse thématique d'entretiens semi-dirigés, afin d'explorer les enjeux qui émergent des expériences et des émotions exprimées par les personnes rencontrées. L'entretien permet d'accéder directement aux discours et au langage qui façonnent la vie sociale des individus, ainsi que de recueillir des informations variées sur les lieux, événements et expériences, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques des personnes, générant ainsi des données riches (Dunn, 2021).

Pour Dowling (2016), l'entretien s'inscrit dans la tradition herméneutique des sciences sociales, de sorte qu'il est utilisé pour comprendre les interprétations, les expériences et la spatialité de la vie sociale. De plus, cette méthode est utile pour appréhender des opinions différentes sur un sujet, notamment « des groupes marginalisés ou subalternes, dont les opinions sont insuffisamment écoutées » (Dunn 2021, 149). Le contexte et le sujet de la recherche positionnent l'approche choisie dans des théories féministes et ethniques, en se basant sur les expériences vécues et sur le dialogue.

Malgré son caractère traditionnel, l'entretien désigne différents types d'interaction, selon des classifications dans la littérature. Les types d'entretiens se distinguent par le nombre de participants (individuels ou en groupe), les moyens d'interaction (face-à-face, téléphone, visioconférence) et le degré de flexibilité, qui dépend de la structure du guide d'entretien (Brayda et Boyce 2014 ; Imbert 2010). Dans le cadre de cette recherche, nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés en ligne (par Microsoft Teams).

L'entretien semi-dirigé, selon Imbert (2010), est une conversation qui définit un moment privilégié d'écoute et d'empathie, de partage et de reconnaissance de l'expertise de toutes les personnes engagées. La réalisation d'entretiens semi-dirigés dans notre recherche nous permet de privilégier les constructions narratives des expériences vécues et les points de vue des femmes immigrantes. La dimension de l'expérience racontée lors de l'entretien permet de retracer une trajectoire unique où l'individu met en scène diverses sphères de sa vie, en construisant du sens à partir de faits personnels et temporels.

La narration est la dimension matérielle de la recherche. Pour Berteaux (2016), l'action discursive s'inscrit dans les pratiques et les contextes des sujets sociaux, soulignant dans cette qualification la richesse des cas particuliers abordés. Dans ce sens, les entretiens semi-dirigés mettent en évidence ces aspects et éclairent des événements cruciaux, tels que la transition à la maternité.

4.2 Les critères de sélection des participantes

Les RNP constituent un groupe assez hétérogène, mais nous nous intéressons aux femmes qui sont arrivées au Canada avec un permis temporaire pour raisons d'études, de travail ou pour accompagner au conjoint pendant ce séjour. Ce groupe comprend notamment les étudiantes en formation et diplômées, les travailleuses temporaires qualifiées, les conjointes des étudiants ou des travailleurs temporaires qualifiés. Il s'agit d'immigrantes temporaires pour raisons économiques, que ce soit comme titulaires du permis principal ou en tant que dépendantes d'immigrants temporaires qualifiés.

Au-delà de la diversité migratoire présente au Québec, il est indéniable que les politiques migratoires québécoises sont orientées par des critères linguistiques visant à préserver la langue française (Gagnon et al. 2014). Par ailleurs, les immigrant·e·s qui n'ont pas le français ni l'anglais comme langue maternelle sont susceptibles de rencontrer plus de défis lors du processus d'intégration à la société d'accueil. Dans ce sens, nous nous intéressons aux femmes immigrantes temporaires d'origine latino-américaine au Québec. Environ 32% des de la population immigrante d'origine latino-américaine (immigrant·e·s permanenet·e·s) dénombrée au Canada réside au Québec, selon les données du dernier recensement (Statistique Canada 2022)³¹. Notre étude ne couvre toutefois que quelques pays d'Amérique latine.

Parmi la population RNP au Canada, quatre personnes sur cinq faisaient partie d'un groupe racisé, dont les Latino-Américains (8,6 %) étaient l'un des groupes les plus présents (Tuey et Bastien 2023). Les personnes d'origine latino-américaine sont regroupées selon trois sous-régions : L'Amérique du Sud, les Caraïbes, et l'Amérique centrale. La distribution de RNP provenant d'Amérique-Latine est assez similaire tant au Québec que dans le reste du Canada. On observe cependant que la plupart des personnes qui proviennent des Caraïbes se trouvent

³¹ En 2021, la population d'origine latino-américaine au Canada était de 127 225 personnes, soit 11 % des personnes nées à l'extérieur du Canada, dont 41 205 se trouvent au Québec (Statistique Canada 2022).

au Québec, notamment en raison de la communauté haïtienne francophone. (Tuey et Bastien 2023)

Nous visons à explorer la diversité des conditions de vie des femmes immigrantes temporaires, en nous concentrant sur une population partageant des caractéristiques et des expériences périnatales communes. Pour notre étude, nous avons défini les critères d'inclusion suivants :

- Avoir plus de 18 ans
- Être née et être arrivée à Montréal depuis un pays hispanophone de l'Amérique latine.
- Être arrivée à Montréal temporairement pour étudier, pour travailler, ou pour accompagner son conjoint dans un projet d'études ou de travail à l'étranger.
- Être arrivée à Montréal dans les cinq dernières années³² avant la réalisation de l'entretien (2023).
- Avoir eu leur premier enfant à Montréal et que cet enfant ait été conçu à Montréal pendant cette période migratoire.
- Avoir vécu la grossesse et l'accouchement en étant résidente temporaire.

Selon Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, (IRCC), les « résidents temporaires » ne comprennent pas certains types de permis migratoires (ex. demande d'asile)³³. Les femmes devenant mères sans statut légal, ainsi que les visiteuses et les demandeuses d'asile, ne sont pas incluses dans cette recherche. Nous estimons que ces groupes font face à des conditions migratoires distinctes de celles des personnes venant au Canada avec des autorisations légales temporaires pour étudier ou travailler.

Bien que les femmes en demande d'asile aient également un statut temporaire, leurs parcours migratoires diffèrent considérablement de ceux des immigrantes qualifiées. Leurs situations de précarité spécifiques nécessitent des approches de recherche adaptées. De plus, les femmes arrivées enceintes à Montréal ne sont pas incluses dans cette recherche, car notre objectif est d'étudier la période périnatale pendant le processus migratoire, de l'arrivée au Canada, incluant la conception et l'annonce de la grossesse, jusqu'à la période post-partum initiale.

Ces critères de sélection nous permettent de cibler une population similaire quant à l'origine culturelle linguistique, le temps écoulé depuis l'arrivée à Montréal et le fait de ne pas avoir eu d'enfants préalablement. Elles partagent également un statut de résidence temporaire lié à un projet économique par la voie des études ou du travail, mais ceux-ci varient d'un cas à l'autre. En

³² Cette période fait référence à des conditions d'immigration récente.

³³ Se référer aux informations fournies dans le chapitre dédié à la revue de la littérature.

plus, elles occupent des rôles différents dans ces projets migratoires, soit en tant qu'étudiantes internationales, travailleuses étrangères ou accompagnantes familiales.

Concernant les droits d'accès à la santé publique pour des soins périnataux, il convient de souligner que les femmes résidentes temporaires peuvent avoir, dépendant du type de permis, les mêmes droits d'accès aux services publics de santé en soin périnatal que les personnes résidentes permanentes. Or, elles sont incluses également dans l'analyse, car nous cherchons à comprendre les interactions entre les différents parcours de migration temporaire qualifiée et le vécu de la transition à la maternité.

4.3 Des considérations éthiques

Le processus de demande d'autorisation pour réaliser le travail de terrain a été réalisé d'octobre 2022 à janvier 2023, et le certificat d'approbation a été émis par le Comité d'éthique en recherche avec des êtres humains de l'INRS en février 2023 (voir Annexe 1), avant de commencer le recrutement. Les femmes ont été préalablement informées du contexte de la recherche et elles ont signé une déclaration de consentement libre et éclairé avant l'entretien. Dans ces documents, la confidentialité de la recherche et la protection de leur identité par l'anonymat ont été dûment garanties. Les noms réels des femmes ont été changés par des pseudonymes dans le texte, et dans les extraits retenus des entretiens, ces noms apparaissent suivis de l'âge et de la catégorie migratoire afin d'accompagner les profils associés aux récits.

Les femmes interviewées ont aussi été informées des risques et des avantages éventuels liés à la participation à la recherche, de la liberté de participer ou non et de l'interruption de leur participation quand elles le souhaitaient, sans que cela leur cause de préjudice. Parmi ces risques possibles, il a été mentionné que l'acte de narrer des faits récents et douloureux pourrait raviver des souvenirs de moments difficiles, susceptibles d'éveiller des émotions telles que la détresse, l'anxiété et l'angoisse. Elles étaient prévenues que si cela se produisait, l'entretien pouvait être interrompu à leur demande, et la chercheuse se tenait à leur disposition pour les écouter et les accompagner. De plus, une liste des services de soutien publics et caritatifs disponibles à Montréal leur était proposée.

4.4 Le recrutement

Après avoir obtenu le certificat éthique nécessaire pour démarrer le travail de terrain (février 2023), j'ai commencé³⁴ à contacter plusieurs organismes communautaires qui travaillent auprès de la population immigrante, des femmes ou qui abordent des questions sur la périnatalité. J'ai envoyé à plusieurs organismes de Montréal un courriel de présentation et une lettre d'invitation à participer à la recherche. En mars 2023, j'ai participé en présentiel au *Forum sur la périnatalité* organisée par le *Regroupement Naissances Respectées*, à Montréal, et j'ai tissé des liens avec plusieurs intervenant·e·s et spécialistes dans le domaine de la périnatalité, y compris la maternité en contexte migratoire. À travers des personnes connues dans ce domaine, j'ai pu obtenir une réponse positive de la part de quelques organismes, mais je n'ai pas réussi à contacter des potentielles participantes à travers ces contacts. Des courriels d'invitation et des appels téléphoniques ont été relancés à plusieurs reprises, mais sans réponse de la part des organismes contactés.

Malgré plusieurs actions réalisées pendant des mois, les efforts de recrutement dans les instances formelles n'ont pas eu de résultats positifs. Plusieurs raisons peuvent être avancées à cet égard. D'un côté, il est connu que le milieu communautaire est limité en termes de ressources pour adresser l'ensemble de demandes reçues, dont l'attention à la population occupe la priorité par rapport au développement de la recherche. Bien que j'aie présenté des retombées positives de cette recherche pour le travail des organismes, le manque de liens solides dans le long terme auprès de ces acteurs communautaires a limité ce processus de recrutement. En plus, des critères de sélection assez restreints ont pu rendre difficile le recrutement des femmes avec les profils visés.

Parallèlement à ces démarches, j'ai envoyé l'appel à participation à mes collègues d'études, ainsi qu'à des groupes de personnes immigrantes latino-américaines de mes réseaux personnels. J'ai utilisé comme lieu de recrutement numérique, notamment les groupes de mamans latines à Montréal, ou de façon générale des groupes de latinos sur Facebook, qui est l'un des réseaux les plus utilisés par cette communauté. Les résultats initiaux ont été toutefois insuffisants. Quelques personnes ont manifesté leur intérêt à participer sur Facebook, mais elles n'ont pas été retenues, car leurs conditions ne correspondaient pas entièrement au profil recherché.

Après les premières publications infructueuses réalisées sur les réseaux numériques, j'ai décidé de me présenter moi-même en tant que femme latino-américaine, étudiante internationale ayant

³⁴ À noter que le « je » est utilisé lorsqu'il s'agit de démarches réalisées par l'étudiante autrice du mémoire. Cependant, le « nous » est indiqué lorsqu'il s'agit des réflexions et des décisions concernant la direction de la recherche.

un permis de résidence temporaire. En expliquant ce lien entre le travail de recherche et mon parcours migratoire, j'ai reçu plusieurs messages de femmes voulant collaborer à la recherche, possiblement grâce à une empathie envers ma réalité. J'ai pu réaliser une partie des entretiens autour du mois de mai, et les autres entre août et octobre, à la suite de relances des publications sur les réseaux sociaux. Finalement, j'ai réussi à rencontrer dix femmes qui ont participé, dont neuf à travers les groupes Facebook et une par bouche-à-oreille. Toute cette communication concernant le recrutement s'est faite en espagnol, ainsi que les entretiens réalisés.

Certaines contraintes de temps et de ressources ont limité la portée de cette recherche de maîtrise, en particulier en raison des difficultés de recrutement et des conditions de vie impactant la participation des femmes. Les efforts de recrutement ont pris une grande partie du temps de la recherche, en raison des spécificités du profil recherché, car il s'agit de femmes qui vivent plusieurs transitions dans une courte période et qui ont traversé toutes les étapes périnatales à Montréal.

4.5 Le déroulement des entretiens semi-dirigés

Avant les entretiens, j'ai été en contact avec les participantes à travers le clavardage de Facebook, pour confirmer les critères de sélection, demander un courriel de contact et fixer la date et l'heure de l'entretien. Ensuite, je leur ai expliqué le processus et envoyé les documents informatifs ainsi que le consentement éclairé à signer avant la rencontre. Les dates prévues ont parfois été modifiées en raison des horaires chargés des femmes, mais je leur ai assuré que je pouvais m'adapter à leurs priorités et que ces changements n'affectaient pas la recherche.

Je ne connaissais pas préalablement les femmes rencontrées et j'ai eu peu de contact avec elles avant l'entretien. En ce sens, Demoncy (2016, 35) soutient que « la connaissance de la personne interviewée comme sa non-connaissance peuvent être un biais, soit par une trop grande proximité ou distance dans la relation enquête-enquêteur ». J'ai essayé de me montrer toujours respectueuse et bienveillante lors des échanges.

Après avoir reçu leur déclaration de consentement éclairé signé, les entretiens ont été réalisés à travers la plateforme Teams et en espagnol. Les participantes ont exprimé leur intérêt à mener les entretiens virtuellement en raison des contraintes de disponibilité de temps, ainsi que des responsabilités maternelles. L'entretien en ligne présente de nombreux avantages, mais également des inconvénients.

Bien que les entretiens réalisés en mode virtuel puissent créer une « distance » avec les participantes, cette modalité a été choisie en fonction des préférences des femmes, et pour favoriser leur « confort » et réduire leur effort de participation. En plus, nous avons rencontré ces femmes à différentes étapes du post-partum, ce qui peut influencer différemment leurs perspectives, leurs récits et leur engagement dans l'entretien. Soit qu'elles se trouvent encore fort affectées par des événements traumatiques récents liés à la grossesse ou l'accouchement, soit qu'elles pourraient avoir changé ou oublié des détails du récit à cause des états de détresse extrême vécus pendant cette période.

En termes de temps et de ressources allouées pour cette démarche, la modalité virtuelle est moins coûteuse, car elle réduit le besoin de mobilité et favorise la conciliation avec des horaires de vie complexes. Considérant les conditions de vie des femmes rencontrées, avec un bébé à charge et traversant souvent des situations de vulnérabilité, l'entretien en ligne a permis d'atténuer leurs efforts de déplacement ou d'accueil d'une « visite » chez elles. Cependant, cette pratique peut créer une distance entre la chercheuse et la participante, pouvant limiter la lecture du langage corporel. La vidéoconférence entraîne aussi une perte du contexte ethnographique, car le fait de faire un entretien en présentiel ou de se promener avec la participante permet de collecter des données qui ne sont pas transmises par le langage. Le contexte enrichit la compréhension de la vie des sujets engagés dans la démarche de recherche (Dunn 2021).

Dans le cadre de cette recherche, les entretiens en ligne ont permis d'établir un lien de confiance et de faciliter la disponibilité des participantes, tout en leur permettant de rester attentives à leurs bébés à la maison. Les horaires des entretiens ont été adaptés aux besoins des enfants, se déroulant souvent tôt le matin, tard le soir, ou pendant les siestes. Lorsqu'un bébé se réveillait, les femmes interrompaient brièvement la conversation pour s'en occuper, mais préféraient souvent continuer l'entretien immédiatement. Ainsi, plusieurs bébés ont participé aux entretiens.

Les femmes rencontrées se sont senties à l'aise durant les entretiens, malgré quelques interruptions et les sujets délicats abordés. Réalisés à distance depuis leur domicile, ces entretiens ont bénéficié d'une ambiance naturelle et familière, sans la présence d'une personne « inconnue ». La proximité culturelle, linguistique et migratoire a également facilité cette relation avec ces femmes. Réaliser les entretiens en espagnol, sans traduction, a permis aux participantes d'exprimer plus librement leurs émotions et sentiments. Pour la plupart, l'entretien n'aurait été possible qu'en espagnol, en raison de leurs limitations linguistiques en anglais ou en français, ce qui aurait pu rendre ces échanges particulièrement stressants autrement.

L'entretien s'est déroulé dans un style conversationnel, guidé par des questions thématiques plus larges, en lien avec le format semi-dirigé de la grille d'entretien (voir Annexe 2). Un avantage de cette modalité est la flexibilité du guide d'entretien : la conversation peut se faire de manière naturelle et à la fois être orientée vers les thèmes ciblés (Dunn 2021). Le guide d'entretien (comme toute la documentation liée au travail de terrain) a été produit en français et en espagnol, mais j'ai utilisé ce dernier pour réaliser l'entretien. Les questions ont été formulées de façon ouverte, privilégiant la liberté des femmes d'exprimer leurs expériences à partir des éléments qu'elles jugeaient les plus pertinents ou marquants à partager.

Bien qu'il soit nécessaire de créer un lien de confiance avec les répondantes, cela peut entraîner un vrai dilemme, où « la combinaison de l'empathie et de la 'juste distance' et celle du respect et du sens critique sont particulièrement difficiles à obtenir » (Imbert 2010, 25). En général, les entretiens qui prennent la forme de conversation informelle peuvent nécessiter plus de temps pour collecter les données et exiger de meilleures compétences en communication de la part des chercheur·e·s (Patton 2002). Pendant les entretiens, j'ai essayé de bien identifier les points en commun pour créer ce lien de confiance, mais également nos différences, afin de dialoguer sur une sorte d'aller-retour entre ces deux positions.

Lors des entretiens, des situations délicates ont émergé, notamment liées aux expériences de discrimination, aux conflits conjugaux, et au manque d'accès aux soins périnataux. Les moments les plus éprouvants ont concerné les récits d'accouchements difficiles et de dépression post-partum. Par exemple, une femme ayant accouché par césarienne six mois avant l'entretien a pleuré en évoquant le manque de soutien familial dû à des conflits familiaux, tout en étant sous traitement anxiolytique. Une autre femme, dont le bébé est né dans des conditions critiques, a eu du mal à parler des moments difficiles de l'accouchement. Face à ces émotions, j'ai proposé de suspendre l'entretien, expliquant que cela était normal. Néanmoins, elles ont souhaité poursuivre, ce qui m'a amené à adapter les questions pour aborder des aspects plus factuels et chronologiques.

De façon générale, l'interaction avec les participantes a été cordiale et rassurante, ce qui a permis d'accéder à des récits intimes de leurs expériences. Plusieurs d'entre elles ont mentionné à la fin des entretiens leur motivation à participer à cette recherche pour « faire connaître » les difficiles réalités migratoires et médicales vécues, et elles voulaient continuer à être informées sur les résultats de l'étude.

4.6 L'analyse thématique des entretiens

Les entretiens menés en espagnol ont été enregistrés au format audionumérique, puis intégralement transcrits en espagnol avant d'être traduits en français. Bien que l'espagnol ait permis d'accéder aux expériences des femmes récemment arrivées, le processus de traduction pour le traitement de données a été ardu, pouvant influencer le sens des expressions. Je devrais m'assurer de préserver l'esprit des significations et le ton des propos exprimés par les femmes tout en gardant le style de conversation informelle. En étant moi-même une personne non francophone d'origine, cela a demandé un effort supplémentaire. Cependant, ces opérations de traduction m'ont permis en même temps d'analyser ces récits en profondeur, car j'ai dû comprendre adéquatement le sens et le centre des idées exprimées dans les entretiens pour pouvoir les traduire.

Nous avons réalisé une analyse thématique des entretiens, afin d'explorer les sujets qui ressortent de l'expérience d'entrée en maternité en contexte migratoire. Les données recueillies ont été codifiées manuellement et ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Bardin 1977; Wanlin 2007). Les éléments clés des phénomènes étudiés ont été identifiés et structurés, tout en établissant des connexions entre eux, selon différentes catégories conceptuelles. Les principales thématiques guidant l'analyse sont basées sur les sujets abordés dans l'entretien (voir Annexe 2), soit le projet migratoire et le vécu de la périnatalité dans le contexte migratoire. J'avais recueilli des informations sur le profil sociodémographique et le contexte migratoire des femmes, les dates et la chronologie des événements associées aux trajectoires migratoires et périnatales. Ensuite, nous explorons davantage leurs intentions et désirs, les défis rencontrés et leurs opinions et sentiments concernant les faits racontés.

L'analyse a ensuite avancé à un niveau conceptuel pour caractériser les expériences, les processus et les interactions contextuelles, en procédant à des analyses approfondies et à des regroupements d'informations. Ainsi, les thématiques analysées correspondent aux étapes des phénomènes étudiés : le projet migratoire ; les conditions entourant l'annonce de la grossesse après la migration ; le déroulement de la grossesse au plan médical, social et familial ; l'expérience d'accouchement ; et les premiers moments du post-partum. Nous abordons ces thématiques notamment en ce qui concerne l'expérience de la femme et les caractéristiques de son entourage dans le processus de transition maternelle en contexte de migration temporaire.

5. ANALYSE DES ENTRETIENS

5.1 Description du contexte migratoire des femmes

5.1.1 Le profil des femmes rencontrées

Nous présentons ici une description succincte des parcours migratoires de ces femmes, leurs caractéristiques du profil migratoire et familial, ainsi que les informations qui permettent de situer les différents événements qui jalonnent leurs trajectoires. Les femmes rencontrées proviennent du Chili, Pérou, Cuba, Mexique et la majorité de Colombie, l'un des pays le plus représenté dans la population latino-américaine et hispanophone à Montréal. Deux femmes ont entre 25 et 30 ans, six femmes entre 30 et 35 ans, et deux d'entre elles ont entre 35 et 40 ans. Ces tranches d'âge reflètent les tendances actuelles de l'immigration de personnes qualifiées au Canada, qui coïncident avec l'âge moyen à la maternité au Québec, autour des 30 ans³⁵.

Concernant les trajectoires migratoires, six femmes sont reliées à un projet d'études entrepris en couple, dont quatre sont titulaires principales du permis d'étude (Martha, Karla, Yanet, Luisa) et deux sont des conjointes d'étudiants internationaux (Nancy, Ana). De plus, deux femmes sont arrivées à Montréal en tant que conjointes de travailleurs étrangers avec une offre d'emploi « fermé » (Maria, Adela). Toutes les conjointes d'étudiants et de travailleurs internationaux détiennent un permis de travail « ouvert » (PTO) attaché au permis principal de leurs conjoints. Deux parcours plus atypiques se remarquent toutefois, en raison de la trajectoire du couple et du contexte pandémique (Ariana), ou du parcours professionnel d'une femme qui a immigré seule (Anali).

Hormis le cas d'Anali, qui s'est mise en couple après la migration, les autres femmes rencontrées étaient en couple depuis longtemps, entre 8 et 13 ans, et deux femmes se trouvaient en couple depuis 15ans (Ana) et 20 ans (Luisa). Étant donné l'âge de ces femmes, il s'agit généralement de couples formés en début vingtaine. Ariana, la plus jeune d'entre elles, avait rencontré son conjoint à l'âge de 19 ans. Aucune femme n'avait d'enfant lors de son arrivée à Montréal, mais les partenaires de deux d'entre elles avaient des enfants issus de relations antérieures (Martha, Anali).

³⁵ Se référer à la revue de littérature présentée auparavant.

Tableau 1 : Profil des participantes

Nom	Âge	Pays	Statut migratoire à l'arrivée	Statut migratoire lors de l'entretien (2023)	Rôle dans le processus migratoire	Statut conjugal	Date d'arrivée à Montréal	Annnonce de la grossesse	Accès à la RAMQ lors de l'accouchement	Connaissances linguistiques
Maria	27	Chili	Conjointe de travailleur étranger	PTO- Conjointe de travailleur étranger	Accompagnante	Conjoint de fait (8 ans en couple)	Dec-19	2 mois après l'arrivée	oui	Français et Anglais débutant
Martha	32	Colombie	Étudiante internationale	Permis de travail post-diplôme	Principal	Conjoint de fait (10 ans en couple)	printemps 2021	3 mois après l'arrivée	non	Français intermédiaire avancé et Pas d'anglais
Karla	32	Colombie	Étudiante internationale	Résidente permanente	Accompagnante	Mariée (10 ans en couple)	Jan-19	2 mois après l'arrivée (fausse-couche) final 2021-grossesse effective	oui	Français et Anglais fonctionnel
Anali	35	Mexique	Travailleuse étrangère	PTO- Conjoint de travailleur étranger	Accompagnante	Mariée (3 ans et demi en couple)	Juin-19	Jan-22	oui	Anglais avancé Français intermédiaire
Nancy	32	Colombie	Conjointe d'étudiant international	Conjointe d'étudiant international	Accompagnante	Mariée (13 ans en couple)	Jan-20	May-22	oui	Français débutant Anglais débutant

Ariana	26	Pérou	Visiteur- Conjointe résident permanent économique	PTO – conjointe de résident permanent économique	Accompagnante	Conjoint de fait (7 ans en couple)	Mar-21	4 mois après l'arrivée	non	Français intermédiaire et Anglais intermédiaire
Yanet	38	Cuba	Étudiante internationale	Permis de travail post- diplôme (PTPD)	Principal	Mariée (13 ans en couple)	Jan-20	Fev-21	non	Anglais intermédiaire et Français débutant
Adela	30	Colombie	Conjointe de travailleur étranger	Conjointe de travailleur étranger	Accompagnante	Mariée (8 ans en couple)	Jul-21	6 mois après l'arrivée (fausse- couche) octobre 2022 - grossesse effective	oui	Anglais débutant et Français intermédiaire
Luisa	33	Colombie	Étudiante internationale	Résidente permanente (2023)	Accompagnante	Mariée (21 ans en couple)	Sep-19	Juin-21	oui	Anglais intermédiaire- avancé et Français intermédiaire
Ana	37	Colombie	Conjointe d'étudiant	Résidente permanente (2023)	Principal	Mariée(15 ans en couple)	final 2019	Dec-21	oui	Français intermédiaire- avancé et Anglais débutant

L'objectif des paragraphes ci-dessous est de retracer les trajectoires migratoires et familiales de ces femmes en mettant en lumière le contexte migratoire et les faits saillants. Par ailleurs, nous présentons un résumé des trajectoires et des motivations migratoires, des types de permis et des rôles des membres du couple dans le projet familial et de migration.

Maria : Son conjoint est arrivé à Montréal grâce à une offre d'emploi, et elle l'a rejoint un an plus tard. Maria est arrivée en tant que visiteuse pour évaluer la possibilité d'une émigration permanente. La pandémie de COVID-19 a éclaté peu après son arrivée, et elle a demandé un permis de travail ouvert (PTO) sur place.

Martha : Elle et son mari ont décidé d'émigrer au Canada pour des études. Martha étudie en français dans un collège, malgré une connaissance limitée de la langue à son arrivée. Son mari occupe des emplois non qualifiés. Après la fin des études de Martha, tous deux obtiennent un permis de travail temporaire et peuvent demander la résidence permanente au Québec.

Karla : Elle et son mari, ingénieurs en mécanique, ferment leur entreprise pour immigrer au Canada. Karla étudie en anglais à Montréal et ne maîtrise pas le français, tandis que son mari ne parle aucune langue locale. Karla a dû apprendre le français plus tard pour réussir à trouver un emploi.

Anali : Initialement arrivée à Montréal pour un stage de recherche doctorale en psychologie, Anali obtient un emploi dans un laboratoire hospitalier, en milieu anglophone. Elle rencontre son partenaire, un travailleur temporaire portugais, avec qui elle commence à vivre ensemble et se marie plus tard. Il est père d'un garçon qui vit avec son ex-conjointe à Montréal et affronte des difficultés pour obtenir la garde partagée. Anali modifie son statut migratoire pour obtenir un PTO en tant que conjointe, ce qui lui permet de demander la résidence permanente avec son mari.

Nancy : Elle et son conjoint vendent leur maison et investissent leurs économies pour immigrer au Canada. Son conjoint étudie dans un collège anglophone à Montréal, tandis que Nancy ne parle pas les langues locales et travaille dans des emplois non qualifiés.

Ariana : En couple depuis longtemps avec son partenaire, mais ils n'avaient pas cohabité au pays d'origine. Son partenaire avait émigré au Canada avec sa famille grâce à un programme d'immigration, et elle, attachée à sa famille d'origine, a maintenu une relation à distance pendant presque deux ans. Elle ne voulait pas émigrer au Canada. En pleine pandémie, Ariana arrive à Montréal, avec un visa de visiteur pour motifs familiaux. En raison de sa grossesse, elle et son conjoint demandent un parrainage familial. Ariana obtient un PTO pour rester et travailler au Canada pendant que leur demande est traitée.

Yanet : Yanet et son mari avaient vécu en Équateur pendant cinq ans sans vouloir s'y établir définitivement. Elle est arrivée à Montréal avec l'intention d'immigrer. Avec un visa temporaire pour un cours d'anglais, elle a pu s'inscrire ensuite à un collège anglophone sans passer d'examen de langue. À l'entretien, elle avait terminé ses études et possédait un PTPD, mais attendait le renouvellement du permis de travail de son conjoint. Elle devait encore remplir certaines conditions pour demander la résidence permanente, mais son PTPD était sur le point d'expirer, et elle n'avait pas l'intention de quitter le Canada.

Adela : Son conjoint a reçu une offre d'emploi à Montréal, et ils ont décidé de s'y installer définitivement. Adela travaille dans des emplois non qualifiés tout en apprenant le français, bien qu'elle ne maîtrise aucune des langues locales.

Luisa : Après avoir tenté d'immigrer pour étudier à Toronto sans succès, Luisa concrétise son projet quelques années plus tard en étudiant dans un collège anglophone à Montréal. Son conjoint obtient une offre d'emploi, et Luisa passe d'un PTPD à un PTO pour demander la résidence permanente comme conjointe.

Ana : Après avoir vécu en Argentine pour des études, Ana et son conjoint essaient d'immigrer au Québec mais leur demande est refusée pour des raisons bureaucratiques. Ils ont relancé ce projet en se basant sur les études de son conjoint à Montréal. Ana apprend le français et travaille dans une garderie, devenant la demandeuse principale pour la résidence permanente après avoir accumulé un an de travail au Québec.

Les trajectoires de ces femmes révèlent que leurs projets migratoires sont principalement motivés par des raisons économiques. Ce projet s'est concrétisé soit par des opportunités professionnelles, soit par des plans d'études. Lors des entretiens, ces femmes reconnaissent que leur idée de la migration en tant que projet de vie n'est généralement pas liée à un lieu précis ou à un plan concret depuis le début. Cependant, elles mentionnent que les parcours des membres de leur famille ou des ami·e·s ont joué un rôle significatif en les inspirant à poursuivre ce projet.

Le Canada devient un choix privilégié pour certaines femmes, notamment celles qui suivent des projets liés aux études, en raison de la variété de programmes migratoires menant à l'obtention de la résidence permanente. Cinq femmes sont arrivées à Montréal en 2019, deux en 2020 et trois en 2021. Au moment de l'entretien (2023), trois femmes avaient déjà obtenu la RP (Luisa et Ana) dans cette même année, et l'une d'entre elles attendait la finalisation de ce processus (Anali).

Un facteur clé dans les projets migratoires de ces femmes est le choix de Montréal comme ville d'accueil. Elles évoquent certains motifs qui les ont conduites à choisir Montréal comme lieu de

destination : d'opportunités de contrats de travail (en anglais) des conjoints d'Adela et de Maria; de cours d'études accessibles dans certains collèges montréalais; des réseaux migratoires plus forts dans cette ville; et des conseils d'agences privées d'immigration établies à Montréal, qui orientent la clientèle vers des plans migratoires dans cette région. Au moment d'arriver à Montréal, la plupart d'entre elles parlent l'anglais comme première langue étrangère et n'ont pas assez de connaissances en français pour bien se débrouiller dans un contexte francophone.

5.1.2 L'adaptation du couple après l'arrivée à Montréal

Après l'arrivée dans le pays d'accueil, ces couples rencontrent de nombreuses difficultés et traversent des processus d'ajustement au nouveau contexte, mais cela est vécu différemment par chaque individu. Les défis rencontrés pour les membres du couple, ainsi que les conflits qui en découlent, sont généralement liés aux différents degrés d'engagement de chaque partenaire dans le projet de migration. En plus, cela est influencé par le rôle qu'ils jouent dans le processus migratoire juridique, soit la personne titulaire d'un permis de travail /études, ou celle qui l'« accompagne ».

La définition du rôle de chaque partenaire dans le processus migratoire peut répondre à plusieurs critères. Concernant le permis de travail, par exemple, cela relève des opportunités d'emploi d'un des membres du couple, plus fréquemment chez les hommes (ex. Adela, Maria). La seule femme arrivée avec un permis de travail était célibataire et au milieu de ses études doctorales (Anali).

Pour les couples qui entreprennent un projet migratoire par la voie des études, le choix se fait généralement en fonction des orientations données par des experts en matière d'immigration, compte tenu de la connaissance des langues, le domaine et le niveau professionnel, entre autres facteurs. Les rôles de genre au sein des couples, et dans leurs contextes d'origine, peuvent intervenir aussi dans la définition du rôle du « titulaire principal du permis » ou de l'« accompagnant familial », comme indiqué par Martha. Cependant, ces nuances ne sont pas toujours abordées lors des entretiens.

La voie d'immigration la plus rapide, la plus viable était de faire des études, car les autres prenaient trop de temps. Normalement, vous pensez que l'homme veut toujours travailler... alors vous dites d'accord, et il me dit, tu étudies et je travaille. OK, parfait, j'étudie et tu travailles. (Martha, 32, étudiante)

Certes, ces rôles impactent l'expérience migratoire des membres du couple, ainsi que le vécu de la maternité des femmes. Les écarts de ressources entre les membres du couple pour faire face

aux enjeux vécus après l'arrivée au Québec génèrent des conflits et des inconforts dans plusieurs sens. Dans le récit de Martha, par exemple, cette décision reproduit des rôles traditionnels de genre, accordant le « pouvoir économique » à l'homme. En revanche, Ana, Yanet et Luisa ont affirmé que cette décision est fondée sur des critères stratégiques et en fonction des exigences migratoires. La maternité et les responsabilités domestiques ajoutent fréquemment un poids supplémentaire aux trajectoires socioprofessionnelles des femmes immigrantes

Dans notre recherche, les différents rôles migratoires des membres du couple ont impacté différemment leur adaptation au nouveau contexte. La grossesse chevauche alors d'autres changements bouleversants. La relation conjugale de Karla a été affectée au début du parcours, car son conjoint se sentait « hors place », en tant qu'accompagnant.

Pour mon mari c'était très difficile. Au début, il n'interagissait qu'avec des Québécois et des francophones... il disait qu'ils étaient très haineux avec lui... il avait beaucoup de limites à cause de la langue, parce qu'il ne parlait ni l'anglais ni le français. C'était un coup très dur. Mon mari était habitué à être le patron de sa propre entreprise... il se débrouillait. Bien sûr, il n'a été ici avec toutes ses connaissances qu'il avait... il changeait de pneus et c'est tout... il a été laissé de côté... personne ne lui parlait. Et pendant que j'étais à l'école, que j'apprenais l'anglais, que je faisais des plans avec mes amis... il passait un très mauvais moment. Eh... bien sûr... c'est moi qui avais toujours rêvé de venir ici. (...) Au bout de trois mois, il est rentré à la maison en pleurant et m'a dit... « je n'en peux plus, je ne veux ». À ce moment-là, nous avons pensé... eh bien, retournons chez nous... parce que l'idée n'était pas de venir ici pour être malheureux comme ça. Il a ensuite trouvé un emploi dans son domaine, mais où il y avait plus de Latinos, de Colombiens... l'ambiance était meilleure et il a commencé à se sentir chez lui. (Karla, 32, étudiante)

Dans le cas de Karla, elle était la porteuse du permis d'études, ainsi que la plus engagée envers le projet d'enfant et de migration. Lorsque c'est la femme qui prend le rôle plus actif dans le processus, par exemple, les conflits apparus en contexte migratoire semblent être liés également à l'inversement des statuts sociaux et de rapports de genre pour les membres du couple.

Si la culture d'origine favorise davantage une meilleure insertion sociale pour les hommes, qui sont habitués à jouer un rôle de protagoniste dans la sphère économique et relationnelle dans l'espace public, ils peuvent ressentir alors une impuissance d'être relégués à l'espace privé après la migration. L'histoire de Karla semble montrer ces doubles sources de conflits. Une telle situation a un impact direct sur le projet et le vécu de la maternité, notamment car les deux processus, migration et maternité, se déroulent dans une même « fenêtre » temporelle.

Pour les couples qui arrivent au pays dans le cadre d'un projet migratoire pour études ou travail, le rôle de chaque partenaire dans le processus influence différemment leurs possibilités d'insertion socioprofessionnelle. En plus, l'objectif d'obtenir une résidence permanente dans un

temps spécifique peut exercer une pression supplémentaire sur les personnes qui doivent accomplir certains réquisits migratoires.

Au milieu de ces difficultés d'adaptation, le « retour » émerge souvent comme une option envisagée, particulièrement en période de crise, lorsque les situations difficiles, les sentiments d'impuissance ou de solitude se font sentir. Cela est parfois plus marqué chez les membres du couple ayant un statut d'accompagnant. Maria et Nancy, en tant qu'accompagnantes de leurs conjoints, sont arrivées au Québec sans maîtriser les langues nationales et sans réseau de soutien. De plus, leur arrivée juste avant le début de la pandémie de COVID-19 a également restreint leurs possibilités d'insertion, voire leur possibilité de retour dans leur pays d'origine.

Nous avons toujours envisagé de voyager... de vivre à l'étranger, mais nous n'avons pas pensé au Canada. Nous n'avons pas cherché cette opportunité, mais elle a frappé à notre porte. (...) Je pense qu'à un moment donné, nous sommes dit... voyons si ça nous plaît, si nous pouvons nous adapter, et décidons... mais bien sûr, la pandémie est arrivée, la grossesse... (RIRE). Quoi qu'il en soit, nous avons déjà tout vendu chez nous et j'ai quitté mon emploi. (...) Dans nos pires crises de solitude, j'ai dit... je pars, je pars. J'y ai pensé plusieurs fois, mais plusieurs fois. Mais au fond de vous, vous comprenez aussi que vous êtes mieux ici. Peut-être pas psychologiquement, mais en termes de qualité de vie. Je me donne la meilleure thérapie à moi-même... (RIRE)... Mon partenaire s'est toujours senti bien, il est venu ici et tout était merveilleux. Mais en tant que sa femme, j'ai vécu les choses différemment. (Maria, 27, conjointe de travailleur)

Nous sommes arrivés environ un mois et demi avant la pandémie, en 2020. Peu après, j'ai voulu partir pour la Colombie, mais l'aéroport était fermé. Parce que je ne me sentais vraiment capable de tout faire... mais je ne pouvais pas partir non plus. Comment pouvais-je voyager pendant la pandémie ? Je devais tout affronter. Et maintenant que je suis là, je me suis adaptée. Vous étiez habitué à vivre dans votre propre appartement, avec vos propres affaires, et soudain vous commencez à vivre dans une chambre louée, en partageant avec quelqu'un d'autre. C'est difficile, et encore plus en couple. Je ne me sentais pas bien, je me sentais mal à l'aise, parce que nous n'avons pas d'intimité. C'est pourquoi j'ai voulu retourner chez moi. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Pour Maria et Nancy, ces difficultés varient aussi en fonction de l'accès aux ressources financières. Alors que le conjoint de Maria est un travailleur hautement qualifié, Nancy et son mari ne pouvaient pas louer un appartement indépendant à leur arrivée. De plus, Nancy devait constamment chercher un emploi pendant les études de son conjoint pour subvenir aux besoins de la famille.

Les entretiens révèlent que les difficultés d'insertion des femmes conjointes sont principalement dues à des barrières linguistiques. En plus de ne pas être directement associées à un projet d'insertion migratoire, comme les études ou une offre d'emploi, leurs responsabilités financières ou maternelles les empêchent souvent de suivre des cours de français. Maria et Nancy reviennent

encore sur leurs défis à se débrouiller dans le nouveau contexte, notamment à cause de la barrière linguistique qui est souvent associée à des épisodes de discrimination vécus.

*J'étais venu avec l'idée d'étudier la langue. J'ai toujours aimé les langues. Mais, bien sûr, quand je suis arrivée ici, la réalité était différente. C'était comme une question de survie, il fallait connaître la langue tout de suite. Ce n'était pas pour le plaisir, comme je le pensais. Évidemment, je pensais travailler, tout ce que la langue me permettait de faire. (...) Je n'avais jamais pensé que le français était si important pour se réaliser. Car bien sûr, lorsque je suis arrivée ici, j'ai eu l'impression de perdre mon indépendance, ce qui revient à perdre un sens, celui de la communication... qui est quelque chose de si fondamental que vous ne vous en rendez pas compte jusqu'à ce que vous arriviez à un endroit où vous ne pouvez pas communiquer. Cela a été, et est toujours, un problème. Parfois, les personnes âgées vous traitent comme si... « vous êtes ici, vous devez apprendre le français »... par exemple, lorsque je suis allée me faire vacciner pour la Covid, la personne qui s'est occupée de moi ne parlait que le français. J'essayais de lui donner mes coordonnées en anglais, avec quelques mots en français... j'essayais de communiquer... et elle m'a dit... « Vous êtes au Québec ! Vous devez apprendre le français »... et je pensais... « eh bien, j'essaie »... **(Maria, 27, conjointe de travailleur)***

*Je me sentais un peu impuissante. Dans mon premier emploi, de courte durée, je vendais des fleurs chez Costco. Un homme s'est plaint de moi, parce que je ne connaissais pas le français, ils m'ont humiliée... et ils m'ont retirée du travail. Ensuite, j'ai voulu retourner dans mon pays. C'était terrible, la barrière de la langue, c'était le principal problème. Maintenant, je sais comment me défendre. Mais à ce moment-là, j'ai eu l'impression d'être sans morale. Je me suis dit que je n'y arriverais pas. Mais avec le temps, on se rend compte qu'on en est capable. Au début, j'ai aussi travaillé à la production, à l'emballage dans une usine, et c'était un travail très dur, je n'y arrivais pas. **(Nancy, 32, conjointe d'étudiant)***

Ces mauvaises expériences ont aggravé les sentiments d'isolement et les difficultés d'adaptation chez ces femmes. Il faut noter toutefois que, dans le cas des conjoints des étudiants comme Nancy, cette situation affecte directement la sécurité financière du couple (perte d'emploi). En revanche, Maria peut se reposer sur les revenus de son conjoint travailleur étranger, lorsque la dynamique de leur relation permet ce soutien.

Pour Nancy, la détresse continue pendant les premières années de sa migration a déclenché des effets négatifs dans sa vie conjugale. Les difficultés de la langue, la perte d'intimité du couple, les limites d'insertion à l'emploi et à la vie sociale, sont des facteurs qui ont amené à une « crise conjugale » chez le couple. Malgré leur projet initial de migrer au Canada pour avoir des enfants, elle explique qu'après plus de deux ans de nombreuses difficultés, elle envisageait sérieusement de mettre fin à la relation et de retourner dans son pays d'origine à l'annonce de sa grossesse.

De façon générale, à travers l'analyse des entretiens, nous observons que les femmes entrelacent fortement le vécu de la maternité aux conditions de leurs trajectoires migratoires. Par exemple, bien que le guide d'entretien ait été divisé en deux sections majeures (migration et maternité), ces

expériences apparaissent souvent entremêlées dans les histoires racontées par ces femmes. Certaines réponses données aux questions migratoires impliquaient un « détour » vers l'histoire de la maternité, et vice-versa. Il était alors possible de percevoir que, contrairement aux questions présentées dans l'ordre migration-grossesse, ces événements apparaissaient fortement imbriqués dans l'élaboration discursive des participantes. Finalement, plusieurs questions sur la migration ont été associées au contexte d'annonce et de suivi de la grossesse, comme de l'expérience d'accouchement et de post-partum.

5.2 Immigration et désir d'enfant

5.2.1 Immigrer pour former une famille ailleurs

Les femmes rencontrées dans cette recherche affirment que la maternité est un projet déjà envisagé préalablement, que ce soit à court ou au long terme, voire souvent reporté en fonction du projet migratoire. Bien que deux femmes (Maria, Ariana) n'aient pas nécessairement envisagé de s'établir définitivement au Québec, les autres participantes ont exprimé le désir d'émigrer afin d'offrir de meilleures opportunités de vie à leurs futurs enfants.

Nous émignons principalement pour pouvoir offrir un meilleur avenir à nos enfants et pour avoir une meilleure qualité de vie. (...) Je voulais avoir un bébé plus tôt, je me pose parfois des questions, mais honnêtement, je ne voulais pas non plus le mettre au monde, disons, dans le danger, l'angoisse, le mauvais service médical là-bas. Je n'aurais pas aimé l'avoir dans mon pays. On voudra toujours lui donner les choses qu'on ne peut pas avoir, comme une meilleure éducation, et beaucoup d'opportunités. (Adela, 30, conjointe de travailleur)

Nous avons décidé d'immigrer pour offrir une meilleure qualité de vie à nos enfants. En principe, nous avons donc décidé de déménager, d'aller dans un autre pays, et nous avons commencé à chercher quel était le meilleur endroit. Et c'est comme ça que nous avons choisi de venir au Canada. (Martha, 32, étudiante)

Les femmes âgées de plus de 30 ans relient également leurs projets de migration aux intentions de former une famille par la suite. Les deux femmes qui ont moins de 30 ans, Maria et Ariana, ne souhaitaient pas toutefois avoir des enfants si rapidement après être arrivées au Québec. En plus, ces dernières sont attachées à des projets migratoires « jalonnés » fondamentalement par leurs conjoints, l'un avec une offre d'emploi, et l'autre comme résident permanent économique. Par ailleurs, elles ont vécu de longues périodes séparées de leurs conjoints avant de les rejoindre à Montréal.

Dans les entretiens, les femmes qui suivent un projet migratoire par la voie des études (étudiantes ou conjointes) affirment qu'il s'agit de projets longtemps réfléchis et qui s'insèrent dans les décisions du couple concernant leur projet de vie en commun. Les autres femmes sont arrivées à Montréal grâce aux offres d'emploi des conjoints (Maria, Adela), des opportunités professionnelles (Anali) ou pour suivre leur conjoint (Ariana). Hormis les femmes de moins de 30 ans, les autres souhaitent avoir des enfants ailleurs.

Le projet d'enfantement se voit souvent rapporté en fonction des plans migratoires. Par exemple, deux femmes ont vécu un double processus d'immigration, Yanet et Ana, et Ana et Luisa avaient tenté à plusieurs reprises d'immigrer au Canada, mais sans succès. Le désir d'enfant se forge également au regard des relations avec la société d'origine, des possibilités réelles d'émigrer dans un autre pays, ainsi qu'en fonction des conceptions des femmes sur le « bon âge » pour mettre au monde des enfants. Dans les histoires d'Adela, Ana, Yanet, Karla et Anali, par exemple, avoir des enfants dans leurs pays d'origine n'était pas envisageable, notamment en raison des problèmes économiques dans le pays, de l'insécurité sociale ou d'une forte culture patriarcale dans le cas d'Anali.

En dépit du rapport de la maternité en fonction du projet migratoire, Yanet et Ana envisageaient d'avoir un enfant lorsque leurs conditions migratoires seraient plus stables, plutôt que dans les premières années suivant leur arrivée au Canada; en raison de l'instabilité de leur statut d'immigrante temporaire et des contraintes économiques.

Je ne voulais pas avoir d'enfants dans mon pays, jamais, à cause de la mauvaise situation là. Et quand nous sommes arrivés ici au Canada, nous ne voulions toujours pas, quand je suis tombée enceinte, je ne voulais toujours pas. Je voulais au moins avoir la RAMQ... parce que c'était très cher. Nous avons toujours été d'accord pour dire que la meilleure chose à faire était d'attendre d'avoir plus de stabilité, pas sur le plan économique, mais sur d'autres choses comme le statut migratoire. Lorsqu'on a un enfant, il vaut mieux réfléchir, et nous y pensions toujours. (Yanet, 38, étudiante)

Nous avons vraiment décidé d'émigrer au Canada avec l'idée d'avoir des enfants, pour fonder une famille. Nous savions que nous ne voulions pas le faire en Colombie. Nous sommes venus pour nous installer complètement. Nous voulions également être solvables sur le plan économique et obtenir la résidence permanente... mais au moins, quand cela est arrivé, je travaillais déjà et j'avais droit à un congé de maternité. (Ana, 37, conjointe d'étudiant)

Bien que ces femmes arrivent au pays avec un statut temporaire, ce déplacement fait partie d'un projet plus ambitieux qui vise, dans la plupart de cas, l'établissement définitif et la formation d'une famille. Dans ce sens, le statut migratoire temporaire est perçu par ces femmes comme une étape, une série de démarches à poursuivre, une période à « franchir » pour atteindre un statut de

résidence permanente. Le désir d'enfant chez les femmes peut agir ainsi en tant que catalyseur de ce projet migratoire à l'intérieur du couple, comme c'est le cas de Karla. Le statut temporaire est perçu aussi comme un « raccourci », selon Nancy et Ana, permettant de rendre possible l'immigration, ainsi qu'une façon de « gagner du temps ».

Pour le convaincre, j'ai commencé à analyser l'aspect financier de notre entreprise. (...) Il a donc réalisé qu'il ne serait pas possible de donner à nos enfants une bonne qualité de vie. Je l'ai donc convaincu. J'ai toujours voulu avoir des enfants, et je me suis dit... qu'est-ce que je vais offrir à mes enfants ? Et puis, depuis l'extérieur, je pouvais aussi aider ma famille. (Karla, 32, étudiante)

Nous n'avions aucune idée de quoi que ce soit, la seule solution était d'étudier. Mon mari a choisi le cours d'études qu'on lui a dit être la plus facile pour demander la résidence (permanente), ce que nous voulions obtenir. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Nous voulions déjà nous établir (...). L'avocat de l'agence (migratoire) nous a dit que la procédure de résidence permanente était très compliquée. Je leur ai dit que nous donnions la priorité au temps, parce que notre âge commence à nous dépasser, et que nous devons donc y aller maintenant. Lui a donc dit ... « Eh bien, la meilleure chose à faire est d'y aller l'un en tant qu'étudiant, et l'autre en tant que conjoint ». (Ana, 37, conjointe d'étudiant)

En plus de la transition à la maternité après la migration, deux femmes expérimentent également la formation du couple (Anali) et la consolidation du couple par cohabitation (Ariana) après être arrivées au Canada. La planification de la grossesse et le vécu de la périnatalité sont alors reliés également à la trajectoire conjugale en contexte migratoire.

5.2.2 Planification reproductive et santé génésique après la migration

Les formes de planification reproductive adoptées après la migration peuvent être affectées de diverses manières, car le changement de contexte empêche souvent l'accès aux méthodes anticonceptionnelles. Pour les femmes qui se trouvent en couple depuis longtemps, la grossesse n'est peut-être pas perçue comme un « risque » majeur. En conséquence, la contraception n'est pas si rigoureuse pour elles. Ariana et Adela, par exemple, adoptent parfois une attitude « laissez faire » ou de « contrôle naturel » du risque.

Maria, Martha et Karla utilisaient une planification reproductive médicalisée, mais elles n'ont pas réussi à trouver une prescription pour les pilules lors des premiers mois après leur arrivée. Dans le cas de Karla, le manque de connaissance du système de santé au Québec l'a empêchée d'accéder aux injections qu'elle utilisait sans prescription dans son pays.

J'avais planifié tout le temps avec des pilules, j'apportais mes pilules de là-bas. Mais ici, l'accès aux pilules est aussi un processus. Ils (les médecins) doivent vous donner une prescription pour les pilules, parce que vous ne pouvez pas les acheter vous-même. En Colombie, par exemple, vous allez à la pharmacie, vous les achetez et c'est tout, il ne se passe rien. Pas ici, il faut une prescription. Il faut prendre rendez-vous chez le médecin, car nous n'avons pas d'assurance maladie ici, nous n'avons pas les moyens de prendre rendez-vous chez le médecin. J'ai dû prendre un rendez-vous et le payer... environ 200 dollars... mais ils sont aussi assez compliqués, il n'y avait pas de rendez-vous... et on dit... non, il ne va rien se passer...J'avais apporté mes pilules pour trois mois et je n'en avais plus. La vérité, c'est que je prenais des pilules depuis plus de cinq ans, et on se dit, bon... attendons de voir comment on peut les obtenir, ou que quelqu'un les ramène de là-bas (Colombie). Eh bien, j'ai simplement arrêté de prendre les pilules et le mois suivant, j'étais déjà enceinte. Je n'ai pas eu le temps... (RIRE). (Martha, 32, étudiante)

Je me souviens qu'avec mon partenaire, nous avons dit... bon, tu vas au Canada juste pour quelques mois, nous avons acheté une boîte géante de préservatifs, parce qu'il m'a dit que c'était cher ici, et c'était notre méthode. Mais le problème n'était pas le préservatif, c'est qu'un jour nous avons décidé de ne pas l'utiliser, et c'est tout. Nous avons utilisé cette méthode "rythmique"... et j'ai aussi dit... à cette date, c'est très improbable. Mais bon, ça nous est arrivé. (Ariana, 26, conjointe de résident permanent)

Dans mon pays, j'avais l'habitude de me planifier avec des injections, une par mois, et ici cela n'existe pas. Je n'avais pas prévu ce que j'allais faire en arrivant ici... J'ai pensé à beaucoup de choses, mais pas à cette chose-là... tellement important. Maintenant, si quelqu'une me demande ce qu'il faut faire... je lui dirais... « apporte quelques boîtes de pilules (contraceptives) pour couvrir les premiers temps et connaître le fonctionnement du système ». Parce que nous ne savions rien. J'imaginai que c'était comme dans mon pays, qu'il suffisait d'aller à la pharmacie et c'était tout. Je n'ai pas étudié cette partie. (Karla, 32, étudiante)

Ces récits montrent que la planification reproductive des femmes immigrantes est affectée par les conditions d'accès au système de santé, soit en raison du manque de connaissances ou des droits d'accès limités. Ces femmes sont devenues enceintes dans les premiers mois après leur arrivée à Montréal.

La grossesse abordée dans cette étude n'était pas la première pour certaines d'entre elles, que ce soit dans leur pays d'origine ou à Montréal. Anali a eu un avortement médicalisé dans son pays d'origine et avait décidé qu'elle deviendrait mère au plus tard à 35 ans, quelle que soit sa situation conjugale. Au sujet de cette expérience, elle exprime ses frustrations vis-à-vis de la culture patriarcale de son pays, ce qui l'avait découragée de fonder une famille là-bas. Karla et Adela ont vécu une fausse-couche après leur arrivée à Montréal, ce qui a constitué un traumatisme par rapport aux possibilités réelles de concevoir un enfant et à mener la grossesse à terme.

Je viens d'un milieu social très conservateur et j'ai eu une grossesse non planifiée à l'âge de 24 ans, que j'ai décidé d'interrompre. Cependant, l'interruption de grossesse au Mexique est illégale, j'ai donc dû le faire illégalement, ce qui m'a causé beaucoup de conflits et de stress, mais à ce moment de réflexion, lorsque j'ai dû décider si je voulais être mère ou non,

j'ai décidé que je voulais être mère, mais que je ne voulais pas l'être dans ce contexte ni à ce moment-là. J'ai également réalisé que je voulais être mère avec ou sans le soutien d'un homme, car lorsque je suis tombée enceinte à l'âge de 24 ans, le père n'a pas voulu prendre ses responsabilités. Je me suis donc dit : "Voyons, je peux le faire toute seule ? Oui, oui, je peux le faire seule. Mais est-ce que je veux le faire ? Non, je ne veux pas maintenant, je veux continuer à étudier. Je vais donc interrompre la grossesse, mais je sais que j'en ai envie, avec ou sans homme. Je l'ai donc planifié comme ça... d'abord j'ai dit à 30 ans, puis à 35 ans, et ainsi de suite, RIRE. Je l'avais déjà prévu. L'une des raisons pour lesquelles je suis venue au Canada était la culture, car je n'aime pas la culture mexicaine, à cause du machisme et de la pression exercée sur les femmes. Je suis contre ça, et c'est pour ça que je suis venue, la mentalité est plus ouverte ici. Tout le monde me demandait là-bas pourquoi je ne me mariais pas, si j'avais des problèmes, si j'allais rester seule... et ce n'est pas ce que je voulais. (Anali, 35, travailleuse)

Je suis tombée enceinte quand je suis arrivée ici... deux mois plus tard... mais je ne le savais pas. (...) Mai, même au fond de moi... je pensais que... avoir un enfant canadien... wow, super cool (RIRE)... Je n'y ai pas réfléchi plus loin. J'étais même très heureuse quand je suis tombée enceinte, je me suis dit... c'est beau ! Je suis enceinte au Canada ! Quand j'ai vu le test positif, j'étais super contente. Mais en moins de deux semaines, j'ai perdu le bébé. Bien sûr... j'étais déjà enceinte depuis quelques semaines, et je n'avais pas pris soin de moi... à l'époque, je travaillais dans un restaurant après l'école... Je travaillais aussi très dur. Les soins médicaux d'urgence lors de cette fausse-couche ont été couverts par mon assurance. Mais si la grossesse s'était poursuivie, je n'aurais pas été couverte du tout par l'assurance. Une dette terrible pour nous ! Le simple fait d'aller aux urgences cette fois-là a coûté plus de mille dollars. Cette assurance ne couvrait pas la grossesse, mais elle couvrait une fausse-couche... c'est bizarre. (Karla, 32, étudiante)

Six mois après mon arrivée au Canada, j'ai fait une fausse-couche... c'était terrible. (...) Un an plus tard, je suis tombée enceinte. C'était un mélange de sentiments, parce que j'étais très anxieuse à propos de ce que j'avais vécu la première fois. J'avais peur... Je veux dire, on va déjà de pair avec la peur. Je l'ai dit à mon mari et il m'a dit... « sérieusement, tu ne te moques pas de moi ? » Et moi... « sérieusement, regarde les tests ! ». Et il était content, évidemment... super content. (Adela, 30, conjointe de travailleur)

Les antécédents génésiques de ces femmes, notamment le vécu de ces fausses-couches quelques mois après leur arrivée à Montréal, ont entraîné des sentiments de frustration affectant le déroulement de la grossesse suivante. Par exemple, Adela raconte qu'elle souhaitait rester isolée et en silence pendant sa grossesse ; tandis que Karla et Anali ont vécu toutes les deux des épisodes de dépression et d'anxiété postpartum. Le chevauchement de plusieurs transformations et d'événements dans une courte période au début du parcours migratoire façonne la transition à la maternité chez ces femmes, notamment parce que le séjour migratoire temporaire fait partie d'un projet d'établissement familial pour la plupart des cas.

Certaines femmes estiment que « ce n'est pas si facile de tomber enceinte », même sans protection, et qu'il est nécessaire de « commencer à chercher » un enfant bien avant le moment désiré pour la grossesse (Karla, Yanet, Ana). Cette préoccupation est particulièrement marquée

pour celles qui ont entre 30 et 35 ans. Yanet, par exemple, mentionne l'avancement de son « horloge biologique » comme une source de préoccupation. De plus, des facteurs comme la pression sociale ou familiale peuvent également influencer leurs projets d'avoir des enfants, comme l'a expliqué Karla.

Je savais que je devais me dépêcher parce que les années passaient, TIC, TIC, TIC, l'horloge tournait, mais je disais toujours... deux ans de plus, deux ans de plus... et nous étions toujours comme ça, mais nous étions toujours d'accord sur le fait que la meilleure chose à faire était de trouver avant un peu de stabilité. (Yanet, 38, étudiante)

Comme je suis la seule femme de ma famille, et que je suis avec mon mari depuis plus de 15 ans, ma mère m'a toujours dit... « Je veux rencontrer mes petits-enfants... je vieillis... je veux jouer avec eux... s'il te plaît, tu ne fais qu'étudier, étudier... me disait-elle ». Et cela génère aussi une certaine pression. Cela existe dans nos pays, la pression de... faites-le maintenant !... Parce que vous ratez le bus... RIRE. Ma belle-mère a dit la même chose. Mais bon... ce n'est pas comme ça. Mais j'ai aussi pris cela très à cœur... et j'ai dit... allons-y ! En fait, le désir, l'idée, a toujours été plus de mon côté. Mon mari a toujours été plus analytique. J'ai pensé que c'était le moment idéal, que j'avais terminé mes études, que j'avais terminé ma partie du processus d'immigration, que j'allais avoir du temps pour continuer à améliorer mes langues, que je pourrais me consacrer à mon bébé. C'est le bon moment. Il n'y aura plus de temps après. Ce sont les raisons que j'ai données à mon mari. C'est moi qui voulais vraiment le bébé. (Karla, 32, étudiante)

Karla fait référence au « moment idéal » ou au « bon moment », en tant qu'une notion élaborée à la lumière autant des attentes sociales et familiales, que de leur propre trajectoire migratoire. Ces femmes font référence aux pressions à l'égard de la maternité, notamment en fonction des conceptions sociales sur l'âge idéal pour la procréation.

Bien que toutes les femmes rencontrées souhaitent devenir mères et que la migration soit souvent motivée par ce désir, la moitié d'entre elles n'avaient pas planifié leur grossesse au moment où elle est survenue (Maria, Martha, Nancy, Ariana, Yanet). Les grossesses menées à terme des cinq autres femmes étaient planifiées (Karla, Anali, Adela, Luisa, Ana) ; mais la première grossesse de Karla, qui s'est terminée par une fausse couche, n'était pas planifiée. Pour ce dernier groupe, les grossesses effectives ont été annoncées en moyenne deux ans après leur arrivée à Montréal.

5.2.3 Annonce de la grossesse

Dans un contexte post-déplacement migratoire, émaillé de changements successifs, de difficultés et d'émotions nouvelles, l'annonce de la grossesse est marquée par un mélange de sentiments divers, voire contradictoires. Les femmes qui ont vécu des événements génésiques traumatiques

expriment des sentiments d'anxiété et d'incertitude par rapport à la poursuite de la grossesse (Karla, Adela).

La plupart des femmes rencontrées avouent se sentir fortement préoccupées par la conciliation de la maternité avec le projet migratoire en cours ; notamment en ce qui concerne la question de l'accès aux soins et les ressources financières nécessaires pour y faire face. Cette inquiétude est accentuée chez les femmes sans couverture de santé publique ou confrontées à des contraintes financières liées à un projet d'études. De plus, les femmes ayant droit à la RAMQ voient cet accès dépendre de la validité du permis de travail.

L'annonce de la grossesse est reçue en fonction des attentes du couple concernant le projet de maternité, des expériences migratoires et génésiques vécues ainsi que des conditions d'accès aux soins de santé. Karla, Martha et Nancy sont liées à un projet d'études, les deux premières en tant que titulaires principales du permis et la troisième en tant accompagnante d'un étudiant. Par exemple, Karla avait un désir profond de devenir mère, mais elle a subi une fausse couche à Montréal. En revanche, Nancy ne souhaitait absolument pas avoir d'enfant à ce moment-là, en raison d'une crise conjugale personnelle. Quant à Martha, elle envisageait de devenir mère après avoir terminé ses études, mais son projet est devenu irréalisable en raison des difficultés d'accès aux méthodes contraceptives.

C'était comme un choc entre le bonheur que, bon, oui, c'est le moment... parce qu'on dit qu'il fallait peut-être attendre... mais bon, on s'est dit : c'est ça ! Parce que même s'il faut attendre, imaginez... je n'aurais pas pu avoir d'enfant avant d'avoir terminé mes 18 mois de travail post-diplôme... parce que c'est un processus. Mon conjoint m'a toujours dit que nous le reportons toujours, que c'est comme ça que le temps passe... maintenant nous arrivons ici et vous devez étudier, puis travailler... et quand vous voulez... eh bien... le temps passe vraiment. Alors nous avons dit... non... le temps va passer, le temps est maintenant. Nous étions donc entre la joie d'avoir un bébé et l'incertitude de savoir... qu'est-ce que nous allons faire maintenant. La vérité, c'est que mon conjoint voulait que nous ayons un bébé depuis longtemps... mais c'est généralement moi qui remettais les choses à plus tard parce qu'il avait ce projet de venir ici. Eh oui, c'est lui qui a été le plus heureux de la nouvelle. Il a deux enfants plus âgés. (Martha, 32, étudiante)

Le « choc » ressenti par Martha met en évidence les contradictions entre le désir d'avoir un enfant, les pressions liées à l'âge, et les obstacles découlant du projet migratoire. Son conjoint insiste pour avoir un enfant, mais c'est elle qui a initié le parcours d'études et qui assume davantage de responsabilités dans le projet d'immigration familial. Les discussions du couple, ainsi que leurs préoccupations communes, semblent toujours tourner autour des questions de *timing*.

Ce processus a été difficile. Je suis allée aux urgences parce que mon sein a saigné pendant trois jours. Ils ont fait un test de grossesse et j'étais effectivement enceinte. Mais... c'était un peu... inquiétant... parce qu'il y avait la question du sein, qui n'était pas

nécessairement liée à la grossesse. Et aussi, ils nous ont annoncé que... « vous êtes enceinte, mais votre taux d'hormones est très bas... alors, ne vous faites pas trop d'illusions ». J'étais donc heureuse, mais en même temps, j'étais trop inquiète, car j'avais déjà perdu une grossesse ici. (...).

*C'est ainsi que je suis allée d'angoisse en angoisse. J'ai fait plusieurs examens pendant des semaines, mais j'ai dû y aller sans mon mari, parce qu'ils ne le laissaient pas entrer à cause des restrictions liées à la pandémie. Quand ils ont vu l'embryon, ils m'ont dit... « il y a un embryon ! » Alors j'ai dit... Ah ! je suis enceinte ! (SOUPIRS)... mais ils l'ont dit comme ça... même pas des « félicitations, maman » ... (RIRE)... comme en Colombie... où les médecins font la fête. (...) Comme il s'agissait d'une consultation d'urgence, ils ne m'ont orientée vers aucun médecin, ils ne m'ont donné aucun conseil, ils ne m'ont pas dit ce qu'il fallait faire ensuite. Ils m'ont simplement dit d'aller dans une clinique et qu'ils vous y enverraient pour le suivi de la maternité. **(Karla, 32, étudiante)***

Pour Karla, la confirmation de la grossesse a pris plusieurs semaines, vivant de l'anxiété et de l'angoisse, à cause de sa fausse-couche. Elle a également été affectée par le traitement « impersonnel » des spécialistes aux urgences, ainsi que par le manque d'informations sur le suivi de la grossesse.

Pour Nancy, plusieurs facteurs liés à sa trajectoire migratoire, tels que les difficultés d'intégration socio-professionnelle et l'isolement, ont limité sa capacité d'agir face à la vulnérabilité liée à l'annonce de sa grossesse. En pleine crise conjugale et avec les frontières fermées à cause de la pandémie de COVID-19, elle ne pouvait pas non plus retourner dans son pays d'origine

*La vérité est que cette grossesse n'était pas planifiée. Mon mari a 39 ans et il voulait avoir un enfant plus que moi. (...) Nous avons eu quelques problèmes de couple, mais les choses allaient plus ou moins. Nous avons été ensemble et il ne s'est pas protégé... il l'a peut-être fait exprès. Le lendemain, j'ai voulu sortir pour aller à la pharmacie, prendre la pilule du lendemain, mais il ne m'a pas laissé sortir, il ne m'a pas laissé quitter la maison... J'ai été enfermée pendant 24 heures. Il a caché les clés... gros problème. Il devait se méfier. Et quand j'ai finalement réussi à sortir, la pilule n'a pas fonctionné. J'ai toujours su que je risquais de tomber enceinte, car j'avais des règles très régulières, et un mois plus tard, j'ai fait un test de grossesse... une fois, deux fois, trois fois, et c'était positif. J'ai appelé ma mère en pleurant... « Maman, qu'est-ce que je vais faire ? »... Elle savait que nous avions des problèmes... « maman, je ne voulais pas, mais maintenant... ». **(Nancy, 32, conjointe d'étudiant)***

Malgré la connaissance des enjeux complexes entourant cette grossesse, la trajectoire familiale et migratoire de Nancy se poursuit. Nancy préfère « atténuer » les « problèmes », justifiant une absence de maltraitance physique et pour protéger un projet familial commun qui a exigé un investissement considérable.

Mon mari était très content, évidemment... mais moi je ne l'étais pas, mais enfin, qu'est-ce qu'on peut faire ?... Ça m'a traversé l'esprit de faire autre chose (avortement)... parce que quand on ne veut pas quelque chose, eh bien, on réfléchit... et encore plus avec les projets qu'on avait, tout est retardé... parce qu'on visualise tout d'un seul coup. Et ici, seule, qui va

t'aider ?... C'est difficile, parce qu'ici pour cette question de... (avortement)... et je n'allais pas me soumettre à quoi que ce soit (avortement) sans avoir cette assurance. Avec les nerfs, l'angoisse... et si je meurs là-bas dans cette situation ? Mais oui, bien sûr, cela m'a traversé l'esprit... évidemment il ne le savait pas. J'ai fait tout le processus toute seule... les tests, j'ai cherché des informations sûres... jusqu'à ce que je décide de lui dire que j'étais enceinte. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Comme pour Martha, le conjoint de Nancy a été le plus investi dans le projet d'enfant. L'annonce de sa grossesse a toutefois également été marquée par des conflits conjugaux et une pression exacerbée de la part de son partenaire. Elle avait ainsi envisagé la possibilité d'interrompre sa grossesse, mais ne disposant pas des ressources, des connaissances ou du soutien pour affronter cette décision, elle a poursuivi sa grossesse à terme. .

Lorsque je suis tombée enceinte, mon mari était encore étudiant et nous n'avions pas droit à la santé. C'était terrible parce que l'assurance que nous payions en tant qu'étudiants ne couvrait pas la grossesse. Alors, bien sûr, c'était impuissant... je me sentais... mon Dieu... inquiète, anxieuse, à cause du problème de santé. J'ai dit : "oh, maintenant je pense que nous devons payer pour un accouchement plus de 20 mil dollars. Après les études, mon mari devrait trouver un emploi qualifié à temps complet pour que je puisse renouveler mon permis de travail et donc j'aurais le droit à la santé publique. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Dans ces réflexions, Nancy dit avoir « visualisé tout d'un seul coup » : les étapes migratoires à venir, les contraintes d'accès à la santé, les limitations financières et le manque de personnes proches pouvant la soutenir.

Parmi les grossesses non planifiées, deux femmes ont aussi choisi de les mener à terme (Martha, Yanet). Elles ont pris cette décision notamment parce qu'elles avaient discuté plusieurs fois de ce projet avec leur partenaire et estimaient avoir dépassé « l'âge approprié » pour devenir mères. Les femmes plus jeunes du groupe, de moins de 30 ans (Maria, Ariana), reçoivent la nouvelle entre larmes et rires, jusqu'à envisager même l'option d'une interruption de grossesse. Nancy l'a acceptée un peu sous le signe de la résignation.

La différence d'âge avec leur enfant est aussi indiquée par ces femmes comme ayant joué un rôle dans leur désir d'enfant. Adela et Ariana mentionnent comment cet imaginaire sur la « belle jeune maman » influence leur « tempo » idéal pour la maternité.

J'ai toujours voulu être maman, j'y ai toujours pensé. Parfois, je me demande même pourquoi j'ai mis autant de temps... Je pense que lorsque j'aurai 40 ans, il en aura 10... J'aimerais peut-être profiter de lui un peu plus jeune. (Adela, 30, conjointe de travailleur)

Je me souviens que lorsque j'étais petite, je disais "quand j'aurai 25 ans, je veux avoir un enfant", parce que je ne veux pas être si vieille et avoir un petit enfant. Je veux qu'ils me voient comme "oh, regardez cette maman, comme elle est jolie"... et je me voyais comme

ça, mais quand j'ai atteint 24 ans et que j'ai découvert que j'étais enceinte... cela me fait un peu peur, parce qu'il y a tellement de choses à apprendre, et je suis seule. Je me suis donc demandé quelle était la meilleure décision à prendre, oui ou non... J'ai pleuré et j'ai ri. J'ai pleuré et ri. Finalement, nous avons choisi le oui. Je pense que c'était la meilleure décision, notre fils est magnifique. Je ne sais pas si ici... je ne me suis pas bien informée, mais je pense que l'avortement est légal. J'avais déjà pensé avant... et si mon partenaire ne veut pas l'avoir... même s'il ne veut pas l'avoir, je vais l'avoir. Et puis je me suis dit... et si je ne l'ai pas... non, non, mais je vais l'avoir. Et puis j'ai regardé autour de moi... je regarde tout sur internet. Je me souviens avoir lu qu'un avortement entraînerait un risque qu'à l'avenir, je n'aie pas les mêmes possibilités de tomber enceinte. C'était quelque chose de définitif, parce que je voulais une famille. Je n'ai donc pas envisagé d'avorter. (Ariana, 26, conjointe de résident permanent)

L'entrelacement entre les parcours migratoires et l'idéal d'âge de maternité apparaissent souvent aussi dans les histoires des femmes qui ont rapporté le désir d'enfant en fonction de la migration, et qui ont entre 32 et 38 ans (Anali, Yanet, Ana, Martha.). Elles sont souvent confrontées à plusieurs contradictions entre le souhait de devenir maman à un âge déterminé et les aspirations économiques et professionnelles liées à la migration. Par exemple, lorsque Anali a interrompu une grossesse dans son pays d'origine, elle s'était fixée l'âge de 35 ans comme limite pour devenir mère. Cependant, elle voulait développer ses études doctorales à Montréal, et elle est y arrivée célibataire en ayant plus de 30 ans.

Dans les entretiens, nous observons des références à deux notions principales concernant le *timing* de la grossesse : « le bon âge » et « le bon moment ». Yanet (38 ans) et Maria (27 ans), avec une différence d'âge de dix ans, ont toutes les deux vécues l'annonce d'une grossesse inattendue. L'âge a toutefois été le facteur influençant la manière dont elles se sont adaptées à cette « surprise ». Aussi, le « moment » de l'annonce de cette grossesse par rapport au parcours migratoire de chacune a influencé leurs réactions.

Quand j'ai découvert que j'étais enceinte et que je l'ai dit à mon mari, à ce moment-là... rires nerveux... nous avons pris un seau d'eau froide à l'étage à ce moment-là ... parce que c'est quelque chose que je ne voulais pas à ce moment-là. Mais bon, rien, on va l'avoir, qu'est-ce qu'on va faire, c'est déjà là, on va y aller. (Yanet, 38, étudiante)

Lorsque le test s'est révélé positif, j'ai commencé à pleurer. Mais pas par émotion, mais par tristesse... parce que ce n'était pas vraiment ce que je voulais à ce moment-là. Mais le jour même, nous avons discuté de la décision à prendre, de ce que nous allions faire. Dès que nous avons appris que j'étais enceinte, nous nous sommes demandé si c'était le bon moment. L'avortement existe ici. C'est quelque chose que l'on peut faire. Pas dans mon pays, seulement sous certaines conditions. Nous y avons vraiment réfléchi, mais nous avons finalement décidé de ne pas le faire. Le lendemain, nous avons dit... oui, allons-y, faisons-le ! Nous sommes prêts, nous sommes grands... sans penser à rien d'autre. Je pense que si nous avions su que la pandémie existerait, nous aurions pris une décision différente, honnêtement.

Nous l'avons dit à la famille environ 4 ou 5 mois plus tard. Principalement parce que nous avions cette peur-là... par ce que nous avons vécu auparavant (fausse-couche) et que nous voulions être sûrs que tout allait bien et que nous étions en sécurité. Comme nous étions à distance, nous ne voulions pas non plus les inquiéter. Ma mère me reproche encore de ne pas leur avoir dit dès le début... RIRES. La famille a été heureuse avec la nouvelle, bien sûr, mais aussi très triste, parce qu'ils ne pensaient pas avoir leur petit-enfant à distance, qu'ils n'allaient pas le rencontrer tout de suite, que ma mère ne m'a jamais vue enceinte... ces choses sentimentales. Je suis fille unique, c'est plus difficile de quitter mes parents. (Maria, 27, conjointe de travailleur)

Malgré les bouleversements émotionnels et les défis du contexte migratoire, quatre femmes ont exprimé, en rétrospective, un sentiment de satisfaction par rapport au *timing* de la grossesse. Karla et Adela estiment que cela est arrivé « au bon moment », car après être devenues mères et avoir obtenu leur résidence permanente au Canada, elles seront prêtes à faire progresser leurs carrières et atteindre leurs objectifs économiques au Canada. Martha et Yanet ont déclaré pour leur part que la peur qu'elles ont ressentie à l'annonce de la grossesse était en réalité plus intense que ce qu'elles ont vécu. Finalement, elles ont réussi à surmonter les obstacles de ce processus périnatal.

5.3 Parcours de soins périnataux et vécu de la grossesse

5.3.1 Les défis d'accès au suivi périnatal

Après l'annonce de la grossesse, le principal défi pour ces femmes était d'intégrer le système de santé, puis de réussir à garantir un accès rapide et efficace aux soins périnataux. Le début du parcours de soins périnataux dépend en grande mesure du *timing* de la grossesse par rapport au processus migratoire, c'est-à-dire, le temps qui reste jusqu'à l'expiration du permis valide, les changements de type de permis qui suivent, ou les démarches requises pour obtenir la résidence permanente.

Les cinq femmes non couvertes par la RAMQ au moment de l'annonce de la grossesse rencontrent plus de difficultés pour être acceptées dans les centres de santé périnatale et pour naviguer dans le système de santé. Quatre d'elles étaient étudiantes ou conjointe d'étudiants (Martha, Karla, Nancy, Yanet), et l'autre, Ariana, conjointe d'un résident permanent.

Quand je suis allée dans les hôpitaux, ils m'ont demandé 4000 dollars pour commencer le suivi. Et évidemment, je n'avais pas cet argent et mon mari était étudiant. Son cours était très difficile, il ne pouvait pas travailler, il étudiait tout le temps. C'était un collège public, mais dans les collèges privés, on dit que les études sont plus détendues. Ce que je gagnais

avec mon salaire ne servait qu'à couvrir les dépenses de base. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

J'avais une assurance étudiante, mais elle ne couvrait pas la grossesse. Elle ne couvrait rien, seulement si j'avais une urgence de grossesse et que je devais aller à l'hôpital. Lorsque j'ai appris que j'étais enceinte, je me suis demandé ce que j'allais faire et comment j'allais faire, et lorsque vous commencez à chercher des informations ici, il n'y a pas grand-chose, malheureusement il n'y a pas beaucoup d'informations sur ce qu'il faut faire. (Yanet, 38, étudiante)

Parmi les obstacles d'accès aux soins périnataux, Yanet et Nancy mentionnent les difficultés financières pour payer les frais, le manque d'information sur le fonctionnement du système de santé, ainsi que le refus d'accueil dans plusieurs centres de soins. Comme Nancy (conjointe d'étudiant), d'autres étudiantes (Martha, Yanet) font référence à des contraintes économiques pour payer les soins, en raison des limitations des assurances privées pour couvrir les soins maternels. Depuis le début de sa grossesse, en cherchant des informations sur le suivi périnatal, Yanet trouve les coûts de l'accouchement extrêmement élevés.

Nous nous sommes rendu compte que les assurances privées ne couvraient généralement pas les grossesses. Mais heureusement, lorsque nous étions en train de venir ici, mon conjoint m'a dit que nous devrions contracter une assurance assez complète. La nôtre nous a donc couverts pour les examens de suivi, car il s'agissait d'une assurance très complète, mais elle ne couvrait pas l'accouchement. Nous avons choisi la clinique pour le suivi de la grossesse parce que c'était la plus proche... on cherche toujours ce qui est le plus proche. (...) à chaque fois que j'allais à un rendez-vous, je payais, et ensuite l'assurance me remboursait. Mais à l'époque, il fallait que j'aie l'argent pour payer. (...) (Martha, 32, étudiante)

Une amie m'a recommandé un médecin vénézuélien pour le suivi, au moins au début de ma grossesse, et j'ai payé mes consultations, 200 dollars environs. Lui m'a expliqué un peu plus, que normalement le médecin qui me suit est associé à un hôpital et que je devrais accoucher dans cet hôpital. Et c'est là que j'ai rencontré ce problème. Je devrais accoucher à l'hôpital juif. Mais lorsque je suis y suis allée, ils m'ont demandé un dépôt de 20 000 dollars... horrible. Moi j'ai dit... « non, je vais accoucher dans la rue alors ». (Yanet, 38, étudiante)

Par ailleurs, les conditions d'accès à la santé publique peuvent varier selon les changements de permis ou des conditions d'emploi/études dans le parcours des migrantes temporaires. D'une part, les femmes qui sont engagées dans un projet migratoire par le biais de l'emploi ont droit à la RAMQ. Cependant, cette couverture peut être affectée pendant les périodes de renouvellement des permis expirés³⁶, ce qui a été particulièrement long pendant la pandémie de COVID-19, comme expliqué par Adela. D'autre part, les femmes suivant un projet migratoire par la voie des études n'ont pas d'accès à la RAMQ, mais elles obtiennent ce droit après les études, à travers un

³⁶ Consulter en : <https://consultantimmigration.ca/news/statut-implicite-et-ramq/>

Permis de travail Post-diplôme (PTPD) (Karla, Luisa, Ana, Nancy). Le PTPD est émis une seule fois et pour une durée qui varie entre 1 et 3 ans et dépend de certaines conditions.

Nancy précise que son conjoint a rencontré des difficultés, notamment liées à la langue, pour obtenir un emploi après avoir terminé ses études en anglais. Comme les diplômé.es de l'international (PTPD) doivent être en emploi pour pouvoir renouveler le permis de travail de leur famille, Nancy était donc affectée par cette situation. Ce processus a limité son accès à la RAMQ pendant la grossesse. Plusieurs mois se sont passés avant qu'elle ne trouve un emploi, accumule trois relevés de paiements, et que Nancy puisse obtenir son permis et accéder aux soins de santé publics.

Je n'avais aucun suivi médical pendant la grossesse, je ne savais rien. Tout était entre les mains de Dieu. Je n'ai pu faire une échographie et des analyses de sang qu'aux cinq mois de grossesse, parce que j'ai payé une consultation (160 cad), pour détecter si le fœtus avait des problèmes. Cela m'a coûté 1000 dollars, de la couverture remboursée par l'assurance que nous avons. Lors de l'échographie, j'étais très nerveuse, tout le monde fait sa première échographie au premier trimestre, j'étais déjà au deuxième trimestre, et je ne savais rien... quand ils m'ont dit que c'était une fille, j'ai commencé à pleurer, parce que ce que je voulais, c'était que mon bébé soit en bonne santé, bien, avec ses deux petits bras, ses petites jambes... et je l'ai vue sur l'écran de l'échographie et les larmes me sortaient des yeux... je n'avais même pas encore d'assurance, je ne savais pas comment j'allais faire pour avoir mon bébé. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

En plus des exigences liées au changement du type de permis, des longs délais de traitement des dossiers et d'autres démarches bureaucratiques, comme le renouvellement du passeport³⁷, peuvent aussi affecter le suivi de grossesse. Ana et Adela sont respectivement conjointes d'un étudiant et d'un travailleur international. Les deux étaient couvertes par la RAMQ au début de la grossesse, car le conjoint d'Ana avait déjà son PTPD. Cependant, elles indiquent des interruptions de cette couverture pendant la grossesse, en raison des démarches migratoires.

Au début de la grossesse, nous avons eu un problème : le permis de travail de mon mari arrivait à expiration, parce que son passeport allait expirer, et les permis sont basés sur la validité du passeport. Le renouvellement de ce permis a pris plus de six mois, mais voilà le problème... vous ne savez pas quand vous allez recevoir le nouveau permis, le moment exact. Ma carte RAMQ a donc expiré en avril, nous attendions déjà depuis six mois le permis de travail, et j'étais déjà enceinte. Je n'oublie pas qu'en avril j'étais très stressée, parce que je n'avais pas de couverture santé et qu'en plus, s'ils tardaient trop, si ça prenait quelques mois de plus, je devais payer 23 000 dollars pour l'accouchement. (Ana, 37, conjointe d'étudiant)

Lorsque je suis tombée enceinte, je n'avais pas la RAMQ, car cela faisait déjà un an que j'étais au Canada et nous devions renouveler tous les papiers. Je ne pensais pas que cela

³⁷ La validité d'un permis de travail ou d'études ne peut pas excéder la date d'expiration du passeport. Alors si le passeport est renouvelé, les permis doivent être aussi renouvelés.

prendrait autant de temps, c'était déjà en cours, mais cela a pris environ six mois. C'était aussi une angoisse. J'ai dû attendre trop longtemps pour avoir un suivi médical, après toutes les angoisses que j'avais eues avec la première grossesse (fausse-couche), j'ai dû attendre presque cinq mois pour recevoir le premier service médical ici. Parce que j'ai cherché, cherché, cherché partout pour pouvoir avoir quelque chose de privé et payer. Mais ici ils m'ont dit... « on ne peut pas faire ça si vous n'avez pas d'ordre médical », et je... « mais comment je peux avoir un ordre médical si je n'ai pas de carte maladie ?... Donc c'était comme un cercle là. (Adela, 30, conjointe de travailleur)

Nous observons, par exemple, des similarités entre les cas d'Adela et de Nancy en ce qui concerne le manque de suivi périnatal pendant la grossesse, malgré les permis d'études ou de travail de leurs conjoints. Les contraintes financières sont toutefois plus difficiles pour les étudiant.es et leurs familles (Nancy).

Pour les femmes ayant des parcours plus atypiques, comme celui d'Ariana, le fait d'être conjointe d'un résident permanent ne lui permettait pas d'accéder à la RAMQ, car elle était en attente du traitement de sa demande de réunification familiale.

Je n'avais pas la RAMQ, comment allons-nous faire face aux coûts ? C'était d'environ 20 000 dollars pour la mère et l'enfant, mais nous avons découvert que parce que ce sera l'enfant d'un résident canadien, mon conjoint, le bébé ne payait pas, alors il n'y avait que mes dépenses. C'est à ce moment-là qu'il y a eu un petit problème entre sa famille et la mienne à cause des dépenses, qui étaient trop élevées. Sa famille a dit que c'était à ma famille de les couvrir, et je lui ai répondu : ce n'est pas ma famille qui m'a mise enceinte, au moins que ce soit une chose de mutuelle. Lorsque nous avons commencé à chercher un médecin pour suivre ma grossesse, j'en ai trouvé un qui acceptait mon statut. Ici, il est très difficile d'obtenir que quelqu'un vous suive si vous n'avez pas le statut de résident permanent. Si vous avez un autre type de résidence, on vous dit : non, je ne peux pas vous aider, non. (Ariana, 26, conjointe de résident permanent)

Ariana, comme d'autres femmes rencontrées, fait référence aux difficultés de trouver un.e médecin qui « accepte » de suivre des patientes qui ne sont pas des résidentes permanentes. Face à ces obstacles, les hauts coûts associés aux responsabilités financières du suivi médical ont soulevé aussi des conflits familiaux.

Ces exemples illustrent le fait qu'une couverture RAMQ lors de l'annonce de la grossesse n'est pas toujours une garantie suffisante pour la poursuite des soins dans le système de santé publique, ni de pouvoir effectivement accéder au suivi périnatal. Cette couverture est conditionnée notamment par les changements dans les trajectoires des migrant.es temporaires. Ainsi, l'accès aux soins périnataux des immigrantes temporaires dépend aussi du moment de l'annonce de la grossesse par rapport aux étapes du processus migratoire (ex. permis d'étude ou PTPD) ou du temps de validité des permis.

Les femmes dont la grossesse est annoncée au début de leurs études ou des études du conjoint n'ont pas eu d'accès à la RAMQ pendant toute la grossesse. Certaines ont réussi à accéder à la santé publique avant l'accouchement (Karla, Nancy) et d'autres ont dû payer pour l'accouchement (Yanet, Martha). Par exemple, Luisa et Karla sont des étudiantes internationales, mais elles se trouvaient à des stades différents de leur parcours migratoire lors de l'annonce de leur grossesse. Luisa avait terminé ses études et bénéficiait déjà d'un PTPD, ce qui lui donnait droit à la RAMQ. En revanche, Karla était encore dans la dernière phase de ses études, alors elle a initié son suivi périnatal avec une couverture de santé privée, et elle a changé après pour une couverture publique.

Lorsque j'ai appelé les cliniques... j'ai cherché et cherché et appelé des milliers d'endroits. Puis la question est... "Quand avez-vous eu vos dernières règles ? Puis ils font un calcul et disent "Oh, je suis désolée, nous n'avons pas de place". Ils m'ont raccroché au nez, et j'ai continué à demander où je pouvais appeler... et mon mari m'a aussi aidée avec les appels, parce que c'était trop. Nous avons appelé partout... et j'ai cherché, cherché, cherché, cherché... c'était trop frustrant pour moi. Alors je me suis dit, « d'accord, je suis enceinte, mais personne ne s'occupera de moi ? » Et j'ai pensé que la chose la plus difficile était d'avoir la carte maladie ! Les recherches ont été très longues. Je ne comprenais pas comment le système fonctionnait (...) Quand j'ai eu la première échographie... le médecin m'a dit "voyons si ce qu'il y a là-dedans est vivant ou non". (Luisa, 33, étudiante)

Je savais déjà que je devais attendre 13 semaines avant de pouvoir faire ma première échographie. Dès que j'ai appris que j'étais enceinte, nous sommes allés dans trois hôpitaux pour chercher des informations. Et ils m'ont dit d'appeler un numéro... mais j'ai laissé des messages et ils ne m'ont pas rappelée... et j'approchais du délai de 13 semaines de grossesse, d'après mes calculs... si vous dépassez ce délai, vous ne pouvez pas faire le test. J'ai appelé un centre d'échographie et je leur ai dit que je ne savais pas quoi faire, parce que j'approchais de la date limite pour la première échographie et que je n'avais pas de médecin pour me guider. Où que j'aille ou que j'appelle, on m'envoyait à un autre endroit... puis à un autre. C'est alors qu'ils m'ont envoyée dans une clinique... je crois qu'elle s'appelle El Cielo (Le Ciel)... presque toutes les femmes qui s'y rendent n'ont pas de statut. Mais j'étais étudiante quand même. (Karla, 32, étudiante)

Parmi les difficultés d'accès aux soins périnataux, Luisa et Karla mentionnent aussi le manque d'information et la méconnaissance du système de santé. Elles ont frappé à plusieurs portes et elles ont découvert de multiples barrières et chemins possibles. « *On commence à migrer, c'est à rechercher* », comme souligne Martha (32a, étudiante). Les nombreux « aller-retours » entre les différentes institutions, sans accès à des orientations précises et claires, les rendent plus anxieuses. Comme raconté par Luisa, ces difficultés peuvent retarder la première consultation et, en conséquence, entraîner des « réprimandes » de la part des médecins.

De plus, Luisa souligne des barrières linguistiques rencontrées dans le processus de recherche d'un.e médecin. Le fait que ces démarches doivent généralement être effectuées par téléphone

rend plus difficile la compréhension d'une autre langue pour ces femmes. Aussi, beaucoup de ces appels ne sont pas répondus immédiatement, et elles se voient contraintes d'attendre le retour des fournisseurs de soins de santé.

Toutes les femmes rencontrées avouent se sentir stressées par leurs difficultés à s'exprimer et à poser des questions aux personnels soignants, soit en raison de la langue ou d'une culture médicale différente. Parfois, cela devient plus complexe que ce qu'elles avaient prévu, car même un médecin hispanophone ou d'origine latino suit la culture de la pratique de soins du pays d'accueil.

Ariana et Karla font référence aux difficultés d'interaction avec le personnel soignant rencontré au début de la grossesse, que ce soit d'origine latino ou du pays d'accueil. Pendant sa grossesse, Karla a modifié son permis d'études en un PTPD, ce qui lui a permis d'accéder à la RAMQ, et elle a changé de médecin pour un professionnel latino. En revanche, Ariana a été contrainte de continuer son suivi de grossesse avec un médecin qu'elle jugeait maltraitante, en raison des restrictions d'accès aux soins de santé.

Comme j'avais l'impression qu'il n'y avait pas beaucoup d'empathie avec ma première docteure, j'ai cherché un autre, et je voulais davantage qu'il parlerait espagnol, pour que je me sente plus à l'aise. On m'a recommandé un gynécologue vénézuélien qui s'est occupé de moi rapidement. Il m'a emmenée faire un contrôle au bout de sept mois, presque à la fin de ma grossesse. Ce médecin était très différent, dans sa façon de dire les choses. Il a même un appareil dans son cabinet avec lequel il fait l'échographie sur place. Chaque fois que j'y suis allée, il l'a fait, il a regardé le bébé pour voir comment il était positionné... une façon très différente de le traiter. Il essaie de vous calmer. On pouvait voir qu'il se souciait des patients. (Karla, 32, étudiante)

Quand j'ai trouvé l'endroit pour le suivi, la docteure était trop amère, et je peux même vous dire que c'était une personne latine, elle parlait espagnol. Mais quand elle parlait aux personnes qui n'avaient pas de résidence (permanente), on voyait son visage amer. Si vous lui posiez des questions, elle était très froide, si vous regardez votre cellulaire, elle vous criait dessus pour dire que ce n'était pas autorisé que si vous aviez des questions à poser, vous deviez les écrire sur un papier. Mais vous n'aviez pas la liberté d'aller ailleurs pour poser des questions parce qu'ils vous fermaient tous la porte et que la seule porte qu'ils ouvraient vous traitait mal. Ces choses arrivent, et ça reste dans la tête, surtout quand on est enceinte et qu'on veut vivre tout ce moment avec bonheur, mais comme on rencontre beaucoup de choses en cours de route, c'est ce que je n'ai pas aimé. (Ariana, 26, conjointe de résident permanent)

Karla apprécie que son nouveau médecin effectue davantage d'examen et se montre attentif à ses préoccupations, ce qui reflète les caractéristiques de la culture médicale de son pays d'origine. En plus des avantages linguistiques, cette proximité culturelle lui a apporté du réconfort. En revanche, le médecin latino d'Ariana a adopté un style d'interaction plus conforme aux normes du

pays d'accueil, ce qui, dans certains cas, s'est rapproché de comportements que cette dernière a perçus comme agressifs, ayant ainsi un impact négatif sur son état émotionnel.

En soulignant ces différences, Ana et Maria font référence au traitement froid et distant du personnel soignant au Canada comme l'un des enjeux les plus marquants. Maria se plaint aussi du manque d'informations sur le suivi périnatal, qui s'aggrave par les barrières linguistiques; tandis que Karla ressent un besoin de rester mieux informée par le personnel au cours de la grossesse.

La vérité est que le suivi médical a été bon, c'est-à-dire qu'il a été efficace. Ce n'est pas ce à quoi je m'attendais, bien sûr, car je sais qu'en Colombie on s'occupe beaucoup mieux de vous, le service médical aurait été plus doux. Mon médecin ici était bon, il a vu que j'étais très rigoureuse et attentive à tout. Je me suis donc très bien débrouillée, mais j'avais parfois l'impression que... si j'en avais de doute, ils vous répondent, mais c'était impersonnel. (Ana, 37, conjointe d'étudiant)

C'était très différent de ce à quoi nous étions habitués, car dans mon pays, vous allez chez le médecin tous les mois et vous passez une échographie. Ici, je n'ai eu que deux échographies. Nous ne savions rien, ici ils ne vous disent rien. Ils vous disent... oui, tout va bien, tout va bien... nos amies qui étaient également enceintes dans mon pays m'ont dit... Je sais déjà combien pèse mon bébé, quelle est sa taille... et j'y suis allée à l'aveuglette, la vérité c'est que je ne savais rien.... Ici ils ne vous disent pas grand-chose. Je me suis sentie très bizarre... je me demandais si tout irait bien, j'étais un peu méfiante. Tout était très détendu, comparé à ce à quoi nous sommes habitués dans mon pays, mais tout s'est bien passé, alors peut-être que ce n'était que moi. Mais cette différence que nous avons constatée nous a inquiétés. Nous savons maintenant qu'en réalité, il n'est pas nécessaire de faire autant d'échographies au cours d'une grossesse. Mais c'est la désinformation, surtout ce qui nous inquiète. À cette époque, j'étais affectée par tout... le manque de communication... je voulais peut-être demander des choses, mais je ne pouvais pas, parce que je ne savais pas...(Maria, 27, conjointe de travailleur)

Elles (amies) me disaient tout le temps qu'elles avaient fait tel ou tel examen, qu'elles avaient fait une échographie... et ici, le processus est totalement différent. J'ai donc toujours eu l'impression qu'ils n'en faisaient pas assez ici, et j'ai toujours vécu avec cette peur... pourquoi ne font-ils pas d'échographies, pourquoi ne me disent-ils pas comment ça se passe ? Je comparais toujours les processus, le mien ici et celui de mes amies en Colombie. Eh oui, ici, le traitement médical est très différent... et c'est un choc... émotionnel... parce qu'en tant que nouvelle mère, on veut toujours avoir tout sous contrôle. (Karla, 32, étudiante)

Une question récurrente dans tous les entretiens est que les femmes estiment insuffisants le nombre de consultations médicales, la durée des rendez-vous, ainsi que le nombre d'exams réalisés durant la grossesse. Ce suivi, plus « détendu », comme le décrit Maria, contraste fortement avec la proximité affective et la fréquence des consultations qui caractérisent les relations médicales en Amérique Latine, selon ces femmes. Leurs réactions à ce choc interculturel sont variées. Maria dit avoir compris que ces différences n'affectent pas davantage le bon déroulement de la grossesse; et Ana s'est bien adaptée pour réussir à trouver les informations

nécessaires lors des consultations. En revanche, Karla a ressenti plus d'angoisse à cause de ces différences.

En tout état de cause, ces barrières peuvent affecter l'interaction avec le personnel et le bien-être des femmes enceintes. Maria soulève comment cette situation est « inquiétante », ainsi que Karla fait référence à son « choc émotionnel ». En plus, Maria rappelle qu'elle se sentait aussi « affectée » par les obstacles de la langue dans le contexte du début de la grossesse, qui a été annoncée quelques mois après son arrivée et avant l'éclatement de la pandémie. Son conjoint ne pouvait pas l'accompagner aux consultations, en raison des restrictions sanitaires liées à la COVID-19.

Les limites associées au statut temporaire, à la communication ou à la désinformation peuvent déclencher des situations de maltraitance ou de discrimination, comme raconté auparavant par Luisa. Pour sa part, Ariana exprime son indignation face aux mauvais traitements reçus de la part du personnel, notamment lorsqu'une personne lui a « suggéré » de ne pas concevoir d'enfant si elle n'avait pas accès à la RAMQ.

Beaucoup de personnes, de cliniques, d'hôpitaux nous ont fermé leurs portes parce que je n'avais pas le statut de résident permanent. L'un d'entre eux m'a même dit : "Je suis désolé, je sais que votre partenaire a un statut de résident permanent et pas vous. Dans ce cas, il aurait dû tomber enceinte et pas vous". Ce sont des choses qui se sont passées... parce que vous avez dit OK, je veux dire, vous voulez le payer, ce n'est pas que c'est gratuit. Mais donnez-moi un quota ! Eh bien, non, ils n'avaient pas de quotas et vous rencontrez ce genre de personnes. (Ariana, 26, conjointe de résident permanent)

La grossesse de ces femmes file à travers les interstices des démarches migratoires et des ajustements financiers, des efforts pour assurer les soins périnataux et se préparer pour l'arrivée du bébé.

L'impact des difficultés de suivi périnatal sur le bien-être des femmes

Alors qu'elles sont confrontées aux nombreux défis du parcours périnatal, leur état de détresse s'aggrave par l'angoisse des longs délais du processus de renouvellement des permis migratoires, notamment dans le contexte postpandémie COVID-19. Ces « périodes d'attente » migratoire, ou bien les « temps insuffisants » qui contrarient le projet de devenir résidente permanente se trouvent au cœur de leurs préoccupations pendant la grossesse. Nancy, Ana et Karla remarquent comment les contretemps et les soucis liés aux conditions migratoires affectent leur santé mentale et physique.

Je pense que mon problème était aussi une grande pression pendant la grossesse... les nerfs... l'angoisse... c'est comme si vous n'étiez pas bien préparée... tout est arrivé à la dernière minute. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

À cause du stress horrible causé par ces papiers, j'ai eu une urgence à la fin du mois d'avril, juste au moment où ma RAMQ a expiré. J'ai été hospitalisée pendant trois jours, c'était encore gratuit à l'hôpital parce que ma carte de santé me couvrait encore pour le mois d'avril, si j'étais tombée malade quelques jours plus tard, cela aurait été un autre problème. Finalement, les médecins n'ont pas trouvé la cause du problème, tout le monde dit que c'est le stress... le stress que j'ai eu avec cette situation... je me suis évanouie deux fois. Je pense que c'est à cause de ça... parce que j'étais très, très inquiète... « je vais me retrouver sans permis de travail, sans couverture médicale... le bébé arrive ».. je pensais...parce que le statut implicite ne peut durer que 180 jours maximum. Je ne pouvais rien faire avec mes papiers, car mon statut était lié à celui de mon mari, et je devais donc toujours présenter son permis de travail valide pour toute démarche à moi. (Ana, 37, conjointe d'étudiant)

En fait, ma grossesse n'a pas été bonne du tout. Parce que c'était un processus plein d'anxiété, depuis le début... et puis l'impuissance de la langue... à faire face au système médical ici, qui est totalement différent. Tout cela m'a rendue très anxieuse pendant ma grossesse. À aucun moment je ne me suis sentie calme, en paix. J'étais toujours en train de penser... Que va-t-il se passer ici ? Et qu'allons-nous faire de tout cela ? Disons qu'au cours du processus d'immigration, on se demande toujours ce qui va se passer. La grossesse était comme mon deuxième processus d'immigration... RIRE. (Karla, 32, étudiante)

Le vécu de la grossesse en contexte migratoire peut être marqué alors par les sentiments d'angoisse et la « pression » ressentie par Nancy à cause du manque d'accès aux soins périnataux; l'inquiétude et le stress d'Ana en attendant la carte de la RAMQ; l'anxiété et l'impuissance de Karla devant les barrières linguistiques et du système de santé. Le fait qu'Ana ait subi des épisodes d'évanouissement en fin de grossesse, ou bien les récits de Karla sur l'anxiété qui l'a affectée pendant le postpartum illustrent des conséquences possibles sur le long terme. La naissance prochaine du bébé devient également une source de tension.

5.3.2 Des solutions alternatives déployées face aux obstacles

Surmonter les barrières linguistiques

Dès le début de leur parcours de soins, ces femmes mettent en œuvre des stratégies alternatives afin d'améliorer leur expérience en milieu médical et poursuivre le suivi de grossesse. Étant donné que les barrières linguistiques ressortent comme un défi récurrent, elles évoquent quelques stratégies. Ana pose par exemple ces questions par écrit, tandis que Nancy utilise un traducteur en ligne pour expliquer son histoire aux médecins rencontrés. Après de nombreux appels infructueux cherchant une clinique périnatale, Luisa change pour sa part la forme de communication pour réussir à être mieux accueillie au téléphone.

Je me suis rendu compte que lorsque vous leur parlez en anglais, ils vous raccrochent au nez et ne répondent pas. Je me suis donc dit que la technique consistait à leur demander en français si nous pouvions parler en anglais. J'ai commencé à changer cela. (Luisa, 33, étudiante)

La première chose que j'ai faite a été de chercher le médecin sur l'internet... et il m'a dit qu'il était parfois un peu grincheux l'après-midi, alors j'y allais toujours le matin, j'étais le premier rendez-vous. Il faut aussi chercher à améliorer la situation. En générale, tout s'est bien passé, mais j'ai eu très peur parce que j'avais une allergie, j'avais de fortes démangeaisons... et comme je travaillais dans une crèche avec des enfants... j'ai eu très peur. Lorsque je suis allée voir un médecin, j'avais apporté une feuille imprimée avec toutes mes questions, pour éviter les problèmes d'incompréhension de la langue. Nous avons tous les deux répondu aux questions, ils ont fait quelques tests, mais ce n'était pas grave finalement. (Ana, 37, conjointe d'étudiant)

Quand j'ai eu le droit à l'assurance maladie, on m'a envoyée chez le gynécologue, et on m'a dit pourquoi j'arrivais si tard pour le suivi... imaginez, là, commencer à raconter toute l'histoire à tout le monde, parce que tout est très compliqué à expliquer. J'ai toujours été suivie par un gynécologue différent... parfois en espagnol, parfois en anglais et en français, je m'entendais bien avec eux... j'utilisais aussi le traducteur, et certains médecins sont très patients. Donc le médecin généraliste du début a commencé à mieux me traiter... ils vous traitent un peu mieux, parce que sans la carte de maladie, vous n'êtes pas personne. J'ai aussi été traitée par un médecin virologue à l'hôpital Sainte-Justine, à cause de mon problème de toxoplasmose. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Au cours de leur grossesse, ces femmes doivent déployer des efforts supplémentaires pour surmonter les obstacles d'accès aux soins périnataux, ce qui peut entraîner des risques importants pour leur transition à la maternité. L'anxiété et le stress soutenus durant la grossesse peuvent ainsi s'aggraver tout au long de la période périnatale, comme c'était le cas pour Karla.

Des stratégies déployées pour accéder aux soins

Les barrières d'accès aux soins périnataux et le manque d'écoute de certaines personnes poussent les femmes, notamment celles non assurées par la RAMQ, à adopter des stratégies alternatives. Lorsque Nancy a été diagnostiquée avec anémie et toxoplasmose, elle a dû chercher des sources de soutien supplémentaires en raison des limitations financières pour payer des soins spécialisés. Après plusieurs refus, et suivant ainsi des conseils pour améliorer ses chances d'obtenir de l'aide, elle a adapté son discours en intégrant des aspects de santé mentale à sa situation. Quant à Yanet, elle a décidé de se rendre à l'hôpital pour accoucher sans avoir payé les frais exigés à l'avance. Ne disposant pas des ressources financières nécessaires pour régler ces frais, Yanet espérait pouvoir être admise à l'accouchement en raison des critères éthiques médicaux applicables en cas de risque vital.

Quand je suis allée à Médecins du monde, ils m'ont dit de m'inscrire sur un site web gouvernemental pour demander de l'aide, et j'ai dit donc dans l'inscription que j'étais très

angoissée, que je souffrais de dépression... J'ai multiplié les choses, parce que c'est la vérité, j'étais déjà allée dans les hôpitaux et ils m'avaient demandé de l'argent et j'ai dit... Mon Dieu, comment vais-je payer ?! Comment vais-je commencer mes examens ? Qui va m'aider ? (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Mon premier versement à la clinique a servi à payer les honoraires du médecin qui allait me recevoir le jour de l'accouchement et l'anesthésie le jour de l'accouchement. Un mois avant l'accouchement, j'ai dû payer le reste des frais, d'autres 4 000 \$. Mais je ne l'ai pas payé, parce qu'une amie ici qui m'a dit qu'elle était dans cette situation ne l'avait pas payé non plus. Le jour de l'accouchement, ils vont te soigner... c'est mandataire, parce qu'il s'agit d'une urgence. L'accouchement est comme une urgence. Et j'ai dit, eh bien, je vais faire la même chose, voyons, et ensuite nous ferons un plan de paiement mensuel, c'est ce que j'avais à l'esprit. (Yanet, 38, étudiante)

Pour Nancy, le fait de présenter des informations inexactes sur son état de santé mentale afin d'accéder au soutien institutionnel constituait également une forme de « vérité » personnelle, reflétant son manque de ressources pour faire face à la grossesse en dépit de ses problèmes de santé. Pour Yanet, considérer l'accouchement comme une « urgence » médicale, et ainsi s'assurer que les médecins prennent en charge une femme en travail d'accouchement, lui semble une approche logique. En acceptant ces stratégies comme moyen de survie dans une situation de vulnérabilité, elles cherchent à repousser les limites de l'accès au système de santé.

Dans la recherche des soins de santé périnatale, ces femmes font preuve de résilience. Les parcours périnataux continuent malgré les obstacles grâce à la flexibilité et à la persistance des femmes dans leur recherche de solutions. Les histoires racontées par des femmes qui ont rencontré plusieurs barrières d'accès aux soins périnataux, comme Nancy, Yanet, Ariana et Karla, illustrent des parcours de soins instables. Pour un groupe de femmes résidentes temporaires, le suivi de grossesse se poursuit à travers les interstices de multiples institutions, médecins, organismes d'aide ou sources informatives qui les aident à surmonter des défis à chaque étape.

5.3.3 Les ressources de soutien mobilisées pendant la grossesse

Les institutions de soutien en périnatalité

Devant les difficultés rencontrées dans le système de santé, ces femmes se tournent souvent vers plusieurs organismes pour demander du soutien. Elles manifestent une énorme gratitude envers les institutions et le personnel professionnel qui les accueillent et les guident à travers ce parcours périnatal. Parmi les femmes sans couverture de la RAMQ, l'organisme *Médecins du monde* (MdM) est mentionné dans les entretiens comme le seul fournisseur de soins médicaux où elles sont référées, parfois sans tenir compte des spécificités de leur statut migratoire.

Quand je suis tombée enceinte, je suis allée à Médecins du Monde, parce qu'aucun hôpital ne voulait m'accueillir, ils m'ont demandé si j'avais une carte maladie... puis non, et c'est tout. J'ai payé pour une consultation médicale et ils ont confirmé ma grossesse. Et j'ai demandé comment suivre la grossesse... mais ils m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas tout couvrir, qu'il fallait que j'aille dans les maternités. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Ce qu'ils m'ont dit en premier est : « appelez Médecins du monde, pour voir s'ils peuvent vous aider ». Mais lorsque j'ai mentionné mon statut ici, et que mon mari a un travail et que nous avons un toit, ils m'ont dit non, que je ne pouvais pas être acceptée là. (Yanet, 38, étudiante)

Comme elles le soulignent, les femmes résidentes temporaires cherchent de l'aide chez MdM, mais les procédures d'accueil y varient toutefois et elles ne sont pas toujours accueillies. Alors que Nancy n'a eu à fournir que sa carte de maladie, Yanet a dû répondre à plusieurs questions de triage et a finalement été refusée.

Pour les immigrantes temporaires sans couverture de la RAMQ (Karla, Nancy, Ariana, Yanet), la « légalité » de leur permis migratoire ne garantit pas l'accès à des soins médicaux abordables et de qualité pour le suivi périnatal. Malgré leur statut valide, elles sont renvoyées souvent aux services de soins conçus pour des personnes immigrantes « sans papier », ce qui regroupe plusieurs conditions migratoires dans la catégorie d'« migrant.es à statut précaire » (MSP).

En plus des services fournis par MdM, certaines femmes doivent chercher des ressources de soutien supplémentaires pour assurer une bonne santé pendant la grossesse. Le manque de ressources financières d'Ariana pour assurer une nutrition adéquate, ou bien les maladies associées à la grossesse chez Nancy sont des questions qui les amènent à chercher d'autres sources d'accompagnement lors du suivi périnatal.

Nous avons trouvé des organisations comme Médecins du monde... et ils nous ont aidé pour les examens médicaux... ils m'ont orienté aussi vers une nutritionniste et m'ont donné les coupons d'alimentation de l'organisation Olo pour les femmes enceintes. (Ariana, 26, conjointe de résident permanent)

J'ai fait quelques tests gratuitement chez les Médecins du monde, et ensuite j'ai dû payer pour voir les résultats avec le médecin (75cad), qui m'a dit que j'étais anémique et que je devais prendre du fer. On m'a aussi dit que j'avais des problèmes de thyroïde et la toxoplasmose. (...) Ils m'ont donc appelé du gouvernement du Québec et m'ont référé au CLSC, et c'est pourquoi ils m'ont assigné une travailleuse sociale et une infirmière, et ce sont elles qui m'ont aidé à contacter des endroits qui feraient des examens de suivi pour moi. Ils m'ont inscrit au programme SIPPE³⁸, où ils m'ont donné de la nourriture et des

³⁸ Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, chez le Gouvernement du Québec.

vitamines prénatales. C'est ainsi que j'ai pu traverser la grossesse. (Nancy, 32, conjoint d'étudiant)

Ariana et Nancy ont également utilisé les services de l'organisation *Olo*, des banques alimentaires communautaires, et des sage-femmes. Elles ont reçu de l'aide pour combler leurs besoins de nutrition, des conseils et des articles pour le bébé. Les *Centres locaux de services de santé* (CLSC) ont joué aussi un rôle important, notamment dans le référencement de services. En plus, certaines femmes avec des conditions de santé spéciales durant la grossesse (diabète gestationnel, toxoplasmose, stéatose hépatique, anémie, etc.) ont dû mobiliser plus de ressources auprès de plusieurs instances (Nancy, Anali, Yanet).

L'appui du conjoint et de la famille

Dans un contexte de faible soutien institutionnel, de manque de réseau social, et d'éloignement familial, les partenaires de ces femmes deviennent un appui essentiel pendant la grossesse, et parfois la seule personne proche qui les accompagne physiquement dans cette période. Malgré la proactivité de ces femmes dans la recherche de soins et des meilleures ressources de suivi périnatal, elles doivent mobiliser parfois des réseaux disponibles dans leurs pays d'origine. Quelques solutions déployées comprennent le fait de parler aux membres de la famille dans le milieu de la santé, aux professionnels de la santé, aux amies éloignées, et même à consulter des spécialistes à distance comme indiqué par Yanet et Nancy.

Mon mari, il aurait voulu, par exemple, m'accompagner aux consultations, mais il ne pouvait pas parce qu'il devait travailler, il ne m'accompagnait que pour une échographie. Il était le seul à travailler, le seul à avoir un revenu. (...) Vous voyez des films et tout ce qui montre la beauté de la grossesse... mais ici vous êtes aussi en dehors de votre environnement, de votre famille, et peut-être qu'avec votre famille vous auriez pu avoir plus de soutien, ils vous aident un peu plus. Je devais tout faire à la maison, et j'étudiais encore... mais je devais continuer... la vie devait continuer. Mon mari m'aide beaucoup, mais ce n'est jamais la même chose que d'avoir maman, papa, quelqu'un à vos côtés pour vous aider. (Yanet, 38, étudiante)

Ma mère m'a accompagnée à distance, elle est infirmière. Mais j'ai dû faire face au reste seule ici, avec mon mari. Mais j'étais tout le temps seule, parce que lui devait travailler. En tout cas, il a dû faire face à tout avec moi. La vérité, c'est qu'ici, tout le monde est seul, parce que les quelques amis que nous avons ont aussi leur propre vie et que tout le monde ici court pour quelque chose, on ne peut compter sur personne, nous n'avons pas de famille ici, c'est pourquoi j'ai amené ma mère après la naissance du bébé, avec elle je me sens mieux maintenant, avec son soutien. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Yanet et Nancy font référence aussi à la solitude qu'elles éprouvent en contexte migratoire, se trouvant « hors de leur environnement familial naturel » et « seules » avec leur conjoint. Même

les conjoints ne sont pas toujours disponibles comme voulu, car ils doivent continuer à travailler et soutenir l'économie du foyer ou bien étudier pour poursuivre le processus migratoire.

De plus, le réseau d'amitié dont ces couples bénéficient est souvent constitué principalement d'autres personnes immigrantes, ce qui peut limiter leur capacité à obtenir une aide efficace. À cet égard, Nancy (32 ans, conjointe d'étudiant) remarque que leurs ami.es à Montréal, comme elle-même, sont souvent « surchargé.es », car « tout le monde est seul » ici.

En outre, les relations avec les proches éloignés varient aussi parmi les personnes rencontrées, car certaines femmes se montrent plus rattachées à la culture d'origine et d'autres font ressortir des insatisfactions par rapport à certains éléments de ces contextes. Bien que les besoins d'accompagnement et de sécurité culturelle semblent indéniables pendant cette délicate période périnatale, les motivations et les transformations liées au processus migratoire influencent également leurs attentes envers le projet périnatal.

Adela et Anali affirment ne pas être d'accord avec les interventions de membres de la famille élargie dans l'autonomie de leurs décisions. Elles ne sont pas d'accord avec les jugements excessifs associées aux relations familiales dans leurs pays d'origine.

Je ne voulais que personne ne sache rien, je voulais que ce soit quelque chose de très personnel, parce que c'est quelque chose que je voulais protéger de tout. (...) J'ai donc décidé de rester complètement à la maison, grâce à Dieu, mon mari m'a également soutenu dans ce sens, et je me suis beaucoup reposée. Je passais mon temps à dormir, à manger et à regarder la télé. (...) J'étais un peu apathique dans ma grossesse, je ne voulais pas que quelqu'un me parle ou me dise quoi que ce soit. Parfois j'éteignais mon cellulaire, je ne voulais pas du stress. La seule personne avec qui je voulais être c'est mon mari. (Adela, 30, conjointe de travailleur)

J'ai l'impression que dans mon pays les gens veulent décider plus davantage dans votre vie et vous jugent plus, alors peut-être que cela aurait été plus lourd. Même au téléphone, ils me disaient... "mais pourquoi es-tu si fatiguée et dors-tu tout le temps ? Ils m'ont beaucoup jugée, comme si j'avais décidé d'être malade. Alors ici, j'ai vécu une grossesse plus librement. Bien sûr, même si vous êtes jugée, c'est très bien de savoir que vous allez être accompagnée, que vous avez votre tante, votre grand-mère, tout le monde pour vous accompagner. Même si, pendant la grossesse, j'ai l'impression que je n'avais pas tellement besoin des autres, juste d'une manière instrumentale, pour m'aider à faire des choses. Mais sur le plan émotionnel, j'étais plutôt bien. Parfois, j'avais vraiment peur que mon bébé meure, je ne postais rien sur les médias sociaux à cause de cela, j'avais peur de que les gens le sachent et qu'il se passe quelque chose par la suite. (Anali, 35, travailleuse)

Adela, par exemple, avoue ne pas vouloir suivre des conseils ni être accompagnée à distance par des membres de sa famille. Hormis son conjoint, elle souhaitait rester isolée pendant la grossesse, même par rapport aux personnes connues à Montréal, probablement en raison de son expérience antérieure de fausse couche. Pour Anali, bien que le soutien familial soit souhaité, les

relations avec la famille élargie sont compliquées par des divergences d'opinion sur la maternité et les rôles des femmes.

Des rituels sociaux de la grossesse

Des rituels collectifs font partie du vécu social de la grossesse, comme la « révélation du sexe » ou le « *baby shower* », mais cet imaginaire se transforme lors du vécu périnatal en contexte migratoire. Le manque de réseau familial et d'amitié, les contraintes financières, le stress lié aux difficultés du suivi périnatal et l'excès de préoccupations en lien avec les processus migratoires sont quelques raisons qui affectent la célébration de la grossesse en tant qu'événement social. Certaines femmes ont toutefois réussi à vivre ces événements (Luisa, Ana, Karla) de différentes formes.

Par exemple, le désir de vivre pleinement la maternité a conduit Karla à organiser une célébration en ligne, rassemblant sa famille élargie. En revanche, pour Ariana, les contraintes financières et les conflits avec la famille de son conjoint à Montréal ont limité sa motivation à partager la joie de la maternité avec un plus large cercle. Pour Adela, les retards dans le renouvellement de son permis de travail et de sa carte de la RAMQ ont généré un stress qui a empêché la célébration de sa grossesse. Ayant subi une fausse couche quelques mois après son arrivée à Montréal et ayant attendu six mois avant de rétablir ses droits à la RAMQ, elle souhaitait simplement voir son bébé immédiatement, sans attendre la révélation du sexe.

Mes amies ont organisé une fête de révélation du sexe. Je voulais une fille depuis que j'étais très jeune... et mon mari voulait un garçon. On a une vidéo de cette fête où on le voit à lui faire un geste comme bah... parce que c'était une fille (RIRE). Moi j'étais très excitée, je n'avais jamais ressenti cette sensation auparavant. Complète ! À partir de ce moment-là, je ne me suis plus préoccupé de rien d'autre. Ma famille était là, à distance... il y avait plusieurs caméras de cellulaires pour qui filmaient. La famille à Colombie était connectée et accompagnait la fête. (Karla, 32, étudiante)

Pendant la grossesse, j'aurais aimé, par exemple, avoir plus de photos souvenirs, comme un baby shower. Mais ce n'était pas possible, à cause de la situation économique, et aussi familiale. Je me suis donc dit que ce serait pour une autre fois, peut-être pour une autre grossesse, mais pas pour celle-ci. (Ariana, 26, conjointe de résident permanent)

Je n'ai pas fait rien de célébration, pas de révélation du sexe... parce que j'étais déjà tellement stressée et anxieuse pendant tout ce temps que je n'avais pas le spirite à y penser. Je voulais juste savoir que mon bébé était là, qu'il allait bien, qu'il grandissait bien. J'avais besoin que le médecin me rassure, qu'il me dise et me montre si c'était un garçon ou une fille, et non qu'il l'écrive et que je le voie plus tard. Je veux dire que je voulais le voir sur l'écran par moi-même. (Adela, 30, conjointe de travailleur)

La possibilité de célébrer sa grossesse à travers des rituels et en compagnie de ses proches permet à Karla de se sentir « épanouie ». Ce n'était pas possible toutefois pour Adela, qui est

arrivée à l'échographie de révélation de sexe dans un état d'angoisse, dû au manque de suivi et des examens médicaux. Face à l'impossibilité de créer des souvenirs pour garder une « mémoire » de ce moment, Ariana, qui est la plus jeune, est réconfortée par la possibilité de réaliser ce souhait lors d'une deuxième grossesse à l'avenir.

Des réseaux numériques et transnationaux

Dans le contexte des migrations internationales actuelles, les avancées technologiques ont profondément transformé la communication à distance, comme l'ont souligné certaines femmes qui célèbrent leur grossesse « en ligne » avec les familles. Par exemple, Maria explique qu'après la confirmation de sa grossesse à trois mois, elle et son conjoint ont organisé un appel vidéo collectif avec toute leur famille restée dans leur pays d'origine pour annoncer la nouvelle. De son côté, Nancy a d'abord appelé sa mère pour lui confier ses inquiétudes concernant une possible grossesse non désirée, avant même d'en parler à son conjoint. Quant à Adela, elle a choisi de rester isolée des influences familiales en éteignant simplement son téléphone portable.

Ces femmes évoquent les façons dont la technologie façonne leurs relations avec les proches éloignés. Elles utilisent aussi les espaces numériques pour obtenir des informations et réseauter dans leur pays d'accueil. Les réseaux sociaux numériques et Internet en général sont des ressources privilégiées pour ces femmes lorsqu'elles cherchent des conseils, des informations, des orientations sur les soins médicaux, ainsi que de l'aide pour diverses questions.

L'utilisation des ressources numériques varie, mais elles sont souvent reconnues comme étant très importantes, notamment le groupe sur Facebook nommé « *Mamás latinas en Montréal* » (Mamans latines à Montréal). Par exemple, plusieurs d'entre elles déclarent avoir trouvé dans ce groupe les informations pertinentes sur le premier lieu d'accueil pour le suivi de grossesse, que ce soit Mdm, des cliniques qui reçoivent des immigrant.es sans RAMQ, ou des indications sur les options de suivi périnatal. Soit pendant la grossesse ou durant le postpartum, Yanet et Ana soulignent l'importance des espaces numériques pour se connecter aux mères de la communauté diasporique latino-américaine à Montréal.

Je suis un peu introvertie. Pour moi, les réseaux sociaux sont donc super. Il est plus facile pour moi d'interagir en ligne qu'en personne. Surtout lorsqu'il y a une barrière linguistique, parce que vous perdez toujours dans la traduction ce que vous voulez souligner ou rechercher. L'internet en tant que tel aide à faire tomber cette barrière, car on peut faire des recherches en espagnol et en anglais et traduire, on a plus d'options. Facebook, par exemple, m'a aussi beaucoup aidée à voir les expériences d'autres mères qui étaient passées par le même processus. Je fais partie du groupe Mamás Latinas en Montréal, et on peut y voir des messages d'autres mères qui ont vécu la même chose que moi. Il y a aussi une application appelée Baby+, qui m'a beaucoup aidée, parce qu'on vous suit par étapes et ça vous dit à quoi vous attendre à chaque moment et ce que le bébé doit faire à

chaque étape. C'était très bien et il y a aussi une communauté où les mamans dans cette application écrivent et répondent aux questions. **(Yanet, 38, étudiante)**

*Quand j'étais enceinte, j'ai posté sur le groupe Facebook Mamás latinas en Montréal. Je voulais des amies, des mamans qui en étaient à leur première grossesse, qui en étaient à environ cinq mois comme moi... Bon, plusieurs femmes m'ont écrit pour me soutenir, mais elles avaient déjà des enfants, et je ne voulais pas qu'on me dise ce qui se passait, je voulais qu'on partage. Puis une fille m'a écrit et nous avons réalisé que nous avions des amis en commun, nous nous sommes rencontrées et nous avons continué ensemble. Tous les jours on se parlait, tous les jours... on achetait les mêmes choses, on sortait en couple. C'est super sympa. Et une autre amie est tombée enceinte aussi, mais elle a déjà un fils de 10 ans, et puis on a formé un groupe toutes les trois, et on est resté en contact, même quand les bébés sont nés, et on a continué ensemble. **(Ana, 37, conjointe d'étudiant)***

À travers ce groupe de mamans latines à Montréal, Yanet et Ana ont trouvé un lieu de référence où l'expérience de maternité et de migration converge. Cet espace leur permet de partager des expériences de maternité avec d'autres mères immigrantes à travers des codes culturels communs. Elles disent se sentir écoutées et accompagnées dans cet espace, grâce à une solidarité qui se forge dans le partage des trajectoires migratoires. En plus, les femmes rencontrées réalisent parfois que le vécu de la grossesse dans ce contexte migratoire s'éloigne considérablement des expériences et des conseils donnés par leurs ami.es ou familles au pays d'origine (Adela, Yanet). Ainsi, cette forme de sécurisation culturelle, maintenant médiatisée, se renforce alors par le partage des trajectoires migratoires des mères immigrantes d'origine latino-américaine à Montréal.

La diaspora numérique est ainsi définie comme l'un des réseaux de soutien les plus importants parmi les femmes qui deviennent mères sous un statut temporaire. Il est intéressant de noter également qu'elles naviguent dans un environnement « transmédiateur », entre les communautés latines sur Facebook et d'autres plateformes comme l'application mobile informative mentionnée par Yanet ou le groupe d'amies formé par Ana sur WhatsApp. À partir de l'application Baby+, Yanet se joint aussi à la communauté de mères usagères de cet outil. Pour sa part, Ana transite du groupe général sur Facebook à un groupe plus intime sur WhatsApp. Les deux confirment toutefois que ces multiples ressources numériques sont très utiles pour se sentir « accompagnées » par d'autres femmes qui « passent par le même processus »; ainsi que pour franchir les barrières linguistiques dans la recherche d'information, selon Yanet.

Outre l'accompagnement et la validation maternelle féminine qu'elles reçoivent dans les espaces numériques de la diaspora, ces femmes utilisent fréquemment l'internet au cours de la grossesse pour chercher les informations sur l'accouchement et parfois sur le postpartum, afin de se préparer en amont pour les étapes à venir. De plus, elles utilisent ces ressources pour demander des

conseils et des orientations lorsqu'une situation imprévue survient, que ce soit pour obtenir des informations ou pour valider leurs comportements en tant que nouvelles mamans. Pour Karla, ce besoin informatif apparaît aussi en raison du manque d'accompagnement médical.

Tout au long de ma grossesse, quand j'étais à la maison tout le temps, j'ai vu beaucoup de choses sur internet... sur l'allaitement, sur la façon d'avoir un accouchement naturel, sur les risques de la péridurale (...). Ce qui se passe ici, c'est qu'on n'a pas la possibilité d'aller dans certains endroits et d'être informée. En Colombie, par exemple, vous tombez malade, vous allez à la pharmacie et on vous guide, on vous oriente. Ici, c'est complètement différent. Comme il n'est pas facile d'aller voir un médecin, d'avoir ces conversations... Je ne sais pas si cela changera quand j'aurai un médecin de famille... mais ici, il n'y a pas de communication rapide. La chose la plus rapide à faire est donc... elle vomit, elle a ceci... YouTube... pour voir ce que cela peut être. C'est alors que l'on commence à nourrir les peurs et les angoisses... c'est pourquoi j'ai décidé de rester à l'écart des réseaux maintenant. J'étais toujours soit dans une situation de comparaison avec le processus de grossesse entre le Canada et la Colombie... soit dans une situation où je voulais toujours en savoir plus, où je croyais que je savais tout. Pour ma santé mentale, je ne regarde presque plus YouTube maintenant. (Karla, 32, étudiante)

Le fait d'avoir vécu une fausse-couche à Montréal, les barrières interculturelles, les limites de la langue et les difficultés d'accès aux médecins sont des facteurs qui amènent Karla à consulter les réseaux numériques comme une source d'information « officielle ». Le manque d'orientations précises, rapides et claires concernant le suivi de grossesse pousse également ces femmes à se plonger dans l'abondance d'informations disponibles sur Internet. La disponibilité, l'agilité et la langue maternelle favorisent cet usage.

Cependant, une surexposition au numérique peut entraîner aussi des niveaux plus élevés d'anxiété et avoir des impacts négatifs sur le déroulement de cette transition à la maternité, comme expliqué par Karla. Les enjeux de santé mentale vécus au postpartum l'ont fait réfléchir *a posteriori* sur comment cette situation a impacté sa santé mentale lors de la maternité.

Soit à des fins informatives ou pour combler des besoins d'accompagnement auprès de leur communauté diasporique en ligne, les nouveaux médias deviennent un moyen de réseautage et un lieu de soutien très valorisé parmi ces femmes. Non seulement en raison des contacts pris avec d'autres mères migrantes, mais aussi pour entretenir une communication fluide avec les proches éloignés, pour la plupart d'entre elles. L'intensité et les motivations des usages varient parmi ces femmes, mais l'importance de ces espaces virtuels est également soulignée. Ainsi, Yanet et Ariana mobilisent la technologie numérique pour assurer un accompagnement plus effectif des personnes de ses réseaux de soutien à distance.

J'étais toujours en contact avec toute ma famille et mes amies dans d'autres pays, nous nous sommes toujours appelés et donné des conseils. Lorsque quelque chose est arrivé et

que j'étais inquiète, elles me disaient... « c'est normal, calme-toi »... elles me disaient ce qu'il fallait acheter pour le bébé. Tout le monde m'a beaucoup aidée. (Yanet, 38, étudiante)

Quand j'étais enceinte, j'appelais ma tante et je lui parlais toute la journée, parce qu'elle était toujours à la maison, elle vivait avec mes parents ; puis ma mère arrivait au travail et l'appel vidéo continuait et durait des heures et des heures parce que c'est comme ça que nous communiquons, la batterie s'épuise, on branche, on charge et on continue à parler et c'est comme ça que nous sommes. (Ariana, 26, conjointe de résident permanent)

À travers les espaces numériques, ces femmes ont trouvé le réconfort donné par d'autres mères latines à Montréal qui vivaient des situations similaires. Ces lieux virtuels de partage ont contribué à briser l'isolement et à assurer l'estime de soi chez les nouvelles mères. Dans le cas d'Ariana, la technologie lui a permis par ailleurs de se sentir accompagnée de façon continue par sa famille éloignée, pendant que son conjoint travaillait plusieurs heures à l'extérieur de la maison.

5.4 Récits d'accouchement et gestion médicale du corps en douleur

5.4.1 Le moment d'accoucher : perspectives des femmes et accueil à l'hôpital

Les conditions d'accouchement varient énormément d'une femme à l'autre, mais les récits de ces expériences restent toujours profondément précis, poignants et émouvants. En espérant ce moment, les femmes reçoivent des orientations du médecin, s'informent elles-mêmes, notamment sur l'internet, et font des arrangements de ressources nécessaires avant d'arriver à l'hôpital. Les contraintes financières ou les barrières de la langue qui affectent le déroulement de la grossesse continuent d'être des sources de stress pour certaines femmes à l'approche du moment de l'accouchement. Pour celles qui ont accouché lors des premières périodes de la pandémie COVID-19, comme Maria, l'autorisation de la présence du conjoint à la salle était également une préoccupation.

C'était très pénible de penser à l'accouchement aussi... ce processus... je pensais... vais-je pouvoir bien communiquer ? Est-ce que je saurai m'exprimer ? Mon conjoint va-t-il pouvoir entrer ?... Au fond c'était quand même une grossesse pandémique... tout tourne autour de cette angoisse, de cette solitude. (Maria, 27, conjointe de travailleur)

Les attentes sur l'accouchement pour Maria sont imprégnées par les angoisses liées à l'expérience d'une « grossesse pandémique », qui a commencé d'ailleurs au début de son parcours migratoire. Bien qu'elle ait le droit à la RAMQ, les barrières linguistiques et la solitude vécue depuis son arrivée au Canada sont à la base de ses préoccupations avant d'accoucher.

L'accompagnement du conjoint à la salle d'accouchement n'était pas une préoccupation pour les autres femmes qui ont accouché à des moments ultérieurs de la pandémie.

En plus, diverses raisons ont empêché que ces femmes soient accompagnées par leurs proches, soit des soucis de santé des mères (Ana), des restrictions de voyage (Maria), ou des difficultés financières (Yanet, Nancy). Karla, qui était très investie dans sa maternité, a réussi à faire venir sa mère pour l'accouchement, mais elle a dû obtenir un document d'autorisation du médecin pendant la pandémie. Ariana, fortement attachée à sa famille élargie, a dû affronter le refus du visa de ses parents avant d'accoucher. Anali, pour sa part, se montre extrêmement perturbée par le fait que sa mère ne voulait pas l'accompagner, ce qui est lié aux désaccords avec sa famille.

Dès le début, j'ai voulu que mes parents arrivent pour la naissance et qu'ils soient présents, ils ont essayé d'obtenir un visa qui leur a été refusé, j'aurais donc espéré qu'ils soient là, mais ce n'était pas possible à l'époque. Le visa leur a été refusé parce que, selon le gouvernement, ils n'avaient pas suffisamment de preuves qu'ils allaient retourner dans leur pays. (Ariana, 26, conjointe de résident permanent)

Je pensais que ma mère viendrait pour l'accouchement. Et finalement, elle n'a pas voulu venir. Et cela m'a fait beaucoup de mal... désolée si je pleure... L'accouchement a été pour moi un défi très grand, très fort. J'avais très peur qu'il m'arrive quelque chose, et j'avais très peur de ce que j'allais faire avec un bébé. Je voulais que quelqu'un m'accompagne, me montre comment faire les choses... et aussi qui s'occupe de moi... (PLEURE). C'est là que j'ai vraiment eu besoin de quelqu'un de ma famille, je ne sais pas pourquoi... alors ma mère n'a pas voulu venir. J'ai parlé à mes tantes, mais elles avaient toutes des choses à faire. Mon mari était aussi nerveux que moi. J'ai eu très peur, très, très peur... Plus tard, j'ai découvert que les sages-femmes existaient... mais il était trop tard. Je n'en avais jamais entendu parler. Je ne sais pas pourquoi il ne m'est pas venu à l'esprit de publier sur les réseaux que j'allais accoucher seule, pour voir si quelqu'un de la société pouvait m'accompagner. Parce que quand d'autres femmes l'ont su, elles m'ont dit... « tu aurais pu me le dire et je t'aurais accompagnée ». Mais c'était trop tard. (Anali, 35, travailleuse)

Ces conditions ont eu un impact sur l'état émotionnel de femmes pour affronter l'accouchement. En plus, le rapprochement de ce moment fait ressortir plus d'anxiété et d'angoisse chez les femmes dont les enjeux liés au statut migratoire affectaient les conditions de l'accouchement. L'accès à la RAMQ, dépendant de certains permis migratoires temporaires, influençait les besoins financiers liés à l'accouchement. Cela a particulièrement concerné les femmes en attente de renouvellement de permis (Ana) ou de changement de statut avant l'accouchement (Nancy). Elles ressentaient une plus grande anxiété et angoisse à l'approche de la date d'accouchement. L'incertitude concernant les délais des processus migratoires les plongeait dans une situation de perte de contrôle sur le temps et les ressources nécessaires.

Les femmes étudiantes qui accouchaient tout en étant inscrites à leurs cours, telles que Yanet et Martha, faisaient également face à la pression des exigences scolaires et aux délais associés aux étapes du processus migratoire en vue de l'obtention de la résidence permanente.

Je suis allée voir le médecin, et je me souviens qu'il ne me restait que deux cours pour terminer une matière à l'école et le lendemain de ce rendez-vous, j'avais un examen à l'école. Mais le médecin m'a dit que j'avais déjà une dilatation de 3 cm et elle m'a dit, conseillée de ne pas aller à l'école, au cas où l'accouchement arriverait, car cela peut arriver à tout moment... « restez à la maison ». C'est ce que j'ai fait, et j'ai dû reprendre cet examen après alors. (Yanet, 38, étudiante)

J'étais en train de passer des examens au moment de l'accouchement. Le samedi précédant l'accouchement, j'avais un examen avec un professeur qui était très difficile, et je pense que j'étais stressée à cause de cela... et c'est peut-être pour cela que la bébé a tardé à sortir ... Je suis allée au collège le samedi et j'ai passé l'examen, ce qui m'a beaucoup préoccupé, je me suis reposée... et le lendemain, j'ai perdu les eaux. (Martha, 32, étudiante)

Le stress lié à ces responsabilités scolaires, ainsi que l'incertitude sur le déroulement de l'accouchement au milieu des obligations des études sont des conditions singulières affectant les femmes étudiantes. Le processus d'accouchement commence souvent lorsque les femmes sont à domicile. Elles décrivent de manière très vivante chaque minute et chaque étape de ce processus chez elles, avec de fortes contractions, tout en attendant d'être admises à l'hôpital. Il s'agit d'une douleur nouvelle, d'une expérience sans précédent dans leurs repères du vécu migratoire et du suivi de la grossesse réalisé.

À plusieurs reprises, elles se sont rendues à l'hôpital puis sont rentrées chez elles pour attendre le moment opportun pour être admises. En plus des appels téléphoniques aux infirmières, elles consultaient parfois des applications mobiles pour suivre les indications du processus. Dans les cas d'Ana et de Luisa, par exemple, cette période prolongée de pré-hospitalisation a conduit à des conditions d'accouchement plus risquées.

Lorsque les contractions ont commencé, nous sommes allés chez le médecin, mais ils m'ont dit... « nouvelle maman... nous vous verrons demain ou cette semaine », et nous sommes rentrés. Mais après c'était déjà très fort... et je n'en pouvais plus, alors nous sommes retournés à l'hôpital... mais lorsque nous sommes arrivés, ils ont mis beaucoup de temps à s'occuper de moi... peut-être qu'ils ont pensé... « c'est la même que celle qui est arrivée plus tôt »... c'est comme s'ils me voyaient comme une femme trop effrayée, et ils ont demandé à une résidente en médecine de s'occuper de moi. Elle m'a examinée et m'a dit juste « calme-toi petite maman » ... mais je sentais déjà les contractions très fortes, et je lui ai dit Regardez, regardez ! Lorsque la médecin est arrivée, elle a vu que j'étais dilatée de 7,5 cm et elle a eu peur... ils ont commencé à courir avec moi. (Ana, 37, conjointe d'étudiant)

J'avais une application sur mon cellulaire qui disait quand aller à l'hôpital selon les contractions. J'en avais depuis plus d'un jour, avec beaucoup de douleurs, et on m'avait refusé plusieurs fois à l'hôpital. Puis ils m'ont demandé de marcher... et j'ai marché, j'ai beaucoup marché... mais je n'étais dilatée que de 3 cm. J'ai vu d'autres femmes être admises immédiatement, car elles avaient la dilatation correcte, tandis que je mourais de douleur. Alors j'ai dit au médecin : 'dites-moi ce qu'il faut pour que vous m'admettiez', et il m'a répondu : 'ce qu'il faut, c'est que vous soyez tombée sur le sol en souffrance et que vous ne puissiez même pas parler'. (...) Ça faisait déjà deux jours que j'étais dans ce processus, je souffrais beaucoup... et ils ne voulaient pas m'admettre parce que je n'étais pas dilatée à 4 cm. J'ai été admise quand ils ont vu que j'étais en très mauvais état, et grâce à ce que ma docteure du suivi était là un jour pour m'aider. (Luisa, 33, étudiante)

Ces récits décrivent des traitements dédaigneux de la part du personnel aux urgences. Les femmes signalent des comportements pouvant être perçus comme agressifs, discriminatoires, et même, comme des négligences médicales. Il semble qu'elles aient fait l'objet de stéréotypes sur les primipares en tant que femmes « trop fragiles » et craintives, tout en déconsidérant leur vécu et leurs témoignages sur la douleur ressentie. Plus tard dans le processus d'accouchement, Luisa et Ana témoignent avoir vécu des situations risquées.

En attendant leur accouchement, les femmes se sont renseignées sur les différentes procédures et médicaments qui pourraient être utilisés lors de l'accouchement. Malgré le fait d'avoir enduré de fortes douleurs pour tenter d'atténuer l'usage de l'anesthésie épidurale, la plupart d'entre elles ont autorisé finalement ce médicament. Yanet et Karla ont déclaré qu'elles ne souhaitaient pas initialement utiliser l'anesthésie, mais elles ont finalement eu recours à celle-ci en raison de l'intensité de la douleur. Anali et Yanet, ainsi que d'autres femmes dont la dilatation progressait lentement, ont reçu un traitement par induction médicalisée des contractions (avec de l'ocytocine) afin de favoriser l'ouverture du canal et de réduire les risques après de longues périodes de travail.

Ils m'ont demandé si je voulais une anesthésie péridurale et j'ai répondu que non, que je pouvais encore tenir. J'avais encore l'idée d'accoucher sans médicaments... mais pas du tout... RIRE. Après cela, j'ai demandé une anesthésie péridurale et cela s'est amélioré pendant un certain temps. Mon conjoint était avec moi... et ma mère nous accompagnait aussi à distance par le cellulaire. Mais ça a duré encore plusieurs heures et le médecin m'a dit qu'ils allaient me donner de l'ocytocine pour accélérer les choses, parce que j'avais déjà beaucoup de temps et que le bébé commençait à être stressé. La douleur est alors devenue plus forte, horrible, et l'anesthésie n'a eu aucun effet. (Yanet, 38, étudiante)

Puis la douleur s'est multipliée plus que normale. J'ai tenu le plus longtemps possible. L'infirmière m'a dit d'appliquer la péridurale, mais je n'ai pas voulu... je n'ai pas voulu. « Mais pourquoi pas ? C'est votre religion, votre culture ? », disait-elle. Non... parce que je ne voulais pas, mais... alors la douleur m'a gagnée, elle m'a gagnée... j'ai dû demander de l'anesthésie, la douleur était trop forte. À ce moment-là, quand je suis allée recevoir la péridurale, j'ai senti que j'avais déjà échoué... une partie de ce que je voulais (ÉMOTIONNÉE, MONTRE L'ENVIE DE PLEURER). Finalement j'ai pu l'appliquer très peu, on applique les doses par soi-même. Je n'ai donc utilisé qu'un peu de ce qui était nécessaire. Et le reste, c'était le

contrôle de l'esprit et le masque qu'ils m'ont mis aussi pour la douleur. J'ai donc pu tout ressentir... une partie de la poussée, une partie du processus... (Karla, 32, étudiante)

L'accouchement a été très, très long. On m'a administré un médicament pour accélérer le processus, l'ocytocine, car cela commençait à être dangereux, mais la première fois n'a pas marché. J'ai eu très mal. J'ai immédiatement demandé l'anesthésie. On m'a donné un ballon pour essayer d'ouvrir le canal, mais je ne supportais pas la douleur. Ils m'ont à nouveau administré de l'ocytocine. Au total, je suis restée à jeun pendant 22 heures, en attendant que le canal d'accouchement s'ouvre. C'était une longue période avec beaucoup de médicaments dans mes veines. Je n'ai pas aimé ça. (Anali, 35, travailleuse)

Les attitudes envers l'usage de l'anesthésie sont variables parmi les femmes rencontrées, mais la majorité d'entre elles essayait de retarder sa prise au maximum, voire de ne pas l'utiliser (Karla). Ces femmes font référence à des pratiques de médicalisation qui contrarient leurs désirs et qui limitent leur contrôle sur leur corps. Anali rappelle les « 22 heures » médicalisées, tandis que Yanet et Karla se souviennent du moment où elles ont dû changer leurs intentions initiales contre l'anesthésie. Elles mobilisent aussi des justifications associées aux protocoles médicalisés pour « accélérer le processus », quand elles parlent du bébé « stressé » ou du processus qui commençait à être « dangereux ».

5.4.2 Interactions auprès du personnel soignant à l'hôpital

Les perceptions autour des attentions reçues à l'hôpital sont diverses pour ces femmes, y compris des comportements qui reflètent soit de la bienveillance, de l'excellence et du soutien, ou bien de la maltraitance, de la discrimination et de la négligence. Les situations difficiles occupent plus de place dans les récits d'accouchement, en raison des impacts négatifs sur les femmes, mais ces femmes expriment également un sentiment de gratitude envers le personnel qui les a bien accompagnées.

Toutes les femmes rencontrées reconnaissent avoir vécu des moments difficiles lors de l'accouchement, bien que l'intensité de leurs sentiments varie. Nous observons que six d'entre elles considèrent leur expérience relativement favorable (Maria, Martha, Nancy, Yanet, Adela, Ariana); tandis que quatre d'entre elles (Karla, Anali, Luisa, Ana) expriment un profond inconfort, ainsi que des souvenirs traumatisants liés à cet événement. Il est important de souligner que, même certaines femmes ayant eu un accouchement plus favorable, rapportent des situations difficiles vécues à l'hôpital, que ce soit lors de l'admission ou immédiatement après l'accouchement. Ces difficultés concernent principalement les interactions avec le personnel médical (Ariana, Martha, Nancy, Maria).

Il n'y a eu qu'un seul moment où je me suis sentie mal... j'essayais de pousser avec les contractions et une infirmière m'a dit... « maintenant, eh bien, nous n'allons pas rester ici toute la nuit »... elle me l'a dit en anglais... et je venais juste de commencer à pousser... j'étais comme... (ÉTONNÉE)... Je ne savais même pas comment pousser, je n'avais jamais poussé dans ma vie... et puis une infirmière est venue et m'a expliqué comment le faire. (Maria, 27, conjointe de travailleur)

Les épisodes présentés auparavant sur les expériences d'accueil hospitalier de ces femmes témoignent des situations de maltraitance, soit l'humiliation verbale subie par Luisa ou le traitement paternaliste et infantile reçu par Ana. De mauvaises pratiques et des comportements méprisants surviennent également lors de l'administration de médicaments et les interventions médicales pratiquées durant l'accouchement (Karla, Anali). Ces conflits émergent notamment des négociations entre la volonté des femmes et la manière dont les décisions cliniques sont prises par le personnel soignant. De plus, Luisa et Martha mentionnent d'autres enjeux rencontrés lors des interactions auprès du personnel, concernant les négligences médicales et la discrimination à l'égard du statut migratoire.

Puis l'infirmière m'a dit qu'elle allait appliquer l'anesthésie... et j'ai dit "non, non, je vais tenir encore un peu", et j'ai tenu et tenu... parce que j'ai calculé, si j'étais dilatée depuis deux jours et que j'étais à 3cm, combien de temps avant que j'atteigne 10cm ? Mais finalement j'ai accepté. Mais l'infirmière m'a donné de la péridurale, m'a couchée sur le côté et est partie. Et je suis restée là. Le temps a passé et j'avais encore des douleurs. L'infirmière m'a oubliée. Ensuite, il faut se tourner sur l'autre côté pour que l'autre partie du corps s'endorme. Je ne savais pas que je devais faire cela. La moitié de mon corps s'est donc endormie. Elle n'est jamais revenue, elle ne m'a jamais mis de l'autre côté. Seulement la moitié. Je ressentais toujours de la douleur. (Luisa, 33, étudiante)

J'ai demandé l'anesthésie dès le début, mais quand j'ai eu le plus mal, j'ai redemandé la péridurale parce que je ne supportais pas la douleur. Personne ne m'avait rien donné. Quand l'anesthésiste est arrivé, un médecin a demandé ma carte d'assurance maladie et on lui a dit... non, on n'en a pas... et puis il est entré et au milieu de la douleur il m'a dit ... Il m'a dit : 'la question c'est que vous n'avez pas l'assurance maladie, vous devez payer'. Et j'ai lui dit... 'je vais payer ! Je vais payer ! Donnez-moi la péridurale, je vais payer'. Et c'est là qu'ils me l'ont donnée. Et grâce à Dieu... tout s'est bien passé... je n'ai plus ressenti de douleur. (Martha, 32, étudiante)

Ces épisodes illustrent des formes de violence obstétricale subies par les femmes tout au long de la périnatalité. Bien qu'il s'agisse d'un enjeu présent depuis le suivi de la grossesse, c'est au moment de l'accouchement que les femmes ont moins de capacité d'agir pour y faire face, à cause de leur état de vulnérabilité extrême. La violence obstétricale est un phénomène universel qui touche les femmes de tous horizons socio-économiques et démographiques. Toutefois, celles issues de groupes sociaux défavorisés sont souvent plus vulnérables et moins équipées pour faire face à ces situations.

En outre, ces femmes remarquent des différences perçues par rapport au contexte médical du pays d'origine. Au Canada, elles observent par exemple que les médecins qui réalisent le suivi de grossesse ne sont pas les mêmes professionnels qui assistent l'accouchement. Elles expliquent que dans leurs pays d'origine, le professionnel qui suit la grossesse est au contraire souvent présent à l'accouchement. Elles font référence aussi au fait que, dans leurs pays d'origine, les liens de proximité développés avec ces médecins leur donnent de la confiance au moment d'accoucher. Au Québec, le fait d'être accueillies à l'hôpital par le personnel en service, qui peut varier au cours de l'accouchement; les amène à se sentir « dépassées » par les changements de personnel ou le nombre élevé de personnes présentes dans la salle d'accouchement (Nancy, Ana, Luisa, Anali).

La présence d'étudiant.es et de résident.es en médecine dans la salle d'accouchement est aussi un enjeu mentionné. Ariana, par exemple, a consenti leur présence, car elle dit être influencée positivement par la pratique médicale de sa mère, mais cela a affecté les soins à un moment critique de l'accouchement. Karla pour sa part, mentionne que malgré le fait d'avoir refusé explicitement la présence de résidents dans la salle d'accouchement, sa décision n'a pas été respectée, ce qu'elle a mal vécue.

Mon fils avait déjà la moitié de la tête à l'extérieur, et ils ont appelé le médecin et elle m'a laissée là, les jambes ouvertes... la moitié de la tête de mon fils à l'extérieur et ils m'ont laissé deux résidentes de médecine qui ne voulaient pas me toucher parce qu'elles ne savaient rien (...). Ils m'ont laissée avec ces deux jeunes, je me souviens qu'elles ne m'ont pas touchée du tout. Elles m'ont dit... 'si vous voulez pousser, poussez-vous', et j'ai poussé, mais elles ne m'ont pas touché, je ne sais pas si c'était par peur, je ne sais pas si c'était la première fois, et les dames m'ont laissée comme ça pendant environ 15 minutes. (Ariana, 26, conjointe de résident permanent)

J'avais dit à mon infirmière que je ne voulais pas de médecins résidents... et pourtant, ils sont venus. Le médecin était là, et deux autres femmes ont reçu la bébé. Je sais qu'elles étaient étudiantes parce que le médecin leur disait ce qu'il fallait faire. Mon infirmière, elle a toujours su que j'avais demandé qu'il n'y ait pas d'étudiants stagiaires, mais ils n'ont pas respecté cela. Et mon niveau de français n'était pas suffisant pour que je me batte... mon mari non plus... nous étions en train d'accoucher. Mais je sais tout ce qui s'est passé (...). J'avais déjà passé environ 9 heures à souffrir à l'hôpital, c'était trop long. Je me souviens qu'au moment de la douleur, au milieu de la procédure, on m'a demandé si j'étais résidente permanente. Je ne comprenais pas pourquoi on me posait cette question. J'avais l'impression d'être victime de discrimination. Peut-être parce que je leur demandais de ne pas faire venir d'étudiants de médecine à l'accouchement... je ne sais pas. Après un long moment de douleur, l'infirmière m'a expliqué que j'avais perdu les eaux depuis plusieurs heures, que mes contractions n'étaient pas très fortes et qu'il était nécessaire d'appliquer de l'ocytocine pour accélérer le processus. Puis ils ont demandé à mon mari s'il voulait bien consentir... car il pouvait mieux communiquer en français, et aussi me convaincre (RIRE). Je ne voulais pas... mais mon mari m'a expliqué que ça faisait déjà longtemps, qu'il fallait le faire pour le bien du bébé... alors j'ai accepté. (Karla, 32, étudiante)

Le médecin m'a dit que j'allais avoir la bébé normal (par accouchement naturel) ... il m'a demandé... vous voulez avoir un accouchement naturel ?... Et j'ai dit... "oui, docteur... bien sûr", parce que j'avais en tête le prix de l'accouchement, et je me suis dit... il faut que ce soit naturel ! (RIRE) J'en avais déjà pris conscience depuis le début... et je pense que le bébé a aussi dit... » je dois aussi m'adapter à ce processus » (RIRE)... parce que la vérité c'est que je n'ai jamais eu de problèmes...(...) En plus... pour mon propre processus... parce que j'aurais la possibilité de me rétablir rapidement et je pourrais continuer mes études, parce que je n'avais pas le temps de m'arrêter... si c'était une césarienne, ça serait différent, je ne pourrais pas aller à l'école tout de suite...(Martha, 32, étudiante)

Le récit de Karla fait ressortir également des enjeux concernant l'autonomie de décision des femmes lors de l'accouchement, notamment en lien avec les barrières linguistiques. Le fait que les médecins privilégient explicitement les négociations avec le conjoint, en raison de la langue, suggère l'existence d'approches genrées chez le personnel de santé. Ils demandent au conjoint non seulement d'expliquer à Karla les enjeux liés à l'administration des médicaments, mais aussi de la « convaincre ».

5.4.3 Modalités d'accouchement et sortie de l'hôpital

Toutes ces femmes arrivent au moment d'accoucher dans un état d'extrême de fatigue, après une longue période de travail, et parfois aussi affectées émotionnellement par des interactions difficiles vécues. Bien qu'un accouchement naturel soit privilégié et souhaité par les femmes et le personnel soignant, plusieurs facteurs influencent les types d'accouchement adoptés. Au-delà des bienfaits en termes de santé mère-enfant, un accouchement naturel détermine aussi les coûts des soins et la vitesse de récupération de la mère. Par exemple, ces éléments balisent les considérations de Martha, qui a accouché en étant étudiante internationale et devait accomplir certaines étapes migratoires pour atteindre le statut de résidente permanente.

Les conditions d'accouchement souhaitées ne répondaient pas uniquement aux désirs des femmes à l'égard de l'usage ou non d'un anesthésiant, comme l'explique Martha. Pour les femmes sans une couverture de santé publique ou qui exercent des responsabilités centrales dans le processus migratoire de la famille, le type d'accouchement entraîne des conséquences différentes en termes financiers et de récupération pour la santé physique de la mère.

Malgré des expériences difficiles, la majorité des femmes (8) ont pu réaliser un accouchement vaginal, conformément à leurs souhaits et aux conseils des médecins. En revanche, deux femmes ont eu recours à une césarienne (Anali, Luisa). De plus, la moitié du total des femmes rencontrées ont reçu des traitements d'induction, comme indiqué auparavant, notamment par l'administration

d'ocytocine pour faciliter l'accouchement. Par ailleurs, Yanet et Nancy ont eu un accouchement vaginal assisté, utilisant des instruments tels que des forceps ou des ventouses.

Ils se sont bien occupés de moi, mais j'avais très peur, j'étais nerveuse... de voir cette salle pleine d'infirmières. Je pense que c'est pour cela que je n'ai pas pu pousser très fort. Mais j'avais peur... parce que j'avais peur que les tympans du bébé se rompent, on m'avait dit qu'il fallait que je sache bien pousser parce qu'il y avait ce risque. Je n'ai pas pu le faire correctement, à cause de cette peur... et aussi parce que j'ai vu beaucoup de monde dans la pièce, j'ai pensé qu'il se passait quelque chose. Mon mari était avec moi tout le temps, mais il était aussi très nerveux. Finalement, ils ont utilisé les forceps pour aider le bébé à sortir. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Au bout d'un moment, le médecin m'a dit... 'nous devons terminer, nous ne pouvons plus attendre, parce que le bébé est stressé'. Je sentais son petit cœur chaque fois que je poussais et qu'il ne sortait pas... son cœur battait très agité. Je n'en pouvais plus, j'ai fait caca... et j'avais honte sur le moment, mais je n'en pouvais plus. C'était une douleur horrible... j'avais l'impression de me déchirer. Le médecin m'a dit qu'ils allaient devoir utiliser un aspirateur pour faire sortir le bébé... Quand le bébé est sorti, ils l'ont nettoyé et l'ont mis dans mes bras et je suis restée avec lui tout le temps. Ils ne l'enlèvent à aucun moment. Ils ne l'emmènent jamais. C'est quelque chose que j'ai trouvé très, très bien. Et quand j'ai cru que c'était fini, eh bien non, ils ont commencé à tout recoudre... l'anesthésie ne fonctionnait plus, alors j'ai ressenti toute la douleur, tout. (Yanet, 38, étudiante)

Dans le récit de la fin d'accouchement, ces femmes mettent en évidence une logique justificative derrière les décisions médicales, indiquant qu'elles ont été bien informées sur les raisons menant aux interventions techniques. Elles se trouvent toutefois dans un état de fatigue et de peur qui les rend possiblement très vulnérables pour suivre ces raisonnements à ce moment-là. La présence du conjoint lors de l'accouchement, par exemple, est identifiée pour toutes les femmes comme une force « sécuritaire » essentielle. Certaines femmes vont souligner le soutien émotionnel et opérationnel du partenaire dans le travail d'accouchement, et même pour les « sauver » lors de situations difficiles. Mais leurs réactions ne sont pas toujours actives dans la négociation auprès du personnel soignant, comme mentionné par Nancy.

Des sentiments et des situations contradictoires sont toujours présents lors de ces moments complexes. Yanet raconte plus tard que l'utilisation de ventouse a provoqué des troubles dans l'articulation cou-tête du bébé, ce qui est devenu plus tard un enjeu de retard du développement de l'enfant nécessitant de longues thérapies. Cependant, elle a aussi bien remarqué leur satisfaction quant à la proximité « peau à peau » avec le bébé immédiatement après la naissance. D'autres femmes comme Maria, Karla et Martha avouent aussi être contentes par ce contact intime avec le bébé à tout moment.

En plus des procédures médicalisées et de l'accouchement instrumental, les interventions chirurgicales par césarienne ou l'attention inappropriée en milieu hospitalier peuvent avoir de

graves répercussions sur le bien-être femme-enfant. En tous les cas, l'expérience d'accouchement chez ces femmes est définie souvent par leurs « peurs » ou l'accomplissement de leurs attentes sur ces procédures, telles que l'usage d'anesthésie ou l'accouchement naturel. Les situations plus complexes en fin d'accouchement sont généralement liées à de mauvaises pratiques depuis l'accueil des femmes à l'hôpital jusqu'aux décisions prises au moment du travail. La mémoire construite autour de cet événement marquant affecte désormais leur vécu à la transition à la maternité.

Certains récits font ressortir encore pour ces femmes, des sentiments d'angoisse, notamment à cause des processus traumatiques vécus. Elles mettent l'accent sur l'expérience plus englobante de l'accouchement, au-delà des modalités d'accouchement, y compris leurs perceptions des décisions prises en fonction de la culture médicale du pays d'accueil et des interactions avec le personnel. Luisa et Anali ont dû accoucher par césarienne, et mentionnent leur désaccord avec la façon dont les médecins décident de réaliser cette césarienne.

L'accouchement a été très difficile, c'était l'une de ces choses que je me disais : pourquoi ces choses arrivent-elles ici ? J'ai eu très peur parce que je me sentais très fatiguée après quelques jours au travail d'accouchement, et je me suis dit : au moment où ils me diront que c'est prêt, je n'aurai pas la force, je ne pourrai pas le faire. J'ai eu très mal et j'ai dit à mon mari en espagnol... « Je n'en peux plus, je sens que je n'en peux plus ». Le médecin m'a écoutée et a compris l'espagnol, je ne sais pas pourquoi. Elle m'a dit : « Calmez-vous, calmez-vous, nous allons vous aider »... et je lui ai dit : "Je n'en peux plus, j'ai l'impression que je vais mourir". Puis il m'a dit : « S'il vous plaît, donnez-nous encore une demi-heure. J'ai pensé... « j'ai des contractions toutes les minutes, combien de contractions cela fait-il ? » J'ai dit : « Non, je n'en peux plus » et j'étais en larmes. Et quand elle a compris que je n'en pouvais vraiment plus, ils ont commencé à courir avec moi... opération, opération... parce qu'ils avaient peur, je pense parce que ça faisait longtemps, trois jours. Et quand je suis arrivée au bloc opératoire, j'ai senti que j'étais très mal en point, mon corps a commencé à trembler. Je sentais déjà que j'étais très malade, et ils m'ont mise sous traitement pour l'opération et c'est à ce moment-là que je n'ai plus ressenti aucune douleur. Après la césarienne, je me souviens seulement de l'avoir vue, et mon mari m'a dit « regarde-la, regarde-la"... mais j'ai dit "mon travail est terminé, s'il te plaît, laisse-moi ». J'avais envie de partir, de dormir, de me laisser aller, de ne plus rien faire, je l'ai entendue pleurer, j'ai vu ses petites mains, ses petits pieds. (...) Je sais qu'avec mon corps, ma corpulence, je n'allais pas y arriver. Vous voyez, ils appellent ça une naissance humanisée, mais c'est absolument inhumain. Je pensais que c'était très inhumain, c'est pourquoi je pense que lorsque j'ai vu votre message sur Facebook... je me suis dit : « Je veux que quelqu'un écoute ça ». (Luisa, 33, étudiante)

Dans mon pays, je sais que si j'avais dit : « j'ai 35 ans, mon bébé est de 4 kg, j'ai un diabète gestationnel, stéatose hépatique »... je sais qu'ils m'auraient dit : « OK, césarienne ». Et ils ne m'auraient pas fait attendre 19 heures avec des médicaments dans les veines pour voir si ça allait ouvrir le canal. Je pense qu'ils devraient nous donner la possibilité de choisir comment nous voulons recevoir nos enfants. C'est une bonne chose que les femmes veuillent accoucher naturellement, mais une césarienne, c'est aussi une option, si nécessaire, je pense que c'est le cas. Lorsqu'ils m'ont administré deux fois de l'ocytocine,

qui dure environ 8 heures à chaque fois... et qu'ils ont vu que je n'avais pas ouvert le canal même d'un centimètre, ils m'ont dit qu'il fallait que je fasse une césarienne. (PLEURE) C'était très douloureux. La césarienne m'a fait très mal. (Anali, 35, travailleuse)

Pour Luisa et Anali, les effets traumatiques de la naissance sont liés aux désaccords sur la procédure et les décisions autour de la réalisation de la césarienne. Malgré leur souhait d'un accouchement naturel, elles estiment que les médecins soumettent les femmes à de longues périodes de douleur et à une médicalisation excessive pour éviter une césarienne. Après plusieurs jours de douleur, Luisa était déjà sur le point de s'effondrer et de perdre ses forces pour continuer le travail lorsqu'une césarienne d'urgence a été décidée. En comparant ces protocoles avec la réalité de son pays d'origine, Ana affirme que son cadre clinique de grossesse pourrait avoir été pris en compte pour anticiper le besoin de césarienne. Elles estiment que leurs difficultés à progresser dans le processus d'accouchement, ainsi que leurs caractéristiques cliniques et physiques, auraient pu être prises en compte plus tôt pour décider de réaliser une césarienne plus tôt.

Même pour celles qui accouchent par voie naturelle, certaines complications et négligences durant l'accouchement peuvent compromettre les issus périnataux. Ana, par exemple, avait vécu des expériences négatives lors de l'accueil à l'hôpital, et elle n'a été admise qu'à un stade avancé du travail d'accouchement. En plus, elle fait référence à des mauvaises pratiques médicales qui ont conduit à des états graves pour le bébé à la naissance. Elle-même n'arrive pas toujours à tout expliquer lors de l'entretien.

Après qu'ils m'ont appliqué l'anesthésie péridurale, c'était la prochaine équipe qui est rentrée... un autre quart de travail... et ils m'ont oubliée... personne d'autre n'est venu me voir. J'ai vomi, ma tension artérielle a chuté... mon mari ne pouvait pas me laisser seule... il me soutenait dans les bras... et puis une infirmière est rentrée à la salle et m'a vu. J'étais très mal... ils étaient déjà sur le point de procéder à une césarienne d'urgence... finalement ils ne l'ont pas fait, mais c'était très grave, parce que j'étais dilatée à 10 cm depuis longtemps. Je m'évanouissais... le rythme cardiaque du bébé chutait, c'était horrible... horrible. C'était fou, tout s'est passé très vite. Le bébé est resté attrapé dans le canal de naissance... il avait le cordon ombilical enroulé autour de son cou. Ils ont dû le savoir... parce que tout à coup, de nombreux médecins sont entrés dans la pièce. Le bébé est devenu violet... très violet... ils l'ont emmené immédiatement comme pour le réanimer... Je veux dire que mon accouchement ce jour-là a été un scandale... et j'ai tout crié, je leur ai tout dit... (PAUSE, ELLE ESSAIE DE CONTINUER, MAIS NE VEUT PAS CONTINUER À PARLER, COMME SI ELLE NE VOULAIT PAS SE SOUVENIR DE CE QUI S'EST PASSÉ). Mais bon... maintenant... enfin tout est passé... (Ana, 37, conjointe d'étudiant)

Des réactions comme celle d'Ana lors de l'entretien, un an après son accouchement, mettent en évidence les effets dramatiques de cet événement lors de la transition à la maternité. En revenant sur les faits vécus, elle articule une narrative où les négligences médicales sont les causes

directes du risque périnatal. Auparavant, elle avait raconté qu'au début des contractions, le personnel de l'hôpital ne l'avait pas accueillie à temps et l'avait considérée comme une « femme primipare effrayée ». Plus tard, elle était « abandonnée » à la salle d'accouchement alors que ses signes vitaux diminuaient et elle avait déjà atteint les paramètres de dilatation pour accoucher. Même une césarienne d'urgence n'était plus possible lorsque les médecins sont arrivés à la salle. Dans cette situation, c'est son conjoint qui a crié à l'aide en la soutenant dans les bras.

Au milieu de la fatigue et du stress causée par le processus d'accouchement, ces femmes doivent assurer toujours un corps « fonctionnel » pour prendre soin des nouveau-nés. Le moment de quitter l'hôpital a parfois été un motif de négociation avec les médecins et de détresse pour certaines femmes, notamment en raison des préoccupations concernant l'état de santé du bébé ou les coûts associés à chaque nuit d'hospitalisation

Certaines femmes sont restées plus longtemps à l'hôpital dû à des problèmes de santé des bébés, comme Ana (une semaine) et Adela (deux semaines). Karla et Nancy sont retournées à l'hôpital quelques jours après à cause de soucis sur l'évolution du bébé et de l'allaitement. Les femmes qui ne sont pas assurées par la RAMQ au moment de l'accouchement (Martha, Yanet, Ariana) voulaient retourner chez elles plus rapidement, ce qui représente une décision difficile quand il y a des soucis de santé pour leur nouveau-né, comme l'explique Yanet.

Ils m'ont donné des formulaires à remplir pour que je puisse payer l'accouchement plus tard. Je leur ai dit que je voulais quitter l'hôpital rapidement, car je sais que je dois payer plus pour chaque jour. Je suis restée pendant les 24 heures, et ils m'ont laissé rester quelques heures de plus gratuitement, jusqu'au soir, puis ils m'ont dit que si je voulais partir, c'était de ma responsabilité, et j'ai dit oui, je partais. Si je restais, une nuit de plus, je devais payer davantage. J'avais très peur pour le bébé, pour moi-même... mais heureusement, j'ai commencé à tirer mon lait, il a pris un peu de lait, et l'infirmière m'a dit que c'était très bien. Ils lui ont donné du lait dans un petit verre. Ils ont vu que le bébé allait assez bien et ils m'ont dit ... de toute façon, si quelque chose arrive, vous venez ici d'urgence, à cette époque je n'avais pas à payer pour le bébé, à cause d'une loi qui avait sortait à la fin 2021. (...) Je suis rentrée chez moi moins de 24 heures après l'accouchement, mais j'étais inquiète de savoir si j'avais bien fait de partir avec un si petit bébé. (Yanet, 38, étudiante)

Pour Yanet, le départ de l'hôpital est marqué par des sentiments d'inquiétude et de peur. Le lendemain de l'accouchement, elle a dû prendre la décision de rentrer pour éviter des frais d'hospitalisation. Cette responsabilité lui a été transférée par le personnel soignant, tout en déconsidérant son contexte de vulnérabilité, soit les contraintes financières liées à son statut migratoire. Parmi les autres femmes sans couverture de la RAMQ, Martha n'avait pas de risques identifiés lors de son départ 24 heures après l'accouchement, tandis qu'Ariana a également rencontré des difficultés lors de sa sortie de l'hôpital.

Ariana raconte qu'elle a dû attendre l'avis du pédiatre pour quitter l'hôpital, mais le médecin était en retard, tandis qu'elle s'inquiétait des frais d'hospitalisation. Bien qu'elle ne soit pas assurée par la RAMQ, son fils l'est, car le conjoint d'Ariana est un résident permanent. Alors seulement le bébé pouvait rester à l'hôpital gratuitement. De plus, Nancy se souvient du lendemain de l'accouchement comme la journée où elle a dû confronter une infirmière qui l'avait mal traitée, tout en étant seule avec le bébé, car son mari a dû partir tôt.

(...) ils marmonnaient en face de vous, alors je ne sais pas s'ils pensaient que nous ne comprenions pas. Parce qu'ils ont dit quelque chose comme « pour quoi elle tombe enceinte alors ? », comme « pour quoi tu vas avoir un enfant si tu ne peux pas le payer ? ». C'était le deuxième jour et le pédiatre est reparti. On lui a dit... « appelle-le parce qu'on ne peut pas rester un troisième jour ». Mon partenaire a insisté... pouvez-vous l'appeler ? Alors ils appellent le pédiatre et lui disent non, ce n'est pas possible, et puis mon partenaire dit... « ce n'est pas possible qu'ils nous traitent comme ça, nous payons. Et l'une d'elles a dit... « oui, vous payez, mais elle est une touriste ». En tant que résident temporaire, vous êtes alors traité comme un touriste. Puisque vous n'avez pas de résidence permanente, ils s'en moquent. Eh bien, je ne comprends pas. Mon conjoint leur dit... « mais je suis résident permanent et mon fils est citoyen ». Et je me souviens que, lorsqu'il les a confrontés de cette manière, et en français, les infirmières se sont regardées entre elles, comme si elles hésitaient... ou comme s'ils avaient dit... « on a merdé »... je ne sais pas. Alors ils ont appelé le pédiatre et le pédiatre a dit : « Je serai là dans 5 minutes ». Je veux dire, si mon partenaire ne dit pas qu'il est résident permanent, s'il nous traite toujours de la même manière ? J'ai rencontré beaucoup de choses en cours de route et je dis que c'est de la discrimination, c'est-à-dire que parce que j'ai un autre statut, ils me discriminent, ils me traitent de cette façon. Et ils ne me traitent même pas gratuitement, parce que je paie. (Ariana, 26, conjointe de résident permanent)

Pendant l'accouchement, tout s'est bien passé, je me sentais bien... mais le premier jour où j'étais avec le bébé à l'hôpital, j'ai passé une journée terrible, avec une infirmière qui m'a très mal traitée. J'allais me plaindre à l'hôpital... mais je me suis tue. J'étais seule avec le bébé parce que mon mari était rentré à la maison. Je ne parlais pas bien la langue, mais il y a beaucoup de mots en français qui ressemblent à l'espagnol... alors l'infirmière m'a dit non, de lui dire le mot en espagnol pour qu'elle puisse le traduire en français, et j'ai écrit le mot, je lui ai dit que c'était la même chose dans les deux langues. Elle m'a maltraitée, elle m'a malmenée. Je me souviens que je devais aller aux toilettes et que je poussais la porte, j'avais des sérums, mais elle ne m'a pas aidée... les autres infirmières m'ont aidée. Quand j'étais dans la salle de bains, j'essayais de faire les choses lentement, parce que je me sentais mal, elle me pressait en me disant 'dépêche-toi... dépêche-toi, tu n'es pas la seule dont je m'occupe, je dois m'occuper d'autres personnes'. Elle me grondait tout le temps. Et je devais rester avec elle toute la journée. Elle était très rude. Il y a beaucoup de racisme... dans la langue... en français, il y a du racisme. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Ces histoires illustrent des conditions de vulnérabilité extrême pour ces femmes. Dans les situations narrées par Ariana et Nancy, ces formes de violence sont imprégnées de préjugés discriminatoires. Les principaux défis rencontrés par ces femmes lors de l'accouchement sont le statut migratoire temporaire, les contraintes financières et les barrières linguistiques, surtout pour celles n'ayant pas accès au système de santé publique.

5.5 Devenir mère immigrante : les enjeux au postpartum

5.5.1 Les défis de l'allaitement et la prise en charge des nouveau-nés

Après l'accouchement, plusieurs situations ont affecté le bon rétablissement des mères et des nouveau-nés, soit à cause de l'état de santé du bébé après l'accouchement ou en lien avec les effets du stress postpartum de la mère. À côté des bouleversements émotionnels de cette « nouvelle vie » avec l'enfant, les difficultés d'allaitement ressortent souvent dans les entretiens comme le défi majeur rencontré en postpartum. Le fait de ne pas réussir à allaiter a des impacts autant sur la santé du bébé (nutrition, évolution et croisement) que dans l'estime de soi des femmes face au nouveau rôle maternel.

En raison de ces difficultés, Adela est restée quinze jours à l'hôpital, car le bébé s'était déshydraté et son rythme cardiaque s'était accéléré. Pendant ce séjour post-accouchement, Adela dit se sentir stressée par l'excessive pression exercée par les infirmières pour réussir l'allaitement. Nancy, pour sa part, est revenue à l'hôpital quelques jours après son départ à cause des problèmes d'allaitement qui affectaient le poids du bébé.

Il est arrivé un moment où les infirmières étaient tellement agitées qu'elles m'ont stressée, c'est tout le temps avec ce problème... l'allaitement, l'allaitement, l'allaitement... que je ne pouvais même pas entendre le mot « allaitement ». En français, je veux dire, le mot qu'elles répétaient... je ne pouvais même pas l'entendre, pas mon mari non plus. J'ai eu l'impression qu'ils me harcelaient, je veux dire, à l'hôpital, littéralement, un jour où 20 personnes m'ont attrapée, le sein, je veux dire... le mettre comme ça, comme ci. J'ai dit, « ça suffit ! » Parce qu'il pleure beaucoup. J'ai décidé de tirer mon lait avec la machine et je lui donne du lait maternel, mais dans un biberon. Je fais de l'allaitement mixte, mais toute la journée je lui donne du lait maternel et la nuit je lui donne du lait maternisé. (Adela, 30, conjointe de travailleur)

Le bébé avait perdu beaucoup de poids et après huit jours nous étions de retour à l'hôpital... nous y avons passé une nuit pour nourrir le bébé. Je n'avais pas beaucoup de lait, et je ne savais pas... Je mangeais à des heures bizarres, parce que je n'avais pas de l'aide pour ces tâches à la maison. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Les barrières linguistiques et culturelles, ainsi que les mauvaises pratiques en milieu hospitalier peuvent aggraver l'expérience d'allaitement chez ces mères, comme il a été exprimé par Adela. En plus, une mauvaise alimentation de la mère en raison du manque d'aide peut aussi affecter l'allaitement, comme dit Nancy. En outre, les responsabilités des femmes envers le processus migratoire s'ajoutent à ces sources de stress lors de la période postpartum, notamment pour celles aux études ou pour la demande de la résidence permanente (ex. examen de français, temps de

travail, etc.). Dans le cas de Martha, par exemple, l'allaitement se poursuit tout au long de ses études de francisation et pendant les cours du collège.

J'ai tout de suite été branchée aux cours de francisation. La professeure me disait que je pouvais fermer la caméra si j'en avais besoin... que si je devais quitter la classe à n'importe quel moment, je pouvais lui écrire au privé et qu'elle le saurait. Mes collègues m'ont aussi beaucoup aidée pour les travaux. (...) Quelque temps après, mon conjoint pouvait rester seul avec elle, j'exprimais donc mon lait et le lui laissais. C'était un autre processus... nous lui avons donné le lait combiné, le mien et en biberon, en poudre... parce que je devais aller au collège. Elle a commencé donc à avoir des crampes d'estomac... et pendant environ une heure la nuit, elle pleurait et pleurait désespérément... Mon conjoint m'appelait et me disait... « je n'en peux plus, la bébé pleure, je ne sais pas quoi faire »... alors je devais quitter le cours. Ensuite, j'ai eu une autre professeure à qui j'ai expliqué ma situation, et j'allais aux cours, mais elle me laissait partir plus tôt parfois. C'était une période assez difficile... parce que c'est désespéré. (Martha, 32, étudiante)

Malgré le soutien apporté par le conjoint et le personnel de l'école, Martha devait toujours « jongler » entre les exigences des études et le nouveau rôle maternel. Leur projet migratoire familial a été repoussé en raison des responsabilités liées à la transition du statut temporaire vers la résidence permanente.

Les pratiques d'allaitement jouent un rôle central dans les récits des femmes rencontrées, étant parfois liées à leur estime de soi en tant que mère. Le récit de Karla montre comment les attentes envers l'allaitement peuvent entraver la capacité d'adaptation des nouvelles mères aux défis du postpartum.

Je voulais simplement allaiter la bébé, mais elle n'arrêtait pas de pleurer. J'ai fait tout ce qu'on m'a dit, mais elle ne se calmait pas. Dans ces premiers jours où nous n'arrivions pas à dormir, elle n'arrêtait pas de pleurer... j'avais un niveau de stress très élevé... La dernière étape qui m'a rendue folle, c'est lorsque les infirmières sont venues à la maison. (...) Cela m'a marquée de voir que mon bébé avait perdu beaucoup de poids à cause de mon obsession à lui donner le sein... parce que je pense maintenant... j'ai vu d'autres mamans qui lui donnaient simplement un biberon et les bébés arrêtaient de pleurer et je suppose qu'ils sont bien. Mais mon désir de faire toutes les bonnes choses... J'ai dit, non, le sein, le sein, le sein... Je ne sais pas si c'était la bonne chose à faire ou non... si c'était une bonne décision ou non. (Karla, 32, étudiante)

Il semble que Karla se sentait « prise » entre le choix de réaliser un « bon » allaitement et celui de garantir une correcte alimentation du bébé, ce qu'elle envisageait comme étant le seul et bon scénario à atteindre. Le fait de ne pas réussir à assurer aucune de ces « responsabilités » est à la base des sentiments de frustration exprimés par Karla, qui s'attribue toute sorte de culpabilité. Les attentes normatives autour de la maternité agissent donc comme des imaginaires fixes qui placent les femmes dans un état accru de vulnérabilité, surtout lorsque leurs contextes ne leur permettent pas de suivre les « recettes » données par la culture et la famille d'origine.

5.5.2 L'état émotionnel des nouvelles mères

La période post-partum peut déclencher des sentiments de frustration, d'anxiété et de détresse chez ces femmes. Ces émotions sont souvent associées à des épisodes spécifiques, les affectant pendant de longues périodes ou causer des états de dépression ou d'anxiété postpartum diagnostiqués cliniquement. Dans ce sens, Karla raconte comment ces difficultés ont détérioré sa santé mentale après la naissance.

Ufff... c'est au postnatal que je suis devenue presque folle. Comme j'avais eu beaucoup de temps libre pendant la grossesse, j'ai passé du temps à regarder des vidéos, des tutoriels sur YouTube... et je me suis surinformée. L'une des choses sur lesquelles je me concentrais était, premièrement, d'avoir un accouchement naturel et, deuxièmement, d'allaiter. J'étais tellement concentrée là-dessus que je ne voyais pas au-delà les milliers de possibilités qui existaient. Après les problèmes d'allaitement... j'ai vu le bébé très mal, je ne sais pas pourquoi je l'ai vu comme ça, elle n'était pas si mal, mais je l'ai vu très mal... maigre, un peu jaune. J'ai dit... « non, il faut aller aux urgences tout de suite ! ». Je voyais tout cela comme très extrême... j'étais très nerveuse. Je suis devenue une autre personne là, pas moi-même. (...) À l'hôpital, je ne me souviens pas vraiment de ce qui s'est passé... c'est à ce moment-là que j'ai commencé à avoir beaucoup de trous de mémoire. Je ne me souviens pas... Je pense qu'ils m'ont rassurée... ils m'ont calmée... et finalement, le lendemain, mon mari est allé acheter un tire-lait et nous avons commencé à donner du lait au bébé à l'aide d'une biberonne. C'était beaucoup de choses ensemble. (...) À cause des traumatismes postpartum, j'ai eu... je ne sais pas... cette inquiétude. J'ai toujours eu l'idée que le bébé était malade... elle vomissait et j'ai commencé à imaginer qu'elle était allergique à quelque chose, et c'est là qu'a commencé le processus pour savoir si elle était allergique au lactose ou non. J'inventais des choses. (Karla, 32, étudiante)

C'est intéressant d'observer le lien fait par Karla entre le vécu de la grossesse, marqué par l'anxiété lié au suivi périnatal, et l'état émotionnel qui l'affecte pendant le postpartum. Depuis l'annonce de sa grossesse, elle avait traversé plusieurs obstacles qui l'empêchaient de vivre l'expérience de maternité souhaitée, souvent en raison des barrières interculturelles auprès du personnel soignant.

La perception de ne pas être suffisamment soutenue et accompagnée par les médecins l'avait conduite à chercher de nombreuses informations sur la grossesse et l'accouchement sur Internet. Cela a déclenché des effets négatifs dans son expérience de nouvelle mère. Cette nouvelle réalité maternelle a été nourrie d'un état d'anxiété cumulative qui affecte ultimement sa capacité d'agir et de rester « consciente » lors de situations difficiles vécues, qu'elle identifie comme des « trous de mémoire ». Karla remarque par ailleurs comment le vécu de cette transition dans sa trajectoire migratoire a entraîné à une double situation d'isolement.

J'ai terminé mes études en 2021, mais bien que j'aie obtenu mon PTPD tout de suite, ma vie professionnelle n'a commencé qu'en novembre 2022. Parce que quand j'ai fini mes

études, j'étais déjà enceinte. Donc, c'était la pandémie à la maison, et ma grossesse à la maison. Jusqu'à la première année de la vie de ma fille, alors que j'avais déjà commencé à sortir avec elle... j'avais besoin de sortir ! (Karla, 32, étudiante)

Les repères temporels mobilisés dans ce récit montrent clairement comment l'entrecroisement des trajectoires affecte de manière particulière la transition à la maternité des femmes immigrantes au statut temporaire. Pour Karla, les changements dans le parcours migratoire, le déroulement de la pandémie, les interruptions professionnelles et le manque de vie sociale se recoupent dans l'expérience de la maternité. La solitude et l'isolement qui affectent la santé mentale des femmes nouvellement mères sont aggravés par les trajectoires instables des résidentes temporaires. Parmi les femmes rencontrées, Maria souligne également les effets nocifs de cet isolement lors d'une grossesse et un postpartum vécus en début de parcours migratoire et traversés par la pandémie de la COVID-19. Ariana, qui est restée seule la plupart du temps à la maison, s'est appuyée sur les appels-vidéo familiaux pour assurer une forme d'accompagnement pendant cette étape.

Parmi les femmes rencontrées, Anali est la seule femme mentionnant un diagnostic clinique d'anxiété post-partum, possiblement parce qu'elle-même est psychologue de profession et cela a favorisé la recherche d'aide professionnelle. Dans sa trajectoire, on observe la concurrence de plusieurs changements de vie, tels que la migration, la finalisation des études supérieures, la formation de couple et la maternité, tout se passant dans une courte période. Les incompréhensions auprès de sa famille élargie, ce qui était à la base de son projet migratoire et d'enfant; le manque de soutien des proches pendant la périnatalité, ainsi que les difficultés survenues lors de l'accouchement par césarienne peuvent être des facteurs de risque relié à son parcours.

J'ai eu de l'anxiété postpartum, je prends encore des médicaments. Lorsque le bébé est né, j'ai eu très peur de sortir dans la rue, qu'elle tombe malade. J'avais peur de tout, même si elle allait bien. J'étais paralysée. (...) Lorsque ma sœur est arrivée, je pleurais beaucoup, j'ai dû aller chez le médecin et il m'a prescrit un anxiolytique. (Anali, 35, travailleuse)

En remarquant les différences entre le soutien reçu de son mari et celui de sa sœur, Anali met en évidence les besoins particuliers des femmes en termes de soutien durant le postpartum. Pour assumer ce nouveau rôle de mère, elle a besoin du soutien sécuritaire de la famille, notamment des femmes.

Pour les femmes immigrantes, dépourvues d'autres réseaux informels d'accompagnement, un suivi postnatal limité peut contribuer au développement de l'anxiété et de la dépression durant le postpartum. Celles qui ont été confrontées à plus d'incertitude et d'angoisse pendant la grossesse,

en lien avec leurs trajectoires migratoires, par exemple, peuvent être plus à risque de souffrir de troubles de santé mentale lorsqu'elles se retrouvent seules avec leur nouveau-né.

5.5.3 Réseaux de soutien et formes d'accompagnement pendant le postpartum

Soutien du conjoint

Toutes les femmes rencontrées soulignent que la relation avec le conjoint est la source de soutien la plus importante pendant la périnatalité. Lorsqu'elles sont interrogées sur les personnes qui les accompagnent dans cette période, elles répètent souvent des phrases comme : « mon mari et moi », « c'était juste moi et mon chum », « juste nous deux ». C'est le conjoint qui traverse toutes les étapes de cette transition avec elles. Maria et Martha soulignent les bienfaits de ce soutien dans leur expérience postnatale.

C'est très différent, et bien mieux ici. Nous avons toujours partagé le travail à la maison à parts égales, et avec le bébé, c'est comme ça jusqu'à aujourd'hui. Nous avons tout fait par nous-mêmes, nous avons appris ensemble. Il m'a beaucoup aidé, il a pu voir toute la réalité derrière la maternité, au fond. Il a pu partager avec moi toutes les fois où je me suis réveillée la nuit. Ces sept mois, il était là, présente ! C'était une chance incroyable. Cela n'aurait jamais été possible dans mon pays, où il n'a droit qu'à cinq jours et la mère à six mois au maximum. (Maria, 27, conjointe de travailleur étranger)

Si vous êtes dans votre pays... vous pouvez compter sur l'aide de nombreuses personnes. Vous avez les mères... vous pouvez emboucher une personne pour vous aider. Il y a beaucoup de gens qui vous aident à élever votre enfant... et c'est une bonne chose. Parfois, nous aimerions avoir cela... oui...mais ici, mon conjoint a plus participé à son éducation. Il dit que le temps que nous passons avec elle ne serait pas le même si nous étions en Colombie. Elle est avec nous 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Si ce n'était pas le cas, vous diriez que je la laisserai à ma mère, que je la laisserai à ma belle-mère... mais ici...nous sommes avec elle quoi qu'il arrive. Et c'est bien. Par exemple, mon conjoint lui prépare à manger, lui change les couches... tout... des choses qu'il n'aurait pas faites là-bas. (Martha, 32, étudiante)

Ces récits montrent que la transition à la maternité en contexte migratoire est souvent marquée par des comparaisons avec le contexte au pays d'origine. Maria met l'accent sur les différences concernant la possibilité du conjoint d'obtenir un congé parental de plusieurs mois. Martha souligne pour sa part que le manque d'aide familiale a conduit également à un engagement plus fort de la part du conjoint.

D'une certaine façon, les difficultés vécues durant le postpartum peuvent parfois être atténuées par le soutien accru du conjoint, ce qui devient un facteur de protection durant cette période. Pendant la grossesse, les comparaisons avec le suivi périnatal des amies et la culture médicale

du pays d'origine peuvent rendre les femmes plus anxieuses. En revanche, pendant le postpartum, ces comparaisons mettent l'accent sur le soutien privé et les liens affectifs, considérés comme les éléments les plus importants pour ces femmes.

Bien que le conjoint soit mentionné par toutes les femmes comme la seule personne qui les accompagne durant le post-partum, cette situation n'est pas sans soulever toutefois des enjeux de genre au sein des couples.

Mon mari n'avait pas l'habitude de cuisiner, c'est moi qui cuisine. En tant qu'homme... parfois il cuisine, mais il s'ennuie de le faire tous les jours, il n'aime pas ça. J'étais essoufflé. Cela a été difficile de traverser toute seule cette étape de rétablissement, seule avec mon mari.
(Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Nancy, par exemple, témoigne sur l'impact des rapports inégaux de genre à l'intérieur du couple qui lui génèrent une surcharge de travail, surtout en l'absence d'un réseau familial de soutien.

Les réseaux socio-numériques

Les entretiens soulignent par ailleurs que le soutien des conjoints ne parvient pas toujours à combler certains besoins d'accompagnement des femmes. Karla, Maria et Adela, notamment, utilisent les réseaux sociaux numériques pour chercher des conseils professionnels et trouver des références fiables sur des expériences similaires, en particulier sur l'allaitement et les soins au bébé.

Deux jours après avoir été à la maison avec la bébé, nous sommes devenus fous... parce qu'elle n'arrêtait pas de pleurer. Nous avons alors trouvé ici une sage-femme qui m'a beaucoup aidée... nous l'avons contactée à travers le groupe de mamans latines sur Facebook, parce qu'elle travaille beaucoup avec les femmes latines. Elle m'a massé les seins, m'a expliqué le processus, m'a dit que j'allais avoir du lait, que je ne devais pas m'inquiéter. Elle m'a beaucoup aidée. Elle m'a aussi donné à manger une plante pour aider à l'allaitement... elle m'a massé les pieds, elle m'a beaucoup détendue. Elle ne m'a pas accompagnée pendant la grossesse, mais je pense que cela aurait été une très bonne idée. Pendant l'allaitement, j'ai communiqué avec des conseillères en allaitement en Colombie, qui m'ont aussi donné une consultation (payée), mais en virtuel... ce n'est pas la même chose... En revanche, je n'ai jamais fait de recherches sur le postpartum... cela ne m'est pas venu à l'esprit. Je ne savais pas que les femmes changeaient énormément après l'accouchement... J'ai cherché toutes les informations sur l'internet, tout... même cette histoire d'allergie du bébé aux protéines du lait... c'étaient des idées trouvées sur l'internet.
(Karla, 32, étudiante)

J'ai connu qu'ils existaient d'accompagnantes d'allaitement sur Instagram, des femmes de mon pays qui donnaient des cours. Ensuite, j'ai également suivi un cours sur l'alimentation complémentaire, également avec elles... ce sont des cours payés. L'une d'entre elles a créé un groupe WhatsApp, grâce auquel j'ai pu communiquer avec des femmes de mon pays qui se trouvaient dans cette situation. Il y avait environ quatre comptes Instagram que je suivais beaucoup Il y a aussi une fille à Montréal, du Venezuela, qui est bien connue dans le domaine de l'allaitement ici parmi les femmes latines.
(Maria, 27, conjointe de travailleur)

J'ai cherché beaucoup d'aide dans les groupes sur les réseaux numériques, dont les groupes latins et colombiens. (...) Et c'était très bien d'échanger sur les réseaux, parce qu'on se rend compte qu'il n'y a pas que moi à qui il arrive quelque chose comme ça, parce que je me sentais vraiment mal, je disais, je ne peux pas le faire, je veux dire, des trucs de maman, je ne sais pas, je ne suis pas bonne, mon sein n'est pas bon, mais j'ai réalisé que je n'étais pas la seule. Ces choses-là arrivent parfois, quelle qu'en soit la raison. J'ai aussi cherché une conseillère en allaitement, j'ai rejoint des groupes d'allaitement sur l'internet, j'ai tout fait parce que ce problème me rendait triste, stressée, déprimée. Mais le jour est venu où j'ai accepté la situation, j'ai dû tirer le lait avec un extracteur et lui donner un allaitement mixte. (Adela, 30, conjointe de travailleur)

Ces trois femmes présentent les réseaux socio numériques comme un lieu de proximité avec les savoirs de leur culture d'origine. Adela, qui avait décidé de rester un peu plus « distanciée » de sa famille élargie pendant la grossesse, utilise beaucoup les réseaux sociaux notamment dans la période de postpartum, afin d'y trouver des éléments de validation de son expérience. Elle a aussi consulté en ligne un pédiatre de son pays, vu l'impossibilité d'accéder au personnel soignant après l'accouchement, ce qui la rendait très anxieuse notamment au regard des difficultés rencontrées pour allaiter son bébé. Maria et Karla ont eu recours aussi à des professionnels d'allaitement d'origine latino, que ce soit au pays d'origine ou à Montréal.

Ainsi, les réseaux socio numériques contribuent à briser les barrières culturelles et linguistiques que limitent ces femmes pour rechercher de l'aide durant le post-partum. Étant souvent isolées, avec un réseau social et un accès aux médecins locaux limités, les espaces numériques deviennent une source de soutien appréciée par ces femmes.

La famille élargie

Les femmes rencontrées expriment aussi leur besoin d'être accompagnées par les proches de la famille, notamment les femmes. Elles ont recours aux espaces socio numériques pour chercher un accompagnement professionnel des femmes, ou des conseils d'autres mères migrantes à Montréal. Pour Karla, par exemple, aller dans son pays lui a permis de récupérer son état de santé après les nombreux défis rencontrés durant le post-partum. Martha et Anali remarquent aussi que le départ ou l'arrivée d'un membre de la famille élargie a changé le contexte du vécu du postpartum.

Quand le bébé a eu quatre mois, nous sommes partis pour la Colombie et dès que nous sommes arrivés... ma famille m'a accueillie avec des chocolats, du fromage... et j'ai tout mangé... la bébé a continué l'allaitement, et il ne s'est rien passé. On s'est rendu compte qu'il n'y avait rien avec l'enfant. Je ne sais pas... c'était ma faute... Je suis arrivée en Colombie et j'ai tout de suite relâché la tension. Ici, je ne mangeais même pas un morceau de pain parce que je pensais que cela ferait du mal à l'enfant. Et en Colombie, je me suis détendue... c'était... un médicament instantané, arriver dans mon pays. Finalement, la petite fille allait bien... c'est moi qui étais folle... (RIRE). J'ai commencé à bien manger et ma fille

aussi. Nous sommes restés en Colombie pendant 4 mois... c'était une médecine pour l'âme. (Karla, 32, étudiante)

Ma mère était ici au début, mais après je me sentais parfois très fatiguée... surtout quand mes parents sont partis... ce qui a été terrible... c'est là que des vrais défis ont commencé... J'ai dit que j'allais quitter la francisation... et mes collègues m'ont dit... « non, ne pars pas, tu es proche de la fin du cours ». (...) Mon conjoint a pris un congé paternité de cinq semaines à 70% du salaire et lui n'a pas pu reprendre encore le travail, car parfois elle est à la maison pendant plusieurs jours voire semaines. Je ne peux pas arrêter de travailler, car je suis la demandeuse principale au processus de résidence permanente, et je dois finir un an et demi de travail, compléter une expérience professionnelle pour que nous puissions finaliser ce processus. (Martha, 32, étudiante)

J'ai beaucoup ressenti le besoin que quelqu'un s'occupe de moi. Mon mari l'a fait, mais je voulais que ce soit quelqu'un de ma famille. (...) Finalement, ma sœur est venue pour deux semaines, parce que j'étais très mal émotionnellement. Avec elle, j'ai pu me reposer un peu. Elle m'a tout appris pour prendre soin de ma fille. Ma sœur est venue me donner du pouvoir comme maman, elle m'a donné de la sécurité. Ma sœur est arrivée quelques semaines après l'accouchement, mais, pour moi, dans ma perception, c'est passé beaucoup de temps. (Anali, 35, travailleuse)

Ces femmes soulignent les bienfaits d'être avec une personne de la famille. Cette influence favorable de la famille et de la culture d'origine est appréciée, même plusieurs mois après leur accouchement (Karla). Pour Martha, ce soutien familial lui a permis de poursuivre ses études et son travail, et ainsi, de poursuivre son processus de demande de résidence permanente au Canada. En tant que demandeuse principale de la famille dans le processus d'immigration, ps, elle ne pouvait pas « s'arrêter » durant son postpartum.

Soutien communautaire et institutionnel

L'absence de membres de la famille lors du postpartum est aggravée par d'autres barrières auparavant mentionnées chez les femmes à statut temporaire : peu de temps depuis l'arrivée, la langue, une insertion sociale limitée, etc. Ces aspects limitent leur connaissance et leur utilisation des ressources communautaires et du système de services sociaux. Malgré les barrières rencontrées pendant la période prénatale, Anali souligne, par exemple, le changement positif apporté par les groupes de soutien communautaire lorsqu'elle a réussi à y participer durant son postpartum.

Une chose qui m'a beaucoup aidée, mais qui a été un changement radical, c'est lorsque nous avons déménagé dans cette région (rivière sud de Montréal). Je me suis inscrite à de nombreuses activités de mères, je vais tous les jours dans différents groupes de réunions. C'est ce qui m'a donné confiance en moi, parce que je vois d'autres mères. Je me suis rendu compte qu'il me manquait beaucoup de validation, je pense que je n'ai pas confiance en ma maternité. J'ai vraiment besoin d'entendre ou de voir que je fais bien les choses, que je ne traumatise pas ma fille et que je ne la rends pas malade. Le changement de régime alimentaire a également été très effrayant pour moi... tout. À Montréal, j'ai fréquenté

quelques groupes, mais ils étaient en français, et je n'ai pas réussi à bien m'intégrer. Mais Saint-Lambert est plus anglophone et je me sens mieux. Et je sens qu'on m'aide beaucoup ici. On m'avait déjà dit que la Rivière Sud est très familière. Ici, j'ai senti que la communauté me soutenait. Nous nous entraisons beaucoup. Je ne me sens donc plus seule. (Anali, 35, travailleuse).

Bien que ce changement de lieu de résidence se soit produit en fonction d'autres critères envisagés par le couple, le fait de se trouver dans un quartier anglophone a changé énormément l'expérience postnatale d'Anali. Elle et son conjoint étaient arrivés à Montréal à travers des offres d'emploi dont le français n'était pas une exigence obligatoire. Anali ne parlait que l'anglais, ce qui a été une barrière pour accéder à certains services communautaires et cours de préparation et soutien pendant la période prénatale.

Ayant vécu plusieurs soucis de santé pendant la grossesse, et à la suite d'un accouchement par césarienne, Anali se trouvait dans un état émotionnel vulnérable. Le manque de soutien de la part de sa famille élargie était également un facteur de risque pour sa santé mentale. Ainsi, la possibilité de rencontrer d'autres femmes nouvellement mères et d'être accompagnée durant la première année de vie de sa fille lui a donné la « confiance » nécessaire pour améliorer sa condition de santé mentale durant son postpartum.

Aucune autre femme rencontrée ne déclare avoir utilisé les services communautaires lors du postpartum. Certaines d'entre elles ont eu recours à ces organismes pendant la grossesse en quête de soutien matériel ou médical, comme il a été dit auparavant. De façon générale, les organismes communautaires de soutien social sont plus sollicités parmi ces femmes en lien avec leurs processus migratoires plutôt que celui de la maternité, comme constaté par Ahmed et al. (2008). Possiblement parce que les services de périnatalité ne seraient pas adaptés aux caractéristiques de cette population.

Pour les femmes étudiantes, comme mentionné auparavant par Martha, les personnes enseignantes aux écoles et les collègues de classe peuvent devenir une source d'appui important pendant la période de postpartum. Concernant le soutien institutionnel, malgré les difficultés pour accéder aux pédiatres ou aux médecins, les femmes rencontrées soulignent le rôle positif du suivi reçu de la part des infirmières des Centres locaux des services communautaires (CLSC) qui les visitent à domicile après l'accouchement. Maria, Martha et Nancy expliquent comment ce type de soutien a impacté leur vécu du postpartum.

Quelques jours après la naissance du bébé, une infirmière m'a appelée et m'a demandé comment je me sentais... c'était la première personne à me demander cela, comment je me sentais émotionnellement. Je pense que dans mon pays, on ne met pas tellement l'accent sur la santé mentale. (Maria, 27, conjointe de travailleur)

Ma fille n'a jamais été vue par un pédiatre depuis sa naissance. Elle n'a été vue que deux fois par un pédiatre parce que nous sommes allés aux urgences. En tant que nouvelle maman, je suis toujours un peu nerveuse. Aucun médecin n'a donc surveillé sa croissance et son développement. Et en Colombie, oui, mois après mois, vous allez chez le pédiatre et il l'examine, il vous explique comment introduire la nourriture. Pas ici, j'ai fait toutes les recherches moi-même. Au CLSC, où ils lui donnent les vaccins, j'ai dit qu'elle n'avait pas de médecin de famille, alors ils m'ont donné un petit bout de papier avec les aliments que je pouvais lui donner à 6 mois. Mais personne ne m'a expliqué, personne ne m'a rien dit. C'était juste un menu... (RIRE). (Martha, 32, étudiante

L'infirmière et la travailleuse sociale du CLSC nous ont vus comme des zombies, comme si nous étions en mode surprise, nous ne savions pas quoi faire. Au CLSC, on m'a envoyé une intervenante qui venait à la maison trois heures par jour, deux fois par semaine, elle s'occupait du bébé et moi je devais dormir. Je n'avais personne d'autre pour m'aider. Ils ont assuré le suivi du bébé. Mon mari a dû demander un congé sans solde, on a dû perdre de l'argent, parce que je ne pouvais pas le faire toute seule. (Nancy, 32, conjointe d'étudiant)

Maria met l'accent sur la sensibilisation du personnel du CLSC sur les enjeux de santé mentale au postpartum, ce qui est très rare dans son pays d'origine. Martha ressent toutefois le manque d'un médecin spécialiste pour consulter le bébé, comme c'est la pratique courante dans son pays. Pour elle, le fait d'être une « nouvelle maman » est une source de « nervosité » supplémentaire, qui s'aggrave devant le manque d'un médecin pour accompagner l'évolution de l'enfant. L'expérience de Nancy montre, en revanche, le rôle essentiel des intervenantes du CLSC dans l'accompagnement, voire pour favoriser le repos de la maman. Cette participation plus engagée pourrait être liée au fait que Nancy ait été suivie par le personnel du CLSC pour des soucis de santé durant sa grossesse.

Lors de conflits vécus par les couples après leur arrivée à Montréal, certaines femmes ont mentionné le « retour » comme une solution considérée, notamment en raison du décalage dans les processus d'adaptation de chaque partenaire (Maria, Karl). Pour Martha, cette idée du retour a émergé toutefois au moment d'affronter les défis du postpartum, tout en continuant à accomplir les étapes requises jusqu'à pouvoir demander la résidence permanente.

Nous y avons pensé, plusieurs fois, de retourner chez nous... plusieurs fois. Surtout quand nous avons eu la bébé. Ce processus a été très difficile. C'est très difficile quand vous n'avez pas de famille pour vous aider. D'autant plus que je n'ai pas arrêté mes études et que mon conjoint n'a pas arrêté de travailler. Je n'avais pas droit au congé de maternité parce que je ne travaillais pas. Je ne pouvais pas arrêter d'étudier parce qu'autrement il ne pouvait pas travailler, parce que tout est lié. Beaucoup de choses qui nous font penser que nous allons retourner... l'hiver, la situation économique qui n'est pas facile non plus... nous avons dû payer mes études aussi. Maintenant ce n'est plus pareil, parfois on a envie de partir, mais ce n'est pas quelque chose qu'on va vraiment faire. C'est juste que lorsqu'il fait très froid... RIRE... ce n'est plus comme avant, avant c'était le désespoir et on se disait, à tout moment... je vais prendre mes bagages et retourner. Ce n'est plus comme ça. Le bébé a maintenant un an, c'est une autre étape. Elle nous demande toujours beaucoup, mais ce n'est plus une

bébé, parce que lorsqu'elle était bébé, elle demandait beaucoup de travail... (SOUPIRE)
(Martha, 32, étudiante)

Pour Martha, le vécu du postpartum se divise en deux étapes : celle où elle a pu compter sur l'aide de sa mère, et le temps après le retour de sa mère dans son pays d'origine. Lors de l'entretien, sa fille avait 12 mois, et malgré les difficultés pour trouver des services de garde abordables, Martha se sentait plus « en contrôle » de son rôle maternel.

La transformation de la famille lors de l'arrivée d'un enfant implique également une réorganisation des trajectoires familiales, ce qui devient particulièrement complexe lorsque les parents doivent aussi s'ajuster aux exigences du contexte migratoire. Le « devenir parent » est alors accompagné d'autres transitions identitaires, culturelles et sociales issues de la trajectoire migratoire en cours. Certaines trajectoires peuvent suivre des « bifurcations », des changements radicaux de direction. Quelles que soient les circonstances, le couple arrivé à Montréal quelque temps auparavant n'est plus le même. Les événements et les changements découlant de cette transition sont multiples et peuvent affecter les liens et les parcours familiaux de différentes manières.

6. DISCUSSION DES RÉSULTATS

6.1 Les multiples transitions de vie des mères immigrantes temporaires

Le désir d'enfant au cœur des projets migratoires

Le désir de « s'établir » pour avoir des enfants implique le choix du lieu et du moment de cette transition, lorsque cela est possible. Étant déjà en couple depuis longtemps, et avec un âge moyen considéré comme « adéquat » ou même « limite » pour la maternité, ces femmes accordent souvent une priorité aux temps. Le projet d'émigrer au Canada sous un statut temporaire leur permettrait d'avancer plus rapidement vers cet objectif d'établissement et de formation d'une famille ailleurs. Nous constatons que les projets de mobilité pour études ou travail, en plus de leurs objectifs économiques, répondent également au désir d'avoir des enfants. D'autres recherches indiquent aussi que le projet de maternité est au cœur des motivations des femmes immigrantes qui arrivent au Québec (Fortin et Le Gall 2007).

Notre recherche montre que, pour les couples en relation « stable » et n'ayant pas d'enfants, le projet migratoire est motivé principalement par un désir d'enfant (Adela, Ana, Luisa, Martha, Karla). L'âge des femmes au moment d'immigrer s'avère aussi un facteur important pour ce plan familial. Les femmes ayant 30 ans ou plus se sentent davantage attachées au projet d'enfant au début du parcours migratoire (Anali, Karla, Adela, Martha, Ana), tandis que les femmes les plus jeunes du groupe souhaitent devenir mères quelques années plus tard (Ariana, Maria).

Les barrières d'adaptation chez les femmes immigrantes temporaires

Les femmes immigrantes temporaires rencontrent plusieurs défis lors de l'arrivée au Québec, qui affectent leurs expériences périnatales dans le nouveau contexte. Le défi de la langue est toujours mentionné dans les entretiens comme celui le plus important pour réussir une bonne adaptation après l'arrivée au pays d'accueil. N'ayant ni le français ni l'anglais comme langue maternelle, elles rencontrent plus de difficultés pour trouver un emploi ou pour construire des réseaux dans un contexte notamment francophone, voire bilingue. En conséquence, elles avouent se sentir isolées et frustrées. Cela affecte directement aussi leur capacité à se débrouiller lors des démarches liées au processus périnatal.

Il a été démontré que l'insertion professionnelle des femmes immigrantes est souvent liée avec celle du conjoint, notamment lorsque l'entrée en emploi rapide est priorisée par l'un ou l'autre des membres du couple pour apporter un revenu minimum à la famille (Vatz-Laroussi 2008). Dans le cas du statut temporaire, nous observons que cela dépend largement du type de permis détenu par la femme, principal ou dépendant du conjoint. Les personnes titulaires d'un permis d'études ou de travail sont généralement mieux intégrées dans la société d'accueil.

Le choix des rôles migratoires des membres du couple est souvent basé sur une stratégie visant à optimiser les compétences pertinentes pour le processus d'immigration permanente au Canada (Banerjee et al. 2015). Cependant, on connaît peu de choses sur comment ces rôles sont distribués lors des projets migratoires élaborés par les couples sur la base de séjours temporaires, comme il est le cas des trajectoires axées sur les études. Dans notre recherche, sur les six couples dont le permis d'immigration est lié aux études, quatre femmes sont des étudiantes internationales et deux sont des conjointes. Bien que certaines femmes (Yanet, Luisa, Ana) mentionnent le choix stratégique, des raisons de genre sont également évoquées par l'une d'entre elles (Martha).

De façon générale, en tant que conjointe d'un titulaire de permis principal, les femmes rencontrent souvent plus de difficultés pour s'adapter au nouveau contexte. Pour les femmes qui détiennent le permis principal au sein du couple, la maternité ajoute des charges supplémentaires à leurs responsabilités face au processus migratoire. Nous observons que l'écart entre les expériences individuelles des partenaires peut entraîner des conflits conjugaux qui amènent parfois à des discussions sur les possibilités de retour au pays d'origine (Maria, Martha, Nancy).

La migration joue un rôle significatif sur les dynamiques relationnelles au sein du couple, influençant notamment la planification et le déroulement de la grossesse. La maternité entraîne par ailleurs des responsabilités additionnelles qui aggravent fréquemment les conditions de vulnérabilité des femmes aux permis de séjours temporaires. En traversant le processus périnatal en tant que résidente temporaire, elles sont appelées en effet à multiplier et concilier leurs investissements dans la famille, la migration et la maternité.

L'annonce de la grossesse au début du parcours migratoire

Les résultats de cette recherche identifient des facteurs spécifiques qui affectent la santé reproductive des femmes au début de leur parcours migratoire : des événements génésiques dramatiques tels que des fausses couches (Karla, Adela); le manque d'accès aux contraceptifs habituels, la méconnaissance du système de santé, des limitations d'accès aux soins médicaux,

et des contraintes financières (Maria, Martha, Karla). Ces conditions influencent le contexte de l'annonce de la grossesse, ainsi que le faible contrôle reproductif chez les couples de longue date (Yanet, Ariana, Adela).

L'annonce d'une grossesse non planifiée touche davantage dans notre corpus les femmes de moins de 30 ans (Maria, Ariana) ; tandis que celles qui se considèrent comme « trop vieille » (plus de 35 ans) ont tendance à poursuivre un projet d'enfant orienté par leur « horloge biologique » (Yanet, Martha, Karla, Ana, Anali). Ces femmes racontent qu'elles subissent également des pressions sociales et familiales pour devenir mères à un âge donné (Karla, Anali, Martha), mais plusieurs d'entre elles affirment avoir reporté la maternité à cause de la migration (Yanet, Anali, Adela, Karla, Martha, Ana). Cette tendance est également observée chez les femmes d'origine cubaine qui ont immigré de façon permanente au Québec à travers les programmes de migration qualifiée (Barrios 2021).

L'annonce de la grossesse souligne comment l'âge est façonné par des normes culturelles spécifique à un contexte particulier. Les résultats montrent que les femmes peinent à concilier les différentes notions du « bon moment » pour avoir des enfants, notamment face aux pressions sociales, biologiques et celles issues d'un discours intergénérationnel sur l'idéal de la « jeune maman » (Perrier 2013).

L'histoire de Nancy montre que des épisodes de violence conjugale peuvent également être associés à une grossesse non désirée. En raison de problèmes de communication et de l'absence de réseau social établi, les femmes récemment arrivées et/ou ayant un statut temporaire rencontrent des difficultés accrues pour solliciter de l'aide pour affronter la violence domestique. Dans un nouvel environnement étranger, le conjoint devient souvent le principal lien social et le foyer le seul espace de sécurité.

Ainsi, l'annonce de la grossesse constitue un moment clé où se croisent projets migratoires, désirs familiaux et rapports de genre au sein du couple. Nos résultats montrent que la croyance en un contrôle total des femmes sur leur reproduction est souvent illusoire. Ce discours normatif sur le « bon moment » pour procréer simplifie excessivement la complexité de la planification familiale. Cette normativité influence l'autonomie des femmes en matière de planification génésique, en présentant la grossesse comme un choix simple, alors que les recherches indiquent que cette vision ne reflète pas pleinement les nuances de leur expérience (Perrier 2013). Les inégalités de genre sont des facteurs qui limitent davantage l'autonomie des femmes sur leur santé reproductive (Hyman 2021; Fair et al. 2020).

Par ailleurs, il est essentiel de comprendre qu'une grossesse non désirée ou non planifiée peut résulter de facteurs externes, comme la migration, affectant ensuite le soutien social et la relation du couple en fonction des désirs de chacun des partenaires (Christensen 2011). Vu que la migration entraîne également un changement de statut social, au moins en début de parcours (Vatz-Laaroussi 2008), le projet d'enfant chez ces femmes est aussi confronté aux ruptures avec la temporalité dictée par la classe sociale d'origine (Perrier 2013).

Le statut temporaire comme levier d'une migration permanente

Le projet d'enfant est façonné par les parcours migratoires, car ces femmes cherchent à passer d'un statut temporaire à un statut permanent. Ainsi, les étapes et les délais associés à ces parcours se chevauchent aux temporalités périnatales, comprenant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Les couples migrants par la voie d'emploi sont généralement économiquement plus sereins et disposent de plus de flexibilité pour obtenir l'immigration permanente. En revanche, ceux liés à des projets d'études font face à des contraintes financières et doivent respecter des étapes et des délais spécifiques pour obtenir la permanence.

Ainsi, la trajectoire des femmes immigrantes temporaires est marquée par divers facteurs de vulnérabilité, tels que par exemple le type de permis, les lois migratoires, les événements inattendus et les calendriers familiaux (Coustere et al. 2021; Hyman 2020; Street et Laplante 2014). L'impact des différents types de permis temporaires révèle que les transitions multiples, telles que la migration et la parentalité, touchent particulièrement les étudiantes et les conjointes d'étudiants internationaux, qui représentent une part importante de la population à statut temporaire. Nous observons que les projets migratoires axés sur les études nécessitent un investissement financier et une planification rigoureuse. Cependant, toutes les femmes rencontrées expérimentent une certaine instabilité inhérente au statut temporaire et, par ailleurs, le fait d'être arrivé récemment au Québec entraîne des obstacles particuliers dans leurs parcours périnataux.

Les parcours migratoires analysés peuvent être considérés sous le signe d'une « migration échelonnée » (*staggered migration*), qui souligne l'intersection et la superposition de multiples échelles de temps (institutionnelles, biographiques, quotidiennes) (Robertson 2019). Cela produit des expériences de « temporalité contingente » (*contingent temporality*) et de « temporalité sous contrainte » (*indentured temporality*) dans les parcours des migrants temporaires. Il s'agit de formes de migration qui expriment « des voies de mobilité contingentes, multidirectionnelles et à

plusieurs étapes - où les frontières entre la temporalité et la permanence (en tant que statut juridique et état subjectif) sont de plus en plus floues et mutables » (Robertson 2019, 170).

La narration des multiples phases migratoires traversées accompagne le chevauchement des différents moments difficiles dans la maternité. Ces femmes soulignent les impacts négatifs des périodes « d'attente » migratoire sur leur expérience périnatale, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins de santé et la finalisation du processus de migration permanente dans un délai précis (Ana, Adela, Nancy, Yanet). Dans les mots de Karla, le statut temporaire est ressenti comme « être là et ne pas être là ».

Un parcours marqué par l'incertitude et l'instabilité migratoire

Notre recherche met en évidence que le statut migratoire temporaire peut constituer un facteur de vulnérabilité qui intensifie les défis périnataux chez les femmes migrantes primipares, affectant leur état de santé, celui de leur futur enfant, ainsi que le développement des liens familiaux. Les temporalités associées aux différentes trajectoires et statuts migratoires influencent aussi leur condition plus ou moins favorable lors de l'arrivée d'un enfant. Le statut de résidence temporaire peut constituer, par exemple, une condition de vulnérabilité liée à l'instabilité, l'incertitude et la difficulté, voire l'inhabilité, à prévoir ; de façon que cette précarité est engendrée par la dimension temporaire même du statut migratoire (Coustere al. 2021).

Nous suggérons que l'expérience racontée par ces femmes reflète à la fois des parcours de vie vulnérables, marqués par le croisement de transitions et de facteurs de vulnérabilité, et des situations qui se situent dans les « interstices » des systèmes institutionnels. L'idée d'« interstitialité » (*insterstitiality*) permet d'examiner l'expérience migratoire et diasporique des individus à travers le prisme des institutions juridiques, politiques et historiques, ainsi que des circonstances géopolitiques qui façonnent leurs identités et intérêts. Proposée par Sheth (2014), cette approche analyse comment les aspects généalogiques, politico-historiques et institutionnels façonnent les identités sociales des populations marginalisées, en mettant l'accent sur les lois et les institutions qui influencent ces identités.

Notre recherche contribue à élargir cette perspective, en mettant l'accent sur le croisement de plusieurs transitions de vie des groupes plus vulnérables. Les nouvelles mères en séjour temporaire sont confrontées à des trajectoires « interstitielles » et simultanées, se déroulant à la fois dans le système migratoire et dans le système de soins périnataux.

Les temporalités périnatales des femmes immigrantes temporaires

Dans les récits des femmes rencontrées, l'expérience de transition à la maternité lors d'un statut temporaire est jalonnée notamment par trois repères temporels : a) le *timing* de la maternité comme une transition normative de vie; b) les changements et les délais de procédures institutionnelles en matière migratoire; et, pour certaines femmes, c) des événements historiques comme la pandémie de la COVID-19. L'interdépendance de ces temporalités, biographiques, institutionnelles et historiques, est à la base des fondements de la perspective théorique du parcours de vie.

Toutes les femmes rencontrées expriment très clairement leur désir d'enfant, mais le *timing* de la grossesse est fortement jalonné par le processus migratoire. Dans leurs parcours biographiques, elles rencontrent des difficultés à synchroniser le bon moment psychosocial, relationnel et professionnel avec le bon moment biologique, créant une disjonction entre les expériences de ces femmes et le discours dominant (Perrier 2013). Particulièrement, les femmes immigrantes rencontrent des défis à concilier les modèles de transition parentale d'origine avec ceux du pays d'accueil selon les profils sociaux des femmes (Perrier 2013). Elles doivent concilier les modèles de transition parentale de leur pays d'origine avec ceux du pays d'accueil, tout en ajustant le *timing* de la maternité en fonction de leur âge et de leurs trajectoires migratoires.

Sur le plan institutionnel, les restrictions des différents permis migratoires, les changements des lois et les délais de renouvellement des permis temporaires peuvent affecter l'accès des femmes à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) tout au long du processus périnatal. Elles expliquent comment ces « périodes d'attente » liées aux démarches migratoires ont compliqué leur accès aux soins périnataux pendant la grossesse (Ana, Nancy, Adela, Karen). Par exemple, la réforme du Programme de l'Expérience québécoise (PEQ) (juillet 2020) a changé les conditions pour accéder à la résidence permanente comme prévu par certains couples (Martha, Ana).

Par ailleurs, des événements historiques comme la pandémie de COVID-19 ont également influencé les temporalités des parcours axés sur des séjours temporaires. Pendant cette période, les mesures spéciales destinées aux étudiant·e·s internationaux ont entraîné des prolongations des études pour certaines personnes (Nancy, Yanet) et ont suscité des craintes de perte d'emploi parmi les travailleurs temporaires immigrants (conjoint de Maria). De plus, certaines femmes sont arrivées à Montréal peu avant le début de la pandémie et ont passé les premiers mois de leur migration et/ou leur grossesse confinées à domicile (Karla. Maria, Nancy, Yanet).

L'entrecroisement de ces transitions dans le parcours de vie des femmes gère souvent une vulnérabilité périnatale accrue, car elles sont confrontées à plusieurs changements concurrents, dont l'adaptation au nouveau pays, la transformation du couple et la nouvelle expérience de la maternité. Ces conditions déclenchent des sentiments d'instabilité, d'incertitude et d'angoisse au cours du processus d'immigration-maternité qui affectent l'expérience périnatale des femmes. Dans ce contexte, les parcours périnataux ajoutent des responsabilités supplémentaires chez ces femmes. Elles doivent gérer les suivis médicaux, assurer un bon état de santé physique et mental, accoucher et devenir mères au milieu de la poursuite du processus migratoire. Pour Karla, traverser ces processus de maternité c'était comme « *un deuxième processus de migration* ».

Ainsi l'état de vulnérabilité entourant la transition à la maternité chez ces femmes émerge souvent à l'intersection de plusieurs formes d'oppression, telles que le genre, l'origine ethnoculturelle, le statut migratoire et socio-économique. Les défis rencontrés au parcours périnatal se recourent avec des nombreuses formes de discrimination et rapports inégaux inhérents aux conditions du contexte migratoire. Martha évoque les difficultés de concilier ses responsabilités maternelles avec ses études et ses démarches migratoires. Elle a dû gérer la grossesse, l'accouchement et le post-partum tout en suivant des cours de francisation, des études collégiales et un travail post-diplôme, ce qu'elle résume ainsi : « *je n'avais pas le temps de m'arrêter* ».

Dans les récits des femmes rencontrées, plusieurs « représentations » du temps, tel que cet « arrêt », illustrent comment les temporalités agissent en tant que facteurs de vulnérabilité dans l'expérience racontée. Soit la vitesse des événements est une source de stress dans le parcours; soit les temps s'allongent, en attendant un document migratoire ou pendant la pandémie à la maison. Parfois, les délais n'ont pas suffi pour satisfaire les exigences nécessaires pour obtenir une résidence permanente.

Le temps n'est pas toujours suffisant lorsque plusieurs obstacles se dressent devant ces nouvelles mères. Ces temporalités sont ultimement façonnées de diverses formes : au sein des institutions migratoires; par la notion du « bon moment » de devenir mère; aux neuf mois de grossesse qui se passent au milieu d'un *timing* migratoire spécifique; ou bien en fonction de critères normatifs sociaux entourant les trajectoires biographiques des femmes. Dans ce chemin, elles sont souvent surchargées dans leurs rôles multiples, et responsabilisées dans le succès autant du projet migratoire que de maternité. Leur expérience périnatale est marquée par la lourde charge de jongler avec plusieurs rôles en peu de temps, ainsi que par les effets négatifs de l'incertitude et de l'instabilité liées aux séjours temporaires.

6.2 Avoir un enfant dans un contexte migratoire incertain

Une expérience de grossesse limitée sur le plan médical, émotif et social

Les parcours de soins de santé, comme ceux de la migration, sont traversés par de nombreux changements, souvent associés aux conditions du séjour temporaire ou à des événements majeurs, comme la pandémie. Dans ce contexte, les institutions de santé et les politiques publiques jouent un rôle crucial dans l'accès aux soins périnataux des femmes migrantes. Pour les femmes rencontrées, les conditions entourant le début du parcours de soins périnataux s'avèrent complexes, en raison des changements de statut migratoire et des obstacles rencontrés dans l'accès aux services de santé. Récemment arrivées à Montréal, avec un réseau restreint et sans une bonne connaissance des langues nationales, les femmes se heurtent à de nombreux obstacles qui les empêchent de trouver un médecin ou de réaliser un premier examen. Ces résultats confirment que la population immigrante au Canada rencontre des enjeux particuliers pour accéder aux soins de santé, malgré sa présence démographique importante au pays (Gonin et al.2022).

Les premières étapes du parcours de soins de santé consistent en l'identification des besoins de santé et en la recherche d'informations sur les services disponibles (Lévesque et al. 2013), ce qui devient plus complexe pour les femmes récemment arrivées au pays et ayant un statut temporaire. Elles font références aux multiples obstacles rencontrés dans leurs tentatives de comprendre comment naviguer dans le système de santé. Ces parcours médicaux ne se limitent pas cependant à des facteurs d'ordre institutionnel, comme il a été montré à travers les entretiens, mais ils comprennent aussi les capacités des femmes à bien identifier leurs besoins et à mobiliser des ressources financières, de façon à s'engager dans les processus et à déployer des stratégies.

Les défis linguistiques, le manque d'information et la méconnaissance du système de santé affectent toutes les femmes recentrées. Elles sont aussi touchées par l'incertitude et l'instabilité liées aux statuts temporaires d'immigration. Cependant, nous constatons que les femmes étudiantes et les conjoints des étudiants rencontrent plus de difficultés dans les parcours de soins périnataux. En plus des défis communs mentionnés auparavant, elles font face à trois enjeux supplémentaires : elles n'ont pas d'accès à la RAMQ; elles ressentent plus de contraintes financières à cause du financement des études; et elles doivent accomplir des démarches migratoires pour obtenir une résidence permanente dans un délai strict.

Au milieu de ces nombreux défis, toutes les femmes rencontrées expriment des sentiments d'angoisse, d'anxiété et de détresse ressentis tout au long de la grossesse. Cette situation est liée à des causes multiples, mais plusieurs d'entre elles répondent à des conditions issues du contexte migratoire. Par exemple, les différences interculturelles affectent le suivi de la grossesse en raison de références culturelles et d'attentes souvent incompatibles avec le nouveau contexte. Ces femmes rencontrent des difficultés liées à la prise en charge « impersonnelle » du personnel soignant, au manque d'engagement ressenti de celui-ci et au nombre réduit de consultations et d'exams. Bien qu'il s'agisse d'une première grossesse, la perception des soins médicaux peut également être influencée par les comparaisons avec l'expérience de leurs proches restés dans leur pays d'origine (famille, amis).

Bien que le statut d'étudiante internationale de Karla (sans RAMQ) soit différent de celui d'Adela en tant qu'accompagnante d'un travailleur étranger (avec RAMQ), les changements ou le renouvellement de permis migratoire au cours de la grossesse peuvent modifier les conditions d'accès à la santé publique à chaque stade du parcours et affecter l'état émotionnel des femmes par rapport au vécu de la grossesse.

Nous constatons également que les femmes migrantes récemment arrivées sont souvent confrontées à des situations de précarité et d'isolement. Cependant, aborder la précarité ne se limite pas à décrire leurs conditions économiques, sociales et administratives, mais inclut aussi les défis liés à l'accès aux droits en matière de santé et à un logement stable durant la grossesse (Gasquet-Blanchard et Hoyez 2020).

D'une certaine manière, le fait d'accéder à la réalisation d'un imaginaire de maternité façonné « très jeune » peut compenser leurs inquiétudes et l'anxiété liées aux défis du suivi périnatal et à la solitude entourant la maternité en contexte migratoire. De plus, les conditions migratoires influencent la manière dont la grossesse est vécue en tant qu'événement social, se déroulant également dans l'espace public.

Ces femmes rencontrent aussi des difficultés à vivre des dimensions réjouissantes du devenir mère. Les angoisses liées aux parcours de soins de santé et aux obstacles institutionnels, ainsi que le manque d'un entourage affectif, peuvent réduire l'expérience de grossesse à une dimension « instrumentale ».

Un état de vulnérabilité extrême lors de l'accouchement

Les préférences et préoccupations des femmes immigrantes avant l'accouchement peuvent découler de leur histoire génésique, des difficultés liées à leur grossesse en contexte migratoire, du manque d'approche interculturelle dans les soins, ou de leur perception de vulnérabilité face à un système de santé parfois intimidant. Il s'agit notamment de facteurs de vulnérabilité qui s'accumulent et se renforcent à travers les trajectoires migratoires/périnatales, influençant l'émergence de multiples scénarios de naissance risquée pour ces femmes. Au cours de la grossesse, on observe que le suivi médical est axé notamment sur les soins physiques, et cette approche se poursuit au moment de l'accouchement, selon les expériences des femmes rencontrées.

Par exemple, le critère médical concernant le nombre de centimètres de dilatation requis pour l'hospitalisation, représente un indicateur objectif et un élément clé des protocoles uniformément appliqués aux femmes enceintes. Cependant, l'attention médicale axée sur les résultats d'examens et les paramètres cliniques fait en sorte que « le vécu et l'expérience de la mère sont rangés au second plan » (Chevalier-Cliche 2015, 24). Dans cette perspective, la douleur corporelle est perçue uniquement à travers le prisme des rationalités dites « scientifiques » et ne tiennent pas compte de la complexité des circonstances individuelles.

En plus, ces femmes racontent des moments difficiles vécus lors de l'accueil à l'hôpital, des traitements inappropriés ou des humiliations (Ana, Luisa). Leurs histoires indiquent que la banalisation du vécu des femmes en travail d'accouchement peut conduire alors à l'application de protocoles qui ne répondent pas à la réalité qu'elles perçoivent de leurs états (Ana, Luisa, Anali).

Durant le travail d'accouchement, l'administration de médicaments vise à « sécuriser » le processus et à garantir son bon déroulement. Cependant, même lorsque les femmes acceptent l'utilisation de l'anesthésie ou la nécessité d'une induction médicalisée, il semble que leurs attentes et leurs sentiments concernant la naissance ne soient pas toujours pris en compte ou abordés lors des interactions avec le personnel médical. Certaines femmes expriment leur désaccord avec les décisions prises à la salle d'accouchement (Anali, Luisa, Ana, Karla, Ariana). De plus, le sentiment de frustration de Karla face à l'acceptation de l'anesthésie peut découler d'un écart entre ses attentes concernant l'accouchement, notamment en ce qui concerne la médicalisation et la présence de stagiaires. En effet, la pratique de la médicalisation tend souvent à négliger l'expérience corporelle et subjective des femmes, révélant ainsi des dimensions sociales et culturelles qui méritent une attention particulière.

Le fait de ne pas répondre aux besoins émotionnels ou physiques exprimés, de subir des actes contre leur volonté fait partie de situations liées à de la violence obstétricales (Batram-Zantvoort et al. 2021). Ces femmes peuvent aussi être limitées en raison de difficultés linguistique et se sentir dévalorisées par rapport au partenaire dans la salle d'accouchement (Karla). Cet état accru de vulnérabilité rdt associé aux conditions entourant les trajectoires migratoires et périnatales de ces femmes (ex. motivations, transformations du couple et rapports de genre, difficultés d'intégration en raison du statut, inégalités liées aux rôles assignés lors du processus migratoire, etc.).

La vulnérabilité des femmes immigrantes est accentuée au moment de l'accouchement, car leur corps est mis à rude épreuve tout au long de la période périnatale. Pendant l'accouchement, le « corps » peut devenir un lieu de tension sociale, où les forces structurelles, les expériences vécues et les trajectoires individuelles et familiales en prennent forme. L'accouchement devient alors une « expérience incarnée » (Batram-Zantvoort et al. 2021). Dans le cadre de notre recherche, il s'agit de corps déplacés, qui expriment non seulement les marques du contexte concret de l'accouchement, mais aussi d'autres situations (culturelles, etc.).

Les modalités d'accouchement chez les femmes rencontrées varient entre un accouchement naturel, instrumentalisé, par induction ou par césarienne. Cependant, la moitié d'entre elles ont vécu des situations risquées, soit pour le bébé ou pour elles-mêmes en fin d'accouchement et, cela, indépendamment de la modalité d'accouchement (Anali, Luisa, Ana, Adela, Yanet). Le retard dans la décision d'appliquer une césarienne a entraîné des risques majeurs dans le processus, ainsi que certaines négligences médicales, selon les témoignages de certaines femmes (Ana, Luisa). Pour les femmes sans couverture médicale, le risque lié à l'absence d'assurance le jour de l'accouchement doit être pris en compte dans la pratique obstétricale afin de réduire les césariennes d'urgence (Gangon et al. 2013).

La condition du statut migratoire affectant l'accès à la santé publique et le manque de ressources financières pour y faire face sont à la base de certaines situations de discriminations vécues et/ou ressenties par ces femmes lors de l'accouchement et pendant le séjour à l'hôpital (Martha, Ariana). Les difficultés rencontrées lors des interactions avec le personnel hospitalier sont l'un des aspects les plus marquants de l'expérience d'accouchement des femmes rencontrées. Des traitements méprisants peuvent causer des hauts niveaux de « stress maternel », avec des conséquences physiques importantes.

Les déficiences interculturelles chez les spécialistes peuvent conduire à des stéréotypes négatifs, décrivant les femmes immigrantes comme « ignorantes » et incapables de gérer les enjeux médicaux complexes (Karla, Ana, Luisa, Anali). Certaines femmes racontent des épisodes indésirables vécus depuis l'accueil à l'hôpital (Ana, Luisa) et jusqu'aux jours post-accouchement (Ariana, Nancy, Adela). Les femmes non assurées par la RAMQ ressentent plus de tensions lors de leur sortie de l'hôpital, désirant rentrer rapidement pour éviter des frais hospitaliers supplémentaires (Yanet, Ariana).

Nos analyses montrent que les trajectoires migratoires engendrent des conditions de vulnérabilité qui se construisent et s'accumulent au fil du temps, telles que la maîtrise de la langue, l'étape du processus migratoire et le type de permis. Aussi, ces situations viennent s'ajouter aux diverses formes de violence et d'oppression structurelles auxquelles ces femmes sont confrontées, telles que celles liées à l'origine ethnique, au genre et au statut migratoire, notamment durant des moments de vulnérabilité extrême, comme c'est souvent le cas lors des transitions majeures de la vie.

Les enjeux émotionnels et d'allaitement au postpartum

Après l'accouchement, l'élaboration du lien filial est souvent considérée comme une responsabilité des mères, qui sont appelées à être disponibles en permanence pour les nouveau-nées. C'est à la femme de toujours « apaiser » le bébé et de trouver les moyens pour le « satisfaire » ultimement. Généralement, l'allaitement au sein et le besoin de proximité physique mère-enfant sont des impératifs posés à cette relation, ce qui peut représenter des défis majeurs pour les femmes primipares en contexte migratoire.

Bien que l'allaitement au sein soit recommandé par l'Organisation mondiale de la santé, les femmes peuvent le percevoir comme la norme d'une « bonne maternité », que ce soit en raison des bénéfices pour la santé du bébé ou comme garant du lien avec l'enfant. Pour certaines femmes, les difficultés d'allaitement entraînent un sentiment d'insuffisance pour accomplir leur rôle maternel, soi-disant naturel (Karla, Adela). La perception de ne pas être à la hauteur des *attentes normatives* (Oris 2017; Ferrarese 2019) est également associée à un état de vulnérabilité périnatale ancré sur les structures sociales. Ainsi, le rôle nourricier des nouvelles mères est parfois façonné par les normes culturelles d'une « maternité intensive », influençant leurs représentations de la maternité et les attentes sociales à leur égard. Dans ce contexte, « l'allaitement 'fait' ou 'défait' littéralement la mère », dans la mesure où il configure une expérience de transition à la

maternité comme indissociable du travail corporel et émotionnel déployé à travers cette pratique de maternage (Chautems 2018).

Après avoir vécu le suivi de grossesse et l'accouchement sous les principes de la biomédecine, en milieu hospitalier, ces femmes se trouvent démunies lorsque le personnel soignant ne parvient pas à combler les besoins d'accompagnement durant la période postpartum. La dimension « corporelle » et de soutien féminin liée à cette expérience d'allaitement est limitée par le manque de réseaux de proximité physique, ou bien par les barrières qui empêchent ces femmes de se communiquer et de mobiliser certaines ressources disponibles.

Toutes les femmes rencontrées lors des entretiens parlent de souffrances émotionnelles et de moments difficiles durant les premiers mois postnataux. Cependant, elles n'utilisent pas les termes cliniques tels que dépression ou anxiété postnatale. Seule Anali mentionne suivre un traitement pour anxiété post-partum, tandis que Karla se décrit comme « folle » durant cette période. Dans certaines cultures, les tabous sur la santé mentale empêchent les femmes d'exprimer leurs sentiments et de chercher de l'aide pendant le post-partum. En contexte migratoire, cela est aggravé en raison des barrières linguistiques, culturelles, et du manque de soutien et de suivi postnatal.

Dans une perspective de vulnérabilité-stress liée aux risques psychosociaux, trois domaines de risque et de protection peuvent influencer la vulnérabilité environnementale ou psychologique à la dépression postpartum : les événements stressants de la vie, le soutien social et les sentiments / l'adaptation maternelle (Christensen 2011). Dans notre recherche, les femmes mentionnent les effets négatifs des événements imprévus, comme une grossesse non planifiée. Les événements stressants affectant leur santé mentale sont également liés à des facteurs historiques tels que la pandémie de COVID-19 et les changements dans ces conditions des lois migratoires.

Le contexte migratoire influence les questions liées à l'allaitement, à la santé de l'enfant et aux attentes normatives des femmes. L'accès aux services de santé maternelle et infantile, les traditions culturelles et les perceptions sociales de la maternité dans le pays d'accueil jouent un rôle crucial. Sans soutien familial et confrontées à des obstacles avec le personnel soignant, les femmes récemment arrivées au Canada ressentent une détresse accrue et ont un accès limité aux ressources de soutien durant leur immigration. Les difficultés liées à l'allaitement et le manque de soutien clinique ou affectif aggravent leur état de santé mentale.

De plus, les caractéristiques des trajectoires migratoires et la déception face aux attentes maternantes non satisfaites représentent des facteurs de risque supplémentaires. Les femmes immigrantes temporaires peuvent être particulièrement vulnérables à ces enjeux en raison de l'accès limité aux services publics, du manque de réseaux de soutien et des difficultés liées à l'isolement, comme cela a été décrit précédemment.

6.3 Réussir la périnatalité en contexte migratoire précaire

Cette recherche met en évidence des stratégies employées par les femmes immigrantes temporaires pour surmonter les défis du parcours périnatal. Ces stratégies illustrent leur capacité d'adaptation et d'agentivité face aux obstacles. En termes psychologiques, ce phénomène est désigné comme « *coping* », qui dépend des capacités individuelles à gérer et réagir aux difficultés (Oris 2017). L'« agentivité » se réfère précisément au rôle des choix et des actions des individus dans la construction de leurs trajectoires de vie, à travers les contraintes et les opportunités dans un contexte sociohistorique donné (Elder et al. 2003).

Les femmes engagées dans un projet de migration économique peuvent être vues comme ayant une grande capacité d'agentivité, grâce à leur niveau d'éducation et leur capacité à planifier un projet complexe. Cependant, leur sentiment de contrôle et leur « auto-efficacité » (Gecas 2002) peuvent être affectés par des défis post-migration tels que la discrimination, l'isolement et les difficultés d'adaptation au nouveau contexte culturel et linguistique. Les conditions du statut temporaire exacerbent ces difficultés, en particulier pour celles sans accès à la santé publique ou qui ne détiennent pas le permis temporaire principal dans le couple. Elles doivent ainsi mobiliser des ressources considérables pour gérer simultanément le suivi périnatal, le processus migratoire, les transformations familiales, et la construction de nouveaux réseaux sociaux, tout en s'intégrant dans la nouvelle société.

Face aux nombreux obstacles pour accéder au suivi périnatal, ces femmes persistent malgré les rejets successifs et cherchent activement des soins. Les défis linguistiques étant significatifs, certaines ont trouvé des solutions pour améliorer la communication avec les soignants : commencer la conversation en français, puis passer à l'anglais (Luisa), utiliser des traducteurs sur leur téléphone (Nancy), et arriver aux consultations avec des questions écrites en français (Ana).

Les femmes sans couverture de la RAMQ doivent mettre en place plus de stratégies pour accéder aux soins périnataux, notamment lorsqu'elles n'ont pas des ressources financières suffisantes ou ont des complications de grossesse. Pour être admises aux programmes de soutien destinés aux femmes résidentes permanentes, des immigrantes temporaires comme Nancy peuvent présenter un récit plus « détérioré » sur son état mental aux institutions. De plus, elles peuvent invoquer des critères éthiques en matière de soins médicaux pour l'accouchement en tant qu'urgence, pour éviter de payer des frais d'avance, comme l'a expliqué Yanet. Dans le contexte migratoire, les corps des femmes enceintes, perçus comme vulnérables médicalement, deviennent parfois leur principale ressource d'action et leur permettent d'accéder à des droits citoyens autrement inaccessibles (Virole-Zajde, 2016).

Selon Fassin (2005), l'introduction de la question de santé publique dans le contexte migratoire permet de légitimer des groupes autrement stigmatisés dans les sociétés d'accueil. Cette situation représente une forme de « bio-légitimité » (Fassin, 2005), qui leur permet de se faire reconnaître au sein des institutions publiques et périnatales. Grâce à leur état, ces femmes acquièrent une légitimité dans les systèmes institutionnels, ce qui nécessite une construction narrative spécifique pour mettre en avant une vulnérabilité « institutionnelle ». Toutefois, cette « citoyenneté biologique » réduit l'existence des femmes à leur état physique (Fassin, 2018), négligeant leur dimension sociale et politique.

Finalement, lorsque ces femmes ne trouvent aucune solution aux problèmes rencontrés durant leur parcours périnatal, la religion joue un rôle fondamental pour les aider à traverser cette période difficile avec sérénité. Des expressions telles que « *grâce à Dieu* » ou « *dans les mains de Dieu* » (Nancy, Martha, Adela), sont utilisées pour signaler des situations extrêmes d'impuissance où la foi religieuse agit en tant que facteur de protection.

L'importance des réseaux numériques dans l'expérience périnatale des immigrantes

Cette recherche montre que la maternité peut dépasser la capacité des femmes à s'adapter seules et nécessite un soutien au-delà de leurs stratégies individuelles, notamment en contexte migratoire. Le « devenir parent », en tant que fait collectif dépassant la sphère privée, devra être objet alors d'une sécurité sociale, et pas seulement de l'attention de la sphère médicale (Capponi et Horbacz 2008).

Les usages des réseaux sociaux numériques constituent une ressource principale mobilisée par ces femmes pour surmonter les obstacles rencontrés. Que ce soit à des fins informatives ou pour

favoriser le réseautage et l'accompagnement lors de la maternité, les espaces numériques deviennent le lieu de référence privilégié pour elles. Toutes les femmes interviewées déclarent avoir utilisé les groupes de la diaspora latine et de mères latino-américaines à Montréal pour chercher des références professionnelles et institutionnelles en matière de périnatalité. Pendant la période postpartum, elles se tournent également vers ces espaces, notamment pour obtenir un soutien à l'allaitement, soit au sein de la communauté diasporique montréalaise, soit dans les réseaux de leurs pays d'origine.

Les analyses montrent que ces pratiques numériques contribuent à briser les barrières de la langue, permettent de partager les savoirs expérientiels et culturels de la communauté d'origine. Les espaces numériques sont également des « sources d'information » médicale pour surmonter les obstacles d'accès aux soins périnataux en contexte migratoire. De plus, les réseaux en ligne contribuent à briser l'isolement et fournissent un sentiment de validation lors de l'adaptation au nouveau rôle maternel (Adela, Anali). L'espace numérique offre la possibilité de maintenir le soutien de la famille élargie, que ce soit dans la vie quotidienne des nouvelles mères (Ariana), dans les réunions familiales pour l'annonce de grossesse (Maria) ou les célébrations (Ana, Karla); mais aussi lors des moments de conflit (Nancy) ou bien pour des événements décisifs comme l'accouchement (Yanet).

Parfois, elles mettent en œuvre des pratiques de « co-présence » avec leur famille élargie à travers la technologie (Yanet, Karla, Ariana). Il s'agit d'un type de « présence connectée » (Licoppe 2004) qui permet aux immigrant.es de maintenir les liens familiaux à distance, tout en gardant le partage de cette présence « en temps réel ». Selon Licoppe (2004), cette communication est tissée au milieu des pratiques quotidiennes qui forgent une nouvelle manière de construire les relations sociales. La connexion technologique ne se traduit cependant pas automatiquement en soutien réel par une présence équivalente à celle d'avant, car la médiation technologique implique une transformation des interactions, et de liens qui deviennent alors « médiatisés ».

Aussi, ces femmes naviguent dans un espace transmédiatique pour combler les différents besoins ressentis (informationnels, d'accompagnement, de validation féminine, etc). Autrement dit, elles naviguent entre les plateformes telles que Facebook, pour se connecter avec la diaspora locale; Instagram pour contacter des accompagnantes d'allaitement au pays d'origine; et WhatsApp, pour amplifier les connexions publiques dans un espace plus intime. Nous observons que, dans la quête de différents types de soutien (informatif, pratique, émotionnel etc.), ces femmes font appel

autant à des espaces numériques diasporiques que transnationaux. Il est à noter aussi que ces interactions numériques se produisent notamment avec d'autres femmes, des mères latines à Montréal, des amies à distance, des spécialistes en allaitement ou les mères de ces femmes.

Le soutien conjugal, familial et institutionnel lors de la périnatalité

Les formes de soutien familial, institutionnel et numérique jouent un rôle essentiel dans l'expérience périnatale des femmes migrantes. Cependant, en contexte de migration temporaire, le soutien est limité par le manque de réseau social et l'isolement des femmes nouvellement arrivées. Les femmes rencontrées dans notre recherche soulignent l'importance du soutien institutionnel, conjugal et familial pour faire face aux enjeux de la périnatalité. Pendant la grossesse, les formes de soutien les plus mentionnées sont d'ordre institutionnel, notamment pour les femmes non assurées par la RAMQ, mais les réseaux familiaux deviennent plus importants au post-partum.

Face aux difficultés d'accès aux soins périnataux et aux services de santé pour les immigrantes à statut précaire au Canada, les femmes résidentes temporaires risquent d'être exclues du système de santé. Selon Cébron et Sénat (2022), les parcours migratoires variés des patientes à la clinique de MdM, tels que les travailleuses temporaires, les étudiant·e·s internationaux, et les personnes en attente de régularisation, montrent une absence de couverture médicale et de moyens financiers. Cette situation est confirmée par notre recherche, qui révèle que ces femmes se retrouvent souvent sans couverture médicale en raison des délais liés aux procédures migratoires.

Toutes les femmes rencontrées expriment des besoins de soutien plus importants au post-partum que durant la grossesse. Les difficultés d'allaitement, le stress cumulatif découlant souvent d'une expérience périnatale adverse, ainsi que les troubles émotifs postnataux mettent en évidence l'importance des ressources de soutien au cours de cette période. En contexte migratoire, malgré la qualité variable des relations conjugales, le conjoint est souvent perçu comme le seul soutien constant. Les autres formes de soutien, comme l'aide de la famille ou des amis, sont généralement limitées à des besoins pratiques ou temporaires.

Les femmes rencontrées soulignent l'effet positif de la rencontre post-accouchement avec une infirmière qui se déplace à leur domicile. Contrairement aux suivis prénataux durant la grossesse, la présence du personnel soignant ou des intervenant.es est moins constante toutefois les mois suivant l'accouchement. Étant donné que l'accompagnement professionnel en périnatalité cesse

rapidement après le retour à domicile, l'absence de soutien social peut favoriser l'apparition de troubles anxieux, tant en prénatal qu'au postnatal (Capponi et Horbacz 2008).

Ces femmes sont affectées par le manque d'un réseau féminin proche, notamment parce qu'elles sont issues d'une culture de soutien collectif qui est très forte dans leur pays d'origine, tel que montré dans une recherche de Chevalier-Cliche (2015). Les participantes dans notre recherche affirment que l'accompagnement des membres de la famille, notamment des mères ou des sœurs, serait la meilleure manière de se sentir soutenues pendant le post-partum. Notre étude confirme l'importance du soutien d'un réseau féminin durant cette étape. Des immigrantes au Canada comparent leur expérience d'être seules avec le bébé toute la journée aux coutumes de leur pays d'origine, où il est généralement habituel d'être entourée de membres de la famille et d'amis immédiatement après la naissance d'un enfant (Ahmed et al. 2008).

Discuter ainsi de difficultés émotionnelles ou pratiques liées au bébé avec d'autres mamans à travers des groupes communautaires aide à rassurer les nouvelles mères et à normaliser leurs sentiments (Ahmed et al.2008). Notre recherche montre que ce besoin est partiellement satisfait (pendant la grossesse, l'allaitement et le postpartum) par la voie des réseaux sociaux numériques; où ces femmes découvrent des récits similaires à leurs expériences partagés par d'autres nouvelles mères latino-américaines à Montréal. En tous les cas, ces femmes n'ont pas réussi à bénéficier du soutien institutionnel durant leur post-partum, notamment de la part du personnel soignant, comme c'est commun dans leur pays d'origine.

Parmi les facteurs clés facilitant le rétablissement de ces nouvelles mères, on trouve le soutien social du réseau d'amis, des partenaires et de la famille, les groupes de soutien communautaires, le fait de sortir de chez soi, ainsi que l'adaptation psychologique personnelle (Ahmed et al. 2008). Le chevauchement des transitions migratoires et maternelles, en plus des contraintes liées au contexte plus large de la pandémie, ont limité les opportunités de socialisation de certaines de ces femmes (Karla, Maria, Anali).

Les systèmes de soins et de soutien informel au sein des communautés immigrantes de première génération, comme les communautés latino-américaines, jouent un rôle crucial en tant que facteurs de protection. Ce phénomène, connu en santé publique sous le nom de « paradoxe épidémiologique latino », montre que ces populations affichent souvent des indicateurs de santé meilleurs ou similaires à ceux des populations non-latines, malgré un statut socio-économique plus bas et un accès limité aux soins (Guendelman et al. 2006).

Ces résultats confirment les constats issus d'autres recherches sur l'importance du *soutien social informel* pendant le postpartum (Collins 2016 ; Battaglini et al. 2002). Pendant la période postnatale, les femmes immigrantes peuvent souvent se sentir « dépassées » par leur nouveau bébé, car l'idée de s'en occuper sans l'aide et les conseils de leur mère ou d'autres membres de la famille peut être intimidante, voire effrayante (Ahmed et al. 2008). Ainsi, la détresse de ces femmes peut résulter non seulement d'un manque d'accompagnement médical, féminin ou familial, comme il a été constaté, mais aussi de ruptures culturelles qui affectent le bien-être de ces nouvelles mères.

7. CONCLUSION

Cette recherche contribue à la compréhension des enjeux liés à la transition à la maternité dans le contexte de migration temporaire au Québec. Les résultats montrent qu'elles se confrontent à un ensemble de défis communs à d'autres mères migrantes, notamment en ce qui concerne l'expérience globale de la grossesse. Les femmes immigrantes, en général, doivent naviguer dans un système de santé qui leur est souvent étranger, tout en faisant face à des barrières linguistiques et culturelles qui compliquent leur accès aux soins.

De plus, la précarité socio-économique peut limiter leurs ressources et leur capacité à obtenir un soutien adéquat. La méconnaissance des services disponibles et la difficulté de s'intégrer dans un nouveau réseau social rendent leur parcours périnatal particulièrement ardu. En parallèle, les femmes migrantes expriment un besoin accru d'informations, d'explications, et de soins personnalisés tout au long de leur grossesse. Elles cherchent des moyens de se sentir rassurées et informées, surtout lorsqu'elles sont confrontées à des décisions critiques concernant la grossesse et l'accouchement.

Cependant, nous constatons que ces facteurs sont aggravés chez les résidentes temporaires, à cause des restrictions imposées par leur statut, qui peut limiter leur capacité de planification reproductive et l'accès à un suivi périnatal gratuit, de qualité et systématique. Les changements fréquents dans les lois et les procédures associées aux permis migratoires rendent plus difficile leur accès à des soins médicaux nécessaires. Cette situation d'instabilité migratoire peut leur créer une incertitude constante quant au déroulement de la maternité, à leur avenir et celui de leur enfant.

Les résultats de notre recherche suggèrent également que la vulnérabilité des mères immigrantes temporaires s'accroît lors de l'accouchement, où les discriminations liées aux défis linguistiques, économiques ou au statut migratoire deviennent particulièrement marquées. Nous soutenons que ces expériences doivent être comprises comme des problématiques sociales plus larges, illustrant des violences et des inégalités institutionnalisées qui dépassent les simples interactions individuelles. Par ailleurs, nous constatons que c'est durant la période postnatale que ces femmes ressentent le plus fortement le besoin d'un soutien social et familial.

Vivre la maternité dans un contexte migratoire marqué par la précarité, les incertitudes et l'isolement exige des femmes immigrantes, une grande capacité d'adaptation, soulevant des enjeux importants en santé publique. Elles déploient plusieurs stratégies pour obtenir les soins nécessaires et surmonter les défis linguistiques auprès du personnel soignant. Ces conditions difficiles nécessitent souvent un soutien supplémentaire pour atténuer les défis rencontrés, qu'il provienne de la famille, du partenaire, des institutions ou des ressources numériques.

Avec un réseau social plutôt restreint, ces femmes ne comptent souvent que sur leur conjoint pour affronter la transition à la maternité. De plus, il est constaté que les espaces numériques, qu'ils soient diasporiques ou transnationaux, deviennent une source de soutien qu'elles valorisent durant la périnatalité. Ces femmes utilisent les réseaux sociaux numériques pour chercher des informations, des conseils et de la validation maternelle auprès d'autres mères latino-américaines à Montréal. Elles consultent également des médecins et des accompagnantes en allaitement de leurs pays d'origine. La communication en ligne leur permet aussi d'être soutenues par leurs proches à distance.

Notre étude confirme que la transition vers la maternité dans un contexte migratoire est complexe, impliquant la superposition de différentes temporalités et l'interconnexion de divers aspects de la vie des femmes. Cette interaction de trajectoires rend l'accès aux ressources plus difficile, tout en intensifiant le stress et les défis auxquels elles sont confrontées. Il est donc crucial qu'elles mobilisent davantage leurs ressources pour surmonter ces obstacles. L'expérience périnatale des immigrantes temporaires est marquée par une double transition qui les oblige à gérer à la fois les défis associés à la maternité et les spécificités de leur statut migratoire précaire. Le temps limité pendant lequel elles doivent s'adapter à un nouveau pays tout en se préparant à l'arrivée d'un enfant crée une pression supplémentaire sur leurs capacités d'adaptation.

Ainsi, cette recherche met en lumière la manière dont le croisement des parcours migratoires et périnataux peut exacerber la vulnérabilité des femmes immigrantes temporaires. L'étude des parcours vulnérables des femmes immigrantes en période périnatale nécessite une approche intégrée qui prend en compte la temporalité des événements de vie et les défis spécifiques rencontrés par ces groupes sociaux. La vulnérabilité doit être examinée en relation avec la dynamique des transitions multiples, les temporalités variables et les changements accumulés tout au long de leurs parcours. Les identités sociales et les expériences vécues évoluent constamment, influencées par les contraintes temporelles liées aux projets familiaux et de maternité. De plus, il est crucial d'envisager les dimensions spatiales de la migration, notamment

les réseaux de soutien éloignés à la fois locaux et globaux. La diversité des profils migratoires et des parcours implique des stratégies d'adaptation variées, reflétant une hétérogénéité de vécus et de défis uniques auxquels ces femmes font face.

Les questions soulevées par ces discussions pourraient orienter de futures recherches sur les transformations au sein du couple et les pratiques parentales en contexte de migration temporaire. Inclure les deux partenaires dans les études pourrait offrir de nouvelles perspectives sur les changements de rôles de genre post-maternité. De plus, l'examen du désir d'un deuxième enfant dans le cadre de ces trajectoires migratoires temporaires pourrait illustrer des enjeux associés à l'expérience périnatale des femmes selon la fratrie. Par ailleurs, les dynamiques de transmission culturelle se manifestent dans les pratiques de nomination des enfants, où le choix des prénoms et les formats de nomination reflètent les transformations des liens sociaux liées à la maternité en contexte de migration temporaire.

Ces thématiques permettent de comprendre comment les noms et les coutumes culturelles sont intégrés, ainsi que leur impact sur le désir des immigrantes temporaires d'établir des liens familiaux plus solides dans le pays d'accueil. Bien que ces aspects soient abordés dans la littérature, les recherches actuelles se concentrent souvent sur les populations migrantes avec un statut légal stable, comme la résidence permanente, laissant un espace pour des études sur des groupes migratoires avec des statuts plus précaires.

Nous considérons qu'il serait pertinent d'examiner la transition à la maternité de femmes immigrantes temporaire dans d'autres régions du Québec et à l'échelle pancanadienne, en comparant avec différents groupes culturels. Une étude comparative entre les différents statuts migratoires serait également intéressante. De plus, les résultats de notre recherche pourraient inspirer des études quantitatives et longitudinales, permettant de suivre les cohortes de migrants temporaires à travers leurs diverses transitions de vie, et analyser les bifurcations de leurs trajectoires. Nous proposons également d'examiner ce phénomène dans d'autres contextes temporels, soit à une période éloignée de l'augmentation de l'immigration temporaire au Québec, ou dans une période sans les effets de grands événements historiques comme la pandémie de COVID-19, qui a influencé les expériences de certaines femmes.

En conclusion, nous soulignons que l'étude de l'interaction entre les trajectoires migratoires et périnatales offre des perspectives essentielles pour comprendre les expériences des femmes migrantes confrontées à plusieurs transitions de vie, ainsi que les défis qu'elles rencontrent et les stratégies qu'elles mettent en place pour les surmonter. Cette perspective s'avère utile pour

informer des politiques publiques en matière migratoire et de santé publique, afin de mieux soutenir les femmes vivant des parcours vulnérables. Ainsi, nous espérons que cette recherche apportera des éclaircissements sur les défis structurels et les enjeux des temporalités qui jalonnent l'expérience périnatale des femmes au statut migratoire temporaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Ahmed, Amal, Donna E. Stewart, Lilly Teng, Olive Wahoush et Anita J Gagnon. 2008. « Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. » *Arch Womens Ment Health* 11 (4): 295-303. doi: 10.1007/s00737-008-0025-6.
- Almeida, David M. et Jen D. Wong. 2009. « Life transitions and daily stress processes. » In *The craft of life course research*, sous la dir. de Glen H.; Giele Elder, Janet Z. New York: Guilford Press.
- Banerjee, Rupa et Mai B. Phan. 2015. « Do Tied Movers Get Tied Down? The Occupational Displacement of Dependent Applicant Immigrants in Canada. » *Journal of International Migration and Integration* 16 (2): 333-353. doi: 10.1007/s12134-014-0341-9.
- Bardin, Laurence. 1977. *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Barrios, Michel López. 2021. « Migración y fecundidad: un análisis cuali-cuanti de cubanas residentes en Canadá. » Thèse de doctorat, Universidade Federal de Minas Gerais. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/41040> .
- Batram-Zantvoort, Stéphanie, Oliver Razum et Céline Miani. 2021. « Un regard théorique sur l'intégrité à la naissance : médicalisation, théories du risque, embodiment et intersectionnalité. » *Santé Publique* 33 (5): 645-654. doi: 10.3917/spub.215.0645.
- Battaglini, Alex, Sylvie Gravel, Laurence Boucheron et Michel Fournier. 2000. *Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles ! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Battaglini, Alex, Sylvie Gravel, Laurence Boucheron, Michel Fournier, Jean-Marc Brodeur, Carole Poulin, Suzanne DeBlois, Danielle Durand, Chantal Lefèbvre et Bernard Heneman. 2002. « Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. » *Service social* 49 (1): 35-69. doi: <https://doi.org/10.7202/006877ar> .
- Beneraju, Anca. 2018. « Immigration, transition to parenthood, and parenting. » In *Gender, family, and adaptation of migrants in Europe*, sous la dir. de I. Vlase et B. Voicu, 141-169. Cham: Palgrave Macmillan.
- Benza, Sandra et Pranee Liamputtong. 2014. « Pregnancy, childbirth and motherhood: a meta-synthesis of the lived experiences of immigrant women. » *Midwifery* 30 (6): 575-584. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.005> .
- Brayda, Winsome Chunnu et Travis D. Boyce. 2014. « 'So You Really Want to Interview Me ? ' : Navigating 'Sensitive' Qualitative Research Interviewing. » *International Journal of Qualitative Methods* 13 (1): 318-334.
- Brown, Tyson. H. 2018. « Racial stratification, immigration, and health inequality: A life course-intersectional approach. » *Social Forces* 96 (4): 1507-1540.
- Butler, Judith. 2009. *Ce qui fait une vie. Essai sur la violence, la guerre et le deuil*. Paris: La Découverte.
- Butler, Judith. 2019. « Ces corps qui comptent encore. » *Raisons politiques* (4): 15-26.

- Capponi, Irene et Christine Horbacz. 2008. « Le « devenir mère » : anxiété et temporalité de l'accompagnement. » *Pratiques psychologiques* 14 (3): 389-404. doi: 10.1016/j.prps.2008.05.001.
- Catarino, Christine et Morokvasic, Mirjana. 2005. « Femmes, genre, migration et mobilités. » *Revue européenne des migrations internationales* 21 (1): 7-27.
- Cébron, Chloé et Evenold Sénat. 2022. « Quand le statut migratoire prive de soins. » *Relations* 819. <https://id.erudit.org/iderudit/100445ac> .
- Charton, Laurence. 2005. « Diversité des parcours familiaux et rapport au temps. » *Lien social et Politiques* (54): 65-73. doi: 10.7202/012860ar.
- Chautems, Caroline. 2018. « Quand l'allaitement fait la mère. » *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* 16. DOI : doi.org/10.4000/anthropologiesante.2926 .
- Chevalier-Cliche, Cynthia. 2015. « Vivre une grossesse en pays étranger. Le parcours des femmes immigrantes de la ville de Québec. » Mémoire de maîtrise, Université de Laval.
- Christensen, Anna. L., Elizabeth A. Stuart, Deborah F. Perry et Huynh-Nhu Le. 2011. « Unintended pregnancy and perinatal depression trajectories in low-income, high-risk Hispanic immigrants. » *Prevention Science* 12 (3): 289-299. doi: 10.1007/s1121-011-0213-x.
- CIDDHU-UQAM, Clinique Internationale de défense des droits humains de l'UQAM et MdM, Médecins du Monde Canada. 2015. *L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec: Mythe ou réalité ?* <https://medecinsdumonde.ca/uploads/rapport-L'accès-aux-soins-périnataux-pour-toutes-les-femmes-au-Québec-Mythe-ou-réalité.pdf> .
- Collectif FEMSAM. 2024. « Que sait-on de la situation des femmes enceintes immigrantes sans assurance maladie au Québec ? » In *Parcours de soins de femmes immigrantes sans accès au régime d'assurance maladie du Québec*, sous la dir. de Collectif FEMSAM. Québec : Éditions science et bien commun. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10648285> .
- Collins, Stéphanie. 2016. « Maternité en exil : La construction d'un réseau de soutien à Montréal. » Mémoire de Maîtrise, Université de Laval. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/26983/1/32215.pdf>
- Coustere, Capucine, Charles Fleury et Danièle Bélanger. 2021. « Sur le fil : les parcours migratoires à l'épreuve de la crise du Covid-19 au Québec. » *Temporalités* 34-35. doi: <https://doi.org/10.4000/temporalites.9578> .
- Dannefer, Dale. 2003. « Cumulative advantage/ disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. » *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 58 (6): S327-S337.
- Debessai, Y., C. Costanian, M. Roy , M. El-Sayed et H, Tamim. 2016. « Inadequate prenatal care use among Canadian mothers: findings from the Maternity Experiences Survey. » *J Perinatol* 36, 420–426. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.218> .
- Demoncy, Amélie. 2016. « La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. » *Kinésithérapie, la Revue* 16 (180): 32-37. doi: 10.1016/j.kine.2016.07.004.
- Diallo, Daye, Mia Homsy et Simon Savard. 2022. *Portrait de l'immigration au Québec. L'intégration économique à la hausse...mais les besoins aussi*. Montréal: Institut du Québec. <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2022/06/202205-IDQ-IMMIGRATION.pdf>.

- Diamond, Rachel M., Kristina S. Brown et Jennifer Miranda. 2020. « Impact of COVID-19 on the Perinatal Period Through a Biopsychosocial Systemic Framework. » *Contemporary Family Therapy* 42 (3): 205-216. doi:10.1007/s10591-020-09544-8.
- Diprete, Thomas A. et Gregory M. Eirich. 2006. « Cumulative advantage as a mechanism for inequality: A review of theoretical and empirical developments. » *Annu Rev Sociol* 32: 271-297.
- Dowling, Robyn, Kate Lloyd et Sandie Suchet-Pearson. 2016. « Qualitative methods. » *Progress in Human Geography* 40 (5): 679-686. doi: 10.1177/0309132515596880.
- Downe, Soo, Kenneth Finlayson, Olufemi Oladapo, Mercedes Bonet et A. Metin Gülmezoglu. 2018. « What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. » *PLoS One* 13 (4).
- Dufour-Turbis, Christine et Louise Hamelin-Brabant. 2019. « L'expérience de la maternité en contexte d'immigration récente au Québec. » *Santé Publique* 31 (6): 751-759. doi: 10.3917/spub.196.0751.
- Dugnat, Michel. 2002. « Santé mentale et psychiatrie périnatales : renouveler l'approche de la prévention. » *Dialogue* 157: 29-41.
- Dunn, Kevin. 2021. « Engaging Interviews. » In *Qualitative Research Methods in Human Geography*, sous la dir. de I. Hay et M. Cope, 149-185. London: Oxford University Press.
- Elder, Glen H. 1985. « Perspective on the life course. » In *Life Course Dynamics: Trajectories and Transitions, 1968-1980*, sous la dir. de Glen H. Elder, 23-49. Ithaca: Cornell University Press.
- Elder, Glen H. et Janet Z Giele. 2009. *The craft of life course research*. New York: Guilford Press.
- Elder, Glen. H., Monica K. Johnson et Robert Crosnoe. 2003. « The emergence and development of life course theory. » In *Handbook of the life course*, sous la dir. de J. T. Mortimer et M. J. Shanahan, 3-19. Boston, MA: Springer US.
- Fair, Frankie, Liselotte Raben, Helen Watson, Victoria Vivilaki, Maria van den Muijsenbergh, Hora Soltani. 2020. « Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. » *PLOS ONE* 15 (2). <https://doi.org/10.1371/journal> .
- Fassin, Didier. 2005. « Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrante. » *Educação* 28 (2): 201-226.
- Fassin, Didier. 2018. *La vie. Mode d'emploi critique*. Condé-sur-Noireau : Seuil.
- Ferrarese, Estelle. 2019. « Institution de la vulnérabilité, politique de la vulnérabilité. » *Raisons politiques* (4): 77-92.
- Ferrer, Ilyan, Amanda Grenier, Shari Brotman et Sharon Koehn. 2017. « Understanding the experiences of racialized older people through an intersectional life course perspective. » *J Aging Stud* 41: 10-17. doi.org/10.1016/j.jagin.g.2017.02.001.
- Fortin, Sylvie et Josiane Le Gall. 2007. « Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques. » *Enfances Familles Générations* 6. <http://journals.openedition.org/efg/7884> .
- Fortin, Sylvie et Josiane Le Gall. 2012. « La parentalité et les processus migratoires. » In *La naissance de la famille Accompagner les parents et les enfants em période périnatale*,

- sous la dir. de F. de Montigny, A. Devault et C. Gervais, 178-196. Montréal: Chenelière Éducation.
- Gagnon, Alexandre Couture, Yves Francis Odià et Filip Palda. 2014. « Politique d'immigration au Québec », dans *Les défis québécois: Conjonctures et transitions*, sous la dir. de Robert Bernier. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gasquet-Blanchard, Célia et Anne-Cécile Hoyez. 2020. « Les dimensions spatiales des relations familiales en migration: les enjeux autour de la grossesse en migration. » *Noréis* 4: 7-20.
- Gecas, Viktor. 2003. « Self-agency and the life course. » In *Handbook of the life course*, sous la dir. de Jeylan T. Mortimer et Michael J. Shanahan, 369-388. Boston, MA: Springer.
- George, Linda K. 2009. « Conceptualizing and measuring trajectories. » In *The craft of life course research*, sous la dir. de Glen H. Elder et Janet Z. Giele, 163-186. New York: Guilford Press.
- Gherghel, Ana et Marie-Christine Saint-Jacques. 2013. *La théorie du parcours de vie. Une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles*. Laval : Presses de l'Université Laval.
- Giele, Janet Z. 2009. « Life stories to understand diversity: Variations by class, race, and gender. » In *The craft of life course research*, sous la dir. de Glen H. Elder et Janet Z. Giele, 236-257. New York: Guilford Press.
- Gonin, Audrey, Sabrina Zennia, Paule Lespérance, Marie-Amélie St-Pierre et Marianne Rodriguez. 2022. « Accès aux soins de santé reproductive en contexte migratoire: Parcours de femmes immigrantes souhaitant exercer un contrôle sur leur fécondité au Québec. » *Enfances Familles Générations* 41.
- Guendelman, Silvya, Dorothy Thornton, Jeffrey Gould et Nap Hosang. 2006. « Mexican women in California: differentials in maternal morbidity between foreign and US-born populations. » *Paediatr Perinat Epidemiol* 20 (6): 471-481.
- Hamelin-Brabant, Louise, Francine de Montigny, Geneviève Roch, Marie-Hélène Deshaies, Ginette Mbourou-Azizah, Roxane Borgès Da Silva, Yvan Comeau et Claudia Fournier. 2015. « Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. » *Santé Publique* 27 (1): 27-37. doi: 10.3917/spub.151.0027.
- Highet, Nicole, Amanda L. Stevenson, Carol Purtell et Soledad Co. 2014. « Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. » *Women and Birth* 27 (3): 179-184. doi.org/10.1016/j.wombi.2014.05.003.
- Holman, Daniel et Alan Walker. 2021. « Understanding unequal ageing: towards a synthesis of intersectionality and life course analyses. » *Eur J Ageing* 18 (2): 239-255. doi: 10.1007/s10433-020-00582-7.
- Hyman, Ilene. 2020. « Sexe, genre et équité en matière de santé : les femmes migrantes. » In *Plateforme Canada-Union européenne sur l'intégration des femmes migrantes. Rapport sur les résultats*, sous la dir. de Maria V. Desiderio, 46 – 53. Bruxelles: Commission européenne, Portail européen sur l'intégration. <https://ec.europa.eu/migrant-integration/sites/default/files/2021-02/FR-Outcomepaper-IntegrationFemmesMigrantes.pdf#page=46> .
- Imbert, Geneviève. 2010. « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. » *Recherche en soins infirmiers* 102 (3) : 23-34. doi: 10.3917/rsi.102.0023.


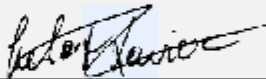
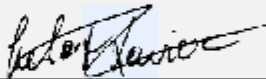
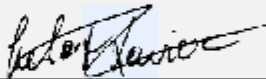
- Jones, Nancy L., Stephen E. Gilman, Tina L. Cheng, Stacey S. Drury, Carl V. Hill et Arline T. Geronimus. 2019. « Life Course Approaches to the Causes of Health Disparities. » *Am J Public Health* 109 (S1): S48-S55. doi: 10.2105/AJPH.2018.304738.
- Kulu, Hill et Nadja Milewski. 2007. « Family change and migration in the life course: An introduction. » *Demographic research* 17: 567-590.
- Kulu, Hill, Nadja Milewski, Tina Hannemann et Júlia Mikolai. 2019. « A decade of life-course research on fertility of immigrants and their descendants in Europe. » *Demographic Research* 40: 1345-1374.
- Larkin, Patricia, Cecily M. Begley et Declan Devane. 2009. « Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. » *Midwifery* 25: 49–59.
- Lee, Janelle B., Aynslye Hinds et Marcelo Urquia. 2020. « Variations provinciales des issues de la grossesse selon le pays de naissance de la mère, 2000 à 2016 ». *Statistiques Canada*. doi.org/10.25318/82-003-x202000400002-fra.
- Levesque, Jean-Frederic., Mark F. Harris et Grant Russell. 2013. « Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. » *Int J Equity Health* 12 (1).
- Lévesque, Sylvie, Véronique Bisson, Laurence Charton et Mylène Fernet. 2020. « Parenting and Relational Well-being During the Transition to Parenthood: Challenges for First-time Parents. » *Journal of Child and Family Studies* 29 (7): 1938-1956. doi: 10.1007/s10826-020-01727-z.
- Licoppe, Christian. 2004. « 'Connected' presence: the emergence of a new repertoire for managing social relationships in a changing communication technoscape. » *Environment and planning D: Society and space* 22 (1): 135-156.
- Miller, Tina. 2007. « "Is This What Motherhood is All About?": Weaving Experiences and Discourse through Transition to First-Time Motherhood. » *Gender & Society* 21 (3): 337-358. doi: 10.1177/0891243207300561.
- Montgomery, Catherine, Josiane Le Gall et Nadia Stoetzel. 2010. Cycle de vie et mobilisation des liens locaux et transnationaux: le cas des familles maghrébines au Québec. *Lien Social et Politiques* 64: 79-93.
- Moro, Marie Rose, Dominique Neuman et Isabelle Réal. 2008. *Maternités en exil : mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*. Grenoble : La Pensée Sauvage.
- MSS, Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. *Les 1000 premiers jours. Là où tout commence* ». Rapport de la Commission des 1000 jours. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf> .
- Nilsson, Lena, Tina Thorsell, Elisabeth Hertfelt Wahn et Anette Ekström. 2013. « Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. » *Nursing Research and Practice* 2013 (1). doi: 10.1155/2013/349124.
- Oris, Michel. 2017. « Vulnerability. A life course perspective. » *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale* 4: 6-17.
- OTP, Observatoire des tout-petits. 2019. *Accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et les tout-petits de familles migrantes*. <https://tout-petits.org/img/dossiers/migrant/Dossier-Acces-soins-migrants-complet.pdf>

- Perrier, Maud. 2013. « No Right Time: The Significance of Reproductive Timing for Younger and Older Mothers' Moralities. » *The Sociological Review* 61 (1): 69-87. doi: 10.1111/1467-954x.12005.
- Pruvost, Geneviève. 2010. « Récit de vie. » In *Les 100 mots de la sociologie*, sous la dir. de Serge Paugam, 38-39. Paris: Presses universitaires de France.
- Radjack, Rahmeth, Stéphane Hemmerter, Elie Azria et Marie Rose Moro. 2023. « Pertinence de l'approche transculturelle pour améliorer la relation de soins en période périnatale. » *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 51 (6): 342-347. doi: 10.1016/j.gofs.2023.04.007.
- Rallis, Sofia, Helen Skouteris, Marita McCabe et Jeannette Milgrom. 2014. « The transition to motherhood: Towards a broader understanding of perinatal distress. » *Women and Birth* 27 (1): 68-71. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.12.004> .
- RAMQ, Régie de l'Assurance Maladie du Québec. 2022. *Portrait des femmes enceintes sans couverture santé au Québec*. https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/Rapport_mandat_femmes_enceintes_2022-06-28.pdf .
- RAMQ. s.a. « Connaître les conditions d'admissibilité à l'assurance maladie ». *Régie de l'assurance maladie du Québec*. Consulté le 15 mai 2024. <https://ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/connaitre-conditions-admissibilite> .
- Ridde, Valéry, Joséphine Aho, Elhadji Malick Ndao, Magalie Benoit, Jill Hanley, Solène Lagrange, Amandine Fillol, Marie-France Raynault et Patrick Cloos. 2020. « Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada. » *Global Public Health* 15 (11): 1603-1616. doi: 10.1080/17441692.2020.1771396.
- Robertson, Shanthi. 2019. « Migrant, interrupted: The temporalities of 'staggered' migration from Asia to Australia. » *Current Sociology* 6 (2): 169–185. doi: <https://doi.org/10.1177/0011392118792920> .
- Schneider, Jacqueline. 2019. « Périnatalité et parcours de vie de femmes sud-asiatiques récemment immigrées à Montréal. » Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Schneider, Jacqueline. 2023. « Immigration, désirs d'enfant et projets familiaux: étude sur les parcours de vie de femmes sud-asiatiques récemment immigrées à Montréal. » *Enfances Familles Générations* 43.
- Seefat-van Teeffelen, Ans, Marianne Nieuwenhuijze et Irene Korstjens. 2011. « Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. » *Midwifery* 27: 122–127.
- Sharapova, Anna, Brenna Torche, Manuella Epiney et Betty Goguikian Ratcliff. 2021. « Dépression périnatale chez les femmes migrantes : le rôle du statut légal sur les difficultés éprouvées. » *L'Autre* 22 (1): 22-37. doi: 10.3917/laotr.064.0022.
- Sheth, Falguni, 2014. « Interstitiality: Making Space for Migration, Diaspora, and Racial Complexity». *Hypatia* 29 (1): 75–93.
- Statistique Canada. 2017a. *Statut d'immigrant. Dictionnaire, Recensement de la population, 2016*. Publié le 3 mai 2017, mise à jour le 25 octobre 2017. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/pop148-eng.cfm> .
- Statistique Canada. 2017b. *Aperçu de la diffusion et de ses concepts Recensement de la population de 2016 : Immigration et diversité ethnoculturelle*.

<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/98-501/98-501-x2016008-fra.cfm> .

- Statistique Canada. 2022. *Statut d'immigrant et période d'immigration selon le lieu de naissance et citoyenneté : Canada, provinces et territoires et régions métropolitaines de recensement y compris les parties*. <https://doi.org/10.25318/9810030201-fra> .
- Street, María C. et Benoît Laplante. 2014. « Pas plus élevée, mais après la migration ! Fécondité, immigration et calendrier de constitution de la famille. » *Cahiers québécois de démographie* 43 (1) : 35–68. doi.org/10.7202/1025490ar.
- Street, Maria. C. 2009. *La fécondité des femmes immigrantes (1980-2006) : Une comparaison entre le Québec et le Canada*. Montréal, Institut national de la recherche scientifique. Rapport de recherche du Centre UCS de l'INRS. <https://espace.inrs.ca/id/eprint/5032/1/fecondite.pdf>
- Tuey, C. et Bastien, N. 2023, « Résidents non permanents au Canada : un portrait d'une population croissante à partir du Recensement de 2021 ». Regards sur la société canadienne, produit no 75-006-X au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00006-fra.htm> .
- Vatz-Laaroussi, M. 2008. « Du Maghreb au Québec : accommodements et stratégies. » *Travail, genre et sociétés* 2: 47-65.
- Virole-Zajde, Louise. 2016. « Devenir mère, Devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France. » *Genre, sexualité & société* 16. <https://doi.org/10.4000/gss.3862> .
- Vogels-Broeke, Maaïke, Raymond de Vries et Marianne Nieuwenhuijze. 2020. « Dimensions in women's experience of the perinatal period. » *Midwifery* 83: 102602. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102602>.
- Walsh, James. 2014. « From nations of immigrants to states of transience: Temporary migration in Canada and Australia. » *International Sociology* 29 (6): 584-606. doi: 10.1177/0268580914538682.
- Wanlin, Philippe. 2007. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives* 3 (3) :243-272.

ANNEXE 1. CERTIFICAT ÉTHIQUE

						
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE						
<p>Le Comité d'éthique en recherche avec des êtres humains a examiné le projet de recherche identifié ci-dessous.</p>						
<p>Titre du projet : Devenir mère en tant que résidente temporaire au Québec</p>						
<p>Nom du chercheur principal (ou de l'étudiant) : Elisa Beatriz Ramírez Hernández</p>						
<p>Centre : INRS-UCS</p>						
<p>Noms des étudiants inscrits à l'INRS dont les mémoires et/ou thèses découleront du projet, le cas échéant :</p>						
<table border="1"><tr><td>Elisa Beatriz Ramírez Hernández</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Elisa Beatriz Ramírez Hernández					
Elisa Beatriz Ramírez Hernández						
<p>Nom du directeur de recherche, le cas échéant : Laurence Charton</p>						
<p>Nom du co-directeur de recherche, le cas échéant :</p>						
<p>Nom de l'organisme subventionnaire ou de commandite :</p>						
<p>Le Comité d'éthique en recherche avec des êtres humains atteste que la recherche proposée impliquant des êtres humains répond aux normes de l'INRS en matière d'éthique.</p>						
<p style="text-align: center;">Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au 2024-02-01</p>						
<table border="1"><tr><td style="text-align: center;"> _____ Signature du président</td><td style="text-align: center;"> 2023-02-02 _____ Date d'émission initiale du certificat</td></tr></table>	 _____ Signature du président	 2023-02-02 _____ Date d'émission initiale du certificat				
 _____ Signature du président	 2023-02-02 _____ Date d'émission initiale du certificat					
CER-22-700						

ANNEXE 2. GRILLE D'ENTRETIEN EN FRANÇAIS ET EN ESPAGNOL

Grille d'entretien individuel_Français

Avant d'amorcer l'entretien

- Vérifier avoir reçu par courriel le formulaire de consentement
- Présenter à nouveau au participant/e le cadre de la recherche et de l'entretien.
- Expliquer également à nouveau les modalités de l'entretien: la durée, l'enregistrement zoom et la prise de notes, la confidentialité et autres considérations éthiques (risques et gains encourus, ressources disponibles au cas où l'entretien soulèverait des questionnements, des préoccupations ou des inquiétudes);
- Relire le formulaire de consentement et répondre aux questions;
- Rappeler qu'à tout moment, le/a participant/e peut mettre fin à l'entretien ou suspendre l'enregistrement;

I. Information sur l'entretien

Entrevue numéro :

Lieu de l'entrevue :

Date et heure de l'entrevue :

Durée de l'entrevue :

Langue de l'entrevue :

Traductrice :

II. Questionnaire factuel

Age :

Niveau de scolarité :

Profession :

Emploi :

Relation maritale :

Pays, communauté et région d'origine :

Statut au Canada et type de permis (lister tout s'il y en eu plusieurs) et temps de chacun :

Quartier de résidence :

Revenu familial :

Connaissances linguistiques (anglais, français) :

Langues parlées à la maison :

Appartenance religieuse :

1. QUESTIONS CONCERNANT L'IMMIGRATION

1.1 Racontez-moi votre parcours migratoire. Pour quelles raisons vous êtes venu à Montréal, Canada ?

1.2 Comment s'est passée votre arrivée à Montréal ? Quels changements plus importants avez-vous vécu au cours de votre séjour ici ? (lois, situations migratoires, processus d'intégration, événements etc.)

1.3 Quelles difficultés (limites) et quels avantages (soutiens) sont liées à votre statut migratoire de résidente temporaire ? (accès services de santé et sociaux, droits, situation d'emploi, situation familial, logement, études, langue etc.)

-Qu'en pensez-vous sur votre situation migratoire en tant que résidente temporaire à Montréal ? Comment vous êtes-vous senti à chaque étape de ce parcours migratoire ? (arrivée, statuts, changements etc.)

2. QUESTIONS CONCERNANT LA TRANSITION À LA MATERNITÉ (GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, POST-PARTUM)

2.1 J'aimerais que vous me parliez de sur votre expérience d'être enceinte et devenir mère ici.

*Aborder les questions suivantes *

- Informations générales sur les deux partenaires : âge, situation conjugale, situation résidentielle; contexte au regard de l'emploi et du revenu (changements récents)
- Désir d'enfant préalable ? motivations (grossesse, rôle maternel, enfant, etc.)?

-influences extérieures (pairs, politiques familiales sur décision et moment) ?

-grossesse à l'initiative de qui ?

-discussions préalables avec partenaire? conflits sur le sujet ?

-difficultés pour devenir enceinte (durée entre désir et grossesse) ? utilisation d'application de fertilité ? aides médicales, etc.

- Nombre de grossesses viable ou non
- Relation entre le projet migratoire et la maternité (difficultés, opportunités, planification ou non, influences culturelles etc.)

2.2 A l'annonce de votre grossesse, qu'avez-vous ressenti (joie, peur, angoisse, etc.) ? pourquoi? Quelles ont été les réactions de votre entourage (partenaire, famille, ami.es, employeur etc.) ?

2.3 Comment avez-vous vécu votre grossesse ? (références culturelles du pays d'origine et d'établissement) Quels liens avec la situation migratoire ? (impacts sur l'emploi, études, famille, status etc.)

2.4 Comment s'est passé votre suivi médical ? Étiez-vous satisfaites ? Pourquoi ? (informations, accès aux, relation avec les médecins, préférences de sexe et révélation de sexe de bébé, noms et prénoms, etc.)

-Avez-vous contacté également des médecins de votre pays d'origine? Pourquoi ? (différences entre le système de suivi dans les deux pays etc.)

2.5 Avant votre grossesse, comment imaginiez-vous vivre votre grossesse ? Diriez-vous que votre grossesse s'est-elle déroulée comme vous l'aviez imaginé ? Pourquoi ? Quelles différences plus importantes y aurait-il eu si cela avait été dans votre pays d'origine? (shower, préparation pour recevoir le bébé etc.)

2.6 Selon vous, comment cette grossesse a été vécue par votre partenaire (le père de l'enfant) ?

2.7 Pourriez-vous me parler des personnes qui vous entourent pendant votre grossesse? Qui sont-ils? Comment participent-elles à votre expérience périnatale? (shower, famille élargie au pays d'origine et au Canada, réseaux de soutien etc.)

Accouchement et Postpartum

2.8 Comment s'est passé votre accouchement ? (rôles du personnel médical, etc.).

-Idéalement, où souhaitiez-vous avoir accouché ? (hôpital, maison de naissance, domicile, etc.)

-Est-ce que la naissance de votre enfant s'est produite à peu près au moment attendu? À l'endroit souhaité?

-Comment imaginiez-vous votre accouchement? (présence du partenaire, famille, ami.e.s etc.).

2.9 A la naissance de votre enfant, aviez-vous des inquiétudes pour votre enfant ? Pourquoi ?

- Comment s'est passé (se passe) les mois suivant la naissance de votre enfant ? (rôles entre les partenaires, relation conjugale, allaitement/biberon, relation avec entourage familial, congé parental, etc.) ?

-Comment se porte aujourd'hui votre enfant ?

2.10 Estimez-vous que le contexte sanitaire de la pandémie de la Covid-19 a eu un impact sur la manière dont vous avez vécu votre grossesse ? votre accouchement ? et les premiers mois de vie avec votre enfant ? Pourquoi ? (partenaire présent? port du masque ? interdiction des visites ? etc).

- Sinon...comment le contexte de la pandémie de la Covid-19 a affecté votre parcours migratoire ? (voyages propres ou de famille, travail-études, finances, documentation, changements des plans etc.)

2.11 Avez-vous contacté ou utilisé des ressources des institutions d'aide aux immigrant.e.s (et aux femmes) pendant votre expériences de maternité ? Pourquoi? Quels services? Comment décrivez-vous ces expériences? Ces services ont-ils répondu à vos attentes?

-Avez-vous des références d'autres femmes immigrantes qui vous ont servi pour orienter votre parcours de maternité à Montréal ?

2.12 Quelles réseaux socionumériques utilisez-vous pour vous renseigner sur l'expérience de la maternité ? Utilisez-vous d'autres sources d'information publique à cet égard ?

2.13 Comment envisagez-vous les prochains mois? (congé parental, autre enfant, emploi, famille etc.)

- Quels projets, objectifs, prochaines étapes à suivre sont liés à votre parcours migratoire ? (résidence permanente et citoyenneté, vivre dans une autre province du Canada ou pays, retour au pays d'origine, circularité, réunification familiale, etc.)

III. Pour terminer l'entretien

- Demander si la participante a quelque chose à ajouter;

- Demander comment elle s'est sentie durant l'entretien, si elle a trouvé les questions abordées pertinentes;

- Remercier la participante pour sa participation

Guía de entrevista individual_Español

Antes de comenzar la entrevista

- Comprobar que se ha recibido el formulario de consentimiento por correo electrónico
- presentar nuevamente a la participante el marco de la investigación y de la entrevista.
- Explicar nuevamente las modalidades de la entrevista: duración, grabación por zoom y toma de notas, confidencialidad y otras consideraciones éticas (riesgos y ganancias incurridos, recursos disponibles en caso de que la entrevista plantee preguntas, preocupaciones o inquietudes);
- Volver a leer el formulario de consentimiento y responder las preguntas;
- Recordar que, en cualquier momento, la participante puede finalizar la entrevista o suspender la grabación;

Información sobre la entrevista

- Entrevue numéro :
- Lieu de l'entrevue :
- Date et heure de l'entrevue :
- Durée de l'entrevue :
- Langue de l'entrevue :
- Traductrice :

Cuestionario factual

- Edad :
- Nivel educacional :
- Profesión :
- Trabajo :
- Relación matrimonial y tiempo de relación:
- País, comunidad y región de origen:
- Status en Canadá y tipo de permiso migratorio (enumere todas si hubiera varias):
- Barrio de residencia:
- Ingresos familiares:
- Conocimientos de idiomas (inglés, francés):
- Idiomas que se hablan en casa:
- Afiliación religiosa:

1. PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA INMIGRACIÓN

1.1. Cuénteme sobre **su proceso migratorio**. ¿Por qué vino a Montreal, Canadá?

1.2. ¿Cómo fue su **llegada a Montreal**? ¿Qué **cambios significativos** ha experimentado durante tu tiempo aquí? (leyes, situaciones migratorias, proceso de integración, eventos, etc.)

1.3. ¿Qué **desafíos (límites) y beneficios (apoyos)** tiene su **condición migratoria** de

residente temporal? (acceso a servicios sanitarios y sociales, derechos, situación laboral, situación familiar, vivienda, estudios, idioma, etc.)

- ¿Qué opina de **su situación migratoria como residente temporal** en Montreal? ¿**Cómo se ha sentido en cada etapa** de este viaje migratorio? (llegada, status, años, etc.)

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA TRANSICIÓN A LA MATERNIDAD (EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO)

2.1. Me gustaría que me cuente su experiencia de quedar embarazada y ser madre aquí.

Abordar las siguientes cuestiones

- Información general sobre la **pareja: edad, estado civil, situación residencial; contexto de empleo e ingresos** (cambios recientes).
- ¿**Deseo previo de tener un hijo? motivaciones** (embarazo, rol materno, hijo, etc.)?

-**influencias** externas (compañeros y amigos, políticas familiares sobre la decisión y el momento)?

-**embarazo por iniciativa de quién?**

-**discusiones preliminares** con la pareja? **conflictos** sobre el tema?

-**dificultades para quedar embarazada** (tiempo entre el deseo y el embarazo)? uso de la aplicación de fertilidad? ayudas médicas, etc.

•Número de **embarazos viables o no viables**

- Relación entre **el proyecto migratorio y la maternidad** (dificultades, oportunidades, planificado o no, influencias culturales, etc.)

2.2 **Cuando se anunció su embarazo, cómo se sintió** (alegría, miedo, ansiedad, etc.)? Por qué?

-¿Cuáles fueron las **reacciones de quienes le rodeaban** (pareja, familia, amigos, empleador, etc.)?

2.3 **¿Cómo ha vivido usted su embarazo?**(referencias culturales del país de origen y de asentamiento)

-¿Cuáles son los **vínculos con la situación migratoria?** (repercusiones en el empleo, los estudios, la familia, el estatus, etc.)

2.4 **¿Cómo fue su seguimiento médico?** ¿Quedó satisfecha? Por qué ?

(información, acceso, relación con los médicos, preferencias por el sexo del bebé y revelación del sexo del bebé, nombres y apellidos, etc.)

- ¿También se ha puesto en contacto con médicos de su país de origen? Por qué? (diferencias entre el sistema de los dos países, etc.)

2.5 **Antes de su embarazo, ¿cómo imaginaba** que sería su embarazo?

-Diría que su embarazo fue como **lo había imaginado?** Por qué ?

-Qué mayores **diferencias** habría habido si hubiera sido en su **país de origen?** (shower, preparación para el bebé, etc.)

2.6 En su opinión, ¿**cómo vivió este embarazo su pareja** (el padre del niño)?

2.7 Podría hablarme de **las personas que le rodearon durante su embarazo?**

-Quiénes son? Cómo contribuyen a su experiencia de maternidad?
(shower, familia extensa en el país de origen y en Canadá, redes de apoyo, etc.)

Parto y Postparto

2.8 ¿Cómo fue su parto? (rol del personal médico, etc.)

-Idealmente, **dónde le gustaría haber dado a luz?** (hospital, maternidad, hogar, etc.)

-El nacimiento de su hijo ocurrió alrededor del **tiempo esperado? En el lugar deseado?**

-**Cómo se imaginaba el parto (presencia de la pareja, familia, amigos, etc.).**

2.9 Cuando nació su hijo, tenía alguna **preocupación por su hijo?** Por qué?

- ¿Cómo fueron (son) **los meses siguientes al nacimiento** de su hijo?

(roles en la pareja... relación conyugal... lactancia/alimentación con biberón... relación con el círculo familiar... licencia parental... guardería, etc.)

- **¿Cómo está su hijo hoy?**

2.10 Cree que el contexto sanitario de **la pandemia de Covid-19** tuvo un impacto en la forma en que vivió su embarazo, el parto y los primeros meses de vida con su hijo? Por qué?
(pareja presente? con mascarilla? prohibición de visitas? etc.).

- Además... ¿Cómo ha afectado el contexto de **la pandemia del Covid-19 su proceso migratorio?**

(viajes propios o familiares, trabajo-estudio, finanzas, documentación, cambios de planes, etc.)

2.11 Usted entró en contacto o utilizó recursos de **instituciones que atienden a inmigrantes (y mujeres)** durante sus experiencias de maternidad? ¿Qué servicios? ¿Cómo describe estas experiencias? ¿Estos servicios cumplieron con sus expectativas?

- Tiene referencias de **otras mujeres inmigrantes que ayudaron** a guiar su viaje de maternidad en Montreal?

2.12 **Qué redes sociales digitales** utiliza para conocer la experiencia de la maternidad? Utiliza otras **fuentes de información pública** al respecto?

2.13 Cómo ve **los próximos meses?** (licencia parental, otro hijo, trabajo, familia, mudanza etc.)

- ¿Qué **proyectos, objetivos, próximos pasos a seguir** están vinculados a su plan migratorio? (residencia permanente y ciudadanía, vivir en otra provincia de Canadá o país, retorno al país de origen, circularidad, reunificación familiar, etc.)

IV Para terminar la entrevista

- Preguntar si tiene algo que añadir;

- Preguntar cómo se sintió durante la entrevista, si le parecieron relevantes los temas tratados;

- Agradecer a la participante su participación.