Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles !

Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale

Alex Battaglini, Sylvie Gravel
Laurence Boucheron, Michel Fournier
OCTOBRE 2000

En partenariat avec :
CLSC Bordeaux-Cartierville, CLSC Saint-Michel, CLSC Saint-Laurent, CLSC Parc Extension

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE

Garder notre monde en santé

II

Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles !

Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale

Alex Battaglini, Sylvie Gravel
Laurence Boucheron, Michel Fournier
OCTOBRE 2000

En partenariat avec :
CLSC Bordeaux-Cartierville, CLSC Saint-Michel,
CLSC Saint-Laurent, CLSC Parc Extension

Une réalisation de l'unité Écologie humaine et sociale, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mandataire, grâce aux subventions du Centre d'excellence pour la santé des femmes de l'Université de Montréal et du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration.

Équipe de recherche

Chercheur principal	Alex Battaglini[1]
Cochercheurs	Sylvie Gravel[1] Jean-Marc Brodeur[2,3] Suzanne De Blois[1] Carole Poulin[1] Danielle Durand[1] Bernard Heneman[1]
Agents de recherche	Michel Fournier[1] Marie-Josée Gagné[1]
Stagiaire	Laurence Boucheron[3]
Collaborateurs	Lise Boulais[4] Liette Duval[5] Ginette Perron[6] Sylvie Guibert[7]

1. Direction de la santé publique de Montréal-Centre
2. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal
3. Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal
4. CLSC Parc Extension
5. CLSC Bordeaux-Cartierville
6. CLSC Saint-Michel
7. CLSC Saint-Laurent

L'illustration en page couverture est une œuvre de Marc Mongeau.

Dans ce texte, les genres féminin et masculin sont utilisés sans discrimination.

© Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2000)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 4e trimestre 2000
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec

ISBN : 2-89494-249-4

MOT DU DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Depuis déjà plusieurs années, les mères d'immigration récente participent considérablement au renouvellement de la population montréalaise. En fait, la proportion des naissances de mères nées à l'extérieur du Canada est aujourd'hui, dans plusieurs territoires de Montréal, supérieure à celle de mères nées au Canada. Pourtant, on connaît encore mal la réalité que vivent ces mères et leur famille, leur façon d'aborder presque simultanément les expériences de l'immigration et de la maternité. Certes, ces femmes vivent un ensemble de difficultés qui s'apparentent à celles des mères jugées vulnérables en période périnatale, mais lorsqu'on s'attarde à la particularité de leur parcours de vie, il est permis de croire que la source de plusieurs de ces difficultés s'enracine dans leur expérience de la migration.

Comment leur expérience prémigratoire influence-t-elle leur potentiel d'intégration ? Comment leur intégration affecte-t-elle leur maternité et plus tard leur rôle de mère ? Y a-t-il une association entre leur vulnérabilité en période périnatale et leur expérience migratoire ? Cette étude aborde ces questions en tenant compte de la perspective des mères immigrantes elles-mêmes et de celle des intervenantes. Ce double angle de vue permet de proposer un ensemble de connaissances particulièrement utiles aux équipes de périnatalité dans le contexte actuel de reconfiguration du réseau montréalais des services de santé et des services sociaux.

Les résultats de cette étude, par ses analyses et ses descriptions, soulignent également l'importance d'inscrire la migration comme déterminant de la santé. Aussi, le lecteur y trouvera un éventail d'éléments susceptibles d'accroître sa compréhension de l'expérience migratoire.

Richard Lessard, M.D.

REMERCIEMENTS

Dans un premier temps, soulignons que cette étude a été rendue possible grâce à des subventions du Centre d'excellence pour la santé des femmes de l'Université de Montréal (CÉSAF) et du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI).

*Dans un second temps, nous tenons à remercier les personnes et les institutions sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée. Nous pensons tout particulièrement aux CLSC Bordeaux-Cartierville (Danielle Turcot, Michel Lemieux et Liette Duval), Saint-Michel (Ginette Perron et Hélène Bélair), Saint-Laurent (Danielle McAnn, Pierre Gaudreau, Sylvie Guibert) et Parc Extension (Lise Boulais). Plusieurs organismes communautaires ont également permis la réalisation de cette étude, dont La maison des parents (Marilena Huluban), Concertation Femmes (Maysoun Faouri), Fondation de la visite (Louise Garnier), CARI St-Laurent (Natasha Normand), CLAM Parc Extension (*Gabriella Arcos, *Lise Gagnon) et le projet 1,2,3 Go! de St-Michel (Maritza Alvarez).*

Nos remerciements vont également à Marie-Claire Laurendeau pour son appui et ses judicieux conseils, à Richard Goudreau, Martine Comeau et Brigitte Simard pour leur soutien technique, à Chantale Larocque pour la saisie des données, à Annick Landreville pour la traduction, à Sylvie Desjardins pour le travail de secrétariat, à Lucie Marin pour la retranscription des entrevues et, finalement, à Monique Messier pour son minutieux travail de révision des textes. Nous tenons également à souligner l'excellent travail des intervieweuses Saliha Benkacen, Annie Bronsard, Chantal Lefebvre et Suzanna Valdivia.

Pour finir, nos remerciements vont à toutes les mères qui ont accepté de participer à cette étude et qui ont eu la patience d'aller au bout des entretiens, en espérant que les résultats sauront améliorer leur situation et celle des personnes vivant une situation similaire.

Table des matières

Introduction **1**

Chapitre 1 : *Vulnérabilité des mères immigrantes en période périnatale*

1.1 PROBLÉMATIQUE 3
1.2 FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ PROPRES AUX FEMMES IMMIGRANTES EN PÉRIODE PÉRINATALE 4
1.3. CADRE CONCEPTUEL ADOPTÉ 7
1.3.1 Circonstances migratoires et conditions parentales 7
1.4 SERVICES DE PÉRINATALITÉ EN CLSC ET POPULATION DES TERRITOIRES DE CLSC 10
1.5 OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'ÉTUDE 15
1.6 PROCÉDURE DE RECHERCHE 16

VOLET 1 : ÉTUDE EXPLORATOIRE AUPRÈS DES MÈRES IMMIGRANTES
Chapitre 2 : *Objectifs, démarche méthodologique et analyse*

2.1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE EXPLORATOIRE AUPRÈS DES MÈRES IMMIGRANTES 21
2.2 IMMIGRATION ET CULTURE, PERSPECTIVE ADOPTÉE PAR CETTE ÉTUDE 21
2.3 DÉMARCHE 23
2.3.1 Population à l'étude 23
2.3.2 Procédure de collecte des données 24
2.3.3 Résultat du recrutement 24
2.3.4 Déroulement des entrevues auprès des mères 25
2.3.5 Le canevas d'entrevue auprès des mères 26
2.3.6 Variables à l'étude 29
A) Circonstances migratoires 29
B) Conditions parentales 30
C) Conceptions parentales 30
D) Perspective des répondantes sur les changements vécus 31
2.4 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES 32
2.4.1 Analyse des correspondances multiples 32
2.5 LIMITES DE L'ÉTUDE AUPRÈS DE MÈRES 37

Chapitre 3 : *Analyses des circonstances migratoires*

3 CIRCONSTANCES MIGRATOIRES 39
3.1 Caractéristiques sociales et culturelles 39
3.1.1 Profil culturel et social 43
3.2 Trajectoires migratoires 46
3.2.1 Profils des trajectoires migratoires 51
3.3 Circonstances post-migratoires 54
3.3.1 Caractéristiques socio-économiques 54
3.3.2 Conditions de logement 58
3.3.3 Principales difficultés rencontrées en arrivant au Québec 59
3.3.4 Immigrer : gains ou pertes ? 63
3.4 Conclusion : trajectoires migratoires 68

Chapitre 4 : *Analyses des conditions parentales selon les circonstances migratoires*

4.1 CONDITIONS PARENTALES 71
4.1.1 État émotif 71
4.1.2 À quoi est attribuable leur état émotionnel selon les répondantes 74
4.1.3 Correspondance entre l'état émotif et les circonstances migratoires 76
4.2 RÉSEAUX ET SOUTIEN SOCIAL 79
4.2.1 Réseaux familial et social 80
4.2.2 Réseaux de soutien 83
4.2.3 Perception des répondantes quant aux réseaux de soutien 86
4.2.4 Correspondances entre les réseaux familial, social et de soutien, et les circonstances migratoires 89
4.3 IMPLICATION PATERNELLE *92*
4.3.1 Correspondances entre circonstances migratoires et implication paternelle 95
4.4 UTILISATION ET PERCEPTION DES SERVICES DE SANTÉ *97*
4.4.1 Correspondances entre les circonstances migratoires et l'utilisation des services... 102
4. 5 ÉTAT DE SANTÉ DES RÉPONDANTES ET DES ENFANTS *104*
4.5.1 Correspondances entre les circonstances migratoires et l'état de santé des mères et de leur bébé 106
4.6 HABITUDES DE VIE DURANT LA PÉRIODE PÉRINATALE ET CONCEPTIONS PARENTALES *108*
4.6.1 Correspondances entre habitudes de vie et circonstances migratoires 111
4.7 Conception parentale 113
4.8 CONCLUSION : TYPOLOGIE SELON LA VULNÉRABILITÉ DES MÈRES 119

VOLET 2 : ÉTUDE EXPLORATOIRE AUPRÈS DES INTERVENANTES

Chapitre 5 : *Procédure de recherche pour l'étude auprès des intervenantes*

5.1 BUT ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'ÉTUDE AUPRÈS DES INTERVENANTES 131
5.2 PROCÉDURES DE LA RECHERCHE 131
5.2.1 Groupe à l'étude et regroupement des participantes 132
5.2.2 Procédure de collecte de données 132
5.2.3 Construction des cas 133
5.2.4 Animation 133
5.2.5 Traitement des données 134
5.2.6 Déroulement des groupes de discussion 135
5.2.7 Dynamique des groupes 136
5.2.8 Outils de collecte des données 136
5.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTES 137
5.4 LIMITES DE L'ÉTUDE 138

Chapitre 6 : *Processus décisionnel pour la sélection des mères vulnérables*

6.1 PREMIER CAS : SOUTIEN COMMUNAUTAIRE À LA PÉRIODE PÉRINATALE 140
6.1.1 Éléments de discussion 141
A) Premier élément : la relation de couple 141
B) Deuxième élément : la communication 142
C) Troisième élément : les difficultés économiques 143
D) Quatrième élément : l'état physique de la femme 144
E) Cinquième élément : le contexte migratoire 145
F) Sixième élément : le réseau social 146
6.1.2 Intervention 147
6.2 DEUXIÈME CAS : RÉFÉRENCE TÉLÉPHONIQUE DE L'HÔPITAL POUR UNE VISITE À DOMICILE…...149

6.2.1 Éléments de débat 150
A) Premier élément : le traumatisme prémigratoire 150
B) Deuxième élément : l'attachement mère-enfant 151
C) Troisième élément : l'isolement 152
D) Quatrième élément : l'état émotionnel 153
6.2.2 Intervention 154
6.3 TROISIÈME CAS : VISITE DE ROUTINE DANS UN QUARTIER DÉFAVORISÉ 156
6.3.1 Éléments de débat 157
A) Premier élément : l'endettement 157
B) Deuxième élément : la santé de la femme et du nourrisson 158
C) Troisième élément : le soutien conjugal et le réseau 159
D) Quatrième élément : l'organisation familiale 160
6.3.24 Intervention 161
6.4 PRIORITÉ DES CAS 162
6.5 Discussion des résultats 164
6.5.1 Facteurs associés aux circonstances migratoires 168
6.6 CONCLUSION 174

Chapitre 7 : *Perspectives sur la vulnérabilité et recommandations*

7. PERSPECTIVES DES MÈRES ET DES INTERVENANTES 177
7.1 RECOMMANDATIONS 183
A) Reconnaissance des circonstances migratoires 183
B) Planification et programmation 185
C) Formation 186
D) Politique 187
7.2 CONCLUSION 188

BIBLIOGRAPHIE 191

ANNEXE 1 : TABLEAUX ET FIGURES COMPLÉMENTAIRES 195
Annexe 2 : Catégorisation hiérarchique : représentativité proportionnelle de chaque facteur par catégorie 207
ANNEXE 3 : OUTILS DE CUEILLETTE DES DONNÉES 215

Liste des tableaux

Chapitre 1

TABLEAU 1 : PROPORTIONS DE LA POPULATION IMMIGRANTE DANS LES QUATRE TERRITOIRES DE CLSC PARTICIPANT À L'ÉTUDE, 1996 11

Chapitre 2

TABLEAU 1 : RECRUTEMENT SELON LES TERRITOIRES DE CLSC 25
TABLEAU 2 : Recrutement selon certaines caractéristiques des participantes……..……25

Chapitre 3

TABLEAU 1 : CONNAISSANCE DU FRANÇAIS ET DE L'ANGLAIS 39
TABLEAU 2 : PLUS HAUT NIVEAU DE SCOLARITÉ 40
TABLEAU 3 : RAISONS DE DÉPART MENTIONNÉES PAR LES RÉPONDANTES 45
TABLEAU 4 : ÉVÉNEMENTS PRÉMIGRATOIRES MARQUANTS 46
TABLEAU 5 : CATÉGORIES D'ADMISSION DES RÉPONDANTES 46
TABLEAU 6 : SÉPARATION DURANT LA MIGRATION : CONJOINT 50
TABLEAU 7 : SÉPARATION DURANT LA MIGRATION : ENFANT 50
TABLEAU 8 : ACCUEIL AU MOMENT DE L'ARRIVÉE 48
TABLEAU 9 : INQUIÉTUDES MENTIONNÉES PAR LES RÉPONDANTES 49
TABLEAU 10 : REVENU FAMILIAL DE LA DERNIÈRE ANNÉE 53
TABLEAU 11 : SOURCE DE REVENU (RÉPONDANTE) 55
TABLEAU 12 : SOURCE DE REVENU (CONJOINT) 55
TABLEAU 13 : PRINCIPALE OCCUPATION ACTUELLE ET AVANT D'ÉMIGRER (RÉPONDANTES) 54
TABLEAU 14 : EMPLOI CORRESPONDANT AUX QUALIFICATIONS 55
TABLEAU 15 : DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DEPUIS L'ARRIVÉE AU QUÉBEC 58
TABLEAU 16 : RESPONSABILITÉS ENVERS LA FAMILLE DEMEURÉE AU PAYS 59
TABLEAU 17 : PERCEPTION DES RÉPONDANTES QUANT AUX CHANGEMENTS ENCOURUS DEPUIS LEUR ARRIVÉE AU QUÉBEC 63
TABLEAU 18 : GAINS ET PERTES ASSOCIÉS À LA VIE AU QUÉBEC 64
TABLEAU 19 : PRINCIPAUX PROBLÈMES QUE RENCONTRENT LES FEMMES IMMIGRANTES AU QUÉBEC D'APRÈS LES RÉPONDANTES 65
TABLEAU 20 : CONDITIONS SUSCEPTIBLES DE NUIRE AU RÔLE PARENTAL D'APRÈS LES RÉPONDANTES 66

Chapitre 4

TABLEAU 1 : CAUSES ATTRIBUÉES À LEUR ÉTAT ÉMOTIF PAR LES RÉPONDANTES 75
TABLEAU 2 : FAMILLE IMMÉDIATE (TAILLE) 80
TABLEAU 3 : FAMILLE ÉLOIGNÉE (TAILLE) 80
TABLEAU 4 : RÉSEAU FÉMININ (TAILLE) 82
TABLEAU 5 : RÉSEAU MASCULIN (TAILLE) 82
TABLEAU 6 : RÉSEAU DE SOUTIEN 83
TABLEAU 7 : SOURCE DU SOUTIEN INSTRUMENTAL 84
TABLEAU 8 : SOUTIEN INSTRUMENTAL, PÉRIODE PÉRINATALE 84
TABLEAU 9 : SOUTIEN MATÉRIEL, PÉRIODE PÉRINATALE 84
TABLEAU 10 : SOURCE DU SOUTIEN MATÉRIEL 84
TABLEAU 11 : SOURCE DU SOUTIEN MORAL 85
TABLEAU 12 : SOUTIEN MORAL, PÉRIODE PÉRINATALE 85
TABLEAU 13 : SOURCE DU SOUTIEN INFORMATIF 86
TABLEAU 14 : SOUTIEN INFORMATIF, PÉRIODE PÉRINATALE 86
TABLEAU 15 : RÉSEAU SOCIAL ASSEZ IMPORTANT (PERCEPTION) 86
TABLEAU 16 : SOUTIEN LE PLUS IMPORTANT 86
TABLEAU 17 : PERCEPTION DES RÉSEAUX DE SOUTIEN 87
TABLEAU 18 : LE SOUTIEN DURANT LA PÉRIODE PÉRINATALE : LES DIFFÉRENCES ENTRE LE QUÉBEC ET LE PAYS D'ORIGINE 88

TABLEAU 19 : L'IMPLICATION DE VOTRE CONJOINT EST-ELLE SUFFISANTE ? 92
TABLEAU 20 : DÉSIREZ-VOUS QUE VOTRE CONJOINT S'IMPLIQUE PLUS ? 92
TABLEAU 21 : SON IMPLICATION AURAIT-ELLE ÉTÉ DIFFÉRENTE AU PAYS D'ORIGINE 93
TABLEAU 22 : EN QUOI L'IMPLICATION DE VOTRE CONJOINT AURAIT ÉTÉ DIFFÉRENTE AU PAYS D'ORIGINE ? ... 94
TABLEAU 23 : POUVEZ-VOUS VOUS CONFIER À VOTRE CONJOINT ?..... 94
TABLEAU 24 : COMMENTAIRES SUR LE SOUTIEN MORAL PAR LE CONJOINT 95
TABLEAU 25 : PERCEPTION DES SERVICES HOSPITALIERS..... 97
TABLEAU 26 : APPRÉCIATION DES SOINS REÇUS LORS DE L'ACCOUCHEMENT 98
TABLEAU 27 : PERCEPTION DES RÉPONDANTES AYANT RESSENTI DE L'IRRESPECT 98
TABLEAU 28 : COMPARAISON ENTRE SOINS REÇUS ICI ET DANS LE PAYS D'ORIGINE LORS D'ACCOUCHEMENTS 99
TABLEAU 29 : COMPARAISON DU SERVICE DE SANTÉ..... 99
TABLEAU 30 : NOMBRE D'ACTIVITÉS PAR RÉPONDANTE 100
TABLEAU 31 : MÈRES RÉFÉRÉES PAR UN PROFESSIONNEL SELON LE TYPE D'ACTIVITÉ 101
TABLEAU 32 : CE QUE LES ACTIVITÉS ONT APPORTÉ 102
TABLEAU 33 : CHANGEMENT DE L'ÉTAT DE SANTÉ : RAISONS INVOQUÉES PAR LES RÉPONDANTES 105
TABLEAU 34 : SEMAINES DE GROSSESSE..... 105
TABLEAU 35 : POIDS DES BÉBÉS..... 105
TABLEAU 36 : PRÉFÉRENCE POUR L'ALLAITEMENT DU BÉBÉ 108
TABLEAU 37 : ALLAITEMENT PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS 108
TABLEAU 38 : SOURCE ET DURÉE DE L'ALLAITEMENT AURAIENT ÉTÉ DIFFÉRENTES AU PAYS D'ORIGINE..... 109
TABLEAU 39 : PRINCIPALES RAISONS INVOQUÉES POUR EXPLIQUER LE CHOIX DU BIBERON..... 110
TABLEAU 40 : HABITUDES PENDANT LA PÉRIODE PÉRINATALE 110
TABLEAU 41 : QU'EST-CE QUI EST LE PLUS IMPORTANT POUR LE DÉVELOPPEMENT DU BÉBÉ..... 114
TABLEAU 42 : PRINCIPAUX SIGNES PERMETTANT DE DIRE QUE LE BÉBÉ SE PORTE BIEN..... 115
TABLEAU 43 : CE QUI DÉRANGE DANS LA FAÇON D'ÉLEVER LES ENFANTS AU QUÉBEC..... 116
TABLEAU 44 : CE QUI PLAÎT DANS LA FAÇON D'ÉLEVER LES ENFANTS AU QUÉBEC..... 117
TABLEAU 45 : ÉLEVER LEUR ENFANT AU QUÉBEC : GAINS ET PERTES..... 118
TABLEAU 46 : SYNTÈSE DES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ SELON TROIS CATÉGORIES 125

Chapitre 6

TABLEAU 1 : Synthèse des facteurs de vulnérabilité identifiés par les intervenantes (cas 1) 141
TABLEAU 2 : Synthèse des facteurs de vulnérabilité identifiés par les intervenantes (cas 2).....150
TABLEAU 3 : Synthèse des facteurs de vulnérabilité identifiés par les intervenantes (cas 3).....157
TABLEAU 4 : PRIORITÉ DE CAS : UN CAS SUR TROIS (CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION) 163
TABLEAU 5 : Les principales circonstances migratoires mentionnées par les intervenantes 174

Liste des figures

Chapitre 2

FIGURE 1 : RÉPONDANTES REPRÉSENTÉES DANS L'ESPACE MULTIDIMENSIONNEL 33
FIGURE 2 : POINTS-SUJETS (91 RÉPONDANTES) DANS L'ESPACE DES VARIABLES 34
FIGURE 3 : RÉPONDANTES ET VARIABLES REPRÉSENTÉES DANS UN ESPACE BIDIMENSIONNEL 34
FIGURE 4 : HISTOGRAMME DES VALEURS PROPRES 35

Chapitre 3

FIGURE 1 : RÉGIONS DE NAISSANCE 38
FIGURE 2 : ÂGE DES RÉPONDANTES SELON LA PARITÉ 39
FIGURE 3 : CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES MÈRES SELON LE PAYS DE NAISSANCE, L'ÂGE, LA STRUCTURE FAMILIALE, LA PARITÉ ET LA SCOLARITÉ 44
FIGURE 4 : CONNAISSANCE DU FRANÇAIS ET DE L'ANGLAIS SELON LA PARITÉ 45
FIGURE 5 : TRAJECTOIRES MIGRATOIRES DES RÉPONDANTES SELON LA CATÉGORIE D'ADMISSION, LA SÉPARATION FAMILIALE (ENFANT ET CONJOINT) ET L'ACCUEIL AU QUÉBEC 52
FIGURE 6 : TRAJECTOIRES MIGRATOIRES DES RÉPONDANTES SELON LA CATÉGORIE D'ADMISSION, L'EXPÉRIENCE DE RÉPRESSION, LES CRAINTES ET L'ÉMIGRATION VOLONTAIRE OU NON 53
FIGURE 7 : REVENU, SOURCES DE REVENU ET DÉQUALIFICATION SELON LE STATUT ET LA PARITÉ 57
FIGURE 8 : COHABITATION ET SATISFACTION DU LOGEMENT 59
FIGURE 9 : DIFFICULTÉS RENCONTRÉES SELON LA PARITÉ ET LA CATÉGORIE D'ADMISSION 62
FIGURE 10 : PERCEPTION DE LA SITUATION DE VIE ET DES CONDITIONS POUVANT NUIRE AU RÔLE PARENTAL SELON LA PARITÉ ET LA MIGRATION 67
FIGURE 11 : SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX FACTEURS SELON LES TRAJECTOIRES MIGRATOIRES 69

Chapitre 4

FIGURE 1 : SENTIMENT DE SOLITUDE ET DE TRISTESSE 72
FIGURE 2 : SENTIMENT D'IMPUISSANCE 72
FIGURE 3 : SIGNES ANXIOGÈNES 73
FIGURE 4 : ESTIME DE SOI 73
FIGURE 5 : SIGNES SOMATIQUES 74
FIGURE 6 : SCORE SUR L'ÉCHELLE ÉMOTIVE SELON LA PARITÉ, LA CATÉGORIE D'ADMISSION ET UNE ÉMIGRATION INVOLONTAIRE 77
FIGURE 7 : L'ÉCHELLE ÉMOTIVE PAR ITEM (MODALITÉ = TRÈS SOUVENT) SELON LA PARITÉ, LE STATUT ET LE REVENU 78
FIGURE 8 : TAILLE DES RÉSEAUX SOCIAL ET FAMILIAL 79
FIGURE 9 : LIEU DE RÉSIDENCE 81
FIGURE 10 : DEGRÉ DE FRÉQUENTATION (FAMILLE) 81
FIGURE 11 : COMPOSITION DU RÉSEAU SOCIAL 81
FIGURE 12 : DEGRÉ DE FRÉQUENTATION (RÉSEAUX SOCIAUX) 82
FIGURE 13 : PARITÉ, RÉSEAUX FAMILIAUX ET TRAJETS MIGRATOIRES 89
FIGURE 14 : CORRESPONDANCES : RÉSEAUX SOCIAUX/FAMILIAUX ET CIRCONSTANCES MIGRATOIRES 90
FIGURE 15 : CORRESPONDANCES : PERCEPTIONS DES RÉSEAUX ET TYPES DE SOUTIEN 91
FIGURE 16 : CIRCONSTANCES MIGRATOIRES ET IMPLICATION PATERNELLE (GAINS, PERTES, MONOPARENTALITÉ, SOUTIEN MORAL) 96
FIGURE 17 : PERCEPTIONS DE GAINS VIS-À-VIS DE L'ACCOUCHEMENT DES SERVICES DE SANTÉ SELON LE STATUT, LA PARITÉ ET LA CONSULTATION D'UN MÉDECIN DE MÊME ORIGINE 102
FIGURE 18 : CIRCONSTANCES MIGRATOIRES ET UTILISATION DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ 103
FIGURE 19 : CATÉGORIES D'ADMISSION ET PARITÉ SELON LE POIDS DU BÉBÉ ET SEMAINES DE GROSSESSE . 107
FIGURE 20 : CATÉGORIES D'ADMISSION, ÉMIGRATION INVOLONTAIRE ET PARITÉ SELON L'ÉTAT DE SANTÉ ET PROBLÈMES DE SANTÉ DURANT LA GROSSESSE 107
FIGURE 21 : CORRESPONDANCES ENTRE TYPES D'ALLAITEMENT ET FACTEURS ASSOCIÉS AUX CIRCONSTANCES MIGRATOIRES 112

FIGURE 22 : CORRESPONDANCES ENTRE CERTAINES HABITUDES DE VIE ET FACTEURS ASSOCIÉS AUX CIRCONSTANCES MIGRATOIRES 113
FIGURE 23 : CATÉGORISATION HIÉRARCHIQUE DES RÉPONDANTES (PARAGONS) 121

Chapitre 6

FIGURE 1 : MODÉLISATION DU PROCESSUS DÉCISIONNEL 167

INTRODUCTION

Cette étude fait suite à une demande de quatre CLSC de Montréal dont une proportion importante de la clientèle est multiethnique, soit les CLSC Bordeaux-Cartierville, Parc Extension, Saint-Laurent et Saint-Michel. Ceux-ci ont constaté qu'il existe des lacunes dans le cadre des programmes de périnatalité pour identifier les femmes immigrantes vulnérables, c'est-à-dire ayant des difficultés sur les plans économique, social et psychologique. En fait, aucun outil adapté ne permet actuellement de soutenir le processus décisionnel des intervenantes afin d'identifier les mères immigrantes vulnérables, alors que celles-ci participent considérablement au renouvellement de la population montréalaise avec 30 % des naissances (DSP, 1996). Plus précisément, sur les territoires des CLSC partenaires, la proportion des naissances de mères nées à l'extérieur du Canada était, de 1989 à 1993, de 80,8 % à Parc Extension, de 61,3 % à Saint-Laurent, de 60,1 % à Bordeaux-Cartierville et de 51,1 % à Saint-Michel (DSP, 1996).

Plusieurs études, dont celle de Pépin (1990), ont démontré que les cours prénatals, implantés depuis les années 70, ne rejoignaient pas toujours les femmes les plus vulnérables. Ces difficultés ont donné naissance à de nouvelles interventions dans les CLSC, soit des programmes de prévention périnatale plus globaux. Ces programmes offrent aux mères vulnérables des visites à domicile et accordent un soutien intense, continu et personnalisé pour répondre à des besoins physiques, psychologiques, sociaux et matériels. Ils ont entre autres buts de prévenir la prématurité, l'insuffisance de poids à la naissance, les difficultés liées à l'attachement mère-enfant, l'abus et la négligence. Mais il semblerait que de nouvelles difficultés interfèrent dans l'organisation et la distribution de ces services : la diversité croissante des origines ethniques, des références culturelles et des expériences migratoires. En effet, les critères usuels (socio-économiques et psychologiques) permettant d'identifier les populations les plus vulnérables ne tiennent pas compte, ou peu, de la réalité migratoire. Il en résulte un problème d'accessibilité aux programmes pré et postnatals qui peut mener à des inégalités en matière de santé pour les femmes immigrantes, car ces critères ne permettent pas de discriminer adéquatement les mères ayant besoin d'un tel service. Par ailleurs, les circonstances migratoires peuvent entraîner des conséquences distinctes pour la santé des femmes et de leur enfant. La prise en compte de ces conséquences distinctes permettrait de réorienter les efforts de prévention, donc d'influencer certains aspects de l'organisation des services.

Afin de remédier à ces difficultés et à leurs conséquences, cette étude exploratoire propose de cerner des critères permettant d'identifier les mères vulnérables pour les suivis périnatals en fonction des circonstances migratoires et des différences culturelles. L'atteinte de cet objectif est toutefois conditionnelle à l'acquisition de nouvelles connaissances concernant la relation entre les circonstances migratoires et les conditions parentales en période périnatale. Pour ce faire, ce projet propose deux volets d'étude, un premier auprès de mères immigrantes récentes (moins de 5 ans) par le biais

d’entrevues individuelles en profondeur et, un second, auprès d’intervenantes en périnatalité en groupes de discussion. Ces deux volets ont bien sûr un seul et même objectif, soit d’identifier les circonstances migratoires susceptibles de vulnérabiliser les mères immigrantes et leur famille en période périnatale. Cependant, le premier de ces deux volets met l’accent sur la perspective des mères immigrantes sur leur propre situation, alors que le second volet permet de décrire le processus décisionnel des intervenantes visant à cibler et sélectionner les mères vulnérables, en considérant les critères implicites et explicites de ce processus. La comparaison de ces deux volets donnera lieu, ensuite, à la formulation de recommandations ayant trait aux facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes et à leur famille.

Chapitre 1

Vulnérabilité des mères immigrantes en période périnatale

1.1 Problématique

La naissance d'un enfant apporte dans chaque famille son lot de modifications significatives sur les plans affectif, social et économique. Il s'agit d'une transition exigeant une adaptation importante et qui souvent est associée à une plus grande vulnérabilité. Cette vulnérabilité peut être exacerbée par des circonstances particulières, dont celles découlant de l'expérience migratoire, c'est-à-dire du fait de vivre dans un nouvel environnement social, culturel et institutionnel combiné à l'absence partielle ou totale des réseaux de soutien.

La période périnatale englobe la grossesse, l'accouchement et la période d'allaitement, et correspond à la globalité de l'expérience vécue par les femmes enceintes, les pères et les bébés. Cette expérience correspond à la période dite d'intervention périnatale et de programmes de prévention s'étalant sur une période d'environ 18 mois. Il s'agit d'un moment privilégié pour prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux : nouveau-né de faible poids, retards de développement, abus et négligence, violence conjugale et familiale. En outre, il s'agit d'une période clé pour promouvoir l'adoption de « saines » habitudes de vie.

Actuellement, le processus décisionnel des intervenantes pour identifier les mères vulnérables en période périnatale est orienté par différentes grilles d'analyse, ou outils de dépistage. Ces outils sont essentiellement composés de critères qui ne tiennent compte ni des circonstances migratoires, ni des différences culturelles, d'où de nombreuses difficultés pour identifier les clientèles vulnérables sur des territoires où la population est pluriethnique ou d'immigration récente. Ces critères de sélection ont été élaborés pour une population homogène sur les plans ethnique et culturel et privilégient des indicateurs reliés aux habitudes de vie (consommation de tabac, d'alcool et de drogues), aux conditions socio-économiques (isolement, scolarité, revenu, emploi, logement, monoparentalité) et psychosociales (réseau de soutien, contexte familial). Ils permettent d'orienter les efforts de prévention en fonction de la prématurité, de l'insuffisance de poids à la naissance et de l'attachement mère-enfant (relié à l'abus et à la négligence), soit les principaux problèmes appréhendés en santé communautaire en raison de leurs effets à long terme sur le développement physique et psychologique de l'enfant. Or, les facteurs associés à l'ethnicité ainsi que les circonstances migratoires modifient et perturbent considérablement ces profils économique et psychosocial, et permettent de penser à des conséquences distinctes sur la santé des mères immigrantes et de leur enfant. De plus, les différences culturelles, liées aux conceptions parentales par exemple, peuvent fausser les interprétations sur la vulnérabilité des mères immigrantes en période périnatale. Pour pallier ces lacunes, plusieurs intervenantes se basent sur leurs expériences de terrain pour élaborer de façon implicite des critères de sélection. Mais ces efforts sont très variables d'une institution à l'autre, voire d'une

intervenante à l'autre, et demeurent très intuitifs. En conséquence, cibler et desservir une clientèle immigrante pour les suivis périnatals demeure problématique. En outre, la méconnaissance des circonstances migratoires, qui peuvent altérer les conditions parentales, et la diversité culturelle, qui peut fausser l'interprétation de la vulnérabilité, sont deux réalités susceptibles de nuire à l'accessibilité des services sélectifs.

1.2 Facteurs de vulnérabilité propres aux femmes immigrantes en période périnatale

Les facteurs de vulnérabilité altérant les conditions parentales tels que l'isolement, la pauvreté, la faiblesse du réseau de soutien, la méconnaissance des services de santé ou les troubles émotifs, ne sont pas le seul lot des migrants. Néanmoins, l'expérience migratoire qui leur est propre peut exacerber ces difficultés parentales, invalider certains facteurs de risque usuels et interpeller de nouvelles dimensions permettant d'identifier les situations difficiles vécues dans les familles immigrantes (Beiser, 1988). L'expérience migratoire peut en effet créer un contexte favorable à l'apparition de vulnérabilités reliées aux conditions parentales, et le caractère culturel des conceptions parentales ou des habitudes de vie peut fausser nos interprétations basées sur des critères n'incluant pas la variabilité culturelle. À l'instar de Sabatier (1989), nous supposons que les programmes d'intervention, tout comme la construction d'instruments de dépistage, gagnent à s'arrimer aux dimensions culturelles, sociales et économiques des personnes à qui ils s'adressent.

Les femmes immigrantes semblent présenter des signes de vulnérabilité associés à l'*isolement* social tout comme les femmes des milieux économiquement défavorisés. Toutefois, les facteurs contribuant à leur isolement ne sont pas nécessairement équivalents. Leur isolement peut être précipité par l'expérience migratoire qui réduit singulièrement leurs réseaux de soutien familiaux, amicaux et économiques (Alvarado, 1991; Guberman, 1993). Généralement, on associe aux femmes ayant des problèmes d'isolement des facteurs relatifs à un faible revenu, à la dépendance économique, à une faible scolarisation et à des difficultés d'attachement émotif. Or, certaines femmes immigrantes bien scolarisées présentent des problèmes de communication qui relèvent plutôt d'une méconnaissance de la langue du pays d'accueil. De plus, le niveau de scolarisation acquis dans le pays d'origine n'est pas toujours reconnu par nos institutions d'enseignement et par le milieu du travail. Enfin, plusieurs études observent que l'isolement social des femmes immigrantes constitue un des problèmes prioritaires qui perturbent leurs capacités de maternage (Heneman et col., 1994; Battaglini et col., 1997; Stork, 1989). Selon diverses études, la principale conséquence de cet isolement serait le manque de socialisation de leur enfant, et non pas l'attachement avec leur enfant comme cela semble plutôt être le cas au sein de la population en général (Heneman et col., 1994; Sabatier, 1989).

En ce qui concerne la *pauvreté*, pour plusieurs femmes immigrantes elle est circonstancielle et constitue par le fait même une nouvelle situation dans leur vie qui occasionne une perte de statut social. Ces femmes vivent un changement dans leurs conditions de vie qui peut augmenter le stress généralement associé à l'intégration et à l'acculturation. Par ailleurs, pour celles qui peuvent se prévaloir de la sécurité du revenu, il s'agit d'une protection sociale qui ne leur était pas accessible dans leur pays d'origine. Le nouvel environnement socio-économique dans lequel la migration les plonge constitue

néanmoins un bouleversement qui déstabilise l'organisation familiale. Par exemple, les pères de famille se trouvent souvent dans une situation où ils sont incapables de remplir leur rôle traditionnel de pourvoyeur, où leurs compétences professionnelles ne sont pas reconnues (déqualification), ce qui les amène à vivre des moments d'angoisse, de dévalorisation et de stress qui nuisent aux conditions parentales, surtout lorsqu'un nouvel enfant est attendu. Parallèlement, bien qu'il ne soit pas toujours coutume dans leur pays d'origine que les femmes travaillent à l'extérieur du foyer, plusieurs acceptent d'intégrer le marché du travail lorsqu'un second revenu est nécessaire. À titre d'exemple, en 1981, 59 % des femmes adultes immigrantes du Sud-Est asiatique au Canada travaillaient dans les secteurs manufacturier, hôtelier, hospitalier ou dans des restaurants. Cette situation a eu un impact important sur l'organisation familiale et les rôles traditionnels homme/femme (Dinh, D.K. et coll., in Waxler-Morrison et coll., N., 1990).

Les *troubles psychologiques* et émotifs sont également considérés comme un facteur de vulnérabilité associé aux conditions parentales. Plusieurs études témoignent des problèmes d'anxiété, de stress et de dépression chez les femmes immigrantes (Heneman et coll., 1994; Alvarado, 1991; Legault, 1993). En fait, les circonstances migratoires semblent favorables à l'émergence de ces troubles psychologiques (Beiser, 1988), augmentant la vulnérabilité des mères et des enfants en période périnatale (Moro, 1992). En outre, les familles ayant quitté leur pays en situation de catastrophe ou ayant souffert de violence politique et de persécution peuvent présenter des difficultés additionnelles d'adaptation et d'insertion (Alvarado, 1993). Cela est également valable pour des personnes vivant des difficultés d'adaptation ou encore une émigration involontaire résultant d'un départ parfois précipité plutôt que d'un projet planifié.

Par ailleurs, les taux de prématurité et d'insuffisance de poids présentent peu ou pas de différences significatives entre les familles en général et les familles immigrantes (DSP, 1996), et ce, malgré le processus d'adaptation et le contexte migratoire souvent difficiles que vivent ces dernières. À certains égards, d'ailleurs, l'état de santé des nouveau-nés de femmes immigrantes serait meilleur que celui des nouveau-nés des femmes de la société d'accueil, peut-être en raison du processus de sélection qu'amène la migration : les personnes en meilleure condition physique sont plus disposées à immigrer et davantage retenues par les services d'immigration[1]. Toutefois, un phénomène de détérioration de la santé après dix années d'immigration a été démontré dans la population adulte canadienne (Chen et al., 1996) et dans certaines communautés pour des problèmes spécifiques comme, par exemple, le diabète (Hazuda et al., 1988) et les maladies coronariennes (Marmot, 1976).

Actuellement, la plupart des équipes en périnatalité des CLSC ont développé des programmes d'intervention incluant des outils de dépistage et d'évaluation des facteurs de risque. Ces modèles relativement généralisés posent des difficultés lorsqu'ils sont appliqués à des clientèles immigrantes récentes. Comme le souligne Sabatier (1989, p. 12), le comportement parental varie d'un groupe à l'autre selon plusieurs systèmes de représentation de l'enfant et de son développement qui modèlent et guident leurs actions. Alors que certaines familles fonctionnent selon un modèle nucléaire, d'autres tendent vers une dynamique propre à la famille étendue. Dans ces dernières, la parenté dans son ensemble est interpellée pour les soins et le développement des enfants, alors que dans le modèle nucléaire les parents immédiats sont souvent les seuls responsables. En contexte

[1] Selon certains auteurs (Dusseault et Hymen, 1992), c'est à la deuxième grossesse que les risques périnatals se manifesteraient chez les femmes immigrantes, et ce, dans les mêmes proportions que pour les femmes de la société d'accueil, alors que d'autres auteurs (Scribner et Dwyer, 1989; Collins et Shay, 1994) font ce même constat à la deuxième génération.

d'immigration, l'absence de la famille étendue peut faire en sorte que les parents se retrouvent avec des responsabilités pour lesquelles ils n'ont pas été préparés (Alvarado, 1993; Sabatier, 1991). Enfin, les comportements sont modifiés à cause des circonstances migratoires, et les parents finissent par adopter des pratiques qui diffèrent de celles du pays d'origine, mais aussi de celles du pays d'accueil.

Les systèmes de représentation varient donc considérablement et influencent les conceptions parentales, les rôles maternel et paternel, les pratiques éducatives, la perception d'un « bon » développement pour le bébé, de ses caractéristiques et de son tempérament. Sabatier (1991) dégage, à partir d'une recension d'écrits, certaines constantes quant aux notions associées au développement des enfants. À la lumière de cette étude, il apparaît que les parents des pays occidentaux (Canada, France, Grande-Bretagne, Allemagne, États-Unis) ont tendance à situer le développement de l'enfant à un âge plus précoce que les groupes immigrants d'origine méditerranéenne, asiatique, mexicaine, du Moyen-Orient et des Caraïbes. Dans cette même étude, Sabatier démontre la diversité des conceptions de l'éducation chez des populations montréalaises haïtiennes, vietnamiennes et québécoises. À titre d'exemple, les mères québécoises accorderaient une importance particulière à l'acquisition d'habiletés individuelles chez l'enfant, alors que les mères haïtiennes et vietnamiennes privilégient l'affiliation et la conformité au groupe. En fait, les mères immigrantes n'évaluent pas les caractéristiques individuelles des enfants selon le même registre que les mères nord-américaines. Une des contributions importantes de ces études a été de démontrer la relativité de la notion de risque pendant la période périnatale, notamment à propos des habitudes de vie (alimentation, heures de sommeil, activités, etc.) et des conceptions parentales (perception de l'enfant, les attentes, la sécurité, etc.).

En somme, la littérature nous apprend que les circonstances migratoires altèrent les conditions parentales et, parallèlement, que les différences culturelles sont susceptibles de fausser les interprétations concernant la vulnérabilité des mères immigrantes et de leur famille. En conséquence, il est difficile pour les intervenantes d'identifier adéquatement les mères vulnérables à l'aide des outils ou des grilles de sélection dont elles disposent, car ils tiennent peu compte, ou pas du tout, de l'influence des facteurs migratoires et culturels. Rappelons que ces programmes de périnatalité visent à promouvoir la santé, à prévenir la maladie (prématurité, insuffisance de poids, retards de croissance), à faire du dépistage (négligence, abus, attachement mère-enfant), à informer sur la santé et à référer le cas échéant. Ainsi, développer les connaissances au sujet des circonstances migratoires (déterminants psychosocial, culturel et environnemental) qui affectent les conditions parentales des mères immigrantes viendrait combler un vide et aider à remédier aux difficultés relatives à l'accessibilité. Soulignons que d'autres secteurs d'intervention, notamment celui de la jeunesse grâce à la grille d'évaluation interculturelle élaborée par Ghislaine Roy (1991), se sont munis d'outils d'évaluation adaptés au contexte pluriethnique, ce qui n'est toujours pas le cas en milieu d'intervention périnatale, sauf au CLSC Côte-des-Neiges où des efforts ont été faits afin d'inclure des descripteurs ethno-culturels par le biais de l'instrument « Culture et grossesse », lequel n'inclut pas, toutefois, des facteurs de vulnérabilité reliés au contexte migratoire.

Finalement, bien que la littérature nous renseigne sur les facteurs migratoires et les conditions parentales des familles immigrantes ayant des enfants d'âge scolaire, très peu d'écrits portent sur les conditions parentales en période périnatale des femmes

immigrantes, et encore moins sur l'influence des circonstances migratoires sur ces conditions, d'où la formulation des trois questions de recherche suivantes :

1. Les circonstances migratoires affectent-elles les conditions parentales ?

2. Quelles sont les circonstances migratoires susceptibles de constituer les principaux facteurs de vulnérabilité (affectant les conditions parentales) ?

3. Les critères de sélection courants en milieu d'intervention périnatale sont-ils adaptés et sensibles à la vulnérabilité des mères immigrantes et de leur famille ?

1.3. Cadre conceptuel adopté

Étant donné le principal objectif de cette recherche, qui est d'identifier et de décrire les circonstances migratoires susceptibles d'affecter les conditions parentales et de constituer des facteurs de vulnérabilité, les concepts et variables à l'étude peuvent se regrouper selon quatre grandes catégories : les circonstances et/ou trajectoires migratoires, les conditions parentales, les conceptions parentales du développement du bébé et de sa santé et les caractéristiques sociales et culturelles.

Les **circonstances migratoires** représentent l'ensemble de l'expérience migratoire comme l'ont vécue les mères, c'est-à-dire la trajectoire parcourue depuis l'imminence d'un départ jusqu'à l'installation dans le pays d'accueil, tandis que les **conditions parentales** correspondent aux conditions dans lesquelles elles exercent leur rôle de mère, c'est-à-dire les conditions relatives à leur situation économique, sociale et familiale, à leur santé physique et émotive, à l'utilisation et à l'accessibilité des services et au soutien paternel.

La troisième catégorie regroupe des variables visant à explorer la signification des changements encourus par l'expérience migratoire en ce qui concerne les conceptions parentales : les répondantes sont-elles en mesure d'exercer leur rôle de mère selon leurs valeurs, leurs croyances et leurs espoirs ? L'immigration représente-elle un obstacle ou un gain dans leur façon de prévoir le développement de leur enfant ? Ceci amène à considérer diverses habitudes alimentaires, pour soi et pour le bébé, divers comportements et diverses façons d'anticiper le développement du bébé. Des analyses secondaires permettraient éventuellement d'identifier des différences culturelles susceptibles de biaiser l'interprétation des situations parentales difficiles.

1.3.1 Circonstances migratoires et conditions parentales

Nous entendons par circonstances migratoires l'ensemble de l'expérience vécue par une personne depuis la décision ou l'obligation de quitter son pays d'origine jusqu'à son installation dans un nouveau pays, une nouvelle société. Cette expérience peut théoriquement se diviser en deux catégories d'analyse : prémigratoire (incluant les conditions de départ et parfois l'expérience de transit) et post-migratoire. La distinction entre ces deux catégories peut aider à mieux distinguer les diverses trajectoires migratoires.

La migration représente une des expériences les plus marquantes de la vie d'un individu. Le fait d'*émigrer*, de quitter des personnes importantes, de quitter un environnement social, physique et culturel connu, constitue un ensemble de deuils que le migrant doit réaliser. Ces deuils sont généralement vécus, ou façonnés, en situation d'*immigration ou post-migratoire*, alors que les réseaux social et professionnel sont à rebâtir, qu'un nouvel environnement est à découvrir et que des institutions, une langue et la culture sont encore inconnues. C'est pendant cette période post-migratoire d'ailleurs que l'expérience de la migration est peu à peu traduite en termes de gains ou de pertes, selon les sphères de la vie, l'établissement et les changements vécus (Bibeau et coll., 1992). Il ne faut pas oublier que cette dynamique post-migratoire est aussi tributaire de l'environnement tel qu'il existe déjà à l'arrivée du migrant, dans le cas plus spécifique des services de santé, des autorités gouvernementales et des intervenants (l'accessibilité des services et des programmes).

En ce sens, la migration est une expérience qui suppose une adaptation importante, tant physique que sociale et culturelle. Aussi, les changements entraînent une adaptation qui sera vécue et perçue différemment d'un individu à l'autre. Un même changement, par exemple, peut représenter un gain pour l'un et une perte pour l'autre, le tout étant très souvent relatif à la situation prévalant dans le pays d'origine.

Cette perception de gain ou de perte est d'ailleurs très souvent reliée aux conditions de départ, aux motivations et aux obligations précédant l'immigration. S'agissait-il d'un départ volontaire ou nécessaire à la survie ? Pour l'immigrant, un départ se planifie, parfois sur de longues périodes, et est rempli d'espoirs dont celui d'une ascension sociale et d'une meilleure vie pour soi et sa famille. Toutefois, comme le dit Bibeau (1992), autant l'immigrant a le sentiment de prendre son avenir en main, autant il est conscient des risques d'un échec et des pertes que cette immigration peut entraîner. Ces espoirs s'accompagnent de ruptures et d'obligations envers les membres de la parenté demeurés au pays, ce qui peut constituer du même coup une pression économique supplémentaire. Par ailleurs, si, pour plusieurs, une ascension sociale est pressentie, c'est parfois une déqualification professionnelle qui les attend, l'expérience et la formation professionnelle qui leur étaient reconnues ne l'étant plus une fois sur le marché du travail au Canada.

Dans le cas d'une réunification familiale, diverses difficultés peuvent apparaître, surtout lorsque plusieurs années se sont écoulées avant la réunification. En outre, il peut y avoir un retard par rapport aux autres pour l'apprentissage de la langue. Les retrouvailles sont intenses, certes, mais dans un contexte social et environnemental totalement différent. Les enfants ont vieilli, et parfois ont déjà adopté certaines valeurs et habitudes propres aux gens du pays d'accueil. Vouloir reproduire un mode de vie similaire à celui qui prévalait dans le pays d'origine peut s'avérer troublant pour l'ensemble de l'unité familiale.

En ce qui a trait aux réfugiés, leur départ est généralement relié à une question de survie. Il est précipité et se déroule dans des conditions qui leur permettent rarement de planifier la migration. Le départ peut être brutal et indépendant de la volonté de la personne. De plus, la persécution, la torture et le sentiment de culpabilité vis-à-vis des proches demeurés au pays d'origine laissent parfois des séquelles psychologiques importantes. De fait, les réfugiés sont souvent marqués par un passé qui les prédispose à la dépression, au découragement et à divers troubles mentaux (Dracham, 1992). Ayant subi une violence organisée (torture, viol collectif, disparition), nombre d'entre eux sont susceptibles de manifester des réactions post-traumatiques marquées par la reviviscence d'événements passés, et ce, à tout moment de leur vie. Chez la majorité d'entre eux, la

souffrance associée à ces événements traumatisants se traduit par un mal de vivre (Barl, 1993).

Il va sans dire que l'expérience migratoire, selon la trajectoire empruntée, peut affecter les conditions parentales. En ce sens, il n'est pas prévu de tirer de conclusions sur les compétences parentales, mais bien de saisir, le cas échéant, les facteurs qui peuvent nuire au déploiement de ces compétences (psychologiques, économiques ou environnementales). Nous reprenons ici la perspective présentée dans les Politiques de périnatalité du ministère de la Santé et des Services sociaux, à savoir que les femmes enceintes ont les compétences parentales nécessaires, mais que toutes n'ont pas les mêmes conditions professionnelles et économiques, les mêmes aptitudes et un soutien suffisant de leur entourage. Il existerait donc des embûches au développement de leurs compétences, et les circonstances migratoires peuvent être à l'origine de certaines d'entre elles. Ainsi, dans cette recherche, les conditions parentales ne seront pas considérées comme facteurs explicatifs des compétences parentales.

Cinq dimensions associées aux conditions parentales ont été retenues dans le cadre de cette étude. Il s'agit de l'état de santé physique des répondantes et de leur bébé, de l'état émotif, de l'utilisation des services de santé en périnatalité, du réseau de soutien familial et social, de l'implication du père et des conditions de vie socio-économiques. Ces dimensions sont arrimées à une conception plus usuelle de la vulnérabilité des mères en période périnatale qui est généralement associée à des caractéristiques du milieu comme l'**isolement géographique** ou le **niveau socio-économique** du quartier, mais aussi à des caractéristiques propres à la personne comme l'**âge** au moment de la grossesse, la **scolarité**, le **revenu** et la **monoparentalité**. Il s'agit bien sûr d'un ensemble de facteurs à considérer pour comprendre la vulnérabilité de nouvelles mères. Il s'agit aussi des facteurs généralement utilisés par les organismes préconisant des interventions dites sélectives, c'est-à-dire qui visent des clientèles plus vulnérables, et qui sont largement proposés par le Conseil des directeurs de la santé publique et les Régies régionales, dans le cadre des interventions à visée préventive auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille, pour concrétiser le virage promotion/prévention à l'échelle locale et régionale. Ces facteurs devront toutefois être mis en relation avec les circonstances et les trajectoires migratoires afin de traduire la réalité et la pluralité d'une ville comme Montréal.

1.4 Services de périnatalité en CLSC et population des territoires de CLSC

Au cours des dernières années, le virage ambulatoire a remodelé l'ensemble des services du réseau de la santé de manière, parfois, à en restreindre l'utilisation aux populations les plus vulnérables. Par exemple, on tend de plus en plus à diminuer la durée de séjour à l'hôpital lors d'accouchement à l'aide de critères plus restrictifs. Ainsi, on retourne à la maison les mères ayant vécu un accouchement vaginal sans complication, dont l'état de santé, tout comme celui de leur enfant, est stable et qui peuvent compter sur la présence d'une personne pour prendre soin d'elles et du bébé[2]. Lorsqu'un congé précoce est accordé, une infirmière s'assure de la bonne santé de la mère et du bébé en faisant une relance téléphonique de 24 à 48 heures après l'accouchement. Les CLSC, de leur côté, assurent la continuité des soins par *Info-Santé* ou des visites à domicile de 3 à 5 jours après l'accouchement.

À la suite du virage ambulatoire, les critères qui désormais justifient une hospitalisation sont la menace d'un accouchement prématuré, les vomissements incoercibles, les hémorragies ante-partum, le placenta praevia, l'hypertension, l'intolérance au lactose, les infections génito-urinaires et le diabète.

Dans le cadre de cette étude, ce sont plutôt les services permettant de prévenir certaines de ces difficultés qui nous intéressent. Aussi, est-il pertinent de rappeler qu'au cours des dernières années, la reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux a incité les Régies régionales de la santé et des services sociaux à orienter leurs efforts vers des interventions en promotion et en prévention. Cela est particulièrement vrai pour le secteur de la petite enfance et des services en périnatalité[3].

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les services de périnatalité concernent la période entourant la naissance : le suivi de grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Il s'agit d'une période privilégiée pour prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux, notamment les naissances de faible poids, les retards de développement, l'abus, la négligence et la violence conjugale ou familiale.

Idéalement, ces services devraient s'adresser indistinctement à tous les parents plutôt que seulement à ceux considérés à risques, c'est-à-dire des interventions universelles « accessibles à l'ensemble de la population indépendamment des facteurs de vulnérabilité particuliers, et généralement planifiées sur une base locale ou régionale[4] ». Mais les moyens étant limités, il y a plusieurs raisons, autant économiques qu'humaines, de privilégier une clientèle plus vulnérable et d'accroître l'importance des interventions sélectives, c'est-à-dire s'adressant à « des populations présentant des facteurs communs de vulnérabilité […] ayant trait à des caractéristiques du milieu […] ou des

---

[2] Guay M. et coll. (1995). *Rapport du comité ad hoc sur les congés précoces en pouponière normale*. Association des pédiatres du Québec.

[3] Fédération des CLSC du Québec, *Virage ambulatoire périnatalité*, Volet 6, Collection la transformation du réseau, juillet 1996.

[4] «Interventions à visée préventive auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille pour concrétiser le virage promotion/prévention aux niveaux local et régional», Proposition du Conseil des directeurs de la santé publique, Régie régionales de la santé et des services sociaux du Québec, 1997, p. 5.

personnes […] et qui doivent être offertes dans tous les territoires de CLSC[5] ». Depuis 1987, le processus de rationalisation des services en périnatalité s'est donc accéléré. Non seulement les services sont-ils aujourd'hui destinés à une clientèle prioritaire, considérée comme plus vulnérable, mais dans bien des cas la Fédération des CLSC les a retirés de la liste des services offerts[6].

La vulnérabilité des mères est généralement associée à des caractéristiques du milieu comme l'isolement géographique ou le niveau socio-économique du quartier, mais aussi à des caractéristiques propres à la personne comme l'âge au moment de la grossesse, la scolarité, le revenu et la monoparentalité. Il s'agit de facteurs généralement utilisés par les organismes préconisant des interventions dites sélectives, c'est-à-dire qui visent spécifiquement des clientèles plus vulnérables.

Ces caractéristiques sont utilisées dans l'ensemble du Québec. Or, certains territoires comptent un pourcentage important de personnes immigrantes présentant un profil culturel et social parfois très éloigné des normes de la société d'accueil. Pourtant, les facteurs et les critères associés à l'expérience migratoire demeurent absents de ces caractéristiques.

La composition de la population des quatre territoires de CLSC où se déroule la présente étude illustre bien cette situation. On trouve dans chacun d'eux une concentration importante de personnes immigrantes (tableau 1) et un pourcentage encore plus important des naissances qui sont de mères nées à l'extérieur du Canada. Plus précisément, cette dernière proportion était, de 1995 à 1997, de 74 % à Parc Extension, de 63 % à Bordeaux-Cartierville, de 62 % à Saint-Michel et de 60 % à Saint-Laurent (DSP, 1999). De façon plus générale, on peut dire que les mères immigrantes contribuent très largement au renouvellement de la population montréalaise avec 30 % des naissances (DSP, 1996).

Tableau 1 : Proportions de la population immigrante dans les quatre territoires de CLSC participant à l'étude, 1996

CLSC	Nombre d'immigrants	% de la population totale	Immigration récente (1991-1996)	% de la population immigrante
Parc extension	17 980	60,3	6 275	34,9
Saint-Laurent	31 901	46,6	9 151	28,7
Bordeaux-Cartierville	22 237	43,4	6 152	27,7
Saint-Michel	21 508	41,2	5 229	24,1

Sources : Statistique Canada. Recensement 1996. Série de profils par secteur de recensement.

Ces quatre CLSC, comme l'ensemble des CLSC du Québec, offrent un éventail de services qui ont pour objectifs de promouvoir de saines habitudes de vie, de préparer les membres de la famille à l'arrivée du nouveau-né, de prévenir la prématurité et l'insuffisance de poids. À ces objectifs s'ajoutent les programmes visant le soutien et l'apprentissage du rôle parental, le renforcement des liens d'attachement parent/enfant, la croissance et le développement intégral de l'enfant.

D'après un état de situation réalisé par la Fédération des CLSC du Québec en 1996, presque tous les CLSC offrent des rencontres prénatales à l'ensemble des mères de

[5] Ibidl, p. 5.

[6] Fédération des CLSC du Québec, *Virage ambulatoire périnatalité*, Volet 6, Collection la transformation du réseau, juillet 1996, p. 13.

leur territoire sur une base universelle. Seuls quelques-uns privilégient une clientèle spécifique en ciblant plus particulièrement les mères primipares et les mères défavorisées. Plusieurs de ces CLSC offrent également des rencontres prénatales individuelles aux mères ne pouvant suivre les rencontres de groupe. Les tests de grossesse sont généralement offerts en priorité aux adolescentes et aux femmes de milieu défavorisé et très peu offrent un suivi médical périnatal complet.

Connus sous la dénomination de **programmes intégrés en périnatalité**, ces services sont offerts dans 95 % des CLSC du Québec[7], dont les quatre CLSC participant à l'étude. Ces programmes (programmes intégrés, OLO, Naître égaux – Grandir en santé, etc.) se veulent adaptés aux femmes enceintes et aux familles qui présentent plusieurs facteurs de risques. Les critères généralement utilisés pour cibler et sélectionner ces mères peuvent être regroupés en quatre grandes catégories :

- les femmes socio-économiquement défavorisées;
- les femmes avec des problèmes de santé;
- les femmes présentant une grossesse gémellaire;
- le bébé ayant un handicap ou un problème de santé.

Ces programmes offrent globalement une évaluation et un soutien nutritionnel, des suppléments alimentaires, une éducation sanitaire, un soutien psychosocial, un soutien au développement de la relation parent/enfant, de l'aide à domicile, un soutien matériel et de dépannage. Habituellement, des équipes multidisciplinaires de professionnels assurent ces services : infirmières, travailleurs sociaux, diététistes, médecins, interprètes, psychologues, auxiliaires familiales, etc.

Dans le cas des quatre CLSC partenaires, nous retrouvons sous diverses formes l'ensemble de ces programmes et services. De façon plus précise, le Programme Enfance-jeunesse-famille du CLSC **Parc Extension**[8] regroupe plusieurs services dont les mères peuvent bénéficier. Certains sont offerts à toute la population, telles les rencontres prénatales, mais les participantes doivent avoir une connaissance minimale du français ou de l'anglais et résider sur le territoire du CLSC. D'autres services accessibles sur demande ou sur référence sont individualisés, comme les suivis par un médecin ou une infirmière et le soutien psychosocial. Certains programmes sont sélectifs, comme par exemple le programme L.O.V.[9] Les critères de sélection pour bénéficier de ce programme sont d'ordre économique, socio-démographique, biologique et liés aux habitudes de vie (alimentation, toxicomanie). Seules l'origine ethnique et les langues parlées au foyer sont mentionnées dans la partie des renseignements généraux des questionnaires utilisés auprès des mères.

Le CLSC offre également un éventail de services après l'accouchement qui comprend des visites postnatales à domicile par une infirmière, un suivi médical pour le bébé et la mère, une clinique de vaccination, des rencontres postnatales et de l'aide à domicile en cas de besoin.

Les services offerts au CLSC **Bordeaux-Cartierville** sont sensiblement les mêmes, et sont soit sélectifs, soit offerts à toute la population résidant sur le territoire. Parmi les

[7] Ibid., p. 15.
[8] Les grilles de sélections détaillées de chaque CLSC sont disponibles en annexe.
[9] Le programme L.O.V. (lait, œufs et vitamines) offre gratuitement trois aliments essentiels à des femmes dans le besoin et intervient auprès d'une clientèle prioritaire.

activités sélectives, notons en premier lieu OLO, qui est un service adapté avec une approche individuelle. Ce programme dessert en priorité une clientèle de femmes enceintes dont les habitudes alimentaires sont jugées inadéquates, qui ont des conditions matérielles et économiques précaires, qui présentent une santé fragile, des grossesses antérieures problématiques et des difficultés psychosociales.

D'autres services sont également sélectifs : les suivis nutritionnels offerts aux femmes ayant des difficultés avec l'allaitement; les visites à domicile ciblant plus particulièrement les mères primipares, et celles ayant été référées par d'autres institutions (DPJ, hôpitaux); les interventions quotidiennes de soins à domicile, qui desservent en priorité les mères présentant des grossesses à risque et celles qui nécessitent des soins (plaie de césarienne, problèmes d'allaitement, etc.); un service de mères visiteuses pour les femmes vivant des difficultés d'adaptation financière et parentale ou qui présentent des difficultés psychologiques; un service de répit/dépannage pour les mères sans réseau de soutien, à faible revenu et présentant des difficultés d'adaptation majeures. Parmi les critères de sélection, on retrouve dans la section des renseignements généraux, des questions sur la *langue maternelle*, la *date d'arrivée au Canada*, le *statut d'immigration* et les *besoins d'interprète*.

Parmi les services universels, on retrouve notamment les rencontres prénatales qui s'adressent à tous les futurs parents habitant le secteur. Néanmoins, ces rencontres se déroulant habituellement en français ou en anglais, les parents doivent avoir une connaissance minimale d'une de ces deux langues pour pouvoir y participer, ce qui limite grandement l'accès à ces services considérés comme universels.

Au CLSC **St-Michel**, nous retrouvons, parmi les services de périnatalité, le programme Naître égaux – Grandir en santé. Dans le cadre de ce programme, les mères sont sélectionnées selon une grille comprenant des facteurs reliés à la pauvreté, à la naissance et à des caractéristiques socio-démographiques (ex. : grossesses antérieures, moins de 18 ans, histoire parentale, compétence parentale). Cette grille a toutefois la particularité d'inclure des critères s'adressant à la clientèle immigrante dans une section intitulée « Contexte culturel et ethnique ». Cette section comprend des questions sur le pays d'origine, la date d'arrivée au Canada, le statut d'immigration, la religion, la langue parlée à la maison et la connaissance d'une des deux langues officielles. Une autre rubrique portant sur les expériences passées marquantes paraît très pertinente pour connaître l'expérience migratoire des mères. Finalement, une rubrique portant cette fois sur certaines particularités religieuses et culturelles peut aider à ajuster l'intervention en fonction de besoins précis.

Le CLSC **St-Laurent** présente, quant à lui, une activité en périnatalité s'adressant exclusivement aux nouveaux arrivants. Il s'agit d'un service d'aide à l'intégration des nouveaux arrivants (sensibilisation sur les relations parents-enfants, violence conjugale et ateliers d'information sur les lois, les politiques sociales et les services du CLSC). Le questionnaire d'évaluation utilisé porte une attention particulière au statut d'immigration, à la durée de séjour, aux connaissances linguistiques, à l'isolement et aux difficultés financières.

On y offre de plus sensiblement les mêmes services et programmes que dans les trois autres CLSC : rencontres prénatales de groupe ou suivi individualisé; suivi individuel des femmes enceintes présentant des difficultés d'ordre physique, psychologique ou alimentaire durant la grossesse et en postnatal; programme OLO et soutien à

l'alimentation pour les familles à faible revenu; visites après l'accouchement, suivi individualisé; cliniques de vaccination infantile et de dépistage; ateliers postnatals (stimulation, massage du bébé, alimentation, etc.); suivi santé selon les besoins; références vers les ressources communautaires : ex. : (Cari, Fondation de la visite, etc.).

Sur le plan des services psychosociaux, on y retrouve les services suivants : des consultations ou des thérapies individuelles, conjugales et/ou familiales; des programmes spéciaux, comme des subventions pour du répit/gardiennage aux familles ayant un enfant handicapé; des subventions pour les frais de garde aux familles à faible revenu vivant des problèmes psychosociaux importants; des familles d'accueil et d'autres références vers les ressources communautaires ou professionnelles au besoin.

Plusieurs CLSC, dont le CLSC St-Laurent, offrent des rencontres postnatales de groupe et proposent des programmes de développement de la compétence parentale et de stimulation infantile pour les 0-5 ans.

En outre, le système de référence périnatale pour l'ensemble de ces programmes au sein des différents CLSC implique la collaboration des centres hospitaliers, des médecins en cabinet privé et des organismes communautaires. Les clientèles visées et référées par ces organismes sont :

- les mères, les pères et leur bébé;
- les femmes enceintes GARE ou ayant des problèmes psychosociaux;
- les bébés ayant des problèmes de santé.

Pour ce qui est des organismes communautaires ayant participé à cette étude, soit *le Carrefour de liaison et d'aide multiethnique* (CLAM), *le Centre d'accueil et de référence pour les immigrants de St-Laurent* (CARI), *Concertation femmes*, *la Maison des parents* et le projet d'initiative communautaire local *1,2,3 Go St-Michel*, ils agissent de concert avec les CLSC en leur référant des personnes, en acceptant des personnes que les CLSC leur réfèrent et en offrant des services en partenariat avec ces derniers. Mentionnons qu'il s'agit également de services qui sont offerts avec le soutien financier du ministère des Relations avec les Citoyens et l'Immigration (MRCI).

Le **CLAM** est un organisme dont la mission est de promouvoir des politiques favorisant des services adaptés aux réalités des nouveaux immigrants dans plusieurs domaines dont l'emploi, l'éducation, la santé et les services sociaux. Le Carrefour propose une intervention interculturelle, du soutien aux couples et aux familles, des activités de rapprochement entre les communautés culturelles et la société d'accueil, la sensibilisation des institutions aux besoins des nouveaux arrivants, le jumelage ainsi que des activités de loisirs. L'organisme fournit également de l'information sur les lois et l'immigration, des cours de français, une aide à la recherche d'emploi, des services de traduction et de counselling.

De son côté, le **CARI** offre sensiblement le même type de services que le CLAM, mais s'est doté d'un programme spécial intitulé « Femmes du Monde ». Ce programme, spécifiquement conçu pour les femmes immigrantes, est offert sous forme de rencontres et d'activités éducatives, culturelles et de loisirs. Réalisé en partenariat avec le CLSC St-Laurent, il a pour objectif de fournir un lieu de rencontre pour les femmes immigrantes tout en favorisant les échanges et l'intégration à la société d'accueil. Il cherche par conséquent à briser l'isolement des femmes immigrantes en offrant des occasions de

pratiquer le français. Le projet **1,2,3 Go St-Michel** vise pour sa part à mobiliser les ressources requises pour aider les différentes communautés à favoriser le bien-être des tout-petits de la naissance à trois ans.

Il est intéressant de constater que les mères multipares font rarement l'objet d'une clientèle prioritaire, autant dans les CLSC que dans les organismes communautaires. Pourtant, dans certains milieux, la mère, dès son retour à la maison, doit préparer les repas, faire les achats et s'occuper des autres enfants. Pour ces dernières, la période dite des relevailles, importante pour la récupération, peut s'avérer particulièrement épuisante.

Parmi les quatre CLSC partenaires, seuls les CLSC St-Michel et St-Laurent ont inclus de façon explicite à leur grille de sélection des critères directement associés aux circonstances migratoires, et seul le CLSC St-Laurent offre une activité en périnatalité qui s'adresse aux parents récemment immigrés. Par ailleurs, dans chacun des territoires de CLSC partenaires, se trouvent des organismes communautaires particulièrement sensibles aux particularités des populations immigrantes, ce qui peut certes aider à rejoindre ces personnes qui autrement risquent de demeurer exclues du réseau des services sociaux et de santé.

La prise en compte de critères associés aux particularités culturelles ou migratoires est laissée, dans l'ensemble, à la discrétion de chaque CLSC, qui ne les inclut pas systématiquement et de façon explicite à sa grille de priorité des clientèles vulnérables. D'ailleurs, ces critères ne figurent pas parmi les recommandations de la Fédération des CLSC du Québec et demeurent le fait d'une pratique « silencieuse », c'est-à-dire que chaque intervenant peut choisir de les utiliser ou non.

1.5 Objectifs généraux de l'étude

Les programmes de périnatalité visent à promouvoir la santé, à prévenir la maladie (prématurité, insuffisance de poids, retards de croissance), à faire du dépistage (négligence, abus, attachement mère-enfant) et à informer sur la santé et à référer le cas échéant. Aussi, est-il important de développer des connaissances au sujet des circonstances migratoires susceptibles d'affecter les conditions parentales afin de soutenir le processus décisionnel des intervenantes appelées à identifier les mères les plus vulnérables (figure 1).

Cette étude a donc pour objectif général de décrire et d'identifier les principaux facteurs associés aux circonstances migratoires susceptibles de rendre vulnérable la santé des mères immigrantes et de leur famille en période périnatale. Ce faisant, elle pourra influencer la façon dont sont distribués les programmes de prévention en périnatalité. Soulignons, toutefois, qu'il s'agit d'une étude essentiellement exploratoire ne permettant d'énoncer que des hypothèses quant à ces relations en fonction de l'échantillon à l'étude. Plus précisément, les objectifs de recherche peuvent se résumer en trois points :

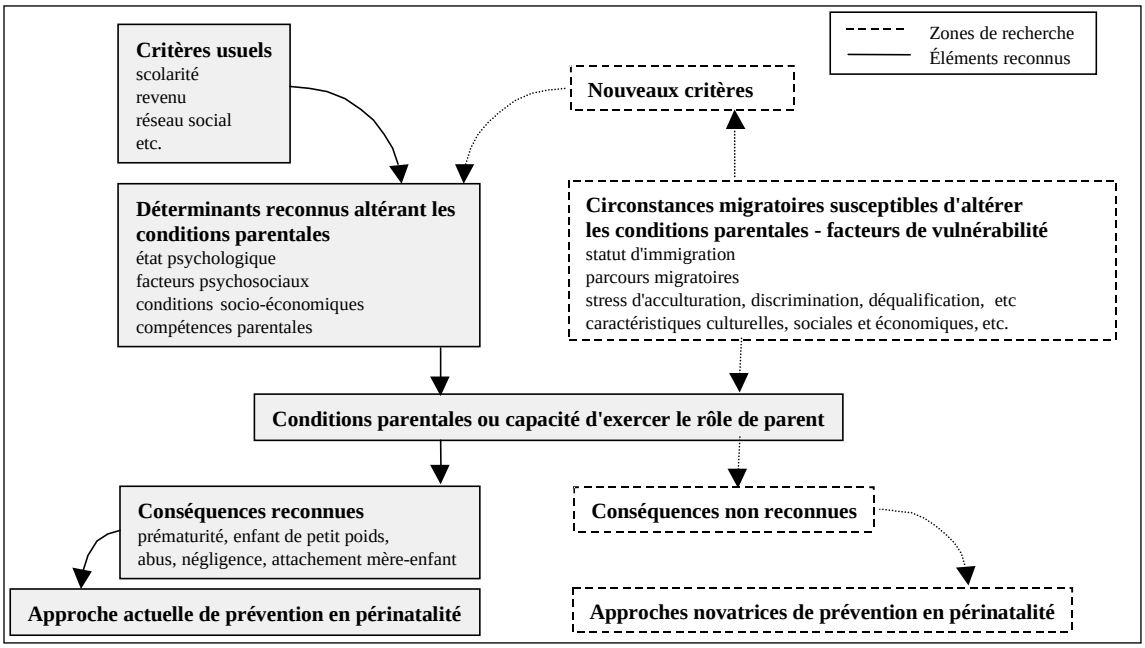
1. Acquérir de nouvelles connaissances au sujet des circonstances migratoires susceptibles d'altérer les conditions parentales et la santé des mères immigrantes (volet 1).

2. Décrire les composantes (explicites et implicites) du processus décisionnel des intervenantes pour la sélection des mères considérées comme vulnérables pour les suivis prénatals et postnatals (volet 2).
3. Souligner les limites des critères usuels de sélection des mères vulnérables et proposer des facteurs de vulnérabilité associés à la réalité migratoire.

L'atteinte de ces objectifs permettra de mieux comprendre le processus décisionnel (à l'aide de critères implicites et explicites) qui mène à la sélection des mères vulnérables en période périnatale, tel que préconisé par les institutions (CLSC et organismes communautaires), de formuler des recommandations à l'égard des limites des critères de sélection usuels et de suggérer l'inclusion de nouveaux critères sensibles aux conditions migratoires et aux différences culturelles.

Ainsi, les résultats de l'étude empruntent la forme de recommandations sur les critères de sélection adéquats en contexte pluriethnique et migratoire, sur les différences culturelles susceptibles de fausser l'interprétation des situations difficiles et sur l'orientation des efforts de prévention en périnatalité. Ces recommandations trouveront toute leur pertinence une fois inscrites concrètement dans la pratique des programmes de prévention en périnatalité et par leur influence sur les décideurs pour la programmation d'interventions novatrices auprès des femmes immigrantes.

Figure 1 : Influences de l'étude sur l'organisation et la distribution des programmes de prévention en périnatalité



1.6 Procédure de recherche

Afin d'atteindre les objectifs de cette étude, l'approche méthodologique privilégiée comporte deux volets. Le premier, faisant l'objet des chapitres 2, 3 et 4, repose sur une étude exploratoire auprès de mères immigrantes primipares et multipares d'origines culturelles différentes. Quant au second, présenté aux chapitres 5 et 6, il propose une

description et une analyse critique des critères explicites et implicites utilisés par les intervenants en CLSC et dans les organismes communautaires partenaires afin d'identifier les mères vulnérables en période périnatale. Ces deux volets se veulent complémentaires et permettent d'envisager, au chapitre 7, une analyse comparative entre la perception des mères de leur propre vulnérabilité et celle des intervenantes qui ont entre autres tâches de les référer à des services en cas de besoin. Cette dernière étape permettra de formuler un ensemble de recommandations visant essentiellement à améliorer l'accessibilité des services de périnatalité aux mères immigrantes dites vulnérables. Le premier volet de cette étude a été réalisé au moyen d'entrevues auprès de 91 mères et le second par des groupes de discussion auprès de 24 intervenantes.

√∂λετ

Étude exploratoire auprès des mères immigrantes

Chapitre 2

Objectifs, démarche méthodologique et analyse

2.1 Objectifs de l'étude exploratoire auprès des mères immigrantes

L'objectif spécifique de ce volet de l'étude consiste à cerner les relations existantes entre les circonstances migratoires et les conditions parentales susceptibles de rendre vulnérables les mères immigrantes et leur enfant en période périnatale. Ce volet de l'étude porte donc essentiellement sur la perception de mères récemment immigrées au Québec de leur propre vulnérabilité. De façon plus spécifique, les objectifs propres à ce volet sont les suivants :

1. Identifier et décrire les principales circonstances migratoires susceptibles d'altérer les conditions parentales et la santé des mères et de leur famille.
2. Décrire les principales dimensions relatives aux conditions parentales et établir des associations entre ces conditions, les circonstances et les trajectoires migratoires.
3. Faire émerger, à partir de ces associations entre conditions parentales et circonstances migratoires, les principaux facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes et à leur famille en période périnatale.

2.2 Immigration et culture, perspective adoptée par cette étude

Les populations à l'étude ont été définies selon des critères migratoires plutôt qu'en fonction de critères ethniques ou culturels étant donné la composition pluriethnique de la population montréalaise, et les caractéristiques de la clientèle desservie par les organismes et les institutions de santé. Ceci étant dit, la région d'origine a bien sûr une influence sur l'expérience migratoire, ne serait-ce que par la situation politique et économique qui y dominait au moment de l'émigration. Cette situation doit toutefois être considérée comme circonstancielle, car elle peut changer d'une année à l'autre, d'un régime à l'autre, faisant du lien entre région d'origine et expérience migratoire une association temporaire. Par conséquent, des personnes ayant un même pays d'origine peuvent avoir vécu des expériences très différentes, surtout si elles ont émigré à des périodes différentes. En contrepartie, deux personnes provenant de pays différents peuvent avoir vécu une expérience similaire eu égard à la persécution ou encore à une situation familiale ou économique difficile. Autrement dit, les expériences migratoires transcendent, en quelque sorte, la pluriethnicité de la clientèle qui fréquente les services sociaux et de santé.

Bien que les mères immigrantes ne vivent pas vraiment plus de problèmes de santé relatifs à la période périnatale que l'ensemble des mères nées au Québec[1], les connaissances quant au rôle tenu par l'expérience migratoire vis-à-vis de ces problèmes demeurent limitées. Soulignons ici que cette étude vise à soutenir des programmes de prévention, donc à aider les intervenantes à identifier des individus à risque. Or, l'origine culturelle ne peut pas constituer un risque en soi, mais certaines expériences oui, surtout lorsqu'elles sont traumatisantes, ou encore lorsqu'elles affectent les conditions parentales. Les intervenantes rencontrent justement ce type de difficultés dans le cas de mères ayant vécu une expérience migratoire, et c'est ce qui a motivé le choix de la catégorie « mère immigrante ».

Dans cette étude, l'expérience migratoire et les modèles de parentalité sont aussi abordés distinctement. Si les représentations culturelles (conceptions parentales, valeurs, normes, etc.) peuvent être situées à la source des modèles de parentalité, les conditions migratoires (travail, discrimination, langue, intégration, réseau social, catégorie d'admission, etc.) peuvent représenter un obstacle pour l'épanouissement de ces modèles, sinon les altérer. Il faut donc distinguer immigration et culture, deux concepts abordés de façon indépendante. Le premier de manière transculturelle, c'est-à-dire comme un ensemble de circonstances relatives au processus migratoire vécues par l'ensemble des répondantes et, le second, comme une diversité des comportements parentaux susceptibles de biaiser l'interprétation des intervenantes. Bien qu'il s'agisse de deux questions distinctes, toutes deux se rapportent au processus décisionnel de l'intervenante pour référer ou non la cliente à un service du CLSC.

La migration est une expérience qui expose à un ensemble de situations qui peuvent influencer la façon dont la maternité est vécue. Cette étude cherche donc à comprendre cette influence et les facteurs de vulnérabilité qu'elle comporte pour la santé de la mère et de son enfant.

En somme, la problématique de cette étude concerne spécifiquement les effets de la migration et ne touche qu'indirectement la variation culturelle, un projet de nature différente. Bien que l'échantillon de cette étude n'ait aucune prétention de représentativité statistique, l'origine ethnique des mères participant à l'enquête reflète les tendances de l'immigration des dernières années sur le territoire où s'est déroulée l'étude et le profil de la population bénéficiant, ou susceptible de bénéficier, des programmes de prévention en périnatalité. Cette considération permettra également, dans le cadre d'analyses secondaires, de cerner certaines spécificités relatives à la conception parentale.

[1] À titre d'exemple, en 1999, la proportion de mères nées hors du Canada et ayant donné naissance à un bébé de petit poids est de 4,9 % (352/7213), alors qu'il est de 4,7 % chez les mères nées au Canada (586/12481). Pour ce qui est des naissances prématurées, 5,8 % (419/7210) des mères nées hors du Canada en ont été affectées, alors que ce pourcentage est de 5,9 % (741/12470) chez les mères nées au Canada. Source : Fichier des naissances, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1999.

2.3 Démarche

2.3.1 Population à l'étude

Des entrevues en profondeur ont été effectuées auprès d'un échantillon intentionnel de 91 mères immigrantes résidant dans l'un des quatre territoires de CLSC partenaires, soit les territoires des CLSC Bordeaux-Cartierville, Saint-Michel, Saint-Laurent et Parc Extension. Cet échantillon a été constitué en fonction de six critères de sélection découlant des questions de recherche :

1) Périnatalité : mères ayant déjà accouché, mais dont le bébé est âgé de trois mois et à un an.
2) Parité : 50 % primipares et 50 % multipares (mères ayant déjà eu un ou plusieurs enfants avant d'immigrer au Canada).
3) Durée de séjour : résidant au Québec depuis moins de 6 ans.
4) Catégories d'admission des mères : indépendante, requérante/réfugiée et parrainée.
5) Mères considérées à risque (par un professionnel) et ayant été référées à un service de périnatalité; mères qui ne sont pas considérées à risque et qui n'ont pas été référées (mais qui peuvent tout de même participer aux activités).

Toutes les mères qui ont participé à l'étude avaient un bébé âgé de 3 mois à un an lors de l'entrevue, leur expérience de la grossesse et de l'accouchement était donc encore fraîche à leur mémoire.

Bien que la naissance d'un premier enfant représente une transition particulière pour la mère, et que cette expérience peut être exacerbée par les circonstances migratoires, les facteurs de vulnérabilité peuvent varier selon qu'une mère soit primipare ou multipare. Cette variation représente un intérêt certain dans la mesure où des organismes offrant des services de périnatalité tendent plutôt à privilégier les mères primipares. En ce qui concerne le critère de référence, notons que les infirmières en CLSC effectuent des visites à domicile pour rencontrer toutes les nouvelles mères. Dans le cadre de ce processus, une fraction des mères seulement est référée à des programmes de périnatalité. L'échantillon est donc constitué en partie de mères ayant été référées et d'autres non.

En dernier lieu, les catégories d'admission, telles que définies par le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, constituent des variables incontournables puisqu'elles reflètent des conditions migratoires et des caractéristiques socio-démographiques différentes. En effet, selon la catégorie, les critères d'admission en définissent la composition et fournissent des balises permettant d'analyser les diverses trajectoires migratoires. Elles peuvent même être considérées comme prédicteurs de risque ou d'absence de risque pour la santé des mères et de leur enfant. Mais cela reste à explorer, à valider ou à infirmer. Aussi, les circonstances et trajectoires migratoires sont analysées en fonction de ces catégories d'admission pour vérifier, entre autres, si effectivement les mères de différentes catégories d'admission présentent des profils particuliers.

2.3.2 Procédure de collecte des données

Les répondantes ont été recrutées grâce à la collaboration des CLSC et des organismes communautaires partenaires. Plus précisément, des intervenantes ont pu identifier les nouvelles mères de leur territoire susceptibles de participer à l'étude, à l'aide des avis de naissance, des visites à domicile et des dossiers de suivi. Une fois la mère informée au sujet de la recherche (verbalement ou par un feuillet, selon le cas), l'intervenante devait solliciter sa participation à une entrevue d'une durée approximative de deux heures. Lors de cette visite, un feuillet explicatif était aussi remis à la participante potentielle, ainsi qu'un formulaire de consentement permettant d'assurer un choix libre et éclairé de sa part. Les mères intéressées étaient avisées qu'une personne allait communiquer avec elles dans les prochains jours afin de convenir du lieu et de la date de l'entretien. Les organismes communautaires ayant accordé leur appui à la recherche ont également recruté des mères répondant aux critères de sélection. Finalement, une somme compensatoire de 15 dollars a été offerte aux mères ayant participé à l'étude. Cette somme plutôt symbolique a entre autres servi à signifier notre reconnaissance pour leur participation.

Pour réaliser ces entrevues, quatre intervieweuses ont été retenues en raison de leur expérience et de leurs compétences linguistiques. Deux maîtrisaient à la fois l'anglais et le français, une l'espagnol et le français, et une autre différents dialectes de l'arabe et le français. Le recours à la banque d'interprètes de la Régie régionale de Montréal-Centre a néanmoins été nécessaire à huit occasions.

Une journée entière a été consacrée à la formation des intervieweuses sous la supervision des principaux membres de l'équipe de recherche à la Direction de la santé publique. Le contenu de la formation a porté sur :

- la problématique et les objectifs de la recherche;
- la revue détaillée du questionnaire;
- le déroulement des entrevues;
- les considérations éthiques et l'approche à privilégier auprès des mères.

De courtes formations ont aussi été données tout au long de l'étude de terrain auprès de chaque interprète afin de s'assurer de la bonne compréhension de l'ensemble des questions.

2.3.3 Résultat du recrutement

L'objectif de départ était de rejoindre 100 mères immigrantes. Au total, 118 ont été rejointes et 91 ont participé à une entrevue. L'étude de terrain s'est déroulée sur une période de quatre mois ayant débuté en octobre 1998 auprès des mères primipares pour se poursuivre auprès des mères multipares jusqu'en janvier 1999.

Il était prévu de rejoindre approximativement 25 mères dans chacun des quatre territoires de CLSC participants. Étant donné le type de recrutement adopté, son bon déroulement dépendait de la collaboration des CLSC et des organismes communautaires. Ceci dit, même si cette collaboration a été excellente en général, il n'en demeure pas moins qu'un CLSC a éprouvé des difficultés à recruter le nombre de

mères prévu, ce qui a prolongé le processus dans son ensemble de un mois et demi sans toutefois modifier la répartition des mères recrutées par territoire de CLSC (tableau 1).

Tableau 1 : Recrutement selon les territoires de CLSC

TERRITOIRES DE CLSC	MÈRES RECRUTÉES
St-Laurent	21
Parc Extension	23
Bordeaux-Cartierville	25
St-Michel	22
TOTAL	**91**

Pour ce qui est des mères rejointes mais n'ayant pas participé à une entrevue, une seconde vérification a permis de constater que dans la plupart des cas elles ne répondaient pas aux critères de recrutement déterminés pour l'étude (durée de séjour, maternité, etc.). Pour d'autres (8), l'instabilité liée à leurs conditions d'insertion ou à leur statut migratoire s'est traduite par leur abandon ou leur refus : manque de temps, service téléphonique interrompu, décès d'un proche et problèmes de santé. Dans trois cas, le refus ne venait pas des mères directement, mais plutôt de leur conjoint.

Le tableau 2 présente le résultat du recrutement selon les principaux critères de sélection des répondantes. On y constate que les mères parrainées sont les plus nombreuses ainsi que les mères n'ayant pas été référées.

TABLEAU 2 : Recrutement selon certaines caractéristiques des participants

	MULTIPARES /PRIMIPARES		CATÉGORIES D'ADMISSION			RÉFÉRÉES EN PÉRINATALITÉ	
entrevues complétées	multipares	primipares	indépendante	réfugiée (requérant)	parrainée	oui	non
91	45	46	18	27	46	36	55

2.3.4 Déroulement des entrevues auprès des mères

La totalité des entrevues se sont déroulées au domicile des répondantes. La durée prévue de deux heures pour les entretiens a fréquemment été dépassée pour atteindre à l'occasion deux heures trente et parfois trois heures. Les intervieweuses devaient s'introduire dans le quotidien des répondantes et dans leurs activités de mère. Aussi, la présence du nouveau-né et parfois des autres enfants détournait l'attention de la mère et prolongeait d'autant la durée de l'entretien. En ce sens, chaque fois ou presque, les intervieweuses devaient s'adapter à l'environnement familial. Parallèlement, elles devaient s'assurer de la bonne compréhension des objectifs de la recherche par les répondantes, ce qui a parfois nécessité une plus longue introduction. Certaines mères, et leur conjoint, démontraient par ailleurs de la méfiance et de l'hésitation avant de répondre aux questions, craignant la présence d'un caractère politique à cette rencontre. Néanmoins, une fois cette méfiance dépassée, les répondantes participaient en général avec beaucoup d'enthousiasme à l'entrevue, éprouvant de toute évidence une certaine satisfaction à raconter leur histoire et à faire part de leurs impressions sur la société

québécoise. Finalement, bien que le recours à des interprètes (8 interprètes au total) ait permis de conduire des entrevues dans des langues autres que le français, l'anglais, l'espagnol et l'arabe, cela a également contribué à prolonger les entrevues. En conséquence, lorsque les entretiens se prolongeaient trop, il a été plus difficile pour les intervieweuses de recueillir des commentaires pour les dernières questions ouvertes.

Les entrevues abordant des aspects parfois assez intimes de la vie des mères, les échanges étaient souvent intenses, générant une émotion certaine, des pleurs, des silences et des hésitations. Afin d'aider les mères, tout particulièrement celles présentant des signes évidents de détresse psychologique, une liste d'adresses et de numéros de téléphone d'organismes communautaires a été remise à toutes les répondantes et à toutes les mères présentant des signes évidents de détresse psychologie. En ce sens, les intervieweuses avaient pour directive de ne pas trop insister sur les expériences prémigratoires traumatisantes afin de ne pas créer inutilement de réminiscence post-traumatique.

Il est arrivé que le conjoint désire participer à l'entretien, se sentant, et avec raison, directement concerné par le sujet. En ces occasions, l'intervieweuse expliquait, non sans un certain doigté, que la recherche visait surtout à recueillir l'impression des mères. Sauf en une occasion, les conjoints n'ont pas insisté et ont laissé l'intervieweuse conduire l'entrevue avec la mère.

2.3.5 Le canevas d'entrevue auprès des mères

Le questionnaire a été conçu pour des entrevues semi-structurées, avec questions fermées et ouvertes dans une proportion d'environ deux tiers et un tiers respectivement. Au total, 79 variables, réparties selon huit dimensions respectant les principes du cadre conceptuel, sont analysées : le statut, les conceptions parentales, le réseau social et familial, l'état de santé global, le contexte prémigratoire, le contexte post-migratoire et le profil socio-démographique.

Pour chacune de ces dimensions, des variables ont été prévues afin de faire ressortir les aspects liés à l'intégration et aux changements encourus par l'expérience migratoire. Il s'agit ici des changements qu'impliquent le passage de la société d'origine à la société d'accueil en fonction d'expériences concrètes (soutien parental, situation économique, accouchement, services pré et postnatals, logement, etc.), et les stress que cela peut comporter.

Les huit dimensions abordées par le questionnaire sont les suivantes :

• Section 1 : le statut

Cette brève section vise à connaître les catégories d'admission à l'arrivée et le statut actuel, le statut civil, ainsi que la composition du ménage et les conditions de logement.

• Section 2 : les conceptions parentales

Cette section regroupe des variables sur les comportements adoptés durant la grossesse (alimentation et habitudes de vie) et à la période postnatale, soit les attitudes et habitudes adoptées quant au développement de l'enfant (alimentation, allaitement, relation mère/enfant, implication et rôle du père), de même que les préoccupations liées au fait que l'enfant grandisse

hors du pays d'origine. Pour certaines questions ayant trait aux conceptions parentales, nous nous sommes inspirés de la grille élaborée par Collette Sabatier : *Variations culturelles de la relation mère-enfant, normes et pratiques*. *Études auprès des Haïtiens et Vietnamiens de Montréal*.

• Section 3 : le réseau social et de soutien

Cette section vise principalement à apprécier l'ampleur et la qualité du réseau social des mères. Les variables considérées sont : le nombre de personnes, leur origine, le lieu de rencontre et de résidence, et le degré de fréquentation. L'aide apportée par ces personnes est documentée par une série de questions ouvertes se rapportant à quatre formes de soutien : instrumental, matériel, informatif et émotionnel. Les questions portent essentiellement sur le soutien pendant la période périnatale.

• Section 4 : le rapport aux services de santé pendant et après la grossesse

Cette section s'attarde à la perception des mères quant aux services ainsi qu'à leur utilisation : le type de consultation, la participation, le type de services, l'appréciation (technique et culturelle), comparaison avec le pays d'origine, etc.

• Section 5 : l'état de santé global

Ici, le propos concerne directement les problèmes de santé pendant la grossesse (ou les grossesses précédentes pour les multipares), les événements difficiles pendant ou après la (dernière) grossesse, de même que les changements survenus après la migration. Une échelle émotive, adaptée du SCL-25, une version abrégée du Hopkins Symptom Checklist est également utilisée dans cette section. Les items proposés par cette échelle (et traduit en cinq langues) ont été validés dans le cadre de recherches transculturelles, entre autres par la Table de concertation des organismes de Montréal au service des réfugiés, pour l'étude menée auprès des réfugiés par Jocelyne Berthot, Abdelwahed Mekki-Berrada et Cécile Rousseau (en cours), de même que par le Groupe de recherche sur la santé mentale des enfants réfugiés du Montreal Children Hospital, pour l'étude menée par Cécile Rousseau (en cours).

• Section 6 : le contexte prémigratoire

La sixième section cherche à documenter les événements ayant précédé la migration et qui peuvent affecter les conditions actuelles de parentage de ces mères. L'expérience prémigratoire est ici prise en considération de manière à saisir dans quelle mesure les différentes situations vécues par ces femmes ont contribué ou non à leur vulnérabilité. Cette brève section tente de retracer la trajectoire migratoire des mères, comment s'est concrétisé leur choix du Canada comme pays d'accueil, les raisons et les conditions de départ (départ volontaire ou involontaire, projet personnel, de couple ou familial, difficultés particulières ou expériences traumatiques liées au contexte politique, économique ou de guerre).

• Section 7 : l'immigration au Canada

Quelles sont les situations vécues lors de l'immigration ayant pu contribuer à la vulnérabilité des répondantes : processus de réunification familiale, rupture du réseau de soutien, rapport avec les proches demeurés au pays d'origine (inquiétudes, responsabilités, etc.). Cette section s'attarde également aux principales difficultés vécues depuis leur arrivée, sur ce qu'elles pensent de la vie nord-américaine (de l'éducation entre autres) et sur leurs connaissances des problèmes vécus par d'autres femmes immigrantes.

• Section 8 : le profil socio-démographique

Cette section traite des caractéristiques socio-démographiques (scolarité, principale source de revenu du ménage et son revenu annuel), de l'évolution du statut professionnel (occupation de la mère et du conjoint dans le pays d'origine, occupation de la mère et du conjoint au Canada, démarches d'équivalence des diplômes, etc.), de l'intégration économique et sociale par une comparaison des niveaux de vie ici et dans leur pays d'origine (financier, logement, travail, services).

L'instrument de collecte des données a été conçu de manière à mettre l'accent sur la perception des mères vis-à-vis de leur expérience migratoire et de son influence sur leur condition de parent, à savoir les facteurs vulnérabilisants ou facilitants auxquels elles font face, ou ont dû faire face, en tant que mères immigrantes.

La validation de construit de l'outil a été réalisée en trois étapes : révision de l'outil par chacun des membres de l'équipe de recherche, révision de l'outil par les responsables d'Enfance-famille des CLSC partenaires et pré-tests auprès de mères répondant aux critères de sélection.

Il est à noter qu'une liste de mots clés et de concepts a été élaborée en anglais. Ceci a permis de réduire les variations d'interprétation d'une intervieweuse à l'autre et d'augmenter notre contrôle de la qualité des données. Il en va de même pour l'échelle de l'état émotionnel, dont nous avons utilisé les traductions anglaise, espagnole, arabe et créole du SCL-25.

2.3.6 Variables à l'étude

A) Circonstances migratoires

CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET CULTURELLES

- Langue maternelle
- Pays de naissance de la mère et du père
- Langue parlée le plus souvent à la maison
- Connaissance de l'anglais et du français
- Cours de langue depuis l'arrivée au Canada
- Appartenance religieuse
- Origine urbaine ou rurale
- Âge (mère, père et bébé)
- Date de naissance (bébé)
- État civil à l'arrivée au Canada
- État civil actuel

VARIABLES PRÉMIGRATOIRES À L'ÉTUDE

- Difficultés particulières en raison de la situation qui existait au pays d'origine
- Expérience de répression ou de menaces
- Raisons du départ (volontaire ou non, préparé ou non)
- Choix du Canada comme pays d'accueil
- Pays et durée de transit
- Accueil et soutien au moment de l'arrivée au Canada

VARIABLES POST-MIGRATOIRES À L'ÉTUDE

Durée de séjour
Catégories d'admission
- Indépendante, requérante et réfugiée, parrainée
- Inquiétudes ou problèmes liés au statut d'immigration

Séparation familiale
- Séparation familiale : conjoint (durée et raison)
- Séparation familiale : enfant(s) (durée et raison)

Responsabiltés familiales
- Membres de la famille demeurés au pays d'origine
- Contact avec les membres de la famille demeurés au pays d'origine
- Soutien financier envers les membres de la famille demeurés au pays d'origine
- Démarches pour parrainer des membres de la famille

Déqualification
- Scolarité et équivalence
- Lieu d'obtention des diplômes
- Années d'études
- Adéquation entre emploi et qualifications (y compris le salaire)
- Satisfaction de l'occupation actuelle

Situation de vie
- Problèmes ou événements difficiles pendant ou après la grossesse
- Activités en général

B) Conditions parentales

CONDITIONS DE VIE
- Structure familiale
- Composition du groupe résidentiel
- Niveau d'études atteint
- Principale occupation actuelle et antérieure
- Changement prévu
- Nombre d'emplois occupés
- Durée des emploi occupés
- Principales sources de revenu du foyer
- Revenu familial total pour la dernière année

SANTÉ PHYSIQUE ET ÉMOTIVE
- Poids du bébé à la naissance
- Nombre de semaines de grossesse
- Problèmes de santé pendant la dernière grossesse
- Problèmes de santé lors de grossesses antérieures
- Hospitalisation
- État émotif

ACCESSIBILITÉ ET ADAPTATION DES SERVICES
- Consultation pendant la grossesse
- Consultation après l'accouchement
- Appréciation des soins reçus lors de l'accouchement
- Utilisation des services pendant la période périnatale

RÉSEAU DE SOUTIEN
- Réseau familial et social
- Réseau de parenté au Canada
- Fréquentations autres que familiales
- Soutien pendant la période périnatale
- Type de soutien : instrumental, matériel, moral, social et informatif
- Appréciation du réseau social en fonction du rôle de mère
- Loisirs, activités récréatives ou culturelles
- Formations, stages, recours à des services d'un organisme d'aide

IMPLICATION *PATERNELLE* - SOUTIEN
- Type d'implication du père
- Appréciation de l'implication du père
- Participation du conjoint

C) Conceptions parentales

- Principale source d'allaitement et durée
- Durée d'allaitement idéale
- Type de lait
- Préférences alimentaires pour le bon développement du bébé
- Changement d'habitudes pendant la grossesse ou l'allaitement
- Consommation et pratique pendant la grossesse ou l'allaitement
- Signes qui indiquent qu'un bébé se porte bien
- Âge et contexte particulier pour commencer à imposer une discipline
- Sources d'influence concernant la façon d'élever un enfant

D) Perspective des répondantes sur les changements vécus

PERCEPTIONS GÉNÉRALES
- Changements généraux depuis l'arrivée au Canada
- Problèmes vécus par les femmes immigrantes en général
- Réintégration sur le marché du travail ou aux études
- Impression de la situation au Canada (meilleure ou moins bonne)
- Conditions de vie ici représentant un obstacle pour être parents
- Impression sur le mode de vie nord-américain

SERVICES
- Accouchement : ici et au pays d'origine
- Services de santé : ici et au pays d'origine

RESPONSABILITÉS FAMILIALES
- Inquiétudes pour les membres de la famille demeurés au pays d'origine

SÉPARATION FAMILIALE
- Impact de la séparation (enfant)
- Impact de la séparation (conjoint)

PERCEPTION – RÉSEAU DE SOUTIEN
- Soutien ici et au pays d'origine : changements vécus

IMPLICATION DU PÈRE
- Implication du conjoint différente de celle attendue au pays d'origine

PERCEPTION - SANTÉ
- État de santé depuis l'arrivée au Canada : changements
- Causes attribuées à l'état émotif

PERCEPTION – SANTÉ ET SOINS DU BÉBÉ
- Différences quant à l*a source et à la durée de l'allaitement* ici et au pays d'origine
- Différences quant aux aliments habituellement recommandés ici et au pays d'origine
- Façons d'élever les enfants qui dérangent ou qui vous choquent ici au Québec
- Façons d'élever les enfants appréciées, qui plaisent ici au Québec
- Différences sur le plan de l'éducation par rapport au pays d'origine
- Inquiétudes rattachées au fait que l'enfant grandisse à l'extérieur du pays d'origine

2.4 Traitement et analyse des données

Le traitement des données a été fait selon plusieurs étapes étant donné la nature du questionnaire utilisé et le nombre de questions ouvertes et fermées. Une banque de données qualitatives a d'abord été constituée afin de compiler l'ensemble des témoignages sous forme de *verbatim*. Cette étape a permis de procéder à une analyse de contenu et d'identifier les unités de signification pour chaque question ouverte. Ces unités ont ensuite été regroupées en catégories plus larges. Afin de demeurer fidèles à la perspective des répondantes, nous n'avons pas déterminé à l'avance les thèmes et les catégories, ils ont émergé des propos eux-mêmes. De fait, la grille de codification a pris une ampleur considérable. Ce n'est que dans un deuxième temps que des thèmes plus englobants, reflétant des concepts de gains et de pertes, ou d'une émigration volontaire ou involontaire, ont été apposés à ces catégories. Cette seconde réduction des données s'est avérée nécessaire afin de procéder aux analyses visant à établir des associations entre les circonstances migratoires et les conditions parentales.

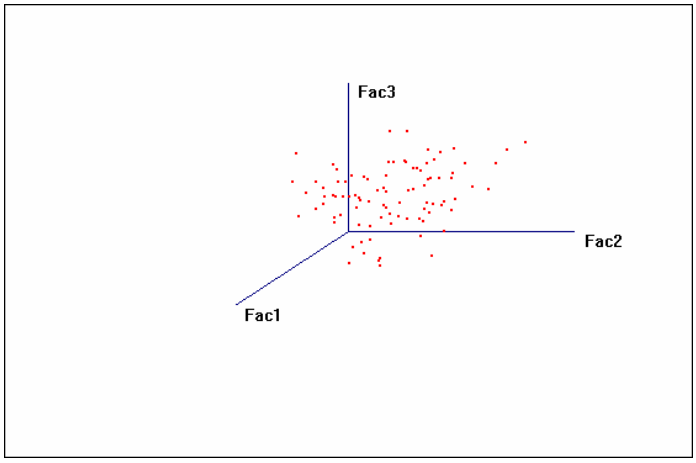
Étant donné le grand nombre de variables à l'étude et la taille somme toute réduite de l'échantillon, l'équipe de recherche a opté pour l'analyse des correspondances multiples qui permet d'explorer les relations existantes entre les différentes variables à l'étude et d'en donner un portrait d'ensemble. Par ailleurs, ce type d'analyse se révèle approprié pour des données nominales ou catégorielles, telles qu'elles ont été recueillies et colligées dans le cadre de cette étude. Les analyses des correspondances permettent en effet de présenter graphiquement des tables de données et ainsi d'en faciliter l'interprétation. Néanmoins, il ne s'agit aucunement, par ces analyses, de produire des résultats significatifs au plan statistique, mais plutôt d'explorer de nouvelles relations et de nouveaux *patterns* de relations possibles pour un ensemble de variables données. Cette approche permet d'explorer les données de façon systématique afin de classer et de regrouper des variables entre elles et, finalement, d'identifier des sous-groupes d'individus selon des profils et, dans le cas présent, selon leur vulnérabilité relative.

2.4.1 Analyse des correspondances multiples

Les données recueillies sont constituées d'un grand nombre de variables, pour la plupart de type nominal, amassées sur un échantillon de dimension réduite (N=91). Il est évidemment possible de croiser ces variables deux à deux, mais le portrait d'ensemble en serait morcelé et difficile à reconstituer. Afin de visualiser les interrelations entre de multiples variables, l'analyse factorielle des correspondances nous permet d'analyser un seul tableau gigantesque résultant du croisement de toutes nos variables à la fois dans un espace multidimensionnel. À partir de ce tableau unique, nous pourrons obtenir une représentation géométrique, telle une « carte », illustrant les associations entre toutes les modalités de nos variables. Nous entendons par « modalité » les différentes réponses possibles à une même question, pour une même variable. Par exemple, la variable « catégorie d'admission » comprend les modalités « parrainé », « réfugié » et « requérant ».

Cette technique, l'*analyse factorielle des correspondances multiples*, a principalement été développée par l'école statistique française, réunie autour de Jean-Paul Benzécri[2]. Elle procède en deux temps. D'abord, chaque sujet est représenté sur un tableau ou diagramme, par un simple point dans un espace multidimensionnel dont les coordonnées sont les réponses à nos questions (le *profil-ligne*). On obtient ainsi un nuage de points dans un espace mathématique comportant autant de dimensions que nous avons de variables[3]. Dans le cas de cette étude, on peut constater le résultat de cet exercice à la figure 1, où chaque point correspond à une des 91 répondantes situées dans cet espace multidimensionnel.

Figure 1 : Répondantes représentées dans l'espace multidimensionnel

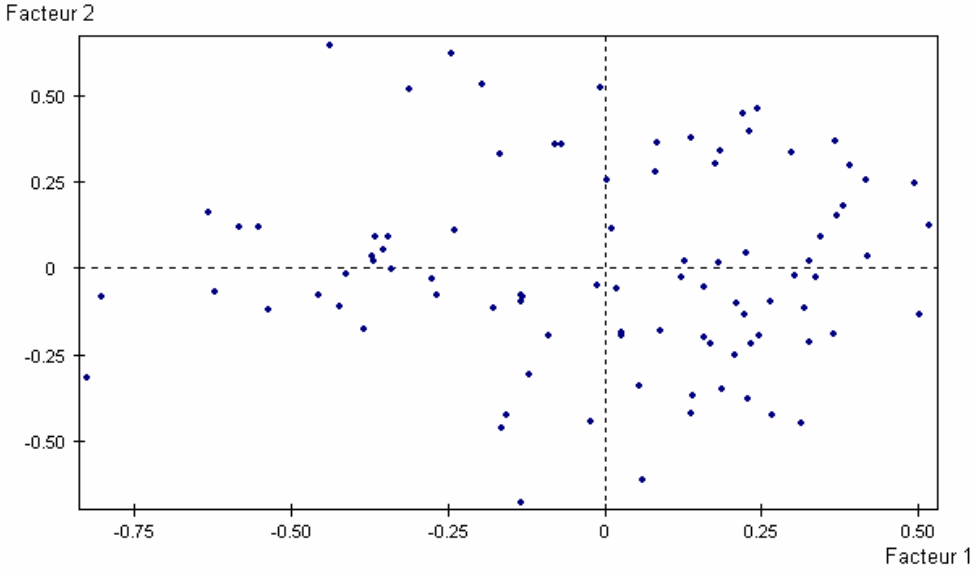


Nous cherchons ensuite à produire la meilleure représentation bidimensionnelle de cet espace multidimensionnel. Pour ce faire, nous repérons la direction d'allongement maximal du nuage de points, puis une seconde direction, perpendiculaire à la première. Ces directions privilégiées, qui rendent compte d'un maximum de la dispersion des répondantes (les points), sont appelées les axes principaux ou axes factoriels. À la figure 2, est illustrée la position des 91 répondantes sur un plan défini par ces deux axes.

[2] On la connaît aussi sous les noms de méthode des moyennes réciproques, étalonnage *dual* ou optimal, analyse d'homogénéité, régressions linéaires simultanées, théorie de la quantification de Hayashi ou encore, analyse en composantes principales de données qualitatives.

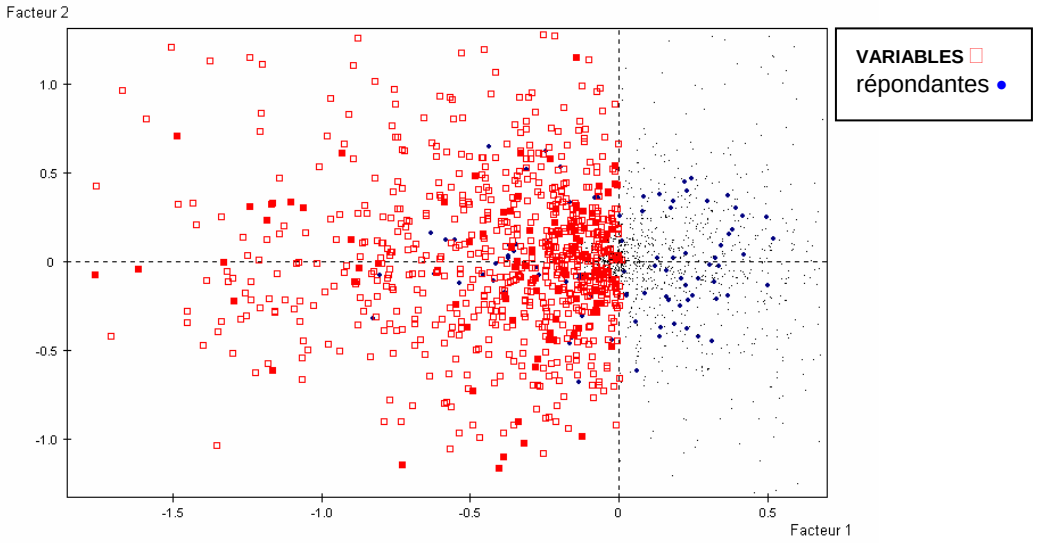
[3] Une transformation préalable des réponses est nécessaire pour garder constante la distance entre les points dans ce qu'on appelle la *métrique du khi-carré*.

Figure 2 : Points-sujets (91 répondantes) dans l'espace des variables



Dans un deuxième temps, et de manière identique, on peut représenter chacune des variables dans un espace multidimensionnel dont les coordonnées sont les réponses des sujets, c'est-à-dire les modalités de chaque variable. Cette fois, notre espace mathématique possédera autant de dimensions que nous avons de sujets. Nous obtenons ensuite la représentation bidimensionnelle optimale de ce nouveau diagramme. Afin d'illustrer cette procédure, nous avons divisé en deux parties le diagramme présenté à la figure 3. Les cadrans de gauche permettent de constater la superposition de toutes les variables à l'étude et, dans les cadrans de droite, ces variables ont été masquées de manière a laissé paraître la position des répondantes par des points.

Figure 3 : Répondantes et variables représentées dans un espace bidimensionnel



Nous nous retrouvons donc en possession de deux « cartes » distinctes : les points représentant les répondantes situées sur le plan défini par les variables et les carrés rouges représentant les variables sur le plan défini par les sujets. Or, les axes trouvés, dans les deux cas, correspondent l'un avec l'autre (d'où le nom d'analyse des correspondances), de sorte qu'il est possible de positionner simultanément les variables et les répondantes sur un même diagramme (figure 3).

Il est possible de donner une interprétation aux axes factoriels, ce qui constitue une partie importante des analyses des chapitres 3 et 4. Traversant des zones du nuage de points où l'on retrouve une concentration importante de modalités, les axes expriment la portion commune de ces associations. Ils résument les liens entre les modalités qui sont choisies simultanément par un grand nombre de répondantes.

Mais, jusqu'à quel point la représentation bidimensionnelle obtenue (figures 2 et 3) représente-t-elle fidèlement le nuage de points initial ? L'histogramme des valeurs propres (figure 4) nous donne la part de la variance expliquée par chacun des axes factoriels. Nous présentons ici les valeurs pour les dix premiers axes. Le test de l'éboulis (en anglais, *scree test*), identique à celui employé en analyse factorielle, permet d'évaluer le nombre de dimensions présentes dans un ensemble de données. On recherche dans cet histogramme le point où la décroissance devient régulière et à partir duquel les fluctuations observées peuvent être imputées au hasard, aux particularités de notre échantillon. Dans notre cas, les deux premiers axes se distinguent nettement des autres et expliquent conjointement 10,24 % de la variance totale. Une représentation bidimensionnelle des données semble donc pleinement justifiée. Ce pourcentage peut sembler bien modeste, mais il décroît rapidement avec le nombre de variables utilisées (Lebart, Morineau, Piron, 1997, p. 366).

Figure 4 : Histogramme des valeurs propres

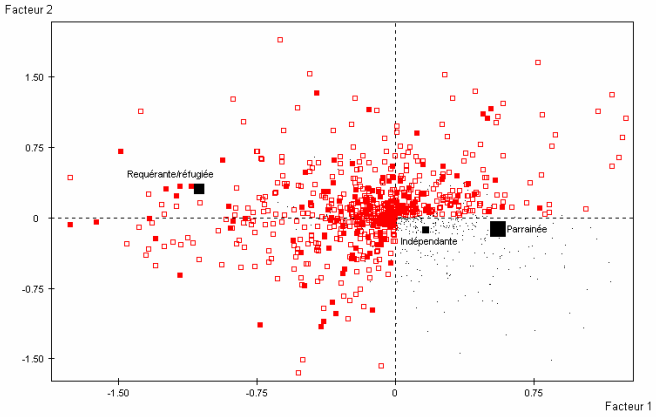
NUMERO	VALEUR PROPRE	POURCENT.	POURCENT. CUMULE	
1	0.0985	5.67	5.67	**********
2	0.0793	4.57	10.24	********
3	0.0665	3.83	14.07	*******
4	0.0643	3.71	17.78	*******
5	0.0615	3.54	21.32	******
6	0.0581	3.35	24.67	******
7	0.0539	3.10	27.77	*****
8	0.0523	3.01	30.79	*****
9	0.0481	2.77	33.56	***
10	0.0474	2.73	36.28	**

Ce processus accompli, il reste à observer les diagrammes d'interrelations qui en découlent, et à interpréter les correspondances qui y apparaissent entre les individus et entre les variables à l'étude. En principe, il est préférable d'éviter l'encombrement des diagrammes par l'utilisation simultanée d'un trop grand nombre de variables et de modalités. Ce principe a permis de structurer l'ensemble des chapitres 3 et 4 utilisant cette analyse. Bien que plusieurs diagrammes y soient présentés, il s'agit toujours, en réalité, du même sur lequel n'apparaît qu'une série de variables à la fois, selon les thèmes abordés. De fait, virtuellement, il serait possible de superposer l'ensemble des graphiques pour avoir une vision globale des associations entre chaque variable (figure 3).

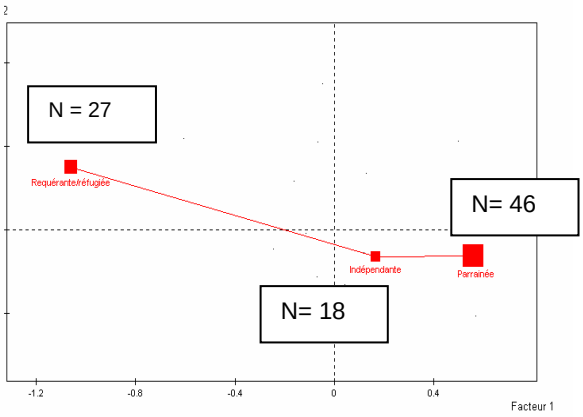
Pour finir, voici quelques principes de base qui facilitent la lecture des diagrammes présentés aux chapitres 3 et 4 :

- Il s'agit toujours du même diagramme sur lequel n'apparaît qu'un sous-ensemble de variables selon le thème abordé (l'exemple A illustre, en les identifiant, la variable *catégorie d'admission* et les 3 modalités dont elle est constituée au sein de l'ensemble des autres variables à l'étude).
- Au croisement des axes se trouve le profil moyen des répondantes pour l'ensemble des variables. Le profil moyen représente les répondantes typiques par rapport à l'ensemble de l'échantillon. Aussi, plus on s'éloigne du croisement central des deux axes, moins la caractéristique représentée est typique (exemple A).
- Les modalités de chaque variable sont représentées par des symboles (carré, cercle, losange, etc.) dont la taille varie avec le nombre de sujets qu'elles représentent (exemple B).
- Deux modalités (réponses différentes pour une même variable) appartenant à des variables différentes sont rapprochées dans le plan factoriel lorsqu'elles représentent, globalement, les mêmes personnes. Ce rapprochement signifie donc une plus grande association entre les deux caractéristiques en question que l'on peut lire sur l'axe horizontal ou vertical (exemple C).

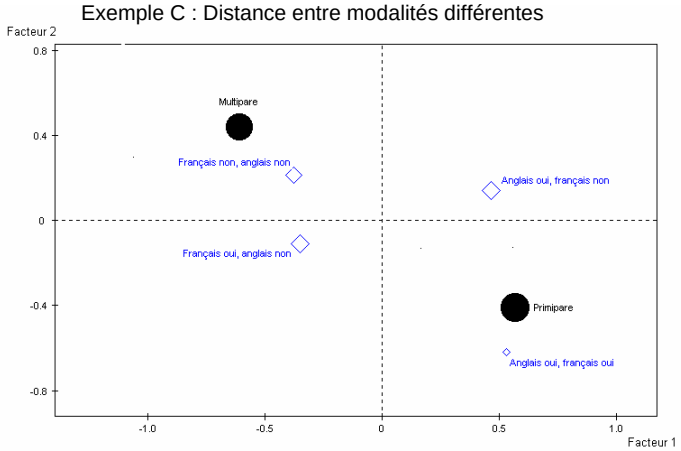
Exemple A : Ensemble des variables sur un diagramme



Exemple B : Taille des symboles et n de sujets



Exemple C : Distance entre modalités différentes



2.5 Limites de l'étude auprès de mères

Il s'agit d'une étude exploratoire dont les résultats ne sauraient être généralisables à l'ensemble de la population immigrante. Les résultats permettent essentiellement de formuler des hypothèses sur la vulnérabilité des mères immigrantes, et de proposer des pistes de réflexion afin d'en faciliter la reconnaissance. Une recherche subséquente auprès d'un échantillon représentatif de femmes immigrantes, basée sur les résultats de cette étude, permettrait l'élaboration d'une grille de sélection composée de critères validés et pondérés. Encore faudrait-il toutefois que cette grille puisse être multidimensionnelle afin de respecter toute la complexité de l'expérience migratoire. Ainsi, cette étude permet surtout de documenter la vulnérabilité des mères immigrantes au plan qualitatif selon la perspective des mères elles-mêmes présentée au premier volet, et d'intervenantes oeuvrant en milieu pluriethnique dans le second volet.

La sélection des répondantes a également contribué à limiter les résultats de cette étude. En effet, il est question ici de personnes récemment immigrées (6 ans et moins) et, par conséquent, on ne saurait tirer de conclusions sur les effets de l'immigration à plus long terme.

L'analyse factorielle des correspondances nous a permis d'explorer l'ensemble des dimensions abordées dans cette étude, et d'établir des relations entre elles, mais elle ne nous permet pas de prétendre à des résultats statistiquement significatifs. Aussi, ces résultats doivent être interprétés en gardant les caractéristiques de l'échantillon en tête.

Finalement, bien que l'origine culturelle puisse influencer la trajectoire migratoire, surtout en terre d'accueil, dans le cadre de cette étude, elle a été reléguée au second plan afin d'orienter les analyses en fonction des expériences migratoires. Aussi, on ne peut vraiment interpréter les résultats en fonction de l'origine ethnique ou culturelle.

Chapitre 3

Analyses
des circonstances migratoires

3 Circonstances migratoires

Ce chapitre vise à décrire les circonstances entourant l'expérience migratoire des répondantes afin de mieux saisir leur parcours, de mieux cerner les trajectoires qu'elles ont empruntées pour arriver au Québec. Certaines ont vécu des expériences troublantes, alors que pour d'autres tout s'est relativement bien déroulé. Ce n'est qu'une fois ces trajectoires migratoires décrites que nous serons en mesure d'en apprécier l'influence sur les conditions parentales (chapitre 4), et de voir dans quelle mesure elles ont contribué à la vulnérabilité de ces mères et de leur enfant en période périnatale. Cette partie a donc pour but de décrire l'échantillon sous l'angle des circonstances migratoires en débutant par les caractéristiques sociales et culturelles des répondantes, suivies des trajectoires migratoires depuis leur pays d'origine jusqu'à leur arrivée au Québec, et de quelques circonstances post-migratoires dont les caractéristiques socio-économiques. Chaque description est suivie d'une analyse des correspondances multiples visant à regrouper les répondantes selon des profils caractéristiques et à établir les relations possibles entre les diverses circonstances entourant l'expérience migratoire. Rappelons que ces analyses sont progressives et permettent d'établir les relations qui existent pour l'ensemble des variables à l'étude. Aussi, comme cela a été mentionné précédemment, bien que plusieurs diagrammes soient présentés, il s'agit en réalité du même diagramme sur lequel n'apparaît qu'une série de variables à la fois, selon les thèmes abordés. En conclusion, ces analyses permettront de présenter une typologie selon la vulnérabilité des mères et leurs expériences migratoires.

Dans ce chapitre, l'expérience migratoire est également abordée en considérant la perception des répondantes sur les changements qu'elles ont vécus depuis leur arrivée au Québec aux plans économique, social et culturel. Chacune a vécu un ensemble d'expériences qu'elles peuvent qualifier et même situer en termes de gains ou de pertes. Aussi, nous tenterons de cerner comment les mères elles-mêmes qualifient leur expérience migratoire et en quoi cette dernière les affecte, positivement ou négativement.

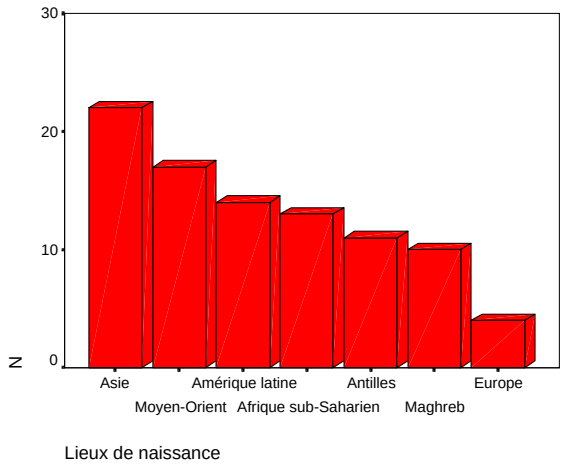
3.1 Caractéristiques sociales et culturelles

Les 91 participantes présentent diverses expériences migratoires relatives à leur milieu de provenance, à la situation politique qui y régnait, à leurs expériences personnelles et aux circonstances entourant leur émigration. Aussi, divers profils sociaux et culturels se dégagent des résultats qui suivent, tout comme diverses trajectoires migratoires.

Notons, d'abord, que les répondantes (n = 91) sont originaires de plusieurs régions du monde, principalement d'Asie (22), du Moyen-Orient (17), d'Amérique latine (14),

d'Afrique sub-saharienne (13), des Antilles (11), du Maghreb (10) et d'Europe (4) (voir en annexe pour la classification des pays par région).

Figure 1 : Régions de naissance[1]



Bien qu'il existe une variation culturelle importante au sein de chacune de ces régions du monde, il est néanmoins possible d'associer certaines caractéristiques culturelles aux lieux d'origine, comme la pratique d'une religion donnée ou la langue maternelle. À cet égard, notons que la grande majorité des répondantes sont de religion catholique (43), ou islamique (37). Au sein de notre échantillon, celles pratiquant ces religions se distinguent principalement par leur lieu de naissance : les répondantes musulmanes sont essentiellement originaires du Maghreb (10), de l'Asie (10) et du Moyen-Orient (10), alors que toutes les répondantes d'Amérique latine (14) et des Antilles (11) pratiquent la religion catholique. Certaines répondantes originaires d'Asie (4), d'Afrique (7) et du Moyen-Orient (6) sont aussi catholiques. Quelques mères pratiquent l'hindouisme (5), le sikhisme (2) et une le judaïsme (1).

La diversité ethnique et culturelle de l'échantillon se traduit par le nombre important de pays d'origine (39) et de langues maternelles (23) mentionnés. Seulement trois répondantes ont comme langue maternelle le français et deux l'anglais, alors que pour plusieurs d'entre elles la langue maternelle est l'arabe (23), l'espagnol (15) ou le créole (8).

Par ailleurs, la capacité d'utiliser les services de santé, et de s'intégrer à la société québécoise, est généralement facilitée par la connaissance d'une des deux langues officielles, soit le français ou l'anglais. Or, plus de la moitié des répondantes ne parlent pas du tout le français ou peu (53/91) et sensiblement le même nombre ne parlent pas l'anglais ou peu (52/91) (tableau 1). Parmi ces dernières, 24 au total ont mentionné ne parler ni le français ni l'anglais ou très peu. Ceci dit, pour expliquer cette proportion assez importante d'allophones, il faut rappeler que les répondantes qui forment cet échantillon sont toutes des immigrantes récentes (moins de 6 ans). D'ailleurs, la moitié d'entre elles (45/91) participaient encore ou venaient de participer à des cours de français (40) ou d'anglais (5) au moment de l'entrevue.

[1] Il est à noter qu'une répondante ayant vécu aux États-Unis plusieurs années s'est dite originaire d'Afrique et a été reclassée en conséquence.

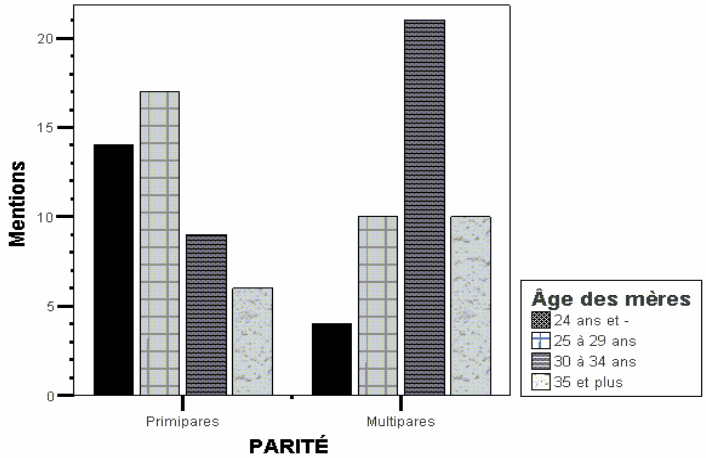
Tableau 1 : Connaissance du français et de l'anglais

		Parlez-vous anglais ?		
		Non/peu	Moyen/ couramment	Total
Parlez-vous français?	Non/peu	*24*	*29*	*53*
	Moyen/couramment	*28*	*10*	*38*
Total		*52*	*39*	*91*

Selon ces quelques données, l'échantillon respecte le caractère pluriethnique des territoires où s'est déroulée l'étude et du même coup reflète sur ce point la clientèle susceptible de faire appel aux services des organismes s'y trouvant. À titre d'exemple, le recensement de 1996 nous permet de constater que dans le territoire du CLSC Bordeaux-Cartierville on dénombre 31 lieux de naissance différents pour les immigrants récents (1991 à 1996), dans ceux des CLSC Parc Extension 29, Saint-Michel 22 et, finalement, St-Laurent 35. Parmi les principaux lieux de naissance, notons le Liban dans Bordeaux-Cartierville et dans St-Laurent, alors que la population immigrante récente dans Saint-Michel est plutôt originaire d'Haïti et dans Saint-Laurent, de l'Inde, du Sri Lanka et aussi d'Haïti. Pour ce qui est des langues maternelles, on en dénombre tout autant, soit une trentaine en moyenne par territoire, les principales étant, hormis le français et l'anglais, l'arabe, le grec (reflétant une immigration plus ancienne), l'espagnol, le créole, le panjabi, l'ourdou et l'arménien. Les lieux de naissance varient considérablement d'un territoire de CLSC à l'autre, ce qui illustre clairement la forte pluralité ethnique qui particularise chacun de ces territoires.

En ce qui a trait aux caractéristiques sociales comme l'âge, la scolarité et la structure familiale, l'échantillon reflète également, par sa composition, la population des quatre territoires de CLSC partenaires.

Figure 2 : Âge des répondantes selon la parité



Les répondantes sont âgées de 18 à 42 ans, la moyenne se situant autour de 29 ans. Comme on peut le constater à la figure 2, les mères multipares sont en moyenne un peu plus âgées. À cause de la stratégie d'échantillonnage utilisée, l'échantillon se divise de façon égale selon la parité : 46 mères ont un seul enfant et 45 deux ou plus. Rappelons également que toutes les mères multipares ont donné naissance à leur dernier enfant au Québec, leurs autres enfants étant nés au pays d'origine, avant d'émigrer. Parmi ces dernières, la plupart ont 2 ou 3 enfants et quelques-unes plus de quatre.

Pour la plupart (74/91), les répondantes étaient déjà mariées ou en union libre à leur arrivée au Québec. Seulement 13 étaient célibataires, une veuve et trois séparées. Ceci dit, la situation a changé pour quinze de ces mères depuis leur arrivée, douze s'étant mariées et 3 autres s'étant séparées. En conséquence, la grande majorité des répondantes vivaient avec un conjoint au moment de l'entrevue, 9 seulement étant officiellement sans conjoint. Cependant, 10 mères au total peuvent être considérées comme monoparentales, leur conjoint ne cohabitant plus avec elles.

Tableau 2 : Plus haut niveau de scolarité atteint

		N	% (n = 91)
Niveaux	Universitaire	*29*	*31,9*
	Collégial	*18*	*19,8*
	Secondaire ou moins	*43*	*47,3*
	Total	*90*	*98,9*
	Pas de réponse	*1*	*1,1*
Total		*91*	*100,0*

Finalement, notons que près de la moitié des répondantes ont un niveau de scolarité secondaire ou moindre (43/91), que 18 ont atteint un niveau collégial et 29 un niveau universitaire. Dans un contexte d'immigration, la scolarité représente toujours un certain nombre d'interrogations. D'une part, y a-t-il une équivalence et, d'autre part, la scolarité est-elle reconnue par les instances du pays d'accueil ? Nous parlons ici d'une possible déqualification advenant le cas où les diplômes ne sont pas reconnus. Parmi les répondantes, 17 ont fait des démarches pour obtenir une équivalence de diplôme et seulement sept l'ont obtenue. La situation est similaire chez leur conjoint, seulement 11 sur 31 ont obtenu une équivalence ou une reconnaissance. Les répondantes qui ont vécu une situation de déqualification avaient atteint le plus haut niveau de scolarité. Aussi, y a-t-il un certain nivellement des conditions de vie, puisque l'immigration efface, en quelque sorte, les privilèges qu'auraient pu procurer la scolarité, l'expérience professionnelle ou encore le statut social. Cette situation est encore plus frappante lorsqu'une personne diplômée ne parle ni le français ni l'anglais.

> *« Mon mari a été obligé de travailler dans une manufacture. Il était avocat et il avait fini ses études juridiques. Il est frustré après 20 ans d'études. » (27 ans, Afghanistan, indépendante)*
>
> *« C'est pas facile pour moi, parce que j'ai mon diplôme de secrétaire de direction dans mon pays, mais je ne parle pas bien le français, je ne peux pratiquer au Québec et je n'ai pas le temps de refaire les cours. » (29 ans, Liban, parrainée)*

Étant donné que l'échantillon est composé de mères recrutées en fonction d'un certain nombre de critères, dont celui de n'avoir accouché que de 3 mois à 1 an avant l'entrevue, il est difficile de le comparer à l'ensemble de la population. Il est préférable de limiter les comparaisons avec la population de femmes ayant donné naissance au cours des dernières années. À cet effet, le niveau de scolarité est beaucoup plus élevé au sein de l'échantillon que dans les territoires des CLSC partenaires. Plus précisément, seulement 17 % des mères ayant accouché en 1996 avaient atteint un niveau d'études universitaire dans le territoire de Bordeaux-Cartierville, et 4 % dans celui de Parc Extension, comparativement à 32 % des répondantes de l'étude. Ceci corrobore toutefois la plupart des études mentionnant que le niveau de scolarité est généralement plus élevé chez les populations immigrantes qu'au sein de la population en général. Ce qui s'explique entre autres par les critères d'immigration selon la catégorie d'admission.

Par ailleurs, la proportion de mères monoparentales est inférieure dans l'échantillon à celle retrouvée dans les quatre territoires. En effet, il n'y a que dix familles monoparentales sur 91 (11 %) dans cet échantillon, alors que la moyenne des familles monoparentales avec au moins un enfant se situe autour de 30 % dans chacun des quatre territoires des CLSC partenaires.

3.1.1 Profil culturel et social

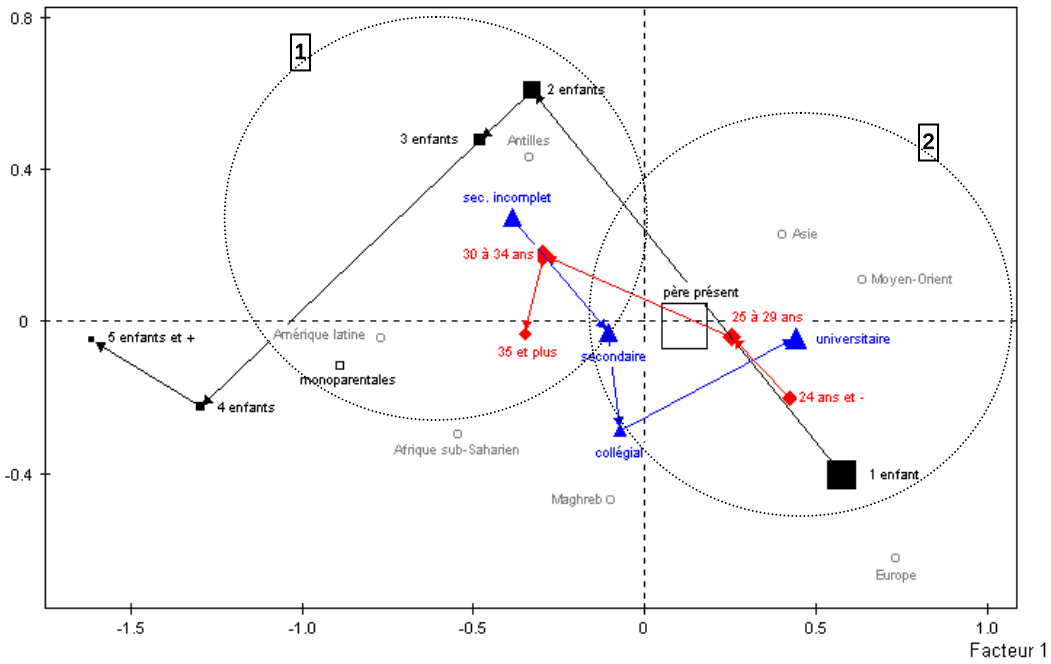
L'analyse des correspondances présentées à la figure 3 permet de définir quelques profils sociaux et culturels à l'aide d'associations observables entre les variables décrites précédemment et les individus formant l'échantillon. Cette analyse servira également de référence pour celles à venir, notamment lorsqu'il sera pertinent de se rapporter aux caractéristiques sociales et culturelles des répondantes.

Ces analyses permettent d'observer que les mères primipares sont surtout originaires d'Europe, d'Asie et du Moyen-Orient et qu'elles sont les plus scolarisées de l'échantillon. En effet, la plupart des répondantes ayant atteint un niveau universitaire sont primipares (20/29). Ces dernières se caractérisent aussi par le fait qu'elles sont plus jeunes en moyenne que l'ensemble de l'échantillon et qu'elles vivaient presque toutes avec leur conjoint lors de l'entrevue. Finalement, ces répondantes sont aussi celles qui parlent l'une des deux langues officielles, sinon les deux. Les répondantes provenant d'Asie et du Moyen-Orient parlent surtout l'anglais, alors que celles originaires d'Europe et du Maghreb disent avoir une bonne connaissance de l'anglais et du français (figure 4). Ces caractéristiques correspondent à la zone 2 de la figure 3, illustrée à l'aide d'un cercle regroupant les variables associées positivement entre elles.

Rappelons que la région d'origine peut certes influencer le type d'expérience migratoire, ne serait-ce que par la situation politique et économique qui y dominait avant l'émigration. Cette situation, toutefois, doit être considérée comme circonstancielle, puisqu'elle peut changer d'une année à l'autre, d'un régime à l'autre, faisant du lien entre région d'origine et expérience migratoire une association temporaire. Par conséquent, des personnes originaires d'un même pays peuvent avoir vécu des expériences très différentes si elles ont émigré à des moments différents. En contrepartie, deux personnes provenant de pays différents peuvent avoir vécu une expérience similaire eu égard à la persécution ou encore à une situation familiale ou économique difficile.

D'emblée, l'analyse des correspondances nous amène à considérer un aspect en particulier de la situation familiale qui semble caractériser les mères, et ce peu importe leur origine, soit leur parité. Nous avons vu en effet que les mères primipares se concentrent dans la zone 2 (86 %), alors que les mères multipares se situent plutôt dans la zone 1 (figure 3). Il apparaît donc que des caractéristiques différentes permettent de distinguer ces mères selon un ensemble de caractéristiques associées à la parité.

Figure 3 : Caractéristiques sociales des mères selon le pays de naissance, l'âge, la structure familiale, la parité et la scolarité



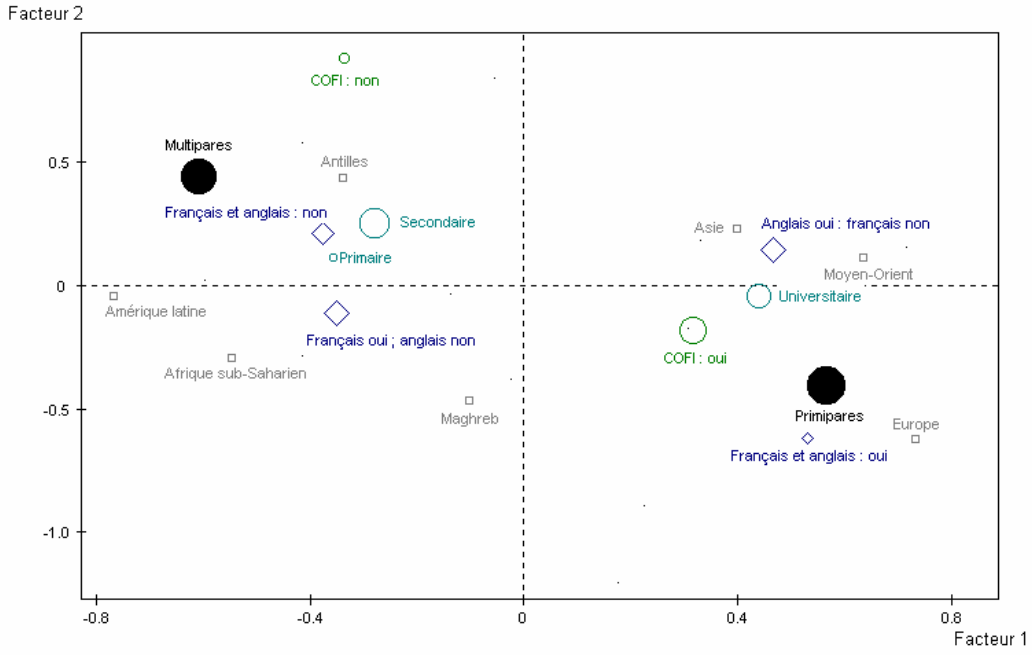
Parmi les mères multipares se trouvent les répondantes antillaises (d'origine surtout haïtiennes), d'Amérique latine et d'Afrique. Il s'agit des répondantes qui ont le plus faible niveau de scolarité, soit secondaire ou moins. Elles sont aussi les plus âgées de l'échantillon et près de la moitié ont plus de 35 ans. Pour ce qui est de la structure familiale, nous retrouvons la plupart des familles monoparentales dans cette même zone. Finalement, le fait d'avoir une faible scolarité, voire un secondaire incomplet, est fortement associé à la méconnaissance du français et de l'anglais (figure 4). À l'opposé, une plus forte scolarité est aussi signe d'une connaissance des deux langues officielles. Par ailleurs, ces répondantes sont aussi celles qui ont profité des cours du COFI.

Quelques variables permettent de mieux comprendre le sens de l'axe horizontal qui divise ce diagramme. Sur cet axe, ou facteur 1, se situe clairement la parité des mères, soit dans les cadrans de droite celles ayant un seul enfant et dans ceux de gauche celles ayant plusieurs enfants. Cette division sera notée chaque fois qu'une référence à la parité des répondantes sera nécessaire dans les analyses subséquentes. Toujours sur cet axe, se situe la scolarité, qui va dans le sens inverse à la parité, c'est-à-dire que les mères les moins scolarisées sont souvent celles ayant le plus grand nombre d'enfants. L'axe vertical divise plutôt les répondantes selon leur connaissance du français et de l'anglais. Celles qui en ont une meilleure connaissance se situent plutôt

dans le bas du diagramme, et les autres surtout dans le haut, sauf pour celles qui connaissent bien l'anglais mais peu le français, ce qui est le cas des répondantes asiatiques (figure 4). Soulignons encore ici que la scolarité est également associée à la connaissance d'une des deux langues officielles, sinon des deux. Précisons, à cet effet, que près des deux tiers des répondantes ayant un statut d'indépendante à leur arrivée avaient atteint un niveau d'études universitaire ou collégial (13/18), que près de la moitié des répondantes parrainées avaient aussi atteint ce niveau d'études, alors que la proportion est inversée chez les répondantes réfugiées ou requérantes, plus de la moitié d'entre elles ayant un niveau d'études secondaire ou moindre (15/27).

En résumé, pour rendre compte du profil plus général que nous proposent ces données, il importe d'abord de souligner que la parité constitue une variable clé pour saisir les différences entre les répondantes qui composent l'échantillon. Bien que nous nous contentons pour l'instant d'en constater l'importance, nous verrons plus loin que l'explication de ces différences n'est pas indépendante des trajectoires migratoires, et que la réalité des mères primipares les distingue des mères multipares sur plusieurs points. Pour l'instant, il est néanmoins possible de dire que plus les répondantes sont âgées, moins elles sont scolarisées et plus elles ont d'enfants, tout en étant dans une situation de monoparentalité. Cette situation reflète tout particulièrement l'expérience des mères ayant pour lieu de naissance l'Amérique latine, les Antilles ou encore l'Afrique, des mères qui par ailleurs ne parlent pas, ou peu, l'anglais ou le français. À l'opposé, les mères ayant un plus haut niveau de scolarité sont en général plus jeunes, vivent encore avec leur conjoint, sont primipares et originaires du Moyen-Orient, d'Asie et d'Europe, et parlent l'anglais couramment ainsi que le français, surtout dans le cas des répondantes originaires du Maghreb.

Figure 4 : Connaissance du français et de l'anglais selon la parité



3.2 Trajectoires migratoires

Le fait d'émigrer n'est pas toujours le résultat d'un choix ou d'une décision planifiée. De fait, la plupart des répondantes ont mentionné au moins une raison signifiant qu'elles n'ont pas personnellement choisi de quitter leur pays, mais qu'elles y ont été poussées par les circonstances (67/91). Ceci dit, les répondantes ont mentionné plus d'une raison en général. Pour plusieurs, leur émigration est attribuable à la situation prévalant dans leur pays d'origine, une situation souvent insoutenable à cause de la répression et des menaces mettant leur vie ou celle des membres de leur famille en danger (20/91). La fuite est donc apparue comme la principale raison de départ pour près du quart des répondantes (20/91). Soulignons que deux répondantes ont également décidé d'émigrer dans le but de fuir la violence conjugale dont elles étaient victimes.

> *« Les conditions de mon pays ne sont pas bonnes (guerre, politique). Ma vie était en danger, les policiers cherchaient mon père, ils ont tué ma mère, ils m'ont violé sexuellement. » (23 ans, Zaïre, réfugiée)*
>
> *« À cause de mon mari, il m'a parrainée. Mon mari, il est venu à cause de la guerre, il n'aimait pas la guerre, pas d'électricité, pas d'eau, pas la paix, beaucoup de bombardements, alors il a quitté le pays. » (29 ans, Liban, parrainée)*
>
> *« C'est à cause de moi. Mon mari n'a pas été menacé, c'est plutôt moi à cause de mon métier, coiffeuse, ma collègue de travail et mon amie ont été retrouvées égorgées. » (28 ans, Algérie, requérante)*

Plusieurs répondantes attribuent la décision d'émigrer à leur conjoint (35/91) qui espérait trouver de meilleures conditions de travail au Québec ou à tout le moins de meilleures conditions de vie. Il est difficile dans le cas de ces répondantes de savoir si leur choix d'émigrer était vraiment personnel ou imposé. Pour certaines d'entre elles, il s'agissait certes d'un projet de couple, alors que pour d'autres le choix de suivre ou non le conjoint ne se posait pas vraiment.

> *« Je me suis mariée et on est partis parce qu'il avait un travail ici. Au Brésil, il n'avait pas un travail qu'il aimait. C'était plus facile pour moi de venir ici que pour lui de rester là-bas. » (31 ans, Belize)*

Parmi celles qui ont décidé elles-mêmes d'émigrer, les raisons invoquées traduisent un choix visant à améliorer leur situation de vie (14/91), à rejoindre leur famille (8/91), à faire des études ou à les finir (4/91), ou encore à changer de vie et à satisfaire leur curiosité (3/91).

> *« Le Canada me plaît beaucoup, je voulais toujours essayer quelque chose d'autre, changer de façon de vivre. La vie est très difficile là-bas, la situation économique, politique, sociale… » (35 ans, Russie)*
>
> *« Parce que je voulais une vie meilleure. En Haïti, c'est difficile le travail. Ici aussi c'est difficile, malgré ça ici c'est mieux. » (33 ans, Algérie)*

Tableau 3 : Raisons de départ mentionnées par les répondantes

		Mentions	% (n=91)
Départ volontaire	Choix personnel, volontaire	19	20,9
	Pour améliorer situation vie (travail, condition)	14	15,4
	Pour rejoindre la famille	8	8,8
	Pour étudier	4	4,4
	Pour changer, curiosité	3	3,3
Départ relatif au conjoint	Pour rejoindre le conjoint ou le suivre	35	38,5
Départ involontaire	Pas par choix personnel	67	73,6
	Pour fuir conflit armé ou situation dangereuse	20	22,0
	Pour fuir persécution, discrimination, racisme	20	22,0
	Pour fuir mari, famille	2	2,2
TOTAL		192	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une raison, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Ces raisons de départ nous amènent à considérer deux trajectoires migratoires assez typiques. La première est celle de personnes ayant quitté leur pays d'origine selon un plan, avec des espoirs et surtout avec un désir personnel d'émigrer. Ces personnes ont procédé à un départ dit **volontaire**, et nous ferons référence à ce concept pour la suite des analyses. Quant à la deuxième trajectoire, plusieurs mères ont invoqué des raisons de départ plutôt **involontaires**, c'est-à-dire qu'elles ont quitté leur pays pour fuir une situation qu'elles ne pouvaient plus supporter. En bref, un départ qui ne découle pas nécessairement d'un choix personnel, mais d'une urgence, d'une nécessité dont l'enjeu a parfois été leur survie. Finalement, les répondantes qui ont quitté sur l'initiative de leur conjoint ou encore dans le cadre d'un projet de couple ne peuvent vraiment être rangées dans l'une ou l'autre de ces deux catégories. Notons que parmi ces dernières, quelques-unes ont également mentionné des raisons de départ à la fois volontaires et involontaires. En ce sens, les raisons de départ peuvent parfois paraître contradictoires puisque le souhait d'émigrer peut se conjuguer à l'obligation ou à l'urgence de quitter.

Plusieurs répondantes, notamment celles ayant vécu une migration involontaire, ont mentionné avoir personnellement souffert de répression ou du moins avoir reçu des menaces sous une forme ou une autre (24/91). Vingt autres ont dit que leur conjoint a été victime de persécution ou de menaces, ce qui, dans plusieurs cas, a justifié leur émigration. De tels événements laissent des traces, plusieurs les ont toujours en mémoire et y repensent souvent (47/91). Bien que parmi ces souvenirs ils s'en trouvent des positifs, comme on peut le constater au tableau 4, la plupart des mentions réfèrent à l'inquiétude et à l'anxiété ressenties avant d'émigrer, aux personnes laissées derrière, aux mauvaises conditions de vie, aux horreurs de la guerre, à la persécution et aux personnes proches disparues ou décédées.

Tableau 4 : Événements prémigratoires marquants

		Mentions	% (n=47)
	Inquiétude, anxiété, angoisse, peur	*14*	*29,8*
	Quitter personnes proches, séparation	*11*	*23,4*
	Guerre, horreur, mort , tensions politiques	*9*	*19,1*
	Mauvaises condition de vie générale	*9*	*19,1*
	Agression, persécution	*5*	*10,6*
	Évite d'y penser	*5*	*10,6*
	Pertes matérielles	*3*	*6,4*
	Bons souvenirs, nostalgie	*3*	*6,4*
	Disparition, mort de proches	*3*	*6,4*
Total		*62*	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'un événement, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Certaines expériences prémigratoires sont susceptibles d'affecter les individus qui y ont été exposés. De fait, près de la moitié des répondantes se sont dites affectées, encore aujourd'hui, par des événements ayant précédé leur migration (51/91). Principalement, ces dernières l'ont été au plan émotif (26/51), étant plus nerveuses qu'avant, plus inquiètes ou plus tristes. Sinon, certaines ont observé une détérioration de leur santé physique (8/51), de leur relation avec leur conjoint (7/51) et avec leurs enfants (5/51).

> *« Les bombes! d'ailleurs, les premiers temps, quand on marchait à Montréal, on avait le comportement de peur qu'on avait là-bas en Algérie. On réagit à des bruits forts par des sursauts. » (33 ans, Algérienne)*
>
> *« Maintenant, je suis très nerveuse, même avec mon mari des fois la situation est tendue. » (36 ans, Chilienne)*

Parmi les mères ayant vécu une répression dans leur pays d'origine, quelques-unes avaient un statut de réfugiée (5) à leur arrivée, d'autres étaient requérantes de statut (22). Autrement, la plupart des répondantes de l'échantillon ont été parrainées (46) dans le cadre d'une réunification familiale ou par un groupe (3) et, finalement, certaines ont immigré dans la catégorie indépendante (18) (tableau 5). Soulignons que cet échantillon ne reflète que très partiellement les tendances migratoires des dernières années, la catégorie indépendante étant entre autres sous-représentée. En effet, la catégorie indépendante est la principale catégorie d'admission au Québec pour l'année 1998 avec 50 % de la population immigrante. Au cours de la même année, la catégorie de la famille représente 26,3 % de la population immigrante alors que ce pourcentage est de 23,8 % pour les personnes réfugiées[2].

Tableau 5 : Catégories d'admission des répondantes

		N	%
Catégories	Parrainée	*46*	*50,5*
	Requérante/réfugiée	*27*	*29,7*
	Indépendante	*18*	*19,8*
	Total	*91*	*100,0*

[2] Source : Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration,Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec, 1999.

CATÉGORIES D'ADMISSION

- *Indépendante*: Gens d'affaires et travailleurs qualifiés sélectionnés suivant une grille d'évaluation.
- *Parrainée* : (ou réunification familiale) personnes admises au Canada sur la base de liens familiaux, et dont une personne s'est portée garante en se prévalant du droit de parrainage.
- *Réfugiée* : Personnes en situation de détresse dans le pays d'origine et reconnues comme réfugiées au sens de la Convention de Genève. Dans cette étude, nous incluons dans cette catégorie les personnes requérantes de statut, également en situation de détresse, mais non reconnues et qui sont en attente du statut de réfugié.

Ces catégories d'admission témoignent très souvent de différentes expériences migratoires dont nous tiendrons compte lors des analyses de correspondances. Elles permettent notamment de distinguer les répondantes selon le type de séparation qu'elles ont vécue, toute séparation familiale n'ayant pas la même signification. Plusieurs ont vécu une séparation avec leur conjoint (56), alors que d'autres ont plutôt été séparées de leurs enfants (14) (tableaux 6 et 7). Parmi celles ayant dû se séparer de leur conjoint, certaines sont arrivées seules au Québec, le laissant derrière elles parfois dans un contexte social et politique inquiétant. Ceci est surtout le cas des répondantes réfugiées ou requérantes de statut. Mais, dans la plupart des cas, à tout le moins pour celles qui ont été parrainées, elles sont venues rejoindre leur conjoint déjà installé au Canada (voir tableau A1 en annexe). En somme, seules les répondantes de la catégorie d'admission indépendante semblent échapper aux séparations familiales. De toute évidence, ces séparations ne sont pas que le résultat de procédures d'immigration imposées par le Canada, mais aussi de parcours parfois tortueux et de choix migratoires précipités par la nécessité de fuir une situation devenue dangereuse.

> *« Quand j'ai quitté le Sri Lanka, mon conjoint a été reçu par l'Angleterre mais pas moi. Je suis donc venue ici. Et puis j'ai parrainé mon mari. Et nous nous sommes mariés au Canada. »* traduction de l'intervieweuse *(36 ans, Sri Lankaise)*
>
> *« C'est mon conjoint qui a été menacé. Il fallait fuir puis pour le rejoindre, les démarches ont été pénibles. » (33 ans, Syrienne)*

Ces situations correspondent à des séparations familiales plus ou moins longues, allant parfois de quelques mois à plusieurs années. Plus précisément, pour la moitié des répondantes ayant vécu une séparation, la durée a été d'une année ou moins. Mais plusieurs ont vécu une séparation s'étalant sur plus d'une année, allant jusqu'à plus de cinq années pour certaines. Il va sans dire que le type de séparation ainsi que la durée n'affectent pas de manière identique. Par exemple, les répondantes dont le mari ou un enfant était demeuré au pays d'origine ont mentionné vivre beaucoup d'angoisse et d'anxiété, des sentiments allant en augmentant lorsque l'attente se prolongeait et que la situation politique dans le pays d'origine était précaire, voire dangereuse.

> *« L'attente a duré de longues années. Les conséquences de la séparation avec mon mari, c'était dur à voir! Toute cette incertitude, cette inquiétude que j'ai endurée a influencé mon état de santé. Je suis devenue fragile, toujours fatiguée et surtout nerveuse. » (33 ans, Syrienne)*

Tableau 6 :
Séparation durant la migration : conjoint

		Mentions	% (n=78)
Votre conjoint	Vous accompagnait	22	28,2
	Se trouvait déjà au Canada	45	57,7
	Était au pays d'origine	11	14,1
	Total	78	100,0
	Ne s'applique pas	13	
Total		91	

Tableau 7 :
Séparation durant la migration : enfant

		Mentions	% (n = 41)
Votre enfant	Vous accompagnait	27	65,9
	Était au pays d'origine	12	29,3
	Se trouvait déjà au Canada	2	4,9
	Total	41	100,0
	Ne s'applique pas	50	
Total		91	

Les répondantes dont le conjoint s'était installé au Québec avant elles avaient par conséquent quelqu'un pour les accueillir à leur arrivée. Dans plusieurs cas, le conjoint et la belle-famille les ont accueillies, ce qui a facilité leur insertion à court terme en leur donnant accès à un endroit où manger et dormir, et à un réseau de personnes susceptibles de les aider dans les premières étapes de leur intégration. Il s'agit d'une situation dont plusieurs répondantes ont bénéficié, même en l'absence de leur conjoint, puisque dans certains cas des membres de la famille (23), de la belle-famille (14) ou des amis (5) étaient là pour les accueillir. Soulignons toutefois que 39 répondantes ont mentionné qu'elles n'avaient personne pour les accueillir en arrivant au Canada. Il est difficile de savoir si cette situation est représentative des personnes immigrantes au Québec, mais elle est certes défavorable, car elle réduit les possibilités de s'insérer dans un réseau dès l'arrivée, du moins en ce qui concerne un réseau de personnes proches.

Tableau 8 : Accueil au moment de l'arrivée

	N	%
Aucune personne	39	42,9
Famille	23	25,3
Belle-famille	14	15,4
Amis	10	11,0
Autre	5	5,5
Total	91	100,0

Les répondantes ayant eu quelqu'un pour les accueillir ont pour la majorité été parrainées. Participant au processus de réunification familiale, ces dernières ont vu leur installation facilitée par la présence de proches au Québec. L'acquisition d'un statut d'immigrante reçue ou de la citoyenneté canadienne a également été une démarche moins longue et moins pénible pour ces femmes, ce qui a certes permis d'atténuer les inquiétudes généralement associées à l'obtention d'un statut. La situation est très différente pour les répondantes ayant eu un statut de réfugiée ou de requérante de statut à leur arrivée au Canada. En effet, toutes les mères parrainées et indépendantes à leur arrivée au Canada avaient obtenu le statut d'immigrante reçue ou de citoyenne canadienne au moment de l'entrevue (64 au total). Les répondantes ayant immigré comme réfugiées ont également obtenu leur statut d'immigrante reçue. Par contre, la plupart des répondantes requérantes de statut le sont toujours, seulement 5 l'ayant obtenu sur 22.

L'expérience migratoire laisse dans son sillon un ensemble de craintes et d'inquiétudes qui marquent les nouveaux arrivants de différentes manières. La principale inquiétude ressentie par les répondantes depuis leur arrivée au Canada est liée à la capacité d'avoir un revenu suffisant pour survivre (60/91). Au second rang, vient la peur d'être expulsée du Canada (24/91) puis de ne pas obtenir la citoyenneté canadienne (20/91). La peur de ne pouvoir faire venir leur enfant ou encore leur conjoint au Canada a été mentionnée par 16 mères sur 91. Ces craintes, mentionnées par les répondantes, expriment bien l'effet de l'attente d'un statut et du stress qui accompagne cette démarche. Elles expriment bien aussi l'angoisse associée au processus de réunification familiale. Bien que la réunification familiale soit privilégiée par les politiques d'immigration au Canada, et avec raison puisqu'elle favorise l'enracinement et l'intégration des personnes immigrantes, ce processus comporte son lot de difficultés lorsque la séparation se prolonge et que la situation dans le pays d'origine demeure inquiétante.

Pour terminer cette description, la grande majorité des répondantes proviennent d'un milieu urbain, sauf pour sept d'entre elles qui vivaient dans un milieu rural avant leur immigration. Ces dernières sont d'ailleurs originaires d'Amérique latine (Guatemala, Mexique, El Salvador), sauf deux qui proviennent du Pakistan et du Sri Lanka. Le passage de la campagne à la ville représente un changement important qui est susceptible d'affecter le processus d'intégration. Aussi, nous reviendrons ultérieurement sur ce point afin de voir dans quelle mesure les quelques répondantes ayant vécu ce passage se distinguent des autres.

Tableau 9 : Inquiétudes mentionnées par les répondantes

		Mentions	% (n=91)
Inquiétudes	**Peur de ne pas avoir de revenus suffisants**	***60***	***89,6***
	Peur d'être expulsé	***24***	***35,8***
	Peur de ne pas obtenir la citoyenneté	***20***	***29,9***
	Peur de ne pouvoir faire venirles enfants ou le conjoint	***16***	***23,9***
	Autres	***7***	***10,4***

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une inquiétude, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

3.2.1 Profils des trajectoires migratoires

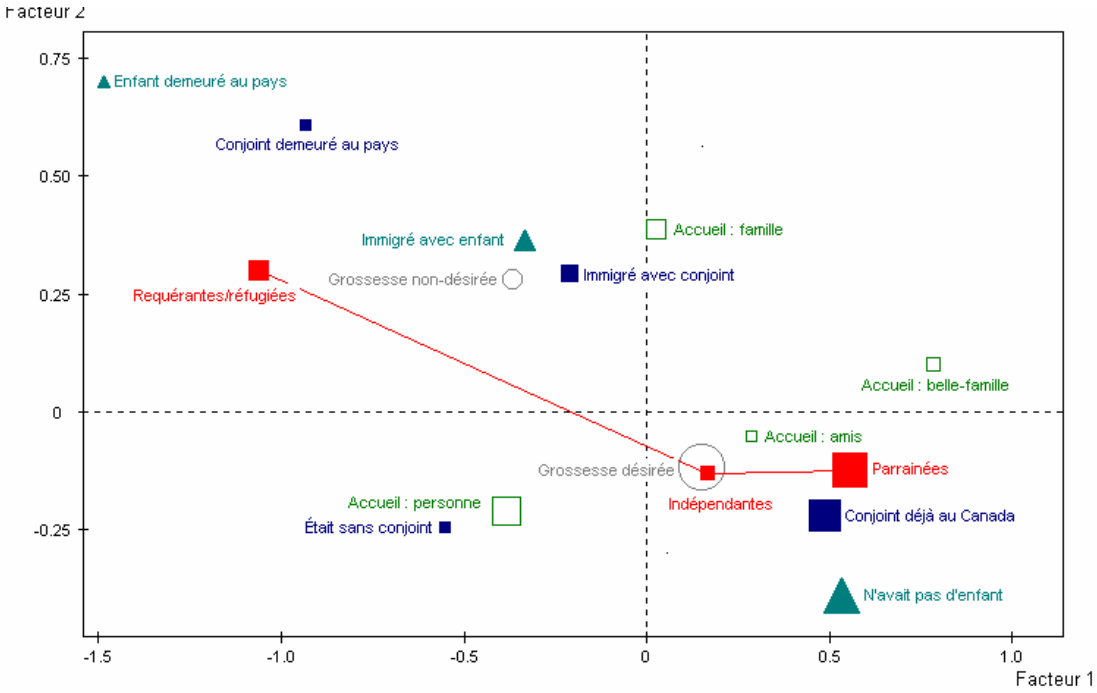
Comme on peut l'observer aux figures 5 et 6, il est possible de distinguer chez les répondantes des trajectoires migratoires qui se ressemblent sur la base d'associations entre un certain nombre de circonstances et de caractéristiques. D'abord, on peut noter qu'un bon nombre de répondantes ayant immigré comme réfugiées ou requérantes de statut sont arrivées au Québec sans leur conjoint et, dans certains cas, sans leur enfant, et qu'il s'agit en majorité des mères multipares de l'échantillon. Ce qui distingue aussi les requérantes ou les réfugiées, accompagnées ou non de leur conjoint, c'est que personne, en général, n'était présent pour les accueillir à leur arrivée. Ce profil est illustré au cadran gauche supérieur du diagramme (figure 5).

Le parcours des répondantes illustré dans les cadrans droits du diagramme se distingue sur plusieurs points. Il s'agit de répondantes parrainées (souvent par leur conjoint), donc ayant vécu en majorité une réunification familiale, parfois même avec la famille élargie,

car elles ont généralement été accueillies par la belle-famille en arrivant au Québec. Les répondantes ayant immigré comme indépendantes ont un parcours migratoire qui paraît similaire à ces dernières. Cette similarité repose cependant sur un fait assez précis, à savoir qu'elles sont arrivées au Québec sans enfant. Autrement dit, les répondantes indépendantes sont généralement arrivées avec leur conjoint, étaient plus scolarisées, n'avaient pas toujours quelqu'un pour les accueillir, mais lorsqu'elles l'étaient, c'était par des amis et non par la famille. La principale caractéristique commune aux répondantes parrainées et indépendantes est donc largement associée au fait qu'elles aient vécu leur premier accouchement au Québec. Cette caractéristique leur est propre et les distingue nettement des répondantes réfugiées ou requérantes de statut qui, pour la plupart, ont donné naissance à un enfant avant d'émigrer et qui par conséquent constituent la majorité des mères multipares de l'échantillon.

Une autre distinction majeure laisse entrevoir cette fois une relation de plus en plus étroite entre l'expérience de la maternité et le parcours migratoire : est-ce que la dernière grossesse était désirée ? Comme on peut l'observer sur le diagramme de la figure 5, les répondantes qui ont vécu une grossesse non désirée, soit 27 sur 91, au total, correspondent aux mères multipares, réfugiées ou en attente de statut. Tandis que les mères primipares des catégories indépendante et parrainée auraient majoritairement vécu une grossesse désirée.

Figure 5 : Trajectoires migratoires des répondantes selon la catégorie d'admission, la séparation familiale (enfant et conjoint) et l'accueil au Québec

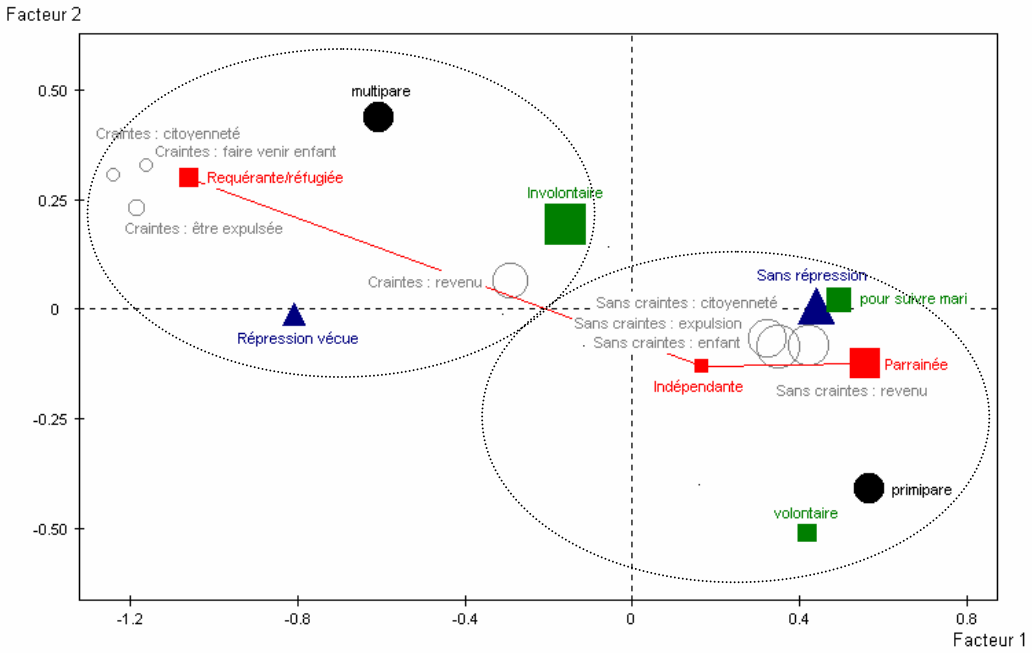


La figure 6 apporte quelques éléments supplémentaires permettant de mieux distinguer le parcours des répondantes. Il permet entre autres d'observer qu'un ensemble d'inquiétudes et de stress associés à la migration distingue les répondantes réfugiées ou requérantes de statut des autres répondantes. Parmi ces stress, notons principalement l'expérience de la répression, mais aussi, et de manière presque exclusive, des

inquiétudes vis-à-vis de leur statut, la crainte d'être expulsées et la peur de ne pouvoir faire venir leur enfant au Canada. En observant les cadrans de gauche du diagramme de la figure 6, on peut remarquer que ces dernières se distinguent aussi du fait qu'elles ont généralement vécu une immigration involontaire[3], c'est-à-dire que plusieurs ont quitté leur pays contre leur volonté, à cause d'un conflit ou de la répression et que par conséquent elles l'auraient quitté sans véritable préparation. C'est ce qui explique en partie pourquoi ces dernières sont aussi des mères multipares, car leur émigration qui a pu survenir à n'importe quel moment, marque une rupture parfois soudaine dans leur vie, notamment lorsqu'elles étaient plus âgées et avaient déjà des enfants. Par opposition, les répondantes qui ont eu leur premier enfant au Québec ont vécu une immigration plutôt volontaire, l'ayant planifiée, semble-t-il, tout en projetant de fonder une famille. Finalement, que les mères ayant vécu une grossesse désirée fassent partie de ce groupe vient soutenir cette hypothèse.

En somme, les figures 5 et 6 nous suggèrent que l'expérience migratoire, lorsqu'on a déjà des enfants, est plutôt une réponse à une situation d'urgence. D'un autre côté, on observe que les mères qui n'avaient pas d'enfant à leur arrivée au Québec ont plutôt décider volontairement d'émigrer. D'évidence, cette possibilité de planifier la migration caractérise les répondantes parrainées et celles arrivées comme indépendantes, tout comme le fait de ne pas avoir vécu de répression et pour la plupart de ne pas s'inquiéter de leur statut actuel.

Figure 6 : Trajectoires migratoires des répondantes selon la catégorie d'admission, l'expérience de répression, les craintes et l'émigration volontaire ou non



[3] Les coordonnées du pictogramme représentant cette variable sont dues au nombre de répondantes ayant mentionné une émigration involontaire. Les données nous permettent toutefois de nuancer, car, bien que cette situation ne soit pas exclusive aux répondantes de la zone 1, toutes l'ont mentionnée, contrairement à celles de la zone 2. De plus, la valeur test de cette variable (2,73) indique une plus grande association avec les variables et les individus se situant dans le cadran gauche du diagramme. Cette remarque devra être prise en considération pour l'interprétation de cette variable.

En résumé, les conditions définissant les trajectoires migratoires sont beaucoup plus nombreuses que celles abordées jusqu'à présent. À partir des données analysées, il est néanmoins possible de distinguer deux tendances très claires qui gravitent autour des catégories d'admission. Premièrement, les répondantes ayant immigré avec un statut de réfugiée ou comme requérante de statut sont aussi, en général, celles ayant immigré de façon plutôt involontaire par suite des conditions qui régnaient dans leur pays d'origine. Ces dernières ont en commun de n'avoir eu personne pour les accueillir à leur arrivée au Canada et d'avoir vécu une séparation familiale inquiétante puisque leur conjoint n'était pas en sécurité au pays d'origine. Finalement, on compte parmi ces dernières la grande majorité des mères ayant au moins un enfant lors de leur immigration et n'en ayant pas nécessairement désiré un autre.

Deuxièmement, l'autre trajectoire reflète une expérience migratoire en apparence plus positive dans l'ensemble. Elle regroupe les répondantes ayant émigré de manière volontaire et ayant été accueillies par un réseau familial ou amical à leur arrivée. Elles font partie des catégories d'admission indépendante ou parrainée. Tout laisse croire que ces dernières ont eu le privilège de planifier leur migration dans le but d'améliorer leurs conditions de vie. Leur projet migratoire semble être étroitement associé à celui de fonder une famille, la plupart ayant eu un premier enfant seulement après leur arrivée au Québec, et l'ayant désiré. Elles sont aussi plus scolarisées (surtout les indépendantes), plus jeunes et vivent avec leur conjoint. Ceci dit, il apparaît qu'ayant planifié leur immigration, elles étaient mieux préparées pour vivre cette expérience et pour faire face à l'intégration dans leur pays d'adoption.

Les catégories d'admission reflètent des trajectoires migratoires assez distinctes ainsi que des profils sociaux et culturels particuliers. Elles seront donc utilisées comme points de référence pour les analyses suivantes au même titre d'ailleurs que la parité.

3.3 Circonstances post-migratoires

Les conditions entourant l'installation dans le pays d'accueil sont multiples. Nous en avons déjà abordé quelques-unes en décrivant la déqualification professionnelle que certaines répondantes ou leur conjoint ont pu vivre. Ces conditions ont également été décrites en soulignant l'expérience de séparation familiale que plusieurs répondantes ont vécu en situation post-migratoire bien que d'autres l'aient vécue avant d'immigrer, ce qui est surtout le cas des répondantes parrainées qui sont venues rejoindre leur conjoint. Puis, dans la même foulée, nous avons décrit des situations où les répondantes avaient ou non des personnes pour les accueillir à leur arrivée au Québec. Finalement, nous avons présenté les catégories d'immigration et la situation d'attente de statut vécue par plusieurs répondantes. À ces descriptions nous pouvons ajouter les difficultés rencontrées en arrivant au Québec, les responsabilités à l'égard de la famille élargie, responsabilités qui perdurent souvent au-delà de la migration, et les conditions socio-économiques.

3.3.1 Caractéristiques socio-économiques

De façon générale, les caractéristiques socio-économiques des répondantes témoignent de conditions de vie relativement précaires au plan de l'emploi et des revenus. Quelques-unes seulement ont eu un revenu supérieur à 20 000 $ au cours de la

dernière année (14), les autres se contentant d'un revenu familial inférieur, dont le quart moins de 10 000 $ (tableau 10). En somme, la grande majorité des répondantes ayant participé à l'étude ont un revenu familial très près du seuil de pauvreté, voire d'extrême pauvreté. Cette situation caractérise la plupart des familles immigrantes en général pendant les premières années suivant leur arrivée.

Tableau 10 : Revenu familial de la dernière année

		N	%
	10 000$ et moins	23	25,3
	10 000 à 14 999 $	34	37,4
	15 000 à 19 999 $	16	17,6
	20 000 $ et pplus	14	15,4
	Pas de réponse	4	4,4
Total		91	100,0

Comme l'indiquent les tableaux 11 et 12, la principale source de revenu familial au sein de l'échantillon est constituée des prestations d'aide sociale (40/58). Certaines ont bénéficié de l'assurance-emploi (3), d'un revenu d'emploi (7) ou encore d'une bourse d'études (2). Plusieurs répondantes (28) n'avaient pas accès, à cause de leur statut (parrainée ou sans statut), à un revenu d'emploi ou à des prestations d'aide sociale. Les conjoints bénéficient majoritairement d'un revenu d'emploi (46), bien que 21 d'entre eux soient prestataires de la sécurité du revenu.

Tableau 11 : Source de revenu (répondantes)

	Mentions	% (n=58)
Sécurité du revenu	40	69,0
Revenu d'emploi	7	12,1
Assurance-chômage	3	5,2
Prêts et bourses d'études	2	3,4
Plus d'une source	2	3,1
Autres	4	6,9
Total	58	100,0

Tableau 12 : Source de revenu (conjoints)

	Mentions	% (n=77)
Revenu d'emploi	46	59,7
Sécurité du revenu	21	27,3
Plus d'une source	5	6,5
Assurance-chômage	2	2,6
Prêts et bourses d'études	2	2,6
Autres	1	1,3
Total	77	100,0

Au cours de la dernière année, plusieurs ont rencontré des difficultés pour trouver un emploi convenable ou, à tout le moins, équivalant à celui occupé avant le départ du pays d'origine. Du côté des répondantes, il est étonnant de constater qu'avant leur départ 28 étaient sans emploi dans leur pays d'origine, alors que 73 l'étaient au moment des entrevues (tableau 13). Ajoutons à cela que les 13 répondantes ayant occupé un emploi à titre de professionnelles sont demeurées sans emploi au Québec. Ces données doivent toutefois être interprétées avec précaution puisque les répondantes venaient d'accoucher au moment de l'entrevue et n'étaient pas nécessairement disponibles pour le marché du travail. D'ailleurs, plusieurs ne désiraient pas retourner sur le marché du travail et souhaitaient plutôt demeurer à la maison, ce qui était le cas de 47 d'entre elles.

Ceci dit, seulement quatre bénéficiaient au moment de l'entrevue d'un congé de maternité.

Du côté des conjoints, la situation est aussi désavantageuse, mais cette fois aucun facteur ne peut en amoindrir l'interprétation. Seulement trois d'entre eux n'avaient pas d'emploi avant de quitter leur pays d'origine, mais 25 étaient sans emploi ou en recherche d'emploi au moment de l'entrevue. Trois conjoints sur 14 ont trouvé un emploi équivalant comme professionnels, et 4 sur 12 ont fait de même à titre de commerçants. C'est en tant qu'employés de bureau ou comme ouvriers non qualifiés que plusieurs se sont trouvé un emploi (tableau A-4 en annexe).

Tableau 13 : Principale occupation actuelle et avant l'émigration (répondantes)

Count

		Principale occupation avant l'émigration					Total
		Sans emploi	Étudiante	Ouvrière	Employée de bureau	Profession-nelle	
Principale occupation actuelle	Sans emploi	24	11	4	26	8	73
	Recherche d'emploi	2	1		1	3	7
	Étudiante		3			2	5
	Congé de maternité	2	1	1			4
	Ouvrière (non qualifié)		1				1
	Employée de bureau				1		1
Total		28	17	5	28	13	91

Ces conditions d'emploi permettent de penser qu'en général peu de répondantes ont amélioré leur situation économique en immigrant au Québec, du moins à court terme. De fait, d'autres études, dont celle de Picher et coll. (1995), démontrent que la situation économique des familles immigrantes s'améliore progressivement avec les années. Dans le cadre de cette étude, il est néanmoins possible de constater que des phénomènes associés à la déqualification professionnelle tendent à niveler la situation socio-économique des personnes immigrantes pendant les premières années suivant leur installation au Québec. En effet, parmi les répondantes ayant occupé un emploi depuis leur arrivée au Québec, soit 29, seulement 8 ont mentionné qu'il correspondait à leurs qualifications professionnelles (tableau 14). Du côté des conjoints, un peu moins de la moitié, soit 27 sur 59, ont dit avoir occupé un emploi correspondant à leurs qualifications.

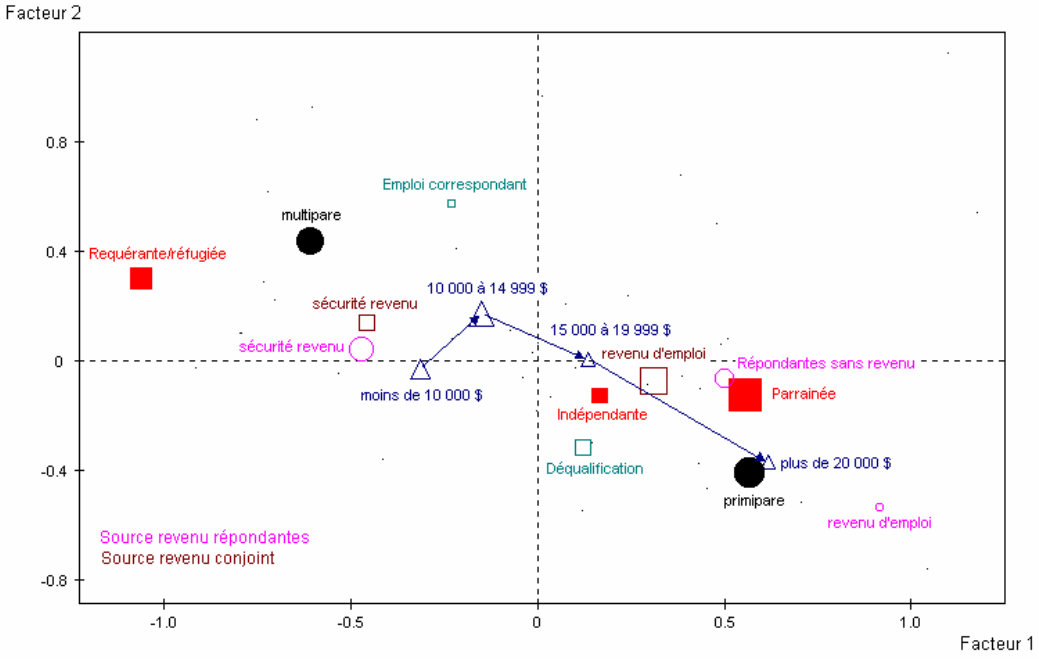
Tableau 14 : Emploi correspondant aux qualifications

		n	%
Répondantes	Oui	8	27,6
	Non	21	72,4
	Total	29	100,0
Conjoint	Oui	27	45,8
	Non	32	54,2
	Total	59	100,0

Comme on peut l'observer à la figure 7, les analyses factorielles des correspondances permettent de vérifier l'impression de nivellement économique vécu par les répondantes à la suite de leur migration. On peut en effet y constater que celles dont le revenu est le plus bas ont en général trouvé un emploi qui reflétait leurs qualifications ou n'ont trouvé aucun emploi. À l'inverse, celles qui ont un meilleur revenu, occupent un emploi ne correspondant pas à leurs qualifications. On peut également noter que les mères multipares ont en général un revenu plus bas, celles ayant un revenu de plus de 20 000 $ étant majoritairement primipares.

Quant aux sources de revenu, on constate, d'une part, que les mères prestataires de la sécurité du revenu sont monoparentales ou résident avec un conjoint qui en reçoit également et, d'autre part, que les répondantes n'ayant pas de revenu ont été parrainées et, en général, ont un conjoint qui a un revenu d'emploi. Ces dernières sont, bien entendu, sous la responsabilité de leur conjoint, puisque les ayant parrainées ils sont tenus de subvenir à leurs besoins pour une période de 5 à 10 ans.

Figure 7 : Revenu, sources de revenu et déqualification selon le statut et la parité



Ces constats à propos des caractéristiques socio-économiques s'ajoutent à ceux faits précédemment concernant les caractéristiques sociales, culturelles et migratoires. En effet, les mères vivant une plus grande précarité sont davantage multipares, plus âgées et monoparentales. Pour ces mères, plusieurs ont vécu une expérience de répression, la migration représente une rupture, un départ précipité et involontaire du pays d'origine. Ce faisant, il est possible de présumer que les mères primipares se trouvent dans des conditions de vie post-migratoires moins précaires. Peut-être est-ce dû au fait qu'elles ont eu l'opportunité de planifier leur migration, et que leur conjoint, déjà installé au pays, a eu l'occasion de trouver un travail et de mieux assumer les besoins financiers de la nouvelle famille. Chose certaine, les caractéristiques associées à la parité, aux

trajectoires migratoires et aux conditions post-migratoires permettent de distinguer les répondantes selon des profils assez distincts.

Quant aux axes du diagramme, en ce qui a trait aux conditions socio-économiques, il importe de retenir pour les analyses qui suivront que plus les répondantes sont situées vers les cadrans gauches du diagramme, plus elles sont en situation de précarité économique : faible revenu, prestations de la sécurité du revenu, un seul revenu, un conjoint sans emploi, monoparentales et plus d'un enfant. À l'opposé, elles se situent à la droite du diagramme, moins la situation socio-économique est précaire. En fait, on peut y faire des associations entre les conjoints ayant un revenu d'emploi, la parité des mères (primipares) et la catégorie d'admission (parrainée ou indépendante).

3.3.2 Conditions de logement

L'information recueillie sur les conditions d'habitation confirme les impressions rapportées par les intervieweuses à la suite des entrevues. Ces dernières ont notamment été frappées par la précarité des conditions de vie et des logements des mères. Elles y ont observé une grande pauvreté marquée par l'absence de meubles et d'accessoires de cuisine, de jouets pour les enfants ou autres objets, et par la promiscuité qui régnait dans plusieurs appartements souvent trop petits.

Le logement typique est de 3 pièces (40/91), ce qui peut paraître particulièrement exigu pour les familles de plus de trois personnes (parents et deux enfants). Une faible proportion de répondantes vivaient également, au moment de l'entrevue, dans un quatre pièces. En général, il s'agit de familles plus nombreuses où les parents cohabitent avec plus d'un enfant (tableau A-5 en annexe).

Quoi qu'il en soit, près de la moitié des répondantes (42/91) ont mentionné ne pas être satisfaites de leur logement, (trop petit, trop humide, mal isolé et bruyant). Et ce, sans compter les difficultés rencontrées pour trouver un logement adéquat :

> *« À chaque fois que je cherche un logement et que je trouve ce qui me convient, le propriétaire refuse à cause de mes enfants. J'ai dû porter plainte … » (33 ans, Algérie)*
>
> *« C'est glacial… nous sommes arrivés ici parce que j'allais accoucher. » (24 ans, Tanzanie)*
>
> *« The windows are not scelled, air is coming. They don't heat enough. Few things are to be fixed : fridge, stove, toilets and its too small. » (31 ans, Grenade)*

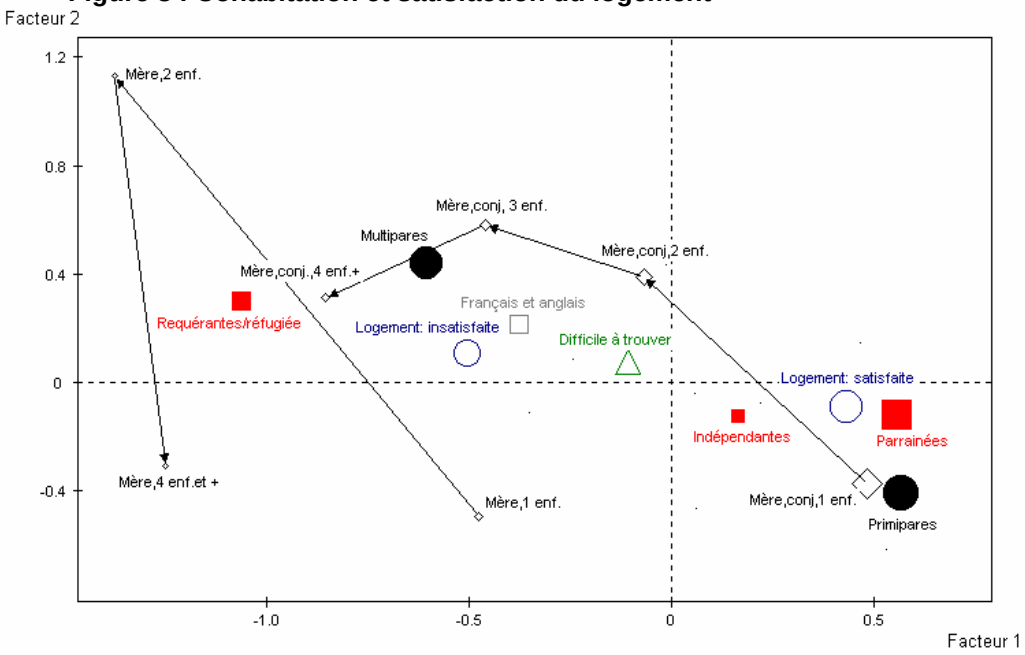
L'analyse des correspondances nous permet de constater que la situation relative au logement varie principalement autour de deux facteurs : la satisfaction et le nombre de personnes résidant ensemble (figure 8).

Les répondantes ayant rencontré le plus de difficultés à se trouver un logement ou en étant insatisfaites ne parlent ni anglais ni français. Étant donné que, dans l'ensemble, très peu de répondantes ont un logement de plus de quatre pièces, il va de soi que celles ayant plus d'un enfant y vivent à l'étroit.

Finalement, les mères primipares vivant avec leur conjoint et un enfant apparaissent plus satisfaites de leur résidence. Comme c'est le cas pour plusieurs aspects déjà analysés, lorsqu'on se rapporte au diagramme de la figure 8, les répondantes se situant dans les cadrans de gauche cumulent un ensemble de facteurs défavorables qui

semblent traduire une situation de vie moins satisfaisante. Encore une fois, on peut constater que les répondantes ayant immigré dans les catégories parrainées et indépendantes semblent privilégiées par rapport aux autres.

Figure 8 : Cohabitation et satisfaction du logement



3.3.3 Principales difficultés rencontrées en arrivant au Québec

Les principales difficultés vécues par les répondantes au moment de leur arrivée au Québec illustrent assez bien les conditions de vie et d'installation qui attendaient la plupart d'entre elles. Parmi ces difficultés, les plus souvent mentionnées sont associées à une intégration fonctionnelle comme par exemple trouver un travail convenable (66) correspondant aux compétences et permettant d'avoir un revenu suffisant et une certaine stabilité. En second lieu, trouver un logement adéquat (32) puis, troisièmement, bien connaître le réseau de santé et en bénéficier (28). Bien sûr, la plupart du temps ces difficultés se combinent pour rendre une situation problématique, comme on peut le constater dans l'énoncé suivant où discrimination et difficultés à se trouver un emploi se conjuguent :

> *« You go everywhere, they say yes, sure when I came first. Then they call and tells you : Oh! You didn't tell me you are from Africa. Yes, sometimes, even if the job is there (available), they won't give you the job because you come from Africa. »(23 ans, Ghanéenne)*

Au plan de l'intégration sociale, notons que l'isolement et le manque de relations sociales viennent au premier rang (55), suivis des difficultés pour établir un contact avec des personnes québécoises (49) et, finalement, des problèmes associés à la discrimination et au racisme, problèmes mentionnés par au moins le tiers des répondantes (30).

Pour finir, notons que la plupart des répondantes ont rencontré des difficultés liées à la communication (52) et à la connaissance des langues officielles. La barrière de la langue ressort ici comme une difficulté clé, puisque plusieurs ont mentionné qu'elle en entraîne d'autres, notamment pour la recherche d'emploi, pour établir des relations avec la population autochtone et, finalement, pour bénéficier adéquatement des services sociaux et de santé (tableau 15).

> *« Dans mon pays, j'étais entourée de monde avec ma famille et avec mes amis. Ici je n'ai pas d'amis, surtout parce que je ne parle pas la langue d'ici et qu'on n'a jamais vraiment cherché. » (29 ans, Honduras)*
>
> *« C'est difficile d'avoir des amis si on ne parle pas la langue, je pense que la base de tout c'est la langue, je suis toujours avec des Latino-Américains… » (42 ans, Péruvienne)*
>
> *« Surtout quand je cherche du travail, la couleur de ma peau influence beaucoup le choix des patrons, ici y a plus de racisme… » (38 ans, Haïtienne)*

Tableau 15 : Difficultés rencontrées depuis l'arrivée au Québec

		Mentions	% (n=91)
Difficultés	Trouver un travail convenable	*66*	*73,3*
	Isolement	*55*	*61,1*
	Problèmes de langue	*52*	*57,8*
	Intéractions avec Québécois	*49*	*54,4*
	Touver un logement	*32*	*35,6*
	Problèmes de discrimination	*30*	*33,3*
	Connaissance des institutions de santé	*28*	*31,1*
	Trouver des aliments habituels	*16*	*17,8*
	Autres	*19*	*21,1*

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une difficulté, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

À ces difficultés s'ajoutent les responsabilités que plusieurs répondantes ont à l'égard de leur famille avec qui elles maintiennent des relations malgré l'éloignement. En fait, toutes les répondantes, sauf sept, ont maintenu un lien avec les membres de leur famille demeurés au pays d'origine. Ces liens souvent nécessaires au plan affectif peuvent aussi prendre la forme de responsabilités sociales ou financières, ce qui dans certains cas peut avoir un impact sur leurs conditions de vie. Ceci est surtout le cas de personnes qui apportent un soutien financier à des membres de la famille demeurés au pays d'origine, mais aussi de celles désirant aider un proche à immigrer par les voies du parrainage. Ces responsabilités peuvent même représenter un véritable fardeau lorsque la situation financière est déjà précaire et l'emploi instable, ce qui est le cas d'une grande partie des répondantes. Ces liens sont aussi amicaux et peuvent finir par représenter des sommes importantes en frais d'interurbain. Finalement, un grand nombre de répondantes ont des inquiétudes envers les membres de leur famille demeurés là-bas :

> *« À cause de la guerre civile. Tout le monde meurt. On ne sait pas d'où viennent les bombes. » (26 ans, Sri Lanka)*
>
> *« Quand on quitte le pays, la famille met beaucoup d'espoir en nous. En Haïti, comme il n'y a pas de travail, la famille attend qu'on envoie de l'argent. »(32 ans, Haïti)*

Tableau 16 : Responsabilités envers la famille demeurée au pays

		Mentions	% (n=91)
Famille au pays d'origine	**Inquiétudes concernant ces personnes**	***63***	***69,2***
	Maintien un contact avec la famille	***84***	***92,3***
	Leur envoi de l'argent (assez régulièrement)	***25***	***27,5***
	Entrepris démarches de parrainage	***7***	***7,7***
Total		***179***	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une responsabilité, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Parmi ces mères, 25 ont dit envoyer de l'argent assez régulièrement à des membres de leur famille pour leur venir en aide. Les sommes envoyées ont varié de 100 $ à 2 000 $ au cours de la dernière année. Plusieurs répondantes ont mentionné ne pas envoyer d'argent, car elles-mêmes n'arrivent que difficilement à subvenir à leurs propres besoins. Finalement, seulement sept répondantes ont entrepris des démarches afin de parrainer un membre de leur famille. Notons que plusieurs n'étaient pas encore admissibles pour parrainer un proche puisque leur statut ne leur permettait pas ces démarches (tableau 17). De fait, certaines ont indiqué qu'elles feront des démarches en ce sens dès que cela sera possible.

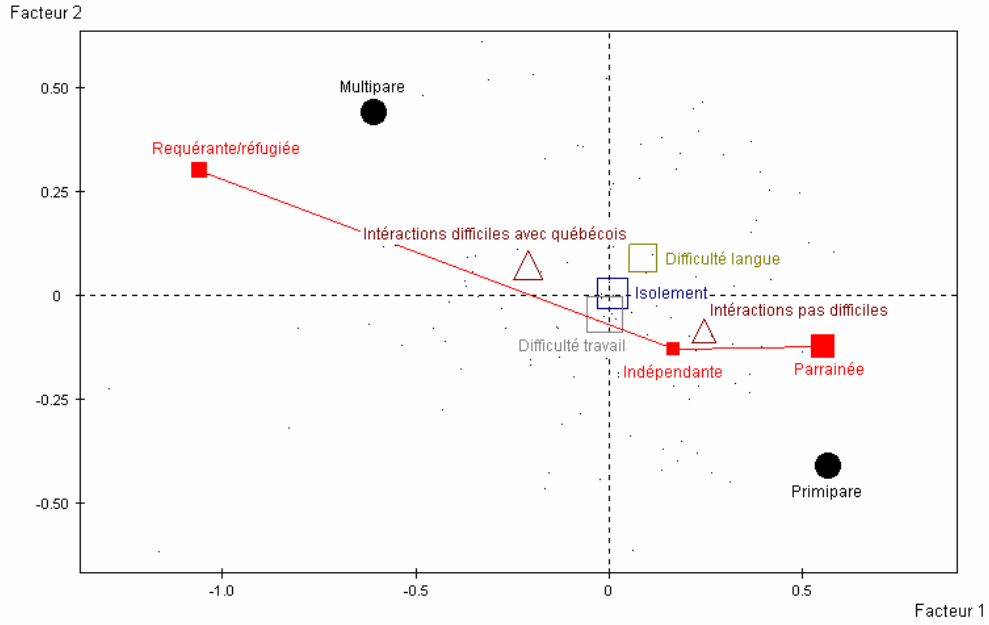
Les analyses de correspondances présentées à la figure 8 s'avèrent peu révélatrices pour ce qui est des associations possibles avec les parcours migratoires et les responsabilités familiales. En somme, ces difficultés ont été vécues par une grande partie des répondantes peu importe leur parcours migratoire. Il est toutefois possible de souligner quelques associations, dont certaines peuvent paraître paradoxales.

L'isolement, par exemple, caractérise aussi les répondantes parrainées (29/46). Or, ces dernières ont presque toutes été accueillies lors de leur arrivée au Québec, notamment par la belle-famille. Ce qui laisse penser que la belle-famille n'a pas su pallier l'isolement dû aux séparations entraînées par leur expérience migratoire. Les difficultés rencontrées pour trouver un emploi convenable sont aussi associées au parcours des répondantes parrainées (31/46) et des répondantes de la catégorie indépendante (14/18). Ceci peut s'expliquer par la scolarité plus élevée de ces dernières qui ont certes subi une déqualification professionnelle. Dans leur cas, les possibilités que leur offrait le marché du travail ne rejoignaient certainement pas leurs espérances. En ce qui concerne les répondantes requérantes ou réfugiées, bien qu'elles aient aussi rencontré ces difficultés, mais dans une proportion moindre, elles se démarquent surtout pour avoir éprouvé le plus de difficultés à établir des relations avec la population québécoise (18/27) (figure A2 en annexe). Rappelons que plusieurs d'entre elles ne parlent ni le français ni l'anglais. Par ailleurs, les répondantes qui ont rencontré des difficultés de communication sont aussi celles qui ne parlent pas le français.

Pour ce qui est des responsabilités familiales, peu d'associations claires peuvent être faites avec les parcours migratoires, d'autres circonstances étant susceptibles de mieux expliquer les quelques variations perceptibles. Toutefois, notons que ce qui caractérise les répondantes indépendantes est de ne pas avoir fait de démarches pour parrainer quelqu'un, et d'être sans inquiétude à l'égard des membres de leur famille demeurés au pays d'origine. Quant à celles qui s'inquiètent pour leur famille, leur profil se rapproche davantage des répondantes s'étant réfugiées au Canada. Les répondantes qui offrent

un soutien financier à des membres de leur famille se démarquent peu en fonction de leur parcours migratoire. Toutefois, celles qui ont fait des démarches afin de parrainer un proche offrent régulièrement un soutien financier, ces deux actions étant très fortement associées.

Figure 9 : Difficultés rencontrées selon la parité et la catégorie d'admission



3.3.4 Immigrer : gains ou pertes ?

L'expérience migratoire, par les changements qu'elle entraîne, peut se traduire par des gains ou des pertes par rapport à la situation qui prévalait dans le pays d'origine. Bien que le poids de ces changements soit analysé en détail au chapitre 4, nous nous attardons ici à la perception générale des répondantes sur ces changements, sur ce qu'ils représentent pour elles en termes de gains ou de pertes, d'amélioration des conditions de vie ou, au contraire, de détérioration. De façon générale, une même répondante pouvait percevoir à la fois des gains et des pertes selon l'aspect de la vie abordé.

> *« Ici, on est comme dans une prison, nos appartements sont fermés… , les voisins ne sont pas gentils, mais le niveau de la vie est haut, mais tout est cher. » (28 ans, Malaisie)*
>
> *« La vie est meilleure qu'en Égypte du point de vue matériel, organisation, mais le côté social est meilleur chez nous. » (29 ans, Égypte)*

Dans un premier temps, les répondantes ont été invitées à exprimer leur appréciation en fonction de quatre sphères précises de leur vie depuis leur arrivée au Québec. Une de ces sphères, les services sociaux et de santé, représentait presque unanimement un gain pour l'ensemble des répondantes (80/91). Par contre, pour plus de la moitié d'entre elles, les conditions de travail semblaient moins bonnes au Québec qu'elles n'auraient pu l'être au pays d'origine. Quant aux conditions financières et résidentielles, l'échantillon se répartit entre celles qui ont constaté une amélioration depuis leur arrivée et celles qui au contraire ont perçu une détérioration. En somme, pratiquement toutes les répondantes ont constaté des pertes dans l'une ou l'autre de ces dimensions, et très peu n'ont mentionné aucun changement (tableau 17).

Tableau 17 : Perception des répondantes quant aux changements encourus depuis leur arrivée au Québec.

	Meilleure		Moins bonne		Environ la même		Total	
Situation au Canada	n	%	n	%	n	%	n	%
Les services (sociaux/santé)	*80*	*88,9*	*6*	*6,7*	*4*	*4,4*	*90*	*100,0*
Financière	*40*	*46,0*	*33*	*37,9*	*14*	*16,1*	*87*	*100,0*
Logement	*40*	*44,9*	*37*	*41,6*	*12*	*13,5*	*89*	*100,0*
Travail	*24*	*27,9*	*52*	*60,5*	*10*	*11,6*	*86*	*100,0*

Dans un second temps, lorsque interrogées plus spécifiquement sur leurs perceptions de la vie en Amérique du Nord, et plus particulièrement au Québec, les commentaires soulignant des pertes ont été plus nombreux que l'inverse (tableau 18). D'ailleurs, ces commentaires souvent formulés sous forme de critiques, ont permis de constater que l'expérience migratoire entraîne un ensemble de situations qui s'apparentent à des pertes significatives. Mais d'abord, soulignons les améliorations mentionnées par au moins le quart des répondantes quant à leurs nouvelles conditions de vie. Deux aspects ressortent tout particulièrement en termes de gains : la vie paraît plus facile, plus plaisante et mieux organisée pour le quart des répondantes et le respect des droits de la personne contribue à améliorer leurs conditions de vie (11 %). Les autres mentions de gains sont associées à un environnement social plus sécuritaire (8) et à une perspective d'avenir plus intéressante pour les enfants et les personnes motivées (7) :

« J'aime beaucoup la vie ici. Le gouvernement se préoccupe pour les enfants, pour les femmes et les personnes âgées. » (20 ans, Mexique)

« J'aime le Canada, ici c'est bon parce que les femmes sont en sécurité. » (24 ans, Bengladesh)

Par contre, certaines critiques laissent entrevoir des malaises, voire des pertes par rapport à la situation vécue dans le pays d'origine. Le principal aspect mentionné par les répondantes est associé à l'individualisme, une valeur qui à leurs yeux caractérise la vie nord-américaine et réduit considérablement toute forme de solidarité. Dans un même ordre de valeurs, quelques répondantes déplorent le peu d'importance accordée à la vie familiale et le côté plutôt artificiel de la vie.

« Ici les gens aiment la vie séparée des autres gens, c'est très froid la relation par rapport au sentiment de solidarité. » (28 ans, Liban)

« Les personnes sont très indépendantes, les voisins ne sont pas accueillants, les amis sont toujours occupés. La vie est vite… » (31 ans, Belize)

D'autres critiques portent plus directement sur le mode de vie axé sur la consommation et le travail, ou encore sur les conditions de vie en général : coûts élevés de la vie et chômage. Finalement, quelques répondantes ont mentionné se sentir mal à l'aise vis-à-vis des valeurs associées à la liberté, surtout lorsqu'il s'agit de liberté sexuelle.

« Going fast, rush, rush, rush, always, too fast, too stress… » (33 ans, Éthiopie)

« C'est un pays très matérialiste. Beaucoup de consommation, les gens vivent chacun à leur façon. » (33 ans, El Salvador)

Tableau 18 : Gains et pertes associés à la vie au Québec

	Mentions	% (n=91)
Gain : Vie ici plus facile, plaisante, organisée	***27***	***29,7%***
Gain : Il y a un respect des droits des personnes ici	***10***	***11,0%***
Gain : L'environnement est sécuritaire	***8***	***8,8%***
Gain : Perspectives d'avenir (enfants, personnes motivées	***7***	***7,7%***
Perte : Trop d'individualisme, peu de solidarité	***20***	***22,0%***
Perte : Société de consommation	***10***	***11,0%***
Perte : La vie est trop rapide, stressante, trop de travail	***8***	***8,8%***
Perte : Vie artificielle	***6***	***6,6%***
Perte : Coût de la vie trop cher	***6***	***6,6%***
Perte : Chômage élevé pour les immigrants/réfugiés	***6***	***6,6%***
Perte : Pas de vie familiale	***5***	***5,5%***
Perte : Les contraintes de l'hiver	***5***	***5,5%***
Perte : Trop de liberté, surtout sexuelle	***3***	***3,3%***
Total	***121***	**-**

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'un situation, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Lorsque les répondantes ont été interrogées sur les principales difficultés que peuvent rencontrer les femmes immigrantes au Québec, quatre facteurs ont été plus

particulièrement évoqués : l'isolement social et physique, les problèmes de communication, les difficultés pour trouver un travail convenable et le manque de soutien familial.

> *« Lonely. To be afraid to get new friends, everythings is new. The husband go to work and we leave alone, and we don't know anything… « (33 ans, Liban)*
>
> *« Le chômage, la précarité de l'emploi. Il y a seulement de petits boulots, il y a de la discrimination dans le travail. On ne donne pas de travail convenable aux immigrants. » (33 ans, Syrie)*
>
> *« La langue est un gros problème. Le fait de tout faire, aussi, toute seule, voir l'avocat, les différents services, mais sans rien connaître du fonctionnement et sans aide, sans parler la langue. » (36 ans, Sri Lanka)*

Plusieurs facteurs d'ordre culturel ont également été mentionnés pour illustrer les difficultés rencontrées par les femmes immigrantes, notamment les difficultés pour faire respecter la tradition et la langue, l'éclatement de la famille et la perte de l'autorité parentale au bénéfice d'une accumulation de droits pour les enfants.

> *« Les femmes que je connais ne se plaignent que de la peur de voir leur petite famille se dissocier et de ne plus avoir l'autorité sur leurs enfants. » (31 ans, Syrie)*
>
> *« Ici, c'est très différent de mon pays. Là-bas, il y a plus de contacts avec les gens. Ici, les Québécois ne pensent pas comme moi, ici les gens vivent seuls. Ici, aussi, les enfants ne se laissent pas frapper, nous on frappe pour corriger. » (29 ans, Liban)*

Tableau 19 : Principaux problèmes que rencontrent les femmes immigrantes au Québec d'après les répondantes

	Mentions	% (n=91)
L'isolement social et physique	***28***	***30,8***
Les problèmes de communication	***25***	***27,5***
Trouver un travail convenable	***21***	***23,1***
Le manque de soutien de la famille	***16***	***17,6***
L'acclimatation	***9***	***9,9***
Le respect des traditions	***8***	***8,8***
L'éclatement de la structure familiale	***6***	***6,6***
La méconnaissance des ressources	***6***	***6,6***
La perte de l'autorité parentale	***5***	***5,5***
La faible scolarisation des femmes	***4***	***4,4***
Autres	***3***	***3,3***
Ne sais pas vraiment	***17***	***18,7***
Total	***148***	**-**

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'un problème, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Finalement, lorsque les répondantes ont été questionnées sur les conditions associées à leur installation au Québec susceptibles de nuire à leur rôle parental, le tiers d'entre elles n'en ont mentionné aucune, et 17 ont plutôt souligné qu'il leur était possible d'être une bonne mère dans le contexte québécois (tableau 20). Ces dernières ont préféré

distinguer leur rôle de mère des difficultés associées à leur expérience migratoire, affirmant ainsi leur volonté et leur capacité de prendre soin de leur enfant, peu importe la situation.

> *« Mon rôle de mère est à part des problèmes qu'on a. On veut être bons parents. » (27 ans, Liban)*
>
> *« J'organise ma vie. Je suis maman, mais les inquiétudes sont à part. J'essaie de m'occuper de mes enfants pareil. Mes enfants ne sont pas coupables de la situation instable qu'on vit. » (30 ans, Chili)*
>
> *« On élève notre enfant bien, avec beaucoup d'amour. On lui parle beaucoup de la famille et on aimerait qu'il soit très religieux comme nous. » (28 ans, Liban)*

Par contre, du côté des répondantes ayant évoqué une situation pouvant nuire à leur rôle parental, le faible revenu a été mentionné en premier lieu, suivi du manque de soutien familial, de l'instabilité du statut et du peu de moments de distractions et de loisirs dont elles peuvent bénéficier.

> *« I feel problem here nobody can take care of my baby. There, my sister, my mother, aunt, they can take care, but here its difficult. » (27 ans, Bengladesh)*
>
> *« Je voudrais qu'il trouve un bon travail, parce qu'on a des dettes, on est mal, les enfants ont besoin de plusieurs choses. » (38 ans, République Dominicaine)*
>
> *« L'attente pour avoir le statut de réfugiés est longue. Ça m'inquiète beaucoup et je suis pas tolérante avec les enfants. » (30 ans, Chili)*

Tableau 20 : Conditions susceptibles de nuire au rôle parental d'après les répondantes

	Mentions	% (n=91)
Pas vraiment	*31*	*34,1*
Il est possible d'être de bons parents	*17*	*18,7*
La perspective d'avenir	*6*	*6,6*
Revenu et travail insuffisants	*15*	*16,5*
L'absence de la famille, de soutien	*13*	*14,3*
L'instabilité et l'insécurité vis-à-vis du statut civil	*9*	*9,9*
Le manque de distractions et de contacts	*6*	*6,6*
Autres	*2*	*2,2*
Total	*99*	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une condition, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

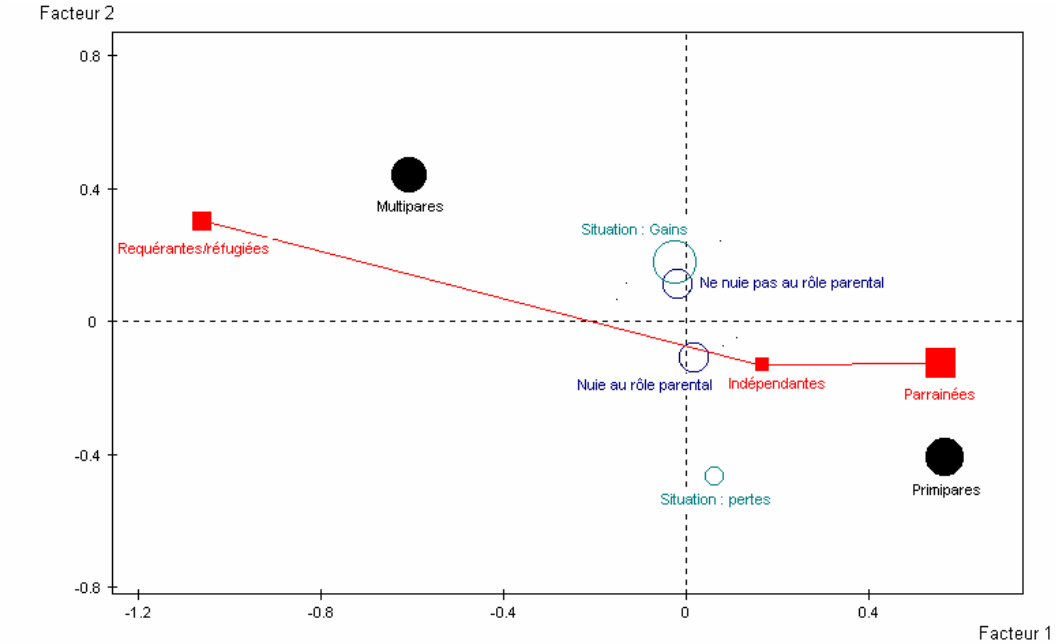
Pour ce qui est des associations entre ces différentes perceptions et les parcours migratoires, l'analyse des correspondances nous propose peu de relations claires étant donné que l'ensemble des répondantes ont perçu à la fois des gains et des pertes en changeant de pays. On constate néanmoins que les répondantes qui ont perçu plutôt des pertes depuis leur installation au Québec sont celles dont la situation est apparue jusqu'à présent plus favorable en général (figure 10). Plus précisément, ces répondantes ont eu la chance de mieux planifier leur immigration et, par conséquent, de développer des attentes qu'elles n'ont pu combler. Dans le cas des autres répondantes, qui ont perçu plus de gains en général, il appert qu'étant parties d'urgence, souvent d'un pays où la situation était précaire et les institutions désorganisées par des conflits politiques ou militaires, elles ont vu leur situation s'améliorer à plus court terme, certains gains ayant de toute évidence pallier les pertes encourues par leur émigration.

« La situation est vraiment moins bonne, mais au moins on est en sécurité, on dort tranquille. » (30 ans, Burundi)

À l'opposé, pour les mères provenant de pays où leur situation était comparable à celle que peut leur offrir le Québec, pour la plupart des immigrantes indépendantes et parrainées, on constate plus de mentions supposant que leurs conditions de vie au Québec peuvent nuire à leur rôle parental.

En somme, à la lumière de ces perceptions, l'expérience migratoire, lorsque considérée dans son ensemble, est parsemée de gains et de pertes qui ne permettent pas vraiment de départager l'échantillon en catégories distinctes, chaque répondante ayant perçu à la fois des améliorations ou des détériorations. Néanmoins, certaines pertes apparaissent plus importantes que d'autres. Ces aspects en particulier feront l'objet des analyses présentées dans le prochain chapitre. Déjà, il est possible de percevoir des sphères de vie dont le poids est plus élevé et donc susceptibles de nous indiquer des difficultés liées aux conditions parentales, comme par exemple le soutien familial, l'instabilité concernant le statut civil et certaines conditions sociales et économiques.

Figure 10 : Perception de la situation de vie et des conditions pouvant nuire au rôle parental selon la parité et la migration



3.4 Conclusion : trajectoires migratoires

Les analyses qui précèdent permettent de distinguer divers profils et diverses trajectoires migratoires. On peut distinguer au moins trois profils sous l'angle de la situation prémigratoire, de la trajectoire empruntée et de la situation post-migratoire (figure10).

De ces trois profils migratoires, celui qui se distingue tout particulièrement peut être directement associé aux catégories d'admission « réfugié » et « en attente de statut ». Ce parcours se démarque par des conditions de départ parfois dramatiques qui rappellent la guerre et la persécution. Par conséquent, une des principales particularités des répondantes ayant vécu ce type de situation est l'aspect plutôt **involontaire** de leur expérience migratoire et une autre de ne pas avoir désiré leur dernière grossesse. Ces conditions particulières sont telles que leur expérience migratoire semble s'inscrire dans leur vie comme une **rupture**.

Cette rupture, vécue sur plusieurs plans, est perceptible à la lumière des deuils et des craintes que ces mères ont vécus. Elles ont quitté leur pays **plus âgées** et **moins scolarisées**, souvent sans connaître **ni le français ni l'anglais** et avec un ou plusieurs enfants. Elles ont vécu des **séparations familiales,** laissant derrière elles leur conjoint et parfois même un de leurs enfants. Ce qui marque particulièrement cette rupture, est le fait qu'elles aient émigré alors qu'elles avaient déjà un ou plusieurs enfants. Bref, qu'elles avaient déjà entamé leur vie familiale, et qu'elles étaient plus ou moins enclines à avoir d'autres enfants. Aussi, il est permis de supposer que l'**expérience de la maternité** et celle de la famille ne sont pas indépendantes du type de trajectoire migratoire. En effet, l'association des différentes caractéristiques énumérées plus haut permet de penser qu'émigrer avec un enfant est plutôt une solution à un problème urgent qu'un projet planifié de longue date. D'ailleurs, en arrivant au Québec, ces mères vivent pour la plupart les suites de leur expérience sous la forme de craintes vis-à-vis de l'**instabilité de leur statut**, d'une possible **expulsion** et des inquiétudes envers ceux laissés derrière. Finalement, leur situation post-migratoire projette dans l'ensemble des conditions de vie marquées par une **grande précarité** : faible revenu, sécurité d'emploi, logement inadéquat, insatisfactions, monoparentalité, etc.

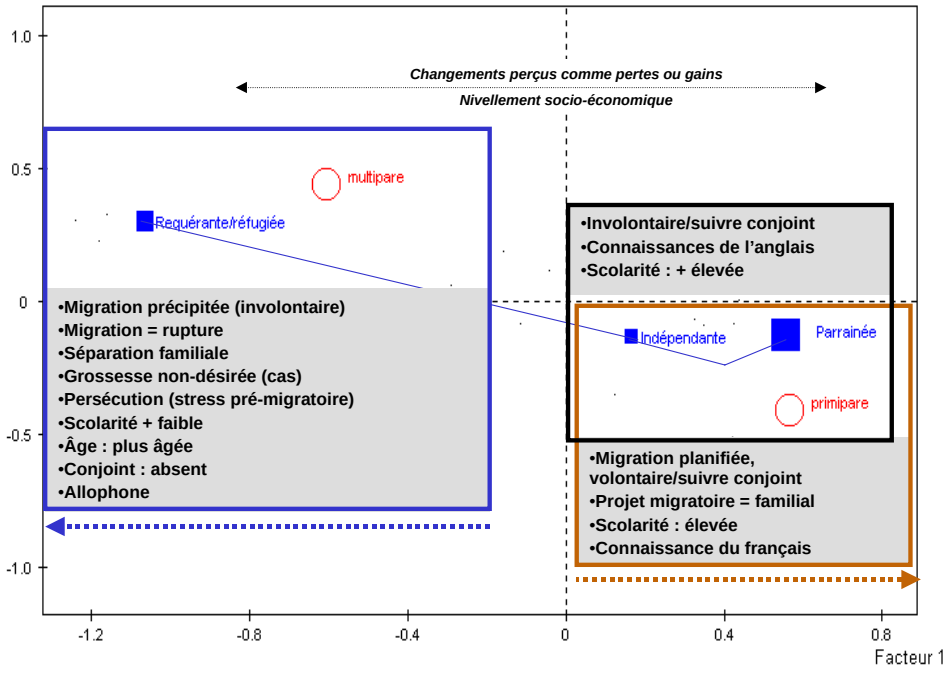
Bien que le statut d'immigration soit fortement associé à ces caractéristiques, il importe davantage de s'attarder aux conditions particulières qui distinguent ces mères plutôt qu'au statut de réfugié en soi, un statut qui reflète aussi une réalité simplement administrative.

Pour ce qui est des deux autres trajectoires, notons d'abord qu'elles présentent plus de similarités que de différences. Ces trajectoires regroupent les répondantes qui ont immigré dans les catégories d'admission **parrainée** et **indépendante**. Pour la plupart, il s'agit de **nouvelles mères** qui ont immigré **volontairement** ou pour **suivre leur conjoint**, ce qui est surtout le cas des répondantes ayant été parrainées. Il est important de noter que contrairement au profil décrit plus haut, ici il est plutôt question de répondantes dont le **projet migratoire** est intimement lié au **projet familial, hypothèse soutenue par le fait que ces dernières ont majoritairement mentionné avoir désiré leur dernière grossesse**. En effet, tout laisse croire que, dans leur cas, la migration a

été **planifiée** de longue date, et qu'immigrer lorsqu'on est jeune et sans enfant reflète un choix plutôt réfléchi. Ces dernières sont en effet **plus scolarisées**, **plus jeunes** et parlent pour la plupart soit **l'anglais**, soit le **français**. Pour ce qui est des répondantes parrainées, elles ont pu bénéficier, à leur arrivée, de l'**accueil de leur conjoint** qui avait déjà trouvé un emploi, assurant ainsi un meilleur revenu familial, bien que souvent faible. Du côté des répondantes indépendantes, la plupart sont arrivées en compagnie de leur conjoint et avaient des moyens financiers leur assurant une meilleure **intégration** socio-économique. D'ailleurs, dans les deux cas, la **satisfaction** au regard des conditions de logement est plus grande. Par contre, leur **déqualification** professionnelle est source d'insatisfaction, et ce, tant pour les mères parrainées qu'indépendantes.

Ceci permet de constater que les circonstances migratoires ont un effet de **nivellement socio-économique**, puisque les personnes plus qualifiées, et plus scolarisées, vivent une déqualification alors que les autres peuvent espérer plus rapidement une ascension sociale. Bref, les caractéristiques associées à la scolarité et à l'expérience professionnelle ne sont pas garantes, du moins à court terme, d'une situation socio-économique favorable.

Figure 11 : Synthèse des principaux facteurs selon les trajectoires migratoires



Comme cela a déjà été mentionné, l'expérience migratoire entraîne des changements qui peuvent être perçus comme des gains ou des pertes. Comment ces changements peuvent affecter la santé des personnes immigrantes est une question fort complexe à laquelle nous ne pouvons répondre dans le cadre de cette recherche. La migration se révèle déstabilisante, certes, mais les faiblesses peuvent devenir des forces dans ce processus où chacun recherche un équilibre. Cette dynamique des gains et des pertes est très subtile et peut donc avoir des effets contradictoires, lorsqu'il y a inversions et compensations. Aussi, la perception de gains et de pertes ne permet pas vraiment de

distinguer des sous-groupes de répondantes au sein de l'échantillon, les répondantes ayant pour la plupart perçu à la fois des gains et des pertes dans des dimensions différentes de leur vie, et parfois dans une seule et même dimension.

Par contre, il est possible de s'attarder à certaines variables clés, des variables « pivots », autour desquelles gravitent cette dynamique de pertes et de gains associée à l'expérience migratoire. Parmi ces variables, sur lesquelles on reviendra continuellement au cours des analyses proposées au chapitre 4, on retrouve essentiellement les raisons d'immigration (volontaires/involontaires), la catégorie d'admission (réfugiée, parrainée, indépendante) et la parité (primipare/multipare).

Chapitre 4

Analyses des conditions parentales selon les circonstances migratoires

4.1 Conditions parentales

Dans ce chapitre sont décrites les dimensions liées aux conditions parentales retenues pour cette étude : l'état de santé physique et émotionnel, les réseaux de soutien familial et social, l'utilisation des services de santé en général et de périnatalité en particulier, l'implication du père, la santé et le développement des bébés et, finalement, le changement des habitudes de vie durant la période périnatale. Ces conditions parentales sont analysées successivement avec les circonstances migratoires, décrites au chapitre précédent, afin d'en explorer les relations possibles. Elles sont aussi brièvement analysées en fonction de certaines conséquences pour la santé de l'enfant en considérant le poids des bébés à la naissance et la durée de gestation. Pour chacune de ces dimensions, les principales variables à l'étude sont d'abord décrites pour ensuite faire l'objet d'analyses factorielles des correspondances nous permettant d'étudier les associations entre elles et avec les circonstances migratoires.

4.1.1 État émotif

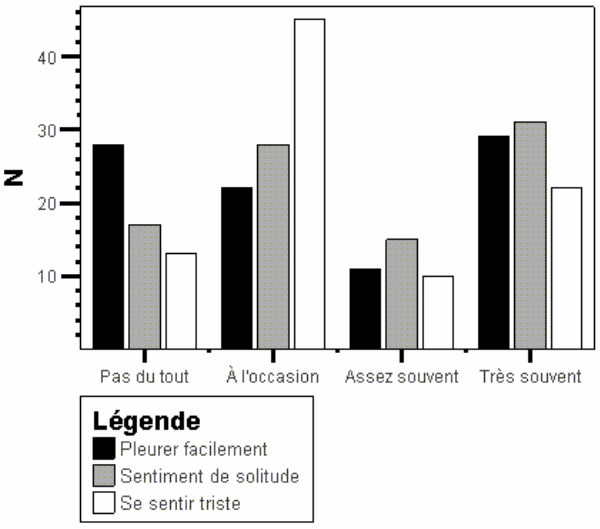
La plupart des études tendent à démontrer que certaines expériences migratoires, incluant l'adaptation et l'intégration à la société d'accueil, peuvent affecter négativement l'état émotif. D'autres observent que les femmes sont généralement plus affectées par cette expérience que les hommes (Beiser, 1988, Hopper, 1998). La spécificité de la situation des femmes immigrantes soutient ces observations à plusieurs égards : leur trajectoire migratoire (souvent parrainées, plus dépendantes), les raisons d'immigration (pour le conjoint, pour fuir, etc.) et la dislocation de leur réseau de soutien. De façon générale, les résultats de cette étude reflètent ces observations, mais pour la période périnatale, une période déterminante pour la santé de l'enfant et de la mère, pour l'équilibre familial et le développement de l'attachement mère-enfant. La migration et la maternité semblent se croiser à une intersection risquée. La fragilité émotive apparaît a priori comme un facteur de vulnérabilité de la période périnatale. Mais quelles sont les modalités de cette fragilité émotive, quelles en sont les raisons et quelles associations peut-on faire entre l'expérience migratoire et l'expérience de la maternité ?

L'état émotif des répondantes a été mesuré à l'aide d'une adaptation de l'échelle du *Hopkins symptom checklist 25*. En effet, le nombre d'items a dû être ramené de 25 à 15[1] pour les raisons suivantes : le questionnaire utilisé dans le cadre de cette étude abordait de nombreuses dimensions, il était donc particulièrement long, et cette échelle n'est utilisée qu'à des fins descriptives. Les items retenus portent essentiellement sur des signes émotifs, sauf trois reflétant des manifestations somatiques (insomnie, perte

[1] Il va sans dire qu'ayant été remaniée pour cette étude, il est impossible de démontrer la validité et la fidélité de cette échelle. Elle n'est donc utilisée dans le cadre de cette étude qu'à titre strictement descriptif.

d'appétit, perte d'énergie). Afin d'en faciliter la description, ces items sont regroupés selon 5 catégories plus larges de l'état émotif : les sentiments de solitude et de tristesse (solitude, tristesse et pleurs), les sentiments d'impuissance, les signes anxiogènes, l'estime de soi et les signes somatiques. Pour chacun des items, les répondantes devaient se prononcer sur une échelle de Likert comportant quatre niveaux : pas du tout, à l'occasion, assez souvent et très souvent. Elles devaient estimer la fréquence à laquelle elles avaient vécu chacun de ces états depuis leur accouchement. La période de référence peut donc varier d'une mère à l'autre de 4 à 8 mois.

Figure 1 : Sentiment de solitude et de détresse



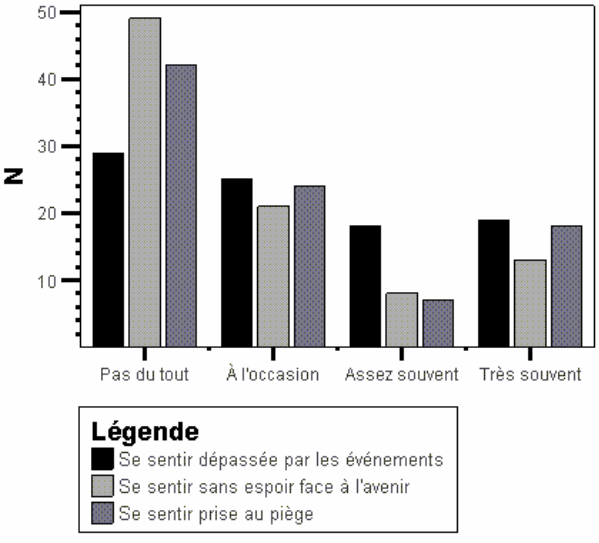
D'un point de vue très général, les items les plus fréquents appartiennent à la dimension émotive. Les signes somatiques étant beaucoup moins manifestes.

Les sentiments les plus partagés par l'ensemble des répondantes de cet échantillon sont ceux de solitude et de tristesse (figure 1). Seulement 13 d'entre elles ont mentionné ne pas avoir été particulièrement tristes depuis leur accouchement, et seulement 17 ne pas avoir souffert de solitude.

> *« Même si je suis avec du monde, je me sens seule, je ne parle pas beaucoup. Je pleure beaucoup. Ma famille me manque, si la famille avait été là..» (37 ans, Haïti)*

Ceci dit, le sentiment de tristesse paraît plutôt occasionnel, alors que celui de solitude est particulièrement fréquent chez celles qui en sont affectées. Le tiers d'entre elles ont en effet mentionné se sentir seules très souvent (31/91), alors que le quart disent se sentir seules assez souvent (15/91). On trouve les mêmes proportions pour les répondantes ayant mentionné pleurer facilement, sauf qu'elles sont moins nombreuses au total. Ces résultats vont dans le sens de la plupart des études ayant observé l'importance de l'isolement chez les femmes immigrantes, un isolement qui se manifeste entre autres par des sentiments de solitude et de tristesse (Hopper, 1998; Duval, 1992; Beiser, 1988).

Figure 2 : Sentiment d'impuissance



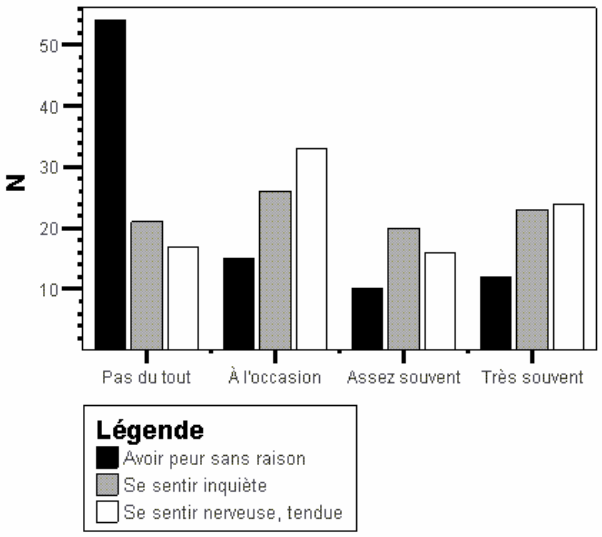
Les répondantes étant placées dans un environnement nouveau en raison de leur récente immigration au Québec, il était permis de penser qu'outre le sentiment d'isolement, plusieurs puissent se sentir dépassées par les événements, ne sachant pas toujours comment s'orienter et vers qui aller. De fait, comme on peut l'observer à la figure 2, ce sentiment est assez répandu parmi les répondantes. Il est surtout occasionnel, mais 19 d'entre elles ont mentionné avoir eu cette impression très souvent depuis leur

accouchement. Quant aux deux autres items présentés à la figure 2, ils reflètent un sentiment d'impuissance face à l'avenir.

Ces deux items, soit se sentir sans espoir face à l'avenir et pris au piège dans la situation actuelle, semblent beaucoup moins fréquents. De fait, 49 répondantes ont dit ne pas s'être senties sans espoir face à l'avenir et 42 ne pas s'être senties prises au piège. À la lumière de ces données, l'avenir ne semble pas aussi inquiétant pour les répondantes que leur présent ou encore leur passé.

La figure 3 présente trois signes anxiogènes. Le moins répandu chez les répondantes est le sentiment de peur inexpliqué que plus de la moitié n'ont jamais vécu depuis leur accouchement. Par contre, plus du quart (23/91) se sont très souvent senties inquiètes, et autant très souvent nerveuses, tendues (25/91). Pour ces deux items, assez peu ont mentionné ne jamais les avoir ressentis depuis leur accouchement. D'évidence, plusieurs mères ont vécu une période d'anxiété suite à la naissance de leur enfant.

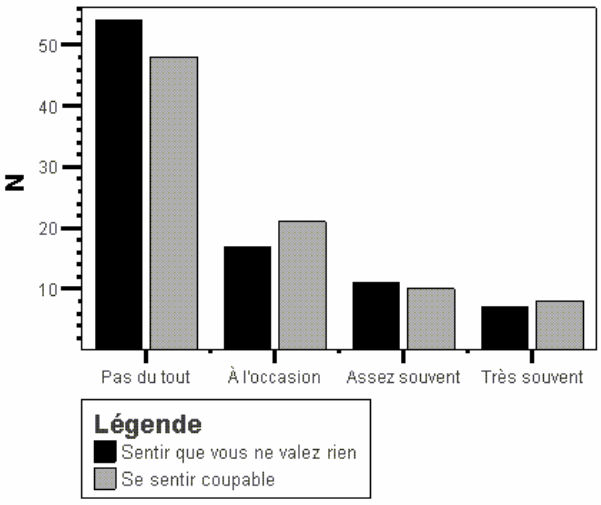
Figure 3 : Signes anxiogènes



Deux items faisant référence à l'estime de soi ont aussi été mesurés : sentir qu'on ne vaut rien et se sentir coupable (figure 4). Peu de mères ont rapporté avoir éprouvé ces sentiments très souvent. La majorité d'entre elles ne se sont pas senties dévalorisées (54/91) et n'ont pas ressenties de culpabilité (48/91) depuis leur accouchement. Ces deux sentiments relatifs à l'estime de soi apparaissent pour celles qui les ont ressentis comme des états plutôt occasionnels.

Ces signes et symptômes émotionnels trouvent peu d'écho au sein des manifestations somatiques, sauf pour le manque d'énergie et l'impression que tout exige un effort. Ces deux états peuvent toutefois être attribués à la période plus ou moins longue des relevailles. Les autres signes somatiques n'affectent que quelques mères, une proportion importante ayant mentionné ne pas avoir eu de difficulté à dormir (49/91) ni aucune perte d'appétit (48/91). D'ailleurs, ces deux dernières manifestations sont plutôt occasionnelles lorsqu'elles sont présentes.

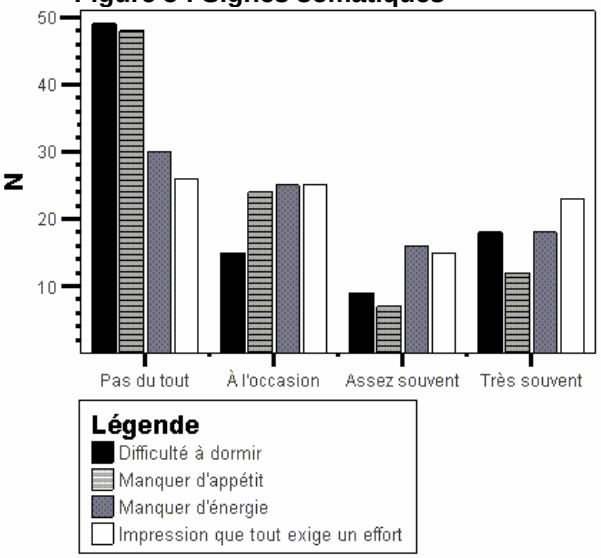
Figure 4 : Estime de soi



En somme, trois manifestations semblent particulièrement bien décrire l'état émotionnel des répondantes depuis leur accouchement : les sentiments de solitude et de tristesse,

et pleurer facilement. Outre ces trois manifestations, on peut noter que plusieurs mères vivent un éventail de situations accentuant leur anxiété et alimentant leurs inquiétudes.

Figure 5 : Signes somatiques



Si l'on s'attarde aux items reflétant les sentiments vis-à-vis de l'avenir, tout laisse croire que la plupart des répondantes sont plutôt optimistes, très peu se disant sans espoir face à l'avenir ou prises au piège dans leur situation actuelle. En fait, l'échelle émotive nous renseigne sur un état émotionnel fragilisé par la situation actuelle et les séquelles du passé, mais dont le contrepoids emprunte la forme d'un regard confiant vers le futur, dans la mesure où les espoirs de sortir de la situation actuelle, d'améliorer son sort, sont présents.

4.1.2 À quoi est attribuable leur état émotionnel selon les répondantes

Le sentiment d'inquiétude mentionné par les mères est directement associé, du moins pour 11 d'entre elles, à leur bébé, à son développement, à sa santé, à son alimentation, etc. Cependant, plus de la moitié des répondantes (50/91) attribuent leur état émotif à l'absence de certains membres de leur famille, à l'absence d'amis, au manque de soutien que cela occasionne, mais aussi aux inquiétudes que ces absences entretiennent.

> *« Les inquiétudes que j'ai ici en ce qui concerne ma famille ça pourrait être différent si j'étais avec eux, i.e. si les enfants manquent de ceci, s'ils manquent de cela, je crois que je verrais le problème différemment. Je pourrais avoir de leurs nouvelles aussi, ici on est dans l'inquiétude, on ne sait pas, rien du tout, c'est ça qui est un peu angoissant... » (32 ans, Zaïre)*

Un grand nombre de répondantes ont établi un lien direct entre la faiblesse de leurs réseaux de soutien et leur état émotif tributaire de leur solitude. Ces mères, pour la plupart, attribuent leur état émotif en général à leur expérience migratoire. Seulement 21 d'entre elles n'établissent pas de relations entre leur état émotif et leur expérience migratoire (tableau 1). Ces constatations s'ajoutent aux observations d'autres études, à savoir que la spécificité des femmes immigrantes, de leurs expériences et de leur place dans l'organisation sociale et familiale les rend tout particulièrement vulnérables sur le plan psychologique.

Plus précisément, 28 mères associent leur état à l'expérience migratoire dans son ensemble, c'est-à-dire à une combinaison d'événements tels que la séparation de leur conjoint ou de leur enfant lors du processus de réunification familiale, la lenteur des démarches pour leur statut et les inquiétudes vis-à-vis des membres de leur famille demeurés au pays d'origine. Souvent, ces causes s'accumulent pour culminer en un état très anxiogène :

> *« C'est l'instabilité ici, pas de statut, je suis en attente de la réponse de l'immigration. Mon fils est là-bas et ça me fait mal – Il me manque beaucoup, beaucoup. J'ai fait trois grosses dépressions ici. » (36 ans, Chili)*

Plusieurs mères ont également mentionné des difficultés d'adaptation et d'acclimatation et, bien sûr, la barrière de la langue :

> *« Tu te sens seule ici. Dans mon logement j'ai peur toute seule. J'avais l'habitude là-bas d'être avec ma famille. J'aimerais sortir plus mais des fois je pense qu'il va faire froid. Le froid ici change complètement le mode de vie, la façon dont on se sent. On n'était jamais renfermé comme ça au Sri Lanka. » (26 ans, Sri Lanka)*

> *«En plus du fait d'avoir deux bébés, d'être loin de sa famille, le fait aussi de ne pas parler la langue et d'avoir des problèmes financiers. Rien ne va des fois, je me demande si je vais tenir et rester près de mon mari. »(30 ans, Liban)*

Finalement, les difficultés d'ordre socio-économique n'ont été invoquées que par quelques mères pour expliquer leur état émotif (11/91). Ce constat est cohérent avec la vision plutôt positive de l'avenir qui se dégage des données, c'est-à-dire que la plupart des répondantes envisagent malgré tout l'avenir avec optimisme, n'ayant pas cette impression d'être prises au piège. Il s'agit ici d'une particularité à considérer, car la situation de ces répondantes, qui peut en effet les vulnérabiliser sur le plan émotionnel, est perçue comme circonstancielle, voire temporaire, car elle est nouvelle et consécutive à leur récente immigration. La nouveauté de leur situation peut en partie expliquer les espoirs que plusieurs entretiennent pour une amélioration éventuelle.

En somme, ces causes apparaissent rarement seules, à moins de représenter un événement important dans la vie de la personne comme une séparation prolongée d'avec le conjoint ou un des enfants, ou une période inquiétante d'attente de statut qui ne peut qu'augmenter le sentiment d'anxiété ressenti par plusieurs répondantes. La faiblesse du réseau est aussi une des principales causes de l'état émotionnel, d'autant plus que cette situation semble agir comme catalyseur, et entraîner l'isolement, bien sûr, mais aussi un manque de soutien matériel et affectif. Un manque que certaines tenteront de pallier par leurs multiples contacts avec des professionnels.

> *« C'est comme quand je parle à un agent de l'immigration, là... et que j'essaie de me consoler quoi. Il ne comprend pas, et moi je ne sais pas vraiment ce qu'il veut dire. Des fois en plus je ne comprends pas bien le français. Oui, je me sens seule, même si avec le bébé je suis toujours occupée. » (23 ans, Zaïre)*

Tableau 1 : Causes attribuées à leur état émotif par les répondantes

	Mentions	% (n=91)
Isolement (faible réseau social et familial, manque de soutien)	*50*	*55,0*
Processus migratoire : statut, séparations, attente	*28*	*30,8*
Difficultés dadaptation	*15*	*16,5*
Difficultés dordre socio-économique, précarité	*11*	*12,1*
Inquiétudes vis-à-vis du bébé	*11*	*12,1*
Liées à autre chose quà l'expérience migratoire	*21*	*23,1*
Total	*136*	-

Comme une même répondante a pu identifier plus d'une cause, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Les pertes, surtout sociales et affectives, attribuables à l'expérience migratoire affectent émotivement les mères en suscitant chez elles, notamment des sentiments de solitude, d'inquiétude et de tristesse parfois très intenses :

> *« C'est à cause de mon exil, de mon immigration, loin de mes parents. J'étais gâtée d'une façon exagérée, j'étais le bébé de la famille, de mes parents. Ils ne me laissaient rien faire. Quand je suis arrivée ici, je me suis contrôlée pendant les trois premiers jours, depuis il ne se passe pas un jour sans que je pleure. » (24 ans, Liban)*

Aussi, les circonstances migratoires vulnérabilisent sur le plan émotionnel, surtout lorsqu'elles représentent une rupture sociale et familiale, et qu'elles s'accompagnent d'incertitudes (statut, revoir la famille, etc.) et d'instabilité (adaptation, précarité). À cela s'ajoute l'expérience prémigratoire qui, comme les témoignages précédents en font état, est parfois susceptible de vulnérabiliser émotivement celles qui ont été témoins de conflits dans leur pays d'origine. Par ailleurs, la nouveauté de la situation peut constituer une forme de protection pour certaines qui s'accrochent plutôt à l'avenir et à leurs espoirs. Il ne faut pas perdre de vue, comme cela a aussi été souligné plus tôt, que plusieurs ont émigré dans l'espoir d'améliorer leur situation de vie en général, et que cet espoir perdure généralement pendant les premières années d'immigration en se réalisant ou non.

4.1.3 Correspondance entre l'état émotif et les circonstances migratoires

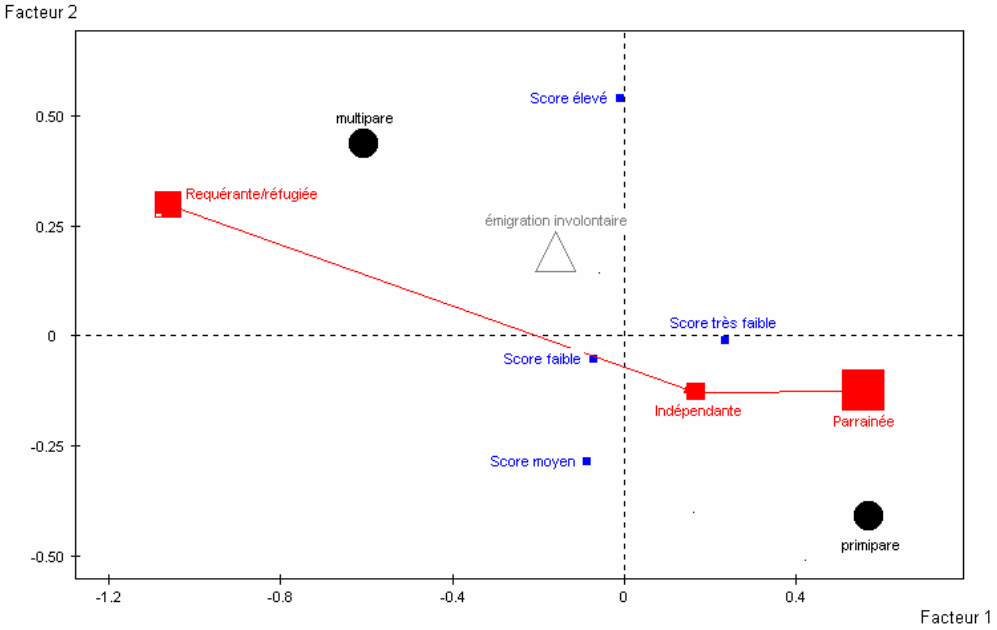
Pour analyser les correspondances entre l'état émotif et les circonstances migratoires, un score global a été calculé à partir des 15 items de l'échelle de mesure utilisée. Ce calcul nous a permis de diviser l'échantillon en quartiles. Les répondantes se distribuent désormais sur un continuum allant de très faible difficulté émotive à très forte.

Ce score global, qui inclut l'ensemble des items de l'échelle émotive, permet de distinguer clairement les répondantes ayant eu un score très élevé de l'ensemble de l'échantillon, et donc des trois autres quartiles situés dans les cadrans inférieurs du diagramme. Il s'agit, tel qu'on peut le constater à la figure 6, essentiellement des répondantes multipares ayant l'expérience migratoire des réfugiées ou des requérantes de statut. En référence aux diagrammes qui précèdent, on peut dire que ces mères ont dans l'ensemble vécu une immigration plutôt involontaire, qu'elles ont la moins bonne connaissance des langues officielles et, rappelons-le, une scolarité plus faible. Soulignons également qu'une association est possible entre le fait d'avoir vécu un ensemble de craintes associées à l'instabilité de leur statut au Québec et un score élevé sur l'échelle émotive.

Bien que les trois autres catégories (très faible/faible/moyen) soient relativement près les unes des autres sur le diagramme, les scores faible et très faible se trouvent associés au parcours migratoire des répondantes parrainées et des indépendantes, et tout particulièrement aux mères primipares. Un ensemble de caractéristiques semble être propre aux répondantes moins affectées psychologiquement. On constate notamment la présence du conjoint, mais aussi un plus haut niveau de scolarité, la connaissance de l'une des deux langues officielles et le fait d'avoir immigré volontairement ou tout simplement pour suivre son conjoint. Comme nous l'avons vu précédemment, les répondantes accordent peu d'importance à leur revenu pour expliquer leur état émotif. Ceci se reflète également à la figure 7, bien que l'on puisse y

constater que les mères ayant un meilleur revenu souffrent moins, en général, de difficultés d'ordre émotif.

Figure 6 : Score sur l'échelle émotive selon la parité, la catégorie d'admission et une émigration involontaire



Lorsqu'on s'arrête plus précisément à certains items de l'échelle utilisée, on observe que les manifestations les plus fréquentes, comme la solitude et le manque d'énergie, affectent indistinctement l'ensemble des répondantes. Il s'agit de manifestations que l'on peut associer globalement à l'expérience de la maternité, et qui peuvent être exacerbées par l'expérience migratoire, comme l'ont fait remarquer les répondantes elles-mêmes. En effet, suite à un accouchement, les mères sont moins mobiles, moins énergiques, donc plus enclines à l'isolement. D'autres items, néanmoins, semblent dépeindre plus particulièrement l'état de certaines d'entre elles et vont dans le sens des observations qui précèdent. Il s'agit notamment des items correspondant à l'insomnie, à la perte d'appétit et aux sentiments de culpabilité, de peur, de perte d'espoir et d'estime de soi, qui caractérisent plus particulièrement les répondantes de la catégorie d'admission réfugiée/requérante et surtout les mères multipares. Ces sentiments sont vécus plus fréquemment par les répondantes ayant expérimenté une immigration involontaire et ayant plusieurs enfants. Ils semblent aussi s'inscrire comme des séquelles laissées par l'expérience de la persécution ou de conflits armés avant l'immigration et qui aujourd'hui se traduisent par des signes anxiogènes et de dévalorisation.

Notons que les mères multipares ont obtenu un score plus élevé pour 14 des 15 items de l'échelle utilisée. À titre d'exemples, parmi les principaux items, les mères multipares représentent :

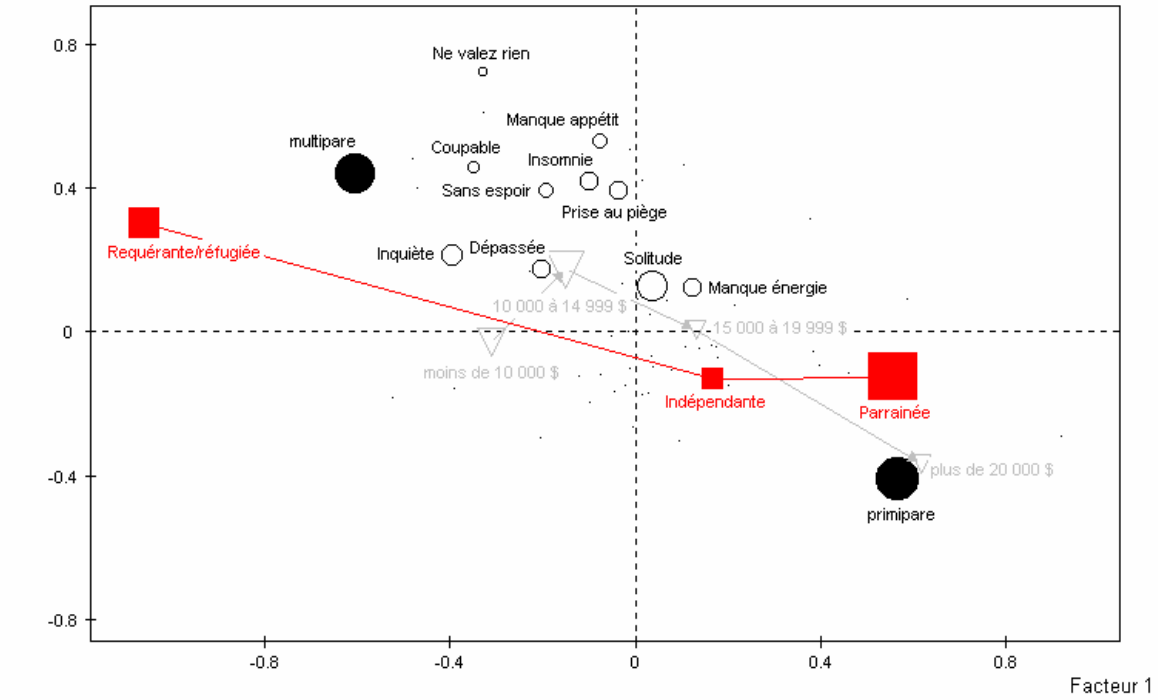
- **70 %** des répondantes souffrant souvent ou très souvent d'insomnie (19/27, dont 15 très souvent).
- **68 %** des répondantes ayant souvent ou très souvent le sentiment d'être prises au piège (17/25).
- **63 %** des répondantes se sentant souvent ou très souvent tristes (20/32, dont 15 très souvent).

- **61 %** des répondantes ayant souvent ou très souvent un sentiment de culpabilité (11/18, dont 7 très souvent).
- **61 %** des répondantes ayant souvent ou très souvent l'impression qu'elles ne valent rien.
- **59 %** des répondantes ayant souvent ou très souvent peur (13/22, dont 9 très souvent).
- **58 %** des répondantes ayant souvent ou très souvent une perte d'appétit (11/19).
- **57 %** des répondantes ayant souvent ou très souvent l'impression d'être dépassées par les événements (21/37, dont 11 très souvent).
- **57 %** des répondantes n'ayant souvent ou très souvent plus d'espoir (12/21, dont 7 très souvent).

Les mères multipares sont, dans l'ensemble, plus exposées à des difficultés d'ordre psychologique associées à l'insomnie, à l'espoir, à l'estime de soi et à la culpabilité. Néanmoins, ce n'est pas tant le fait d'être multipare qui importe, mais l'ensemble des caractéristiques qui accompagne cette situation chez les mères immigrantes. Rappelons simplement que les mères multipares se distinguent par une trajectoire migratoire qui signifie une rupture dans leur vie, tant physique que sociale et symbolique (chapitre 3).

Aussi, ces données semblent appuyer les observations faites dans d'autres études concernant les immigrantes ayant quitté leur pays par la force des choses (départ involontaire) plutôt que par désir (départ volontaire) et ayant quitté des gens très proches d'elles (dont leur conjoint ou un enfant). Il est démontré, entre autres, que ce type d'expérience alimente un certain nombre d'inquiétudes chez ces personnes, mais aussi un sentiment de culpabilité, en plus d'atténuer les espoirs face à l'avenir. Dans ces cas, les gains que procure l'immigration apparaissent insuffisants pour compenser les pertes encourues en quittant leur pays d'origine (Camilleri, 1996; Bibeau, 1992).

Figure 7 : L'échelle émotive par item (modalité = très souvent) selon la parité et le statut



4.2 Réseaux et soutien social

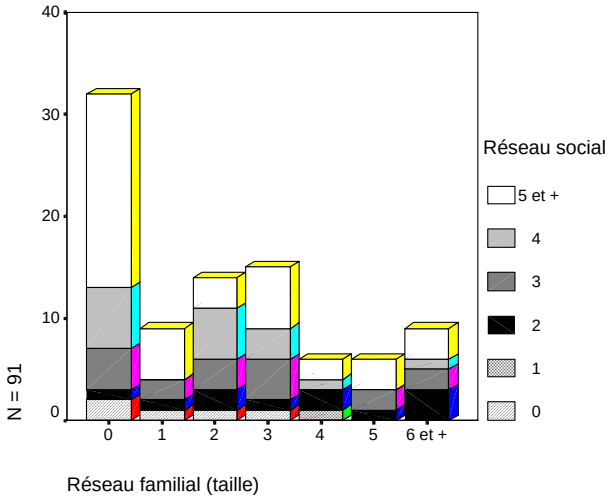
La migration, comme le soulignent de nombreuses études, tend à isoler les individus des sources d'aide traditionnelles et parfois à aggraver la situation des femmes sur qui repose la responsabilité de la santé et même du bonheur des enfants et de la famille (Chicoine, 1997; Beiser, 1988). La façon dont une personne immigrante se positionne dans un groupe, dans un réseau, détermine largement son accès à des ressources et à du soutien. Cela est d'autant plus déterminant durant la période périnatale, période au cours de laquelle les besoins aux plans matériel, social et moral sont grandissants alors que les mères voient leur mobilité réduite et leur isolement s'accroître, surtout celles ayant déjà un enfant. D'ailleurs, tel qu'il a été mentionné à la section précédente, les propos recueillis auprès des répondantes sur les raisons expliquant leur état émotif laissent déjà entrevoir la faiblesse des réseaux de soutien et le poids psychologique de leur isolement.

L'étude des réseaux et de leur organisation peut s'avérer particulièrement complexe, surtout lorsqu'il est question de populations immigrantes, car il s'agit alors, de formation ou de reconstruction des réseaux, un processus parfois difficile et long où il faut repartir à zéro, comme en témoigne cette répondante :

> *« Le réseau que j'ai ici n'est pas comme celui que j'ai en Égypte. Je n'ai personne de ma famille et aucune amie sincère. » (29 ans, Égypte)*

Dans le cadre de cette étude, ce qui retient plus particulièrement l'attention est, dans un premier temps, la composition de ces réseaux : sont-ils constitués d'hommes, de femmes, de la famille, de la belle-famille ou encore de professionnels ou de connaissances ? Selon leur composition (membres de la famille, voisins, connaissances, etc.), le niveau de soutien qu'on peut en attendre sera différent, tout comme l'est la nature des relations entre les individus.

Figure 8 : Taille des réseaux social et familial



Dans un deuxième temps, ces réseaux procurent-ils un véritable soutien pendant la période périnatale et de quelle nature est ce soutien ? Outre le nombre de personnes composant un réseau, celles-ci vivent-elles à proximité et sont-elles accessibles en cas de besoin ? Finalement, la perception qu'ont les mères de leurs propres réseaux est analysée pour mettre en perspective la description qu'on peut en faire : Sont-ils suffisants ? Apportent-ils le soutien attendu ? Représentent-ils un gain ou une perte par rapport aux réseaux de leur pays d'origine ?

4.2.1 Réseaux familial et social

Pour décrire les réseaux familial et social des répondantes, nous en examinerons l'ampleur, la taille et la source. À la figure 8, on peut observer que plus de 32 répondantes n'ont aucune parenté proche ou éloignée vivant au Québec. Par contre, elles possèdent en général un réseau social plus développé. En effet, 19 d'entre elles, soit plus de la moitié des répondantes n'ayant aucune famille au Québec, ont mentionné avoir un réseau hors parenté de plus de cinq personnes. On observe donc très clairement que plus la taille du réseau familial est petite, plus celle du réseau social est importante. De toute évidence, le réseau social semble pallier l'absence de la famille.

De qui sont composés les réseaux familial et social ? Le réseau familial comprend essentiellement la famille immédiate et éloignée, et la belle-famille. Une proportion importante des répondantes n'ont aucun membre de leur famille immédiate (parents, frère, sœur) près d'elles (63/91), 17 ont au moins une personne et quelques-unes seulement plus d'une. On observe sensiblement les mêmes proportions en ce qui a trait à la famille éloignée et à la belle-famille (tableaux 2,3 et A-8 en annexe).

Lorsqu'on parle de famille, donc, on ne parle pas que de la famille immédiate, mais aussi des personnes plus ou moins proches de la parenté. D'ailleurs, au sein de l'échantillon, la famille immédiate, c'est-à-dire les parents, les frères et les sœurs, n'occupe pas une très grande place au sein du réseau familial. Il importe donc de bien distinguer le degré de parenté qui n'est pas sans relation avec le type de soutien accessible.

D'un point de vue général, on peut dire que le réseau familial, tous degrés confondus, est relativement faible pour l'ensemble des répondantes, et que si la famille représente une source d'aide traditionnelle importante, elles en sont pour la plupart privées. Cette observation est cohérente avec celles faites précédemment, à savoir que l'isolement constitue aux yeux des répondantes la principale explication de leurs difficultés émotives.

Tableau 3 : Famille éloignée (taille)

		n	%
Taille	Aucune	55	60,4
	1 personne	18	19,8
	2 personnes	13	14,3
	3 personnes et +	5	5,5
	Total	91	100,0

Tableau 2 : Famille immédiate (taille)

		n	%
Taille	Aucune	63	69,2
	1 personne	17	18,7
	2 personnes	4	4,4
	3 personnes	4	4,4
	4 personnes et +	3	3,3
	Total	91	100,0

Le niveau de fréquentation des membres du réseau familial, souvent de petite taille, paraît être particulièrement faible, ce qui accentue encore plus la situation d'isolement (figure 9). Seulement la moitié des 59 mères ayant de la famille au Québec les voient au moins une fois par semaine. Près du quart d'entre elles les rencontrent au moins une fois par mois et quelques-unes moins d'une fois par mois.

Figure 10 : Lieu de résidence (famille)

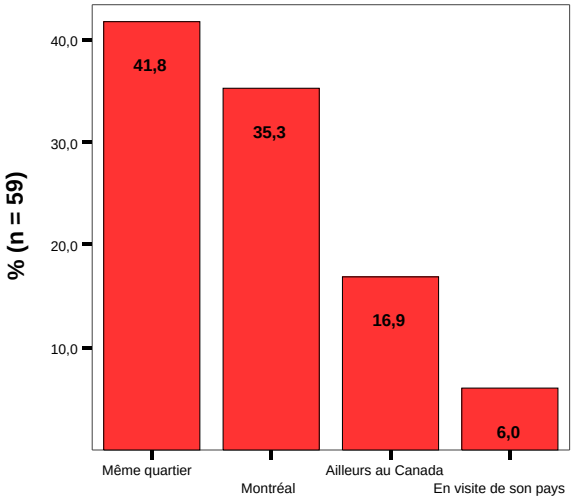
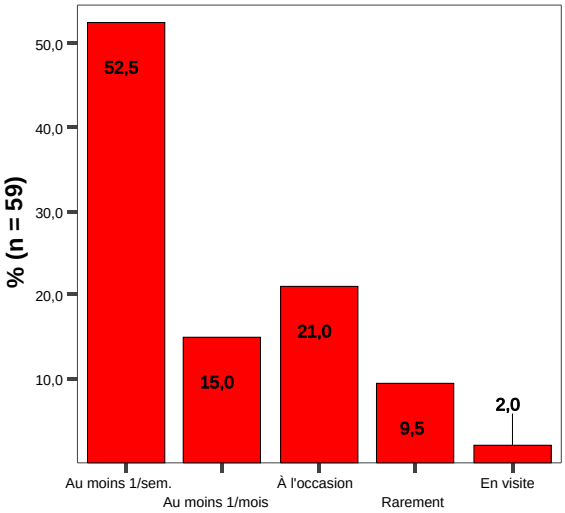


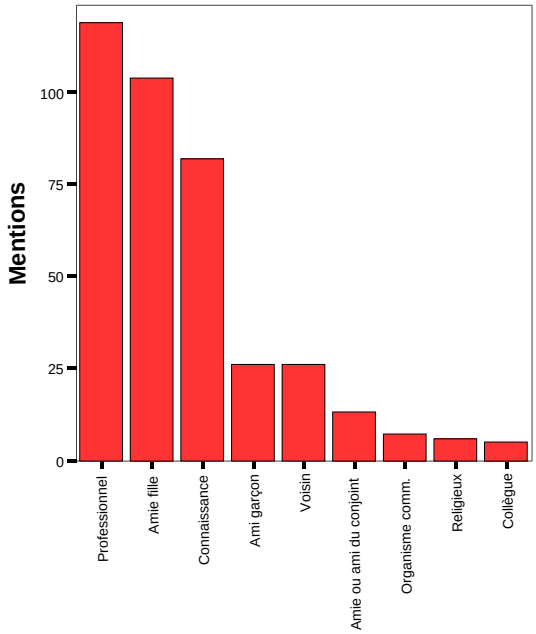
Figure 9 : Degré de fréquentation (famille)



Les contacts avec les membres de la famille ne sont pas très fréquents en général, ce qui peut s'expliquer en partie par leur éloignement. Rappelons que plusieurs répondantes n'ont aucune famille au Canada (32/91), et que peu de répondantes (24/59) ont un membre de la famille qui réside dans le même quartier qu'elles (figure 10). Pour le tiers d'entre elles, la parenté demeure dans un autre quartier de Montréal et pour le quart la parenté réside ailleurs au Canada ou n'est fréquentée que lorsqu'elle est en visite. Aussi, la présence de parenté au Québec n'est pas garante d'une véritable relation, ni d'un véritable soutien.

Les fréquentations hors parenté reflètent la faiblesse du réseau familial. Aussi, c'est par des professionnels, des voisins et des connaissances que semblent le plus prendre forme les réseaux social et de soutien. D'ailleurs, seulement quatre répondantes ont dit ne fréquenter personne en dehors de leur famille.

Figure 11 : Composition du réseau social



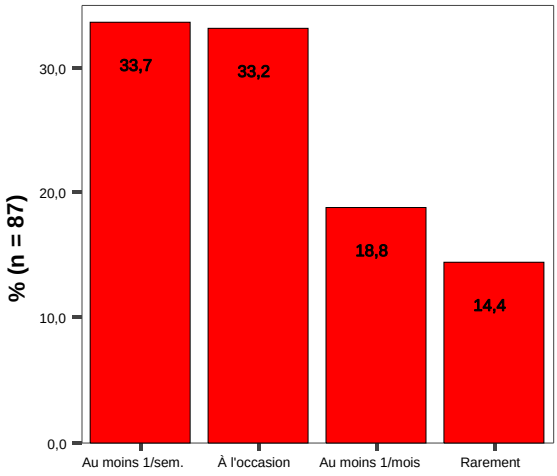
Ce réseau hors parenté est constitué essentiellement de professionnels (infirmières, médecins, mères visiteuses, etc.) et de connaissances proches et éloignées (amies, voisines, collègues, etc.) (figure 11)[2]. Hormis les professionnels, le réseau social se compose principalement d'amies et de connaissances plus éloignées. Le genre masculin est très peu représenté dans ce réseau, tout comme les voisins, les amis du conjoint, etc. La contribution des professionnels pour la formation des réseaux apparaît fondamentale. Non seulement ces derniers pallient l'absence de la famille, mais ils semblent constituer une porte d'entrée dans la société. De fait, les rencontres avec les personnes mentionnées par les répondantes se sont faites principalement dans un établissement de santé

[2] Le tableau A-7 en annexe présente ces catégories avec les % de mentions. Comme une même répondante peut avoir plus d'une personne dans son réseau, la somme de mentions est plus grande que le nombre de répondantes.

(CLSC, hôpital), lequel devient alors un lieu important de rencontre. Les autres lieux de rencontre sont, par ordre décroissant, le voisinage, l'église, chez une tierce personne, au COFI, au travail, dans un commerce, etc. (tableau A-6 en annexe). Finalement, très peu de répondantes ont mentionné fréquenter des collègues de travail, ce qui est normal dans la mesure où peu d'entre elles travaillaient au moment de l'entrevue. Un faible nombre ont également mentionné fréquenter des personnes de milieux religieux et d'organismes communautaires ou encore des amis du conjoint.

Le niveau de fréquentation des membres du réseau social demeure relativement faible (figure 12). En effet, le tiers seulement des répondantes côtoie une des ces personnes au moins une fois par semaine, un autre tiers de façon occasionnelle et, finalement, pour le reste des répondantes, ces rencontres sont mensuelles ou rares.

Figure 12 : Niveau de fréquentation (réseaux sociaux)



Comme l'on mentionné les répondantes lorsqu'elles étaient questionnées sur d'autres aspects de leur vie, l'isolement apparaît comme un élément majeur de leur expérience migratoire. La description des réseaux social et familial confirme cette perception et tend même à renforcer cette idée d'isolement qui marque non seulement leur immigration, mais aussi leur expérience de l'accouchement au Québec.

Lorsqu'on subdivise les réseaux selon le genre, on peut en observer une autre dimension fort importante. Il est commun d'observer une division des réseaux selon le genre dans plusieurs milieux culturels et divers types d'organisation sociale. Aussi, le réseau féminin joue un rôle particulièrement important pour le soutien entre femmes. Par conséquent, il est légitime de penser que les femmes en contexte migratoire tenteront de recréer ce réseau leur permettant de se soutenir entre elles. Mais est-ce possible pour toutes et que peut représenter ce réseau ? Concrètement, on peut observer aux tableaux 4 et 5 que le réseau féminin est légèrement plus important en taille que le réseau masculin, 63 répondantes (69 %) ne côtoyant aucun homme hormis leur conjoint.

Tableau 5 : Réseau masculin (taille)

		n	% (n=91)
Genre masculin	Aucun	63	69,2
	1 personne	17	18,7
	2 personnes	4	4,4
	3 personnes	4	4,4
	4 personnes	2	2,2
	6 personnes	1	1,1
	Total	91	100,0

Tableau 4 : Réseau féminin (taille)

		n	% (n=91)
Genre féminin	Aucun	47	51,6
	1 personne	21	23,1
	2 personnes	15	16,5
	3 personnes	4	4,4
	4 personnes	1	1,1
	6 personnes	3	3,3
	Total	91	100,0

En somme, la taille des réseaux est relativement faible dans l'ensemble, tout comme leur niveau de fréquentation, et ce, peu importe le degré de parenté ou d'intimité dans les cas hors parenté. De plus, plusieurs répondantes n'ont aucune parenté au Québec ou, si elles en ont, celle-ci ne réside pas nécessairement à proximité.

Il apparaît donc que plusieurs répondantes vivent un isolement accablant. Ceci a un impact direct sur le type de soutien auquel elles ont eu accès durant la période périnatale.

4.2.2 Réseaux de soutien

Qu'en est-il des sources d'aide traditionnelles, soit les membres de la famille immédiate et de la famille élargie, pendant la période périnatale[3] ? Nous venons d'observer que les réseaux familial et féminin en particulier, sont en général peu étendus au sein de l'échantillon. Aussi, parmi les personnes nommées par les répondantes, la parenté n'apparaît pas en premier lieu comme source d'aide (tableau 6).

> *«Là-bas j'aurais été avec ma mère. Elle est mon guide…» (36 ans, Chili)*
>
> *«J'ai paniqué dès mon accouchement. J'ai failli sombrer dans la dépression et Dieu merci je m'en suis sortie. Malgré l'aide du CLSC, j'avais l'impression que j'allais tout lâcher.» (30 ans, Lliban))*

Tableau 6 : Réseau de soutien

		N	% (n=91)
Soutien	**Hors parenté**	***39***	***42,9***
	Parenté et hors parenté	***24***	***26,4***
	De la parenté	***20***	***22,0***
	Aucun	***7***	***7,7***
	Refus du soutien	***1***	***1,1***
	Total	***91***	***100,0***

C'est donc l'absence de la famille, et très souvent de la mère plus spécifiquement, qui semble avoir incité les répondantes à faire appel d'abord à des professionnels de la santé, puis à des amies, à des personnes du voisinage et à des organismes communautaires (chacune de ces catégories est décrite en détail au tableau A-10 en annexe). Pendant la période périnatale, 39 répondantes n'ont eu aucun soutien de la part d'un membre de la famille immédiate ou élargie. Finalement, 24 répondantes ont bénéficié du soutien qu'ont pu leur apporter à la fois la parenté et des personnes hors parenté, alors que seulement 20 n'ont eu du soutien que des personnes de leur parenté. Notons que sept répondantes ont mentionné n'avoir reçu aucun soutien durant toute la période périnatale, et une n'en voulait tout simplement pas, considérant le soutien de son conjoint suffisant. Rappelons que dans le cadre de cette étude, quatre types de soutien ont plus particulièrement retenu l'attention, soit les soutiens instrumental, matériel, moral et informatif.

Le type de soutien peut varier considérablement, tout comme sa source. Aussi, pour ce qui est du soutien instrumental, c'est-à-dire le ménage, les courses, les repas, le lavage et éventuellement les soins et la garde du bébé, 31 répondantes n'ont reçu aucune aide tout au long de leur expérience périnatale (tableau 7). Les mères qui ont reçu ce type de soutien en ont surtout bénéficié après l'accouchement (44/91). Étant donné les tendances traditionnelles en cette matière, il n'est pas surprenant de constater que les personnes ayant accordé un soutien instrumental sont surtout des femmes, seuls

[3] Le conjoint n'est pas inclus dans ces descriptions, car une section du rapport est consacrée à l'implication paternelle durant la période périnatale.

quelques hommes ayant aidé (tableau 8). Ceci souligne l'importance du réseau féminin pour le soutien apporté à la mère en ce qui concerne les soins du bébé et les tâches ménagères, des tâches particulièrement lourdes pendant la période des relevailles. Bien que les membres de la famille immédiate soient les plus impliqués pour ce type de soutien, ceux de la famille élargie et même de la belle-famille leur sont aussi venus en aide. Finalement, il semblerait que les professionnels de la santé soient peu impliqués dans le soutien instrumental, contrairement aux amis ou connaissances qui, soulignons-le, sont surtout des femmes.

Tableau 7 : Soutien intrumental, période périnatale

		n	% (n=91)
I	Soutien après seulement	44	48,4
	Aucun soutien	31	34,1
	Soutien avant et après	14	15,4
	Soutien avant	2	2,2
	Total	91	100,0

Tableau 8 : Sources du soutien instrumental

		Mentions	% (n=54)
I	Famille immédiate	17	31,5%
	Famille élargie	10	18,5%
	Belle-famille	14	25,9%
	Femmes	25	46,3%
	Hommes	4	7,4%
	Les deux genres	9	16,7%
	Connaissances	18	33,3%
	Professionnels	8	14,8%
Total		105	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une personne, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Quant au soutien matériel, il provient principalement de professionnels de la santé et de connaissances (tableaux 9 et 10). Rappelons ici que les connaissances sont principalement des amies et des personnes du voisinage, et que leur soutien prend la forme de prêts ou de dons de vêtements et d'accessoires pour bébé. L'aide fournie par les professionnels revêt plus particulièrement la forme de dépannage alimentaire et, à l'occasion, de soutien financier. La famille semble jouer un rôle mineur à ce chapitre. Peut-être n'en a-t-elle tout simplement pas les moyens. Quoi qu'il en soit, un nombre important de mères n'ont pu en profiter, ce qui est le cas de 33 répondantes (36 %).

Tableau 9 : Soutien matériel, période périnatale

		n	% (n=91)
M	Aucun soutien	33	36,3
	Soutien après seulement	28	30,8
	Soutien avant et après	24	26,4
	Soutien avant	6	6,6
	Total	91	100,0

Tableau 10 : Sources du soutien matériel

		Mentions	% (n=47)
M	Famille immédiate	7	14,9%
	Famille élargie	5	10,6%
	Belle-famille	6	12,8%
	Femmes	9	19,1%
	Hommes	4	8,5%
	Les deux genres	2	4,3%
	Connaissances	17	36,2%
	Professionnels	28	59,6%
Total		78	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une personne, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Le soutien moral, c'est-à-dire avoir quelqu'un à qui se confier, avoir des visites de courtoisie ou simplement quelqu'un avec qui parler au téléphone, constitue une forme

d'aide dont la grande majorité des répondantes ont pu se prévaloir, et ce autant avant qu'après leur accouchement. Ce soutien moral provient essentiellement de professionnels de la santé et de connaissances (tableaux 11 et 12). Encore une fois, ces connaissances sont presque toutes des amies. Au sein de la famille, seule la belle-famille semble moins impliquée. Soulignons toutefois que ce type de soutien est généralement associé, par les répondantes, à un téléphone ou à un mot d'encouragement qui leur permettent de se sentir moins seules.

Tableau 11 : Soutien moral, période périnatale

		n	% (n=91)
MO	Soutien avant et après	*52*	*57,1*
	Soutien après seulement	*26*	*28,6*
	Aucun soutien	*9*	*9,9*
	Soutien avant	*4*	*4,4*
	Total	*91*	*100,0*

Tableau 12 : Sources du soutien moral

		Mentions	% (n=65)
MO	Famille immédiate	*10*	*15,4%*
	Famille élargie	*13*	*20,0%*
	Belle-famille	*7*	*10,8%*
	Femmes	*17*	*26,2%*
	Hommes	*12*	*18,5%*
	Les deux genres	*5*	*7,7%*
	Connaissances	*27*	*41,5%*
	Professionnels	*26*	*40,0%*
Total		*117*	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une personne, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Le quatrième type de soutien est informatif et comprend toutes formes d'information et de conseils sur la santé de l'enfant et sur son développement, sur les sources de revenu possibles (aide sociale, allocations, etc.) et sur les services de santé. Seules 19 des 91 répondantes n'ont pu bénéficier d'un tel soutien (tableaux 13 et 14). Encore une fois, dans la plupart des cas, celui-ci a été apporté par des professionnels de la santé. Très peu de répondantes ont bénéficié du soutien informatif de la part de leur famille. Par l'entremise des rencontres avec les mères, notamment lors des visites, les professionnels tiennent un rôle important pour l'intégration sociale de ces mères en leur fournissant de l'information sur la société québécoise, ses organismes et ses institutions. De plus, ils jouent aussi un rôle dans l'intégration culturelle des mères, en leur prodiguant des conseils sur la santé et le développement de l'enfant et sur des façons de faire, ce qui n'est pas nécessairement apprécié par toutes les mères :

> *« Je ne veux pas trop de conseils parce que j'élève mon bébé selon mon avis, c'est mon opinion personnelle et c'est tout. » (37 ans, Mexique)*

Cette brève analyse du réseau de soutien permet de faire ressortir principalement deux points. Premièrement, les réseaux féminin et familial apparaissent très importants, surtout en ce qui concerne le soutien instrumental. Deuxièmement, en leur absence, les professionnels procurent un soutien très important aux plans matériel, moral et informatif. En fait, la reconstruction des réseaux semble passer par les professionnels de la santé et les diverses activités offertes au sein de leurs institutions qui, rappelons-le, représentent les principaux lieux de rencontre pour ces mères. En somme, la faiblesse du réseau familial, bien qu'en partie compensée par le travail des professionnels de la santé, prive bel et bien les mères immigrantes d'une source d'aide traditionnelle.

Tableau 13 Soutien informatif, période périnatale

		n	% (n=91)
INF	Soutien avant et après	37	40,7
	Soutien après seulement	29	31,9
	Aucun soutien	19	20,8
	Soutien avant	6	6,6
	Total	91	100,0

Tableau 14 : Sources du soutien informatif

		Mentions	% (n=62)
INF	Famille immédiate	2	3,2%
	Famille élargie	9	14,5%
	Belle-famille	5	8,1%
	Femmes	10	16,1%
	Hommes	3	4,8%
	Les deux genres	4	6,5%
	Connaissances	10	16,1%
	Professionnels	48	77,4%
Total		91	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une personne, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

4.2.3 Perception des répondantes quant aux réseaux de soutien

Le type de soutien qui est apparu le plus important aux yeux des répondantes est le soutien dit instrumental (tableau 16). Cela met en relief l'importance du réseau familial et de la présence de femmes dans leur entourage étant donné que ces dernières procurent le plus ce genre de soutien. Il est notable, par ailleurs, que le soutien matériel ne soit considéré important que par une très faible proportion des répondantes.

Tableau 16 : Soutien le plus important

	n	% (n=91)
Soutien instrumental	31	34,1
Soutien moral	15	16,5
Soutien informatif	14	15,4
Soutien général	12	13,2
Soutien matériel	8	8,8
Aucune aide	6	6,6
Autres	5	5,5
Total	91	100,0

Tableau 15 : Réseau social assez important (perception)

	n	% (n=91)
Oui	51	56,0
Non	40	44,0
Total	91	100,0

Les répondantes ont également été amenées à évaluer l'importance de leur réseau. De façon générale, la majorité d'entre elles considère leur réseau social suffisamment développé pour leur procurer le soutien dont elles ont besoin (tableau 15). Plus précisément, 24 ont mentionné avoir un réseau social suffisant, et 18 ont souligné être suffisamment autonomes et ne pas avoir besoin de soutien ou de personnes supplémentaires dans leur vie (tableau 17). Comme le font ressortir les commentaires suivants, plusieurs répondantes ont déploré l'absence de la famille et d'amis dans leur entourage et, conséquemment, l'absence d'un soutien suffisant.

> *«La présence de ma famille, de la grande famille, de mes amis, m'aurait beaucoup aidée. On n'a pas de vrais amis très proches… Je suis bien avec mes enfants, je joue mon rôle*

de mère, mais c'était bien mieux avant, dans mon pays.» (24 ans, Liban)

« Dans mon pays, j'aurais été bien entourée de mes parents, de mes amis. Cela aurait été meilleur pour le moral, mais sur le plan matériel, ici c'est mieux. »(28 ans, Congo)

Tableau 17 : Perception des réseaux de soutien

	Cases	% (n=91)
Réseau social suffisant	***24***	***26,4***
Besoin de + d'aide en général	***18***	***19,8***
Suffisamment autonome	***18***	***19,8***
Trop isolées (soutien social faible)	***18***	***19,8***
Trop isolées (soutien familial faible)	***17***	***18,7***
Réseau familiale suffisant	***16***	***17,6***
Réseau peu expérimenté	***3***	***3,3***
Autres	***6***	***6,6***
Total	***120***	***131,9***

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une perception, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Cette perception des réseaux et du soutien peut aussi se traduire en termes de gains et de pertes lorsqu'on leur demande de comparer leur situation actuelle avec ce qu'elles auraient vécu dans leur pays d'origine. Le constat est à cet effet peu reluisant, une grande majorité des répondantes ayant plutôt évoqué des pertes que des gains (tableau 18). Le premier constat est la réduction du réseau familial et tout particulièrement l'absence de la mère et de son expérience souvent jugée inestimable :

«Parce que là-bas, ma mère et ma sœur auraient pu m'aider, ma belle-famille aussi. Ma mère aurait fait à manger, les repas et moi juste me reposer.» (22 ans, Liban)

«C'est un tout autre monde ! J'aurais eu de l'aide de tout le monde, il y avait plus de 20 personnes pour mon premier accouchement. Je n'ai qu'à dormir, manger et allaiter…» (31 ans, Liban)

Les répondantes traduisent la réduction du réseau familial par un soutien moins grand durant la période périnatale. Le soutien de ce réseau leur aurait permis d'avoir plus de loisirs, plus de temps libre et d'être libérées des tâches ménagères de mères, ce qui est devenu particulièrement difficile depuis leur immigration. Le manque de répit parental et de liberté est particulièrement important et contribue à l'impression de perte qu'a entraînée l'expérience migratoire, tout comme le manque de soutien moral, affectif et instrumental. Par ailleurs, certaines mères qui ont reçu du soutien durant la période périnatale estiment que, dans leur pays d'origine, des personnes ayant plus d'expérience auraient pu les aider et les conseiller :

«Les personnes à mes côtés n'avaient pas beaucoup d'expérience comme ma maman…» (42 ans, Pérou)

Pour ce qui est des gains perçus par les répondantes, mentionnons l'apport des services de santé, de leur qualité et de leur accessibilité. Certaines répondantes (7/91) ont également mentionné que le fait d'avoir émigré les a soustraites à l'ingérence familiale, ce qui constitue pour elles un gain important.

«The difference it's over here I have to do the things on my own. I would have been helped by my family, but you can learn still here with the health services, I mean the way you get services as a new mother, so it's why it's not necessary to be help with family.» (19 ans, Inde)

Dans l'ensemble, les répondantes ont évoqué beaucoup plus de désavantages que d'avantages en ce qui concerne le soutien reçu au Québec, comparativement à ce qu'elles auraient reçu dans leur pays d'origine. En ce sens, les circonstances migratoires ont un impact indéniable sur les réseaux sociaux et sur le soutien accessible durant la période périnatale. Il n'en demeure pas moins que certaines mères sont plus vulnérables que d'autres, parce que plus isolées.

Tableau 18 : Le soutien durant la période périnatale : les différences entre le Québec et le pays d'origine

		Mentions	% (n=91)
différences	Là-bas : + de soutien du réseau familial (mère)	*79*	*86,8*
	Là-bas : + de soutien du réseau social (loisirs +)	*30*	*33,0*
	Là-bas : + de répit possible,liberté	*17*	*18,7*
	Là-bas : + de soutien moral, affectif	*10*	*11,0*
	Ici : + de services	*10*	*11,0*
	Là-bas : + de soutien instrumental	*9*	*9,9*
	Là-bas : + d'accès à des gens d'expérience	*7*	*7,7*
	Pas vraiment de différence	*7*	*7,7*
	Ici : moins d'ingérence de la famille	*4*	*4,4*
	Ici = + d'aide du réseau social,amis	*1*	*1,1*
Total		*173*	

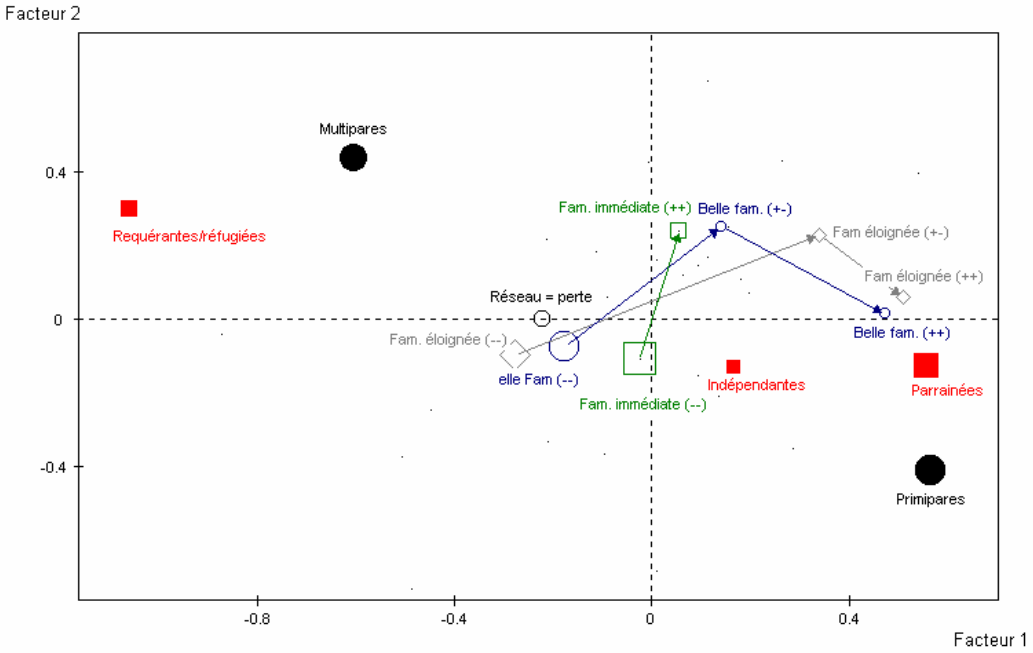
Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une différence, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

4.2.4 Correspondances entre les réseaux familial, social et de soutien, et les circonstances migratoires

La proportion de répondantes ayant perçu une perte de soutien depuis qu'elles sont au Québec permet de penser que de toutes les dimensions analysées, la formation des réseaux est sans nul doute une des plus affectées par l'expérience migratoire et les nouvelles circonstances qu'elle impose. Certaines mères sont plus affectées que d'autres, et l'analyse des correspondances propose quelques pistes pour mieux saisir leur profil. De fait, plusieurs repartent à zéro en arrivant au Québec, et ce, autant au plan familial que social. L'apport des professionnels de la santé apparaît particulièrement important à la lumière de ces quelques analyses, surtout durant une période aussi cruciale que celle entourant la naissance d'un enfant.

À la figure 13, on remarque, dans un premier temps, que la famille, qu'elle soit immédiate, par alliance ou éloignée, semble former un tout en termes de réseau. Ceci est surtout apparent lorsque la famille est absente, puisque c'est à tous les degrés de parenté qu'on peut l'observer. L'inverse se rencontre également, mais avec quelques nuances. Ce sont en effet les répondantes parrainées qui présentent le plus large réseau familial, mais ce réseau ne se compose pas nécessairement de la famille immédiate, la belle-famille et la famille éloignée étant beaucoup plus présentes dans leur cas. Dans un deuxième temps, la perception de perte par rapport aux réseaux est bel et bien associée à l'absence de la famille au Québec.

Figure 13 : Parité, réseau familial et trajets migratoires

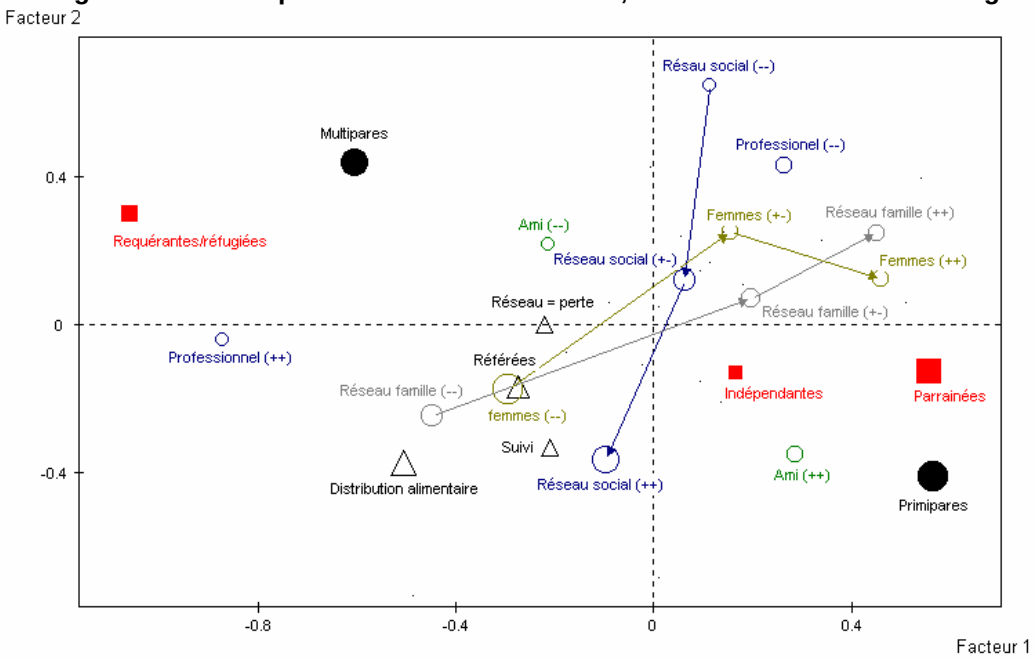


Que ces dernières aient pu compenser la faiblesse de leur réseau familial par l'apport d'un réseau social plus développé ne semble pas avoir influencé cette perception de perte. Comme on peut le constater à la figure 14, les réseaux familial et social sont inversement proportionnels, alors que le réseau féminin est étroitement lié au réseau familial.

En somme, on peut dire, d'une part, que le réseau social permet de pallier l'absence d'un réseau familial et, d'autre part, qu'il est peu courant de rencontrer des répondantes ayant un réseau équilibré entre la famille, les professionnels et les connaissances. Ainsi, trois profils semblent se dessiner. Le premier est constitué de mères dont l'entourage est essentiellement composé de membres de la famille, le second de mères ayant surtout des relations avec des professionnels et le troisième des mères n'ayant pratiquement personne sur qui compter.

Rappelons que le réseau social, bien que largement composé de professionnels de la santé, se subdivise également en plusieurs catégories. Autres observations, les répondantes qui ont un faible réseau familial sont également celles qui en général ont été référées par un professionnel de la santé, ce qui permet de penser qu'elles ont été prises en charge, en quelque sorte, par les services de santé, les professionnels ayant été particulièrement sensibles à leur isolement familial. Toutefois, est-ce que ces mères sont celles qui ont reçu le moins de soutien durant la période périnatale ? La réponse dépend, bien sûr, du type de soutien en question.

Figure 14 : Correspondances : Réseau social, familial et circonstances migratoires



À la figure 15, on peut observer que les formes de soutien sont dispersées sur le diagramme. En conséquence, rares sont les répondantes qui ont bénéficié de plus d'une forme de soutien à la fois durant la période périnatale. Aussi, le type de soutien accessible dépend largement du type de réseau. Comme la composition des réseaux semble plutôt déséquilibrée, il va de soi que le type de soutien le soit également.

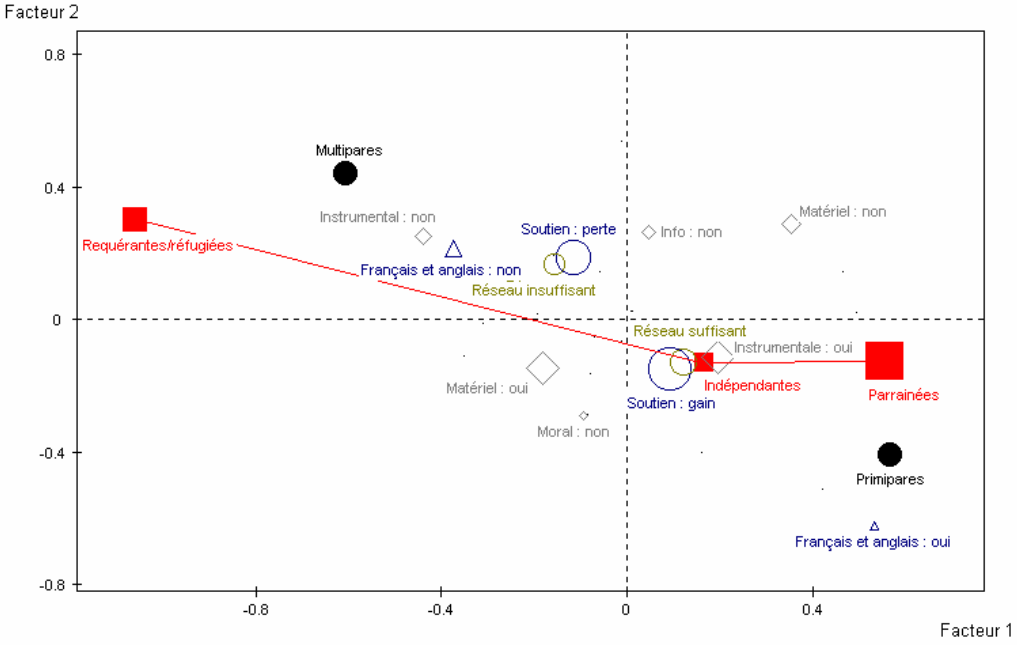
Les répondantes qui perçoivent leurs réseaux comme étant insuffisants pour leur apporter le soutien dont elles auraient besoin, en grande partie, ne parlent ni le français ni l'anglais. La langue apparaît ici comme un handicap sérieux à la formation des réseaux et, de là à l'accès au soutien. D'ailleurs, ces dernières ont perçu une perte dans leur expérience migratoire lorsqu'elles étaient questionnées sur le soutien qu'elles auraient pu recevoir dans leur pays d'origine. Parmi les répondantes qui perçoivent

plutôt les gains associés à leur expérience migratoire en termes de soutien, nous retrouvons essentiellement les répondantes ayant immigré dans la catégorie indépendante.

Si l'on observe le diagramme en fonction du type de soutien, ce qui retient avant tout l'attention est le soutien instrumental. En effet, le soutien instrumental est considéré comme le plus important par les répondantes. Or, celles n'ayant pas bénéficié d'un tel soutien sont notamment les mères multipares, souvent des catégories réfugiée ou en attente de statut et ne parlant ni l'anglais ni le français. Un profil assez clair se dessine, en ce sens que le soutien accordé par les professionnels ne peut satisfaire ces besoins instrumentaux. Par conséquent, l'absence du réseau familial et surtout des femmes, peut directement signifier une absence de soutien instrumental. En l'absence de ce réseau spécifique, les professionnels ne peuvent véritablement combler ce type de besoins et devront avoir recours à une tierce personne ou à une aide directe aux mères pour la formation de réseaux.

À l'opposé, les répondantes ayant bénéficié d'un soutien instrumental appartiennent aux catégories indépendante et parrainée, lesquelles ont de la famille et, aussi, des femmes dans leur entourage. Pour finir, notons que les répondantes n'ayant pas été soutenues moralement n'ont pas de réseau familial et que les répondantes qui n'ont pas eu de soutien matériel n'ont pas été épaulées par des professionnels (figure 2 en annexe).

Figure 15 : Correspondances : Perceptions des réseaux et types de soutien



4.3 Implication paternelle

La perception populaire à l'effet que les pères d'origine immigrante sont absents, peu impliqués et détachés de leur rôle de parent tient mal la route dans le cadre de cette étude. Surtout lorsqu'on tient compte de la perception des principales intéressées, les mères, et sur ce qu'on entend par « la place » des pères au sein d'une famille. De quelle place parle-t-on au juste ? Question d'autant plus pertinente si l'on considère que l'expérience migratoire entraîne une restructuration de la famille et du rôle de chacun de ses membres. Les pères sont particulièrement affectés par cette restructuration, surtout lorsque le réseau familial est absent, ce qui est très souvent le cas, comme nous l'avons observé à la section précédente.

Tableau 19 : L'implication de votre conioint est-elle suffisante ?

		N	%
	Oui	37	40,7
	Non	45	49,5
	Total	82	90,1
	Missing	9	9,9
Total		91	100,0

Près de la moitié des répondantes ayant un conjoint considèrent qu'il passe suffisamment de temps avec leur bébé et qu'il fait son possible étant donné les circonstances et le temps dont il dispose (études, travail) (tableau 19). Quant aux répondantes souhaitant une implication plus grande de leur conjoint, plusieurs constatent que de toute façon ce serait impossible à cause de leurs engagements (18/37). D'autres considèrent que leur conjoint devrait s'impliquer plus parce qu'à leurs yeux cela peut aider au bon développement du bébé (tableau 20).

> *« Il n'a pas le temps, il travaille tout le temps. Quand il rentre, il rentre à plat, donc je préfère le faire moi-même. Vous comprenez ce que je veux dire ? » (29 ans, Algérie)*
>
> *« Il le fait déjà assez. Malgré le fait qu'il travaille et moi non, il s'occupe des enfants plus que moi. Il est patient, il aime les enfants. » (33 ans, Algérie)*

Tableau 20 : Implication du conjoint

		Mentions	% (n=91)
Désirez-vous que votre conjoint s'implique plus	Non : fait ce qu'il peut	24	26,4
	Oui : limité par ses engagements (travail, études)	12	13,2
	Non : ne pourrait pas à cause du travail	8	8,8
	Oui : pour le développement du bébé	7	7,7
	Oui : mais conditions de travail trop pénibles, fatigué	6	6,6
	Oui : éventuellement	3	3,3
	Non : ne correspond pas aux valeurs	3	3,3
	Oui : pour les sorties, parc, etc.	3	3,3
	Ne sait pas vraiment	9	9,9
	Pas de réponse	19	20,9
Total		94	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une impression, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Pour plus de la moitié des répondantes (49/81), l'implication de leur conjoint aurait été différente dans leur pays d'origine. Plus précisément, leur implication aurait été moindre autant auprès d'elles que du bébé. Leur arrivée au Québec a modifié leur comportement parental, favorisant leur implication, et ce, pour diverses raisons et sur différents plans (tableau 21).

« Impossible, au Bangladesh, les hommes font jamais des choses à la maison. » (24 ans, Bengladesh)

Tableau 21 : L'implication du conjoint aurait-elle été différente au pays d'origine ?

		N	%
	Oui	***49***	***53,8***
	Non	***32***	***35,2***
	Total	***81***	***89,0***
	Missing	***10***	***11,0***
Total		***91***	***100,0***

D'abord, des raisons d'ordre culturel ont été évoquées. Dix-neuf répondantes ont mentionné que l'implication des pères est plutôt mal perçue dans leur pays d'origine, que cela ne correspond pas aux valeurs dominantes, ou encore que la division des tâches est telle qu'il n'est pas vraiment question qu'il s'implique. Les hommes ont leurs tâches et les femmes les leurs, souvent complémentaires, il peut être mal venu que l'un traverse dans la sphère d'action domestique de l'autre :

« Là-bas, les maris n'aident pas leur femme. Ils sont toujours dehors. » (29 ans, Honduras)

« Oh oui! C'est un grand changement. Ici, les hommes et les femmes c'est pareil, alors lui, il se dit, il a peur d'être dominé. Là-bas, tu as tellement d'aide, tu n'as pas besoin que ton mari s'implique autant. » (30 ans, Burundi)

« Bien sûr c'est différent (hic!). Y a trop de pressions. Il lui serait interdit de m'aider. Ses parents se moqueraient de lui s'il le faisait. » (26 ans, Algérie)

« Si je vivais seul avec lui, certainement. Mais comme on vivait en famille, c'est mal vu et c'est la belle-mère qui s'occupe des petits-enfants. » (28 ans, Algérie)

La situation est donc profondément différente une fois installés au Québec puisqu'il devient difficile de conserver des rôles exclusifs aux hommes et aux femmes. Une des principales raisons avancées pour expliquer la plus grande implication du conjoint est principalement l'absence de réseau, surtout familial (tableau 22). En ce sens, le conjoint supplée le soutien qu'aurait procuré la famille dans le pays d'origine. Inversement, plusieurs répondantes ont invoqué la présence familiale pour expliquer une implication moins grande de leur conjoint dans leur pays d'origine :

« Il aurait été pire, parce que là-bas, il aurait compté sur sa famille pour les petites choses qu'il fait ici. » (27 ans, Liban)

« Là-bas, j'ai des belles-sœurs et sa mère qui peuvent m'aider. Y'a pas toujours quelqu'un qui s'occupe des enfants. À cause de ça, les hommes sont devenus fainéants. Ici, on est obligés, on est deux. Ici, par contre, il ne se plaint pas. Il faut dire que le bébé porte le nom de sa mère à lui, alors ça le rapproche de sa fille. » (26 ans, Guinée)

Autrement, des raisons plus circonstancielles ont été évoquées afin d'expliquer les différences de comportement parental de leur conjoint entre leur pays d'origine et le Québec. Ces circonstances sont d'ailleurs étroitement reliées à l'expérience migratoire. Le fait de ne pas avoir d'emploi permet, pour certains, de passer plus de temps avec leur enfant. Inversement, huit mères ont noté que dans leur pays d'origine elles avaient de meilleures conditions de travail et que, par conséquent, leur conjoint était plus disponible pour le bébé. Finalement, quelques mères ont observé que leur conjoint était influencé par le modèle parental québécois et qu'à l'image des hommes québécois il cherchait à plus s'impliquer auprès du bébé.

« Ici, il ne travaille pas. Il a donc le temps pour s'occuper des enfants. » (36 ans, Sri Lanka)

Tableau 22 : En quoi l'implication de votre conjoint aurait été différente au pays d'origine ?

	Mentions	% (n=91)
Pays d'origine : implication du père mal perçue par l'entourage	19	20,9
Au Québec : absence de réseau = plus d'implication	17	18,7
Pays d'origine : division des rôles plus marquée, donc moins impliqué	15	16,5
Pays d'origine : famille élargie présente, donc moindre implication	14	15,4
Plutôt pareille	14	15,4
Pays d'origine : meilleures conditions de travail, donc plus disponible	8	8,8
Au Québec : recherche d'emploi = moins disponible	7	7,7
Au Québec : influence des rôles parentaux = plus d'implication	3	3,3
Ne sait pas vraiment	7	7,7
Total	104	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une différence, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Quant au type d'implication, il apparaît clairement que les pères sont plus enclins à certaines activités qu'à d'autres (tableau 11 en annexe). Aux yeux des répondantes, le soutien qu'apporte leur conjoint gravite surtout autour de trois types d'implication : faire les courses, amuser le bébé et le conduire chez le médecin lorsque le besoin s'impose. Parmi les activités où l'implication des pères est moins grande (nulle ou occasionnelle), les répondantes ont mentionné : donner le bain au bébé, faire le ménage ou les repas et changer les couches. L'implication des pères auprès de leur conjointe et de leur bébé suggère une division sexuelle des tâches assez typique puisque tout ce qui entoure les tâches instrumentales relèvent plutôt de la mère. Rappelons qu'il s'agit là du type de soutien qui est le plus important aux yeux de la majorité des répondantes.

Tableau 23 : Pouvez-vous vous confier à votre conjoint ?

	N	%
Jamais	3	3,3
À l'occasion	13	14,3
Souvent	18	19,8
Toujours	51	56,0
Total	85	93,4
Missing	6	6,6
Total	91	100,0

Finalement, les répondantes ont été questionnées à savoir s'il leur était possible de se confier à leur conjoint. Bref, si elles avaient un soutien moral de sa part. Soulignons qu'il s'agit d'une forme de soutien particulièrement importante dans la mesure où la grande majorité des répondantes ont mentionné se sentir particulièrement isolées depuis leur arrivée au Québec. Or, majoritairement, elles ont mentionné pouvoir se confier à tout moment ou du moins assez souvent à leur conjoint (tableau 23). Parmi ces dernières, le fait de n'avoir aucune famille, de n'être plus que deux, a favorisé les échanges et la communication (tableau 24). En ce sens, le processus d'intégration a tenu un rôle positif. À l'opposé, certaines répondantes qui se confient peu à leur conjoint ont mentionné que ce dernier ne parle pas, ou encore que se confier à son conjoint est quelque chose qui ne se fait pas. D'après elles, il ne faut pas tout dire à son conjoint, les amies sont là pour ça. Quelques-unes ont remarqué que les difficultés qu'a entraînées

leur intégration ont nui à leur relation et qu'elles hésitent désormais à se confier à leur conjoint.

> *« Ici, pour nous, ça été très difficile… On n'a pas de famille, ici, on est ensemble ici, et il est prêt à m'écouter toujours. » (30 ans, Chili)*
>
> *« If it's concern my family's problems I rather not… not everything you can speak with your husband, specially concerning your family's problems… » (33 ans, Liban)*

Tableau 24 : Commentaires sur le soutien moral offert par le conjoint

		Mentions	% (n=91)
	PEUVENT SE CONFIER SOUVENT		
	S'entendent mieux, conjoint plus compréhensif...	***15***	***16,5***
	Ne sont que 2, personne d'autre à qui parler	***9***	***9,9***
	Conjoint aidant, responsable	***6***	***6,6***
	Finissent toujours par se confier au conjoint	***1***	***1,1***
	OCCASIONNELLEMENT OU JAMAIS		
	On ne peut tout raconter au conjoint	***7***	***7,7***
	Ne parle pas du tout	***5***	***5,5***
	N'aime pas beaucoup lui parler	***4***	***4,4***
	Lui parle à l'occasion	***3***	***3,3***
	Peur de déranger le conjoint	***2***	***2,2***
	L'intégration a coupé la communication	***2***	***2,2***
	Il finit par savoir tout de toute façon	***1***	***1,1***
	Autres	***3***	***3,3***
Total		***58***	**-**

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une perception, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Bien que l'origine culturelle influence la façon dont les conjoints s'impliquent auprès du bébé, de leur conjointe et dans la maison en général, les circonstances migratoires sont telles qu'en modifiant la structure familiale elles incitent les hommes à ajuster leurs comportements et leur rôle. Aussi, la plupart adoptent des comportements qui ne correspondent que partiellement aux normes de leur pays d'origine, sans toutefois se mouler entièrement à celles de leur pays d'accueil. De façon générale, du moins d'après les répondantes, les circonstances qui prévalent depuis leur arrivée au Québec amènent les conjoints non seulement à accroître et à diversifier leur implication parentale, mais aussi à devenir des confidents pour leur conjointe. Les obstacles dits culturels étant absents, tout comme la parenté, ces derniers ont plus d'espace pour participer à la vie familiale sans risquer de s'exposer aux jugements de valeur des pairs.

4.3.1 Correspondances entre circonstances migratoires et implication paternelle

Les répondantes ayant perçu des gains quant à l'implication de leur conjoint depuis leur arrivée au Québec se trouvent globalement du côté des mères primipares (figure 16). Ces dernières, dont plusieurs sont des personnes parrainées ou indépendantes de statut, peuvent également compter sur leur conjoint lorsqu'elles ont besoin de se confier.

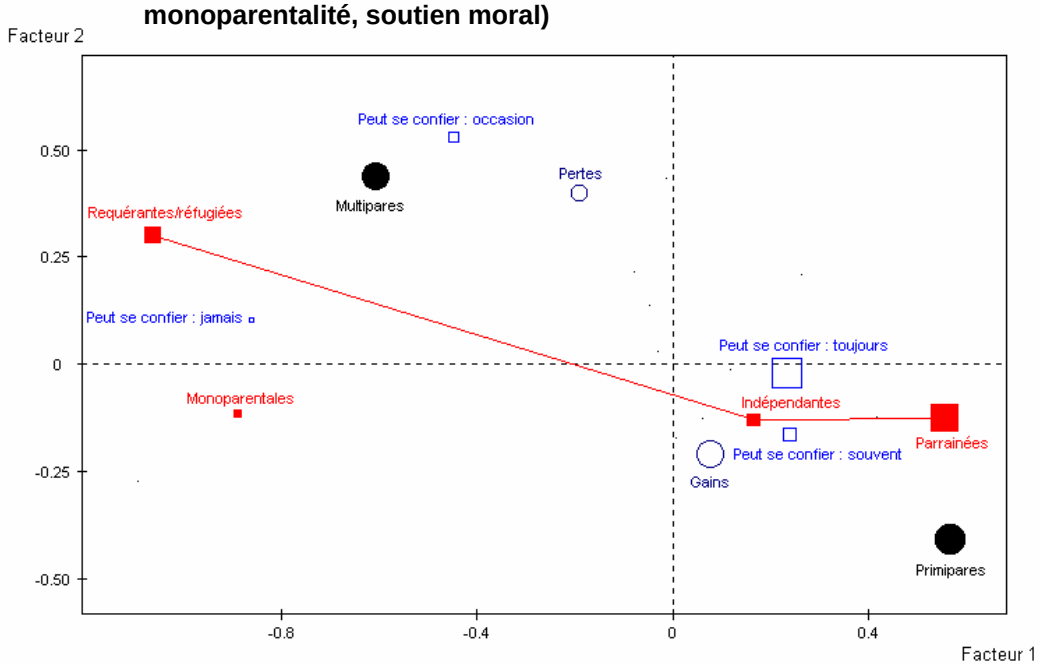
Dans leur cas, peut-on dire, l'expérience migratoire a permis de maintenir, et même d'améliorer, une relation d'entraide avec leur conjoint qui à leurs yeux était satisfaisante.

Pour ce qui est des répondantes ayant plutôt perçu une perte quant à l'implication de leur conjoint, on retrouve principalement des mères multipares. De plus, ces dernières ne peuvent compter sur leur conjoint qu'occasionnellement lorsqu'elles ont besoin de se confier.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'absence de la famille peut en partie expliquer l'implication accrue du conjoint. Aussi, sa présence apparaît comme un facteur de protection en ce qui a trait au soutien pendant la période périnatale. Néanmoins, on ne peut réduire les relations conjugales et l'organisation résidentielle aux seules circonstances migratoires. En effet, les conjoints, lors de leur migration, traînent avec eux des façons de faire et même des disputes développées bien avant et qui s'intensifient ou qui diminuent selon les aléas de la vie commune. En ce sens, la migration ne peut qu'exacerber les dynamiques relationnelles et remettre en question le partage des tâches déjà établi en plaçant le couple dans une situation nouvelle : présence ou non de la famille, réseau social, gain ou perte d'emploi, connaissance du réseau de la santé, etc. Par ailleurs, les raisons ayant motivé la migration peuvent aussi avoir exercé une certaine influence sur l'implication du conjoint.

Rappelons à cet effet que les mères primipares ont pour la plupart vécu une immigration dont le projet était associé à celui de fonder une famille, d'où, peut-on supposer, une plus grande motivation de la part du conjoint à s'ajuster au nouveau contexte. D'ailleurs, ces répondantes ont remarqué des gains par rapport à l'implication de leur conjoint depuis leur arrivée au Québec. Ces derniers ont apparemment fait des efforts pour s'ajuster et ainsi pallier le manque de soutien dont souffrait leur conjointe durant la période périnatale en l'absence d'un réseau familial ou social suffisant.

Figure 16 : Circonstances migratoires et implication paternelle (gains, pertes, monoparentalité, soutien moral)



4.4 Utilisation et perception des services de santé

Les services de santé en périnatalité représentent un aspect important des conditions parentales. Leur accessibilité, leur capacité de répondre aux besoins des mères et de leur enfant et, à l'occasion, de pallier la faiblesse des réseaux de soutien social et familial constituent des facteurs qui peuvent avoir un impact sur l'état de santé et la vulnérabilité. Mais au-delà de ces programmes, dans quelle mesure les services de santé sont-ils utilisés ? Et quelle perception en ont les mères ?

Toutes les mères composant l'échantillon ont bénéficié d'un suivi médical pendant leur dernière grossesse. La majorité ont consulté dès le premier trimestre de leur grossesse, et quelques-unes lors du second et du troisième trimestres. Ces consultations ont majoritairement eu lieu en clinique privée (61/91), puis à l'hôpital (19/91) et, rarement, au CLSC (10/91). Notons que 26 répondantes ont été suivies par un médecin de même origine ethnique qu'elles, ce qui est particulièrement le cas de celles originaires du Moyen-Orient (11/17), des Antilles (5/11) et d'Amérique latine (5/14).

Dans l'ensemble, la perception des services reçus avant et après l'accouchement est très partagée. Certaines répondantes perçoivent clairement des gains lorsqu'elles comparent avec les services offerts dans leur pays d'origine, et d'autres, au contraire, y perçoivent des difficultés qui peuvent être interprétées comme des pertes. Bien sûr, cette perception est largement attribuable aux expériences antérieures avec le système de santé du pays d'origine. La très grande majorité considèrent néanmoins avoir reçu de bons soins lors de l'accouchement au Québec (81/91), un peu plus du tiers disent avoir vécu des difficultés liées à la communication (36/91) et 16 ont mentionné ne pas s'être senties respectées (tableau 25).

> *« Oui, c'est bien ici, parce que là-bas les soins médicaux sont pas bons, ils ne sont pas gentils et quand on accouche on doit sortir après 2 heures et aller à la maison. » (20 ans, Mexique)*

En ce qui a trait à la communication, notons que sur les 36 répondantes ayant rencontré des difficultés, 13 ont mentionné avoir eu beaucoup de difficultés à comprendre les explications qu'on leur donnait, 8 considèrent que les médecins parlent trop peu, expliquent trop peu et n'écoutent pas et, finalement, deux se sont senties discriminées à cause de leur langue (tableau A-8 en annexe).

Tableau 25 : Perception des services hospitaliers

		Oui	Non	Total
Reçu de bons soins lors de l'accouchement	**N**	***81***	***9***	***90***
	%	***90,0***	***10,0***	***100,0***
Problèmes de communication	**N**	***36***	***55***	***91***
	%	***39,6***	***60,4***	***100,0***
Senti irrespect des valeurs	**N**	***16***	***75***	***91***
	%	***17,6***	***82,4***	***100,0***

Lorsqu'on interroge plus spécifiquement les répondantes sur des aspects associés aux soins qui leur auraient déplu lors de l'accouchement, la plupart des mentions concernent les services entourant l'accouchement comme la nourriture, la lenteur du service et la pauvreté du suivi (13). Les méthodes d'accouchement sont aussi mises en doute par certaines considérant entre autres qu'on opte trop facilement pour la césarienne[4] (11), et ce, souvent sans tenir compte des objections de la mère. Autrement, les mentions sont très variées et soulignent les mauvais soins reçus, les congés trop précoces, le côté déplaisant de l'environnement hospitalier ou encore le personnel peu accueillant (tableau 26).

> *« J'ai eu une césarienne. J'attendais d'accoucher normal jusqu'à 9 cm, puis l'enfant ne venait pas, j'ai demandé l'épidurale, ils m'ont donné, puis l'enfant ne venait toujours pas, et pis on m'a fait une césarienne. Pourquoi la césarienne, je sais pas ? Les médecins étaient très lents, ça été difficile, j'étais déçue. » (23 ans, Zaïre)*

Tableau 26 : Appréciation des soins reçus lors de l'accouchement

	Mentions	% (n=91)
Mauvais services, suivi, lenteur, nourriture	***13***	***14,3***
Méthodes d'accouchement douteuses (césarienne)	***11***	***12,1***
Mauvais soins, erreur	***5***	***5,5***
Congé trop précoce	***4***	***4,4***
Environnement déplaisant, inconfortable et peu hygiénique	***3***	***3,3***
Personnel peu accueillant, impoli, raciste	***3***	***3,3***
Autres	***4***	***4,4***
Total de mentions	***43***	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une perception, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Parmi les répondantes qui ont mentionné avoir vécu de l'irrespect en milieu hospitalier, notons qu'il s'agit surtout de discrimination religieuse ou culturelle, d'un accueil froid et impersonnel, des difficultés de communication ou du mépris de la part du personnel médical à leur endroit (tableau 27).

Tableau 27 : Perception des répondantes ayant ressenti de l'irrespect

	Mentions	% (n=17)
Discrimination (religieuse, culturelle)	***10***	***58,8***
Accueil froid, peu humain	***8***	***47,1***
Problème de langue, de communication	***7***	***41,2***
Personnel médical méprisant, irrespectueux	***7***	***41,2***
Total	***32***	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une perception, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Lorsqu'on demande aux mères de comparer leur expérience de l'accouchement, ici et au pays d'origine, des commentaires sont révélateurs du stress qu'elles ont pu vivre afin de s'adapter à un nouveau contexte lors de leur accouchement. Il serait cependant erroné de croire que ce stress d'adaptation ne comporte que des aspects négatifs puisque plusieurs ont constaté des gains du fait d'avoir vécu cette expérience au Québec. Parmi les gains, notons que les services et les soins figurent au premier plan

[4] Soulignons que 22/91 ont accouché par césarienne.

(31), suivis de l'accessibilité (16) et des relations avec le personnel (9) (tableau 28). Les comparaisons qui se révèlent négatives concernent d'abord les techniques de soins jugées moins naturelles ici, le soutien familial moins présent, les services de soins en général, les relations avec le personnel et le problème de la langue.

Tableau 28 : Comparaison entre les soins reçus ici et dans le pays d'origine lors de l'accouchement

		Mentions	% (n=91)
Comparaison : accouchement	**Services, soins et suivi : mieux ici (+)**	***31***	***34,1***
	Accessibilité : mieux ici (+)	***16***	***17,6***
	Relations avec le personnel : mieux ici (+)	***9***	***9,9***
	Techniques, méthodes, moyens : mieux ici (+)	***9***	***9,9***
	Techniques moins naturelles : mieux là-bas (-)	***8***	***8,8***
	Meilleur soutien familial là-bas (-)	***7***	***7,7***
	Services, soins, suivi : mieux là-bas (-)	***6***	***6,6***
	Relations avec le personnel : mieux là-bas (-)	***4***	***4,4***
	Hygiène : mieux ici (+)	***4***	***4,4***
	Problèmes de langue, valeurs, ici (-)	***3***	***3,3***
	Même chose (+ ou -)	***13***	***14,3***
Total		***100***	**-**

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une différence, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

De façon plus générale, lorsqu'on demande aux mères de comparer les services de santé, offerts au Québec et dans leur pays d'origine, nous retrouvons approximativement les mêmes commentaires à certaines différences près. La qualité des soins et l'accessibilité demeurent au premier plan en ce qui concerne les gains, mais s'ajoute la qualité de l'équipement, du personnel, des médecins et de l'environnement (tableau 29). Toutefois, un certain nombre de répondantes considère que l'attente est plus longue ici, que les services sont plus anonymes, plus impersonnels, que les suivis et les médecins sont moins bons, qu'il y a un accès difficile, de la discrimination et, bien sûr, des problèmes de langue.

> *« Discrimination, because I don't speak french, and I can't answer. Once, a doctor traited me as a dog during my gynecological exam without explaining anything to me because I could not understand him. » (30 ans, Nicaragua)*

Tableau 29 : Comparaison du service de santé

		Mentions	% (n=91)
Gains	**Meilleurs infos, services, soins (+)**	***40***	***44,0%***
	Meilleure accessibilité aux soins et aux médicaments (+)	***34***	***37,4%***
	Plus d'équipements, de moyens (+)	***19***	***20,9%***
	Personnel médical agréable (+)	***9***	***9,9%***
	Moins d'attente, plus de ponctualité (+)	***5***	***5,5%***
	Médecins meilleurs (+)	***4***	***4,4%***
	Meilleures hygiène,environnement (+)	***4***	***4,4%***
Total		***115***	**-**

		Mentions	% (n=91)
Pertes	**Plus d'attente (-)**	***16***	***17,6%***
	Moins d'attention et d'écoute, anonymat (-)	***12***	***13,2%***
	Suivi, urgences, mieux là-bas (-)	***8***	***8,8%***
	Médecins moins bons (-)	***7***	***7,7%***
	Accès difficile, discrimination (-)	***6***	***6,6%***
	Langue ici est différente, diff.de communication (-)	***5***	***5,5%***
Total		***54***	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une impression, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Les CLSC et les organismes communautaires offrent un éventail de programmes et d'activités qui complètent, précèdent ou encore succèdent aux services offerts par les cliniques privées et les hôpitaux en période périnatale. La plupart des répondantes, soit 70 sur 91, ont bénéficié de l'une ou l'autre de ces activités. Certaines ont même été considérées vulnérables par un professionnel de la santé et référées pour l'une de ces activités, d'autres non. L'échantillon comporte 36 mères ayant été référées (dont 33 ont participé à une activité). Étant donné que les programmes sont fréquemment conçus de manière à offrir divers services simultanément ou successivement, la plupart des répondantes ont bénéficié de plusieurs activités à la fois (tableau 30). Les services les plus fréquemment jumelés sont la distribution alimentaire et les cours prénatals.

Tableau 30 : Nombre d'activités par répondante

Nombre d'activités	n	%
Aucune	***21***	***23,1***
1 activité	***21***	***23,1***
2 activités	***31***	***34,1***
3 activités	***12***	***13,2***
4 activités	***3***	***3,3***
5 activités	***3***	***3,3***
Total	***91***	***100,0***

Au tableau 31, on peut observer la participation des répondantes aux divers services selon qu'elles aient été référées ou non par un professionnel de la santé. On y constate que la distribution alimentaire vient en tête de liste des programmes de soutien (47/70). Les cours prénatals viennent en deuxième place et, bien qu'il s'agisse d'une activité ouverte à tous, seulement 16 mères y ont été référées. Viennent ensuite des services plus spécifiques, comme les suivis individualisés en fonction des besoins de la mère, les rencontres de parents, les cours postnatals, le *marrainage* et, finalement, l'accompagnement vers des ressources. Aucune activité n'est véritablement composée de mères ayant été référées, sauf pour le *marrainage*. Néanmoins, le fait d'avoir été référées pour une activité constitue la seconde raison évoquée par les répondantes pour expliquer leur participation à ces activités (15/65), la première étant qu'elles désirent y apprendre de nouvelles choses (29/65) (tableau A-15 en annexe). Très peu ont dit espérer y faire des rencontres ou améliorer leur compétence parentale.

Tableau 31 : Mères référées par un professionnel selon le type d'activité

		Référée pour l'une de ces activités				Total
		Oui		Non		
		n	%	n	%	n
Activités	distr. alimentaire	*21*	*44,7*	*26*	*55,3*	*47*
	cours prénatal	*16*	*45,7*	*19*	*54,3*	*35*
	suivi	*17*	*60,7*	*11*	*39,3*	*28*
	rencontre	*9*	*52,9*	*8*	*47,1*	*17*
	cours postnatal	*5*	*55,6*	*4*	*44,4*	*9*
	marrainage	*5*	*83,3*	*1*	*16,7*	*6*
	accompagnement	*2*	*50,0*	*2*	*50,0*	*4*
Total de participantes		*33*	*47,1*	*37*	*52,9*	*70*

Ces activités ont largement répondu aux attentes des répondantes (62/70), un peu plus de la moitié ont appris quelque chose qui changera leurs façons d'agir vis-à-vis de leur enfant. Elles ont entre autres apprécié le type de conseils qu'elles y ont reçu pour elles-mêmes, mais aussi pour les soins à apporter au bébé. L'aide alimentaire est également très appréciée. Viennent ensuite le savoir-faire pour le bébé, la possibilité de socialiser avec des pairs et le répit (tableau A-17 en annexe). Malgré tout, 25 répondantes sur 70 n'ont pas participé à toutes les rencontres prévues et 7 ont abandonné avant la fin (tableau A-16 en annexe). Quarante sept répondantes se sont prononcées sur ce qu'elles ont appris au cours de ces activités. Au tableau 32, on peut voir qu'elles mentionnent en premier lieu de nouvelles façons de faire avec le bébé (18/47) et les nouvelles connaissances acquises concernant la santé maternelle (14/47) qui parfois ont modifié leur approche et, indirectement, celle de leur mère :

> *« J'ai appris beaucoup au cours prénatal, parce que ma mère disait : « Non, non, y faut faire comme ça », alors je restais calme et je faisais quand même ce que j'avais appris durant le cours, je savais quoi faire face à l'opinion de ma mère. J'ai eu beaucoup d'information. » (28 ans, Liban)*

Neuf mères ont également mentionné avoir appris de nouvelles façons d'établir des liens avec leur enfant et leur famille. D'autres ont mentionné avoir amélioré leurs connaissances concernant l'allaitement et l'alimentation. Seules deux répondantes ont dit avoir amélioré leur confiance en elle.

> *« Maintenant je lui parle avec plus de patience, sans crier, avec respect pour la façon de parler parce qu'on est le modèle de l'enfant. » (38 ans, République Dominicaine)*

Tableau 32 : Ce que les activités ont apporté

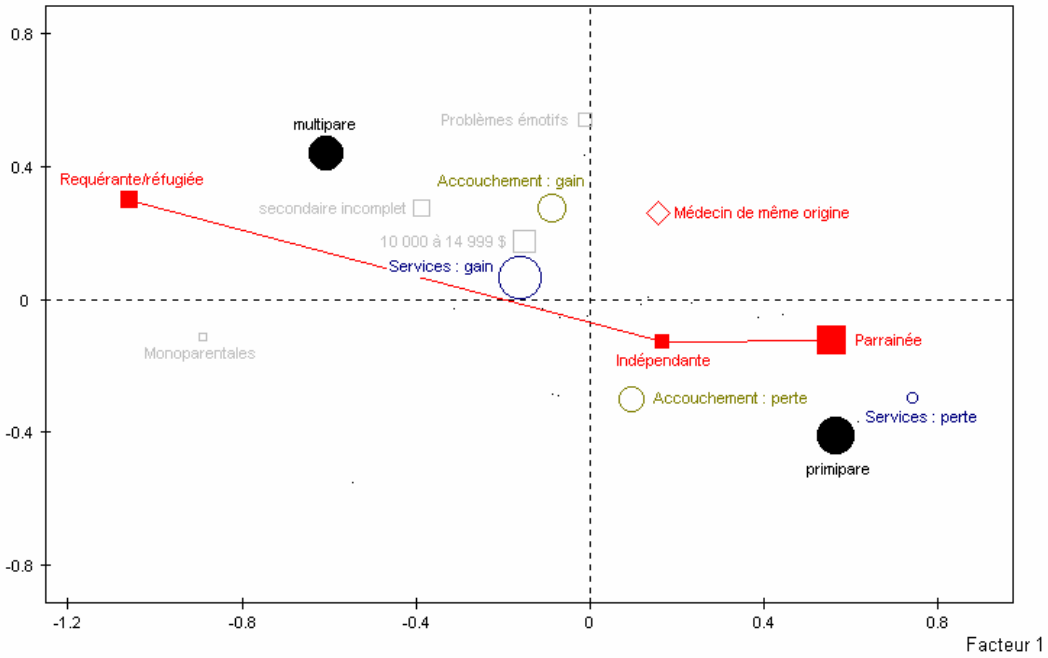
	Mentions	% (n=47)
Nouvelles façons de faire avec le bébé	18	38,3
Nouvelles connaissance sur la santé maternelle	14	29,8
Façon différente d'établir un lien avec enfant et famille	9	19,1
Façon d'allaiter	7	14,9
Avoir une meilleure alimentation	6	12,8
Plus grande confiance en soi	4	8,5
Autres	2	4,3
Total de mentions	61	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'un apport, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

4.4.1 Correspondances entre les circonstances migratoires et l'utilisation des services

Un ensemble d'associations apparaissent clairement à la lumière des analyses des correspondances, notamment en ce qui concerne les gains et les pertes perçus vis-à-vis du système de santé (hôpitaux et cliniques). Notons d'abord que les répondantes qui perçoivent des gains vis-à-vis des services ne sont pas les mieux nanties. En fait, le diagramme de la figure 17 nous suggère plutôt que les mères multipares, ayant une plus faible scolarité, étant sans conjoint et vivant des difficultés émotives, ont perçu un gain dans leur expérience de l'accouchement au Québec, ainsi qu'avec les services de santé en général. Ces dernières n'avaient peut-être pas accès aux services de santé dans leur pays d'origine. À l'opposé, les répondantes ayant un statut d'indépendante perçoivent

Figure 17 : Perceptions de gains vis-à-vis de l'accouchement et des services de santé selon le statut, la parité et la consultation d'un médecin de même origine ethnique



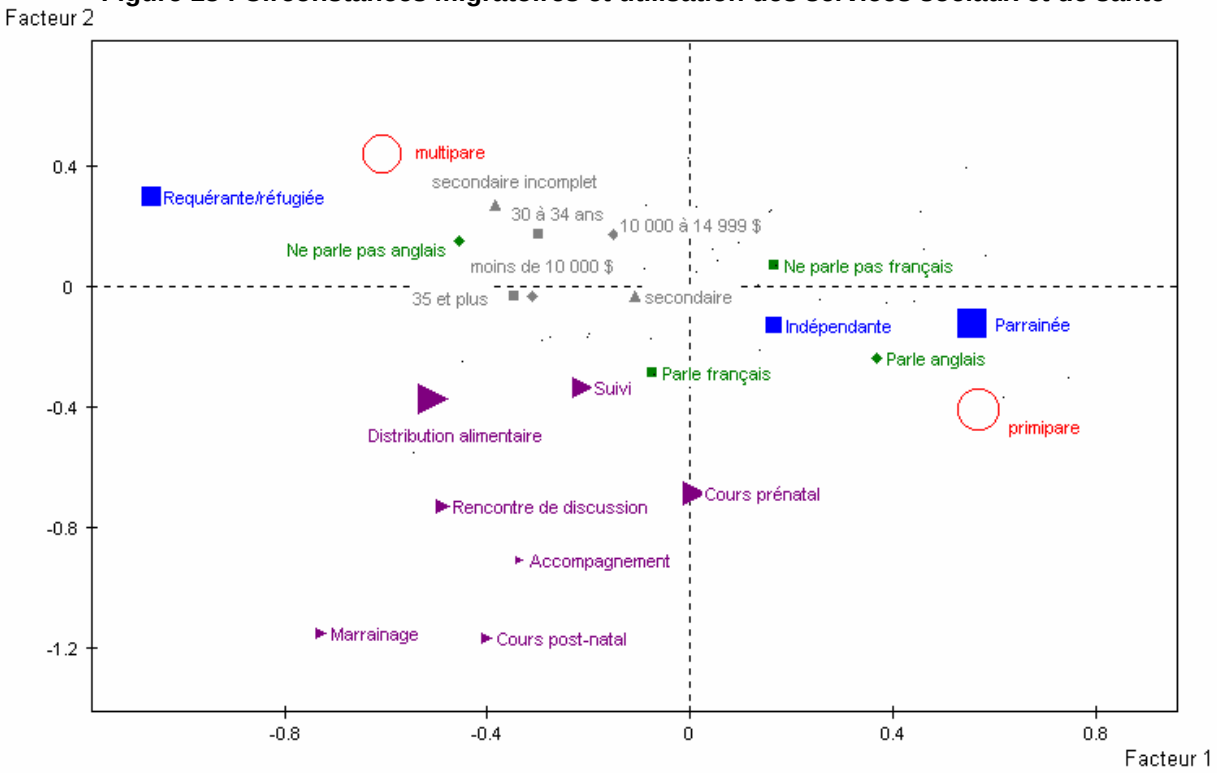
des pertes par rapport à leur situation antérieure autant en ce qui concerne l'expérience de l'accouchement que des services de santé en général. Ces tendances soutiennent l'hypothèse d'un nivellement occasionné par l'expérience migratoire, c'est-à-dire que

certaines mères font face à une déception, alors que d'autres, notamment celles ayant quitté une situation plus précaire, parfois conflictuelle et de danger potentiel, apprécient davantage ce que leur offre le système de santé au Québec. En ce sens, la perception de gains et de pertes est directement influencée par les expériences antérieures, et surtout par le type de services de santé auxquels elles avaient accès.

En ce qui a trait aux programmes offerts par les CLSC et les organismes communautaires, notons d'abord que les répondantes qui ont été référées par un professionnel de la santé correspondent à celles ayant un plus faible réseau social et familial. Elles sont relativement isolées, légèrement plus âgées (30 ans et plus), et ont une plus faible scolarité. Ces caractéristiques nous rappellent assez précisément les principaux critères de sélection en usage dans les CLSC afin d'établir un ordre de priorité d'intervention parmi la clientèle. La seule caractéristique qui se distingue est la connaissance du français. En effet, ce sont surtout les répondantes parlant couramment le français, donc qui peuvent exprimer leurs difficultés plus librement, qui ont été référées. Celles parlant l'anglais ne l'ont été que dans une très faible proportion.

Ces caractéristiques correspondent également au profil migratoire des mères ayant vécu une immigration involontaire telle que décrite précédemment. Les caractéristiques des mères ayant participé à une activité font en sorte qu'elles se trouvent toutes dans un seul et même cadran du diagramme, sauf pour les cours prénatals qui semblent rejoindre également les mères ayant des caractéristiques sociales aisées (figure 18). Ces dernières, d'ailleurs, participent à ces activités davantage pour apprendre de nouvelles choses et faire de nouvelles rencontres, alors que les autres y participent surtout parce qu'elles y ont été référées.

Figure 18 : Circonstances migratoires et utilisation des services sociaux et de santé



4. 5 État de santé des répondantes et des enfants

Cette section porte sur l'état de santé des mères et des nouveau-nés en fonction de certains facteurs de risque associés à la période périnatale et de l'expérience migratoire. On y traite également des changements perçus par les répondantes depuis leur arrivée au Québec.

Depuis leur immigration, plusieurs répondantes ont perçu des changements dans leur état de santé. Peu importe si ces changements perçus sont positifs ou négatifs, souvent ils sont attribués par les répondantes elles-mêmes à certaines circonstances migratoires. Ceci dit, la plupart des répondantes considèrent que leur état de santé est stable depuis leur arrivée, n'ayant pas perçu de changements notables (50/91). Un certain nombre de répondantes observent toutefois que leur état de santé s'est amélioré (17/91), alors que le quart considère plutôt qu'il s'est détérioré (24/91).

Les répondantes qui ont perçu une amélioration de leur état de santé physique expliquent principalement ce changement par une meilleure alimentation (13/17), par de meilleures conditions de vie en général (7/17) et aussi grâce à un sentiment de sécurité et de paix qui avant leur faisait défaut (4/17) (tableau 33).

> *« Parce que je suis plus tranquille et que je mange mieux. »(35 ans, Russie)*
>
> *« Ici je mange mieux, je prends plus de vitamines, je me donne plus de temps pour ma santé. Au Chili, on travaille beaucoup. » (36 ans, Chili)*

Du côté des répondantes ayant plutôt perçu une détérioration de leur état de santé, l'éventail de raisons invoquées est sensiblement plus élargi, allant de l'alimentation au climat et au stress que leur impose cette nouvelle société.

> *« C'est à cause du stress. Parce qu'on s'inquiète pour nos familles, parce que c'est difficile pour le travail, parce que je n'ai pas beaucoup d'aide pour le bébé, tout ça, fait que je suis plus faible. » (30 Burundi)*
>
> *« Ce qu'on mange ici n'est pas naturel. Ça fait grossir du ventre. En plus, je ne marche pas à cause du froid. » (40 ans, Pakistan)*

Principalement, ces raisons sont affectives et font référence à l'éloignement familial (12/24), puis à l'inquiétude, l'anxiété et la nervosité qu'elles ressentent depuis leur arrivée (12/24). À ces signes d'anxiété, on peut ajouter quelques signes somatiques comme l'insomnie et la fatigue (9/24). D'autres mentions concernent le climat (6/24), l'apparition de nouvelles allergies (5/24) et la nourriture disponible (8/24), un ensemble d'éléments qui apparemment ont été défavorables pour leur santé. Finalement, très peu ont mentionné les difficultés financières pour expliquer la détérioration de leur état de santé (4).

Lors de l'accouchement, le tiers des répondantes ont vécu un problème de santé (35/91). On retrouve, parmi ces problèmes de santé, du diabète, de l'hypertension, de l'anémie, des saignements, etc. Dans huit cas, ces problèmes ont été assez importants pour nécessiter une hospitalisation.

Tableau 33 : Changement de l'état santé : raisons invoquées par les répondantes

		Mentions	% (n=17)
Raisons positives	**Meilleure alimentation**	***13***	***76,5***
	Meilleures conditions de vie, de travail	***7***	***41,2***
	Sentiment sécurité, paix	***4***	***23,5***
Total		***24***	-

			% (n=24)
Raisons négatives	**Éloignement familial**	***12***	***50,0***
	Inquiétude, angoisse, nervosité...	***12***	***50,0***
	Insomnie, fatigue	***9***	***37,5***
	Nourriture (défavorable)	***8***	***33,3***
	Conditions environnementales (climat)	***6***	***25,0***
	Allergies	***5***	***20,8***
	Difficultés financières et marché du travail	***4***	***16,7***
Total		***34***	-

Comme une même répondante a pu identifier plus d'une raison, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

En ce qui a trait aux facteurs de risque pour la santé de l'enfant, notons que seulement trois mères ont vécu une période de gestation inférieure à 32 semaines, durée de grande prématurité considérée nettement insuffisante pour assurer la santé et le bon développement de l'enfant aux plans respiratoire, cardiaque et neurologique (tableau 34). Fait à noter, ces trois mères ont immigré au Canada comme réfugiées. Neuf autres mères ont donné naissance à des bébés prématurément (32 à 37 semaines). La grande majorité des mères de cet échantillon ont mené leur accouchement à terme (78/91). Soulignons simplement pour l'instant que la proportion de bébés prématurés est plus élevée dans cet échantillon (13,2 %) que pour l'ensemble des mères nées hors du Canada au cours de l'année 1998 (5,8 %)[5].

Concernant les bébés de petit poids, six répondantes ont donné naissance à un enfant de 2,5 kg ou moins. Encore une fois, il s'agit de répondantes réfugiées (3), mais aussi de mères ayant été parrainées (3). Rappelons que les bébés de moins de 2,5 kg sont considérés à risque pour les retards de croissance et pour divers problèmes de santé. Comme on peut l'observer au tableau 35, la majorité des répondantes ont eu un enfant de plus de 3,2 kg. Le pourcentage de bébés de petit poids est relativement le même au sein de l'échantillon que pour l'ensemble du territoire de Montréal[6].

Tableau 34 : Semaines de grossesse

	N	%
Grande prématurité (- de 32)	***3***	***3,3***
Prématurité (33 à 37)	***9***	***9,9***
Grossesse à terme (38 à 42)	***78***	***85,7***
Ne sais pas	***1***	***1,1***
Total	***91***	***100,0***

Tableau 35 : Poids des bébés

	N	%
Moins de 2,5 kg	***6***	***6,6***
Entre 2,6 et 3,1 kg	***18***	***19,8***
Entre 3,2 et 3,6 kg	***37***	***40,7***
Plus de 3,7 kg	***30***	***33,0***
Total	***91***	***100,0***

[5] Source : Fichier des naissances, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1999

[6] Plus précisément, la proportion de bébés de petit poids était, de 1995 à 1997, de 7% dans le territoire du CLSC St-Michel, de 6% dans ceux de Parc Extension et de Bordeaux-Cartierville et de 5 % dans celui de St-Laurent. Source : Fichier des naissances, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1999

4.5.1 Correspondances entre les circonstances migratoires et l'état de santé des mères et de leur bébé

La grande majorité des répondantes indépendantes (13/18) et des répondantes parrainées (33/46) se retrouvent parmi les mères ayant observé que leur état de santé est stable depuis leur arrivée au Québec, ou encore qu'il s'est amélioré. En ce qui a trait aux répondantes ayant perçu une détérioration de leur état de santé, les analyses de correspondances permettent d'établir une association assez claire avec les mères n'ayant pas émigré volontairement, c'est-à-dire des répondantes ayant vécu pour la plupart des conflits ou une répression dans leur pays d'origine. Il est à remarquer également que la perception de l'état de santé physique suit les scores de l'échelle émotive telle qu'analysée précédemment. En effet, celles ayant perçu une détérioration de leur état de santé sont sensiblement les mêmes que celles ayant eu les scores les plus élevés sur l'échelle émotive. La même tendance est perceptible en ce qui concerne les mères ayant vécu des problèmes de santé durant leur grossesse. Encore une fois, la presque totalité d'entre elles n'ont pas vécu une immigration volontaire (29/35). Ces tendances sont illustrées aux figures 19 et 20 où l'on observe, entre autres, que l'axe vertical permet de distinguer les mères ayant vécu des problèmes de santé (cadran du haut), de celles n'en ayant pas éprouvé (cadran du bas). Comme nous l'avons déjà mentionné, cette observation est également vraie pour l'état émotif et, si on s'attarde à la position des facteurs de risque relatifs au développement de l'enfant, on en vient encore une fois à la même conclusion.

Plus précisément, quatre des répondantes dont le bébé est de petit poids sont des mères multipares (4/6). Et les répondantes ayant donné naissance à un bébé en grande prématurité (2/3) ou en prématurité (7/9) sont des mères multipares. Notons également que seule une répondante cumule ces deux facteurs de risque : il s'agit d'une mère haïtienne monoparentale qui a déjà eu des enfants avant d'immigrer au Canada. Les deux autres mères ayant donné naissance à moins de 32 semaines de grossesse sont mexicaines. Fait intéressant, hormis deux mères haïtiennes, aucune des mères ayant donné naissance à un bébé de petit poids n'a le même pays d'origine. Elles sont originaires d'Éthiopie, du Pakistan, du Liban et du Belize. Ces résultats ne permettent cependant pas d'établir de relations entre la région d'origine et l'état de santé ou encore avec les facteurs de risque pour le développement du bébé.

À cette étape des analyses, le seul point commun à toutes ces mères est qu'elles n'ont pas immigré sur une base volontaire. Comme le laissent entendre les témoignages suivants, leur émigration n'était pas vraiment une question de choix, mais bien de nécessité.

> *« C'est à cause de la crise politique, c'est pour ça qu'on a décidé de partir (mère haïtienne. » (28 ans, Haïti)*
>
> *« Là-bas, on a reçu des menaces. Mon beau-père a fondé l'Association des producteurs de porcs du Mexique, il a été assassiné par des politiciens, mon époux après il a été impliqué pour aider les travailleurs du porc et c'est pour cela qu'il a reçu des menaces. » (mère mexicaine (20 ans, Mexique)*
>
> *« Because of muslim persecution, our lifes were in danger, christian or like minoritie and are victim of discrimination. » (30 ans, Pakistan)*

L'état de santé des répondantes, autant physique qu'émotif, ainsi que les risques pour la santé de leur bébé semblent être associés les uns aux autres et graviter autour d'une trajectoire migratoire commune, soit celle de personnes ayant immigré de façon plutôt involontaire. Le pays d'origine n'est ici un facteur important que s'il permet de penser que la mère y a vécu un traumatisme à cause des conditions qui y prévalent (guerre, répression, racisme, etc.). Il s'agit d'une information conjoncturelle.

Figure 19 : Catégories d'admission et parité selon le poids du bébé et le nombre de semaines de grossesse

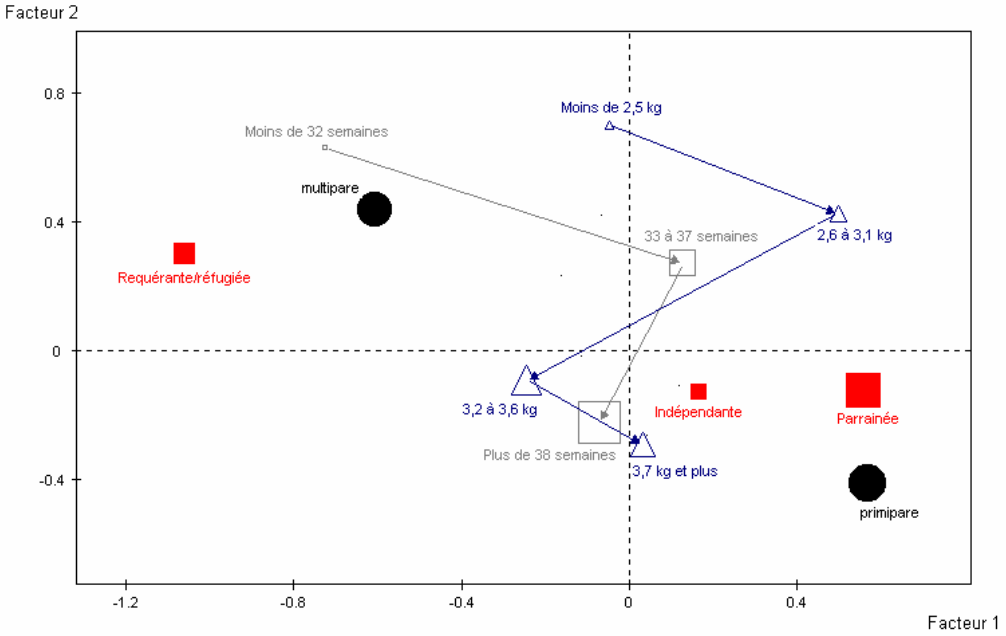
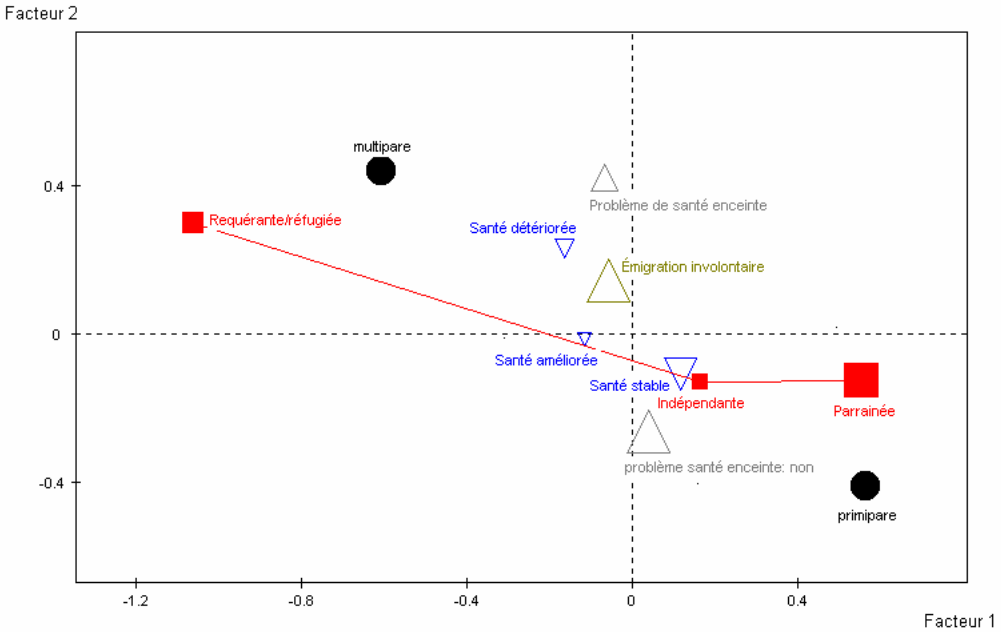


Figure 20 : Catégories d'admission, émigration involontaire et parité selon l'état de santé de la mère et les problèmes de santé durant la grossesse



4.6 Habitudes de vie durant la période périnatale et conceptions parentales

L'expérience migratoire s'accompagne inévitablement de changements d'habitudes qui parfois sont profitables, parfois non. Les personnes immigrantes sont placées dans un nouvel environnement physique et font face à des influences différentes (professionnels, médias, voisins, etc.) qui les incitent à vivre des changements qui ne sont pas toujours désirés.

Nous avons donc recueilli un ensemble de données sur les habitudes de vie qui permettent d'éclaircir certaines difficultés rencontrées par les répondantes, mais aussi certaines forces que d'aucuns considéreraient comme des facteurs de protection. Nous, retrouvons notamment des informations sur l'alimentation (l'allaitement entre autres), activité physique, la consommation de divers produits pharmaceutiques et la pratique de certaines habitudes dites culturelles comme le jeûne. Bien sûr, ces habitudes de vie sont également analysées sous l'angle du changement en contexte migratoire et selon la perspective des répondantes.

Mentionnons en tout premier lieu que près de la moitié des répondantes ont alterné entre le sein et le biberon (préparations pour nourrisson) pour nourrir leur bébé pendant les six premiers mois suivant sa naissance (tableau 37). Le tiers des répondantes (30/91) ont nourri leur bébé exclusivement au sein et 16 mères n'ont donné que le biberon durant cette période.

Tableau 37 : Allaitement pendant les six premiers mois

	n	%
Sein et biberon en alternance	***45***	***49,5***
Sein	***30***	***33,0***
Biberon	***16***	***17,6***
Total	***91***	***100,0***

Tableau 36 : Préférence pour l'allaitement du bébé

	n	%
Sein	***81***	***89,0***
Sein et biberon en alternance	***9***	***9,9***
Biberon	***1***	***1,1***
Total	***91***	***100,0***

Bien que plusieurs répondantes aient donné le biberon, comme seule source d'alimentation ou en alternance avec le sein (61/91), toutes sauf une, considèrent le sein comme la meilleure source d'alimentation pour le développement du bébé (81/91) (tableau 36). À la question : « Pourquoi est-il préférable de nourrir le bébé au sein ? », les répondantes ont mentionné que le lait maternel renforce le système immunitaire et permet d'éviter des maladies, qu'il contient plus de vitamines, que cela favorise l'attachement mère-enfant, qu'il est plus nourrissant et, aussi, qu'il s'agit d'un geste plus naturel (tableau A-19 en annexe).

> *« Its good for everythings for babies. With the powder, the baby gets sick, with breast, they don't get sick, they get bigger and have more vitamine. » (18 ans, Sri Lanka)*
>
> *« Parce que le lait maternel est naturel et propre. En plus, il est contre les maladies… » (29 ans, Algérie)*

« Il a la chaleur maternelle, il est plus proche de sa maman et je ressens que je suis plus proche. » (26 ans, Algérie)

Quelques mères perçoivent également la combinaison du sein et du biberon comme une bonne source d'alimentation, une combinaison qui est favorable au développement du bébé :

« En Haïti, on donne pas juste le sein comme c'est demandé au Québec. En Haïti, on donne les deux. L'enfant mange et est allaité en même temps. Ça donne une bonne évolution. En Haïti, on a autre chose qu'on peut donner à un bébé qui n'est pas allaité, c'est du liquide, de l'extrait de malt. Si tu donnes ça, ça réchauffe, ça va aider le bébé. » (28 ans, Haïti)

Ce faisant, il apparaît très clairement que plusieurs répondantes n'ont pas été en mesure, pour diverses raisons, de nourrir leur bébé selon leurs convictions. Dans un premier temps, bien que la grande majorité des répondantes considèrent le lait maternel comme supérieur pour le développement du bébé, plus de la moitié d'entre elles ont néanmoins eu recours au biberon. Dans un second temps, 32/91 ont mentionné que la source et la durée d'allaitement auraient été différentes si elles avaient été dans leur pays d'origine (tableau 38). Vingt trois ont dit qu'elles auraient allaité exclusivement, et plus longtemps dans leur pays d'origine (tableau A-20 en annexe).

Tableau 38 : Source et durée de l'allaitement auraient été différentes au pays d'origine

	n	%
Non	55	60,4
Oui	32	35,2
Ne sais pas	4	4,4
Total	91	100,0

« Oui, c'est différent, parce que je ne suis pas bien psychologiquement. Avec Omar, mon fils aîné, j'avais beaucoup de lait, pourtant je pesais à peine 55 kg. Je dormais très bien. Pendant les 40 premiers jours, la femme qui allaite chez nous ne fait rien. » (31 ans, Liban)

Pourquoi les répondantes ont-elles opté pour le biberon ? Les répondantes ont évoqué plusieurs raisons pour expliquer ce choix et toutes sont plus ou moins reliées entre elles (tableau 39). Principalement, si plusieurs ont cessé d'allaiter, ou encore ont alterné entre le sein et le biberon, c'est notamment parce qu'elles se sentaient trop épuisées ou stressées pour faire autrement et, parce qu'elles n'avaient pas suffisamment de lait pour satisfaire l'appétit du nourrisson. Par ailleurs, certaines ont mentionné que leur bébé préférait le biberon, puisqu'à l'hôpital on l'y avait déjà habitué (11/61).

En somme, très peu de répondantes ont opté d'emblée pour le biberon. Dans les huit cas où cela s'est produit, le biberon apparaissait comme une façon de faire plus pratique aux yeux de la mère (tableau 39).

« Dans de bonnes conditions chez nous, j'aurais eu moins de stress, alors j'aurais sûrement eu plus de lait, j'aurais allaité plus longtemps. » (30 ans, Burundi)

Chose certaine, celles qui n'ont pas été en mesure d'allaiter pensent que cela aurait été possible dans leur pays d'origine grâce au soutien familial ou à un stress moins grand. Soulignons néanmoins que plus de la moitié des répondantes ont mentionné qu'il n'y aurait eu aucune différence dans leur pays d'origine, et même que cela aurait pu être

pire étant donné les conditions qui y régnaient. Ces mères, bien sûr, ont été en mesure d'allaiter. Aussi, la migration ne les a pas empêchées de maintenir leurs habitudes alimentaires ni pour elles ni pour leur bébé.

Tableau 39 : Principales raisons invoquées pour expliquer le choix du biberon

	n	% (n=71)
Manque de lait	***32***	***45,1***
Bébé préfère biberon (habitué dès l'hôpital)	***11***	***15,5***
Biberon : + pratique et + indépendance	***8***	***11,3***
Fatigue, stress	***8***	***11,3***
Problème de santé	***7***	***9,9***
Manque de soutien	***3***	***4,2***
Ne sait pas	***2***	***2,8***
Total	***71***	***100,0***

Plus de la moitié des répondantes (59/91) ont mentionné avoir été en mesure de demeurer fidèles aux habitudes alimentaires telles que recommandées dans leur pays d'origine pour la période périnatale. La grande majorité des répondantes ont mentionné avoir changé des habitudes de vie (75/91) alors qu'elles étaient enceintes ou en période d'allaitement. Parmi ces changements, on note principalement une diminution de la consommation de stimulants (café, sucre, thé, etc.), de légumes (chou-fleur), d'alcool et de viande (tableau A-21 en annexe).

Tableau 40 : Habitudes pendants la période périnatale

Pendant la grossesse :	n	% (n=91)
Pratiqué le jeûne	***24***	***26,4***
Pris des suppléments vitaminiques	***87***	***95,6***
Consommé du café	***45***	***49,5***
Consommé de l'alcool	***5***	***5,5***
Fumé la cigarette	***2***	***2,2***
Total	***163***	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une habitude, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Pour ce qui est de certaines pratiques comme le jeûne, 24 répondantes ont mentionné en avoir fait un durant la période périnatale, et ce, même si les mères musulmanes ne sont pas tenues de suivre le ramadan lorsqu'elles sont enceintes (tableau 40). Cependant, le jeûne n'est pas qu'une question religieuse, et encore moins faut-il l'associer uniquement au Ramadan. En effet, certaines ont suivi un jeûne bref selon la religion pantecôtiste, d'autres selon la religion hindoue et, finalement, simplement pour la santé. En conséquence, la plupart ont pratiqué un jeûne d'une durée de moins de 4 jours (17/24). Seulement une a fait un jeûne de presque un mois pour des raisons religieuses associées à l'hindouisme et six en ont fait un de moins de deux semaines, cette fois associé au Ramadan. Ces dernières ont toutes deux cessé lorsqu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes ou tout simplement lorsqu'elles ne se sentaient pas bien.

« Quand le soleil se lève jusqu'à ce que le soleil se couche. J'avais 4 mois de grossesse. C'était bon parce que j'ai pas eu de vomissements. »(28 ans, Liban).

« J'ai jeûné pendant le Ramadan. Autant que j'ai pu, mais je ne l'ai pas fait pendant tout le mois. »(19 ans, Inde)

La grande majorité des répondantes (87/91) ont consommé des suppléments vitaminiques durant leur grossesse, seulement cinq ont dit avoir pris un verre d'alcool et deux seulement ont fumé. En ce sens, très peu de répondantes semblent cumuler des habitudes reconnues dans la littérature comme étant à risque, notamment pour les naissances prématurées et les bébés de petit poids. En fait, la moitié des répondantes ont mentionné avoir bu du café, mais en avoir diminué la quantité quotidienne.

En somme, le principal changement concernant les habitudes de vie mentionnées concerne l'allaitement. Certaines répondantes n'ont pas allaité parce qu'elles s'en sont senties incapables : trop stressées, épuisées, pas assez de lait, pas assez de soutien, etc. Par ailleurs, les changements encourus ne semblent pas représenter de conséquences majeures pour la santé des mères et de leur enfant. Les répondantes étaient en général bien informées sur les produits à éviter (tabac, alcool, etc.) et ceux favorables pour le développement de leur bébé.

4.6.1 Correspondances entre habitudes de vie et circonstances migratoires

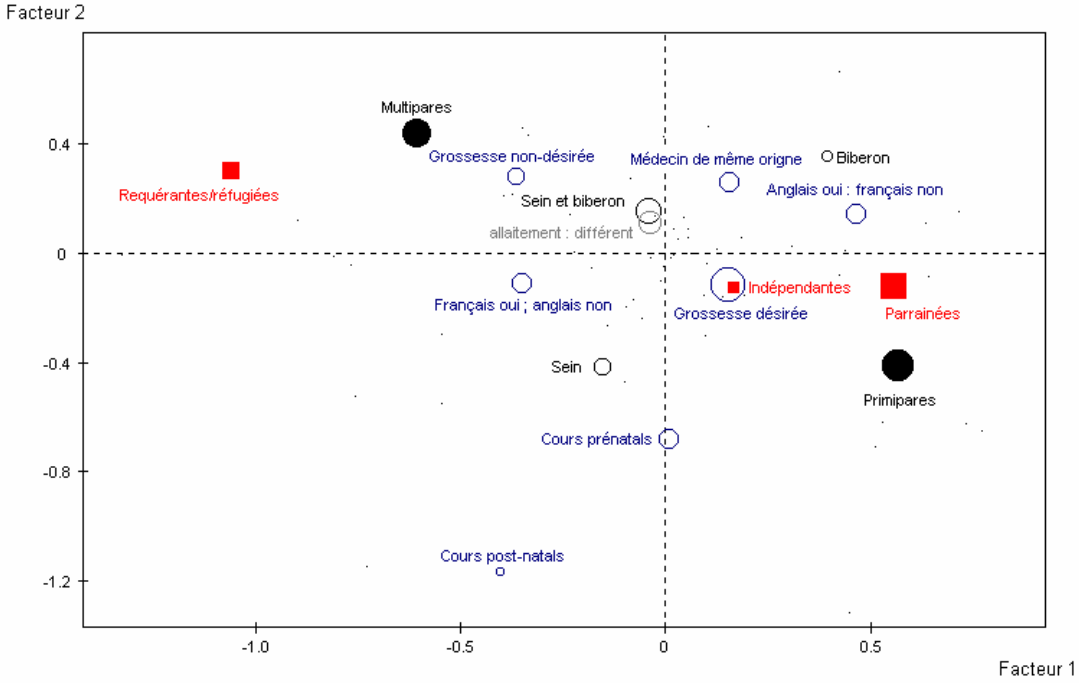
Pour ce qui est de l'allaitement, l'analyse des correspondances nous révèle peu de choses, sinon que les mères ayant alterné entre l'allaitement et le biberon auraient allaité différemment dans leur pays d'origine, optant uniquement pour le sein (figure 21). Néanmoins, les répondantes ayant opté pour l'allaitement présentent un profil différent. Il est difficile de distinguer ces profils selon les circonstances migratoires, mais d'autres facteurs peuvent amener des hypothèses intéressantes. En outre, Il semblerait y avoir une relation entre l'allaitement et l'utilisation des services de périnatalité, ce qui permettrait d'expliquer, du moins en partie, les différentes façons de nourrir le bébé.

Toujours à la figure 21, on observe que les répondantes qui ont bénéficié des services offerts en CLSC ou par des organismes communautaires ont plus fréquemment opté pour l'allaitement au sein (dans le diagramme, on fait référence aux cours pré et post-natals). Autrement dit, ces dernières ont eu le soutien nécessaire pour nourrir leur bébé au sein, et ont été incitées à le faire. À l'opposé, les répondantes n'ayant pas bénéficié des services de périnatalité, et ayant plutôt consulté un médecin de même origine qu'elles, ont largement opté pour le biberon. Par ailleurs, la connaissance du français semble être une autre caractéristique qui distingue ces groupes de répondantes. Rappelons que la connaissance du français, comme nous l'avons vu précédemment, n'est pas totalement étrangère à l'accessibilité aux services de périnatalité. De fait, il est possible de faire l'hypothèse suivante, à savoir que les répondantes ne parlant que l'anglais sont moins exposées aux campagnes de promotion favorisant l'allaitement. Ce qui reste bien sûr à vérifier, tout comme l'efficacité des campagnes de promotion de l'allaitement en anglais et en d'autres langues.

Notons, pour finir, la présence d'une variable susceptible d'aider l'interprétation de certains comportements : est-ce que la grossesse était désirée ? Dans un premier temps, les répondantes ayant mentionné que leur grossesse était désirée sont des mères de la catégorie d'immigration indépendante et parrainée, ce qui s'inscrit dans la suite des observations précédentes, à savoir que pour ces dernières le projet migratoire est étroitement associé à celui de fonder une famille. Par ailleurs, les répondantes n'ayant pas opté pour l'allaitement sont essentiellement celles qui n'ont pas désiré leur grossesse. Or, ces deux faits, la grossesse non désirée et l'allaitement, se conjuguent pour soutenir la possibilité de difficultés d'attachement entre la mère et l'enfant.

À la figure 22, il est possible d'observer des relations entre certaines habitudes de vie et les circonstances migratoires. Soulignons d'abord, dans la foulée des observations de Doucet et coll. (1992) voulant que les habitudes de vie des populations immigrantes représentent dans l'ensemble des facteurs de protection, que très peu de répondantes ont maintenu des comportements jugés à risque pendant la grossesse et l'allaitement. Ces facteurs de protection semblent s'inscrire dans leur pratique et celles qui y dérogent, en privilégiant le biberon par exemple, le font plutôt par obligation que par choix comme nous avons pu le constater.

Figure 21 : Types d'alimentation du nourrisson et facteurs associés aux circonstances migratoires



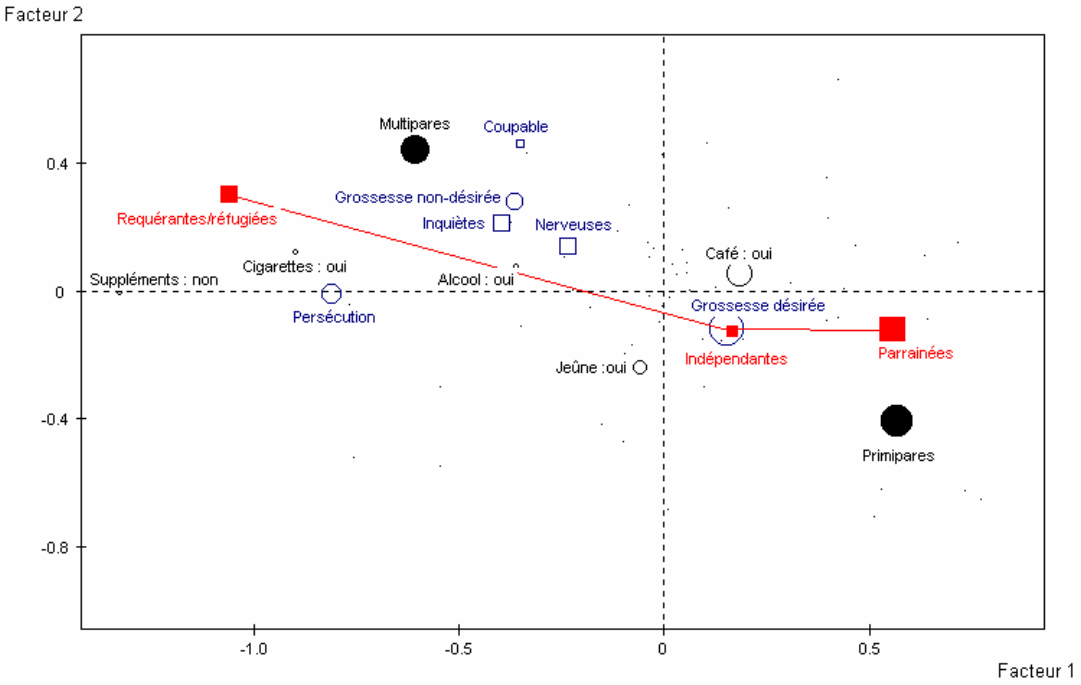
Ceci dit, bon nombre de comportements qu'on retrouve au sein des populations immigrantes semblent se distinguer clairement de l'ensemble de la population vivant sous le seuil de pauvreté où l'usage du tabac et de l'alcool est considérablement plus élevé.

Par ailleurs, les répondantes ayant maintenu des comportements jugés à risque se situent clairement dans les cadrans de gauche du diagramme. Plus exactement, les répondantes ayant consommé des cigarettes, de l'alcool et n'ayant pas eu recours à des suppléments vitaminiques ont manifesté le plus de signes d'anxiété associés à l'instabilité de leur situation actuelle (citoyenneté, expulsion, etc.) et ont vécu une persécution avant d'émigrer. On trouve également du côté de ces répondantes celles n'ayant pas désiré leur dernière grossesse. Ce rapport négatif à la grossesse prend tout son sens lorsque mis en relation avec les circonstances migratoires.

En effet, on constate que ce sont surtout les mères multipares qui ne désiraient pas leur dernière grossesse, ces répondantes cumulant un ensemble de signes anxiogènes. Bien qu'on ne puisse connaître dans le cadre de cette étude les raisons expliquant les grossesses non désirées, il est néanmoins possible d'affirmer que ces répondantes ont

vécu une expérience migratoire involontaire. En fait, l'ensemble de l'expérience de ces répondantes laisse croire qu'elles ne se sentent pas maîtres de leur destinée, une caractéristique qui distingue nettement ces répondantes de l'ensemble de l'échantillon.

Figure 22 : Correspondances entre certaines habitudes de vie et des facteurs associés aux circonstances migratoires



Soulignons pour terminer, qu'il n'est pas vraiment possible d'établir d'associations entre le maintien de certaines habitudes considérées à risque, les bébés de petit poids et les naissances prématurées. D'autres facteurs semblent être à la source de ces situations. Par ailleurs, il est permis d'établir un lien entre l'attachement mère-enfant et le rapport négatif à la grossesse.

4.7 Conception parentale

Les entrevues nous ont permis de recueillir quelques données sur les conceptions parentales, entre autres sur ce qui peut apparaître important pour le bon développement du bébé et sur les signes indiquant qu'il se porte bien. Les perspectives d'avenir ont également été abordées par le biais de la perception des répondantes sur la façon d'élever les enfants au Québec, sur leurs craintes et sur les différences avec leur pays d'origine. La possibilité ou non d'élever leur enfant selon leurs connaissances et leurs traditions inquiète certaines mères, surtout lorsqu'elles ont l'impression que leur façon de faire peut être jugée et mal interprétée. Aussi, est-il important de se questionner sur ce qu'elles trouvent important et perçoivent de la façon d'élever des enfants dans leur pays d'accueil.

Lorsque les répondantes ont été questionnées sur ce qui est bon pour le développement de leur bébé pendant sa première année de vie, tout apparaissait important à leurs yeux. Elles ont donc été incitées à établir des priorités en mentionnant les deux aspects

principaux (tableau 41). L'aspect le plus important est sans conteste l'alimentation. Pour le reste, les opinions ont été très partagées. Notons seulement que parler avec l'enfant, lui raconter des histoires ainsi qu'avoir un sommeil régulier sont des facteurs qui, aux yeux de quelques répondantes, sont essentiels pour son développement. Il est à noter que le fait d'avoir des jouets est loin de représenter une priorité, une seule mère ayant mentionné qu'il s'agit d'un aspect important pour le développement du bébé. D'ailleurs, la dimension ludique semble être dans l'ensemble une dimension plutôt marginale de développement de l'enfant.

> *« L'alimentation doit être bonne pour la santé du bébé. Quand il sera grand, plus grand, il pourra jouer avec d'autres enfants. » (30 ans, Chine)*

Tableau 41 : Qu'est-ce qui est le plus important pour le développement du bébé pendant la première année ?

	n (1er choix)	%	n (2 ième choix)	%
Une alimentation équilibrée	*46*	*50,5*	*22*	*24,2*
Lui parler, raconter des histoires	*18*	*19,8*	*9*	*9,9*
Avoir un sommeil régulier	*8*	*8,8*	*17*	*18,7*
Renconter d'autres enfants	*6*	*6,6*	*9*	*9,9*
Autres	*5*	*5,5*	*17*	*18,7*
Jouer avec lui	*4*	*4,4*	*10*	*11,0*
Être entouré de gens	*3*	*3,3*	*7*	*7,7*
Avoir des jouets	*1*	*1,1*	*,0*	*,0*
Total	*91*	*100,0*	*91*	*100,0*

Lorsque le même exercice a été réalisé pour connaître la perception des répondantes sur la santé de leur bébé, sur les signes indiquant qu'il se porte bien, les réponses ont été dans le même sens que celles de la question précédente, c'est-à-dire que bien manger est apparu tout en haut de la liste (tableau 42). D'autres signes, dont avoir l'air éveillé et faire des sourires, sont apparus révélateurs pour plusieurs mères.

> *« Pour moi, ne pas bien manger et ne pas dormir, c'est un mauvais signe : cela veut dire que le bébé est malade, j'en ai eu 3, je sais ce que c'est. » (33 ans, Algérie)*

Ceci étant dit, la perception des répondantes ne peut entièrement se résumer à deux facteurs. Leur vision de la santé du bébé repose bien souvent sur l'observation simultanée de plusieurs signes dont l'interprétation doit se faire selon les circonstances, comme nous le mentionne cette mère :

> *« Quand elle dort bien, qu'elle mange bien. Mais si elle dort trop, peut-être qu'elle est faible. Un bébé qui mange pas assez bien, ça donne envie de dormir, c'est pas bon… » (28 ans, Haïti)*

D'autres signes ont été mentionnés par quelques répondantes, notamment que le bébé soit calme, qu'il dorme bien, qu'il s'adapte facilement à de nouvelles personnes. Le fait de pleurer n'apparaît comme un signe inquiétant pour les répondantes que lorsqu'il est difficile de comprendre pourquoi le bébé pleure. Autrement, pleurer peut simplement indiquer qu'il se porte bien et qu'il manifeste un besoin.

Tableau 42 : Principaux signes permettant de dire que le bébé se porte bien

		n (1e choix)	%	n (2 ième choix)	%
Valid	**Mange bien**	*30*	*33,0*	*30*	*33,0*
	Est éveillé	*15*	*16,5*	*14*	*15,4*
	Fait des sourires	*15*	*16,5*	*1*	*1,1*
	Pleure peu	*9*	*9,9*	*4*	*4,4*
	S'adapte aux nouvelles personnes	*7*	*7,7*	*4*	*4,4*
	Dort bien	*6*	*6,6*	*30*	*33,0*
	Autres	*5*	*5,5*	*5*	*5,5*
	Est calme	*4*	*4,4*	*3*	*3,3*
	Total	*91*	*100,0*	*91*	*100,0*

Les répondantes ont ensuite été questionnées sur leur perception de l'éducation au Québec. Bien que 19 ne savaient pas vraiment quoi répondre et que 7 ont préféré s'abstenir, plus de la moitié (55/91) ont mentionné que la façon d'élever les enfants au Québec les dérangeait, voire leur déplaisait (tableau 43). Principalement, ce qui dérange ces mères est le manque de discipline inculquée par les parents ainsi que la liberté dont bénéficient les enfants :

> *« Ici, à mon avis, on commence l'éducation très tard. On commence seulement à la maternelle, dans les garderies. » (22 ans, France)*
>
> *« Ils laissent les enfants faire ce qu'ils veulent. C'est comme un problème au Québec. C'est comme si la maman a pas le droit de parler avec les enfants, sinon il vont appeler la police. » (32 ans, Haïti)*
>
> *« Ici les enfants ne sont pas corrigés (pas de fessées), les parents ils laissent faire les enfants, les enfants sont presque seuls. » (30 ans, Chili)*

Bien des répondantes ont ainsi exprimé un sentiment de menace, ayant l'impression que leur façon d'éduquer leur enfant n'est pas acceptable au Québec. Parallèlement, il apparaît difficile pour elles d'adhérer aux valeurs éducatives favorisées au Québec, parce que trop molles à leurs yeux. En fait, plusieurs se sentent en désaccord total, et manifestent un certain malaise :

> *« Je ne suis pas d'accord avec la façon dont les Québécois élèvent leurs enfants, ils sont froids avec leurs enfants, il les laissent faire, ils doivent faire respecter les règles à leurs enfants, ils sont les parents qui doivent gérer la situation. » (27 ans, Guatemala)*
>
> *« Le rôle qu'ont les parents. Ils ont des devoirs mais pas de droits. Des fois, on a l'impression que leur enfant n'est pas à eux (aux parents)… » (35 ans, Syrie)*

Selon les répondantes, ce laisser-aller a bien sûr des conséquences sur le respect et sur les relations intergénérationnelles.

> *« Les enfants québécois manquent beaucoup de respect à leurs parents. Les parents québécois les laissent trop faire ce qu'ils veulent. » (33 ans, El Salvador)*

En somme, de façon générale, le regard des répondantes sur les valeurs éducatives valorisées au Québec est assez dure et critique. Que les corrections physiques soient

condamnées en a laissé plus d'une dans l'incompréhension, tout comme l'intervention institutionnelle et la précocité de l'éducation sexuelle qui leur est apparue exagérée.

Tableau 43 : Ce qui dérangent dans la façon d'élever les enfants au Québec

	Mentions	% (n=91)
Manque de discipline, trop de liberté	***36***	***39,6***
Manque de respect in rapports intergénérationnels	***11***	***12,1***
Sens de la famille peu développé	***9***	***9,9***
Condamnation de la correction physique	***8***	***8,8***
Trop grande intervention institutionnelle	***8***	***8,8***
Détachement parent/enfant, manque amour	***7***	***7,7***
Précocité de l'éducation sexuelle	***7***	***7,7***
Perte de crédibilité et de l'autorité parentales	***7***	***7,7***
Pas de contrôle sur valeurs morales et sociales	***3***	***3,3***
Lacunes des services	***2***	***2,2***
Risque de déviance	***1***	***1,1***
Autres	***12***	***12,8***
Total	***111***	**-**

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une impression, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Ceci étant dit, les répondantes ont également perçu des aspects positifs au fait d'élever leur enfant au Québec (tableau 44). En premier lieu, l'infrastructure et les espaces mis à la disposition des enfants représentent des avantages certains, tout comme l'importance accordée à l'apprentissage scolaire :

> *« Ici on apprend les choses tôt, on s'organise pour aller à l'école tôt. Les enfants sont mieux encadrés, mieux suivis. Le fait qu'ici les familles sont moins nombreuses, ils vont pouvoir avoir leurs choses pour aller à l'école. Ici les fournitures scolaires existent, on peut les acheter. » (26 ans, Guinée)*

Le respect accordé aux enfants est également perçu par quelques mères comme un avantage important, tout comme la confiance que ces derniers peuvent développer puisqu'on leur laisse plus d'espace pour s'exprimer.

En ce sens, ce que les unes perçoivent comme un désavantage apparaît comme un avantage pour d'autres. Ainsi, si d'une part certaines répondantes perçoivent négativement la place trop grande qu'on laisse aux enfants, d'autres y voient d'importants bénéfices :

> *« Les enfants ont une personnalité, ils ont du caractère. Dans d'autres cultures par exemple, les enfants ont honte de parler. Ici ils sont plus communicatifs, ils développent leur cerveau… » (28 ans, Liban)*

L'angle à partir duquel est interprétée la façon d'élever les enfants au Québec fait en sorte que les répondantes seront soit irritées, soit satisfaites. De fait, un même aspect peut plaire ou choquer, ce qui est le cas du respect des enfants, de la place qui leur est donnée, et de l'importance accordée au dialogue entre adulte et enfant.

Tableau 44 : Ce qui plaît dans la façon d'élever les enfants au Québec

	Mentions	% (n=91)
Matériel, infrastructure et les espaces pours enfants	***22***	***24,2***
Apprentissage scolaire et préscolaire	***20***	***22,0***
Respect accordé aux enfants	***19***	***20,9***
Développer la confiance, possibilités d'expression	***15***	***16,5***
Services de santé et publics en général	***10***	***11,0***
Information, alimentation, infrastructures favorables	***8***	***8,8***
Bonne éducation, habitudes et discipline	***7***	***7,7***
Les échanges et le dialogue parent-enfant	***6***	***6,6***
Corrections physiques condamnées	***3***	***3,3***
Autres	***4***	***4,4***
Ne sait pas	***11***	***12,1***
Total	***125***	**-**

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une impression, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

Le quart des répondantes ont mentionné qu'il n'existait pas vraiment de différence entre le Québec et leur pays d'origine pour ce qui est d'élever leur enfant. Néanmoins, certains aspects constituent à leurs yeux des gains et d'autres des pertes. En premier lieu, ce qui a été mentionné est le manque d'amour occasionné par l'absence de la famille au Québec, ce qui constitue une perte irremplaçable pour le bébé (tableau 45).

> *« Là-bas je serais entourée par ma famille, par la famille de mon mari, c'est très différent. C'est mieux pour lui. Les enfants grandiraient dans une ambiance pleine d'amour, d'affection et de chaleur humaine, ce qui n'est pas le cas actuellement. » (24 ans, Liban)*

Les services de santé en rassurent plus d'une et représentent un gain important, alors qu'encore une fois l'impression de perdre de l'autorité sur leur enfant, de ne pouvoir les éduquer à leur façon (entre autres en utilisant des corrections physiques) agace plusieurs mères. En ce sens, transmettre leurs traditions, leur langue et de respecter leurs valeurs éducatives représentent sans nul doute une difficulté importante pour bon nombre de mères. Cela repose en grande partie, comme nous l'avons vu plus haut, sur une perception négative des valeurs éducatives favorisées au Québec. Aussi, bien que les différences mentionnées laissent entrevoir plusieurs pertes, les répondantes apprécient les possibilités d'avenir qu'offre le Québec à leur enfant, les possibilités d'éducation scolaire qui lui seront offertes ainsi que l'accès à des espaces qui favoriseront son développement.

Tableau 45 : Élever leur enfant au Québec : gains et pertes

	Mentions	% (n=91)
Égal : là-bas ou ici, c'est la même chose	21	23,1
Perte : soutien et amour par absence de la famille	20	22,0
Gain : santé et éducation, qualité et accessibilité des services	16	17,6
Perte : crédibilité et autorité parentales	10	11,0
Perte : difficile d'adopter des mesures disciplinaires (corrections physiques)	7	7,7
Perte : difficile de transmettre les valeurs, traditions, langue	5	5,5
Perte : bonne éducation, discipline (là-bas)	5	5,5
Gain : ingérence de la famille élargie (là-bas)	5	5,5
Gain : situation permet plus d'implication de la mère	5	5,5
Gain : matériel et espaces pour les enfants	4	4,4
Gain : autonomie, responsabilisation des enfants	3	3,3
Gain : possibilités d'avenir	3	3,3
Perte : Précocité de l'éducation et de la vie sexuelle	2	2,2
Gain : la quiétude, tranquillité	2	2,2
Autres	7	7,7
Pas de commentaires	11	12,1
Ne sait pas	1	1,1
Total	127	-

Comme une même répondante a pu mentionner plus d'une impression, le total de mentions est supérieur au **n** de répondantes.

4.8 Conclusion : typologie selon la vulnérabilité des mères

À la lumière des analyses qui précèdent, il apparaît que les circonstances migratoires peuvent exacerber la vulnérabilité des mères immigrantes en affectant leurs conditions parentales. Néanmoins, les mères immigrantes semblent affectées par leur isolement, par des difficultés émotives, par un réseau et un soutien faibles, par des conditions socio-économiques précaires, etc., comme toutes les mères considérées à risque pour ce qui est des bébés de petit poids ou nés prématurément et présentant des difficultés d'attachement mère-enfant. Ce qui les distingue est tout particulièrement la source de ces difficultés qui est directement ancrée dans leur expérience migratoire. Ainsi, peut-on dire, ces mères sont *pareilles, mais c'est pas pareil!*

Les analyses des correspondances réalisées dans le cadre de ce chapitre ont permis d'identifier certaines de ces sources en précisant les facteurs associés aux expériences migratoires et aux caractéristiques culturelles et sociales. Aussi, on remarque que certains facteurs sont partagés par l'ensemble des répondantes, bien qu'en intensité variable, et que d'autres permettent de distinguer des sous-groupes sur la base d'éléments communs. En conséquence, la migration présente, d'une part, des effets généraux qu'il est possible de situer sur un continuum, tels que la précarité socio-économique, l'isolement et les difficultés émotives, et, d'autre part, des effets plus spécifiques qu'on peut associer à des catégories précises.

La conséquence générale la plus frappante est la précarité socio-économique. Les analyses qui précèdent nous ont permis de distinguer les répondantes qui en souffrent le plus. Néanmoins, l'effet de nivellement socio-économique qu'entraîne la migration fait en sorte que l'ensemble des répondantes vit une certaine précarité, et ce, peu importe la scolarité, l'âge ou la formation. Certaines vivent une ascension sociale (toute relative bien sûr) et d'autres une déqualification sociale et économique, d'où cet effet de nivellement.

Il en va de même pour les réseaux et le soutien. Ces réseaux sont éclatés pour l'ensemble des répondantes qui d'ailleurs y perçoivent la principale perte associée à leur expérience migratoire. Pour certaines, la situation semble toutefois plus précaire lorsqu'on s'attarde à la composition des réseaux et qu'on constate que, peu importe leur taille, ils ne pourront garantir un soutien suffisant, s'il y a absence de la famille rapprochée et de femmes. Une des conséquences directes de cet éclatement est l'isolement. Comme nous l'avons vu précédemment, certaines ont su pallier cet isolement en utilisant plus les services de santé, mais sans pouvoir véritablement combler toutes les dimensions propres au soutien. D'autres ont bénéficié du soutien de leur conjoint qui a su s'ajuster à la situation nouvelle qui s'imposait à eux. À cet effet, rappelons que dans l'ensemble les répondantes considèrent que leur conjoint a su satisfaire plusieurs de leurs besoins. Aussi, comme nous l'avons souligné précédemment (section 4.3), le vide familial et social que crée l'immigration détermine d'une certaine façon un contexte favorable pour l'implication du conjoint. Cet exemple illustre bien la dynamique paradoxale des gains et des pertes qui caractérise la perception des mères immigrantes lorsqu'elles dressent un bilan de leur expérience et des changements qu'elle a entraînés dans leur vie.

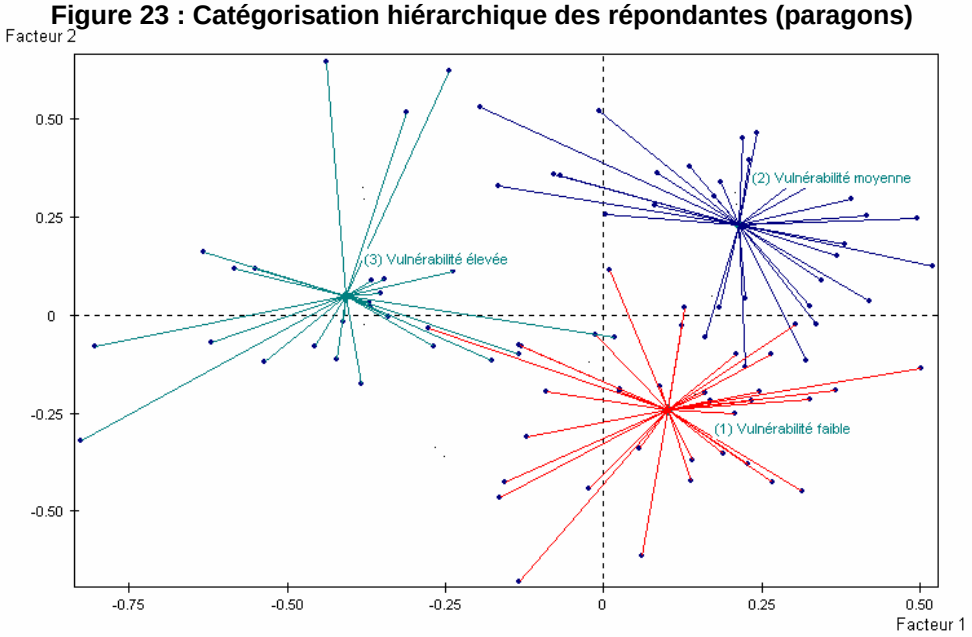
En ce qui a trait aux difficultés émotives, la grande majorité des répondantes a associé des signes de détresse à leur expérience migratoire, comme l'isolement et le sentiment de solitude. Par contre, si l'on s'attarde aux signes reflétant les perspectives d'avenir, tout laisse croire que la plupart des répondantes sont plutôt optimistes, très peu s'étant dites sans espoir ou ayant l'impression d'être prises au piège dans leur situation actuelle. Néanmoins, bien que l'espoir d'améliorer son sort soit un sentiment largement partagé, il n'en reste pas moins que l'échelle émotive utilisée ainsi que les commentaires recueillis nous renseignent sur la fragilité émotive des mères attribuable à leur situation actuelle ou à leurs expériences du passé. Ainsi, plusieurs répondantes se distinguent en présentant plus de signes d'anxiété, de craintes et d'angoisse. Au-delà des impacts généraux de l'immigration, donc, il est possible de percevoir des impacts spécifiques à certains sous-groupes. L'anxiété et l'angoisse que vivent plus particulièrement les mères réfugiées ou en attente de statut, souvent en situation de séparation familiale avec un enfant ou leur conjoint, en est un bel exemple.

En poussant l'analyse un peu plus loin grâce à une méthode de classification hiérarchique, il devient possible de regrouper les sujets selon la similitude de leurs réponses à l'ensemble des questions posées lors des entrevues et ainsi d'obtenir des classes relativement homogènes. Ces classes reflètent une typologie de la vulnérabilité des mères immigrantes selon leurs expériences migratoires et leurs conditions parentales (soit en fonction de l'ensemble des variables à l'étude), et offrent un éclairage nouveau lorsque projetées sur un diagramme (figure 23). Trois classes se distinguent tout particulièrement. Il aurait été possible d'en définir plus, mais cela aurait entraîné des difficultés d'interprétation puisque les classes résultant de ces analyses auraient été de trop petites tailles.

À la figure 23, ces classes sont représentées dans le diagramme par trois centres de gravité qu'on peut distinguer par des faisceaux de couleurs différentes. Les répondantes qui correspondent à chacune de ces classes sont reliées à ces centres de gravité par des lignes de la même couleur. Aussi, chaque répondante reliée par une de ces lignes est plus ou moins représentative des caractéristiques associées à ces centres de gravité.

On peut remarquer dans le diagramme que les centres de gravité se distinguent clairement les uns des autres, dénotant par le fait même une distinction assez nette entre chacune des catégories qu'ils représentent. Plus précisément, on y dénote une polarisation entre les mères identifiées comme plus vulnérables et les deux autres classes regroupant des répondantes ayant présenté un moins grand nombre de facteurs de vulnérabilité. Nous verrons d'ailleurs que la seconde classe, soit les mères dites à risque moyen, peut être considérée comme une sous-catégorie de celle des mères dites à risque faible. C'est à la lecture des modalités spécifiques à chacune de ces classes qu'il sera possible de mieux comprendre les combinaisons de facteurs de vulnérabilité qui leur sont propres parce que sur-représentés au sein de chacune des classes (tableau 46).

Figure 23 : Catégorisation hiérarchique des répondantes (paragons)



♦ *Les mères présentant de faibles risques de vulnérabilité (classe 1)*

On dénomme cette catégorie celle des *mères présentant de faibles risques de vulnérabilité* parce que les facteurs y étant sur-représentés dénotent dans l'ensemble des conditions assez favorables (tableau 46). Le premier élément qui permet de soutenir cette description est que 76 % des répondantes ayant vécu une immigration volontaire font partie de cette classe[7]. En conséquence, ces dernières répondent très largement aux caractéristiques de personnes ayant émigré par choix, ou pour suivre leur conjoint, donc ayant eu l'occasion de se préparer pour cette expérience.

Les deux principales caractéristiques qui démarquent ces répondantes des autres sont qu'elles ont été parrainées et qu'elles sont des mères primipares. Aussi, il apparaît clairement que pour ces répondantes les projets migratoire et familial sont largement associés. Et de cette association, peut-on dire, découle une motivation importante qui détermine autant leur intégration que le développement de leur famille. Cette motivation au plan familial est entre autres perceptible par leur forte participation aux différents services offerts en périnatalité, mais aussi au fait que bon nombre d'entre elles ont mentionné avoir changé leur façon d'agir avec leur enfant à la suite de ces rencontres.

Au plan socio-démographique, cette catégorie est surtout représentée par des mères qui, au sein du groupe, ont de meilleurs revenus, qui vivent une déqualification professionnelle (comme leur conjoint), qui sont généralement plus satisfaites de leurs conditions de logement et qui ont une scolarité collégiale. Au

[7] Consulter le tableau en annexe 2 pour les pourcentages propres à chacune des modalités incluses dans les catégories. Le tableau permet d'évaluer les chances d'être inclus dans ces catégories selon les modalités qui lui sont spécifiques. En effet, chaque catégorie se démarque en fonction des modalités qui lui sont les plus typiques. Ces pourcentages ne sont pas ajoutés au texte dans le seul but d'en alléger la lecture.

sein de ce groupe se trouvent les répondantes, également sur-représentées, qui ne parlent pas l'anglais mais qui connaissent relativement bien le français.

Comme on peut le constater au tableau 46, à ces facteurs socio-démographiques, somme toute assez favorables par rapport au reste de l'échantillon, s'ajoute une série de facteurs indiquant que des trois catégories, il s'agit de celle qui présente le moins d'aspects directement reliés à une quelconque vulnérabilité. De fait, la quasi-totalité des mères regroupées dans cette catégorie n'ont vécu aucun problème de santé pendant leur grossesse, et aucun cas d'enfant prématuré ou de petit poids n'y a été répertorié. De plus, ces répondantes ne vivent pas vraiment de craintes associées à leur statut migratoire et n'ont pas vécu de persécution avant d'émigrer, réduisant d'autant les risques de choc post-traumatique. D'ailleurs, au sein de cette classe, les répondantes ont présenté dans l'ensemble un score faible sur l'échelle émotive.

Pourtant, une proportion importante de ces répondantes a été référée à un service de périnatalité par un professionnel les ayant jugées vulnérables. Le fait qu'elles puissent s'exprimer en français, qu'elles aient un niveau de scolarité collégial et qu'elles aient malgré tout un faible revenu peut expliquer en partie qu'on les ait jugées vulnérables et nécessitant un suivi. Pourtant, il s'agit du sous-groupe présentant le moins de facteurs de vulnérabilité associés à l'expérience migratoire dans son ensemble.

- *Les mères présentant des risques moyens de vulnérabilité (classe 2)*

Cette seconde classe, dite des mères présentant des risques moyens de vulnérabilité, regroupe des répondantes dont les caractéristiques sont relativement semblables à celles de la première classe. En effet, ces deux classes regroupent la presque totalité des mères primipares ayant été parrainées, sauf qu'ici la proportion de mères indépendantes est plus importante. D'autres caractéristiques, toutefois, constituent des différences importantes. Par exemple, l'aspect involontaire de l'émigration et la connaissance des langues officielles. Contrairement à la classe 1, une grande proportion des répondantes de la classe 2 s'est sentie obligée de quitter le pays et a de bonnes connaissances en anglais mais peu en français.

Ces différences sont significatives dans la mesure où elles sont associées à la fois à l'accessibilité aux services et à l'état de santé. Dans cette seconde classe, nous retrouvons en effet la presque totalité des répondantes n'ayant pas bénéficié des activités de périnatalité dans les CLSC et les organismes communautaires. On remarque que cette classe regroupe les répondantes ayant nourri leur enfant au biberon, laissant entrevoir que les services de périnatalité n'ont pu exercer d'influence sur ce point, puisqu'on y fait la promotion de l'allaitement. De plus, le tiers des répondantes ayant accouché prématurément se trouvent dans cette catégorie, tout comme la moitié des mères ayant eu un bébé de petit poids, et la moitié de celles ayant eu des problèmes de santé lors de leur accouchement.

Nous retrouvons également au sein de cette catégorie celles ayant eu les scores à la fois les plus élevés et les plus faibles sur l'échelle émotionnelle. Ces répondantes n'ayant de toute évidence pas vécu de traumatismes prémigratoires associés à des conflits armés, leur état émotif semble plutôt le résultat de leur

situation actuelle que de leur vécu prémigratoire. Les principaux indices qui militent en faveur de cette hypothèse sont le niveau élevé de scolarité (universitaire) de ces mères et le fait qu'elles ou leurs conjoints vivent une déqualification professionnelle. À cet effet, soulignons qu'à court terme, lors des premières années d'immigration, les effets de la déqualification peuvent constituer d'importants facteurs de vulnérabilité, surtout au plan émotif (sentiment d'erreur, perceptions de pertes, etc.). Par ailleurs, certaines caractéristiques associées à la déqualification (scolarité, connaissances, expériences professionnelles, etc.) supposent qu'à long terme ces mères risquent de mieux s'intégrer à leur nouvelle société.

Paradoxalement, donc, ces mêmes caractéristiques risquent de fausser l'interprétation de leur vulnérabilité par les professionnels de la santé puisque très peu de répondantes de cette classe ont été référées, et pratiquement aucune n'a bénéficié des services de périnatalité. D'autres éléments propres à cette classe peuvent aider à mieux comprendre pourquoi elles n'ont pas été jugées vulnérables, notamment la présence d'un réseau et la méconnaissance des langues officielles. En effet, les répondantes au sein de cette classe figurent parmi celles qui ont mentionné avoir les réseaux les plus élargis, ce qui a pu jouer un rôle important lors du processus décisionnel menant ou non à une référence. Pourtant, peut-on véritablement se fier à la présence d'un réseau dans l'entourage des mères pour supposer qu'elles ont le soutien nécessaire ? De fait, la présence d'un réseau en contexte migratoire peut non seulement représenter un fardeau supplémentaire, mais elle ne peut garantir une bonne santé ni pour l'enfant ni pour la mère, comme l'exprime clairement cette répondante :

> *« J'aurais été entourée avec beaucoup de famille, ils ont beaucoup d'expérience de vie, mais pas d'expérience médicale. Nous avons pas de CLSC là-bas, c'est une grande aide ici. Vous pouvez pas téléphoner aux infirmières et dire mon enfant est malade, par exemple. Ici, c'est le samedi, je téléphone au pédiatre, il me répond, vous parlez, s'il n'est pas là, il prend le message et vous rappelle. » (37)*

Finalement, ce qui distingue aussi ces répondantes est la méconnaissance du français et la connaissance de l'anglais comme langue seconde. Cette caractéristique ne semble pas être totalement étrangère à l'accessibilité aux services en périnatalité. D'ailleurs, il est possible de se demander si le fait de ne parler que l'anglais comme langue seconde représente un handicap pour avoir accès aux services de périnatalité. Bien qu'on ne puisse répondre directement à cette question dans le cadre de cette étude, force est de constater que les mères présentant cette caractéristique linguistique ont très peu bénéficié, ou pas du tout, de ces services. Peut-être que les personnes ayant de meilleures connaissances en français ont pu mieux exprimer leurs difficultés, et surtout mieux se faire comprendre, alors que les personnes allophones (caractéristique de la classe 3) bénéficient d'une attention particulière des professionnels sensibles à cet obstacle majeur.

Quoi qu'il en soit, l'ensemble des caractéristiques propres à cette catégorie font en sorte que la vulnérabilité de ces mères n'a pas été identifiée par les professionnels de la santé et les outils de dépistage dont ils disposent. Les aspects qui auraient permis de saisir leur vulnérabilité en considérant l'expérience migratoire semblent d'abord associés au phénomène de déqualification, bien que des indices soient

perceptibles en considérant les raisons d'immigration de ces dernières (involontaires pour plusieurs) et leurs connaissances linguistiques (anglais).

♦ *Les mères présentant des risques élevés de vulnérabilité (classe 3)*

La troisième catégorie est sans nul doute celle qui peut être perçue comme la plus vulnérable, d'où l'appellation qui lui a été attribuée. Cette vulnérabilité est associée à la singularité du parcours migratoire et des conditions de vie qu'elles ont rencontrées en arrivant au Québec. En effet, tout au long des analyses, la majorité des difficultés rencontrées par les répondantes en termes de conditions parentales ont pointé avec plus d'intensité en direction de cette catégorie composée en très grande partie de mères réfugiées ou de requérantes de statut (84 %).

Globalement, ces dernières présentent une expérience prémigratoire susceptible d'avoir laissé d'importantes séquelles. D'ailleurs, la plupart de ces mères attribuent leurs troubles émotifs à leur expérience migratoire, elles qui ont été témoins dans leur pays d'origine de violence organisée, qui ont été victimes de persécution ou de discrimination. Ce portrait reflète assez bien ce que la littérature nous apprend sur le sujet, à savoir que les personnes réfugiées et en attente de statut sont susceptibles de souffrir de troubles émotifs étant donné l'expérience troublante dont elles ont été victimes. Ce que la littérature ne nous apprend pas, c'est le caractère familial de ce type d'expérience, c'est-à-dire que l'expérience migratoire inscrit une rupture dans l'expérience familiale.

Comme nous l'avons constaté précédemment et comme la classification hiérarchisée le met en évidence, il semble exister une relation entre l'expérience migratoire, la parité et la famille. Les répondantes ayant quitté en situation d'urgence avaient déjà, en général, un enfant ou plus, ce qui est le cas de la presque totalité des répondantes de cette classe. Ce faisant, plusieurs ont été dans l'obligation de laisser derrière elles enfant et conjoint en quittant leur pays, et ainsi vivre une séparation familiale particulièrement inquiétante. Ces mères ayant pour la plupart mentionné des raisons de force majeure pour expliquer leur émigration, il est possible de supposer que quitter le pays d'origine lorsqu'on a déjà une famille représente la seule issue à une situation risquée plutôt qu'un choix longuement planifié. Dans ces conditions, il est compréhensible que la majorité des répondantes ayant mentionné ne pas avoir désiré leur dernière grossesse fassent partie de cette classe. On sait que certaines d'entres elles ont vécu une grossesse résultant d'un viol. Mais pour les autres, les conditions générales de leur vie, leur stress, leur anxiété, les incertitudes associées à leur statut et à leur expérience apparaissent comme autant de raisons qui permettent d'interpréter le caractère non désiré de leur dernière grossesse.

Ainsi, peut-on dire, les trajectoires migratoires et familiales peuvent être intimement liées ou en contradictions. Si pour les mères primipares (classe 1 surtout) il a été possible de planifier leur migration comme elles ont planifié fonder une famille, les mères multipares ont dû quitter leur pays d'urgence, sans planifier quoi que ce soit. Ce faisant, la migration représente pour ces dernières une rupture symbolique, certes, mais aussi physique et sociale, car elles ont laissé derrière elles conjoint, enfants, famille et ami(e)s. Cette série d'associations permet de considérer la parité comme un facteur de vulnérabilité en soi en ce qui a trait à l'expérience migratoire.

Tableau 46 : Synthèse des facteurs de vulnérabilité selon trois catégories

	Typologie selon la vulnérabilité[8]		
	(1) RISQUE FAIBLE	**(2) RISQUE MOYEN**	**(3) RISQUE ÉLEVÉ**
Parcours migratoires			
Catégorie d'admission	Parrainées	Indépendantes et parrainées	Réfugiées/requérantes
Craintes d'expulsion	Non	Non	Oui
Craintes pour citoyenneté	Non	Non	Oui
Craintes pour les enfants	Non	Non	Oui
Raisons d'immigration	Volontaire/suivre le conjoint	Involontaire/ suivre conjoint	Involontaire
Persécution	Non	Non	Oui
Parité	Primipares	Primipares	Multipares
Séparation familiale	Oui	Non	Oui
Accueil à l'arrivée	Oui	Oui	Non
Socio-démographiques			
Revenu	15 000 $ et plus	15 000 $ et plus	15 000 $ et moins
Déqualification	Oui	Oui	Non
Logement satisfaisant	Oui	Oui	Non
Scolarité	Collégiale	Universitaire	Secondaire et moins
Présence du conjoint	Oui	Oui	Oui et monoparentales
Français	Oui	Peu	Peu
Anglais	Peu	Oui	Peu
Lieu de naissance	Europe Antilles Maghreb	Asie Moyen-Orient	Amérique latine Afrique
Services de périnatalité			
Cours prénatals	Oui	Non	Non
Cours post-natals	Oui	Non	Oui
Distribution alimentaire	Oui	Non	Oui
Référées	Oui	Non	Oui
Santé			
Problème santé autre grossesse	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Non
Problème santé (grossesse)	Non	Oui	Oui
Bébé désiré	Oui	Oui/Non	Oui/Non
Cas de prématurité	Non	Oui	Oui
Cas de grande prématurité	Non	Non	Oui
Cas de petit poids	Non	Oui	Oui
Score de l'état émotif	Faible	Très élevé ou très faible	Élevé
Manifestations psychologiques	Fatigue	Fatigue	Anxiété/somatisation
Réseaux			
Soutien	Instrumental oui	Non	Matériel (professionnel)
Réseaux suffisants	Pertes	Pertes	Pertes
Isolement	Oui	Oui	Oui

Au tableau 46, on constate une série de circonstances migratoires qui ont marqué l'expérience de ces mères et qui prennent la forme de conditions de vie instables : sécurité du revenu, attente de statut, logement inadéquat, méconnaissance des langues officielles, espoirs de revoir les enfants demeurés au pays d'origine, etc. D'ailleurs, ces dernières, avec les répondantes représentées à la classe 2, sont celles qui ont donné naissance à des bébés prématurés (et grande prématurité) et de petit poids, qui ont vécu divers problèmes de santé durant leur dernière grossesse et qui présentent en général un score élevé sur l'échelle émotive (surtout pour les signes anxiogènes).

[8] Cette typologie est le résultat d'analyses factorielles des correspondances permettant une classification hiérarchique des diverses variables à l'étude. Les caractéristiques indiquées sont les plus représentatives, mais elles ne sont pas exclusives à chaque catégorie. Les valeurs test et la représentativité proportionnelle de chaque facteur sont présentées en annexe.

> Néanmoins, un aspect positif ressort en analysant les particularités de cette classe : ces répondantes ont largement bénéficié des activités offertes par les CLSC et les organismes communautaires. Leurs caractéristiques socio-démographiques (faible scolarité, grande précarité, logement inadéquat, etc.) et linguistiques (allophones) ont sûrement facilitées leur identification par les professionnels de la santé.
>
> Toutefois, contrairement aux répondantes de la première classe, la principale activité dont elles ont bénéficié est la distribution alimentaire, alors que les autres ont d'abord bénéficié des cours prénatals. Ceci est peut-être dû au fait que ces répondantes sont les plus démunies au plan économique et qu'elles disposent des réseaux sociaux les plus faibles.

Il appert clairement que le fait d'être une personne réfugiée, ou en attente de statut, et d'avoir eu des enfants avant d'émigrer représente les principaux indices de vulnérabilité. Mais comme cela a déjà été mentionné, ce qui importe avant tout est de s'attarder aux caractéristiques associées à ce statut, lequel étant aussi susceptible de ne représenter qu'une réalité administrative. Ces caractéristiques, que nous venons de décrire, peuvent se résumer en deux points fondamentaux, les ***conditions prémigratoires*** et le fait de vivre l'expérience migratoire comme une ***rupture*** dans le cours normal de sa vie. Or ces deux points sont étroitement associés à la séparation familiale (enfant, conjoint), à un âge plus avancé de la personne immigrante (30-35 ans), à la parité (avoir eu un enfant avant de quitter), avoir été victime de répression et ne parler ni l'anglais ni le français. Ces facteurs sont autant d'indices d'une plus grande vulnérabilité durant la période périnatale, puisque chaque fois qu'ils sont apparus au cours des analyses, il a été possible d'en observer l'impact sur un des aspects des conditions parentales : état émotif (grande anxiété), faiblesse extrême des réseaux potentiels de soutien, absence de soutien instrumental, difficultés socio-économiques et risque de choc post-traumatique.

À cet effet, la classification présentée au tableau 46 propose des combinaisons de facteurs qui pourraient s'avérer particulièrement utiles pour identifier les mères immigrantes les plus vulnérables, et aller au-delà du simple statut migratoire. En effet, comme nous l'avons constaté plus haut, certaines caractéristiques de la classe 2 (risque moyen), regroupant des répondantes parrainées ou indépendantes, semblent avoir faussé l'interprétation de leur vulnérabilité, bien que certains aspects de leur expérience migratoire auraient permis de déceler des signes de vulnérabilité (raisons d'immigration, langue et déqualification).

Il est également important de souligner que certains aspects de l'expérience migratoire peuvent être considérés comme des facteurs de protection susceptibles de faire contrepoids aux facteurs de vulnérabilité identifiés. Parmi ces facteurs de protection apparaît, en premier lieu, l'ajustement parental des conjoints qui peut combler le vide laissé par l'absence de la famille et du réseau social. Lorsque les réseaux sont analysés, il importe d'aller au-delà de la taille pour vérifier la présence de femmes et de la famille rapprochée, ces dernières étant les mieux placées pour offrir un soutien adéquat. Les habitudes de vie, en général, constituent aussi d'importants facteurs de protection. Finalement, parler français apparaît également comme un facteur de protection dans la mesure où cela peut favoriser l'accessibilité aux services de santé en périnatalité.

Certaines modalités, absentes du tableau 46 parce qu'elles ne sont particulières à aucune des classes présentées, s'avèrent transversales à l'expérience migratoire. Ainsi en est-il de la faiblesse des réseaux, de l'isolement, des gains et des pertes. Les conceptions parentales sont également absentes de ce tableau puisque la grande majorité des répondantes partagent des perceptions relativement semblables, et généralement très dures, à l'égard des valeurs

éducatives véhiculées au sein de la société québécoise. Ces perceptions négatives, fondées ou non, peuvent néanmoins représenter un obstacle à l'accessibilité aux services de santé en périnatalité si ce qu'ils véhiculent a peu de crédibilité aux yeux des mères immigrantes.

√∂λετ

2 Étude exploratoire auprès des intervenantes

Chapitre 5

Procédure de recherche
pour l'étude auprès des intervenantes

5.1 But et objectifs généraux de l'étude auprès des intervenantes

Ce second volet de l'étude vise à apporter une perspective complémentaire à la compréhension et à l'interprétation des situations de vulnérabilité des femmes immigrantes, celle des intervenantes.

Plus précisément, le but de ce deuxième volet est de cerner les critères explicites et implicites les plus déterminants du processus décisionnel visant à offrir ou non un suivi en période périnatale.

Les objectifs opérationnels pour atteindre ce but de recherche sont :

> *De connaître les difficultés rencontrées pour discriminer les risques des femmes immigrantes compte tenu de leur situation et de leurs besoins.*
>
> *D'identifier et de décrire les critères implicites, c'est-à-dire les critères dont les intervenantes se servent intuitivement pour bâtir leur jugement professionnel.*
>
> *Décrire le processus décisionnel qui mène les intervenantes à référer ou non une mère pour les services en périnatalité.*

5.2 Procédures de la recherche

Pour circonscrire ces critères et particulièrement les critères implicites, la stratégie de recherche a été de reproduire le processus décisionnel des intervenantes en incitant ces dernières à se prononcer sur des cas fictifs. Ces cas ont été construits de manière à refléter le plus fidèlement possible ceux rencontrés habituellement en intervention périnatale. Recueillir les données par l'intermédiaire de groupes de discussion nous est donc apparu tout à fait approprié pour reproduire le processus décisionnel des intervenantes, et les confronter dans une synamique de discussion de cas.

Dans cette section sont décrits le groupe à l'étude, la procédure de collecte des données, la construction des cas, l'animation des rencontres de discussion, le traitement des données, le déroulement des groupes de discussion, la dynamique des groupes, les outils de collecte des données, les caractéristiques des répondantes et les limites des données.

5.2.1 Groupe à l'étude et regroupement des participantes

Le groupe à l'étude comprend des infirmières et des travailleuses sociales œuvrant au sein des quatre CLSC (centre local de services communautaires) partenaires à ce projet de recherche, soit Bordeaux-Cartierville, Parc Extension, St-Laurent et St-Michel, ainsi que des intervenantes d'organismes communautaires œuvrant dans les mêmes territoires que les CLSC partenaires : 1,2,3 GO ! St-Michel, la Maison des Parents (Bordeaux-Cartierville), Concertations Femmes (Bordeaux-Cartierville), CLAM Parc Extension, et le CARI St-Laurent.

Au total, 19 intervenantes ont participé à ces groupes de discussion, toutes travaillent auprès des femmes immigrantes soit dans le cadre d'activités en périnatalité, soit dans les programmes familles ou tout-petits.

Le recrutement des intervenantes pour les groupes de discussion s'est fait en collaboration avec les responsables des diverses équipes enfance-famille des CLSC partenaires. Ces derniers ont établi un premier contact avec les intervenantes susceptibles de participer aux groupes de discussion, et ce, autant dans leur CLSC que dans les organismes communautaires participants de leur territoire. La stratégie de sélection des intervenantes devait assurer une certaine diversité au sein de chaque groupe sur le plan de la formation, des années d'expérience, de l'origine ethnique et du lieu de travail (CLSC, organisme communautaire). Les intervenantes devaient avoir une bonne expérience de l'intervention périnatale auprès de femmes immigrantes comme des activités prénatales de groupe, des visites postnatales, du soutien alimentaire, des ateliers de stimulation et de soutien parental ou autre. Ainsi, quatre intervenantes ont été recrutées au sein de chaque CLSC ainsi qu'une intervenante au sein de chaque organisme communautaire.

5.2.2 Procédure de collecte de données

Afin de maximiser l'exploration de la perspective des intervenantes sur la vulnérabilité des mères immigrantes, il est apparu profitable de susciter des discussions, notamment pour favoriser l'émergence des diverses visions véhiculées dans le milieu. Aussi, procéder par groupes de discussion est apparu comme l'approche la plus appropriée. Des intervenantes expérimentées, familières avec l'intervention en milieu pluriethnique, ont eu l'occasion de débattre de leurs idées, de les défendre et de les nuancer, apportant ainsi une plus grande profondeur à notre compréhension du processus décisionnel et, bien sûr, du processus qui sous-tend l'interprétation de la vulnérabilité des mères immigrantes.

Trois rencontres de trois heures chacune, au rythme d'une par mois, ont été tenues de février à avril 1999. Chaque groupe devait initialement être composé de huit personnes. Deux groupes étaient composés d'intervenantes provenant de CLSC et un autre groupe d'intervenantes provenant d'organismes communautaires. Cette distinction volontaire a permis d'observer la spécificité des interventions selon le milieu de pratique.

L'animation des groupes de discussion a été réalisée à partir d'études de cas validées auprès de deux comités : le comité de recherche et le comité des organismes partenaires.

5.2.3 Construction des cas

Les cas ont été construits par les membres de l'équipe de recherche en fonction de trois types d'éléments : l'histoire, le contexte et les personnages. Bien que chaque cas comportait tous ces éléments, ils ont été construits de façon à ce que les détails, les événements et les enjeux soient singuliers à chacun. L'histoire devait inspirer des situations courantes sans verser dans l'exceptionnel mais en suscitant une certaine perplexité. Les histoires de cas, sans tomber dans le misérabilisme, devaient laisser transparaître les difficultés rencontrées par des personnes ainsi que leur force et leur dignité. Enfin, l'histoire devait combiner à la fois le parcours migratoire et une demande de service ou un besoin d'aide psychosocial et/ou en santé. Le contexte proposé est celui d'une première entrevue avec peu d'informations disponibles. Ainsi, il y a les éléments dits spontanément, ceux obtenus à la suite d'une interrogation et d'autres gardés sous silence. Les histoires de cas représentaient des relations qui n'étaient pas encore construites sur la confiance tout comme une première rencontre en intervention. Le contexte situait l'action dans un environnement proche de la pratique des participantes.

Quant aux personnages, ils représentaient le « profil classique » des jeunes familles immigrantes qui viennent avec ou sans leurs réseaux social, familial et de soutien, avec ou sans statut et avec de grands espoirs souvent déçus.

Chacun des trois cas correspond à une situation particulière de service : une demande de soutien alimentaire en période prénatale auprès d'un organisme communautaire, une référence des services d'obstétrique d'un centre hospitalier pour une visite urgente à domicile et, finalement, une visite postnatale de routine en milieu défavorisé.

Ces histoires de cas présentent à la fois des facteurs de vulnérabilité généraux et d'autres liés aux circonstances migratoires, mais aucun facteur n'est répété d'une histoire à l'autre, chacune étant basée sur des informations qui lui sont propres. Parmi les facteurs généraux de vulnérabilité, on retrouve : la précarité économique (scolarité et revenu), le manque de soutien social, la sous-utilisation des ressources, des habitudes de vie inadéquates et des comportements inappropriés. Et parmi les facteurs de vulnérabilité liés aux circonstances migratoires on retrouve les difficultés d'intégration sociale et culturelle, les traumatismes pré et post-migratoires, et la séparation familiale et conjugale en cours de migration.

5.2.4 Animation

Les jours précédant les rencontres de discussion des cas, chaque intervenante a été invitée à prendre connaissance des histoires de cas afin de se familiariser avec le contenu.

L'animation s'est faite à partir des trois études de cas. Les participantes étaient alors invitées à discuter des facteurs de vulnérabilité, des informations présentes et manquantes dans la présentation des cas. Elles devaient aussi justifier les critères retenus pour accorder la priorité aux clientèles.

Les rencontres étaient animées par un des co chercheurs assisté de deux observatrices. Toutes les discussions ont été enregistrées sur bandes audio. Le matériel recueilli comprend donc ces enregistrements et les notes des observatrices.

La rencontre débutait par la lecture du premier cas. Par la suite, les participantes étaient invitées à se prononcer sur les éléments qui leur semblaient importants, puis sur les éléments qui, à leur avis, étaient absents et représentaient un manque pour les aider à prendre une décision de suivi. Après avoir récapitulé les éléments les plus significatifs à l'aide d'un tableau, les intervenantes décidaient ou non de suivre le cas. Elles devaient ensuite répondre individuellement et par écrit au questionnaire concernant la décision de suivi et le type de suivi.

Une fois les trois cas discutés, les intervenantes accordaient la priorité à deux cas sur trois, puis à un cas sur trois.

L'heure du dîner était parfois utilisée pour discuter de sujets affectant le processus décisionnel des intervenantes ou pour valider la représentativité du processus de discussion de cas comparativement à leur pratique quotidienne des discussions en équipe multidisciplinaire.

5.2.5 Traitement des données

L'ensemble des discussions a été retranscrit à partir des enregistrements et des notes d'observation prises lors des rencontres. De ces retranscriptions, des résumés ont été faits afin d'en faciliter l'analyse de contenu. La fidélité des retranscriptions a été vérifiée en réécoutant les enregistrements.

L'analyse des discussions s'est construite à partir des éléments cités par les intervenantes selon l'ampleur et l'importance qu'elles leur ont accordées au cours de la discussion des cas. L'analyse a été faite cas par cas, tous les groupes confondus. Seules les caractéristiques professionnelles des intervenantes ou leur expérience de la migration ont été relevées pour qualifier certains sous-groupes de participantes, groupes qui apportaient à certains moments une orientation bien distincte aux discussions.

Les éléments de discussion ont été rapportés selon trois optiques différentes : le fait marquant dans l'étude de cas, la compréhension et l'interprétation du fait par les intervenantes. Le processus décisionnel des intervenantes a été rapporté avec ses contradictions, à savoir pourquoi un même cas est retenu par certaines et non par d'autres.

Enfin, l'analyse de contenu a permis de dégager :

a) les facteurs de vulnérabilité liés aux circonstances migratoires intuitivement utilisés par les intervenantes afin de comprendre le cas et d'établir leur jugement professionnel ;
b) les critères explicites utilisés de façon complémentaire aux critères implicites pour établir le suivi à donner.

Ces facteurs liés aux circonstances migratoires, qu'ils soient des critères explicites (officiels ou inscrits dans les instruments d'observation ou d'évaluation) ou implicites (utilisés intuitivement par les professionnels), occupent une place importante dans le processus décisionnel. En fait, chacun d'eux joue un rôle déterminant dans le processus décisionnel des intervenantes.

5.2.6 Déroulement des groupes de discussion

Les participantes n'assistaient qu'à un seul groupe de discussion. La petite taille des groupes laissait à chacune suffisamment d'espace pour exprimer ses opinions. Les deux premiers groupes de discussion étaient composés d'intervenantes œuvrant dans un des CLSC partenaires, alors que le troisième regroupait celles travaillant au sein d'un organisme communautaire.

Les participantes étaient accueillies avec un dossier contenant l'ordre du jour, les trois études de cas dont elles avaient préalablement pris connaissance au cours de la semaine précédente et un questionnaire sur leur profil socio-démographique.

Les rencontres s'amorçaient avec l'état d'avancement de la recherche et les objectifs des groupes de discussion. L'accent était mis sur le volet d'étude auprès des mères, volet pour lequel les intervenantes avaient contribué en sollicitant des mères à faire partie de l'étude.

Après ce bref rappel, les participantes étaient invitées à entrer dans le vif du sujet en abordant les histoires de cas. La séance se déroulait de la façon suivante :

- lecture du premier cas;
- identification des éléments qui semblaient importants et de ceux qui faisaient défaut à la compréhension du cas;
- résumé des éléments importants pour prendre une décision concernant l'intervention;
- décision concernant la pertinence d'un suivi;
- détermination de la nature du suivi lorsque celui-ci était attribué.

Le premier cas a toujours nécessité plus de temps de discussion que les deux autres cas. Les participantes avaient besoin de temps pour se familiariser avec le processus de discussion de cas dans un contexte fictif et elles avaient également besoin d'établir les rapports de dialogue entre elles. Les résultats reflètent cette réalité puisque le premier cas a fait l'objet de plus amples discussions que les suivants.

Les groupes de discussion prenaient fin avec le choix des cas prioritaires. Le temps restant permettait de recueillir les impressions des participantes sur cette expérience d'enquête par groupes de discussion et sur la vraisemblance des cas. Par la même occasion, certaines participantes ont fait part de leur expérience professionnelle, de la réorganisation du système de santé et de son impact sur leur pratique.

5.2.7 Dynamique des groupes

La dynamique des échanges au sein des trois groupes était intéressante à plusieurs égards. Dans chacun des groupes, une certaine progression marquait les échanges. Au départ, les échanges étaient plus timides. Le temps de débattre du premier cas, les participantes se familiarisaient avec le processus et une certaine connivence s'installait entre elles. Les arguments étaient souvent empreints d'une certaine forme d'objectivité professionnelle. Au deuxième cas, en partie à cause de sa nature et d'une plus grande familiarité entre les participantes, le débat était beaucoup plus émotif. Les références aux expériences personnelles et l'empathie féminine envers la condition des femmes dans les pays en développement teintaient les propos. Finalement, au troisième cas, les participantes usaient davantage d'humour pour aborder le sujet sans pour autant en minimiser la gravité et les besoins d'une intervention professionnelle, efficace et rapide.

La dynamique des groupes a été largement influencée par l'orientation professionnelle des participantes. Ainsi, dans le premier groupe, qui était composé d'intervenantes de CLSC, la discussion a rapidement été dominée par le discours des infirmières dont le regard était clairement influencé par des préoccupations liées à la santé. Bien que le deuxième groupe était aussi composé d'intervenantes de CLSC, la discussion était, cette fois, orientée vers des préoccupations psychosociales et par la compréhension des conditions d'immigration. La première interprétation d'un cas était souvent relativisée par les aspects culturels ou par la capacité d'intégration et d'adaptation des personnes présentées dans l'histoire de cas. Dans le troisième groupe, composé essentiellement d'intervenantes communautaires de formations très diverses, la discussion était centrée sur l'action, la résolution du conflit et la prise en charge. L'interprétation de la situation et l'objectivité de l'analyse ne posaient pas de problème. L'enjeu des discussions du troisième groupe était centré sur l'établissement d'un consensus quant à un plan d'intervention à adopter.

À l'occasion, les discussions étaient influencées par la mission des organismes auxquels les participantes sont liées. Ainsi, le cas comprenant un problème de santé spécifique était plus difficile à débattre pour les participantes provenant des organismes communautaires. Néanmoins, toutes les participantes s'attribuaient un rôle, même secondaire, pour la résolution du problème, même si ce problème n'était pas directement associé à la mission de leur organisme.

De façon générale, la participation était excellente et les discussions dynamiques. Interrogées sur la vraisemblance de la démarche par discussion de cas pour réaliser ce volet de l'étude, les participantes, et surtout celles provenant des CLSC, ont confirmé la ressemblance de ces discussions avec celles qui ont cours lors des rencontres de leurs équipes multidisciplinaires respectives.

5.2.8 Outils de collecte des données

Les données ont été recueillies de deux façons : par une série de questions prévues pour l'animation des histoires de cas et par le questionnaire individuel distribué à toutes les participantes au début de chaque rencontre de discussion.

Les questions posées invitaient les participantes à commenter les éléments importants décrits dans l'étude de cas, les éléments manquants et ceux qui ont été importants pour décider du suivi.

Le questionnaire individuel a permis de dresser le profil des participantes et de déterminer la priorité qu'elles ont accordée aux cas. Pour le profil des participantes, les variables étaient : l'âge, le sexe, la formation, le poste occupé, le rattachement organisationnel et le lieu de naissance. La partie du questionnaire portant sur le choix des priorités comprenait une première section où les participantes étaient invitées à se prononcer sur l'intérêt de donner un suivi ou non. Ensuite, elles devaient justifier leur décision et indiquer le type de suivi approprié en choisissant parmi les interventions suivantes :

- soins infirmiers, soutien alimentaire, suivi nutritionnel et aide psychosociale;
- soutien alimentaire seulement;
- aide psychosociale seulement;
- soins infirmiers seulement;
- suivi nutritionnel seulement;
- soins infirmiers et soutien alimentaire;
- soins infirmiers et aide psychosociale;
- soutien alimentaire et aide psychosociale;
- suivi nutritionnel et aide psychosociale;
- suivi nutritionnel et soutien alimentaire;
- suivi nutritionnel et soins infirmiers;
- autres.

5.3 Caractéristiques socio-démographiques des répondantes

L'échantillon n'est pas représentatif de la population d'intervenants, mais il comporte néanmoins l'avantage d'être très diversifié au plan social et professionnel, ce qui a sans nul doute permis de recueillir des commentaires sous des angles assez différents.

Dix-neuf femmes ont participé, dont quatorze proviennent de CLSC et cinq d'organismes communautaires. Huit sont âgées de 26 à 35 ans, huit de 36 à 45 ans et trois de plus de 46 ans. Treize participantes sont d'origine canadienne et six sont d'origine étrangère : Afrique (1), Proche-Orient (1), Antilles/Caraïbes (2) et Amérique du Sud (2).

Neuf des participantes sont infirmières, cinq sont travailleuses sociales ou préposées en relations humaines et cinq sont intervenantes ou animatrices. Les participantes sont impliquées à part égale soit dans les cours périnataux (7), soit dans les programmes enfance-jeunesse-famille (12). Plusieurs participantes (9) ont de 6 à 10 ans d'expérience et huit en ont plus de dix dont cinq qui travaillent depuis plus de seize ans dans leur discipline. Au plan de la scolarité, 16 intervenantes ont complété des études universitaires dont quatre qui ont obtenu une maîtrise.

5.4 Limites de l'étude

Comme il s'agit d'une étude principalement exploratoire, les résultats obtenus permettent d'apporter un éclairage nouveau sur l'interprétation de la vulnérabilité des mères immigrantes par les intervenantes du milieu, mais ils ne peuvent être généralisés à l'ensemble des intervenantes en périnatalité qu'avec beaucoup de précautions. En effet, l'échantillon n'est pas représentatif des intervenantes œuvrant dans les CLSC et dans les organismes communautaires, notamment parce que leur sélection n'a pas été aléatoire, mais bien le résultat d'une sélection par les supérieurs hiérarchiques en fonction de l'expérience en intervention interculturelle et des habiletés de communication.

De plus, le choix de la méthode de collecte des données visait d'abord à recueillir la perspective d'intervenantes expérimentées sur ce sujet, et non à être représentatif de l'ensemble de la population d'intervenantes en périnatalité. Aussi, les cas ayant servi aux discussions comportaient des biais dans la mesure où l'objectif en ayant guidé l'élaboration était surtout d'inciter les participantes à livrer leurs opinions et leurs pensées. Ces cas ont également été construits dans le but de susciter une certaine ambivalence chez les participantes. En conséquence, ces cas ne constituent pas un échantillon représentatif de l'ensemble des cas traités par les intervenants. De plus, la durée allouée à la discussion des cas dans cette situation fictive ne correspondait pas au temps dont disposent les équipes pluridisciplinaires en général.

Les résultats ne sont donc pas généralisables, mais ils fournissent néanmoins de nombreuses pistes de réflexion pour améliorer le cadre de travail et les outils d'observation et d'évaluation des clientèles immigrantes.

Chapitre 6

Processus décisionnel pour la sélection des mères vulnérables

Les résultats des groupes de discussion sont présentés, cas par cas, en décrivant dans un premier temps les facteurs de vulnérabilité ayant servi à la construction des cas parallèlement à ceux évoqués par les participantes lors des discussions. Dans un deuxième temps, les éléments de discussion les plus importants sont rapportés dans un ordre qui illustre l'importance qui leur a été accordée et qui représente l'essence du jugement professionnel des participantes. Finalement, la section intervention décrit le processus décisionnel qui découle non seulement du jugement professionnel des participantes mais aussi des contraintes organisationnelles de nature administrative.

Dans le premier cas, qui illustre une demande de soutien alimentaire auprès d'un organisme communautaire, les principaux éléments de discussion ont été : la relation de couple, la communication interculturelle et au sein du couple, les difficultés économiques, l'état physique de la femme, le contexte migratoire et le réseau social.

Le deuxième cas rapportait une référence téléphonique des services d'obstétrique d'un centre hospitalier pour une visite postnatale auprès d'une réfugiée. Les principaux éléments de discussion ont été le traumatisme prémigratoire, l'attachement mère-enfant, l'isolement et l'état émotionnel de la femme.

Le troisième cas relatait une visite à domicile auprès d'une famille immigrante ayant de sérieuses difficultés économiques. Les principaux éléments de discussion ont été : l'endettement, la santé de la femme et du nourrisson, le soutien conjugal et du réseau, et finalement, l'organisation familiale avec la répartition des tâches domestiques.

Une modélisation du processus décisionnel s'est imposée d'après les informations recueillies. Ce modèle, qui comprend les étapes de diagnostic, d'évaluation, d'interaction avec le client et la décision quant au suivi, positionne les différentes sphères d'influence dans ce processus décisionnel : les influences professionnelles et personnelles incluant les diverses philosophies, les capacités organisationnelles de prise en charge de l'établissement et la mission de l'organisation.

6.1 Premier cas : soutien communautaire à la période périnatale

Histoire de cas 1

Vous travaillez dans un organisme qui offre divers services : cours de français, soutien à l'installation, soutien parental dont du soutien alimentaire pour les femmes enceintes.

Parmi votre groupe de français, vous remarquez une jeune femme qui participe assidûment depuis le début mais qui commence à présenter des signes de désintéressement. Elle est moins concentrée et s'absente plus souvent. Un jour, vous l'abordez pour vérifier si tout va bien. Elle vous répond, dans un français très laborieux, qu'elle va bien mais présente des malaises parce qu'elle est enceinte de sept mois. Elle est très nerveuse. Au même moment, son mari se présente pour la raccompagner. Celle-ci semble embarrassée par la conversation.

Vous faites connaissance, le félicitez pour le futur bébé et vérifiez s'ils ont tout ce qu'il leur faut pour le bébé. L'homme qui s'exprime dans un anglais correct mais limité vous demande si, comme lui mentionnait son voisin, il pourrait se procurer auprès de votre organisme de la nourriture et les autres choses pour le bébé. Vous cherchez à savoir ce qu'entend monsieur par autres choses pour le bébé et vous comprenez qu'ils n'ont rien : ni lange, ni vêtement, ni couverture, ni landau. Vous leur proposez de revenir demain pour faire la liste des choses que vous pourriez mettre à leur disposition. Ils hésitent, se parlent entre eux en tamoul, et finissent par accepter.

Le lendemain, ils se présentent à l'heure dite, avec un autre couple, le frère et la belle-sœur de monsieur, cette dernière est également enceinte. Sans ouvrir de dossier, ce qui est contre la politique de votre centre, vous vous informez sur l'origine des personnes. Le premier couple est arrivé au Canada il y a quelques années. Monsieur était ingénieur civil dans son pays, mais ici il trouve des petits emplois de manœuvre. Ils ont tout dépensé leur argent depuis leur arrivée. Le deuxième couple est ici en visite. Ils espèrent peut-être s'établir lorsque le frère de monsieur pourra les aider.

Les facteurs généraux utilisés pour la construction du premier cas sont : le statut marital, le gain de poids durant la grossesse, l'alimentation de la femme enceinte, les difficultés économiques ainsi que le nombre d'enfants du couple. Des circonstances migratoires ont également servi à la construction du cas : la langue maternelle et d'usage dans les services, l'origine ethnique, la durée de séjour, la déqualification professionnelle et la responsabilité économique envers la famille élargie.

Les participantes ont considéré près de la moitié des facteurs généraux dans la description du cas (tableau 1). Parmi les facteurs généraux, elles ont repris le gain de poids, les difficultés économiques et elles y ont ajouté les conditions de pauvreté, les indices de violence conjugale, les malaises exprimés, la santé du fœtus et la scolarité de la mère. Elles ont beaucoup insisté sur les indicateurs de violence. D'ailleurs, la discussion a toujours débuté avec cet aspect tantôt considéré évident, tantôt relativisé par le contexte migratoire et les aspects culturels.

Ces discussions sur les indices de violence ont amené des intervenantes à introduire d'autres facteurs associés aux circonstances migratoires qui ne sont pas nommés dans la description du cas : le statut, le parcours migratoire, le réseau social et de soutien, le réseau féminin, les traditions culturelles et les conditions sociales prémigratoires.

Tableau 1 : Synthèse des facteurs de vulnérabilité identifiés par les intervenantes (cas 1)

FACTEURS	ÉVIDENTS	SUGGÉRÉS
Facteurs généraux		
- Gain de poids durant la grossesse	♦	
- Difficultés économiques	♦	
- Pauvreté		
- Indicateurs de violence conjugale/relation conjugale		❖
- Malaises exprimés		❖
- Santé du foetus		❖
- Scolarité de la mère		❖
Facteurs associés aux circonstances migratoires		
- Origine ethnique	♦	
- Déqualification	♦	
- Responsabilité de la famille élargie	♦	
- Statut		❖
- Contexte/parcours migratoire		❖
- Réseau social/soutien		❖
- Réseau féminin		❖
- Traditions culturelles		❖
- Conditions sociales prémigratoires		❖

♦ facteur repris par les participantes
❖ facteur ajouté par les participantes
Des facteurs, tels que le statut marital, l'alimentation de la femme enceinte, le nombre d'enfants, la langue et la durée de séjour partielle, sont présents dans la construction du cas mais n'ont pas été relevés par les intervenantes.

6.1.1 Éléments de discussion

La discussion sur la situation conjugale n'a laissé personne indifférent; laissant place tantôt à de la suspicion, tantôt au relativisme culturel. Les autres éléments abordés sont les problèmes de communication, les problèmes financiers, le suivi de grossesse, l'expérience migratoire, le réseau social et la volonté manifeste de s'intégrer. Ces éléments de discussion n'ont pas nécessairement été abordés avec la même intensité dans les différents groupes.

a) Premier élément : la relation de couple

Le fait que le mari vienne chercher sa femme à la fin de son cours était perçu par plusieurs participantes comme un signe d'intrusion, d'autant plus que la femme semblait embarrassée par la situation. Ces deux éléments combinés ont incité les participantes à soupçonner une situation de violence conjugale.

Si certaines ont été préoccupées par l'embarras manifesté par la femme, d'autres se sont concentrées sur son changement de comportement.

> *« La chose qui me préoccupe le plus c'est son changement d'attitude. Elle participe assidûment et là il y a des signes de désintéressement, moins de concentration et des absences. »*

Il semble que les intervenantes, surtout celles provenant des équipes de CLSC, réagissaient au moindre indice de violence, comme le prouve l'enchaînement d'idées à partir du mot « embarrassée ». Le fait que les participantes soient elles-mêmes des femmes sensibilisées par le mouvement social contre la violence envers les femmes, explique qu'elles soient très sensibles à toutes manifestations de violence conjugale. Toutefois, cette interprétation rapide des manifestations d'une quelconque forme de violence conjugale a été par la suite relativisée.

> *« L'anxiété peut être reliée à d'autres choses et pas seulement à la relation conjugale. »*
> *« Moi je trouve qu'il n'y a pas assez d'éléments pour être inquiète. »*

Que le mari accompagne son épouse à ses cours de français a ensuite été relativisé et les intervenantes ont interprété ce même fait sous l'angle de la compassion et de la solidarité. Faisant ainsi du même geste une manifestation du souci du mari à l'égard des besoins de sa femme et de son insécurité dans un environnement non familier où il est difficile d'entrer en communication. Face à une telle interprétation, les participantes admettent que d'aussi nobles intentions de la part du mari sont souhaitées par toutes les femmes indistinctement de leur appartenance culturelle.

D'autres intervenantes sont plus modérées quant à l'association entre l'embarras de la femme et un quelconque indice de violence conjugale et ont préféré attribuer l'anxiété de la femme à d'autres causes inconnues ou relatives à des difficultés dans le couple.

> *« Quand il y a un malaise entre l'homme et la femme, peu importe la culture ou la race, ça me dit à quelque part qu'ils ne se comprennent pas. »*

L'interprétation d'un cas peut varier considérablement selon l'angle où se placent les intervenantes. À cet effet, divers courants de pensées semblent influencer l'interprétation de la situation. D'une part, la relation conjugale pouvait être perçue à travers des rapports de force et de domination entre homme et femme qui rappellent une perspective plus féministe et, d'autre part, la même relation conjugale pouvait être à l'abri de toute forme de jugement si la perspective empruntée était plutôt associée au relativisme culturel. Dans le premier cas, donc, on allait jusqu'à soupçonner de la violence conjugale alors que dans le second, on pouvait attribuer des intentions honorables au conjoint. La perspective féministe, particulièrement sensible à la violence conjugale, s'est trouvée en opposition avec un relativisme culturel plutôt compréhensif et tolérant. Les courants de pensées qui guident l'interprétation des faits apparaît au centre des décisions prises ultérieurement. Ces courants ont une influence directe lors de la première impression et maintiennent par la suite une certaine ambivalence chez les intervenantes, à savoir s'il était question de violence ou d'une simple compassion.

b) Deuxième élément : la communication

Les participantes sont perplexes car le couple converse dans sa langue maternelle en présence de l'intervenante. Une fois de plus, le débat oscille entre une interprétation suspicieuse d'une manifestation de violence conjugale et les difficultés courantes de communication des nouveaux arrivants dans un contexte interculturel. Pour certaines, le fait que le couple converse dans sa langue maternelle en présence de l'intervenante est vu comme une forme de contrôle du mari sur la situation alors que pour d'autres, et particulièrement pour les participantes rattachées à des organismes offrant des cours de

langue aux nouveaux arrivants, il s'agit d'un processus normal qui permet au couple de se mettre en accord avant d'accepter l'aide proposée.

> *« Quand ils parlent dans leur langue, moi je n'hésite pas à demander si tout est correct. Juste vérifier avec eux autres, pouvez-vous me dire ce que vous avez dit ? (…) Je veux juste clarifier des choses, peut-être ce n'est pas cela qu'ils veulent avoir, et ils sont gênés de me le dire. »*

Pour les participantes, il est important de reconnaître les mécanismes normaux de consultation au sein du couple. Il faut également savoir reconnaître les transformations apportées par la migration à ces mécanismes de consultation. Sachant que les stratégies et les moyens d'adaptation à la société d'accueil sont distincts entre l'homme et la femme, on peut supposer que cela affecte également leur capacité respective de communiquer en contexte interculturel.

> *« Souvent, les femmes immigrantes ont moins la chance soit d'aller apprendre la langue ou autres choses que leur mari. Elle est plus à la maison avec les enfants, c'est lui qui est plus à l'extérieur, qui cherche l'information, qui apprend la langue. Si une femme veut savoir… c'est le mari qui appelle, pas parce qu'il veut prendre de la place mais parce qu'il s'exprime mieux en français… c'est un soutien pour traduire. »*

> *« Moi (intervenante immigrante) j'accompagne mon mari et je l'aide quand il a de la misère. Elle a peut-être besoin de l'aide de son mari, ça peut être un choix. »*

La langue maternelle et la langue d'usage dans les services sont des facteurs couramment utilisés. Dans le présent cas, les participantes lui donnent une signification beaucoup plus complexe à cause du contexte migratoire. L'utilisation de la langue maternelle dans le couple, alors qu'ils sont en présence d'une intervenante et de plus dans une organisation où justement la femme est venue apprendre la langue, est perçue comme un signe de fragilité liée à son intégration.

Encore une fois, il s'agit d'un comportement interprété comme une forme de contrôle de l'homme sur la femme. Force est de constater que la différence des rapports entre les hommes et les femmes d'une culture à l'autre peut être à la source d'interprétations hâtives.

C) Troisième élément : les difficultés économiques

Pour évaluer les difficultés économiques du couple, les intervenantes des CLSC souhaitent avoir davantage d'information : est-ce que le mari travaille ? Quelle est son intégration au niveau du travail ? A-t-il trouvé un travail équivalant à ses compétences ? Quel est le revenu de la famille ? Est-ce que les difficultés financières sont dues à une mauvaise gestion ? L'information dont elles disposent est-elle suffisante pour établir correctement les besoins du couple?

Pour d'autres intervenantes, notamment pour les travailleuses sociales, il n'est pas souhaitable de s'enquérir de la situation financière dès les premiers contacts; cela aurait pour effet de créer de la méfiance et ainsi de nuire à l'établissement de rapports satisfaisants pour la poursuite d'une intervention significative.

Pour les intervenantes rattachées aux organismes communautaires, il n'est pas vraiment utile de rendre explicites les difficultés économiques. Leur précarité est souvent

perceptible à la simple constatation des dépenses auprès de la famille élargie de l'absence de matériel pour le nouveau-né et du faible gain de poids de la mère. Les intervenantes voient dans cette pauvreté des répercussions importantes sur l'enfant et sur tous les membres de la famille incluant la famille élargie.

> *« La pauvreté dans la famille est très forte et cela a un impact très significatif sur la santé de ces deux mères qui sont enceintes. J'irais plus chercher les indices qui aideraient cette maman pour sa santé. »*

La capacité d'intégration sur le marché du travail fait partie des éléments qui aux yeux des intervenantes permettent de mieux saisir la situation financière de cette famille.

Même si certains aspects de la pauvreté ont été relativisés par les intervenantes, les conséquences de cette pauvreté, même dans un pays nanti, ne sont pas minimisées. Les intervenantes pointent dans notre société riche les écarts économiques entre les classes sociales qui font en sorte que les nouveaux arrivants ont trop souvent des revenus insuffisants pour vivre décemment dans notre société.

> *« Moi je pourrais dire comme je viens d'un pays où il y a beaucoup de misère, ce n'est pas pareil, c'est un autre type de misère comme il y a la communauté. Moi je peux dire chez nous, vous n'avez pas besoin d'invitation. Vous rentrez, s'il y a de la bouffe, vous mangez ! »*

> *« C'est quoi l'argent qu'ils vont recevoir, comment ils vont prendre soin de cet enfant-là par la suite. »*

Les participantes étaient unanimes pour reconnaître que toutes les formes de pauvreté sont accablantes et que ses manifestations peuvent être trompeuses. Elles rappellent que, dans certaines cultures, les familles acquièrent des biens ou du mobilier pour le nouveau-né, mais n'en disposent pas avant la naissance afin de le protéger du mauvais œil. Pour s'assurer que dans une telle situation il n'y ait pas négligence, les participantes suggéraient de vérifier auprès du couple ce qu'ils avaient préparé pour l'arrivée d'un bébé dans leur famille et dans leur communauté.

Les difficultés économiques ont été discutées sous plusieurs angles. Elles ont été considérées à la fois à partir de facteurs explicites, tels que le rapport entre les dépenses et les revenus, et des facteurs liés au contexte migratoire, telles la déqualification professionnelle et les responsabilités financières envers la famille élargie. Les intervenantes ayant elles-mêmes vécu l'expérience migratoire insistaient sur la juxtaposition des difficultés économiques au contexte migratoire : déqualification professionnelle, hausse des coûts de la vie comparativement aux coûts dans les pays en développement, perte du statut social qui procurait certains privilèges économiques, etc. Bref, les difficultés économiques en contexte migratoire ont été retenues par les intervenantes en considérant l'impact qu'entraînent les changements dus à la migration.

D) Quatrième élément : l'état physique de la femme

Dans les deux groupes composés essentiellement d'intervenantes de CLSC, des inquiétudes quant à la situation de grossesse de la femme ont été mentionnées très rapidement. Les malaises physiques, le faible gain de poids et l'absence de signes

apparents de grossesse étaient inquiétants surtout pour les infirmières, qui y percevaient un risque de prématurité.

> « Moi j'aurais accroché en premier à propos des malaises qu'elle exprime, c'est peut-être mon rôle d'infirmière qui prend le dessus (rires)…la crainte d'accoucher s'installe, elle est seule, c'est la première fois qu'elle accouche dans un pays qu'elle ne connaît pas, elle ne sait pas comment ça se passe…c'est prioritaire d'identifier les malaises. »

Celles-ci prenaient également en considération la crainte que cette femme pouvait ressentir à l'idée d'accoucher dans un nouveau pays. Elles ont souligné l'importance de s'intéresser à la présence d'un réseau qui puisse la soutenir durant cette expérience de l'accouchement.

Les intervenantes des organismes communautaires ont également relevé ce problème en spécifiant qu'il est du ressort des infirmières des CLSC vers qui elles font la référence. Elles étaient davantage préoccupées par le fait que la grossesse ait été connue si tardivement et par un concours de circonstances de surcroît.

> *« Personne dans l'organisme ne l'a remarquée ? C'est nous qui l'accrochons pour lui dire comment ça va. C'est elle qui nous dit qu'elle est enceinte de sept mois, mais à sept mois elle doit être grosse. »*

Face à l'interprétation de l'état de santé physique de la femme, la formation influence la sensibilité des participantes. Aussi, bien que toutes aient noté certains aspects inquiétants, les infirmières se sont senties particulièrement interpellées par cette situation. De leur côté, les intervenantes communautaires et les travailleuses sociales ont plutôt relevé l'importance du soutien durant l'accouchement.

E) Cinquième élément : le contexte migratoire

Les participantes ont évoqué une série d'interrogations sur les conditions d'immigration du couple concernant leur statut, la durée de séjour au Canada, les obligations envers la famille élargie, les conditions matérielles et le réseau social. L'ensemble de ces informations serviraient selon elles à apprécier la situation d'intégration du couple.

La connaissance du statut aurait permis selon les intervenantes de mieux évaluer l'accès aux services sociaux et de santé et le stress que vivent les personnes dans l'attente de légaliser leur situation.

> *« On ne sait pas son statut, peut-être qu'elle n'en a pas de statut, donc un mauvais accès aux soins. »*
>
> *« …ça part de leur statut pour savoir s'ils ont accès ou non aux soins. »*

Les intervenantes savent, de par leur expérience, que l'attente de statut est une source importante de stress parce que les individus n'ont aucun contrôle sur l'issue de leur situation. L'attente est d'autant plus significative que le statut conditionne la stratégie d'adaptation et d'intégration. À ce propos, une intervenante cite une métaphore fort explicite :

> *« C'est comme si tu transplantais une fleur, il devrait y avoir de la terre dans le pot et il n'y en a pas. »*

Des renseignements quant à la durée de séjour au Canada auraient permis aux participantes de mieux estimer la capacité du couple à s'intégrer et à établir l'ampleur des réseaux familial et social. Une des participantes a, à cet effet, assez bien imagé l'importance de ce type d'information.

> *« C'est à la fois les accueillir dans ce qu'ils ont été et dans ce qu'ils sont maintenant… et justement leur permettre de recoudre des identités qui sont peut-être effilochées. »*

En s'attardant aux circonstances migratoires, les participantes soulignaient l'importance de reconstituer le parcours migratoire pour mieux saisir la situation réelle des mères. Ce faisant, elles vont plus loin que le constat de facteurs bien connus comme le statut et la durée de séjour pour se questionner notamment sur les obligations envers la famille élargie demeurée au pays d'origine.

F) Sixième élément : le réseau social

Parmi les faits marquants mais non surprenants aux yeux des participantes dans ce cas, il y a la présence d'un autre couple de la même famille.

> *« La présence de l'autre couple ça ne m'étonne pas… ça arrive souvent. »*

L'interrogation principale à ce sujet concerne donc les obligations du premier couple envers l'autre. Cette question a suscité une discussion à savoir si la présence de la famille élargie représentait un soutien ou, au contraire, un stress qui risquait d'aggraver la situation financière déjà précaire du couple.

> *« … premièrement, au niveau de l'immigration il n'y a rien à faire, deuxièmement au niveau économique il va passer combien d'années pour qu'il puisse les aider. »*

Dans l'ensemble, les participantes ont noté que la présence de la famille doit être analysée de façon à juger du soutien réel apporté au couple.

> *« Peut-être ils ont pensé ah ! le Canada… ils viennent et des fois ils vivent dans la misère pire que dans leur pays. »*

La famille demeurée au pays d'origine représente encore une source de soutien plutôt moral que matériel ou instrumental. Ce sont d'ailleurs généralement les nouveaux arrivants, comme ce jeune couple, qui souffrent, selon les participantes, le plus de l'absence de la famille.

Les participantes ont mentionné l'importance de recueillir des renseignements sur le soutien matériel et émotionnel des femmes et aussi sur la composition de leurs réseaux, considérant que le réseau féminin, tant à cause de son importance que de son influence, est primordial pour une mère primipare.

> *« La misère des nouvelles immigrantes, c'est d'être toutes seules et de ne pas savoir comment s'occuper des bébés parce que d'habitude y a plein de monde qui s'en occupe. »*

Finalement, les participantes cherchaient à savoir quelle était la capacité du couple à trouver des solutions (*coping*) à ses difficultés, qu'elles soient d'ordre économique, sociales ou liées à l'intégration.

Généralement, la présence ou l'absence du réseau de soutien sert de point de départ pour établir les besoins de la personne. Mais ici, les intervenantes nuançaient la signification de la présence d'un réseau en contexte d'immigration. Une distinction est apportée entre un réseau qui procure du soutien et un autre qui amène du stress. Ainsi, la présence d'un réseau ne signifie pas automatiquement, aux yeux des participantes, la présence d'un soutien.

6.1.2 Intervention

Les discussions entourant l'intervention ont été fortement influencées par la formation professionnelle des intervenantes, leur expérience d'intervention en situation difficile et par la mission de leur organisation.

Pour les infirmières, il est évident que leur formation de base leur dictait une façon d'aborder la mère en considérant au premier plan les malaises physiques et le suivi de grossesse. À lui seul, cet élément est suffisant pour décider de donner un suivi. Les autres besoins de la mère, qu'ils soient matériels, psychosociaux ou liés à l'environnement familial, ne sont pris en considération que dans un deuxième temps et uniquement à la demande de la mère. Même l'hypothèse de violence conjugale est ici remise au second plan, les intervenantes jugeant préférable de laisser la femme formuler elle-même ses besoins afin de ne pas baser l'intervention sur une présomption. Les autres intervenantes de CLSC abondent sensiblement dans le même sens, mais avec un certain malaise à reléguer à plus tard les préoccupations quant aux signes de violence conjugale. À ce propos, l'intervenante mentionne que « dans le processus de suivi, on essaie de combler les choses vitales ».

L'aspect financier a amené une discussion entre les travailleuses sociales. Certaines participantes recommandent d'éviter cette question lors des premiers contacts de crainte d'être perçues comme des agents du gouvernement. En contrepartie, lorsqu'une demande d'aide est formulée, ceci implique aussitôt l'analyse de la situation financière.

De part et d'autre, les participantes s'entendent pour conjuguer une intervention complémentaire entre le CLSC et le milieu communautaire. Les organismes communautaires pourraient offrir un soutien alimentaire alors que le suivi de grossesse relève de la mission du CLSC. Par contre, cette complémentarité n'est pas exempte de mises en garde contre certaines formes de soutien inadéquates. En effet, constate une intervenante, certains organismes offrent des suppléments alimentaires peu adaptés aux pratiques culinaires de certains groupes ethniques : l'aliment ne convient pas au régime alimentaire habituel des communautés ou celles-ci ne sont pas habituées aux aliments transformés, congelés ou en conserve.

Les intervenantes d'organismes communautaires s'investissent d'un rôle plus important que le soutien alimentaire et matériel. Elles se perçoivent dans certains cas comme des agentes d'intégration dont le mandat est d'accompagner ces femmes, ces nouvelles arrivantes, à se trouver une place dans la société d'accueil, à se donner les moyens pour fonctionner de façon adéquate.

> *« Tout ce qu'elle a accumulé depuis qu'elle est ici et aussi quand elle était dans son pays. Aider la personne à se voir dans ses forces et avoir un sentiment d'appartenance, c'est évident qu'elle va trouver sa place. (…) C'est pas la même place ici que dans le pays d'origine parce qu'il y a un paquet d'éléments auxquels la personne apprend à s'ajuster. Parce que c'est malheureux d'être dans un pays et d'être malheureux tout le temps. »*

Elles se voient également comme un maillon important dans le réseau de soutien, par exemple en référant la femme à d'autres organismes de soutien à la grossesse comme *Alternative Naissance*.

Par contre, les intervenantes de CLSC ont abordé différemment le soutien à l'intégration. Elles souhaitent l'intégration des personnes, mais elles estiment que les immigrants doivent apporter leur propre contribution pour s'intégrer. Cette idée, qui met l'accent sur l'aspect volontaire de l'intégration, a incité les intervenantes à respecter la capacité d'autonomie du couple et à éviter de s'ingérer dans sa vie de famille. Ainsi, il est important de laisser le couple manifester sa capacité de « se débrouiller ». Selon l'une d'elles, il en est tout à fait capable :

> *« Monsieur est là depuis cinq ans et il en a trouvé des jobs ! »*

La décision de suivre cette mère est assez unanime en raison de ses malaises physiques et de son anxiété. Par contre, lorsque la capacité et la volonté d'intégration du couple sont évoquées, la décision quant au suivi du cas devient moins évidente. De fait, la perspective empruntée pour juger de l'intégration des personnes immigrantes semble influencer très largement le choix d'intervenir ou non. La logique des arguments a fait ici prévaloir des facteurs tels que le retard de croissance, les difficultés financières et l'état d'anxiété de la femme. Tous les autres facteurs, tels que la violence conjugale et le stress lié aux responsabilités envers la famille élargie, n'ont plus été évoqués au moment de la prise de décision, et ce, même si ces arguments ont tenu le haut du pavé tout au long du débat.

6.2 Deuxième cas : référence téléphonique de l'hôpital pour une visite à domicile

Histoire de cas 2

L'infirmière de liaison du département d'obstétrique de l'hôpital vous téléphone pour vous aviser qu'une mère âgée de 34 ans s'apprête à repartir seule à domicile avec son nouveau-né. Cette femme, originaire du Burundi, s'est présentée seule à l'hôpital pour son accouchement. Elle a accouché par voie vaginale, sans intervention médicale, ça ne semble pas être une mère primipare, et le bébé pesait 3,4 kg. Elle n'a reçu la visite que d'une seule femme, elle aussi d'origine africaine. La patiente en question semble une mère expérimentée et à l'aise dans les soins à donner au bébé. Toutefois, elle semble distante, impatiente face à son bébé et ne le regarde jamais dans les yeux. La patiente a refusé de répondre au questionnaire habituel de l'hôpital (SP-1) et a décliné toutes autres formes de consultation.

Sans attendre, vous vous rendez au domicile de madame. Vous vous présentez comme l'infirmière qui fait une visite postnatale de routine. Madame vous reçoit agréablement. Au cours de la visite vous lui posez quelques questions auxquelles elle se prête bien. Ainsi, vous savez qu'elle est une réfugiée politique arrivée il y a 5 mois, alors qu'elle était enceinte de 4 mois. Cette femme, très scolarisée, était dans son pays la coordonnatrice du programme national d'alphabétisation des femmes. Son mari était un homme d'affaires prospère. Ses quatre autres enfants sont restés dans son pays d'origine avec sa mère et sa sœur. Elle souhaite trouver du travail rapidement pour gagner de l'argent pour faire venir ses autres enfants. Son amie malienne, celle qui l'a visitée à l'hôpital, garde le bébé occasionnellement. Lorsqu'elle travaillera, elle ne sait pas à qui elle le confiera.

Elle ne veut pas entretenir de lien avec sa communauté. Sa seule amie est cette femme malienne qu'elle a rencontrée à la clinique. Au moment où le bébé s'éveille, vous manifestez l'intérêt de le voir, celle-ci détourne la conversation sur un tout autre sujet. Et lorsque vous l'interrogez sur son mari, le père, sa venue, la femme s'enferme dans un long silence à la suite duquel elle vous fait comprendre que la visite se termine ici. Vous pouvez toujours repasser ça lui fera plaisir de vous recevoir.

Les facteurs généraux ayant servi à la construction de ce cas sont : l'âge, la monoparentalité, les conditions d'accouchement, le poids à la naissance, les comportements inadéquats en lien avec la situation, la présence d'un réseau social, la scolarité, le revenu ainsi que la parité. Les facteurs liés aux circonstances migratoires utilisés pour la construction de ce cas sont : l'origine ethnique, les motifs d'immigration, la durée de séjour, les conditions sociales prémigratoires et la séparation familiale à cause de la migration.

Parmi les facteurs généraux, les conditions d'accouchement, la scolarité et surtout les comportements inadéquats selon les circonstances et l'absence d'un réseau ont été soulevés par les participantes (tableau 2). À ceux-ci elles ont ajouté le manque de connaissance des réseaux et des services, la capacité d'attachement mère-enfant, la santé physique de la mère et de l'enfant et, unanimement, l'état émotionnel de la mère. Quant aux facteurs liés aux circonstances migratoires, elles les ont presque tous repris en insistant particulièrement sur les motifs d'immigration. Les facteurs qu'elles ont évoqués et pour lesquels elles souhaitaient avoir plus d'information pour débattre adéquatement du cas sont : le statut, la déqualification professionnelle, les traumatismes prémigratoires, les deuils et le soutien émotif.

Tableau 2 : Synthèse des facteurs de vulnérabilité identifiés (cas 2)

FACTEURS	ÉVIDENTS	SUGGÉRÉS
Facteurs généraux		
- Conditions d'accouchement	♦	
- Observation de comportements inquiétants	♦	
- Scolarité	♦	
- Nombre d'enfants	♦	
- Manque de connaissance des réseaux et services		❖
- Problème d'attachement mère-enfant		❖
- Santé physique de la mère et de l'enfant		❖
- État émotionnel de la mère : stress, dépression		❖
Facteurs associés aux circonstances migratoires		
- Motifs d'immigration (contexte)	♦	
- Isolement	♦	
- Conditions sociales prémigratoires	♦	
- Séparation familiale		❖
- Statut		❖
- Déqualification professionnelle		❖
- Traumatismes prémigratoires		❖
- État de deuil		❖
- Soutien social		❖

♦ facteur repris par les participantes
❖ facteur ajouté par les participantes
Des facteurs, tels que l'âge, la monoparentalité, le poids à la naissance, le revenu, l'origine ethnique et la durée de séjour, étaient présents dans la construction du cas mais n'ont pas été relevés par les intervenantes.

6.2.1 Éléments de débat

Les discussions sur la trajectoire migratoire ont marqué toute l'interprétation du cas, laissant peu de place pour d'autres éléments qui auraient pu apporter différents angles d'interprétation du cas.

A) Premier élément : le traumatisme prémigratoire

Ce cas a bouleversé les participantes. La confiance qu'a spontanément manifestée la femme à l'égard de l'intervenante conjuguée à ses silences entourant sa situation ont amené les participantes à s'interroger sur les raisons qui ont motivé son immigration sans son mari ni ses autres enfants et sur les traumatismes qu'elle aurait pu vivre. Même l'arrivée est entourée de silence. Tout au long de la discussion, les intervenantes ont souligné les silences de la femme comme pour signifier la lourdeur du cas et le malaise qu'ils provoquent chez elles.

> *« Avec ses silences, je peux faire des réflexions. Elle ne change pas de sujet, elle est là et elle ne parle pas. Ça veut dire que c'est difficile de parler et non qu'elle ne veuille pas parler. »*

Devant les faits relatés dans cette histoire de cas, plusieurs participantes ont évoqué l'hypothèse d'un viol. Quelques participantes rappelaient que le viol collectif est souvent utilisé comme moyen de répression politique à l'égard des femmes.

> *«Son contexte d'arrivée ici, le bébé, ça me pose des questions : est-ce qu'il y a eu un événement traumatique avant, le bébé est-ce qu'il est de son mari, est-ce qu'il y a eu viol des choses comme ça... »*

Les circonstances entourant la conception de l'enfant et les significations symboliques qu'associait cette femme à la conception de son enfant préoccupaient les intervenantes. Elles souhaitent savoir s'il s'agissait d'un enfant résultant d'un viol pour comprendre, pour situer les traumatismes prémigratoires et ainsi aider la femme à trouver un certain équilibre dans un contexte aussi perturbé.

> *« C'est terrible les horreurs qu'ils vivent dans ces pays-là. On ne sait pas comment elle a eu le bébé; ces gens-là ne parlent pas, ils sont très réfractaires. Tranquillement, plus je la revois, plus elle s'ouvre, plus elle a confiance. »*

Cette hypothèse génère à elle seule une série d'explications entourant les comportements jugés inadéquats de la femme envers son enfant, son état émotionnel, sa séparation d'avec ses autres enfants et son mari, et l'absence d'un réseau social.

En aucune circonstance, l'hypothèse d'un traumatisme prémigratoire n'est remise en question. La compassion face aux atrocités de la guerre et de la répression renforce, chez les intervenantes, cette hypothèse du traumatisme prémigratoire qui marque toute la discussion.

À la lumière de ce cas, on est à même de constater la sensibilité des intervenantes vis à vis de certains aspects qui caractérisent les personnes immigrantes et particulièrement celles ayant vécu des situations prémigratoires potentiellement traumatisantes.

B) Deuxième élément : l'attachement mère-enfant

Plusieurs faits suggèrent aux intervenantes un comportement inadéquat vis-à-vis de l'enfant. D'abord, il est commun de penser que toute mère est fière de montrer son nouveau-né, de le présenter, de demander conseil ou de chercher de la gratification dans son rôle et dans les capacités de son nourrisson. Or, dans la présente histoire de cas, le comportement de la mère est tout autre. L'enfant n'est pas montré malgré l'insistance de l'infirmière qui est préoccupée par son développement.

> *« J'ai vu des femmes très méfiantes mais quand t'arrives avec la balance à la maison, la première chose qu'elles font c'est qu'elles te montrent le bébé. (…) Elles ne cachent pas le bébé, elles ne changent pas de sujet. C'est un sujet très « safe » le bébé, si tu demandes d'autres questions, c'est une autre affaire. (…) Même si le bébé est un accident, c'est important au moins elles veulent te montrer le bébé, même si elle est expérimentée, elle veut avoir ton opinion ou bien elle veut que tu lui dises qu'elle fait un bon job. »*

Quelques intervenantes font remarquer que l'absence de contact entre la mère et son enfant s'explique entre autres par le fait qu'elle se sent observée et est mal à l'aise. Dans le cas actuel, ce malaise serait renforcé par la très grande méfiance de la femme.

> *« Mais peut-être que quand tu te sens observée, tu n'es pas très à l'aise, tu n'es pas toi-même. »*

Avec cette histoire de cas, les participantes sont allées au-delà du simple constat des difficultés d'attachement entre la mère et l'enfant en raison des traumatismes prémigratoires, pour l'aborder sous l'angle des changements de statut socio-économique qu'entraîne l'immigration. Les intervenantes ont même discuté des erreurs d'interprétation qui peuvent se produire face à de tels cas. Selon les participantes, les manifestations de l'attachement mère-enfant peuvent refléter à la fois des particularités culturelles et socio-économiques. Ainsi, dans certaines sociétés, les gestes quotidiens de soins dévolus aux enfants sont dictés par la position professionnelle de la femme ou par son statut de classe sociale. Dans certains milieux très aisés, tous ces gestes quotidiens sont la responsabilité des domestiques. Mais, étant donné que les intervenantes font généralement leurs observations à partir de ces gestes quotidiens, les participantes ont souligné l'importance d'éviter les interprétations trop hâtives à l'égard des maladresses de certaines mères issues de milieux aisés et qui doivent assumer un rôle totalement nouveau pour elles.

> *« Mais là c'est sûr que c'était une femme qui avait quand même des fonctions importantes au niveau du travail. Peut-être que le lien avec les autres enfants n'était pas si proche finalement, et son rapport avec cet enfant-là est normal par rapport à comment elle vivait le rapport avec les autres enfants. »*

Si les participantes ont bien argumenté sur les biais d'interprétation des liens d'attachement mère-enfant selon l'influence de la position sociale ou professionnelle, l'influence culturelle des liens d'attachement a été beaucoup moins discutée.

> *« Quoique ne pas le regarder dans les yeux, on sait que dans certaines cultures c'est comme ça mais il reste qu'elle est impatiente, distante et les silences. »*

L'attachement mère-enfant est un repère important dans le cadre de l'évaluation d'une intervention périnatale. Toutefois, ici, plusieurs ambiguïtés subsistent puisque ce facteur est relativisé soit sous l'angle des classes sociales, soit sous l'angle des pratiques culturelles.

C) Troisième élément : l'isolement

Le fait que la femme s'isole inquiète beaucoup les participantes, d'autant plus que, comme certaines l'ont mentionné, ce n'est pas un comportement habituel chez les nouveaux arrivants. Le fait que la seule connaissance de cette femme soit une amie d'une autre origine provoque des réactions. Naturellement et spontanément, les nouveaux arrivants s'entourent de gens de leur communauté pour avoir réconfort et aide. Or, dans ce cas, sa seule amie est une femme d'une autre origine, comme si, souligne une participante, cette distance culturelle représentait une sorte de protection pour elle :

> *« Sa seule amie est une femme malienne, c'est un autre pays d'Afrique, elle se sent en sécurité avec cette femme-là. Comprenez-vous ? C'est comme si je suis montréalaise et je suis avec une femme gaspésienne, c'est bien loin ça ! Ça a à voir que si cette femme veut savoir mon origine, il faut qu'elle fasse toute une enquête. »*

À la suite de cette affirmation, les participantes ont convenu que cette femme ne prend pas contact avec sa communauté parce qu'elle éprouve un sentiment de honte, sentiment très présent dans les cas de viol, soulignent-elles.

> *« Il y a une autre lumière aussi quand elle ne veut pas prendre contact avec les gens de sa communauté, peut-être que c'est une honte, oui, oui elle a honte. Elle a honte ! »*

Pour d'autres participantes, l'isolement n'est pas nécessairement nommé, mais est perceptible à travers d'autres éléments comme le manque de lien d'attachement et non pas nécessairement par l'absence d'un réseau socioculturel.

> *« Même si on mettait la culture de côté, juste le fait qu'elle vienne seule au pays, qu'elle se présente à la salle d'accouchement seule, qu'elle pense se trouver un travail rapidement. Tout ça c'est tellement stressant, comment peux-tu avoir le temps de développer un bon contact avec ton bébé ? »*

Ici, les participantes reprennent ce facteur de l'isolement social tout en lui ajoutant d'autres dimensions : l'isolement moral et psychologique, faisant ainsi une analyse plus complexe de la situation. Et c'est surtout ces deux dernières dimensions qui les inquiètent puisqu'à leurs yeux elles peuvent entraîner des conséquences dans les liens d'attachement mère-enfant.

D) **Quatrième élément : l'état émotionnel**

Les interrogations concernant les circonstances entourant la conception de l'enfant laissent supposer le pire. Les participantes se montraient très préoccupées par l'état émotionnel de cette femme et sur les risques de choc post-traumatique. Les silences de la femme ont été interprétés à la fois comme une conséquence de ces événements et comme un signe de mal être émotionnel.

> *« Avec ses silences, je peux faire des réflexions. Elle ne change pas de sujet, elle est là et elle ne parle pas. Ça veut dire que c'est difficile de parler et non qu'elle ne veut pas parler. »*

> *« Moi je suis inquiète de la santé mentale de cette femme. J'évaluerais, il y a des signes comme le regard, cette femme est en survie ! »*

Malgré le triste scénario qui se dessine autour de cette femme, certaines participantes, dont celles des milieux communautaires, voient en cette femme la volonté de s'en sortir et les capacités émotives et professionnelles de réussir à surmonter ses épreuves. Le fait que cette femme veuille travailler dans le but de faire venir ses enfants est un signe d'espoir et non de dépression, même si le projet apparaît ambitieux et irréaliste. En effet, les moyens dont dispose cette femme et les embûches légales et financières pour mener à terme son projet sont considérables. Cette femme fait aussi preuve d'une confiance en elle et d'une capacité émotive hors du commun. Ceci incite les participantes à soutenir la femme à partir de ce besoin manifeste de trouver du travail et une gardienne.

> *« Elle sait ce qu'elle veut, elle cherche un travail et du gardiennage. D'un autre côté, c'est sûr qu'elle a vécu quelque chose qui fait qu'elle n'a pas confiance en les autres. Moi je ne peux pas aller plus loin mais les deux choses que je peux faire c'est l'aider dans sa recherche de travail puis à trouver du gardiennage : les deux besoins qu'elle avait. Je peux établir une relation et gagner sa confiance. Mais je ne peux pas aller plus loin dans sa vie. »*

Les participantes se sont montrées déchirées par cette histoire de cas. D'une part, elles étaient paralysées par la lourdeur du cas qui nécessitait à leurs yeux un suivi psychiatrique ou psychologique avec un spécialiste en violence organisée et, d'autre part, elles ont souligné l'importance de l'accompagner dans les démarches pour lesquelles elle demande de l'aide.

> *« Dans la communauté, dans le quartier où elle vit, de faire en sorte que tous ses talents, ses compétences (soient reconnus), l'aider à trouver un travail, commencer par ça et elle va sûrement faire son bout de chemin. »*

Si la détresse psychologique est un facteur généralement assez utilisé pour apprécier la vulnérabilité des femmes en période post-partum, ici, les participantes le considèrent sous tous ses angles en mettant en évidence les aspects positifs (force de caractère des réfugiées, très grande motivation à retrouver les proches, etc.) et négatifs (deuils des personnes disparues ou restées au pays, culpabilité de s'être sauvées et d'avoir laissé les autres dans la guerre et la misère, etc.) de la migration involontaire. En ce sens, cette histoire de cas illustre une des contradictions typiques à certaines trajectoires migratoires résultant notamment d'une détérioration de leurs conditions sociales et professionnelles. Ceci a amené les participantes à présenter des interprétations aussi contradictoires, néanmoins sensées, puisque les facteurs en référence sont liés soit aux circonstances prémigratoires ou aux caractéristiques socio-démographiques.

6.2.2 Intervention

Les arguments invoqués pour justifier qu'il y ait ou non un suivi sont très diversifiés. Même lorsque le suivi est recommandé, les raisons retenues ne font pas l'unanimité.

Pour certaines participantes, particulièrement les infirmières, le suivi est nécessaire pour s'assurer que la santé de l'enfant est protégée et que la femme ne sombre pas dans une dépression.

Pour d'autres participantes, dont les travailleuses sociales, la décision à l'effet de suivre ou non cette femme a fait appel à une réflexion plus complexe. Au sens strict, il n'y a pas de demande d'aide clairement formulée, hormis de l'aide ponctuelle pour la recherche de gardiennage et d'emploi. Avec un tel argument, le suivi devait donc être ponctuel. En même temps, les participantes sont préoccupées par les risques de réactions post-traumatiques à la violence organisée. Elles reconnaissaient que cette femme n'avait pas formulé de demande d'aide, mais en même temps, elles savent qu'elle n'en fera jamais puisque les personnes victimes de violence organisée en font rarement. Parce que, comme le soulignaient certaines participantes, les victimes de violence organisée sont fragiles et veulent à tout prix enfouir ces événements et leurs traumatismes au fond de leur mémoire, elles ne s'exposent pas à une thérapie qui les obligerait à les revivre.

Pour les participantes du milieu communautaire, le cas est très lourd et fait appel à des compétences au plan du soutien psychologique qu'elles ne possèdent pas. De plus, la situation ne correspond pas à la mission de leur organisation. Mais en même temps, elles sont convaincues que cette femme ne consultera probablement pas, et que sa seule porte de sortie pour sa survie psychologique est de s'investir dans son projet de réunification familiale.

Dans ce cas, la décision d'intervenir ou pas a pris plusieurs directions, mêmes opposées. En évoquant le facteur de l'attachement mère-enfant, le cas a été jugé assez préoccupant pour donner un suivi alors qu'en évoquant celui de l'absence de demande d'aide, le cas n'est pas retenu. Le cas est à la fois retenu parce qu'il y a un risque important de réactions post-traumatiques et en même temps une force psychologique hors du commun présente chez cette femme. Certaines intervenantes proposent un suivi parce que le cas était lourd, d'autres le refusent parce qu'il est justement trop lourd. Le doute et l'ambivalence qui règnent lors du choix de suivi dans ce cas reflètent la contradiction émanant de cette expérience migratoire.

6.3 Troisième cas : visite de routine dans un quartier défavorisé

Histoire de cas 3

Selon la politique de votre CLSC, vous offrez une visite postnatale à domicile aux familles des secteurs très défavorisés. Il se trouve qu'une famille a accepté après votre appel téléphonique. La mère a accouché de son troisième enfant il y a deux semaines. Le couple vous reçoit très bien. Ils sont tous les deux musulmans. Monsieur est originaire d'une grande ville du Maghreb et madame d'une région semi-désertique. Tous deux s'expriment très bien. Monsieur a immigré bien avant madame, qu'il a d'ailleurs parrainée. Elle est venue rejoindre son mari il y a un an et demi avec les deux aînés.

Les deux ont fait des études équivalentes à une 11e année. Monsieur travaille et madame souhaite trouver un emploi lorsque les enfants seront plus vieux.

Le bébé va bien, il est né de bon poids, à terme et grandit bien. C'est madame qui se porte moins bien, ayant subi une césarienne dont la plaie a tendance à s'infecter. Elle trouve difficile de s'occuper seule de son bébé. Elle l'allaite un peu mais a déjà introduit le biberon. Mais vous réalisez que les biberons ne sont pas préparés avec des formules lactées, ça semble plutôt une préparation de lait homogénéisé avec des céréales. Vous vérifiez si elle connaît les formules lactées, elle vous assure que oui, cependant ils n'ont pas les moyens de les acheter. Sur ce, elle vous montre une série de factures d'électricité et de téléphone non payées depuis deux mois s'élevant à 800 $. La famille s'endette avec des frais d'interurbains.

Monsieur est rarement à la maison, il est toujours à la recherche d'un meilleur emploi.

Les facteurs généraux ayant servi à la construction de ce cas sont : le nombre d'enfants, la scolarité, les complications médicales, l'allaitement et l'alimentation du nouveau-né, le soutien social, le réseau, la sécurité alimentaire, le revenu ainsi que l'emploi. Et parmi les circonstances migratoires, les éléments retenus pour l'élaboration de ce cas sont : le milieu rural/urbain, la religion, le statut migratoire et la séparation conjugale entraînée par la migration.

La majorité des facteurs généraux entourant la situation familiale ont été repris par les participantes (tableau 3). À ceux-ci les participantes ont ajouté ceux concernant l'âge des enfants et le soutien conjugal. Avec ces derniers facteurs, elles tentent d'établir l'aide que peut attendre la femme de son mari et de ses enfants. Quant à la situation financière de la famille, les difficultés économiques symbolisées par les factures d'interurbains ont suffi aux participantes pour établir les besoins. Si les circonstances migratoires illustrées dans cette histoire de cas n'ont pas été reprises par les participantes, d'autres facteurs, dont l'isolement, la durée de séjour, les motifs d'immigration, le processus d'adaptation et l'absence du réseau féminin, ont été évoqués. Les participantes se sont à maintes fois référées à leur expérience professionnelle afin de mieux saisir la complexité du cas.

Tableau 3 : Synthèse des facteurs de vulnérabilité identifiés par les intervenantes (cas 3)

FACTEURS	ÉVIDENTS	SUGGÉRÉS
Facteurs généraux		
- Nombre d'enfants	♦	
- Complications médicales	♦	
- Allaitement/alimentation du nouveau-né	♦	
- Difficultés financières		❖
- Soutien conjugal		❖
- Âge des enfants		❖
Facteurs associés aux circonstances migratoires		
- Religion	♦	
- Soutien social/ réseau	♦	
- Isolement		❖
- Durée de séjour		❖
- Motifs d'immigration		❖
- Processus d'adaptation		❖
- Traditions culturelles		❖
- Réseau féminin		❖

♦ critère repris par les participantes
❖ critère ajouté par les participantes
Des facteurs, tels que la scolarité, le revenu, l'emploi, le milieu rural/urbain, la sécurité alimentaire, le statut migratoire et la séparation conjugale, étaient présents dans la construction du cas mais n'ont pas été relevés par les intervenantes.

6.3.1 Éléments de débat

Les factures d'interurbains représentent le premier élément discuté par les participantes. Abordées avec humour ou avec sérieux, ces factures ont été soulignées unanimement comme étant un indice d'endettement. Ensuite, l'état de santé de la femme et l'alimentation du nouveau-né ont retenu l'attention. Finalement, le soutien dont bénéficie cette femme aux plans conjugal, familial ou féminin, constitue aux yeux des participantes un des éléments déterminants pour éviter toute forme d'épuisement de la mère.

A) Premier élément : l'endettement

L'endettement revient à plusieurs reprises au cours des discussions. Les factures de téléphone sont citées avec ironie comme étant des indices du niveau d'adaptation de la famille en plus d'indiquer une forme d'endettement. Les factures de téléphone sont en effet perçues comme une manifestation du besoin de parler à quelqu'un que l'on connaît, d'être rassuré et de maintenir le lien avec les proches laissés derrière. Parallèlement, elles sont perçues comme un endettement qui, bien qu'associé au contexte migratoire, est jugé comme un manque de planification et un manque d'organisation.

> *« Il y a des priorités qu'ils ont du mal à établir. »*
> *« (Il faut) sensibiliser les deux à la priorité dans leur vie : donner une bonne nourriture aux enfants ou faire des appels interurbains. »*

Fortes de leur expérience, les intervenantes ont constaté que les frais de téléphone constituent, avec les frais de chauffage, des dépenses considérables pour les nouveaux arrivants qui font face également à des dépenses liées aux démarches légales pour l'immigration.

> *« Mais pour faire rentrer la femme et les enfants ici c'est beaucoup de sous hein ! … On doit dépenser je ne sais pas 2000 dollars par personne pour faire la demande, sans compter les tickets d'avion. »*

À ce type d'endettement s'ajoute souvent le soutien financier à la famille restée au pays d'origine. Cette famille envers qui les nouveaux arrivants sont redevables alors qu'elle les a aidés pour émigrer ou qu'elle s'est sacrifiée afin de leur permettre d'aspirer à un meilleur avenir :

> *«Je suis venue ici, c'est pour aider ceux qui sont restés. »*

Les participantes ont rapidement dressé, parfois avec ironie et parfois avec sévérité, une liste des difficultés financières à partir des factures d'interurbains, un élément devenu symbolique des difficultés d'adaptation culturelle des nouveaux arrivants. Aussi, pour les participantes, ce seul élément constitue un indice véritable des difficultés financières et émotives que peuvent vivre les familles immigrantes.

B) Deuxième élément : la santé de la femme et du nourrisson

L'état de santé des membres de la famille a surtout retenu l'attention des deux groupes composés d'intervenantes de CLSC. L'un s'est préoccupé de l'état de santé de la femme et l'autre de celui du nourrisson. Les infirmières se sont montrées inquiètes de la santé de cette femme, surtout de sa plaie de césarienne infectée. Elles auraient souhaité savoir combien de temps avait duré le travail à l'accouchement, et quelle était la longueur de la cicatrice de la césarienne pour être en mesure d'évaluer les risques de complication.

> *« Madame a une césarienne et la plaie a tendance à s'infecter donc moi ça m'inquiète. Avec une césarienne on se déplace difficilement, c'est très souffrant. (…) Côté portrait de la maman, il n'est pas jojo ! »*

S'appuyant sur leur expérience professionnelle, les infirmières ont argumenté qu'une plaie mal soignée peut dégénérer et entraîner une seconde hospitalisation. Dans le contexte actuel des soins ambulatoires, les participantes y voyaient un engrenage de difficultés facilement évitables par des soins préventifs rapidement appliqués. Au cours de ces discussions, les conditions hygiéniques au sein de la famille ont été évoquées, mais sans constituer une véritable préoccupation, car en contexte interculturel il vaut mieux relativiser les normes hygiéniques nord-américaines jugées excessives par les participantes elles-mêmes.

D'autres participantes ont surtout été préoccupées par la santé de l'enfant. Diverses raisons ont été invoquées pour tenter de justifier le fait que l'enfant soit alimenté avec des préparations à base de lait homogénéisé. Pour les infirmières, l'inconsistance de l'allaitement est souvent associée aux douleurs abdominales ou à l'inconfort à soulever un nourrisson lorsque la femme a eu une césarienne. Avoir une césarienne infectée et manquer de soutien, peuvent expliquer qu'une nouvelle mère soit tentée de donner le

biberon. Par contre, les participantes se sont montrées inquiètes à l'effet que les biberons ne soient pas préparés avec des préparations lactées.

> *« Aller vers l'allaitement maternel plutôt que d'aller vers les biberons. Vérifier ses connaissances afin qu'elle fasse un choix éclairé. »*

D'un constat général, les intervenantes ont affirmé que les nouvelles mères immigrantes ont tendance à abandonner leur pratique traditionnelle d'allaitement au profit de ce qui leur semble plus moderne : le biberon. Cette façon rapide et facile de nourrir le bébé, « on le plugue et il arrête de pleurer », ne minimisait pas pour autant l'épuisement de la mère. Toutefois, elles ont souligné que cet épuisement était lié à la fois à la situation post-partum et aux difficultés de l'adaptation culturelle.

D'autres relativisent l'importance de cette relation causale entre la volonté de se moderniser et celle d'adopter le biberon puisque, par expérience, elles ont maintes fois constaté que des mères moins fortunées, et ce, indépendamment de l'appartenance culturelle, donnent des préparations à base de lait homogénéisé et de céréales.

> *« Moi j'agirais par ordre de priorité mais premièrement, il faut qu'elle soit vue par un médecin puis il faut lui donner un soutien concret. Quelqu'un qui aille deux fois par semaine chez elle. Parce que si la plaie est infectée c'est parce qu'elle ne fait pas comme on lui dit. Moi j'ai eu mes deux enfants par césarienne et il faut vraiment rester tranquille. Il faut que quelqu'un vienne l'aider à la maison parce que le mari n'est pas là. »*

Ici, les discussions ont vite été orientées par les infirmières faisant en sorte que le problème de soins de la plaie et l'alimentation du nourrisson ont été les facteurs les plus débattus. Parmi tous les éléments discutés, les soins de la plaie est celui pour lequel la formation professionnelle a le plus d'importance dans la façon d'interpréter et d'évaluer la situation de la mère. Une plaie représente un facteur beaucoup plus apparent que les facteurs associés aux circonstances migratoires pour juger de la vulnérabilité d'une femme.

C) Troisième élément : le soutien conjugal et le réseau

Lorsqu'il était question du soutien, la place du conjoint et son rôle ont été les principaux éléments de discussion. Ce conjoint absent était par moments qualifié d'irresponsable et, à d'autres, taxé de manque de compassion. Néanmoins, les intervenantes ont relativisé la situation. Selon l'avis de plusieurs, les maris d'origine musulmane sont généralement absents de la vie familiale à la période périnatale. Dans ces pays, ont souligné les participantes, le réseau féminin prend entièrement les femmes en charge. Ce réseau féminin issu de la famille ou de la belle-famille est généralement l'un des plus significatifs à cette période de la vie.

> *« Je le distingue, dans ces cultures-là, les femmes ont leur réseau, tout un rituel à la naissance, la femme est traitée comme une reine. Certaines femmes font des dépressions à cause de ça (le manque). Ça me manquerait à moi aussi. »*

Malgré toute la compassion des intervenantes envers le couple pour ses difficultés d'adaptation culturelle, selon elles, la situation n'excuse pas pour autant l'absence du

mari. Elles considèrent que l'homme doit suppléer à l'absence du réseau féminin de sa femme, résultant de la migration, et s'impliquer dans les tâches domestiques.

> *« Le système de vie ici nécessite une coopération de tout le monde, et le choix d'avoir immigrer, ça implique ça aussi ! »*
>
> *« C'est une situation particulière. Quand tu es en forme et que tout va bien, tu n'as pas de césarienne infectée, tu n'allaites pas, t'es peut-être capable d'accepter ça. Ce n'est peut-être pas une situation de crise mais une situation exceptionnelle où madame est très fatiguée. Est-ce possible de revoir l'organisation sinon temporairement : qu'est-ce que monsieur pourrait faire de plus pendant cette période-là ? »*

Pour certaines participantes ayant elles-mêmes vécu l'expérience de la migration, il est utopique de recréer les conditions de soutien selon la tradition du pays.

> *« …Quand tu transportes tout ce monde-là ici, ça ne marche plus parce qu'il n'y a plus de réseau. »*

Par contre, les participantes ont établi un lien direct entre le besoin de recréer un réseau de soutien et les factures de téléphone. Celles-ci représentaient en quelque sorte cette quête de réconfort et de conseils que toute nouvelle mère fait en période périnatale, et ce, surtout au cours des premières années d'immigration.

> *« Quand tu vis loin de chez toi pendant 6-7 mois, tu as besoin de parler à des gens que tu connais même si tu te fais des nouvelles amies ! »*

L'absence du soutien conjugal et social a été ici systématiquement relevé par les intervenantes, indépendamment de leur formation. L'intérêt ici est que ces facteurs ont été repris et analysés à la fois sous l'angle des pertes (réseau féminin) et des obligations d'adaptation (ajustement du rôle du mari) inhérentes au processus migratoire. Pour ainsi dire, aux yeux des intervenantes, l'immigration commande une adaptation de la structure familiale et de la répartition des tâches. Une certaine intolérance est ici manifeste vis-à-vis de ces hommes qui tardent à s'adapter et qui, ce faisant, vulnérabilisent leur conjointe. La perception du rôle de l'homme et de la femme apparaît ici comme ayant une influence certaine dans l'évaluation de la vulnérabilité des mères.

D) Quatrième élément : l'organisation familiale

Les participantes ont été unanimes à souhaiter un engagement plus concret du mari. Pour d'autres, la solidarité requise entre les membres de la famille doit s'appliquer aussi aux autres enfants en âge d'assumer des tâches, même les plus simples.

À propos des enfants, les participantes étaient conscientes qu'ils prennent rarement part à la décision d'immigrer. Malgré cela, elles souhaitaient que les enfants aient un rôle à jouer au sein de la famille, aussi mineur soit-il, afin de contribuer au bien-être de tous.

> *« Les parents viennent ici par choix, les enfants subissent ce choix-là; il faut toujours vérifier comment les enfants composent avec cette immigration et leur âge aussi est très important car l'adaptation se fait selon l'âge. »*

L'organisation familiale fait souvent partie des facteurs permettant d'apprécier le potentiel de résolution de problème au sein de la famille. Or ici, l'organisation familiale a été analysée sous l'angle de la solidarité comme élément essentiel à l'adaptation sociale et culturelle des immigrants, l'absence de cette solidarité était susceptible de vulnérabiliser la mère.

6.3.2 Intervention

Dans cette histoire de cas, toutes les participantes s'entendent pour accorder un suivi. Toutefois, la nature du suivi différait selon l'angle d'analyse du groupe. Ainsi, du point de vue des soins infirmiers, ce cas était urgent à cause de l'infection et des complications possibles pour la mère et des conséquences possibles sur la vie familiale et les soins au nourrisson si la mère devait être hospitalisée à nouveau.

Pour les participantes ayant une formation en intervention psychosociale, l'urgence était d'abord et avant tout de redistribuer les tâches domestiques et familiales au mari et aux autres enfants plus âgés, et de chercher parallèlement un soutien extérieur. Idéalement, ce soutien devait se trouver au sein de la famille élargie ou auprès des services publics et communautaires. En assurant une meilleure redistribution, la femme était soulagée et pouvait ainsi se soigner adéquatement et, en conséquence, consacrer un peu plus de temps à son alimentation et à celle de son nourrisson.

> *« Oui ces femmes-là allaitent beaucoup mais il y a aussi beaucoup d'insécurité face à la nourriture. Certaines mères ont toujours peur de ne pas en avoir assez, il y a la peur de ne pas être une bonne mère. Il ne faut pas que le bébé pleure, il faut qu'il soit joufflu. L'estime d'elle, la capacité d'être une bonne mère. »*

Le groupe composé essentiellement d'intervenantes communautaires voyait également l'urgence d'une intervention médicale et des soins infirmiers qu'elles auraient confiés au CLSC. Toutefois, pour ces dernières, l'intervention devrait comprendre, et rapidement, une consultation en planification budgétaire, consultation qu'elles auraient acheminée vers les ACEF (Association coopérative d'économie familiale). Cette stratégie d'intervention vise à prévenir toutes autres formes de détérioration de la situation familiale liée à l'endettement ou à l'insuffisance alimentaire.

On voit ici clairement que la formation professionnelle et la mission de l'organisation à laquelle les participantes sont rattachées influencent l'importance accordée à l'un ou l'autre des problèmes de santé, d'organisation domestique ou de budget familiale. Ces facteurs ont dicté la stratégie d'intervention indépendamment des circonstances migratoires, sauf en ce qui concerne l'adaptation de l'homme quant au soutien à apporter à sa conjointe.

6.4 Priorité des cas

À la fin de l'exercice de discussion de cas, les participantes étaient invitées à se prononcer sur la priorité à accorder aux cas. Cet exercice s'est fait en deux temps. Les participantes devaient d'abord ne retenir que deux cas sur trois puis un seul cas sur trois. L'exercice était difficile puisque, comme nous l'avons vu précédemment, les trois cas ont été jugés suffisamment inquiétants pour qu'ils soient retenus. Toutefois, cet exercice se rapprochait étroitement de leur contexte professionnel où la rationalisation des ressources dicte un effort d'attribution de priorité et ne permet pas de suivre tous les cas.

Lorsqu'un seul cas pouvait être retenu, c'est le cas 2, celui de la femme réfugiée ayant subi un traumatisme prémigratoire, qui retenait l'attention pour 14 des 19 participantes. Fait un peu étrange puisque c'est justement le cas qui suscitait le plus d'ambivalence parce qu'il était jugé trop difficile et très lourd par certaines. Par contre, la liste des risque médicaux et psychosociaux était suffisamment longue pour contrer ce critère d'exclusion.

Lorsque les participantes étaient invitées à retenir deux cas sur trois, le choix pour le deuxième cas à retenir était surtout partagé entre les cas 1 et 3. L'argument favorable pour le cas 1, celui de la femme enceinte, était le risque d'insuffisance de poids, de prématurité et les conséquences de ces problèmes sur le développement de l'enfant. Alors que dans le cas 3, celui de la multipare en situation de précarité économique, les critères d'inclusion étaient d'abord les conséquences de la césarienne infectée (ré-hospitalisation, séparation mère-enfant, abandon de l'allaitement).

Malgré l'ambivalence que peuvent susciter les cas présentant des traumatismes pré et des traumatismes post-migratoires, parce qu'ils nécessitent une expertise et des compétences que le réseau de la santé et des services sociaux a peu ou pas déployé jusqu'à maintenant, les intervenantes ont été majoritaires à les retenir (tableau 4).

Tableau 4 : PRIORITÉ DE CAS : UN CAS SUR TROIS (critères d'inclusion et d'exclusion)

	PREMIER CAS RETENU 14/19	**DEUXIÈME CAS RETENU 4/19**	**DERNIER CAS RETENU 1/19**
	CAS #2 Femme réfugiée	**CAS #3** Multipare avec plaie infectée	**CAS #1** Femme enceinte défavorisée
CRITÈRES D'INCLUSION	**Aspects médicaux** - Suivi et développement du bébé. - Dissimulation de maladie, santé mentale. **Aspects psychosociaux** - Souffrance, inquiétudes et mystères. - Isolement et solitude anormale. - Absence de conjoint. - Grand potentiel de la femme. **Aspects conjoncturels** - Défi	**Aspects médicaux** - Santé de la mère (situation prioritaire et urgente). **Aspects psychosociaux** - Manque d'éducation populaire.	**Aspects médicaux** - Risques réels et futurs pour la mère et le fœtus. - Anxiété et nervosité de la femme. **Aspects psychosociaux** - Famille primipare - Conditions défavorables pour l'accueil de l'enfant. - Famille défavorisée. **Aspects conjoncturels** - Nombreux points à travailler. - Clarté de la situation.
CRITÈRES D'EXCLUSION	- Cas difficile. - Cas trop lourd/ le plus lourd.	- Problème médical facile à résoudre. - Recours aisé à l'hôpital. - Alimentation du bébé non prioritaire. - Couple, multipare et francophone.	- Présence de soutien familial et conjugal.

6.5 Discussion des résultats

Les analyses qui précèdent ont permis de constater que les intervenantes sont particulièrement sensibles aux risques associés aux circonstances migratoires. Par contre, le processus par lequel une décision est prise, quant au suivi, peut reposer sur des critères de vulnérabilité différents de ceux auxquels les intervenantes se réfèrent pour construire leur jugement professionnel.

Les résultats on permis de modéliser le processus décisionnel afin d'illustrer la construction du jugement professionnel des intervenantes et de la décision du suivi (figure 1). Avec ce modèle, il est plus facile d'illustrer dans quelles situations la décision du suivi est congruente avec la construction du jugement professionnel et dans quelles situations elle ne l'est pas. En fait, l'analyse des résultats tend à démontrer que plusieurs influences interfèrent dans le jugement professionnel. La mission de l'organisation en est un bel exemple, puisque dans certains cas elle peut mener à des décisions de suivi qui ne vont pas dans le même sens que celui établi par les intervenantes, les critères invoqués par les professionnels n'étant pas reconnus par les organisations. L'aspect implicite du processus décisionnel apparaît ici clairement et est souvent en marge du discours explicite et reconnu par les organismes.

Le modèle proposé à la figure 1 est composé de trois sphères qui représentent différents contextes d'influence à l'intérieur desquels se déroule le processus décisionnel. Ces sphères en représentent les limites et les tendances. Il s'inspire du modèle d'intervention en interculturel proposé par Cohen-Emerique (1997), du modèle du processus de prise de décision en gestion proposé par P.-G. Bergeron et d'un modèle de décision de traitements en pratique clinique (Bader et Shugars, 1997).

Le modèle se situe dans un contexte général où figurent les ressources et les influences de l'organisme, des services et des équipes. La deuxième sphère représente la capacité de prise en charge des cas par les équipes. Cette capacité est définie comme étant le rapport entre le nombre de cas suivis en lien avec la disponibilité des intervenantes. La troisième sphère représente les facteurs liés à l'expérience et aux références personnelles et professionnelles des intervenantes, incluant les idéologies, la mission, les expériences et les caractéristiques personnelles. À l'intérieur de ces sphères d'influence, se situe le processus de prise de décision subdivisé en trois étapes : diagnostic, évaluation et intervention.

Le *diagnostic,* qui n'est pas nécessairement la première étape, est établi à partir de *facteurs généraux* et de *facteurs associés aux circonstances migratoires*. Les facteurs généraux sont généralement consignés dans les outils de dépistage et d'évaluation utilisés par les intervenantes, et les autres facteurs, bien que fréquemment utilisés par les intervenantes, sont rarement consignés dans leurs outils et demeurent plutôt implicites.

La perception des besoins et des problèmes est également en lien avec ces deux types de facteurs qui permettent de justifier la perception et l'évaluation du cas. Cependant, il arrive aussi que certains critères influencent la perception du problème et des besoins,

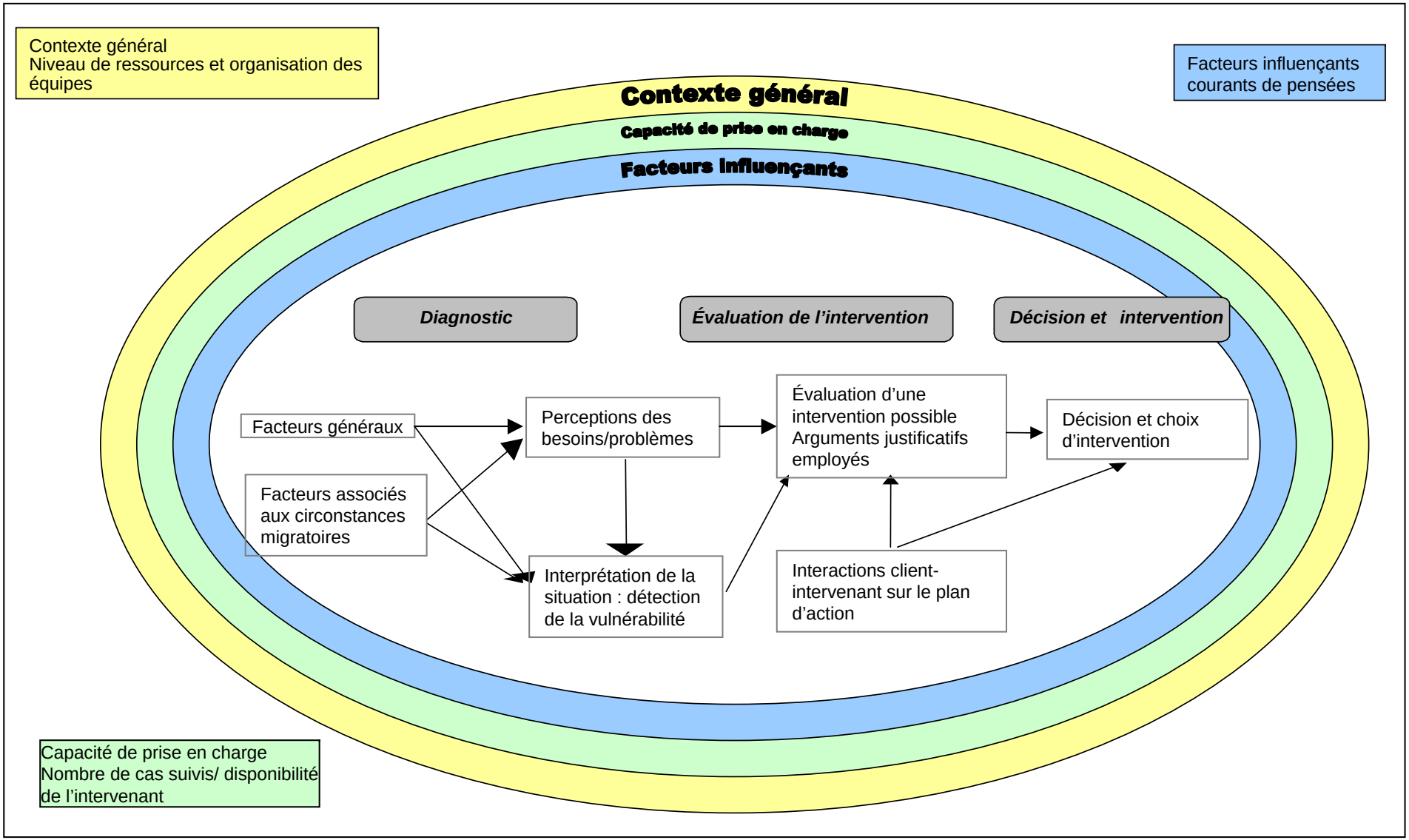
au même titre que les courants de pensées qui déterminent souvent l'angle sous lequel est analysée la situation.

L'Interprétation de la situation et la détection de la vulnérabilité constitue l'étape où les intervenantes rationalisent leurs perceptions. Bien que l'interprétation plus globale de la situation se fasse à l'aide d'une connaissance des circonstances migratoires, cette rationalisation est plutôt basée sur les facteurs généralement consignés dans leurs outils diagnostiques.

L'Évaluation de l'intervention se situe, quant à elle, entre le diagnostic et la prise de décision, même si parfois les intervenantes savent déjà, lors de la prise de connaissance du cas, quel type d'intervention est nécessaire, et qu'elles ne font que la justifier *a posteriori*.

Finalement, la décision et l'intervention, qu'on croyait être l'étape finale du processus décisionnel, s'en est parfois révélée la première. En ce sens, le processus décisionnel n'est pas linéaire comme semble le présenter le modèle. L'affirmation d'une perception, du besoin d'intervenir et du choix de l'intervention peut donc survenir à tout moment. Si l'étape de la décision et de l'intervention survient en fin du processus, elle aura suivi les étapes logiques d'une analyse de situation, si elle arrive au début, elle sera justifiée *a posteriori* par une seconde analyse de la situation et une sélection des aspects qui correspondent aux facteurs justifiant cette décision. Mais peu importe son ordre chronologique, c'est lors de cette étape qu'est évaluée la possibilité de donner ou non un suivi, et ce, en fonction de plusieurs critères : la capacité à résoudre le problème; la concordance entre le suivi projeté et la mission personnelle et institutionnelle; la compétence personnelle et institutionnelle, et l'expérience personnelle; la faisabilité du suivi incluant les moyens financiers, politiques et le contexte social; les coûts/bénéfices de l'intervention aux plans individuel, collectif et organisationnel.

Figure 1 : Modélisation du processus décisionnel



6.5.1 Facteurs associés aux circonstances migratoires

Outre la distinction entre les facteurs généraux de vulnérabilité et les facteurs associés aux circonstances migratoires, une autre distinction s'ajoute : celle des facteurs implicites et explicites. Le facteur explicite est défini comme étant un facteur présent dans les outils de diagnostic et de dépistage, comme mentionné au début du chapitre 5, et utilisé par les intervenantes. Par opposition, le facteur implicite est celui qui est employé intuitivement par les intervenantes, mais qui n'est pas consigné dans les outils qu'elles utilisent. Ce qui donne lieu à un processus décisionnel davantage fondé sur l'expérience et la connaissance empirique du contexte migratoire et très peu sur des facteurs explicites et standardisés. Cependant, si cette pratique semble très répandue, très peu d'outils consignent actuellement des critères associés aux circonstances migratoires.

Facteurs explicites

Certains facteurs associés aux circonstances migratoires sont dits « explicites » car ils sont bien connus par les intervenantes et par les différents organismes œuvrant auprès de la clientèle immigrante de même que dans la littérature et les outils. Ces facteurs le plus souvent consignés sont : le pays de naissance, la durée de séjour au Canada, la religion, la langue maternelle et le statut.

Outre les facteurs explicites liés aux circonstances migratoires, les intervenantes font en général référence à trois types de facteurs explicites : ceux liés à la santé, ceux liés à la pauvreté et ceux liés aux facteurs de protection. Face à une mère immigrante, les facteurs liés à la santé, tels que les habitudes de vie (consommation de tabac, d'alcool, situation de grossesse, etc.), sont souvent considérés secondairement par rapport aux facteurs entourant sa situation d'immigrante. Néanmoins, s'il y a ambivalence dans l'interprétation du cas, alors les critères de santé sont utilisés pour déterminer le type de suivi.

Les **facteurs de pauvreté,** tels que le revenu et ses sources, sont pris en compte comme des éléments déclencheurs d'une interprétation plus complexe des difficultés financières en situation d'intégration. Il en est de même pour les **facteurs de protection associés aux réseaux de soutien**. Ils ne servent que d'éléments à la compréhension des conséquences de la transplantation sociale et culturelle des immigrants. Quant aux **facteurs explicites associés aux circonstances migratoires** (statut, langue, etc.), ils peuvent expliquer certaines limites d'accessibilité aux services pour les personnes immigrées.

De façon générale, les facteurs utilisés pour identifier les femmes vulnérables durant la période périnatale prennent une toute autre dimension dans le contexte de l'intervention interculturelle.

Facteurs implicites

Les facteurs implicites liés aux circonstances migratoires sont regroupés sous quatre catégories qui correspondent aux éléments les plus fréquemment mentionnés : le parcours migratoire (incluant les traumatismes prémigratoires et les réactions post-traumatiques), les difficultés financières, l'isolement et l'adaptation culturelle.

Parcours migratoire

Les intervenantes perçoivent les besoins et les problèmes associés au parcours migratoire grâce à la compréhension de la trajectoire migratoire qui se compose des motifs d'immigration, du degré de motivation à immigrer, de la participation de la personne à la décision d'immigrer, des espoirs, des séjours en camp de réfugiés ou dans des pays de transit et de la séparation familiale. Le parcours migratoire est primordial puisqu'il se situe dès les premières étapes du processus diagnostique et permet d'établir une partie importante de l'histoire de vie de la personne**.**

L'identification de la trajectoire migratoire est plus ou moins aisée pour les intervenantes selon leurs différentes expériences personnelles et professionnelles. Les intervenantes se réfèrent en effet à leur propre expérience d'immigration ou à celle d'un proche, ou à leurs nombreuses années d'expérience auprès de mères immigrantes vivant des situations de détresse.

C'est très souvent en reconstruisant la trajectoire migratoire que les intervenantes sont à même de déduire la présence potentielle de traumatismes prémigratoires. Lorsque les intervenantes expérimentées évoquent la possibilité d'un traumatisme prémigratoire, elles le font avec une grande assurance, laissant peu de place à l'ambivalence. La formulation d'une hypothèse de traumatismes prémigratoires est rarement le fruit d'une simple intuition ou d'un aveu de la clientèle, ce qui rend le jugement professionnel encore plus complexe.

Parmi **les traumatismes** prémigratoires évoqués le plus souvent comme ayant des impacts sérieux chez la femme immigrante en période périnatale, on retrouve la séparation familiale et le viol. Les intervenantes soupçonnent facilement le viol pour les situations de mutisme, sachant que cet acte désolant est une mesure de répression politique fréquemment employée envers les femmes. Quant aux **séparations familiales**, elles provoquent des blessures considérables qui tardent à se cicatriser, même après la réunification.

Lorsque les intervenantes soupçonnent un traumatisme prémigratoire, elles appréhendent également des réactions post-traumatiques, réactions qui peuvent se manifester par la reviviscence des deuils, des disparitions et des tortures, mais aussi par les dépressions importantes qui vont accentuer les difficultés rencontrées durant la période post-partum.

Les intervenantes ont manifesté beaucoup de compassion envers les femmes victimes d'atrocités commises en contexte de guerre. À tel point que rarement elles ont remis en cause l'importance de cet aspect dans les discussions de cas. Avec de telles réactions, on constate l'importance des philosophies sociales dans la compréhension des facteurs de vulnérabilité. Ici, les intervenantes démontrent une très grande sensibilité à la

violence, plus particulièrement à celle subie par les femmes, ce qui n'est pas indissociable d'une perspective féministe et humaniste de la vulnérabilité (sphère 3 du modèle).

L'interprétation des traumatismes prémigratoires se fait aisément lors du diagnostic, mais leur rôle est moins évident lors de l'évaluation et de l'intervention. En effet, même si la situation est bien identifiée ou si les présomptions sont très fortes, les intervenantes éprouvent des difficultés à envisager une intervention, car la mission de leur organisme interfère avec leur désir d'intervention (sphère 2). Elles se sentent rarement outillées pour répondre à des situations aussi complexes et, en plus, la mission de l'organisation va souvent à l'encontre de cette prise en charge. Ainsi, entre l'évaluation et la décision, les influences idéologiques donnant forme à une interprétation souvent sans équivoque des traumatismes sont reléguées au second plan derrière les influences et les limites reliées à l'organisme.

D'après leur mission professionnelle et leur relation avec le client, les intervenantes précisent qu'en l'absence de demande d'aide de la part du client, il est difficile d'entreprendre et de justifier une intervention, et ce, d'autant plus en période de rationalisation des ressources. En même temps, elles savent, d'après leur expérience professionnelle, qu'un client victime de traumatismes ne formulera pas ou difficilement une demande d'aide. Il devient alors primordial de maintenir le contact avec le client jusqu'à ce qu'il exprime ses besoins. À cette étape, l'interaction avec un client chez qui on pressent un traumatisme prémigratoire prend toute sa signification dans le processus décisionnel. D'une part, les intervenantes sont convaincues de la vulnérabilité de la personne et des conséquences s'il n'y a pas de prise en charge et, d'autre part, elles sont également conscientes que leur organisation n'a pas l'expérience nécessaire pour prendre en charge ce type de cas et que très peu d'organisations sont habilitées à le faire.

Le choix de l'intervention tient compte des diverses influences que subissent les intervenantes dans leur prise de décision. Les facteurs associés au parcours migratoire sont des éléments essentiels de diagnostic d'une grande vulnérabilité. Les intervenantes rencontrées ont fait preuve d'une grande habileté pour diagnostiquer et interpréter des traumatismes, mais elles restaient perplexes quant à l'intervention à adopter. En effet, bien que le souhait de suivre ces femmes était manifeste, très peu de ressources sont disponibles pour aider les victimes de violence organisée.

Cette ambivalence quant à l'intervention est demeurée jusque dans la prise de décision, et c'est cette ambivalence qui a incité les intervenantes à suivre le cas et même à le retenir lors de l'exercice de choix de priorités d'un cas sur trois, car face à l'incertitude et à la gravité des conséquences possibles, l'intervention est préconisée. Ceci laisse entrevoir la nécessité d'un débat sur la mission des organisations face aux clientèles aux prises avec des traumatismes prémigratoires ou des réactions post-traumatiques et de la nécessité de déployer ce type de compétence dans le réseau de la santé et des services sociaux au-delà des équipes spécialisées pour l'accueil des réfugiés ou des personnes en attente de statut.

Difficultés financières

Outre l'influence féministe en intervention psychosociale, l'influence de la lutte contre les inégalités socio-économiques est présente dans les sphères 2 et 3 du modèle. Face à la

clientèle non immigrante, les indicateurs de pauvreté généralement utilisés sont la scolarité et les sources de revenu. Or, avec la clientèle immigrante, l'identification des difficultés financières se fait très souvent par la présence d'un indicateur : l'endettement. L'endettement est très bien identifié par les intervenantes en référence à leur expérience professionnelle et parfois même à leur expérience personnelle de l'immigration.

L'endettement se manifeste sous plusieurs formes : les **factures impayées** qui sont pour les intervenantes un indicateur du niveau d'adaptation, l'achat à crédit et la surconsommation de biens. Les causes de l'endettement chez les nouveaux arrivants sont multiples : les frais engendrés par l'immigration, la prise en charge de la famille élargie et la déqualification professionnelle.

Les **frais reliés à l'immigration** sont cités par les intervenantes ayant elles-mêmes immigré mais demeurent un élément explicatif seulement.

La **prise en charge de la famille élargie** est présente dans plusieurs des cas et cet élément a beaucoup d'influence lors de la prise de décision. Ainsi, la charge financière reliée à la famille élargie, qu'elle soit présente dans le pays d'accueil ou demeurée au pays d'origine, est une partie essentielle du budget des nouveaux arrivants. La présence de la famille élargie doit donc être évaluée, afin de préciser si elle constitue source de soutien ou une charge supplémentaire, et intégrée aux outils de dépistage.

Quant à la **déqualification professionnelle**, c'est l'élément qui a le plus de poids dans la prise de décision des intervenantes en vue d'une intervention. C'est un élément important qui touche la sensibilité des intervenantes aux injustices sans doute, car il symbolise les aléas de l'immigration. En effet, la déqualification professionnelle entrave l'adaptation des jeunes familles immigrantes souvent très éduquées et qualifiées. La déqualification professionnelle entraîne aussi la perte de statut socio-économique. La perte de statut, jumelée à un manque de revenu, engendre une vulnérabilité tant morale que matérielle chez les nouveaux immigrants. En général**,** les intervenantes ont une perception claire et précise des facteurs de vulnérabilité liés à la déqualification, la non-reconnaissance des équivalences scolaires et des expériences de travail, mais celle de la discrimination à l'embauche l'est un peu moins à leurs yeux. Elles ont une interprétation sans équivoque au plan du diagnostic.

Certaines intervenantes ont apporté une interprétation différente des difficultés économiques présentes chez les nouveaux immigrants. Cette interprétation prenant appui sur le **relativisme culturel** précise que la pauvreté peut être vécue très différemment d'un pays à l'autre. La pauvreté, combinée à plusieurs autres facteurs liés à l'immigration (isolement, perte de statut, séparation familiale, etc.), fait en sorte que la précarité est très différente, et parfois encore plus difficile, que celle que l'on fuit dans le pays d'origine. Ce genre de considération est amené surtout par des intervenantes immigrantes. Quant à l'interprétation de l'impact de cette pauvreté sur le développement des personnes, elle est influencée par l'expérience personnelle des intervenantes qui ont vécu dans des pays en développement.

Lors de l'évaluation de l'intervention, les intervenantes souhaitaient agir sur la pauvreté car elle a de nombreuses répercussions sur la santé des femmes et des enfants. L'évaluation est donc teintée par la sensibilisation des intervenantes à la lutte contre les inégalités sociales et également par le féminisme qui influence une intervention davantage orientée vers la femme. Les professionnelles formées en intervention sociale

se sentent beaucoup plus aptes à agir dans un contexte de pauvreté et ce mode d'action fait partie intégrante de la mission de leur profession. Quant aux intervenantes formées en soins infirmiers, elles se sentent également concernées par la situation car cela fait partie de leur mission organisationnelle. La position qu'adopte l'organisation face aux situations de pauvreté chronique dans la population de son secteur influence grandement la prise en charge et les professionnelles indépendamment de leur formation.

Le lien entre la santé et les difficultés d'ordre économique n'est plus à démontrer. Les facteurs associés à ces difficultés occupent une place importante pour la détection de la vulnérabilité des mères immigrantes. L'identification des causes de l'endettement et leur mise en relation avec le contexte migratoire font des facteurs associés aux difficultés d'ordre économique des éléments essentiels pour la prise de décision.

Isolement

Les intervenantes identifient l'isolement par l'absence de réseau social, l'absence de soutien et le manque de connaissances des ressources disponibles. Les intervenantes mettent d'ailleurs l'accent sur l'absence du réseau féminin, qui revêt selon elles une importance considérable pour les femmes immigrantes durant la période périnatale, et ce, surtout lorsqu'elles proviennent de pays où le réseau féminin est omniprésent, le manque étant alors encore plus flagrant en contexte migratoire.

Ces perceptions sont fortement influencées par l'expérience professionnelle et personnelle des intervenantes ainsi que par une certaine sensibilité féministe. En effet, l'approche féministe a permis d'analyser plus spécifiquement la situation des femmes en contexte migratoire et de réaliser que ces dernières sont plus affectées par leur isolement puisqu'elles ont en général moins d'opportunités de contact avec la société d'accueil.

L'isolement peut avoir des répercussions considérables sur la santé et sur les conditions familiales : complications médicales, dépression, réaction post-traumatique, etc. C'est pourquoi les intervenantes font de l'isolement un élément prioritaire dans leur prise de décision même si la situation ne présente à priori aucun élément alarmant.

Les professionnelles établissent un lien entre l'isolement et la séparation familiale; ce lien est validé par l'interaction client-intervenant. En effet, la séparation familiale est déjà source de traumatisme dès le début du processus migratoire. Il arrive fréquemment qu'elle soit aggravée par de l'isolement dès l'arrivée dans le pays d'accueil. L'expérience migratoire devient alors encore plus douloureuse.

L'isolement peut aussi être relié aux difficultés financières sous la forme de comportements compensatoires. En effet, les familles immigrantes ont recours à des moyens de communication souvent coûteux, tels les appels interurbains, pour contrer leur isolement et le manque de réseau social.

C'est par leur expérience professionnelle que les intervenantes établissent des liens aussi étroits entre l'isolement, l'endettement et les comportements compensatoires à l'isolement.

Briser l'isolement est nécessaire et fait partie intégrante de la mission des intervenantes qui interviennent en référant à des rencontres de groupes ou en agissant comme agents d'intégration et membres de leur réseau social. Les intervenantes sont facilement préoccupées par les cas d'isolement et éprouvent la nécessité d'agir dans de tels cas. La combinaison de l'isolement avec d'autres problèmes (difficultés financières, séparation familiale, etc.) rend l'intervention multidisciplinaire encore plus évidente.

Il n'y a donc pas de contradiction entre le jugement professionnel et la mission de l'organisation concernant l'élément de l'isolement.

Adaptation culturelle

Ce thème regroupe des éléments tels que les traditions culturelles et l'adaptation des rôles familiaux et conjugaux.

Ces éléments sont apparus secondaires pour apprécier la vulnérabilité et ont été interprétés par les intervenantes sous l'angle de la désorganisation du foyer, des pratiques culturelles néfastes pour la santé et le bien-être de la famille dans la société d'accueil, et de la difficulté à obtenir des services.

À cette étape du diagnostic, l'expérience personnelle des intervenantes a une grande influence. Un même fait, tel que l'omniprésence du conjoint lors des échanges, peut être interprété de deux façons différentes selon l'expérience personnelle et les conceptions idéologiques des intervenantes. Ainsi, la présence du conjoint et ses attitudes peuvent être perçues comme des indices de violence conjugale sous l'angle du féminisme, alors que sous l'angle du relativisme culturel elles seront perçues comme des pratiques culturelles où l'homme doit accompagner sa conjointe dans des situations ou des lieux qui peuvent lui être préjudiciables. Face à ces interprétations contradictoires, la plupart des intervenantes développent une stratégie permettant de valider leurs hypothèses par leurs interactions avec le client.

Lors de l'évaluation de l'intervention, le point de vue sur l'adaptation culturelle a certaines influences : préciser la situation de la famille et son mode de vie, et apprécier son degré d'intégration. Toutefois, l'adaptation culturelle ne constitue pas un élément déterminant de l'intervention. Les intervenantes formées en service social ou autre discipline de la relation d'aide s'investissent plus facilement dans une intervention axée sur la lutte contre l'exclusion sociale. Face à la clientèle immigrante, leur engagement sera encore plus marqué qu'au sein d'autres professions.

Parallèlement à la mission professionnelle, on perçoit l'influence d'une perspective féministe lorsque les intervenantes désirent renverser les schémas culturels familiaux afin d'aider la femme à mieux s'intégrer et à impliquer le conjoint dans l'organisation du foyer. Cette volonté est peut-être utopiste, mais cache un désir de changer les choses et de faire progresser la cause des femmes.

Quant aux pratiques culturelles qui peuvent être dommageables pour la santé, elles sont généralement débattues sous l'angle du relativisme culturel et validées par l'interaction entre la famille et l'intervenant. Il en va de même pour les traditions et les rituels où les intervenantes cherchent à comprendre comment des personnes peuvent les rétablir sous de nouvelles formes.

Quant à la perception du besoin d'ajuster le partage des tâches dans le foyer, les intervenantes sont intransigeantes. L'influence idéologique du féminisme apparaît ici fort importante pour évaluer l'intervention. Elles prennent une position clairement différente du relativisme culturel qui, à maintes occasions, a servi de tampon pour une interprétation plus radicale de l'implication du conjoint.

6.6 Conclusion

Le premier objectif de l'analyse de contenu était de dégager les facteurs de vulnérabilité liés aux circonstances migratoires intuitivement utilisés par les intervenantes afin de comprendre le cas et d'établir leur jugement professionnel.

Les facteurs les plus fréquemment utilisés par les intervenantes pour comprendre les cas et établir la nature des problèmes, des besoins et les risques associés à la situation, peuvent être regroupés sous cinq grands thèmes : le parcours migratoire, les traumatismes, les difficultés d'ordre économique, l'isolement et l'adaptation culturelle (tableau 5)

Tableau 5 : Les principales circonstances migratoires mentionnées par les intervenantes

Catégorie de circonstances migratoires	***Éléments de signification***
Parcours migratoire	• Motifs d'immigration (meilleur avenir, meilleur emploi, fuite d'un régime politique, protection, etc.) • Degré de motivation à immigrer (intérêts, volonté, etc.) • Participation à la décision (accompagnement du conjoint, a initié le processus, a été obligé de partir, etc.) • Séjour transitoire (camp de réfugiés, pays de transit, etc.) • Séparation familiale (avec le conjoint, les enfants, potentiel de réunification, etc.)
Traumatismes	• Prémigratoire (viol, torture, etc.) • Post-migratoire (reviviscence, négation, confusion, etc.)
Difficultés d'ordre économique	• Endettement (factures impayées, surconsommation, etc.) • Frais liés à l'immigration et à la charge de la famille élargie • Déqualification professionnelle (équivalences scolaires et reconnaissance des expériences professionnelles)
Isolement	• Absence de réseau (social, féminin, etc.) • Manque de connaissance des ressources disponibles
Adaptation culturelle	• Traditions culturelles • Adaptation des rôles familiaux et conjugaux

Ces résultats confirment maintes propositions déjà avancées dans divers travaux afin de bonifier les critères d'observation pour les clientèles immigrantes. Toutefois, l'originalité de ces résultats repose sur la perspective qu'ils offrent pour comprendre la place occupée par ces critères implicites dans le processus décisionnel des professionnels. Ce deuxième niveau d'analyse nous a effectivement permis de constater que les critères explicites sont utilisés de façon complémentaire aux critères implicites pour établir le suivi à donner.

Bien que les circonstances migratoires étaient très largement utilisées comme critères pour apprécier la situation des familles et évaluer le risque potentiel de complications à long terme, ce sont les critères usuels liés à la condition de santé physique et psychologique qui étaient le plus souvent utilisés pour justifier l'intervention lorsqu'il y avait ambivalence dans l'interprétation du cas.

Finalement, ces participantes, dont le nombre d'années d'expérience en intervention en contexte pluriethnique était en moyenne de 10 ans, se fiaient davantage à leur compréhension de l'impact de l'immigration sur la santé des familles que sur les critères usuels pour déterminer le suivi périnatal approprié.

Chapitre 7 :

Perspectives sur la vulnérabilité et recommandations

7. Perspectives des mères et des intervenantes

La première partie de cette recherche a permis de cerner les circonstances associées à l'expérience migratoire qui peuvent soit agir comme facteurs de protection pendant la période périnatale, soit altérer les conditions de vie et contribuer à un environnement défavorable pour l'expérience de la maternité. Ce premier volet reposait largement sur la perception des mères immigrantes elles-mêmes. Le second volet a plutôt permis d'apprécier la sensibilité d'un groupe d'intervenantes aux circonstances migratoires susceptibles de vulnérabiliser les mères immigrantes. Il a également permis de constater que cette sensibilité n'est pas toujours mise à profit lors du processus décisionnel menant à une référence. En conséquence, cette étude permet de confirmer, par certaines de ses constatations, un savoir déjà présent chez des intervenantes expérimentées et familières avec le contexte pluriethnique, et peut-être de favoriser une reconnaissance plus formelle de ce savoir dans la pratique. Ceci dit, là où il y a convergence entre les deux perspectives analysées, il est possible de cautionner ce savoir et éventuellement de le rendre explicite par l'entremise des outils diagnostiques ou d'évaluation disponibles dans le milieu.

La comparaison de ces deux perspectives, celle des mères et celle des intervenantes, permet donc de renforcer certaines hypothèses en s'appuyant sur la convergence des propos recueillis ou, au contraire, d'émettre des mises en garde en s'appuyant cette fois sur la divergence de certains propos.

Les principaux points de convergence se situent autour de la perception du parcours migratoire et de ses impacts. Les intervenantes se sont montrées particulièrement sensibles aux motifs d'immigration, lesquels permettent de mieux saisir les perspectives d'intégration et les séquelles laissées par les conflits armés dont certaines mères ont été témoins (viol, mort, etc.). L'étude auprès des mères tend à soutenir cette perception des intervenantes. Les raisons d'immigration y sont en effet apparues déterminantes pour la santé et les conditions parentales. De fait, les mères qui ont quitté leur pays par obligation présentent un profil singulier par rapport à l'ensemble de l'échantillon. Ce profil est associé au statut de réfugié, ou de requérant de statut, mais aussi à la parité (multiparité). Comme cela a été décrit, il dénote un parcours migratoire difficile et susceptible d'avoir des conséquences sur les conditions parentales, tant aux plans émotif, physique que socio-économique.

Ce profil se distingue également en ce qui concerne le type de séparation familiale vécue par ces mères. Sur ce point, il importe de distinguer au moins deux formes de séparation familiale. La première correspond aux mères parrainées qui viennent

rejoindre leur conjoint dans le cadre d'un processus de réunification familiale. Et la seconde concerne plutôt les mères réfugiées ou en attente de statut qui vivent une séparation familiale en arrivant au Québec, c'est-à-dire qu'elles arrivent seules, sans leur conjoint et parfois sans leurs enfants qui sont demeurés au pays d'origine dans des conditions inquiétantes. Ces deux types de séparation ont bien sûr des conséquences différentes sur les conditions de vie et les conditions parentales de ces mères.

Le second type de séparation familiale risque plutôt d'affecter les mères multipares qui ont eu un ou des enfants avant de quitter leur pays d'origine. Cette situation suggère un éclairage différent sur la relation entre vulnérabilité et parité en contexte migratoire, et nous amène à nous interroger sur une des principales divergences entre la perspective des intervenantes et celle des mères immigrantes.

Comme les intervenantes l'ont noté lors des groupes de discussion, il est légitime de penser que la multiparité peut représenter un atout puisque la mère, forte de ses expériences antérieures, est prémunie contre certains facteurs de risque. Bien que cette interprétation soit juste pour la population en général, elle perd, dans plusieurs cas, ses assises en contexte migratoire.

Le premier volet de l'étude a en effet permis de constater qu'avoir un ou plusieurs enfants au moment d'émigrer pouvait représenter un indice de vulnérabilité en soi. Si les mères primipares ont eu l'opportunité de planifier simultanément un projet migratoire et familial, les mères multipares, de leur côté, ont bien souvent vécu leur émigration comme une rupture personnelle et familiale. Cette distinction dénote évidemment deux parcours fort différents. Aussi, la parité mérite d'être réinterprétée à la lumière de l'expérience migratoire et de ses conséquences. Le cas des mères ayant eu un bébé avant de quitter leur pays d'origine est très éclairant sur ce point. Rappelons simplement que ces dernières présentent un parcours parsemé d'expériences susceptibles de laisser des séquelles et de maintenir un degré d'anxiété plus grand chez elles. De plus, les responsabilités d'une mère multipare conjuguées au processus d'intégration lors de la période périnatale peuvent également accroître leur vulnérabilité sur plusieurs plans.

Il apparaît donc important de bien documenter le parcours migratoire afin de réinterpréter correctement certaines conditions parentales à la lumière des expériences spécifiques à ces femmes. Malheureusement, comme l'ont souligné les intervenantes elles-mêmes, certains renseignements demeurent particulièrement difficiles à obtenir, entre autres ceux associés à des conflits armés. De fait, certaines mères seront hésitantes à dévoiler leurs expériences prémigratoires, surtout lorsqu'il est question de violence organisée, de bébé non désiré ou encore de viol. Pourtant, ces expériences sont déterminantes pour la santé de la mère et de son enfant, et constituent par le fait même une information importante.

Mais est-il vraiment nécessaire de connaître le détail de ces histoires et risquer de provoquer un choc post-traumatique alors que plusieurs indices permettent d'en faire la déduction ? Pensons par exemple au statut d'immigration à l'arrivée, aux conditions politiques dans le pays d'origine, à la présence d'enfants à l'arrivée, aux inquiétudes vis-à-vis des personnes demeurées au pays, au séjour en camp de réfugiés, aux raisons de départ, etc. Cette information, interprétée en association, permet de percevoir des indices d'une expérience traumatique. Il serait alors possible d'ajuster une intervention en fonction d'un besoin précis et de référer, au besoin, une mère qui autrement serait passée inaperçue compte tenu de caractéristiques socio-économiques confondantes

(scolarité, multiparité, expérience, etc.). Il apparaît donc important de prévoir non seulement des mécanismes de soutien pour ces mères témoins de violence organisée, mais aussi une façon de les identifier. À cet effet, les outils diagnostiques devraient comporter un espace permettant d'y indiquer tout soupçon ou doute qui, s'appuyant sur les indices indirects susmentionnés, laissent présumer une situation problématique.

Un autre aspect majeur de convergence entre la perspective des intervenantes et celle des mères concerne l'isolement. Les intervenantes ont démontré une compréhension très fine de ce phénomène, notamment parce qu'il reflète un faible réseau social et peu de soutien durant la période périnatale. De leur côté, les mères immigrantes ont clairement exprimé les conséquences de cet isolement sur leurs conditions de vie, et ce, autant au plan émotif que social. Rappelons que l'isolement se manifeste notamment par l'absence de contacts réels, tant sociaux que familiaux, et que, pour plusieurs mères, leurs relations avec des professionnels de la santé ne parvenaient à pallier cette lacune que partiellement. En effet, si certains types de soutien peuvent être satisfaits de diverses façons, les femmes garantissent généralement un soutien instrumental qui est tout spécialement important aux yeux des mères durant la période périnatale. Or, l'absence de réseaux féminins demeure particulièrement difficile à combler étant donné la nature même du soutien qu'il procure. Cette réalité, exprimée par les mères immigrantes, et soulignée par les intervenantes, indique une de leurs principales vulnérabilités. Il s'agit bien sûr d'une réalité qui frappe la grande majorité des mères immigrantes durant les premières années de leur intégration et qui se traduit par un manque de soutien important lors de l'expérience périnatale.

Là où les perceptions diffèrent entre les mères immigrantes et les intervenantes, c'est au sujet du rôle du conjoint dans cette dynamique sociale où domine l'isolement. Facilement jugés par les intervenantes, notamment lorsque leur présence apparaît envahissante, les conjoints sont au contraire très appréciés par leur conjointe, lorsque, bien sûr, ils ont su ajuster leur implication à la situation particulière de l'immigration. En effet, en l'absence de réseaux, surtout familiaux, les conjoints sont dans un contexte qui facilite leur implication et leur offre même la possibilité de transgresser certaines normes qui habituellement gèrent la division sexuelle des tâches dans leur pays d'origine. Plusieurs mères ont d'ailleurs mentionné que jamais leur conjoint ne se serait impliqué de la même façon dans leur pays d'origine, étant soumis au regard critique de leur famille ou de leur entourage. Ainsi, l'absence de la famille peut favoriser l'implication du conjoint. Ce dernier se sent plus libre d'agir à l'abri du jugement des membres de sa famille. Bien évidemment, cet ajustement n'a permis de pallier l'absence des réseaux naturels de soutien que de façon partielle, mais néanmoins utile dans la plupart des cas.

En fait, l'absence de la famille suggère ici un effet paradoxal, en ce sens qu'elle constitue en soi un facteur de vulnérabilité, mais du même coup elle favorise un comportement parental favorable de la part du conjoint. Quoi qu'il en soit, il apparaît clairement que le soutien du conjoint est important aux yeux des mères, que la famille soit présente ou non, et qu'il est certes pertinent de l'encourager lorsque c'est possible.

Cet ajustement du rôle parental par les conjoints représente un facteur possible de protection, surtout en l'absence de la famille dans l'entourage. Mais il s'agit d'une implication qui n'est pas toujours possible. Et bien que certaines circonstances migratoires puissent la favoriser, d'autres peuvent au contraire y faire obstacle. Les conditions d'ordre économique qui dominent lors des premières années d'intégration figurent parmi ces obstacles. Par exemple, la précarité de l'emploi, la non-

reconnaissance de l'expérience professionnelle, les équivalences scolaires, etc., sont un ensemble de facteurs souvent tributaires d'une déqualification professionnelle, et dont les intervenantes sont également très conscientes. Ce phénomène de déqualification a plusieurs effets, dont certains sont contradictoires vis-à-vis de l'implication du conjoint. Ainsi, certains conjoints qui ont trouvé un emploi doivent également étudier pour obtenir l'équivalence de leur diplôme, alors que d'autres ont carrément plusieurs emplois faiblement rémunérés. Pour ces derniers, bien sûr, il est difficile de soutenir leur conjointe par une implication accrue auprès du nouveau-né ou des autres enfants. Leur soutien demeure plutôt financier et émotif. Dans ce cas, la conjointe voit son isolement se concrétiser par un manque de soutien probant. Par ailleurs, plusieurs répondantes ont mentionné que pour leur conjoint le fait de ne pas avoir d'emploi leur avait permis de découvrir de nouvelles formes d'implication paternelle. Cependant, pour ces dernières, cet engagement paternel s'est souvent fait au détriment des conditions socio-économiques et de la qualité de vie matérielle.

Toujours en ce qui a trait à la déqualification professionnelle, notons que les intervenantes se sont montrées particulièrement sensibles à ce phénomène lors des entrevues. Par contre, l'étude auprès des mères immigrantes a plutôt permis de constater que les mères (et leur conjoint) les plus susceptibles de vivre une déqualification n'avaient pas été référées par un professionnel de la santé et n'avaient pas été perçues comme potentiellement vulnérables. En conséquence, ces dernières représentent les répondantes qui ont le moins bénéficié des services de périnatalité offerts par les CLSC. Peut-être que les caractéristiques propres à ces mères (scolarité, âge, capacité d'expression, expérience, habitudes, etc.) ont faussé l'interprétation de leur vulnérabilité et qu'il faut, pour les évaluer avec une plus grande justesse, bien les recontextualiser selon leur réalité migratoire.

Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que la déqualification des unes et l'ascension sociale des autres nous ont amenés à constater un nivellement socio-économique au sein de l'échantillon qui place la grande majorité des mères dans une relative précarité économique. Ainsi, si la scolarité et l'expérience professionnelle peuvent être considérées comme des caractéristiques qui, à long terme, devraient améliorer les conditions de vie d'une personne, à court terme elles comportent fort peu d'avantages. En fait, elles peuvent être à la source de conséquences psychologiques découlant de la déqualification. La déqualification professionnelle des mères et de leur conjoint, associée à la durée de séjour (moins de 6 ans), représente donc un indice de vulnérabilité qui mérite d'être pris en considération. Cette déqualification peut être assez facilement détectée en vérifiant l'écart existant entre la scolarité, l'expérience professionnelle et le type d'emploi occupé.

Par ailleurs, les intervenantes ont perçu l'endettement des familles immigrantes comme un facteur indiquant des difficultés financières, mais aussi des difficultés d'intégration. Si la relation entre difficultés financières et endettement va de soi, elle est moins claire avec l'intégration. En fait, l'endettement est souvent le résultat d'une accumulation de factures non payées d'interurbains et du soutien financier apporté à la famille demeurée au pays d'origine ou présente au Québec. Il est aussi le résultat d'un manque de connaissance des ressources disponibles et du coût de la vie en Amérique du Nord. Finalement, il peut tout simplement refléter des difficultés d'accès à l'emploi, les premiers emplois étant rarement les plus intéressants aux plans financier et professionnel.

Les interurbains signifient par ailleurs le maintien des relations avec la parenté demeurée au pays d'origine, ce qui est pour le moins coutumier. Ces relations peuvent toutefois s'intensifier lorsqu'il y a soutien émotif et tentative pour briser l'isolement des premières années d'intégration, contribuant ainsi à accroître considérablement les coûts. Autrement, si la famille fournit un soutien indispensable aux yeux des mères immigrantes, elle peut également représenter un fardeau lorsque certains parents ont besoin de soutien à leur tour, surtout durant la période périnatale. Aussi, le réseau familial suggère encore une fois un effet paradoxal, sa présence ne garantissant pas de façon systématique un facteur de protection, et ce, autant aux yeux des mères que des intervenantes rencontrées. Il importe donc, entre autres, de savoir qui compose ce réseau familial : est-ce la belle-famille, la famille rapprochée, des cousins ou des cousines ? Y a-t-il des femmes ? Comme cela a été décrit au chapitre 4, s'interroger sur la composition du réseau apporte un début de réponse sur le type de soutien dont les mères peuvent bénéficier.

Les deux volets de l'étude ont clairement démontré l'influence des circonstances migratoires sur les conditions parentales, et l'importance d'en tenir compte pour mieux évaluer la vulnérabilité des mères immigrantes. Ces résultats nous mettent en garde, d'ailleurs, contre certaines influences du relativisme culturel qui peuvent faire obstacle à une libre interprétation et à un jugement professionnel éclairé. Bien que le relativisme culturel soit une influence incontournable, sinon au risque d'imposer des valeurs locales comme universelles, pour relativiser avec justesse il est important de très bien connaître la culture dont il est question. Or, il est impossible d'exiger d'une personne qu'elle développe une expertise professionnelle sur chacune des cultures qu'elle est appelée à rencontrer au cours de son travail. Aussi, si l'interrogation relativiste doit être maintenue, pour ce qui est de la vulnérabilité des mères immigrantes, l'analyse des circonstances migratoires permet d'en éviter les effets pervers qui empruntent trop souvent la forme d'un déterminisme culturel.

Hormis l'influence du relativisme culturel, les groupes de discussion avec les intervenantes ont permis d'observer la présence de divers courants de pensée qui s'insèrent dans le processus décisionnel, tels le féminisme et la lutte à la pauvreté. Encore une fois, la prise en compte des circonstances migratoires permettrait de nuancer l'influence autrement nécessaire de ces courants de pensée lors du processus décisionnel.

D'autres dimensions, dont les conceptions parentales, échappent toutefois à l'éclairage des circonstances migratoires. À cet effet, notons que les mères immigrantes ont tenu dans l'ensemble des propos assez négatifs sur la façon d'élever les enfants au Québec. Du côté des groupes d'intervenantes, ce sujet a été très peu abordé. Pourtant, la perception que les mères ont des valeurs éducatives risque d'influencer la crédibilité des conseils qui leur sont prodigués lors des activités en périnatalité. Qui plus est, comme le souligne Guberman et coll. (1997) dans une étude auprès de la communauté chinoise de Montréal, les perceptions qu'ont les personnes immigrantes des valeurs véhiculées au sein des services peuvent représenter un obstacle important à l'accessibilité. Or, ces perceptions ne reflètent qu'une partie de la réalité. Elles puisent également leur source dans les stéréotypes et les préjugés qui circulent au sujet de la population québécoise, et sur les valeurs éducatives dominantes. Il apparaît donc pertinent d'informer et d'échanger sur les façons d'éduquer et d'élever les enfants, d'aider à mieux en comprendre les enjeux et les raisons sous-jacents et ainsi démystifier certains *a priori*.

Pour finir, il est possible de dire qu'il ressort plus de convergences que de divergences entre la perspective des mères et celle des intervenantes sur la vulnérabilité. Cela permet en soi de cautionner un savoir et peut-être de le formaliser au sein des organismes qui sélectionnent les mères les plus vulnérables afin de leur offrir les services les plus adéquats. À cet effet, cette étude propose à titre de conclusion un ensemble de recommandations qui se divisent selon quatre niveaux. Le premier est directement relié aux circonstances migratoires qui doivent être considérées lors des interventions, le second concerne plus particulièrement le processus de planification et de programmation, le troisième la formation et le dernier les perspectives politiques d'immigration.

7.1 Recommandations

A) Reconnaissance des circonstances migratoires

1. Inclure des combinaisons de facteurs de vulnérabilité dans les outils visant à identifier les mères immigrantes vulnérables en période périnatale.

   Cette étude a permis d'identifier un ensemble de facteurs associés à l'expérience migratoire qui peut affecter les mères pendant la période périnatale et aider à distinguer des degrés de vulnérabilité. Il importe de tenir compte de ces facteurs en termes de combinaisons, chacun des facteurs pris indépendamment n'ayant en soi que peu de valeur évaluative. Il est donc recommandé d'intégrer ces facteurs aux grilles d'évaluation de manière à compléter les critères usuels portant sur un ensemble d'habitudes de vie et de caractéristiques socio-démographiques. En ce sens, ces nouveaux facteurs permettent de considérer le contexte migratoire sans pour autant invalider les critères usuels.

COMBINAISONS DE FACTEURS DE VULNÉRABILTÉ (PÉRIODE PÉRINATALE)[1]	
FACTEURS : RISQUE ÉLEVÉ	❑ Catégorie d'admission : requérante de statut, réfugiée ❑ Craintes associées au statut (expulsion, citoyenneté) ❑ Séparation familiale (conjoint ou enfant demeurés au pays d'origine) ❑ Raisons d'immigration : involontaire, obligation ❑ Témoin de violence organisée (persécution, discrimination, violence, etc.) ❑ Mère multipare (ayant eu des enfants avant de quitter) ❑ Immigration récente ❑ Réseau féminin absent ❑ Absence de la famille immédiate ❑ Absence du conjoint (ou non ajustement des comportements parentaux) ❑ Faible scolarité ❑ Âgée de plus de 30 ans au moment de l'immigration ❑ Bébé non désiré ❑ Méconnaissance du français et de l'anglais
FACTEURS : RISQUE MOYEN	❑ Catégorie d'admission : indépendante/ parrainée ❑ Raisons d'immigration : involontaire ❑ Connaissance de l'anglais uniquement ❑ Immigration récente ❑ Scolarité élevée (universitaire) ❑ Déqualification professionnelle (mère et conjoint) ❑ Perception de perte associée à l'expérience migratoire ❑ Non ajustement des comportements parentaux du conjoint ❑ Réseau familial absent

2. Reconnaître explicitement les circonstances migratoires dans l'évaluation et l'interprétation de la vulnérabilité des mères immigrantes de manière à relativiser l'influence de certains courants de pensée occidentaux.

   Des courants de pensée tels que le féminisme, le relativisme culturel et la lutte à la pauvreté, bien que tout à fait légitimes et nécessaires, risquent parfois de fausser l'interprétation de la vulnérabilité des mères immigrantes et de leur situation en général. Il importe de garder à l'esprit l'influence de ces courants de pensée sur notre regard. En effet, comment faire une analyse éclairée de la situation si tout est relativisé en fonction

[1] Se référer à la conclusion du chapitre pour mieux considérer les facteurs de vulnérabilité retenus dans cette étude.

des différences culturelles ? Il importe de considérer des facteurs économiques, personnels, sociaux et migratoires pour mieux saisir la complexité de la situation. Au contraire, la perspective féministe peut parfois précipiter l'évaluation en mettant l'accent sur les aspects en apparence conflictuels et sur les enjeux de pouvoir entre deux conjoints, et ce, sans tenir compte des différences d'ordre culturel derrière la dynamique du couple et du processus d'intégration. Il est donc recommandé de s'attarder aux circonstances migratoires et aux difficultés objectives rencontrées par les mères avant de tenter une interprétation plus complexe des comportements.

3. Recueillir des informations qualitatives permettant de saisir l'expérience subjective des mères immigrantes.

Bien que cette étude propose un ensemble de facteurs et de combinaisons facilitant l'identification des mères immigrantes plus vulnérables, il est prématuré à cette étape de penser qu'on puisse en faire une échelle validée de la vulnérabilité. En fait, cela exigerait une seconde étude permettant d'élaborer et de valider une telle échelle en fonction des résultats de cette première étude exploratoire. Bien qu'une telle échelle permettant de prédire la vulnérabilité d'une mère immigrante soit théoriquement envisageable, elle se devrait d'être multidimensionnelle, à l'image de l'expérience migratoire elle-même. Il est donc fondamental de maintenir des questions ouvertes, déjà présentes sous forme d'histoire de vie dans divers outils, pour refléter toute la complexité de l'expérience migratoire et des associations possibles avec leurs conditions parentales. Ainsi, est-il possible de rendre compte de l'expérience subjective des mères et de repérer l'écart entre ce qui a été souhaité et la réalité telle qu'elle est perçue. Les descriptions proposées dans cette étude peuvent soutenir l'interprétation de ces histoires de vie. Voici des exemples de thèmes à aborder préférablement de façon ouverte :

A) Traumatismes : Avez-vous vécu une expérience marquante avant de quitter votre pays (sans insister, la mère peut mentionner des indices de persécution, de mort d'un proche, de discrimination, de viol, etc.)?

B) Volontaire/involontaire : Quelles sont les principales raisons de votre émigration (pour sauver sa vie, pour étudier, rejoindre son conjoint, améliorer sa vie, etc.)?

C) Implication du conjoint : Quel type de soutien votre conjoint vous apporte-il ?

D) Pertes /gains : Depuis votre arrivée au Québec, votre situation s'est-elle améliorée ou au contraire détériorée (santé, émotions, soutien, réseaux, etc.)?

4. Porter une attention toute particulière aux mères requérantes de statut ou ayant le statut de réfugiée.

La principale caractéristique commune aux mères présentant la plus grande vulnérabilité (émotive, physique, sociale, économique, etc.) est leur profil migratoire qui reflète celui de personnes réfugiées ou en attente de statut. Ces dernières ont souvent été témoins de violence organisée et vivent des séquelles de leurs expériences passées en plus de vivre dans leur nouveau pays une situation déstabilisante aux plans émotif et social et une immigration non désirée. Les outils d'évaluation pour un suivi devraient contenir un espace pour colliger officiellement les renseignements qui permettent de présumer d'une telle situation, et ainsi de faciliter la prise en charge de ces mères.

5. Considérer la parité des mères à la lumière de leur parcours migratoire et des circonstances entourant leur immigration.

Quitter son pays avec un ou plusieurs enfants, avec une famille déjà formée, est apparu comme une solution à un problème important plutôt qu'un projet migratoire en soi. Aussi, cette situation familiale dénote un parcours susceptible d'affecter les mères sur plusieurs

plans, notamment parce qu'elles vivent une situation qu'elles n'ont pas vraiment désirée. Les mères multipares immigrantes méritent également une attention particulière à cause de leur situation en arrivant au pays d'accueil. Elles ont en effet à prendre soin de leurs enfants en plus du nouveau bébé dans un contexte d'intégration qui parfois peut être particulièrement difficile lors des premières années d'installation (absence de réseaux, conditions de logement, emplois, adaptation aux services, etc.).

B) Planification et programmation

6. Orienter la planification de programmes en fonction de besoins propres aux mères et aux familles immigrantes. Certains besoins sont criants au sein des populations immigrantes et doivent être considérés comme prioritaires. Soulignons les quelques besoins suivants :
    - ***Soutien instrumental*** *: l'isolement des mères immigrantes est généralisé pendant les premières années, surtout en ce qui a trait au réseau de soutien féminin. Des programmes devraient explicitement soutenir la création de ce type de réseau qui permettrait entre autres de combler des besoins en soutien instrumental.*
    - ***Soutien budgétaire*** *: Très largement, les personnes immigrantes maintiennent des contacts avec la parenté demeurée au pays d'origine. En conséquence, plusieurs s'endettent en frais d'interurbains. Différentes situations sont également propices à un surendettement comme les frais de chauffage (mauvaise isolation). Un soutien pour planifier un budget serait pertinent en période périnatale afin d'assurer qu'elles puissent se procurer ce dont elles ont besoin pour elles et le bébé.*
    - ***Soutien psychologique*** *: 1) Les séparations familiales (conjoint ou enfant au pays d'origine) représentent un facteur de vulnérabilité très important (angoisses et inquiétudes) qui a des conséquences dans plusieurs sphères de la vie des mères. Des mécanismes de soutien psychologique devraient être disponibles afin de répondre à ce besoin précis qui touche une proportion importante des mères ayant un statut de réfugié ou étant en attente de statut. 2) Un soutien devrait également être disponible aux mères présentant des risques de chocs post-traumatiques.*
    - ***Soutien à l'intégration culturelle*** *(conception parentale) : L'étude a permis de constater que les perceptions des répondantes sur les valeurs éducatives favorisées au Québec sont généralement assez négatives. Cette perception repose en partie sur une incompréhension des objectifs derrière certaines attitudes et peut mener à une fermeture, un repli sur soi, par crainte de ne pouvoir éduquer leur enfant selon leur propre conception. De plus, ces perceptions négatives, fondées ou non, représentent un obstacle à l'accessibilité aux services de périnatalité. Il serait donc recommandé d'inclure aux activités, ou interventions, des séances de discussion sur les valeurs éducatives favorisées au Québec afin d'éviter le développement d'interprétations trop négatives et de stéréotypes.*

7. Intégrer des indicateurs reliés aux circonstances migratoires pour mieux évaluer la vulnérabilité des populations immigrantes dans l'analyse des risques et des besoins en périnatalité pour la planification et la programmation régionale (connaissance/ surveillance).

    Les facteurs associés aux circonstances migratoires (catégories d'admission, durée de séjour, expérience prémigratoire, parité, etc.) devraient être intégrés au processus décisionnel facilitant la planification et la programmation régionales. De fait, ils devraient être inclus systématiquement dans les différents fichiers administratifs et dans les différentes banques de données afin d'avoir une meilleure description de la population immigrante et par conséquent de la réalité montréalaise.

8. Accorder une attention particulière à la méconnaissance du français lors des suivis afin d'éviter que cette difficulté ne nuise à l'accessibilité des services en périnatalité.

   L'étude a permis de constater que les répondantes allophones avaient un meilleur accès aux services de distribution alimentaire et que les répondantes parlant le français avaient un meilleur accès aux cours pré et postnatal, alors que les mères ne parlant que l'anglais comme langue seconde ne bénéficiaient d'aucun de ces services. L'attention particulière accordée aux mères allophones ces dernières années a peut-être eu pour effet de délaisser celles ne parlant que l'anglais en plus de leur langue maternelle.

9. Favoriser l'implication paternelle et l'ajustement des rôles parentaux permettant de pallier la faiblesse des réseaux de soutien en contexte migratoire.

   Malgré les efforts déployés, les pères apparaissent encore trop souvent comme les grands oubliés des programme de périnatalité. Plus difficiles à rejoindre dans le contexte actuel, moins portés à participer, ces derniers sont souvent maintenus à l'écart. Des approches novatrices devraient être mises en œuvre afin de faciliter leur participation. Étant donné que tous les services offerts aux populations immigrantes comportent des effets sur l'intégration, il apparaît important d'associer les hommes à cette démarche afin, à tout le moins, d'éviter une intégration différente entre les membres d'une même famille et de générer ainsi des conflits de valeurs supplémentaires. Par ailleurs, l'implication des pères représente un facteur de protection en contexte migratoire dans la mesure où ils peuvent combler le vide laissé par le réseau familial. Aussi, faudrait-il trouver des moyens permettant de renforcer cette implication qui suppose généralement un ajustement culturel du rôle paternel.

10. Favoriser l'intersectorialité et la concertation entre les divers organismes qui oeuvrent auprès des populations immigrantes.

    L'éventail des besoins propres aux mères immigrantes et à leur famille durant la période périnatale suppose le soutien concerté d'organismes ayant une mission et une expertise complémentaires. À cet effet, il importe de favoriser l'arrimage entre les organismes engagés dans l'intégration des personnes immigrantes, dont ceux financés par le MRCI (ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration), et les autres organismes plutôt orientés vers la santé de la population.

C) Formation

11. Faciliter l'accès à des formations pour les professionnels de la santé en première ligne sur l'influence de l'expérience migratoire sur la santé des femmes et de leur famille.

    Plus d'attention devrait être portée à l'expérience migratoire. Encore trop peu de programmes de formation existent à cet effet, ce qui permettrait par ailleurs de développer une approche complémentaire à celle proposée par les programmes de formation interculturelle. En effet, l'expérience migratoire transcende les cultures de plusieurs façons et, en ce sens, devient un repère fondamental pour une meilleure compréhension de la vulnérabilité des personnes immigrantes tout en permettant d'éviter de « stéréotyper » en fonction des pays d'origine.

D) Politique

12. Reconnaissance politique et institutionnelle des besoins particuliers de l'intervention auprès des populations immigrantes.

    Les modalités d'intervention auprès des populations immigrantes exigent certaines considérations. Par exemple, les entretiens avec cette clientèle peuvent demander plus de temps et, souvent, nécessiter la présence d'un interprète. Les ressources financières et humaines allouées à l'intervention en milieu d'immigration devraient prendre en considération ces particularités.

13. Diminuer la durée d'attente de statut pour les personnes requérantes de statut.

    L'attente de statut représente une situation très insécurisante et les résultats de cette étude sont sans équivoque sur ce point en ce qui a trait à la période périnatale, période pendant laquelle les mères peuvent être encore plus vulnérables au plan émotif. Aussi, à l'instar de nombreuses études ayant été publiées ces dernières années, il est recommandé de réduire la durée d'attente de statut ou, à tout le moins, de faciliter le processus de demande de statut. Par ailleurs, parmi ces mères ayant émigré précipitamment, plusieurs ont été dans l'obligation de laisser derrière elles conjoint et enfants, manifestant par conséquent un degré élevé d'inquiétude et de stress. Bien que les politiques d'immigration favorisent la réunification familiale par le parrainage d'un conjoint, elles ne facilitent pas toujours l'accueil des enfants ni le parrainage par une femme. Les politiques d'immigration sur ce point devraient être analysées afin de faciliter ce type particulier de réunification familiale.

7.2 Conclusion

Les dimensions analysées dans le cadre de cette étude ont permis de mieux documenter la vulnérabilité des mères immigrantes et par conséquent de proposer des facteurs qu'il sera possible d'inclure dans les futures grilles de dépistage.

Certaines observations de cette étude se sont avérées conformes aux observations d'études précédentes, notamment par rapport au parcours migratoire des personnes réfugiées ou en attente de statut et des effets des parcours sur l'état émotif et la santé. Par contre, d'autres résultats se sont révélés plus originaux, ce qui est entre autres le cas de la relation entre le parcours migratoire et le parcours familial, l'éclairage de la perspective migratoire sur la parité, la mécanique familiale derrière l'ajustement du rôle paternel, le rôle ambigu des réseaux familiaux, la déqualification professionnelle et les biais d'interprétation qu'elle entraîne, l'importance particulière des réseaux féminins et certaines particularités du processus décisionnel menant à une référence.

Ces résultats permettent d'envisager la possibilité d'améliorer la détection de la vulnérabilité de ces mères, d'améliorer les structures d'accueil des immigrants et l'adaptation des programmes conçus initialement pour une clientèle mono-ethnique. En effet, cette recherche peut accroître la prise de conscience institutionnelle de la vulnérabilité spécifique aux populations immigrantes, laquelle est déjà présente chez certaines intervenantes qui utilisent des facteurs associés aux circonstances migratoires de façon intuitive ou d'après leurs expériences personnelles et professionnelles. Aussi, ces résultats pourront-ils, à tout le moins, cautionner et encourager ces pratiques dites silencieuses parce que non reconnues officiellement.

Les grilles de dépistage servent de soutien au processus décisionnel, mais sont moins utilisées lorsque les intervenantes acquièrent de l'expérience. Ceci est d'autant plus vrai en milieu migratoire, puisque ces grilles ne proposent pas de facteurs de vulnérabilité propres aux clientèles immigrantes. L'intervenante doit alors juger de la situation selon son bon sens et son expérience en intervention. Pourtant, pour les institutions et les organismes, ces grilles sont des outils de référence et plus encore des filets de sécurité permettant de guider la prise de décision dans un contexte souvent marqué par la restriction des ressources et la sélection des cas prioritaires. Aussi, est-il pertinent d'en faire des outils reflétant le mieux possible la réalité sociale des milieux où elles sont utilisées.

En permettant de tenir compte des conditions de développement propres à l'ensemble des femmes immigrantes et de leur famille, cette recherche pourra également servir à soutenir l'élaboration de stratégies visant à bonifier le processus d'attribution des services préventifs en périnatalité, donc à améliorer les services de santé dans ce domaine en les ajustant au contexte migratoire et aux différences culturelles. De plus, en améliorant l'accessibilité aux programmes intégrés de prévention, cette étude représente un apport concret pour les organismes appelés à jouer un rôle de plus en plus important dans le contexte actuel marqué par le virage ambulatoire. Ces résultats peuvent donc être utiles aux décideurs autant qu'aux intervenantes désireux de développer des outils ou des grilles de dépistage sensibles à la vulnérabilité des mères immigrantes, à la singularité de leurs expériences et de leurs conditions de vie.

Dans une société où l'apport de l'immigration est si important, surtout au plan de la natalité, tenir compte de manière plus systématique de ces facteurs de vulnérabilité associés aux circonstances migratoires permettra d'améliorer l'accessibilité aux programmes pré et postnatals et d'éviter des inégalités en matière de santé pour les femmes immigrantes.

BIBLIOGRAPHIE

Alvarado, E. (1993). « Les jeunes de communautés culturelles », *Santé mentale au Québec*, 28(1):211-226.

Alvarado, E., Gravel, S. (1991). *Problème de stimulation et de développement des jeunes enfants issus de familles latino-américaines du quartier Côte-des-Neiges*. DSC Sainte-Justine.

Battalgini, A., Fortin, S., Heneman, B., Laurendeau, M.C., Tousignant, M. (1997). *Bilan des interventions en soutien parental et en stimulation infantile auprès de clientèles pluriethniques*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Rapport de recherche.

Battaglini, A., Gravel, S. (2000). « Diversité culturelle et planification de la santé », in *Culture, Santé et ethnicité, vers une santé publique pluraliste*, Gravel, S, Battaglini, A., Direction de la santé publique de Montréal-Centre, pp. : 80-130.

Beine, K., Fullerton, J., Palinkas, L., Anders, B. (1995). « Conceptions of prenatal care among Somali women in San Diego *» Journal of Nurse and Midwifery*, (40)4:376-381.

Beiser, M., Barwick, J.W., Berry, G., Fantino, A.M., Ganesan, S., Lee, C., Milne, W., Naidoo, J., Prince, R., Tousignant, M. et Vela, E. (1988), *Puis... La porte s'est ouverte. Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*, Rapport du groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, Secréatriat au multiculturalisme, ministère de la Santé et Bien-être social, Ottawa.

Bibeau, G., Chan-Yip, A.M., Lock, M., Rousseau, C., Sterlin, C. (1992). « La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien », Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville.

Boyer, G., Parisien, D. (1998). *Naître égaux – Grandir en santé. Évaluation des priorités régionales de prévention – promotion de la santé et du bien-être*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Bril, B., Dase, P., Sabatier, C., Krewer, B. (1999). *Propos sur l'enfant et l'adolescent. Quels enfants, pour quelles cultures?* L'Harmattan.

Camilleri, C. (1996). « Stratégies identitaires: les voies de la complexification », *Communication pour le VIe Congrès International de l'ARIC*, Montréal, Québec, Canada, le 22 mai 1996.

Cabral, H., Fried, LE., Levenson, S., Amaro, H., Zuckerman, B. (1990). *Foreign-born and US-born black women: differences in health behaviors and birth outcomes.* Am J Public Health, 80(1):70-72.

Chen J, Ng E, Wilkins R. (1996). La santé des immigrants au Canada 1994-1995. *Rapports sur la santé,* Statistiques Canada,

Chicoine, N., Charbonneau, J. (1997). *Processus de création des réseaux sociaux des femmes immigrantes à Montréal, Immigration et métropoles*, INRS-Urbanisation, Université McGill.

Cohen-Émerique, M. (1997). « La négociation-médiation, phase essentielle dans l'intégration des migrants », in *Hommes et migration*, 1208/juillet-août.

Cohen-Émerique, M. (1993). « L'approche interculturelle dans le processus d'aide », in *Santé mentale* au Québec, XVIII/1: 71-92.

Colin, C., Desrosiers, H., (1989). *Naître égaux et en santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Collins, JW, Shay D. (1994). Prevalence of Low Birth Weight among Hispanic Infants with United States-born and Foreign-born Mothers : The Effects of Urban Poverty; *Am. J. Epidemiology*. 139 (2) :184-192.

Cousineau, D. (1991). *Relation entre la santé globale et la consommation des soins chez les immigrants du Québec.* Revue canadienne de santé publique, 82:341-343.

Cousineau, D. (1990). *Étude d'un indice de santé globale chez les immigrants du Québec.* Revue canadienne de santé publique, 81:187-190.

Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-Centre (1996). *Mères et Mondes*. Feuillets sur la périnatalité des communautés culturelles de Montréal.

Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-Centre (1994). *Études effets de la phase prénatale du Programme intégré de prévention en périnatalité.*

Statistique Canada, recensement 1996. Série de profils par secteur de recensement, regroupement des données par territoires de CLSC préparée pour la Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-Centre (1999), Provencher, P., Riberdy, H., Kapetanakis, K.. Site internet www.sante-pub-mtl.qc.ca..

Dinh, D.K., Ganesan, S., Waxler-Morrison, N. (1990). « The Vietnamese » in Waxler-Morrison, N. *Cross-cultural caring*, University of British Columbia,181-213.

Doucet, H., Baumgarten, M., Infante-Rivard, C. (1991). « Risk of Low Birthweight and Prematurity Among Foreigh-born Mothers », *Revue canadienne de santé publique*, 83(3) : 192-195.

Dussault, G., Hyman, I. (1992). *The effect of migrant adaptation on perinatal health.* GRIS, Université de Montréal.

Edwards, N. (1994). « Factors influencing prenatal class attendance among immigrants in Ottawa-Carleton ». *Canadian Journal of Public Health*, 85(4) : 254-258.

Fédération des CLSC du Québec (1996). *Volet 6, Virage ambulatoire périnatalité*.

Foster, H.W. (1997). « The enigma of Low Birth Weight and Race ». *The New England Journal of Medecine*, 337(17) 16-17.

Guberman, N., Maheu, P., Mousseau-Glasser, M., Plante, H. (1997). *L'utilisation des ressources d'aide par les personnes âgées chinoises du centre-ville de Montréal*, Université du Québec à Montréal et ex-CLSC Centre-ville de Montréal.

Guberman, N., Leblanc, J., David, F., Belleau, J. (1993). *Un mal invisible. L'isolement des femmes*, Remue-ménage, Montréal.

Hazuda HP, Haffner SM, Stern Mp. et al, (1988). « Effects of Acculturation and Socioeconomic Status on Obesity and Diabetes in Mexican Americans ». The San Antonio Hearth Study. *American journal of Epidemiology* 128 (6) : 1289-1301.

Heneman, B., Legault, G., Gravel, S., Fortin, S., Alvarado, É. (1994). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*, Écoles de service social, Université de Montraél et Direction de la santé publique, Rapport de recherche.

Herbaut, C., Wallet, J-W.(dir.) (1996). *Des sociétés, des enfants. Le regard sur l'enfant dans diverses cultures*. L'Harmattan/Licorne. Paris/Amiens.

Hopper, C., Khan, S., (1998). « L'adaptation d'une famille nouvellement arrivées au Canada à la naissance d'une enfant ». *Infirmière du Québec*, Mars-avril, 11/12.

Lebart, L., Morineau, A., Piron, M. (1997). *Statistique exploratoire multidimentionnelle*, 2e édition, Dunod.

Legault, G., Lafrenière, M. (1993). « Femmes, migrations, interventions: une rencontre interculturelle », Rapport de recherche, École de service social, Université de Montréal, 186 pages.

Legault, G., Lafrenière,M. (1992). *Situations d'incompréhensions interculturelles dans les Services sociaux : problématique.* Santé mentale au Québec, 17(2):113-132.

Luna, L. (1994). *Care and cultural context of Lebanese Muslim immigrants: using Leininger's theory.* J Transcult Nurs, 5(2):12-20.

Moro, M. (1992). « Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie. L'exemple du travail avec les enfants de migrants », *Santé mentale au Québec*, 17(2) : 71-98.

Oakley, A. (1991). *Using medical care: the views and experiences of high-risk mothers.* Health Serv Res, 26(5):651-669.

Pépin, Y (1990). *L'utilisation des services périnataux du CLSC. Le partage des eaux*, CRSSSAT, Direction de la recherche et de l'évaluation.

ministre de la Santé et des Services sociaux(1992). *Politique de périnatalité*.

Rossiter, JC. (1992). *Maternal-infant health beliefs and infant feeding practices: the perception and experience of immigrant Vietnamese women in Sydney.* Contemp Nurse, 1(2):75-76.

Rousseau, C., Moreau, S., Drapeau, A., Marotte, C. (1997). *Politique d'immigration et santé mentale : Impact des séparations familiales prolongées sur la santé mentale des réfugiés.* Rapport présenté au CQRS, Montréal.

Sabatier, C. (1989). *Variations culturelles de la relation mère-enfant, normes et pratiques*. Étude auprès des haïtiens, vietnamiens de Montréal. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Montréal.

Schulpen, TW. (1996). « Migration and child health: the Dutch experience ». *European Journal of Pediatry*, 155(5) : 351-356.

Scribner R, Dwyer JH. (1989). « Acculturation and Low Birthweight among Latinos in the Hispanic » Hanes. *AJHP*. 79 (9) : 1263-1267.

Séguin, L., Goulet, L., Frohlich, K., Dumas, ME., Desjardins, L. (1998). *Le rôle de l'environnement pour l'allaitement maternel chez les femmes défavorisées.* Gris, Université de Montréal.

Séguin, L., St-Denis, M., Loiselle, J., Potvin, L. (1993). *Stresseurs, soutien social et réactions dépressives à la période périnatale chez les primipares défavorisées et favorisées.* GRIS, Université de Montréal.

Siem, H. (1997). *Migration and health-the international perspective.* Schweiz Rundsch Med Prax, 86(19):788-793.

Stoltenberg, C., Magnus, P. (1995). « Children with low birth weight and low gestational age in Oslo, Norway: immigration is not the cause of increasing proportion »*. Journal of Epidemiology Community Health*, 49(6):588-593.

Soulière, M., Groleau, D. (1994). *Les pratiques, les rites et les croyances périnatals chez les immigrantes vietnamiennes de Sherbrooke*, Naissance-Renaissance, Sherbrooke.

Stork, H. (1988). » Aspects culturels des techniques de maternage ». *Migrations-santé*, 3e trimestre (60) : 17-23.

Vatz-Laaroussi M. 1993. « Intervention et stratégies familiales en interculturel ». *Service social.* 42(1) :49-62.

Zambrana, RE., Scrimshaw, SC., Collins, N. (1997). « Prenatal health behaviors and psychosocial risk factors in pregnant women of Mexican origin: the role of acculturation *». American Journal of Public Health*, 87(6):1022-6.

Zelkowitz, P., Milet, TH. (1995). « Screening for post-partum depression in a community sample *». Canadian Journal of Psychiatry,* 40(2):80-86.

Annexe 1 :
Tableaux et figures complémentaires

ANNEXE 1 : TABLEAUX ET FIGURES COMPLÉMENTAIRES

TABLEAUX ET FIGURES COMPLÉMENTAIRES AU CHAPITRE 3

Tableau A-1 : Séparation avec le conjoint selon la catégorie d'admission

		Quand arrivée au Canada, votre conjoint:			
		Vous accompagnait	Se trouvait déjà au Canada	Était au pays d'origine	Total
STATUT	Requérante/réfugiée	10	4	7	21
	Indépendante	11	2	1	14
	Parrainée	1	39	3	43
Total		22	45	11	78

Tableau A-2 : Votre grossesse était-elle désiré

	N	%
Oui	64	70,3
Non	27	29,7
Total	91	100,0

Figure A-2 : Responsabilités familiales selon la parité et la catégorie d'admission

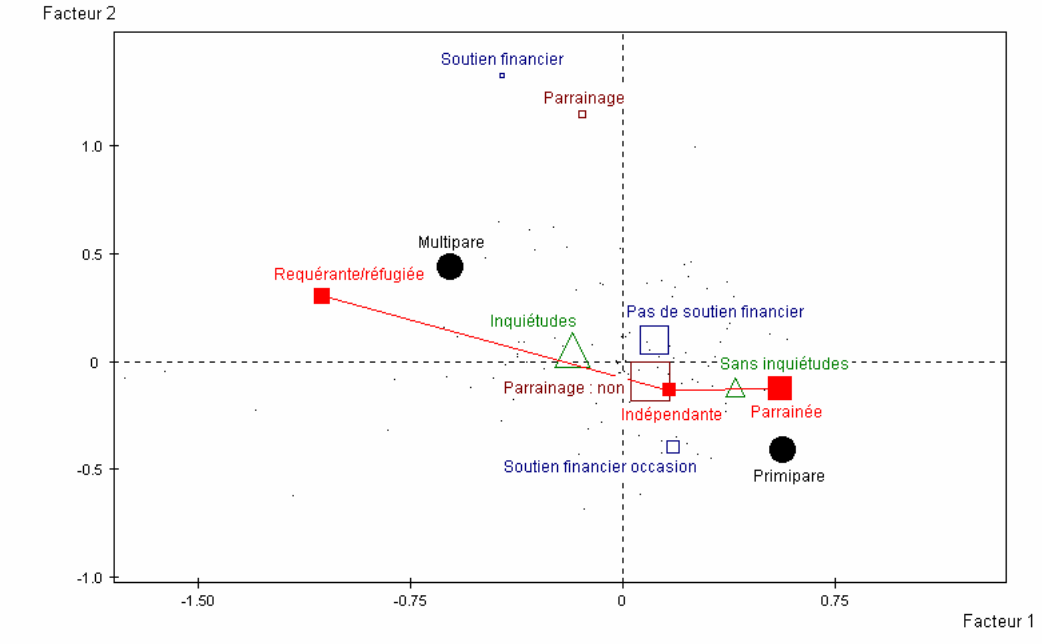


Tableau A-3 : Principales difficultés rencontrées selon la catégorie d'admission

			Catégories d'admission		
			Requérante / temporaire	Parrainée	Indépendante
Difficultés	Trouver logement	Mentions	10	14	4
		%	41,7	33,3	25,0
	Isolement	Mentions	14	29	7
		%	58,3	69,0	43,8
	Trouver travail convenable	Mentions	14	31	14
		%	58,3	73,8	87,5
	Trouver aliments habituels	Mentions	7	7	1
		%	29,2	16,7	6,3
	Problèmes de langue	Mentions	15	27	6
		%	62,5	64,3	37,5
	discrimination/racisme	Mentions	5	14	4
		%	20,8	33,3	25,0
	Contact avec québécois	Mentions	18	19	9
		%	75,0	45,2	56,3
	Conn. des institutions de santé	Mentions	7	12	6
		%	29,2	28,6	37,5

Tableau A-4 : Occupation avant et après l'immigration (conjoint)

Count

		Principale occupation avant départ (conjoint)						Total
		Sans emploi	Étudiant	Ouvrier	Empl. bur.	Prop. ou commerçant	Prof.	
Principale occupation maintenant	Empl. bur.	1	6	2	8	3	3	23
	Sans emploi	2		3	7	1	1	14
	Ouvrier non qualifié		1	1	4	5	2	13
	Recherche d'emploi		2		7	1	1	11
	Étudiant		2	1	1	1	3	8
	Prop. commerçant		1			1	2	4
	Professionnel		1				2	3
Total		3	13	7	27	12	14	76

Tableau A-5 : Taille des logements selon la composition résidentielle

Count

		Partage du logement								Total
		Mère + 1 enf.	Mère + 2 enf.	Mère + 4 enf.	Mère + conj + 1 enf.	Mère + conj + 2 enf.	Mère + conj + 3 enf.	Mère + conj + 4 enf	Autres	
	2 pièces et -	2			3	1		1		7
	3 pièces	3	1		24	8	2	1	1	40
	4 pièces		1	2	13	7	6	2	4	35
	5 pièces et +			1	2	1	3	2		9
Total		5	2	3	42	17	11	6	5	91

TABLEAUX ET FIGURES COMPLÉMENTAIRES AU CHAPITRE 4

Tableau A-6 : Lieux de rencontres (réseaux hors parenté)

		Mentions	% (n=86)
Lieu de connaissance	Service de santé	*114*	*29,8*
	Voisinage	*70*	*18,3*
	Org. comm.	*50*	*13,1*
	Pays d'origine	*32*	*8,4*
	Église	*32*	*8,4*
	Par autre contact	*31*	*8,1*
	COFI	*22*	*5,7*
	École, travail	*21*	*5,5*
	Centre commercial	*4*	*1,0*
	Autre	*7*	*1,8*
Total		*383*	*100,0*

Tableau A-7 : Composition du réseau social

	Mentions	% de mentions
Professionnel	*119*	*30,7%*
Amie fille	*104*	*26,8%*
Connaissance	*82*	*21,1%*
Ami garçon	*26*	*6,7%*
Voisin	*26*	*6,7%*
Amie ou ami du conjoint	*13*	*3,4%*
Organisme comm.	*7*	*1,8%*
Religieux	*6*	*1,5%*
Collègue	*5*	*1,3%*
Total	*388*	*100,0%*

Tableau A-8 : Réseau familiale, belle-famille

		n	%
Taille	Aucune	*58*	*63,7*
	1 personne	*16*	*17,6*
	2 personnes	*10*	*11,0*
	3 personnes	*3*	*3,3*
	4 personnes et +	*4*	*4,4*
	Total	*91*	*100,0*

Tableau A-9 : Réseau selon la catégorie d'admission

			STATUT			
			requérante /réfugiée	Indépendante	Parrainée	Total
Taille	Aucune	N	*13*	*10*	*9*	*32*
		%	*48,1%*	*55,6%*	*19,6%*	*35,2%*
	1 personne	N	*3*		*6*	*9*
		%	*11,1%*		*13,0%*	*9,9%*
	2 personnes	N	*4*		*10*	*14*
		%	*14,8%*		*21,7%*	*15,4%*
	3 personnes	N	*2*	*3*	*10*	*15*
		%	*7,4%*	*16,7%*	*21,7%*	*16,5%*
	4 personnes	N	*3*	*1*	*2*	*6*
		%	*11,1%*	*5,6%*	*4,3%*	*6,6%*
	5 personnes et +	N	*2*	*4*	*9*	*15*
		%	*7,4%*	*22,2%*	*19,6%*	*16,5%*
Total		N	*27*	*18*	*46*	*91*
		%	*100,0%*	*100,0%*	*100,0%*	*100,0%*

Tableau A-10 : Sources spécifiques du soutien pendant la période périnatale

		Cases	Col Response %
soutien total	Professionnel CLSC	40	19,5%
	Amie fille	28	13,7%
	Voisinage	14	6,8%
	Org. communautaire	14	6,8%
	cousine	13	6,3%
	mère	12	5,9%
	belle soeur	11	5,4%
	Org. religieux	10	4,9%
	NAP	9	4,4%
	beaux parents	8	3,9%
	soeur	8	3,9%
	autres (neveu nièce)	6	2,9%
	beau frère	5	2,4%
	dispensaire, diététique	5	2,4%
	tante	4	2,0%
	Collègue	4	2,0%
	frère	3	1,5%
	oncle	2	1,0%
	famille en général	2	1,0%
	belle famille en général	2	1,0%
	connaissance	2	1,0%
	père	1	,5%
	Amie ou ami du conjoint	1	,5%
	pr	1	,5%
Total		91	100,0%

Figure A-2 : Soutien : qui et comment selon les catégorie d'admission

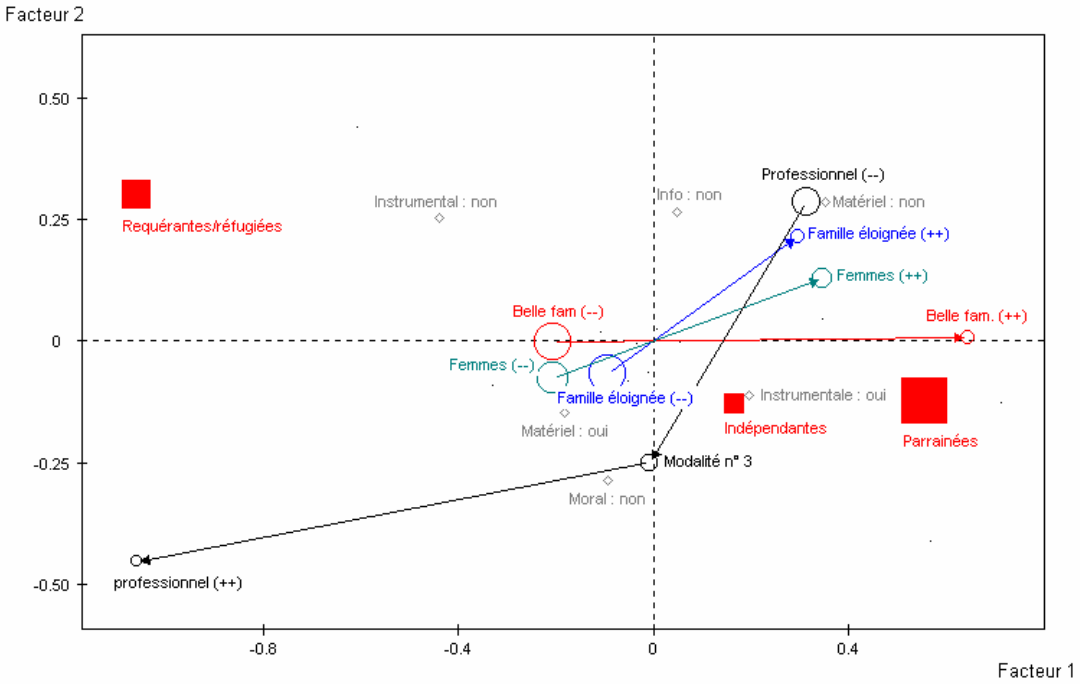


Tableau A-11 : Fréquence de l'implication paternelle selon la type de soutien

(n=91)	Jamais		À l'occasion		½ du temps		Très souvent	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Donner à boire au bébé	14	15,4	39	42,9	12	13,2	16	17,6
Donne le bain	32	35,2	27	29,7	8	8,8	14	15,4
Changer les couches	20	22,0	37	40,7	13	14,3	11	12,1
S'en occuper quand malade	9	10,0	20	22,2	17	18,9	31	34,4
Conduire chez le médecin	5	5,5	15	16,5	17	18,7	44	48,4
Sortir avec le bébé	9	9,9	16	17,6	20	22,0	36	39,6
Le mettre au lit	10	11,0	31	34,1	19	20,9	21	23,1
Le calmer quand il pleure	4	4,4	28	30,8	24	26,4	25	27,5
L'amuser	2	2,2	11	12,1	19	20,9	49	53,8
Gardiennage	16	17,8	25	27,8	7	7,8	32	35,6
Faire les courses	4	4,4	10	11,1	11	12,2	55	61,1
Faire les repas	28	31,1	33	36,7	9	10,0	10	11,1
Faire le ménage	29	31,9	30	33,0	9	9,9	13	14,3
S'occuper des autres enfants	1	1,1	6	6,8	12	13,6	15	17,0

Tableaux A-12 : État de santé depuis l'arrivée selon la catégorie

Count

		STATUT			Total
		Requérante/réfugiée	Indépendante	Parrainée	
État de santé depuis l'arrivée	Est stable	14	10	26	50
	S'est amélioré	7	3	7	17
	S'est détérioré	6	5	13	24
Total		27	18	46	91

Tableaux A-13 : Problèmes de santé durant la grossesse selon la catégorie

Count

		STATUT			Total
		Requérante/réfugiée	Indépendante	Parrainée	
Problèmes santé pendant grossesse	Oui	14	6	15	35
	Non	13	12	31	56
Total		27	18	46	91

Tableaux A-14 : Problèmes de santé durant la grossesse selon les raisons d'immigration

Count

		immigration volontaire		Total
		oui	non	
Problèmes santé pendant grossesse	Oui	6	29	35
	Non	19	37	56
Total		25	66	91

Tableaux A-15 : Raisons de participation aux activités

		Mentions	% (n=65)
	Apprendre nouvelles choses	29	44,6
	A été référée	15	23,1
	Faire des rencontres	2	3,1
	Près de la maison	1	1,5
	Pratiquer français/anglais	1	1,5
	Améliorer compétence parent	1	1,5
	Autre	16	24,6
	Total de mentions	65	-

Tableaux A-16 : Appréciation des activités en périnatalité

	n	% (n=70)
Activité(s) répondue(s) aux attentes	62	88,6
A participé à toutes les rencontres prévues	45	64,3
A appris qqch et changé des façons d'agir	38	54,3
A abandonné l'activité	7	10,0
A été choqués par certaiens attitudes	3	4,3
Total de cas	70	-

Tableau A-17 : En quoi les activités ont répondu aux attentes ?

	Mentions	% (n=65)
Le type de soins, de conseils	23	35,4
Aide alimentaire	20	30,8
Savoir faire avec bébé	7	10,8
Socialisation, rencontrer des pairs, répit	6	9,2
Peu intéressant	4	6,2
PR	15	23,1
Total de mentions	75	-

Tableau A-18 : Difficultés associées à la communication

	Mentions	% (n=36)
Incompréhension des explications, des situations	13	36,1
Médecins parlent, expliquent et écoutent peu	8	22,2
Discrimination due à la langue	2	5,6
PR	13	36,1
Total de mentions	36	-

Tableau A-19 : Pourquoi les lait maternel est-il préférable ?

	Mentions	% (n=91)
Prévient les maladies	33	36,3%
Meilleur pour la santé, croissance	27	29,2%
Plus nourrissant (vitamine)	27	29,7%
Aide la relation mère/enfant)	16	17,6%
Plus naturel	14	15,4%
C'est plus pratique	9	9,9%
Plus complet	7	7,7%
Moins cher	4	4,4%
Autres	3	3,3%
Total	140	-

Tableau A-20 : Différences des pratiques d'allaitement entre le Québec le pays d'origine

		Mentions	% (n=91)
	Pas de différence	*49*	*53,8%*
	Aurait allaité au sein et plus longtemps	*31*	*34,1%*
	Plus de soutien là-bas	*13*	*14,3%*
	Aurait eu + de temps libre	*4*	*4,4%*
	Ne sais pas	*4*	*4,4%*
	Aurait été moins épuisé (phys. ou psycho.)	*3*	*3,3%*
Total		*103*	-

Tableau A-21 : Changements d'habitudes pendant la période périnatale

		Mentions	% (n=91)
	Cesser excitant (café, sucre, thé, boissons, épices)	*38*	*41,8%*
	Ne sait pas	*31*	*34,1%*
	Moins de légumes	*10*	*11,0%*
	Cesser alcool	*8*	*8,8%*
	Moins de viande, poisson	*6*	*6,6%*
	Diminution générale	*5*	*5,5%*
	Plus de produits laitiers	*3*	*3,3%*
	Moins de féculents et pâte	*4*	*4,4%*
	Plus de céréales	*2*	*2,2%*
Total		*107*	-

Annexe 2 :
Catégorisation hiérarchique :
représentativité proportionnelle de chaque facteur par catégorie.

CLASSE 1 / 3 38.46 CLASSE 1 / 3 aa1a 35

V.TEST	PROBA	CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	IDEN	POIDS
4.29	0.000	76.00	54.29	27.47	oui	immigration volontaire	Q501	25
4.22	0.000	49.30	100.00	78.02	Non	Inquiet.depuis arr.:peur pas citoyenneté?	Q502	71
4.12	0.000	50.75	97.14	73.63	Non	Inquiet.depuis arr.:peur d'être expulsé	Q502	67
3.72	0.000	51.61	91.43	68.13	Oui	Activité(s) répondu à vos attentes	Q301	62
3.66	0.000	56.00	80.00	54.95	reponse manquante	Quand arrivée au Canada, vos enfants:	118_	50
3.64	0.000	53.57	85.71	61.54	reponse manquante	Été hospitalisée pour problème de santé?	103_	56
3.64	0.000	53.57	85.71	61.54	Non	Problèmes santé pendant grossesse	Q402	56
3.52	0.000	75.00	42.86	21.98	Oui, pas régulier	Leur envoi de l'argent	Q502	20
3.41	0.000	56.52	74.29	50.55	parrainée	STATUT	ST03	46
3.24	0.001	55.32	74.29	51.65	primipare	parite	QA01	47
3.01	0.001	57.89	62.86	41.76	Oui	Ce qu'appris,changé façon d'agir	Q301	38
2.78	0.003	59.38	54.29	35.16	Cours prénatal	Nom activité participé	Q301	32
2.75	0.003	54.76	65.71	46.15	Mère,conj,1 enf.	Partage logement. Avec qui	Q405	42
2.72	0.003	70.59	34.29	18.68	Oui	Démarches pour obtenir équvalence (répondante)	Q601	17
2.69	0.004	53.33	68.57	49.45	Se trouvait déjà au	Quand arrivée au Canada, votre conjoint:	Q502	45
2.69	0.004	53.33	68.57	49.45	Oui	Participé à toutes les rencontres prévues	Q301	45
2.68	0.004	49.15	82.86	64.84	non	persécution Q50.2	PE02	59
2.67	0.004	57.14	57.14	38.46	oui	cours prénatal	Q302	35
2.52	0.006	48.33	82.86	65.93	Non	Attitudes qui vous ont choqués dans ces act.	Q302	60
2.50	0.006	80.00	22.86	10.99	Non	Obtenu l'équivalence? (répondante)	Q602	10
2.46	0.007	58.62	48.57	31.87	Couramment	Pouvez-vous lire le français	Q604	29
2.45	0.007	66.67	34.29	19.78	Un peu	Pouvez-vous écrire l'anglais	Q602	18
2.41	0.008	52.27	65.71	48.35	reponse manquante	Probl.de santé pendant autre grossesse?	110_	44
2.34	0.010	60.00	42.86	27.47	Couramment	Pouvez-vous écrire le français	Q604	25
2.34	0.010	60.00	42.86	27.47	Cours prénatal	Activité pour conjoint	Q301	25
2.29	0.011	60.87	40.00	25.27	non	immigration involontaire	Q502	23
2.28	0.011	43.59	97.14	85.71	à terme	Nombre de semaines de grossesse	A803	78
2.26	0.012	85.71	17.14	7.69	Ouvrier non qualifié	Principale occupation avant départ de...(conjoint)	Q704	7
2.24	0.012	61.90	37.14	23.08	Non	Eu emploi qui corr.à vos qualifications (répondante)	Q702	21
2.20	0.014	63.16	34.29	20.88	Non	Votre conjoint a participé act.1	Q302	19
2.20	0.014	63.16	34.29	20.88	Un peu	Pouvez-vous lire l'anglais	Q602	19
2.19	0.014	57.14	45.71	30.77	oui	suivi	Q302	28
2.19	0.014	46.77	82.86	68.13	Non	Inquiet.depuis arr.:peur pas faire venir enfants?	Q502	62
2.19	0.014	50.00	68.57	52.75	Non	Problvènements diff.:déménagement	Q402	48
2.15	0.016	54.55	51.43	36.26	Oui	Prem.année, import: autre	Q101	33
2.14	0.016	72.73	22.86	12.09	Assez souvent	Sort pas pcq:pas accès cour extérieure	Q503	11
2.04	0.021	44.93	88.57	75.82	non	implication du conjoint: pertes	Q202	69
2.03	0.021	45.45	85.71	72.53	Immigrant reçu	Statut actuel mère ?	Q201	66
2.03	0.021	46.03	82.86	69.23	Oui	soutien instrumental	Q201	63
1.93	0.027	55.56	42.86	29.67	oui	problème: socio-économique	Q601	27
1.89	0.029	42.50	97.14	87.91	Non	Entrepris démarches de parrainage pour famille	Q502	80
1.88	0.030	53.12	48.57	35.16	Non	Implication conjoint diff.si au ...	Q202	32
1.87	0.031	44.29	88.57	76.92	Oui	Suivie par médecin après accouchement	Q301	70
1.86	0.031	56.00	40.00	27.47	À l'occasion	Depuis accouché:senti dépassée par événements	Q402	25
1.86	0.031	45.31	82.86	70.33	Oui	Votre dernière grossesse était-elle désirée ?	Q701	64
1.86	0.032	48.00	68.57	54.95	Est stable	État de santé depuis au Canada	Q401	50
1.81	0.035	70.00	20.00	10.99	oui	élever:gain social	Q101	10
1.79	0.037	50.00	57.14	43.96	Meilleure	Situation au Canada vs... a) financier	Q701	40
1.73	0.042	53.57	42.86	30.77	Oui	Depuis Canada, suivi des formations, stages	Q201	28
1.71	0.044	48.84	60.00	47.25	non	accouchement: gains	Q302	43
1.70	0.045	51.52	48.57	36.26	Citoyen canadien	Statut actuel conjoint?	Q204	33
1.64	0.050	47.83	62.86	50.55	revenu d'emploi	Source de revenu (conjoint)	RE01	46
1.64	0.050	47.83	62.86	50.55	Revenu d'emploi	Source de revenu (conjoint)	Q701	46
1.62	0.053	51.61	45.71	34.07	Oui	Q63.Cofi ?	Q601	31
1.61	0.054	100.00	8.57	3.30	Oui	Attitudes qui vous ont choqués dans ces act.	Q301	3
1.61	0.054	100.00	8.57	3.30	Travail bur.commis	Type d'emploi gardé le plus longtemps (répondante)	Q708	3
1.59	0.056	54.17	37.14	26.37	Meilleure	Situation au Canada vs... c) du travail	Q701	24
1.59	0.056	54.17	37.14	26.37	Présence du conjoint	Pourquoi choisi Canada	Q505	24
1.59	0.056	54.17	37.14	26.37	Oui	Votre conjoint a participé act.1	Q301	24
1.57	0.058	60.00	25.71	16.48	Ouvrier non qualifié	Principale occupation maintenant (conjoint)	Q704	15
1.57	0.058	45.00	77.14	65.93	Oui	Depuis Canada, fréquenté org.religieux?	Q201	60
1.53	0.063	42.67	91.43	82.42	Non	Senti respecté vos valeurs ds.services santé	Q402	75
1.53	0.063	61.54	22.86	14.29	Étudiant	Principale occupation avant départ de...(conjoint)	Q703	13
1.51	0.066	43.48	85.71	75.82	Oui	Signes que bb va bien: il s'adapte bien aux nouvelles person	Q101	69
1.48	0.070	80.00	11.43	5.49	multi	Source de revenu (conjoint)	RE09	5
1.48	0.070	80.00	11.43	5.49	Étudiant	Principale occupation maintenant (répondante)	Q703	5
1.46	0.072	66.67	17.14	9.89	oui	cours postnatal	Q302	9
1.45	0.074	71.43	14.29	7.69	Recherche d'un emplo	Principale occupation maintenant (répondante)	Q702	7
1.45	0.074	71.43	14.29	7.69	revenu d'emploi	Source de revenu (répondante)	RE01	7
1.45	0.074	71.43	14.29	7.69	Revenu d'emploi	Source de revenu (répondante)	Q701	7
1.39	0.083	52.00	37.14	27.47	non	situation au Canada: gains	Q702	25
1.39	0.083	52.00	37.14	27.47	Couramment	Parlez-vous français	Q604	25
1.39	0.083	55.56	28.57	19.78	Souvent	Peut confier à votre conjoint?	Q203	18
1.38	0.084	46.67	60.00	49.45	non	inquiétude: langue	Q702	45
1.36	0.088	50.00	42.86	32.97	3601 et plus	POIDS	PO04	30
1.36	0.088	50.00	42.86	32.97	Sein	Princ.source d'alimentation, 6 premiers mois	Q501	30
1.33	0.092	42.86	85.71	76.92	non	élever:perte sociale	Q102	70
1.27	0.101	50.00	40.00	30.77	franoui-anglnon	Parlez-vous français * Parlez-vous l'anglais	MO04	28
1.24	0.108	52.38	31.43	23.08	Pas du tout	Depuis accouché:senti inquiète	Q401	21
1.24	0.108	52.38	31.43	23.08	À l'occasion	Depuis accouché:senti sans espoir à l'avenir	Q402	21
1.21	0.112	40.96	97.14	91.21	non	élever:gain économique	Q102	83
1.20	0.116	58.33	20.00	13.19	Amour	Prem.année, import: si autre spécifiez	Q101	12
1.19	0.117	50.00	37.14	28.57	secondaire	SCOL_C	SC02	26
1.19	0.117	50.00	37.14	28.57	Langues persanne	Quelle langue parlée plus souvent à la maison	Q606	26
1.18	0.119	46.34	54.29	45.05	Non	Repensez souvent aux évènements préc.l'imm.	Q502	41
1.16	0.123	52.63	28.57	20.88	Un peu	Parlez-vous l'anglais	Q602	19
1.15	0.125	44.90	62.86	53.85	Oui	Satisfaite de votre logement ?	Q401	49
1.14	0.128	60.00	17.14	10.99	Environ la même	Situation au Canada vs... c) du travail	Q703	10
1.14	0.128	60.00	17.14	10.99	oui-oui	Parlez-vous français * Parlez-vous l'anglais	MO02	10
1.09	0.137	40.23	100.00	95.60	Oui	Pend.gross..: Pris des suppléments?	Q701	87
1.08	0.139	52.94	25.71	18.68	À l'occasion	Depuis accouché:senti que vous ne valez rien	Q402	17
1.08	0.140	47.06	45.71	37.36	oui	accouchement: pertes	Q301	34
1.05	0.148	44.68	60.00	51.65	Oui	Votre occupation actuelle est-elle souhaitée?	Q701	47
1.05	0.148	44.68	60.00	51.65	oui	distr. alimentaire	Q302	47
1.03	0.151	66.67	11.43	6.59	Créole	Quelle langue parlée plus souvent à la maison	Q604	6

1.01	0.155	45.24	54.29	46.15	Non	+diff.depuis Can:contact avec québécois	Q502	42
1.01	0.157	75.00	8.57	4.40	Europe	Lieux de naissance	LN07	4
1.01	0.157	53.33	22.86	16.48	À l'occasion	Depuis accouché:senti peur	Q402	15
1.01	0.157	53.33	22.86	16.48	Non	Dans pays d'or. alim.à éviter?	Q802	15
1.01	0.157	53.33	22.86	16.48	oui	problème: adapt. objective	Q601	15
1.01	0.157	53.33	22.86	16.48	A été référée	raison participé à activité	Q301	15
1.01	0.157	53.33	22.86	16.48	Oui	Maintenant votre situation a-t-elle changée ?	Q301	15
1.00	0.159	48.15	37.14	29.67	Oui	Eu emploi qui corr.à vos qualifications (conjoint)	Q701	27
1.00	0.159	48.15	37.14	29.67	Langues persanne	Langue maternelle	LA06	27
1.00	0.159	48.15	37.14	29.67	25 à 29 ans	Âge des mères	AG02	27
0.99	0.161	46.88	42.86	35.16	Non	Eu emploi qui corr.à vos qualifications (conjoint)	Q702	32
0.99	0.162	42.03	82.86	75.82	non	santé: gains	Q402	69
0.93	0.175	41.33	88.57	82.42	non	élever:perte culturelle	Q102	75
0.93	0.175	42.62	74.29	67.03	non	problème: culturel	Q602	61
0.93	0.177	53.85	20.00	14.29	Moyennement	Parlez-vous français	Q603	13
0.93	0.177	53.85	20.00	14.29	secondaire incomplet	SCOL_C	SC01	13
0.92	0.178	43.40	65.71	58.24	oui	vie ici: pertes	Q501	53
0.92	0.179	45.00	51.43	43.96	Français	Suivi des cours de langue depuis arrivée	Q602	40
0.91	0.181	48.00	34.29	27.47	Assez souvent	Sort pas pcq:bébé trop jeune	Q503	25
0.86	0.196	50.00	25.71	19.78	Colllégial	Scolarité	SC03	18
0.84	0.200	54.55	17.14	12.09	Antilles	Lieux de naissance	LN05	11
0.84	0.200	54.55	17.14	12.09	Professionnel	Principale occupation avant départ de...(répondante)	Q707	11
0.84	0.200	41.79	80.00	73.63	Non	Conditions au Canada nuisent aux resp.de parents	Q702	67
0.82	0.205	44.74	48.57	41.76	Non	+diff.depuis Can:problèmes de langue	Q502	38
0.82	0.205	47.83	31.43	25.27	moins de 10 000 $	REVENU	RE01	23
0.81	0.209	46.43	37.14	30.77	À l'occasion	Depuis accouché:sentiment de solitude	Q402	28
0.80	0.211	41.43	82.86	76.92	non	réseau social: pertes	Q202	70
0.78	0.218	43.48	57.14	50.55	Non	Pend.gross...:Consommé du café ?	Q702	46
0.77	0.222	50.00	22.86	17.58	non	services de santé: gains	Q402	16
0.76	0.223	41.10	85.71	80.22	Non	Transit dans autre pays	Q402	73
0.73	0.232	47.62	28.57	23.08	À l'occasion	Depuis accouché:senti coupable	Q402	21
0.73	0.232	47.62	28.57	23.08	non	migration/émotif: pertes	Q402	21
0.73	0.232	47.62	28.57	23.08	oui	migration/émotif: gains	Q401	21
0.73	0.233	44.44	45.71	39.56	oui	alimentation du bébé: pertes	Q501	36
0.72	0.236	45.16	40.00	34.07	Non	Inquiet.depuis arr.:peur pas revenus suffisants?	Q502	31
0.72	0.236	45.16	40.00	34.07	Oui	Démarches pour obtenir équvalence (conjoint)	Q601	31
0.71	0.238	42.86	60.00	53.85	Pas du tout	Depuis accouché:difficulté à dormir	Q401	49
0.70	0.243	40.51	91.43	86.81	Oui	Prem.année, import: Être entouré de gens	Q101	79
0.68	0.249	40.00	97.14	93.41	Non	Problvènements diff.:problèmes familliaux	Q402	85
0.67	0.250	50.00	20.00	15.38	Oui	Problvènements diff.:perte d'emploi	Q401	14
0.67	0.250	50.00	20.00	15.38	plus de 20 000 $	REVENU	RE04	14
0.66	0.253	57.14	11.43	7.69	Citoyen canadien	Statut actuel mère ?	Q204	7
0.66	0.253	57.14	11.43	7.69	Oui	Obtenu l'équivalence? (répondante)	Q601	7
0.64	0.262	47.37	25.71	20.88	Non	Obtenu l'équivalence? (conjoint)	Q602	19
0.63	0.266	45.83	31.43	26.37	À l'occasion	Depuis accouché:manquer d'appétit	Q402	24
0.63	0.266	45.83	31.43	26.37	À l'occasion	Depuis accouché:senti prise au piège	Q402	24
0.61	0.270	42.55	57.14	51.65	Le médecin	À qui référez-vous si questions, des inquiétudes sur santé	Q105	47
0.59	0.277	41.82	65.71	60.44	Oui	+diff.depuis Can:isolement	Q501	55
0.57	0.283	50.00	17.14	13.19	Environ la même	Situation au Canada vs... b) du logement	Q703	12
0.56	0.287	60.00	8.57	5.49	Pour emploi	Si oui, quel genre de services d'aide?	Q203	5
0.56	0.287	60.00	8.57	5.49	Mère,1 enf.	Partage logement. Avec qui	Q401	5
0.54	0.294	43.75	40.00	35.16	Oui	+diff.depuis Can:trouver logement	Q501	32
0.53	0.298	45.45	28.57	24.18	Césarienne	Type d'accouchement	A102	22
0.51	0.304	42.22	54.29	49.45	oui	vie ici: gains	Q501	45
0.49	0.314	41.51	62.86	58.24	non	conditions nuisibles: pertes	Q702	53
0.47	0.319	40.98	71.43	67.03	Clinique privée	Lieu de première consultation	Q202	61
0.46	0.321	50.00	14.29	10.99	Langues africaines	Langue maternelle	LA09	10
0.46	0.321	50.00	14.29	10.99	Amis	A votre arrivée au Canada, gens vous accueilli	Q503	10
0.46	0.321	50.00	14.29	10.99	Maghreb	Lieux de naissance	LN06	10
0.46	0.321	50.00	14.29	10.99	Assez souvent	Depuis accouché:senti peur	Q403	10
0.46	0.321	40.00	91.43	87.91	Meilleure	Situation au Canada vs... d) des services	Q701	80
0.45	0.328	43.33	37.14	32.97	mange bien	Signes que bb va bien: plus imp.	Q106	30
0.45	0.328	66.67	5.71	3.30	Français	Langue maternelle	LA01	3
0.44	0.332	46.67	20.00	16.48	éveillé	Signes que bb va bien: plus imp.	Q102	15
0.44	0.332	46.67	20.00	16.48	moral et social	type de soutien - 1	Q203	15
0.44	0.332	46.67	20.00	16.48	À l'occasion	Depuis accouché:difficulté à dormir	Q402	15
0.42	0.336	41.07	65.71	61.54	oui	conditions nuisibles: gains	Q701	56
0.35	0.364	42.86	34.29	30.77	oui	élever:gains	Q101	28
0.34	0.366	50.00	11.43	8.79	Créole	Langue maternelle	LA04	8
0.32	0.373	44.44	22.86	19.78	24 ans et -	Âge des mères	AG01	18
0.32	0.373	44.44	22.86	19.78	Très souvent	Depuis accouché:senti manquer d'énergie	Q404	18
0.32	0.374	46.15	17.14	14.29	reponse manquante	Quand arrivée au Canada, votre conjoint:	116_	13
0.32	0.375	40.74	62.86	59.34	Pas du tout	Depuis accouché:senti que vous ne valez rien	Q401	54
0.28	0.389	40.82	57.14	53.85	Pas du tout	Depuis accouché:senti sans espoir à l'avenir	Q401	49
0.25	0.400	40.35	65.71	62.64	Clinque privée	Lieu de pratique de votre médecin	Q401	57
0.25	0.400	40.35	65.71	62.64	Non	Depuis Canada, recours services d'aide	Q202	57
0.25	0.402	40.91	51.43	48.35	non	problème: transformation famille	Q602	44
0.25	0.403	42.31	31.43	28.57	Oui	Médecin de même origine que vous?	Q401	26
0.21	0.417	43.75	20.00	17.58	35 et plus	Âge des mères	AG04	16
0.21	0.417	43.75	20.00	17.58	Très souvent	Sort pas pcq:froid, le climat	Q504	16
0.21	0.417	43.75	20.00	17.58	Assez souvent	Depuis accouché:senti manquer d'énergie	Q403	16
0.21	0.417	43.75	20.00	17.58	15 000 à 19 999 $	REVENU	RE03	16
0.21	0.417	43.75	20.00	17.58	collégial	SCOL_R	SC03	16
0.21	0.417	43.75	20.00	17.58	Oui	+diff.depuis Can:trouver aliments habituels	Q501	16
0.20	0.422	45.45	14.29	12.09	Cofi, langue	Si oui, quel genre de formation ?	Q202	11
0.20	0.422	45.45	14.29	12.09	Tech,ouvrier spéc.	Type d'emploi gardé le plus longtemps (conjoint)	Q705	11
0.20	0.422	45.45	14.29	12.09	Assez souvent	Depuis accouché:pleurer facilement	Q403	11
0.19	0.426	40.00	68.57	65.93	Oui	soutien matériel	Q201	60
0.14	0.444	39.47	85.71	83.52	non	élever:gain services	Q102	76
0.14	0.444	41.67	28.57	26.37	Très souvent	Depuis accouché:senti nerveuse, tendue	Q404	24
0.12	0.452	40.54	42.86	40.66	oui	situation au Canada: pertes	Q701	37
0.12	0.452	40.54	42.86	40.66	3101-3600	POIDS	PO03	37
0.12	0.453	39.68	71.43	69.23	non	inquiétude: organisation	Q702	63
0.11	0.455	42.11	22.86	20.88	Oui	+diff.depuis Can:autres	Q501	19
0.09	0.463	40.62	37.14	35.16	Oui	Source et durée d'allait.différent ds. pays d'or.?	Q501	32
0.08	0.467	40.00	51.43	49.45	Oui	Inquiet pcq.enf.grandit pas au ...	Q101	45
0.05	0.480	44.44	11.43	9.89	Français	Quelle langue parlée plus souvent à la maison	Q601	9
0.05	0.481	39.39	74.29	72.53	Oui	+diff.depuis Can:trouver travail convenable	Q501	66
0.05	0.481	39.39	74.29	72.53	non	santé: pertes	Q402	66
0.02	0.492	40.00	40.00	38.46	pour suivre mari	SUIVRE	SU01	35

CLASSE 2 / 3				34.07	CLASSE 2 / 3		aa2a	31
V.TEST	PROBA	---- POURCENTAGES ---- CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	MODALITES CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	IDEN	POIDS
6.76	0.000	88.46	74.19	28.57	reponse manquante	raison participé à activité	88_	26
6.76	0.000	88.46	74.19	28.57	reponse manquante	Activité(s) répondu à vos attentes	89_	26
6.76	0.000	88.46	74.19	28.57	reponse manquante	Nom activité participé	87_	26
6.26	0.000	82.14	74.19	30.77	reponse manquante	Attitudes qui vous ont choqués dans ces act.	90_	28
6.03	0.000	79.31	74.19	31.87	reponse manquante	Ce qu'appris,changé façon d'agir	91_	29
5.28	0.000	61.36	87.10	48.35	non	distr. alimentaire	Q301	44
4.96	0.000	64.86	77.42	40.66	reponse manquante	Participé à toutes les rencontres prévues	94_	37
3.23	0.001	88.89	25.81	9.89	prématurité	Nombre de semaines de grossesse	A802	9
3.04	0.001	44.44	90.32	69.23	non	suivi	Q301	63
2.87	0.002	68.75	35.48	17.58	Biberon	Princ.source d'alimentation, 6 premiers mois	Q502	16
2.64	0.004	55.17	51.61	31.87	anglioui-frannon	Parlez-vous français * Parlez-vous l'anglais	MO03	29
2.62	0.004	64.71	35.48	18.68	2701-3100	POIDS	PO02	17
2.57	0.005	44.07	83.87	64.84	non	persécution Q50.2	PE02	59
2.57	0.005	44.07	83.87	64.84	Non	Leur envoi de l'argent	Q503	59
2.54	0.005	59.09	41.94	24.18	Asie	Lieux de naissance	LN01	22
2.52	0.006	51.43	58.06	38.46	Oui	Problèmes santé pendant grossesse	Q401	35
2.52	0.006	44.64	80.65	61.54	non	cours prénatal	Q301	56
2.45	0.007	41.79	90.32	73.63	Non	Inquiet.depuis arr.:peur d'être expulsé	Q502	67
2.37	0.009	43.86	80.65	62.64	Non	Depuis Canada, recours services d'aide	Q202	57
2.24	0.013	64.29	29.03	15.38	Belle-famille	A votre arrivée au Canada, gens vous accueilli	Q501	14
2.17	0.015	51.72	48.39	31.87	Universitaire	Scolarité	SC04	29
2.08	0.019	37.80	100.00	90.11	non	cours postnatal	Q301	82
2.04	0.021	54.55	38.71	24.18	À l'occasion	Depuis accouché:pleurer facilement	Q402	22
2.04	0.021	54.55	38.71	24.18	Dialectes d'inde	Langue maternelle	LA07	22
2.02	0.022	46.34	61.29	45.05	Non	Repensez souvent aux évènements préc.l'imm.	Q502	41
2.00	0.023	50.00	48.39	32.97	Non	Depuis Canada, fréquenté org.religieux?	Q202	30
1.94	0.026	39.19	93.55	81.32	non	rencontre	Q301	74
1.94	0.026	55.00	35.48	21.98	Dialectes d'inde	Quelle langue parlée plus souvent à la maison	Q607	20
1.89	0.029	42.11	77.42	62.64	Clinque privée	Lieu de pratique de votre médecin	Q401	57
1.85	0.032	44.44	64.52	49.45	Oui	Pend.gross...:Consommé du café ?	Q701	45
1.83	0.034	48.39	48.39	34.07	Non	soutien matériel	Q202	31
1.78	0.038	40.98	80.65	67.03	Clinique privée	Lieu de première consultation	Q202	61
1.77	0.038	50.00	41.94	28.57	universitaire	SCOL_Conjoint	SC04	26
1.75	0.040	56.25	29.03	17.58	Indépendantes	Statut à l'arrivée	ST04	16
1.75	0.040	56.25	29.03	17.58	oui	élever:perte culturelle	Q101	16
1.74	0.041	52.38	35.48	23.08	Non	Pouvez-vous lire le français	Q601	21
1.74	0.041	52.38	35.48	23.08	Moyennement	Parlez-vous l'anglais	Q603	21
1.72	0.043	41.82	74.19	60.44	Non	Prem.année, import: autre	Q102	55
1.70	0.044	80.00	12.90	5.49	Diabète	Quel genre de problème de santé?	Q402	5
1.70	0.044	80.00	12.90	5.49	Hindouïsme	Appartenance religieuse	Q604	5
1.70	0.044	80.00	12.90	5.49	Parfois	Sort pas pcq:manque sécurité pour enfants	Q502	5
1.66	0.049	38.89	90.32	79.12	Non	Signes que bb va bien: autres	Q102	72
1.65	0.050	57.14	25.81	15.38	Environ la même	Situation au Canada vs... a) financier	Q703	14
1.63	0.052	52.63	32.26	20.88	En partie	Votre occupation actuelle est-elle souhaitée?	Q702	19
1.55	0.060	58.33	22.58	13.19	Non	Signes que bb va bien: il pleure peu	Q102	12
1.52	0.064	52.94	29.03	18.68	Non	Signes que bb va bien: il est calme, tranquille	Q102	17
1.52	0.064	52.94	29.03	18.68	Moyennement	Pouvez-vous écrire l'anglais	Q603	17
1.52	0.064	52.94	29.03	18.68	Moyen-Orient	Lieux de naissance	LN02	17
1.52	0.064	52.94	29.03	18.68	très forte	EMOT2	EM04	17
1.52	0.064	52.94	29.03	18.68	Mère,conj,2 enf.	Partage logement. Avec qui	Q406	17
1.51	0.065	39.39	83.87	72.53	oui	situation au Canada: gains	Q701	66
1.51	0.065	39.39	83.87	72.53	Immigrant reçu	Statut actuel mère ?	Q201	66
1.50	0.067	45.45	48.39	36.26	Citoyen canadien	Statut actuel conjoint?	Q204	33
1.47	0.071	48.00	38.71	27.47	Non	Parlez-vous français	Q601	25
1.44	0.075	36.47	100.00	93.41	Oui	Consulter un médecin en particulier	Q401	85
1.42	0.077	50.00	32.26	21.98	Couramment	Pouvez-vous écrire l'anglais	Q604	20
1.41	0.079	38.57	87.10	76.92	oui	migration/émotif: pertes	Q401	70
1.41	0.079	38.57	87.10	76.92	non	migration/émotif: gains	Q402	70
1.40	0.080	42.22	61.29	49.45	Non	Souhaite que conjoint passe + temp avec bb	Q202	45
1.31	0.096	50.00	29.03	19.78	reçue	STATUT	ST02	18
1.31	0.096	50.00	29.03	19.78	Assez souvent	Depuis accouché:senti dépassée par événements	Q403	18
1.30	0.097	43.24	51.61	40.66	Non	Pouvez-vous écrire le français	Q601	37
1.28	0.100	66.67	12.90	6.59	Moins bonne	Situation au Canada vs... d) des services	Q702	6
1.28	0.100	66.67	12.90	6.59	Décision des parents	Pourquoi choisi Canada	Q504	6
1.26	0.103	41.86	58.06	47.25	Parrainées	Statut à l'arrivée	ST03	43
1.25	0.105	40.00	70.97	60.44	Non	Référée pour l'une de ces activités	Q302	55
1.25	0.106	40.38	67.74	57.14	Moins bonne	Situation au Canada vs... c) du travail	Q702	52
1.25	0.106	40.82	64.52	53.85	Non	Démarches pour obtenir équvalence (répondante)	Q602	49
1.25	0.106	40.82	64.52	53.85	Oui	Satisfaite de votre logement ?	Q401	49
1.25	0.106	38.03	87.10	78.02	Non	Inquiet.depuis arr.:peur pas citoyenneté?	Q502	71
1.21	0.113	75.00	9.68	4.40	Environ la même	Situation au Canada vs... d) des services	Q703	4
1.21	0.114	100.00	6.45	2.20	Assurance-chômage	Source de revenu (conjoint)	Q702	2
1.21	0.114	100.00	6.45	2.20	Anglais	Langue maternelle	LA02	2
1.19	0.118	50.00	25.81	17.58	non	services de santé: gains	Q402	16
1.18	0.119	54.55	19.35	12.09	Assez souvent	Depuis accouché:senti que vous ne valez rien	Q403	11
1.18	0.119	54.55	19.35	12.09	Membre de famille	À qui référez-vous si questions, des inquiétudes sur santé	Q102	11
1.17	0.120	36.59	96.77	90.11	Non	Problvènements diff.:problèmes avec conjoint	Q402	82
1.17	0.120	36.59	96.77	90.11	Non	Inquiet.depuis arr.:Autres	Q502	82
1.17	0.121	42.86	48.39	38.46	oui	élever:perte	Q101	35
1.16	0.122	45.83	35.48	26.37	S'est détérioré	État de santé depuis au Canada	Q403	24
1.14	0.126	42.11	51.61	41.76	non	vie ici: pertes	Q502	38
1.11	0.133	44.44	38.71	29.67	Oui	Eu emploi qui corr.à vos qualifications (conjoint)	Q701	27
1.06	0.144	55.56	16.13	9.89	pleure peu	Signes que bb va bien: plus imp.	Q105	9
1.06	0.145	50.00	22.58	15.38	Non	Dans pays d'or. alim:en mesure de suivre pratiques?	Q802	14
1.04	0.149	42.42	45.16	36.26	Moins bonne	Situation au Canada vs... a) financier	Q702	33
1.04	0.149	42.42	45.16	36.26	À l'occasion	Depuis accouché:senti nerveuse, tendue	Q402	33
1.04	0.150	45.45	32.26	24.18	oui	santé: gains	Q401	22
1.04	0.150	45.45	32.26	24.18	Couramment	Pouvez-vous lire l'anglais	Q604	22
1.04	0.150	45.45	32.26	24.18	oui	implication du conjoint: pertes	Q201	22
1.04	0.150	45.45	32.26	24.18	Vous accompagnait	Quand arrivée au Canada, votre conjoint:	Q501	22
1.01	0.156	41.67	48.39	39.56	Islamisme	Appartenance religieuse	Q603	36
1.00	0.159	37.88	80.65	72.53	non	immigration volontaire	Q502	66
0.98	0.165	38.10	77.42	69.23	non	inquiétude: organisation	Q702	63
0.97	0.166	47.06	25.81	18.68	collégial	SCOL_C	SC03	17
0.95	0.171	39.58	61.29	52.75	oui	accouchement: gains	Q301	48
0.95	0.171	36.14	96.77	91.21	non	marrainage	Q301	83

0.95	0.172	38.89	67.74	59.34	non	situation au Canada: pertes	Q702	54
0.94	0.173	42.86	38.71	30.77	Sans emploi	Principale occupation avant départ de...(répondante)	Q701	28
0.91	0.182	41.94	41.94	34.07	Très souvent	Depuis accouché:sentiment de solitude	Q404	31
0.91	0.182	41.94	41.94	34.07	Non	Inquiet.depuis arr.:peur pas revenus suffisants?	Q502	31
0.91	0.182	35.63	100.00	95.60	Oui	Pend.gross..: Pris des suppléments?	Q701	87
0.90	0.183	45.00	29.03	21.98	Moyennement	Pouvez-vous lire l'anglais	Q603	20
0.90	0.183	45.00	29.03	21.98	Autre	Quel genre de problème de santé?	Q408	20
0.88	0.190	41.18	45.16	37.36	10 000 à 14 999 $	REVENU	RE02	34
0.85	0.197	43.48	32.26	25.27	Non	Démarches pour obtenir équvalence (conjoint)	Q602	23
0.81	0.209	39.13	58.06	50.55	revenu d'emploi	Source de revenu (conjoint)	RE01	46
0.81	0.209	39.13	58.06	50.55	parrainée	STATUT	ST03	46
0.80	0.212	38.78	61.29	53.85	Oui	Implication conjoint diff.si au ...	Q201	49
0.80	0.212	37.93	70.97	63.74	Non	Médecin de même origine que vous?	Q402	58
0.80	0.213	38.46	64.52	57.14	Oui	+diff.depuis Can:problèmes de langue	Q501	52
0.78	0.217	50.00	16.13	10.99	Assez souvent	Depuis accouché:senti coupable	Q403	10
0.78	0.217	50.00	16.13	10.99	Assez souvent	Depuis accouché:senti peur	Q403	10
0.78	0.217	50.00	16.13	10.99	Non	Prévoyez-vous changer d'occupation l'an prochain ?	Q702	10
0.77	0.222	44.44	25.81	19.78	Courammment	Parlez-vous l'anglais	Q604	18
0.77	0.222	44.44	25.81	19.78	Oui	Transit dans autre pays	Q401	18
0.77	0.222	44.44	25.81	19.78	Très souvent	Depuis accouché:difficulté à dormir	Q404	18
0.77	0.222	44.44	25.81	19.78	Très souvent	Depuis accouché:senti prise au piège	Q404	18
0.77	0.222	44.44	25.81	19.78	Très souvent	Depuis accouché:senti manquer d'énergie	Q404	18
0.70	0.242	39.47	48.39	41.76	oui	services de santé: pertes	Q401	38
0.69	0.245	46.15	19.35	14.29	Très souvent	Depuis accouché:senti sans espoir à l'avenir	Q404	13
0.67	0.251	41.67	32.26	26.37	À l'occasion	Depuis accouché:senti prise au piège	Q402	24
0.67	0.251	36.76	80.65	74.73	Naturel	Type d'accouchement	A101	68
0.66	0.255	38.30	58.06	51.65	oui	problème: transformation famille	Q601	47
0.65	0.259	37.74	64.52	58.24	non	inquiétude: bébé	Q702	53
0.64	0.260	37.29	70.97	64.84	Non	+diff.depuis Can:trouver logement	Q502	59
0.64	0.262	40.74	35.48	29.67	Vous accompagnait	Quand arrivée au Canada, vos enfants:	Q501	27
0.62	0.266	50.00	12.90	8.79	Très souvent	Depuis accouché:senti coupable	Q404	8
0.62	0.266	50.00	12.90	8.79	Assez souvent	Depuis accouché:senti sans espoir à l'avenir	Q403	8
0.62	0.266	50.00	12.90	8.79	Oui	Été hospitalisée pour problème de santé?	Q401	8
0.62	0.267	66.67	6.45	3.30	Anglais	Quelle langue parlée plus souvent à la maison	Q602	3
0.62	0.267	66.67	6.45	3.30	Saignements	Quel genre de problème de santé?	Q406	3
0.62	0.267	43.75	22.58	17.58	Assez souvent	Depuis accouché:senti nerveuse, tendue	Q403	16
0.62	0.268	35.80	93.55	89.01	Oui	Reçu de bons soins lors de l'accouchement	Q301	81
0.62	0.268	35.80	93.55	89.01	non	élever:gain social	Q102	81
0.61	0.272	40.00	38.71	32.97	oui	problème: culturel	Q601	30
0.56	0.287	38.89	45.16	39.56	Oui	Problèmes de comm.avec services de santé	Q301	36
0.53	0.298	45.45	16.13	12.09	Assez souvent	Depuis accouché:pleurer facilement	Q403	11
0.52	0.302	37.78	54.84	49.45	À l'occasion	Depuis accouché:sentir triste	Q402	45
0.52	0.302	37.78	54.84	49.45	Oui	Inquiet pcq.enf.grandit pas au ...	Q101	45
0.52	0.302	37.78	54.84	49.45	oui	implication du conjoint: gains	Q201	45
0.50	0.310	40.00	32.26	27.47	oui	santé: pertes	Q401	25
0.49	0.311	36.36	77.42	72.53	Oui	+diff.depuis Can:trouver travail convenable	Q501	66
0.49	0.312	36.51	74.19	69.23	non	élever:gains	Q102	63
0.47	0.320	39.29	35.48	30.77	Oui	+diff.depuis Can:conn.institutions de santé	Q501	28
0.47	0.320	39.29	35.48	30.77	Non	Inquiétudes concernant ces personnes	Q502	28
0.46	0.321	42.86	19.35	15.38	moral et social	type de soutien - 2	Q203	14
0.46	0.321	42.86	19.35	15.38	Professionnel	Principale occupation avant départ de...(conjoint)	Q707	14
0.46	0.321	42.86	19.35	15.38	Pour le bébé	Q75.Si aucun, quelle raison? (répondante)	Q701	14
0.46	0.321	42.86	19.35	15.38	plus de 20 000 $	REVENU	RE04	14
0.42	0.338	41.18	22.58	18.68	Pas du tout	Depuis accouché:sentiment de solitude	Q401	17
0.41	0.342	37.84	45.16	40.66	Moins bonne	Situation au Canada vs... b) du logement	Q702	37
0.39	0.348	37.50	48.39	43.96	Meilleure	Situation au Canada vs... b) du logement	Q701	40
0.37	0.357	36.96	54.84	50.55	non	vie ici: gains	Q502	46
0.37	0.357	36.96	54.84	50.55	Non	Si vous viviez au... enf.élevé de même façon?	Q102	46
0.36	0.360	35.44	90.32	86.81	oui	réseau social: pertes	Q201	79
0.35	0.363	39.13	29.03	25.27	Très souvent	Depuis accouché:tout exige un effort	Q404	23
0.35	0.363	39.13	29.03	25.27	Famille	A votre arrivée au Canada, gens vous accueilli	Q502	23
0.35	0.363	39.13	29.03	25.27	Oui	Conditions au Canada nuisent aux resp.de parents	Q701	23
0.33	0.372	35.94	74.19	70.33	non	problème: socio-économique	Q602	64
0.33	0.372	35.82	77.42	73.63	involontaire	INVOL	IN01	67
0.29	0.385	41.67	16.13	13.19	Très souvent	Depuis accouché:senti peur	Q404	12
0.29	0.385	41.67	16.13	13.19	Très souvent	Depuis accouché:manquer d'appétit	Q404	12
0.29	0.385	41.67	16.13	13.19	Très souvent	Sort pas pcq:bébé trop jeune	Q504	12
0.28	0.388	37.50	38.71	35.16	Oui	Source et durée d'allait.différent ds. pays d'or.?	Q501	32
0.25	0.400	40.00	19.35	16.48	oui	élever:gain services	Q101	15
0.25	0.400	40.00	19.35	16.48	éveillé	Signes que bb va bien: plus imp.	Q102	15
0.24	0.406	36.59	48.39	45.05	non	soutien: gains	Q202	41
0.23	0.410	36.36	51.61	48.35	Apprentissage soi-mê	Influence élever	Q101	44
0.22	0.412	38.89	22.58	19.78	oui	état émotif: réseau	Q401	18
0.22	0.412	38.89	22.58	19.78	Souvent	Peut confier à votre conjoint?	Q203	18
0.22	0.412	38.89	22.58	19.78	24 ans et -	Âge des mères	AG01	18
0.22	0.412	38.89	22.58	19.78	Oui	Pend.gross..: Consommé médicaments drogues?	Q701	18
0.22	0.415	36.17	54.84	51.65	primipare	parite	QA01	47
0.20	0.421	50.00	6.45	4.40	Anémie	Quel genre de problème de santé?	Q403	4
0.20	0.422	38.10	25.81	23.08	À l'occasion	Depuis accouché:senti coupable	Q402	21
0.20	0.422	35.85	61.29	58.24	non	conditions nuisibles: pertes	Q702	53
0.17	0.431	37.50	29.03	26.37	À l'occasion	Depuis accouché:manquer d'appétit	Q402	24
0.17	0.432	34.83	100.00	97.80	Non	Pend.gross..:Fumé la cigarette?	Q702	89
0.16	0.438	35.29	77.42	74.73	oui	immigration involontaire	Q501	68
0.16	0.438	37.04	32.26	29.67	Non	Votre dernière grossesse était-elle désirée ?	Q702	27
0.16	0.438	37.04	32.26	29.67	25 à 29 ans	Âge des mères	AG02	27
0.16	0.438	37.04	32.26	29.67	Langues persanne	Langue maternelle	LA06	27
0.14	0.442	34.88	96.77	94.51	Non	Pend.gross..:Consommé de l'alcool?	Q702	86
0.14	0.444	35.06	87.10	84.62	Non	Problvènements diff.:perte d'emploi	Q402	77
0.14	0.444	36.67	35.48	32.97	30 à 34 ans	Âge des mères	AG03	30
0.13	0.447	42.86	9.68	7.69	Très souvent	Depuis accouché:senti que vous ne valez rien	Q404	7
0.13	0.447	42.86	9.68	7.69	Oui	Entrepris démarches de parrainage pour famille	Q501	7
0.13	0.447	42.86	9.68	7.69	Citoyen canadien	Statut actuel mère ?	Q204	7
0.13	0.447	42.86	9.68	7.69	moins de 2700	POIDS	PO01	7
0.13	0.447	42.86	9.68	7.69	Assez souvent	Depuis accouché:manquer d'appétit	Q403	7
0.13	0.447	42.86	9.68	7.69	Oui	Obtenu l'équivalence? (répondante)	Q601	7
0.11	0.455	36.11	41.94	39.56	oui	alimentation du bébé: pertes	Q501	36
0.10	0.462	40.00	12.90	10.99	Assez souvent	Depuis accouché:sentir triste	Q403	10
0.10	0.462	40.00	12.90	10.99	Amis	A votre arrivée au Canada, gens vous accueilli	Q503	10
0.08	0.470	35.56	51.61	49.45	Se trouvait déjà au	Quand arrivée au Canada, votre conjoint:	Q502	45
0.03	0.487	36.84	22.58	20.88	Non	Obtenu l'équivalence? (conjoint)	Q602	19

CLASSE 3 / 3 27.47 CLASSE 3 / 3 aa3a 25

V.TEST	PROBA	CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	MODALITES CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	IDEN	POIDS
6.77	0.000	83.33	80.00	26.37	Oui	Inquiet.depuis arr.:peur d'être expulsé	Q501	24
6.68	0.000	77.78	84.00	29.67	requérante/réfugiée	STATUT	ST01	27
5.78	0.000	65.62	84.00	35.16	oui	persécution Q50.2	PE01	32
5.46	0.000	80.00	64.00	21.98	Oui	Inquiet.depuis arr.:peur pas citoyenneté?	Q501	20
5.40	0.000	92.86	52.00	15.38	Pour fuir persécutio	Z502	Z513	14
4.76	0.000	91.67	44.00	13.19	Attente de statut	Statut actuel mère ?	Q203	12
4.20	0.000	46.81	88.00	51.65	oui	distr. alimentaire	Q302	47
4.17	0.000	75.00	48.00	17.58	Oui	Inquiet.depuis arr.:peur pas faire venir enfants?	Q501	16
4.07	0.000	83.33	40.00	13.19	Était au pays d'orig	Quand arrivée au Canada, vos enfants:	Q503	12
4.06	0.000	47.73	84.00	48.35	multipare	parite	QA02	44
4.03	0.000	68.42	52.00	20.88	Distribut.alim.	Nom activité participé	Q302	19
3.83	0.000	44.00	88.00	54.95	Oui	Repensez souvent aux évènements préc.l'imm.	Q501	50
3.82	0.000	37.88	100.00	72.53	non	immigration volontaire	Q502	66
3.58	0.000	47.50	76.00	43.96	Sécurité du revenu	Source de revenu (répondante)	Q704	40
3.58	0.000	47.50	76.00	43.96	sécurité revenu	Source de revenu (répondante)	RE03	40
3.55	0.000	55.56	60.00	29.67	Organisme commun.	Si oui, quel genre de services d'aide?	Q201	27
3.51	0.000	48.65	72.00	40.66	Non	Probl.de santé pendant autre grossesse?	Q402	37
3.49	0.000	71.43	40.00	15.38	Amérique latine	Lieux de naissance	LN03	14
3.46	0.000	100.00	24.00	6.59	Attente de statut	Statut actuel conjoint?	Q203	6
3.32	0.000	37.50	96.00	70.33	Jamais	Sort pas pcq:manque sécurité pour enfants	Q501	64
3.24	0.001	66.67	40.00	16.48	Sans emploi	Principale occupation maintenant (conjoint)	Q701	15
3.17	0.001	38.33	92.00	65.93	Non	Attitudes qui vous ont choqués dans ces act.	Q302	60
3.16	0.001	47.22	68.00	39.56	Non	Pouvez-vous écrire l'anglais	Q601	36
3.07	0.001	50.00	60.00	32.97	Non	Pouvez-vous lire l'anglais	Q601	30
3.01	0.001	62.50	40.00	17.58	Langues latines	Langue maternelle	LA03	16
3.01	0.001	62.50	40.00	17.58	Autre	raison participé à activité	Q308	16
2.97	0.002	85.71	24.00	7.69	oui	état émotif: migratoire	Q401	7
2.96	0.002	47.06	64.00	37.36	Oui	Depuis Canada, recours services d'aide	Q201	34
2.93	0.002	37.10	92.00	68.13	Oui	Activité(s) répondu à vos attentes	Q301	62
2.90	0.002	50.00	56.00	30.77	Pas du tout	Depuis accouché:pleurer facilement	Q401	28
2.83	0.002	42.86	72.00	46.15	Non	Satisfaite de votre logement ?	Q402	42
2.79	0.003	58.82	40.00	18.68	Langues latines	Quelle langue parlée plus souvent à la maison	Q603	17
2.72	0.003	33.33	100.00	82.42	oui	services de santé: gains	Q401	75
2.67	0.004	70.00	28.00	10.99	CLSC	Lieu de première consultation	Q201	10
2.59	0.005	100.00	16.00	4.40	Non	Pend.gross..: Pris des suppléments?	Q702	4
2.56	0.005	52.38	44.00	23.08	sécurité revenu	Source de revenu (conjoint)	RE03	21
2.56	0.005	52.38	44.00	23.08	Sécurité du revenu	Source de revenu (conjoint)	Q704	21
2.40	0.008	46.43	52.00	30.77	Non	soutien instrumental	Q202	28
2.30	0.011	39.13	72.00	50.55	oui	inquiétude: langue	Q701	46
2.30	0.011	34.33	92.00	73.63	Oui	Dans pays d'or. alim.recommandés?	Q801	67
2.30	0.011	34.33	92.00	73.63	involontaire	INVOL	IN01	67
2.27	0.012	66.67	24.00	9.89	Assez souvent	Depuis accouché:difficulté à dormir	Q403	9
2.25	0.012	44.83	52.00	31.87	aucun soutien	Z24A.1	Z240	29
2.22	0.013	34.92	88.00	69.23	Non	Depuis Canada, suivi des formations, stages	Q202	63
2.18	0.015	32.88	96.00	80.22	Sans emploi	Principale occupation maintenant (répondante)	Q701	73
2.17	0.015	33.82	92.00	74.73	oui	immigration involontaire	Q501	68
2.15	0.016	42.42	56.00	36.26	Non	Parlez-vous l'anglais	Q601	33
2.08	0.019	100.00	12.00	3.30	grande prématurité	Nombre de semaines de grossesse	A801	3
2.08	0.019	100.00	12.00	3.30	Agression, persécuti	Z511	Z507	3
2.07	0.019	80.00	16.00	5.49	Réfugié	Statut actuel mère ?	Q202	5
2.05	0.020	35.00	84.00	65.93	Oui	Inquiet.depuis arr.:peur pas revenus suffisants?	Q501	60
2.04	0.021	45.83	44.00	26.37	non-non	Parlez-vous français * Parlez-vous l'anglais	MO01	24
2.04	0.021	50.00	36.00	19.78	CLSC	Lieu de pratique de votre médecin	Q402	18
2.03	0.021	47.62	40.00	23.08	Non	Suivie par médecin après accouchement	Q302	21
1.90	0.029	53.85	28.00	14.29	À l'occasion	Peut confier à votre conjoint?	Q202	13
1.79	0.037	38.46	60.00	42.86	Aucune personne	A votre arrivée au Canada, gens vous accueilli	Q506	39
1.76	0.039	41.38	48.00	31.87	Pas du tout	Depuis accouché:senti dépassée par événements	Q401	29
1.74	0.041	37.21	64.00	47.25	Christianisme	Appartenance religieuse	Q601	43
1.73	0.042	54.55	24.00	12.09	Mère,conj, 3 enf.	Partage logement. Avec qui	Q407	11
1.73	0.042	54.55	24.00	12.09	Était au pays d'orig	Quand arrivée au Canada, votre conjoint:	Q503	11
1.69	0.045	43.48	40.00	25.27	Très souvent	Depuis accouché:senti inquiète	Q404	23
1.68	0.046	66.67	16.00	6.59	Paix,droit de l'hom.	Pourquoi choisi Canada	Q511	6
1.68	0.046	66.67	16.00	6.59	Réfugié	Statut actuel conjoint?	Q202	6
1.61	0.053	40.00	48.00	32.97	30 à 34 ans	Âge des mères	AG03	30
1.57	0.058	40.74	44.00	29.67	Non	Votre dernière grossesse était-elle désirée ?	Q702	27
1.55	0.061	55.56	20.00	9.89	A immigrée enceinte	Z44T1	Z401	9
1.54	0.062	75.00	12.00	4.40	calme	Signes que bb va bien: plus imp.	Q104	4
1.53	0.063	32.81	84.00	70.33	non	problème: socio-économique	Q602	64
1.53	0.064	38.24	52.00	37.36	10 000 à 14 999 $	REVENU	RE02	34
1.51	0.065	33.33	80.00	65.93	Oui	soutien matériel	Q201	60
1.50	0.067	50.00	24.00	13.19	Oui	Problvènements diff.:séparation	Q401	12
1.48	0.070	46.67	28.00	16.48	Oui	Problvènements diff.:décès d'un proche	Q401	15
1.48	0.070	35.56	64.00	49.45	oui	implication du conjoint: gains	Q201	45
1.48	0.070	35.56	64.00	49.45	Non	Suivi des cours de langue depuis arrivée	Q601	45
1.45	0.073	36.84	56.00	41.76	oui	inquiétude: bébé	Q701	38
1.45	0.073	100.00	8.00	2.20	Mère,2 enf.	Partage logement. Avec qui	Q402	2
1.44	0.075	34.69	68.00	53.85	Oui	+diff.depuis Can:contact avec québécois	Q501	49
1.42	0.078	39.29	44.00	30.77	Empl.bur.comm.tech.	Principale occupation avant départ de...(répondante)	Q705	28
1.42	0.078	39.29	44.00	30.77	oui	inquiétude: organisation	Q701	28
1.39	0.082	35.71	60.00	46.15	Pas du tout	Depuis accouché:senti prise au piège	Q401	42
1.36	0.087	57.14	16.00	7.69	Oui	Inquiet.depuis arr.:Autres	Q501	7
1.33	0.091	40.91	36.00	24.18	Vous accompagnait	Quand arrivée au Canada, votre conjoint:	Q501	22
1.30	0.098	50.00	20.00	10.99	monoparentale réside	MONO	MO01	10
1.25	0.106	36.11	52.00	39.56	Oui	Référée pour l'une de ces activités	Q301	36
1.17	0.120	39.13	36.00	25.27	Non	Démarches pour obtenir équivalence (conjoint)	Q602	23
1.15	0.125	32.73	72.00	60.44	non	alimentation du bébé: pertes	Q502	55
1.15	0.125	32.73	72.00	60.44	Non	Source et durée d'allait.différent ds. pays d'or.?	Q502	55
1.15	0.125	60.00	12.00	5.49	Célibataire	État civil lors de l'entrevue	ET03	5
1.15	0.125	60.00	12.00	5.49	Oui, régulièrement	Leur envoi de l'argent	Q501	5
1.12	0.132	35.14	52.00	40.66	3101-3600	POIDS	PO03	37
1.11	0.134	30.00	96.00	87.91	Oui	Prévoyez-vous changer d'occupation l'an prochain ?	Q701	80
1.11	0.134	30.00	96.00	87.91	Meilleure	Situation au Canada vs... d) des services	Q701	80
1.10	0.136	41.18	28.00	18.68	S'est amélioré	État de santé depuis au Canada	Q402	17
1.08	0.141	50.00	16.00	8.79	matériel	type de soutien - 2	Q202	8

1.08	0.141	50.00	16.00	8.79	Non	Q63.Cofi ?	Q602	8
1.08	0.141	50.00	16.00	8.79	oui	élever:gain économique	Q101	8
1.07	0.141	42.86	24.00	15.38	Moyennement	Pouvez-vous lire le français	Q603	14
1.05	0.147	32.69	68.00	57.14	Moins bonne	Situation au Canada vs... c) du travail	Q702	52
1.03	0.152	30.26	92.00	83.52	Oui	Signes que bb va bien: il pleure peu	Q101	76
1.03	0.152	30.26	92.00	83.52	non	problème: adapt. objective	Q602	76
1.02	0.155	37.50	36.00	26.37	Très souvent	Depuis accouché:senti nerveuse, tendue	Q404	24
1.02	0.155	37.50	36.00	26.37	Non	Ce qu'appris,changé façon d'agir	Q302	24
1.00	0.158	33.33	60.00	49.45	Non	Inquiet pcq.enf.grandit pas au ...	Q102	45
0.98	0.163	34.21	52.00	41.76	oui	conditions nuisibles: pertes	Q701	38
0.98	0.163	34.21	52.00	41.76	Oui	Ce qu'appris,changé façon d'agir	Q301	38
0.97	0.167	38.10	32.00	23.08	oui	réseau social: pertes	Q201	21
0.97	0.167	38.10	32.00	23.08	oui	élever:perte sociale	Q101	21
0.93	0.177	29.63	96.00	89.01	non	élever:gain social	Q102	81
0.91	0.181	34.29	48.00	38.46	Oui	Problèmes santé pendant grossesse	Q401	35
0.91	0.182	66.67	8.00	3.30	5 et +	PARITE	PA05	3
0.91	0.182	66.67	8.00	3.30	Mère,4 enf.et +	Partage logement. Avec qui	Q404	3
0.88	0.189	40.00	24.00	16.48	Assez souvent	Depuis accouché:tout exige un effort	Q403	15
0.87	0.191	32.61	60.00	50.55	Non	Pend.gross...:Consommé du café ?	Q702	46
0.87	0.192	29.07	100.00	94.51	Oui	Signes que bb va bien: il fait des sourires	Q101	86
0.86	0.194	36.00	36.00	27.47	Non	+diff.depuis Can:trouver travail convenable	Q502	25
0.86	0.194	36.00	36.00	27.47	Non	Votre occupation actuelle est-elle souhaitée?	Q703	25
0.84	0.201	30.43	84.00	75.82	Oui	Signes que bb va bien: il s'adapte bien aux nouvelles person	Q101	69
0.83	0.204	50.00	12.00	6.59	Primaire	Scolarité	SC01	6
0.81	0.210	36.36	32.00	24.18	oui	implication du conjoint: pertes	Q201	22
0.78	0.219	33.33	48.00	39.56	Non	+diff.depuis Can:isolement	Q502	36
0.78	0.219	33.33	48.00	39.56	Secondaire	Scolarité	SC02	36
0.75	0.226	36.84	28.00	20.88	Un peu	Pouvez-vous écrire le français	Q602	19
0.71	0.240	33.33	44.00	36.26	Moins bonne	Situation au Canada vs... a) financier	Q702	33
0.70	0.243	37.50	24.00	17.58	35 et plus	Âge des mères	AG04	16
0.65	0.258	34.78	32.00	25.27	moins de 10 000 $	REVENU	RE01	23
0.64	0.260	38.46	20.00	14.29	Afrique sub-Saharien	Lieux de naissance	LN04	13
0.64	0.260	38.46	20.00	14.29	Pas du tout	Depuis accouché:sentir triste	Q401	13
0.64	0.260	38.46	20.00	14.29	Très souvent	Depuis accouché:senti sans espoir à l'avenir	Q404	13
0.64	0.261	32.43	48.00	40.66	Non	Pouvez-vous écrire le français	Q601	37
0.64	0.261	32.43	48.00	40.66	oui	situation au Canada: pertes	Q701	37
0.64	0.263	33.33	40.00	32.97	Sein	Princ.source d'alimentation, 6 premiers mois	Q501	30
0.63	0.265	30.51	72.00	64.84	Oui	Dans pays d'or. alim:en mesure de suivre pratiques?	Q801	59
0.62	0.269	31.25	60.00	52.75	oui	accouchement: gains	Q301	48
0.62	0.269	31.25	60.00	52.75	Pas du tout	Depuis accouché:senti coupable	Q401	48
0.61	0.270	28.74	100.00	95.60	Oui	Prem.année, import: Lui parler, lui raconter des histoires	Q101	87
0.61	0.270	28.74	100.00	95.60	Oui	Signes que bb va bien: il mange bien	Q101	87
0.57	0.285	33.33	36.00	29.67	Un peu	Pouvez-vous lire le français	Q602	27
0.57	0.285	33.33	36.00	29.67	Non	Été hospitalisée pour problème de santé?	Q402	27
0.55	0.292	42.86	12.00	7.69	Oui	Entrepris démarches de parrainage pour famille	Q501	7
0.55	0.292	42.86	12.00	7.69	Oui	Avez-vous abandonné cette activité	Q301	7
0.55	0.292	42.86	12.00	7.69	Assez souvent	Depuis accouché:senti prise au piège	Q403	7
0.55	0.292	42.86	12.00	7.69	Non	En contact avec membres de famille au...	Q502	7
0.55	0.292	42.86	12.00	7.69	moins de 2700	POIDS	PO01	7
0.53	0.297	31.11	56.00	49.45	Oui	Participé à toutes les rencontres prévues	Q301	45
0.53	0.299	29.33	88.00	82.42	non	élever:perte culturelle	Q102	75
0.52	0.301	35.29	24.00	18.68	Pas du tout	Depuis accouché:senti nerveuse, tendue	Q401	17
0.52	0.302	50.00	8.00	4.40	Séparée/divorcée/veu	État civil lors de l'entrevue	ET02	4
0.51	0.305	31.58	48.00	41.76	oui	soutien: pertes	Q201	38
0.50	0.310	33.33	32.00	26.37	secondaire incomplet	SCOL_R	SC01	24
0.49	0.313	30.61	60.00	53.85	Non	Démarches pour obtenir équvalence (répondante)	Q602	49
0.49	0.313	30.61	60.00	53.85	Oui	Implication conjoint diff.si au ...	Q201	49
0.45	0.326	35.71	20.00	15.38	Pour le bébé	Q75.Si aucun, quelle raison? (répondante)	Q701	14
0.45	0.326	35.71	20.00	15.38	moral et social	type de soutien - 2	Q203	14
0.43	0.332	31.43	44.00	38.46	non	conditions nuisibles: gains	Q702	35
0.43	0.332	31.43	44.00	38.46	oui	élever:perte	Q101	35
0.42	0.336	32.14	36.00	30.77	Un peu	Parlez-vous français	Q602	28
0.42	0.336	32.14	36.00	30.77	oui	suivi	Q302	28
0.40	0.343	30.43	56.00	50.55	alimentation	Prem.année, import: lequel semble plus imp.	Q106	46
0.40	0.345	29.82	68.00	62.64	non	accouchement: pertes	Q302	57
0.38	0.352	36.36	16.00	12.09	Assez souvent	Depuis accouché:senti que vous ne valez rien	Q403	11
0.38	0.352	36.36	16.00	12.09	Non	Prem.année, import: Être entouré de gens	Q102	11
0.36	0.360	29.51	72.00	67.03	Non	+diff.depuis Can:problèmes de discrimination	Q502	61
0.35	0.364	32.00	32.00	27.47	À l'occasion	Depuis accouché:senti manquer d'énergie	Q402	25
0.32	0.373	30.23	52.00	47.25	Oui	Si vous viviez au... enf.élevé de même façon?	Q101	43
0.31	0.377	28.57	96.00	92.31	Milieu urbain	Milieu de vie au pays d'origine	Q601	84
0.30	0.383	37.50	12.00	8.79	Oui	Eu emploi qui corr.à vos qualifications (répondante)	Q701	8
0.30	0.383	37.50	12.00	8.79	Oui	Été hospitalisée pour problème de santé?	Q401	8
0.30	0.383	37.50	12.00	8.79	Très souvent	Depuis accouché:senti coupable	Q404	8
0.30	0.383	37.50	12.00	8.79	Niveau de vie	Pourquoi choisi Canada	Q508	8
0.30	0.383	37.50	12.00	8.79	Créole	Langue maternelle	LA04	8
0.30	0.383	37.50	12.00	8.79	Non	Hospitalisé pour ce problème	Q402	8
0.27	0.392	29.79	56.00	51.65	Oui	Votre occupation actuelle est-elle souhaitée?	Q701	47
0.27	0.394	31.82	28.00	24.18	Césarienne	Type d'accouchement	A102	22
0.27	0.394	31.82	28.00	24.18	secondaire	SCOL_R	SC02	22
0.27	0.394	33.33	20.00	16.48	A été référée	raison participé à activité	Q301	15
0.27	0.394	33.33	20.00	16.48	Assez souvent	Depuis accouché:sentiment de solitude	Q403	15
0.25	0.403	30.00	48.00	43.96	Meilleure	Situation au Canada vs... a) financier	Q701	40
0.24	0.407	28.77	84.00	80.22	Non	Pend.gross..: Consommé médicaments drogues?	Q702	73
0.22	0.412	29.03	72.00	68.13	Non	+diff.depuis Can:conn.institutions de santé	Q502	62
0.22	0.412	30.30	40.00	36.26	Parfois	Sort pas pcq:froid, le climat	Q502	33
0.20	0.420	30.77	32.00	28.57	À l'occasion	Depuis accouché:senti inquiète	Q402	26
0.20	0.420	40.00	8.00	5.49	Oui	Pend.gross..:Consommé de l'alcool?	Q701	5
0.20	0.420	40.00	8.00	5.49	Secondaire	Si oui, quel genre de formation ?	Q203	5
0.20	0.420	40.00	8.00	5.49	Ouvrier non qualifié	Principale occupation avant départ de...(répondante)	Q704	5
0.19	0.423	29.55	52.00	48.35	non	problème: transformation famille	Q602	44
0.19	0.426	31.58	24.00	20.88	Très souvent	Depuis accouché:senti dépassée par événements	Q404	19
0.18	0.429	33.33	16.00	13.19	non	réseau social: pertes	Q202	12
0.18	0.429	33.33	16.00	13.19	Très souvent	Depuis accouché:senti peur	Q404	12
0.18	0.430	28.79	76.00	72.53	non	santé: pertes	Q402	66
0.14	0.444	30.00	36.00	32.97	oui	problème: culturel	Q601	30
0.12	0.453	30.43	28.00	25.27	Oui	Conditions au Canada nuisent aux resp.de parents	Q701	23
0.10	0.462	31.25	20.00	17.58	collégial	SCOL_R	SC03	16
0.10	0.462	31.25	20.00	17.58	Oui	+diff.depuis Can:trouver aliments habituels	Q501	16
0.05	0.481	28.57	64.00	61.54	non	cours prénatal	Q301	56

Annexe 3 :
Outils de cueillette des données

---

1. Outil de cueillette des données pour le volet exploratoire auprès des mères immigrantes
2. Outil de cueillette des données pour le volet exploratoire auprès des intervenantes

Questionnaire auprès des mères - 1998

(version finale)

Questionnaire no. : ____

CLSC et/ou Organisme : _____

Lieu de l'entrevue : _____

Date et heure de l'entrevue : _____

Durée de l'entrevue : _____

Intervieweve : _____

Interprète culturel : _____

Questions préliminaires à poser dès le premier contact téléphonique (seulement Q. 2-5-6)

1. Langue maternelle : _____

2. Langue de préférence pour l'entrevue : _____

3. Pays de naissance de la mère : _____

du père : _____

4. Âge : _____

5. Le moment d'arrivée au Canada : /____/____
m a

À PROPOS DU DERNIER ENFANT NÉ AU CANADA :

6. Date de naissance : ____/____/____
j m a

7. Poids à la naissance : _____kg ou _____lb 11 NSP

8. Nombre de semaines de grossesse : _____ 11 NSP

9. Prise de poids pendant la grossesse : _____kg ou _____lb 11 NSP

10. Type d'accouchement : _____

11. Âge et lieu de naissance des autres enfants : _____

_____

Introduction

La recherche que nous menons vise à mieux connaître les situations vécues par de jeunes mères en rapport avec leur expérience de la migration. Nous cherchons à mieux comprendre ce qui rend difficile ou ce qui facilite votre nouvelle vie de parent en tant que nouvelle arrivante. En d'autres mots, quelles sont les difficultés et les changements apportés par l'immigration en rapport avec vos responsabilités de parents, vos conditions de parents. Ces connaissances nous permettront de mieux identifier les besoins des jeunes mères nouvelles arrivantes afin de mieux orienter l'organisation des services, les interventions et les services de santé qui entourent la naissance.

Je tiens à vous signaler que toutes les données et les informations recueillies lors de cette entrevue restent entièrement confidentielles et qu'aucune personne, organisme ou service de l'immigration n'y aura accès. Il ne faut pas penser en termes de bonnes ou de mauvaises réponses, vous répondez simplement aux questions. Si certaines questions ne sont pas claires ou que vous avez de la difficulté à y répondre, sentez-vous bien à l'aise de me demander des explications. Également, vous pouvez mettre fin à l'entrevue à tout moment ou refuser de répondre si une question vous gêne.

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette recherche, votre implication est très importante à la réussite de cette étude, qui je souhaite contribuera à améliorer les programmes des CLSC s'adressant aux femmes enceintes et aux jeunes mères quelle que soit leur origine.

A moins que vous n'ayez des questions, on peut maintenant commencer l'entrevue.

Section 1 Le statut

Q1. Sous quel statut d'immigration êtes-vous entrée au Canada?

1 requérante du statut de réfugié
2 réfugiée
3 immigrante reçue : parrainée par conjoint
4 immigrante reçue : parrainage de groupe (communauté religieuse, entreprise privée...)
5 immigrante reçue : indépendante
6 temporaire (visiteuse, étudiante, travailleuse)
7 Autre _____
99 PR
91 NSP

Q1.1 Votre conjoint? *(inscrire le code équivalent)* /_____/ 8 NAP

Q2. Maintenant vous êtes?

1 immigrante reçue/résidente permanente
2 réfugiée
3 en attente ou requérante du statut de réfugié
4 citoyenne canadienne
5 autres, préciser _____
9 PR
11 NSP

Q2.2 Votre conjoint? *(inscrire le code équivalent)* /_____/ *8 NAP*

Q3. À votre arrivée au Canada étiez-vous?

1 en union de fait (vie commune, relation de couple)
2 mariée
3 séparée ou divorcée
4 veuve
5 célibataire
9 PR

Q3.1 Maintenant votre situation a-t-elle changée?

1 Oui, spécifier à l'aide du même code : _____
2 Non
9 PR

Q4. Actuellement, combien êtes-vous à partager le même logement de façon permanente?

a) Nombre _____
b) Qui sont-ils? (nommer les liens) : _____

_____

c) Combien de pièces comprend votre logement? _____

d) Êtes-vous satisfaite de votre logement? 1 Oui 2 Non 9 PR

e) Depuis que vous êtes au Canada, combien de fois avez-vous déménagé? _____

Section 2 Conceptions parentales

Nous allons passer tout de suite à des questions au sujet du développement de l'enfant et de votre rôle de parent, en nous centrant sur votre dernier enfant né ici.

(Pour faciliter l'échange demander le nom et l'âge de l'enfant) _____

ALIMENTATION ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Q5. Pendant les six premiers mois de vie de votre enfant, quelle était (ou quelle sera) la principale source d'allaitement?

1 Le sein 2 Le biberon
3 Les deux 4 PR

Q5.1 Combien de temps avez-vous allaité (ou pensez-vous allaiter) votre bébé? /_____/ (en mois)

Q5.1A Jusqu'à quel âge croyez-vous bon de l'allaiter? /_____/ (en mois)

Si biberon : Q5.2 et 5.3

Q5.2 Qu'est-ce qui vous a amené à donner le biberon plutôt que le sein?

_____

_____

Q5.3 Quel type de lait ?

1 Lait régulier (de vache ou chèvre, de soya, etc.)
2 Lait en formule ou maternisé (Similac, Enfanlac, etc.)
3 Les deux

Si lait en formule, combien de temps ? _____ (en mois)

Si sein et biberon : Q5.4 et 5.5

Q5.4 Si vous aviez été au...(pays d'origine) cela aurait-il été différent *(quant à la source et la durée de l'allaitement)*?

1 Oui 2 Non 11 NSP

spécifier : _____

_____

_____

Q5.5 Selon vous, qu'est-ce qui est préférable pour favoriser le bon développement du bébé, le sein ou le biberon?

1 Le sein 2 Le biberon 3 Les deux

spécifier : _____

_____

_____

Q6. Pendant la grossesse ou l'allaitement, avez-vous changé certaines habitudes de vie?

1 Oui 2 Non 8 NAP 9 PR

Par exemple :

a) Avez-vous consommé certains aliments ou boissons en plus grande quantité,

spécifier : _____

_____

_____

b) Avez-vous diminué ou cessé la consommation de certains aliments ou boissons,

spécifier : _____

_____

_____

c) Avez-vous modifié vos horaires de sommeil, sieste,

spécifier : _____

_____

d) Avez-vous pratiqué des activités physiques

spécifier : _____

_____

e) Autres, spécifier :

_____

_____

Q7. Pendant votre grossesse ou l'allaitement (selon le cas) avez-vous :

a) Pratiqué le jeûne? 1 Oui 2 Non combien de temps ____

b) Pris des suppléments* (vitaminés, toniques, etc) 1 Oui 2 Non combien de temps ____(nom.)

c) Consommé du café ? 1 Oui 2 Non combien de tasses par jour ____

d) Consommé de l'alcool? 1 Oui 2 Non combien de verres/semaine ____

e) Fumé la cigarette? 1 Oui 2 Non combien par jour ____

f) Consommé certaines substances (médicaments/drogues) ?

1 Oui 2 Non spécifier : _____

commentaires :

_____

_____

Q8. Dans votre pays d'origine certains aliments sont-ils habituellement :

a) recommandés pour la femme enceinte ou qui allaite?

1 Oui 2 Non 11 NSP

Spécifier :

_____

_____

b) à éviter pour la femme enceinte ou qui allaite?

1 Oui 2 Non 11 NSP

Spécifier :

_____

_____

c) avez-vous été en mesure de suivre ces pratiques alimentaires?

1 Oui 2 En partie 3 Non 8 NAP 9 PR

Spécifier :

_____

_____

Q9. Vers quel âge croyez-vous bon de commencer à donner à manger aux bébés?

/____/ mois 91 NSP

Q9.1 Selon vous, quels sont les premiers aliments à introduire? 91 NSP

Exemples

Q10. Au cours de la première année de vie, qu'est-ce qui vous semble le plus important pour assurer le bon développement du bébé?

Laisser répondre avant d'énumérer chacuns des items

_____

_____

		Oui	Non	NSP
a)	Lui parler, lui raconter des histoires	1	2	11
b)	Jouer avec lui	1	2	11
c)	Rencontrer d'autres enfants	1	2	11
d)	Avoir des jouets	1	2	11
e)	Être entouré de gens	1	2	11
f)	Une alimentation équilibrée	1	2	11
g)	Des horaires réguliers de sommeil	1	2	11
h)	autre _____	1	2	11

Q10.1 Parmi vos choix lesquels vous semblent les 2 plus importants? : /___/___/

Justifier ces choix : _____

_____

Q11. D'après vous quels sont les signes qui vous indiquent que votre bébé se porte bien?

Laisser répondre avant d'énumérer chacuns des items

_____

_____

		Oui	Non	NSP
a)	il fait des sourires	1	2	11
b)	il est éveillé ou répond bien au jeu	1	2	11
c)	il s'adapte bien aux nouvelles personnes ou environnements	1	2	11
d)	il est calme, tranquille	1	2	11
e)	il pleure peu	1	2	11
f)	il mange bien	1	2	11
g)	il dort bien	1	2	11
h)	autres _____	1	2	11

Q11.1 Parmi vos choix lesquels vous semblent les 2 plus importants? : /___/___/

Justifier ces choix : _____

_____

Q12. Vers quel âge et dans quel contexte croyez-vous bon de commencer à imposer des limites ou une discipline à l'enfant?

/_____/ (âge en mois) 0 à aucun moment 91 NSP

Pouvez-vous me dire dans quel contexte et comment vous interviendrez, ou interviendrez? *(punitions, restrictions, corrections...)*

_____

_____

_____

Q13. Quelle sont les 2 principales sources d'influence concernant la façon d'élever votre enfant? *(inscrire 1er et 2e choix seulement)*

___ l'apprentissage par soi-même : essai-erreur, instinct, expérience, jugement
___ membres de la famille : mère, belle-mère, sœurs, cousines, autres...
___ votre conjoint
___ vos amies
___ vos pairs (d'autres mères, pas nécessairement des amies)
___ le médecin, l'infirmière,
___ les livres
___ autre _____

commentaires :

_____

_____

Q14. Si vous avez des questions, des inquiétudes sur la santé ou le développement de votre bébé, à qui vous référez-vous d'abord? *(inscrire 1er et 2e choix seulement)*

___ à votre conjoint
___ aux membres de la famille : mère, belle-mère, sœurs, cousines, autres...
___ à vos amies
___ à vos pairs (d'autres mères, pas nécessairement des amies)
___ au médecin, à l'infirmière
___ aux livres
___ autre _____

commentaires :

_____

_____

ICI VS LÀ-BAS / PERTES VS GAINS

Q15. Y a-t-il des façons d'élever les enfants qui vous dérangent ou qui vous choquent ici au Québec?

1 Oui 2 Non 11 NSP 9 PR

Si oui, lesquelles?

Q16. Y a-t-il, au contraire, des façons d'élever les enfants que vous aimez, qui vous plaisent ici au Québec?

1 Oui 2 Non 11 NSP 9 PR

Si oui, lesquelles?

Q17. Si vous viviez au... (pays d'origine) votre enfant serait-il élevé de la même façon?

1 Oui 2 Non 11 NSP 9 PR

spécifier:

Q18. Avez-vous des inquiétudes rattachées au fait que votre enfant grandisse en dehors du... (pays d'origine)?

1 Oui 2 Non 11 NSP 9 PR

Si oui, lesquelles?

PRÉSENCE PATERNELLE/RÔLES PARENTAUX

Q19. De quelles façons votre conjoint vous apporte-t-il son soutien, son aide par rapport au bébé et de façon générale, par rapport à l'organisation de la maison?

Par exemple, pour chacun des moments suivants, dites-moi si votre conjoint prend du temps :

	jamais	à l'occasion	½ temps	la très souvent	NAP
a) Pour donner le boire au bébé	1	2	3	4	11
b) Pour lui donner son bain	1	2	3	4	11
c) Pour changer les couches	1	2	3	4	11
d) Pour s'occuper du bébé quand il est malade	1	2	3	4	11
e) Pour le conduire chez le médecin	1	2	3	4	11
f) Pour faire des sorties avec le bébé	1	2	3	4	11
g) Pour l'endormir ou le mettre au lit	1	2	3	4	11
h) Pour le calmer ou le prendre quand il pleure	1	2	3	4	11
i) Pour amuser ou divertir l'enfant	1	2	3	4	11
j) Pour rester avec l'enfant quand vous vous absentez	1	2	3	4	11
k) Pour faire les courses, l'épicerie, achat de nourriture	1	2	3	4	11
l) Pour faire les repas	1	2	3	4	11
m) Pour faire le ménage	1	2	3	4	11
n) Pour s'occuper des autres enfants	1	2	3	4	11
o) Autres _____	1	2	3	4	11

Commentaires :

Q20. L'implication de votre conjoint aurait-elle été différente si vous viviez au ... (pays d'origine)?

1 Oui 2 Non 11 NAP 9 PR

En quoi? /Pourquoi?

Q21. Souhaiteriez-vous que votre conjoint passe plus de temps en compagnie de... (nom du bébé)?

1 Oui 2 Non 11 NAP 9 PR

Commentaires :

Q.21.1 S'il vous arrivait d'avoir besoin de vous confier, de parler, avez-vous l'impression que votre conjoint peut répondre à ce genre de besoin?

1 Jamais 2 à l'occasion 3 souvent 4 Toujours

Commentaires :

Section 3 Réseau social

Nous allons maintenant poursuivre avec des questions portant sur votre réseau d'amis et de parenté.

Q22. Présentement, quels sont les membres de votre famille et belle-famille qui habitent au Canada? (enfants conjoint, sœurs/frères, mère/père, grands-parents, belles-sœurs, belle-mère, cousin(e), nièces,...)

0 aucun

Lien de parenté	Degré de fréquentation 1 Au moins 1 fois/semaine 2 Au moins 1 fois/mois 3 A l'occasion 4 Rarement ou jamais	Lieu de résidence 1 Même quartier 2 Montréal 3 Ailleurs au Canada
A)		
B)		
C)		
D)		
E)		
F)		
G)		

Q23. Au cours de la dernière année, y a-t-il d'autres personnes que la parenté que vous avez fréquentés? (ami(e) proche, ami(e) par médiation, voisin(e), connaissance, intervenante sociale, professionnel(le), autre,...)

1 Oui 2 Non

Si oui, compléter ce tableau

Type de liens + (origine)	Lieu de connaissance Ex : COFI, maisonnée, CLSC, CARI St-Laurent, voisinage,..	Degré de fréquentation 1 Au moins 1 fois/sem 2 Au moins 1 fois/mois 3 A l'occasion 4 Rarement ou jamais	Lieu de résidence 1 Même quartier 2 Montréal 3 Ailleurs au Canada
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Q24. Quelles sont les personnes qui vous ont offert du soutien (de l'aide) à différents moments entourant la naissance de votre enfant? *(énumérer les no. 1 à 8, et A à J ci-haut)* :

Q24.1 Quelles formes de soutien (aide) vous ont-elles apporté, à quelles occasions?
(enumerer les no.1 à 8, et A à J ci-haut, identifier si c'est avant ou après l'accouchement) :

a) **instrumental** (garde du bébé, aide ménagère: courses, repas, lavage,accomp., déménagement,...) :
1 Oui 2 Non 8 NAP

Avant: _____

_____

Après: _____

_____

b) **matériel** (prêt/don de vêtements ou d'accessoires pour bébé, dépannage aliment., soutien financier...)
1 Oui 2 Non 8 NAP

Avant: _____

_____

Après: _____

_____

c) **moral et social** (être à l'écoute, visites, appels,...) :
1 Oui 2 Non 8 NAP

Avant: _____

_____

Après: _____

_____

d) **informatif** (conseils sur santé de l'enfant, allocation familiale, aide sociale, chômage, ...) :
1 Oui 2 Non 8 NAP

Avant: _____

_____

Après: _____

_____

24.2 Quelle aide a été la plus importante pour vous ?

_____

b) **Eu recours à des services d'un organisme d'aide aux nouveaux arrivants?**
1 Oui 2 Non

Si oui, quel genre de service ? _____

c) **fréquenté des organismes ou des lieux religieux?**
1 Oui 2 Non

Si oui, à quelles occasions ? *(rencontres sociales, consultations pour des conseils, des problèmes de santé, familiaux, généraux...)*

_____

_____

Section 4 — Le rapport avec les services de santé pendant et après la grossesse

Les questions qui suivent concernent vos rapports avec les services de sante en lien avec votre dernière grossesse

Q29. Avez-vous été suivi par un médecin ou une sage-femme pendant votre grossesse?
1 Oui 2 Non
↓
Si non passer à la question Q30

Q29.1 À quel moment de votre grossesse avez-vous consulté pour la première fois?
(encerclez)

1e trimestre	2e trimestre	3e trimestre	98	NAP
(avant 3 mois)	*(de 3 à 6 mois)*	*(après 6 mois)*		

Q29.2 Était-ce dans :

1	un CLSC (ou dispensaire)	2	une clinique privée
3	un hôpital	4	chez une sage-femme
5	autre _____		
8	NAP	11	NSP

Q30. Avez-vous été suivie par un médecin après l'accouchement?
1 Oui 2 Non

Q31. À votre avis, avez-vous reçu de bons soins lors de votre accouchement?
1 Oui 2 Non

Spécifier : _____

_____

Q25. Considérez-vous que votre réseau social (amis, parents, connaissances,...) est assez important pour vous aider dans votre rôle, vos responsabilités de mère?
1 Oui 2 Non 11 NSP

Spécifier : _____

_____

_____

_____

Q25.1 Si vous aviez été au... (pays d'origine), en quoi cela aurait-il été différent?

_____

_____

_____

_____

_____

Q27. Depuis la naissance de votre enfant, avez-vous eu des moments de loisirs, des activités récréatives ou culturelles?
1 Oui 2 Non

Si non, pour quelles raisons ? _____

_____

Si oui, à quelles occasions? *(spécifier si ce sont des loisirs avec ou sans l'enfant?)*

_____

_____

Q28. Depuis que vous êtes au Canada avez-vous déjà...

a) **Suivi des formations, stages, ou des cours autres que de langues?**
1 Oui 2 Non

Si oui, quel genre de formation ? _____

Q31.1 Si vous aviez accouché au...(pays d'origine), en quoi cela aurait-il été différent, selon vous?
11 NSP

_____

_____

Q32. Depuis que vous êtes enceinte jusqu'à maintenant, avez-vous utilisé ou participé à l'un des services suivants? *(tenter d'obtenir le nom de l'activité et des détails- indivi ou en groupe)*

a) **cours prénatal,**
Nom : _____
1 Non 2 CLSC 3 organ. communautaire 4 autre 11 NSP

b) **programme de distribution alimentaire,**
Nom : _____
1 Non 2 CLSC 3 organ. communautaire 4 autre 11 NSP

c) **cours postnatal,**
Nom : _____
1 Non 2 CLSC 3 organ. communautaire 4 autre 11 NSP

d) **réseau de marrainage** (allaitement, gardiennage, entraide maternelle),
Nom : _____
1 Non 2 CLSC 3 organ. communautaire 4 autre 11 NSP

e) **rencontre de parents** (information, entraide et action),
Nom : _____
1 Non 2 CLSC 3 organ. communautaire 4 autre 11 NSP

f) **accompagnement vers les ressources du milieu,**
Nom: _____
1 Non 2 CLSC 3 organ. communautaire 4 autre 11 NSP

g) **suivi individuel pré et/ou post natal, c-à-d :**
Nom : _____
1 Non 2 CLSC 3 organ. communautaire 4 autre 11 NSP

h) **autre**
Nom : _____
1 Non 2 CLSC 3 organ. communautaire 4 autre 11 NSP

Si AUCUNE activité, passer à la Q39

Les questions 33 à 38.1 s'adressent aux femmes qui ont participées à une activité.

Q33.1 Avez-vous été référée pour l'une de ces activités *(par un professionnel du milieu de la santé)?* 1 oui 2 non

Q33. 2 Quelles sont les 2 principales raisons qui vous ont amené à participer à cette (ces) activité(s) ou service(s)? *(Indiquer le nom ou type d'activité et encercler le code pour les 2 raisons)*

	1ère activité	*2e activité*
a) Parce que vous y avez été référée	1	1
b) Parce que près de la maison	2	2
c) Pour apprendre de nouvelles choses	3	3
d) Pour faire des rencontres, connaître d'autres mères	4	4
e) Pour rencontrer spécialement des québécoises d'origine	5	5
f) Pour pratiquer le français ou l'anglais	6	6
g) Pour vous améliorer comme parent	7	7
h) autre	8	8
i) NAP	98	98

Q34. Est-ce que cette (ces)activité(s) a répondu à vos attentes?
1 Oui 2 Non 8 NAP

commentaires : _____

_____

Q35. Y a-t-il des façons de faire, des attitudes, des conseils transmis lors de cette (ces) activité(s) qui vous ont semblé incorrects ou qui vous auraient choqué?*(manque de respect, ingerence, discrimination)*
1 Oui 2 Non 8 NAP

Si oui, exemples : _____

_____

_____

Q36. Ce que vous avez appris au cours de cette(ces) activité(s) a-t-il changé votre façon d'agir avec votre enfant?
1 Oui 2 Non 8 NAP

Si oui, de quelle manière : _____

Q37. Votre conjoint a-t-il participé à cette (ces) activité(s)?

1ère activité _____	*2e activité* _____
1 Oui	1 Oui
2 Non	2 Non
8 NAP	8 NAP

Q38. Avez-vous participé à toutes les rencontres prévues pour cette (ces) activité(s)?
1 Oui 2 Non 8 NAP

Q38.1 Si non, Avez-vous abandonné cette activité (ou l'une de ces activités)?
1 Oui, pour quelles raisons ? _____
2 Non
8 NAP

_____

Les questions suivantes s'adressent à toutes les répondantes

Q39. Vous arrive-t-il d'avoir des problèmes de communication *(pas seulement de langue)* lors de vos visites aux différents services de santé (clinique, hôpital, CLSC)?
1 Oui 2 Non

Si oui, pouvez-vous expliquer ?

_____

_____

_____

_____

_____

Q40. Avez-vous l'habitude de consulter un médecin en particulier (médecin de famille ou pédiâtre)?
1 Oui 2 Non
↓
Si NON, passer à la Q41

Q40.1 Est-ce un médecin :
1 en clinique privée 2 dans un CLSC
3 à l'hôpital 8 NAP

Q40.2 Est-ce un médecin de même origine que vous?
1 Oui 2 Non 8 NAP

Q41. Lors de vos visites dans les différents services de santé (clinique, hôpital, CLSC) avez-vous senti qu'on ne respectait pas ou qu'on remettait en question vos valeurs ou façons de faire?
(manque de respect, ingérence, discrimination)
1 Oui 2 Non 8 NAP

Si oui, expliquer _____

_____

_____

_____

Q42. Si je vous demandais de comparer votre expérience des services de santé ici et celle au....(pays d'origine), quelles seraient les principales différences ou ressemblances que vous pourriez me donner?

_____

_____

_____

_____

SECTION 5 ÉTAT DE SANTÉ GLOBALE

Q43. Pendant votre (dernière) grossesse avez-vous connu un problème de santé?
1 Oui 2 Non → Si NON, passer à la question 44

Q43.1 Quel genre de problème? :
1 hypertension 2 diabète
3 anémie (manque de fer) 4 travail précoce
5 retard de croissance 6 saignements
7 infections urinaires
8 autres : _____
98 NAP

Q43.2 Avez-vous été hospitalisée pour ce problème?
1 Oui 2 Non 8 NAP

Q44. Avez-vous vécu des problèmes ou des événements difficiles pendant ou après votre dernière grossesse? *Par exemple :*

		Oui	Non
a)	perte d'un emploi (le sien ou celui du conjoint)	1	2
b)	décès d'un proche	1	2
c)	séparation	1	2
d)	déménagement	1	2
e)	problèmes avec famille ou belle-famille	1	2
f)	problèmes avec votre conjoint	1	2
g)	autres, préciser _____	1	2

Commentaires: _____

_____

Les Q 45 à Q45.2 s'adressent seulement aux mères qui ont plusieurs enfants

Q45. Avez-vous connu des problèmes de santé pour vos autres grossesses?
1 Oui 2 Non 8 NAP
↓
Si NON, passer à la Q46

Q45.1 Quel genre de problème? :
1 hypertension 2 diabète
3 anémie (manque de fer) 4 travail précoce
5 retard de croissance 6 saignements
7 infections urinaires
8 autres : _____
98 NAP

Q45.2 Avez-vous été hospitalisée pour ce(s) problème(s)?
1 Oui 2 Non 8 NAP

Q46. Depuis que vous vivez au Canada diriez-vous que votre état de santé
1 est stable passer à la Q47
2 s'est amélioré
3 s'est détérioré
11 NSP

Q46.1 À quoi attribuez-vous ces changements?

_____

_____

ÉTAT ÉMOTIONNEL

À présent si vous le voulez bien, nous allons passer à une série de questions portant sur des problèmes dont se plaignent parfois certaines personnes.

Q47. J'aimerais que vous me disiez si, depuis que vous avez accouché, il y a des moments où vous avez ressenti certains des malaises ou problèmes suivants :

	CE PROBLÈME VOUS A-T-IL TROUBLÉ :			
	PAS DU TOUT	À L'OCCASION	ASSEZ SOUVENT	TRÈS SOUVENT
a) Sentiment de solitude, vous sentir seule	1	2	3	4
b) Sentiment d'être dépassée par les événements	1	2	3	4
c) Sentiment d'inquiétude, vous sentir inquiète pour un rien	1	2	3	4
d) Vous sentir sans espoir face à l'avenir	1	2	3	4
e) Avoir l'impression que tout exige un effort	1	2	3	4
f) Difficulté à vous endormir, à dormir d'un bon sommeil (sans que cela soit lié à l'enfant)	1	2	3	4
g) Vous sentir triste	1	2	3	4
h) Sentiment d'être coincée, prise au piège (vous sentir prisonnière)	1	2	3	4
i) Manquer d'appétit	1	2	3	4
j) Sentiment que vous ne valez rien	1	2	3	4
k) Tendance à vous effrayer, à avoir peur sans raison apparente	1	2	3	4
l) Pleurer facilement	1	2	3	4
m) Vous sentir nerveuse, tendue	1	2	3	4
n) Sentiment de manquer d'énergie, de fonctionner au ralenti	1	2	3	4
o) Vous sentir coupable pour certaines choses	1	2	3	4

Commentaires : _____

_____

_____

Q47.1 À quoi attribuez-vous ces sentiments, pourraient-ils être liés à votre expérience de la migration?

_____

_____

_____

_____

Section 6 Contexte pré-migratoire

Si vous le voulez bien, nous allons maintenant aborder des questions sur les conditions qui ont entouré votre départ du.... (pays d'origine). Les réponses que vous nous fournirez sont utiles pour mieux comprendre ce que vivent les personnes immigrantes ou réfugiées, et sont donc très utiles pour sensibiliser le personnel des services sociaux et de santé au Québec. Soyez sans crainte, tout ce que vous me dites demeure entièrement confidentiel et n'a absolument rien à voir avec votre dossier d'immigration, pas plus qu'avec votre dossier médical au CLSC.

Q48. Quand avez-vous quitté le ... (pays d'origine)? mois/____ année/____
99 PR

Q49. Après avoir quitté le .... (pays d'origine) avez-vous séjourné dans d'autres pays avant d'arriver au Canada?
1 Oui 2 Non

Si oui, spécifier les pays, la durée (en mois), si c'était un camp de réfugié (durée du séjour dans le camp)

_____

_____

_____

_____

Q50. Pouvez-vous me parler à la fois des raisons et des conditions qui ont entouré votre départ du ... (pays d'origine)?

(si la répondante a été parrainée, s'attarder aux raisons premières de sa part ou de la part de son conjoint) 99 PR

_____

_____

_____

_____

Q50.1 Y a-t-il des difficultés particulières que vous ou votre conjoint ont dû affronter en raison de la situation qui existait au... (pays d'origine)?

(conflit armé, difficultés économiques, conditions d'habitation, conflits avec la famille ou la belle-famille,..)

Répondante	Conjoint
1 Oui	1 Oui
2 Non	2 Non
9 PR	9 PR

Commentaires: _____

_____

_____

_____

Q50.2 Est-ce qu'au... (pays d'origine) vous, ou quelqu'un dans votre famille avez souffert de répression ou subi une forme ou une autre de menaces?

Répondante	Conjoint
1 Oui	1 Oui
2 Non	2 Non
8 NAP	8 NAP
9 PR	9 PR

Commentaires: _____

_____

_____

Q51. Est-ce que vous repensez souvent à certains des événements qui ont précédé votre immigration au Canada ?
1 Oui 2 Non 8 NAP

Si NON, passer à la Q52

Si oui, lesquels ?

_____

_____

_____

Q51.1 En quoi cela peut-il affecter votre vie actuelle?
Laisser répondre ouvertement, puis demander le choix de reponse

Par exemple :
1 votre état de santé
2 vos émotions
4 vos relations avec votre enfant
8 vos relations avec votre conjoint
16 vos rapports avec les institutions
32 autres_____
98 NAP
99 PR

Commentaires : _____

_____

_____

Section 7 — *Immigration au Canada*

Les Q52 et Q53 s'adressent seulement aux répondantes qui étaient mariées ou en union

Q52. **Au moment de votre arrivée au Canada, votre conjoint :**

1 Vous accompagnait → passer à la Q52.5 si multipare, sinon passer à Q53
2 Se trouvait déjà au Canada
3 Était toujours au...(pays d'origine) ou ailleurs dans le monde
8 NAP
9 PR

Q52.2 Combien de temps avez-vous été séparé? /_____/ **(en mois)**
98 NAP 99 PR

Q52.3 Comment cette séparation vous a-t-elle affecté? 8 NAP

_____

_____

_____

Q52.4 Pourquoi vous n'êtes pas venus ensemble ? 98 NAP 11 NSP 99 PR

_____

_____

Les Q52.4 à 52.6 s'adressent uniquement aux mères multipares

Q52.5 Votre (ou vos) enfant(s) :

1 vous accompagnait → passer à la Q53
2 se trouvait déjà au Canada
3 était toujours au...(pays d'origine) ou ailleurs dans le monde
8 NAP
9 PR

Q52.6 Combien de temps avez-vous été séparé? _____ **(en mois)**
98 NAP 99 PR

Q52.7 Comment cette séparation vous a-t-elle affecté?
98 NAP 99 PR

_____

_____

_____

Q52.8 Pourquoi vous n'êtes pas venus ensemble ? 98 NAP 11 NSP 99 PR

_____

_____

Q53. **Vous ou votre conjoint, avez-vous encore de la famille au .... (pays d'origine) ou dans les pays voisins?**

1 Oui 2 Non 11 NSP

Si NON, passer à la Q53.5

Q53.1 Avez-vous des inquiétudes concernant ces personnes?
1 Oui 2 Non 8 NAP

Si oui, de quelle nature sont vos inquiétudes? *(financières, politiques, sécurité, santé,...)*

_____

_____

_____

Q53.2 Êtes-vous en contact avec certains membres de la famille au pays d'origine?
1 OUI 2 NON
8 NAP 9 PR

Si NON, passer à la Q53.5

Spécifier: _____

Q53.3 Pouvez-vous me dire si vous leur envoyez de l'argent?
1 Oui, d'une façon régulière 2 Oui, d'une façon pas régulière
3 Non 8 NAP
9 PR

Si NON, passer à la Q53.5

Spécifier: _____

Q53.4 Pouvez-vous me dire combien d'argent, environ, vous leur avez envoyé au cours de la dernière année? _____ 8 NAP 9 PR

Commentaires _____

_____

Q53.5 Vous ou votre conjoint, avez-vous entrepris des démarches pour parrainer des membres de votre famille?

1 Oui, combien de personnes/_____/
2 Non
8 NAP
9 PR

_____

_____

Q54. **Au moment de votre arrivée au Canada y avait-il des gens pour vous accueillir (autre que le conjoint)?**

1 membre de la belle-famille
2 membre de la famille
3 amis
4 parrain (communauté religieuse, ami, parenté)
5 autre _____
6 aucune personne

Commentaires : _____

_____

Q55. **Avez-vous vécu des inquiétudes ou des problèmes liés à votre statut d'immigration depuis que vous êtes au Canada?**

Par exemple :		**Oui**	**Non**	
a)	**La peur d'être expulsé vers le...(pays d'origine)?**	1	2	
b)	**La peur de ne pas obtenir la citoyenneté?**	1	2	
c)	**La peur de ne pas avoir de revenus suffisants?**	1	2	
d)	**La peur de pas pouvoir faire venir ses enfants (ou son conjoint)?**	1	2	NAP
e)	**Autres** _____	1	2	

Commentaires : _____

_____

Q56. **Pouvez-vous me parler de ce qui a été le plus difficile depuis que vous vivez au Canada?**
Laisser répondre ouvertement puis offrir les catégories suivantes

Par exemple :		**Oui**	**Non**
a)	**Trouver un logement adéquat**	1	2
b)	**Isolement, manque de relations sociales**	1	2
c)	**Trouver un travail qui vous convient** (pour vous ou votre conjoint)	1	2
d)	**Trouver des aliments auxquels vous êtes habitués**	1	2
e)	**Les problèmes de langue**	1	2
f)	**Les problèmes de discrimination, de racisme**	1	2
g)	**Entrer en contact avec des québécois d'origine**	1	2
h)	**Manque de connaissance des institutions de santé**	1	2
i)	**Autres** _____	1	2

Spécifier le(s) problème(s) : _____

_____

_____

_____

_____

Q57. **Vous arrive-t-il de ne pas sortir de la maison pour les raisons suivantes?**

		Jamais	**parfois**	**assez souvent**	**très souvent**	
a)	**le froid, le climat**	1	2	3	4	
b)	**manque d'accès sur une cour extérieure**	1	2	3	4	
c)	**vous avez peur du quartier**	1	2	3	4	
d)	**manque de sécurité pour vos autres enfants**	1	2	3	4	NAP
e)	**votre bébé est trop jeune**	1	2	3	4	
f)	**Autres** _____	1	2	3	4	

Commentaires : _____

_____

_____

Q58. Qu'est-ce qui a le plus influencé votre choix du Canada comme pays d'accueil?

La réponse peut être personnelle, et rendre compte aussi des aspirations communes de la famille

1 les possibilités d'emplois
2 les études
3 un contrat de travail déterminé
4 ce n'était pas un choix personnel mais plutôt une décision des parents (ex : mariage arrangé)
5 la présence du conjoint
6 la présence des membres de votre famille
7 la présence de vos pairs, de vos ami(e)s
8 le niveau de vie
9 donner un meilleur avenir aux enfants
10 autres_____

Commentaires : _____

Q59. De façon générale, que pensez-vous de la vie ici, du mode de vie nord-américain? (travail salarié, consommation, individualisme, vie matérielle développée et vie sociale sous-développée,...)

Q60. De façon générale, pouvez-vous me parler des problèmes que vivent les femmes de votre communauté ou les autres femmes immigrantes au Canada?

Q65. Au ..... (pays d'origine) avez-vous vécu la majeure partie de votre vie :
1 dans une ville/en milieu urbain
2 dans un village/en milieu rural
9 PR

ÉVOLUTION DU STATUT PROFESSIONNEL

Q66. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint?

Un choix seulement pour l'école formelle(de 1 à 8), pouvant être combiné avec 9 ou 10, par ex: secondaire incomplet, mais école de métier complétée.

Répondante	Conjoint
1 Primaire ou élémentaire	1 Primaire ou élémentaire
2 Secondaire incomplet	2 Secondaire incomplet
3 Secondaire complet	3 Secondaire complet
4 Collégial (sans diplôme)	4 Collégial (sans diplôme)
5 Collégial (avec diplôme) : _____	5 Collégial (avec diplôme) : _____
6 Universitaire (sans diplôme)	6 Universitaire (sans diplôme)
7 Universitaire (avec diplôme) : _____	7 Universitaire (avec diplôme) : _____
8 Post-doctorat : _____	8 Post-doctorat : _____
9 École de métiers : _____	9 École de métiers : _____
10 École technique : _____	10 École technique : _____
11 N'a jamais fréquenté l'école (passer à la Q70)	11 N'a jamais fréquenté l'école (passer à la Q70)
99 PR	99 PR

N'oubliez pas de tenir compte des certificats ou diplômes faits à titre de perfectionnement, réorientation, etc., au cours de la trajectoire migratoire, ici ou ailleurs : _____ *(en tenir compte dans le calcul à la Q68)*

Q67. Vous avez obtenu ce niveau d'études :
1 au pays d'origine 2 au Canada
3 ailleurs dans le monde 8 NAP

Q68. Combien d'années d'études avez-vous complétées au total?

répondante_____
99 PR

conjoint_____
98 NAP
99 PR
91 NSP

Section 8 — Profil socio-démographique

Nous voilà rendues à la toute dernière section du questionnaire dans laquelle nous abordons des questions simples et plus courtes à répondre, au sujet de vos études, vos emplois, votre situation économique...

LANGUE

Q61. Quelle est la langue que vous parlez le plus souvent à la maison?
_____

Q62. Connaissance de l'anglais et du français?

		Non	un peu	moyennement	couramment	PR
a)	Parlez-vous français	1	2	3	4	9
b)	Parlez-vous l'anglais	1	2	3	4	9
c)	Pouvez-vous écrire le français	1	2	3	4	9
d)	Pouvez-vous écrire l'anglais	1	2	3	4	9
e)	Pouvez-vous lire le français	1	2	3	4	9
f)	Pouvez-vous lire l'anglais	1	2	3	4	9

Q63. Avez-vous suivi des cours de langue depuis votre arrivée au Canada?
1 Non
2 Français → COFI ? 1 Oui 2 Non 8 NAP
3 Anglais
4 Français/anglais
5 Autres _____
9 PR

Q64. Avez-vous une appartenance religieuse?

0 Aucune
1 Christianisme
2 Judaïsme
3 Islamisme
4 Hindouisme
5 Sikhisme
6 Bouddhisme
7 Autres
99 PR

La Q69 s'adresse à celles et ceux qui ont un diplôme

Q69. Avez-vous fait des démarches pour obtenir une équivalence ou une reconnaissance de vos diplômes ici?

répondante
1 Oui
2 Non → Si NON, passer à Q70
8 NAP
9 PR

conjoint
1 Oui
2 Non
8 NAP
9 PR

Q69.1 Avez-vous obtenu l'équivalence?

Répondantes: 1 Oui 2 Non 8 NAP 9 PR
Conjoint: 1 Oui 2 Non 8 NAP 9 PR

Commentaires : _____

Q70. Quelle était votre principale occupation ou travail au cours de la dernière année avant votre départ du pays d'origine ? ou *(avant les conflits)*

Répondante	Conjoint
1 Sans emploi	1 Sans emploi
2 À la recherche d'un emploi	2 À la recherche d'un emploi
3 Étudiante	3 Étudiant
4 Ouvrière (agricole ou manuel) Non qualifiée	4 Ouvrier (agricole ou manuel) Non qualifié
5 Employée de bureau ou de commerce, fonctionnaire(employée), ouvrière qualifiée, technicienne...	5 Employé de bureau ou de commerce, fonctionnaire(employé), ouvrier qualifié, technicien...
6 Propriétaire d'une entreprise, commerçante	6 Propriétaire d'une entreprise, commerçante
7 Professionnelle (fonctionnaire cadre, enseignante...)	7 Professionnel (fonctionnaire cadre, enseignant...)
99 PR	99 PR

Commentaires : _____

Q71. Actuellement quelle est votre principale occupation ou travail?

Répondante	Conjoint
1 Sans emploi	1 Sans emploi
2 À la recherche d'un emploi	2 À la recherche d'un emploi
3 Étudiante	3 Étudiante
4 Ouvrière (agricole ou manuel) Non qualifiée	4 Ouvrier (agricole ou manuel) Non qualifiée
5 Employée de bureau ou de commerce, fonctionnaire(employée), ouvrière qualifiée, technicienne...	5 Employé de bureau ou de commerce, fonctionnaire(employé), ouvrier qualifié, technicien...
6 Propriétaire d'une entreprise, commerçante	6 Propriétaire d'une entreprise, commerçant
7 Professionnelle (fonctionnaire cadre, Enseignante...)	7 Professionnel (fonctionnaire cadre, enseignant...)
8 En congé de maternité, avec retour au travail	**8 En congé parental, avec retour au travail**
99 PR	99 PR

Q72. Votre occupation actuelle est-elle souhaitée?
1 Oui 2 en partie 3 Non

Commentaires : _____

Q72.1 Votre dernière grossesse était-elle désirée, souhaitée?
1 Oui 2 Non 9 PR 11 NSP

Commentaires : _____

Q73. Souhaitez-vous ou prévoyez-vous un changement à votre occupation dans la prochaine année?

1 Oui 2 Non 11 NSP

Par exemple
1 retour aux études
2 retour au travail
3 avoir un autre enfant
4 retour au pays
5 Autres _____

Q74. Pouvez-vous me parler des inquiétudes ou des compromis qu'occasionne/ que pourrait occasionner votre (ré)intégration au travail ou aux études?

Laisser répondre ouvertement, puis demander les catégories ci-dessous (si aucune inquiétudes, le noter pour chaque) **Par exemple au niveau :**

a) **de la garde de votre enfant** _____

b) **du conjoint** _____

c) **du bébé** _____

e) **au niveau de la langue** _____

f) **du temps** _____

g) **l'organisation de la maison** (tâches domestiques) _____

h) **autre** _____

Q75. Depuis votre arrivée au Canada combien d'emplois avez-vous occupé?

Répondante	Conjoint
	98 NAP
	99 PR
Nombre____	Nombre____
Si aucun, quelle est la principale raison?	**Si aucun, quelle est la principale raison?**
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Si aucun passer à la Q76	Si aucun passer à la Q76

75.1 Quel emploi avez-vous gardé le plus longtemps depuis que vous êtes ici?

Répondante	Conjoint
a) type d'emploi _____	a) type d'emploi _____
b) durée de l'emploi_____ (en mois)	b) durée de l'emploi_____ (en mois)
98 NAP	98 NAP
99 PR	99 PR
Commentaires :	**Commentaires :**
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Q75.2 Avez-vous occupé un emploi qui correspondait à vos qualifications (y compris salaire)?

Répondante	Conjoint
1 Oui	1 Oui
2 Non	2 Non
8 NAP	8 NAP
9 PR	9 PR
Si non, expliquer :	**Si non, expliquer :**
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Q76. Au cours des 12 derniers mois, quelles ont été la ou les principales sources de revenus de votre foyer?

	Répondante	Conjoint
Revenu d'emploi (salaire)	1	1
Assurance-chômage	2	2
Sécurité du revenu	4	4
Prêts et bourses d'études	8	8
Rentes (héritage)	16	16
Si mère monoparentale: pension alimentaire?	32	32
Autres : _____ (ex. pension d'un parent qui habite avec eux...)	64	64
NAP	998	998
PR	999	999

Q77. Quel est, environ, votre revenu familial total pour la dernière année? *(avant déduction d'impôt)*

1 moins de 10 000
2 10 000 à 15 000
3 15 000 à 20 000
4 20 000 à 25 000
5 25 000 à 30 000
6 30 000 à 35 000
7 35 000 et plus
9 PR
11 NSP

Q78. À votre avis et de façon générale, votre situation au Canada est-elle, meilleure, moins bonne ou environ la même qu'au... (pays d'origine), sur les plans :

		Meilleure	moins bonne	environ la même	PR
1	**financier**	1	2	3	9
2	**du logement**	1	2	3	9
3	**du travail**	1	2	3	9
4	**des services**	1	2	3	9

Commentaires : _____

Q79. **Est-ce que les conditions dans lesquelles vous vivez ici représentent un obstacle, nuisent à vos responsabilités, vos rôles de parents?**

1 Oui 2 Non

Commentaires : _____

Voilà, nous avons fait le tour des questions, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à cette recherche. Pour votre part auriez-vous des questions ou des commentaires sur l'entrevue? Y aurait-il des questions importantes selon vous qu'on aurait oublié de vous demander?

Commentaires de la répondante :

Commentaires de l'interviewere :

(veuillez indiquer entre autres si l'entrevue a comporté des difficultés particulières)

P.S. Avant de quitter la répondante, vérifier si la fiche de renseignements généraux au tout début du questionnaire est bien complétée.

2. Outil de cueillette des données pour le volet exploratoire auprès des intervenantes

Questions pour les études de cas pour les focus-groupes dans le cadre de l'étude sur les facteurs de vulnérabilité propres aux femmes immigrantes en période périnatale:

Objectif: connaître les éléments que vous retenez implicitement pour établir les besoins de suivi d'une clientèle

1. Quels sont les éléments ou informations qui, dans cette description de cas, vous semblent significatifs pour évaluer le besoin de suivi de cette clientèle?

2. Y a-t-il des éléments ou des informations qui vous manquent pour établir les besoins de suivi de cette clientèle? Si oui, lesquels?

3. Nommez, par ordre décroissant, les éléments les plus significatifs pour décider du suivi à offrir à cette clientèle.

Pour répondre aux questions suivantes, complétez la feuille qui vous a été distribuée:

4. D'après vous, est-ce que cette clientèle devrait avoir un suivi? Et pour quelles raisons?

5. Si vous offrez un suivi, quelle en serait la nature?

- les soins infirmiers, le soutien alimentaire, suivi nutritionnel et une aide psychosociale
- le soutien alimentaire seulement
- l'aide psychosociale seulement
- les soins infirmiers seulement
- le suivi nutritionnel seulement
- les soins infirmiers et le soutien alimentaire
- les soins infirmiers et une aide psychosociale
- le soutien alimentaire et une aide psychosociale
- le suivi nutritionnel et une aide psychosociale
- le suivi nutritionnel et le soutien alimentaire
- le suivi nutritionnel et les soins infirmiers
- autres

À débattre à la toute fin, après les trois études de cas

6. Si vous ne pouviez offrir du suivi que dans un seul cas, lequel retiendriez-vous? Et si vous pouviez en offrir dans deux cas, lesquels retiendriez -vous?

Pour répondre aux questions 4 et 5 Groupe /____/ participante /___/

	Suivi (encerclez)	**Pour quelles raisons** (énumérez les principales raisons)	**Nature du suivi**

Cas #1	1 OUI 2 NON			/____/
Cas #2	1 OUI 2 NON			/____/
Cas #3	1 OUI 2 NON			/____/

Choisir un seul item pour chaque

1. **soins infirmiers, soutien alimentaire, suivi nutritionnel et aide psychosociale**
2. **soutien alimentaire seulement**
3. **aide psychosociale seulement**
4. **soins infirmiers seulement**
5. **suivi nutritionnel seulement**
6. **soins infirmiers et le soutien alimentaire**
7. **soins infirmiers et une aide psychosociale**
8. **soutien alimentaire et une aide psychosociale**
9. **suivi nutritionnel et une aide psychosociale**
10. **suivi nutritionnel et le soutien alimentaire**
11. **suivi nutritionnel et les soins infirmiers**
12. **autres :**

QUESTION 6 :

A) Si vous deviez n'en retenir qu'un, de quel cas s'agirait-il ? #1 #2 # 3

B) Si vous deviez n'en retenir que deux, de quels cas s'agiraient-ils ? #1 #2 #3

Encercler le nombre de cas approprié

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

1. Groupe : /____/ Date : /____/
2. Participante : /____/
3. Sexe : M F
4. Organisme ? 1 CLSC 2 organisme communautaire

5. Âge : 1) - de 25 ans 2) 26 à 35 ans 3) 36 à 45 ans 4) 46 ans et +
6. Fonction au sein du CLSC ou de l'organisme : _____
7. Quelle est votre formation de base : _____
8. Nombre d'années d'expérience dans cette profession ? /____/
9. Dans quelles activités, programmes ou projets êtes-vous principalement impliqués ?
10. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint:_____
11. Avez-vous déjà reçu une formation vous préparant à travailler en milieu pluriethnique ?
    1 OUI 2 NON
12. Si oui, était-ce (encerclez plus d'une réponse si nécessaire) :
    1 formation, stage, atelier de un ou quelque jours
    2 cours universitaire
    3 assisté à un colloque ou une présentation
    4 autre _____
    5 NAP
13. Quel est votre pays de naissance : _____
14. Si vous êtes né à l'extérieur du Canada, depuis combien de temps résidez-vous au Canada? _____ ans

Merci !

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles ! **Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale**	**18 $**	

NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN

2-89494-249-4

DESTINATAIRE

Nom _____

Organisme _____

Adresse _____
No Rue App.

_____
Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables *à l'avance* par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la *Direction de la santé publique de Montréal-Centre*

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Garder notre monde en santé